POLSKA GAZETA LEKARSKA

DAWNIEJ GAZETA LEKARSKA, PRZEGLĄD LEKARSKI ORAZ
CZASOPISMO LEKARSKIE I LWOWSKI TYGODNIK LEKARSKI

Pod redakcją przewodniczących Komitetów miejscowych:

Prof. Dr. St. CIECHANOWSKIEGO i Doc. Dr. J. KOSTRZEWSKIEGO (Kraków), Prof. Dr. Fr. CZUBALSKIEGO i Dr. W. SZUMLAŃSKIEGO (Warszawa), Prof. Dr. W. NOWICKIEGO i Prym. Dr. A. DOMASZEWICZA (Lwów) i Dr. S. STERLINGA (Łódź).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. K. KRZYŻANOWSKI (Lwów).

ROK VIII—1929

LWÓW
Nakładem SPÓŁKI WYDAWNICZEJ LEKARSKIEJ Kraków—Lwów—Warszawa.
Z drukarni i litografji Piller-Neumanna.
1929.

SPIS RZECZY

zawartych w VIII Tomie „Polskiej Gazety Lekarskiej".

I. Prace oryginalne.

Str.

Abdański Adam: O technice nakłucia mięśnia i jam serca z szczególnem uwzględnieniem przestrzeni przymieczykowatej (Spatium paraxyphoideum) Larrey'a 346
— W sprawie nowego sposobu leczenia pooperacyjnych nieżytów dróg oddechowych 291
Adamówna St.: Ruchy przymusowe powiek w stanach po śpiączce nagminnej. Współruch górnej powieki z dolną szczęką 102
Antoniak-Czyżewska Z. i M. Peker: Pepton jako środek przeciwkrwiotoczny 63
Appermanówna K. i A. Liebesmann: Występowanie paciorkowców hemolitycznych w poszczególnych okresach płoniczych na podstawie spostrzeżeń Oddziału zakaźnego Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie 123
Beck A.: Znaczenie Napoleona Cybulskiego w nauce 309
Berlin N.: Leczenie tuczące chorych na gruźlicę płuc zapomocą insuliny 165
Bernhardt R.: Na pograniczach łuszczycy 961
Bernhardt R. i A. Wileńczyk: Grzybica strzygąca nietypowa. Obecność grzybka fiołkowego we krwi 825
Blassberg M.: Psychotechnika i poradnictwo zawodowe a medycyna 8
Bocheński K. i Fr. Redlich: Opieka pedjatryczna nad noworodkiem w zakładach położniczych 509
Borysiewicz A. i L. Ptaszek: O wpływie insuliny na przemianę spoczynkową (p. s.) 870
Brzezicki E.: O dystonji czyli skurczu torsyjnym 885, 903
Ceypek T.: O wpływie niektórych bodźców farmakologicznych na wydzielanie żółci 754
Chłopicki Wł. i Br. Stępowski: W sprawie Polyneuritis gravidarum 633, 653
Chrząszczewski St. i St. Liebhart: Problem leczenia upławów a stężenie jonów wodorowych pochwy 528
Chwalibogowski A.: Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną 517, 530, 550
Chwalibogowski A. i H. Schusterówna: O splenohepatomegalji Niemann-Picka 590
Czyżewski K.: Znieczulenia miejscowe przy laparotomjach 925
Dadlez J. i W. Koskowski: Podstawy biochemiczne klasyfikacji typów gorączki eksperymentalnej 413
Dłużewski St.: Wartość próby redukcyjnej do określenia liczby bakteryj w mleku 589
Eisenfarb J.: Badania porównawcze układu roślinnego w przypadkach przełomów naczyniowych 703, 892
Elmer Wł. i M. Scheps: Badania porównawcze nad próbami z galaktozą, lewulozą i tetrachlorfenolftaleiną jako metodami czynnościowemi sprawności wątroby 767
— Dalsze badania nad działaniem parathormonu i naświetlanej ergosteryny w tężyczce pooperacyjnej 748
— Leczenie cięższych postaci tężyczki parathormonem Collipa 155
— Leczenie moczówki prostej pituitryną i vasopressyną na drodze podskórnej i donosowej 393
Epler R.: Obserwacje nad paciorkowcami 327
Felix J.: Zakażenie pałeczką Banga u człowieka 325
Gabszewicz J. i H. Wachtel: O działaniu radu w przypadkach zaćmy starczej 65
Gąsiorowski N. i H. Meisel: Dalsze badania nad biologją pałeczek otoczkowych 45
Gedroyć M.: Badania doświadczalne nad nadwrażliwością zwierząt ssących uczulonych tkanką nerwową embrjonalną 11
Gemski M.: Podciśnienie tętnicze i zespół objawów hypotonji 789
Gerner Kl.: W sprawie antypeptycznych własności surowicy krwi 122
Gluziński A.: Zmiany w układzie mózgo-rdzeniowym po zastosowaniu przetworów arsenobenzolowych 787
Goertz J.: O wartości odczynu Davisa w klinice 926
Grott J. W., S. Wiesbaum i S. Windyga: Insulina polska w porównaniu z obcokrajową 941
Gröer Fr.: Dziesięć lat Lwowskiej Kliniki Pedjatrycznej 505
Gröer Fr. i A. Chwalibogowski: Rodzime solanki potasowe w lecznictwie dziecięcem 117
Grulewski: W sprawie etjologji zaburzeń układu wegetatywnego 613
Hescheles J.: Walka z kiłą wrodzoną 518, 533
Higier H.: Wrodzone i we wczesnem dzieciństwie nabyte stany otępienia umysłowego i ich klasyfikacja 681
Hilarowicz H. i M. Szajna: Bezpośredni wpływ jonów potasu, lobeliny, atropiny, kofeiny i strychniny na ośrodki oddechowe oraz ich wartość jako środków zapobiegających porażeniu ośrodków oddechowych przy znieczulaniu lędźwiowem 77
Hilarowicz H.: O postępowaniu chirurgicznem w przypadkach z objawami wrzodu żołądkowo-dwunastnicowego, którego nie stwierdza się przy operacji 249
Hilarowicz H. i M. Szajna: O zastosowaniu mieszanki Somnifenu, uretanu i siarczanu magnezji do uśpienia przy operacjach chirurgicznych 449
— O zawartości ciał tłuszczowych i tłuszczowatych w nowotworach złośliwych i jej znaczeniu dla rokowania (prognostyki chemicznej) 710
Hilarowicz H.: O zniesieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego czyli o t. zw. degastro-enterostomizacji 546
Hołobut W.: Działanie strychniny na nerwy ruchowe i wpływ jonów alkaljów na to działanie 318
Hryniewicz M. i E. Wasilewska-Mironowiczowa: Zanieczyszczenie bakteryjne mleka rynkowego w Warszawie i jego wahania sezonowe 656
Hryniewicz M., A. Ławrynowicz i E. Wasilewska-Mironowiczowa: Wartość porównawcza podstawowych metod pasteryzacji mleka (pod względem epidemjologicznym) 967
Huebschmann i J. Ungar: Przesączalna postać prątka gruźliczego w gruźlicy skóry 255
Janik A.: Cięcie brzuszne przy zabiegach na drogach żółciowych i wątrobie 269
Janik A. i M. Jurim: Fiolet goryczki jako środek odkażający drogi żółciowe 162
Janik A.: Leczenie gruźlicy chirurgicznej zapomocą lipoidów 905
— W sprawie sączkowania jamy brzusznej po zabiegach na drogach żółciowych 61
— Wyniki bezpośrednie i oddalone po zabiegach na drogach żółciowych i wątrobie 732, 745
Jankowski J.: Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej 1, 21, 48
— Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie 198, 214, 238, 257
Janusz W.: O pierwotnej torbieli rozległej płata czołowego występującej z jamistością rdzenia, jako podłożu anatomicznem padaczki objawowej 930, 954
Karasiński St.: Nowoczesne leczenie krzywicy 569
Kmietowicz Fr. jun.: Wchłanianie bezwodnika węglowego przez skórę 99
— Z badań nad stężeniem jonów wodorowych w zdrojach polskich. III. Doniesienie 969

Str.

Kokajl-Kowalewska B.: Zanik gruczołu mlecznego u kobiet z gruźlicą płuc w świetle pomiarów 97
Koskowski W. i J. Dadlez: O wpływie wody alkalicznej siarkowej ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie na wydalanie kwasu moczowego z ustroju z uwzględnieniem niektórych jej własności farmakodynamicznych 616
Koskowski W. i P. Kubikowski: O właściwościach dynamicznych krwi w czasie trawienia 684
Krotow Wł.: Stożkowatość głowy, jako cecha rozpoznawcza konstytucji hemolitycznej 548

Landau A. i J. Glass: O bezsoku żołądkowo-trzustkowym (achylia gastro-pancreatica) 694
— O niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia (endocarditis lenta) 809, 826
— Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy. Doniesienie I. O znaczeniu obniżonego ciśnienia (hypotenzji) w powstawaniu i rozpoznawaniu wrzodu przyodźwiernikowego 137
— Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy. Doniesienie II. O skłonności środków nerwowych (bromków z chloralem) w leczeniu wrzodu okrągłego 158
Landau A., B. Glass i J. Bauer: O zaburzeniach trawiennych ze strony żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego 921
Landau A., J. Glass, St. Kaminer i St. Lilienfeld-Krzewski: Z kazuistyki cukrzycej. Przypadek ciężkiej cukrzycy, powikłanej wolem gruczalakowatem, jadowitem 750
Landau A., J. Glass i R. Pekielis: Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem górnego odcinka przewodu pokarmowego. Doniesienie III. Przypadek umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegający ze zmienną równowagą kwasowo-zasadową 5
Lenczowski J.: Przebieg porodu i połogu u chorych kiłowych 574
— O postępowaniu w przypadkach wad serca u ciężarnych i rodzących 948
Leszczyński R.: O obwodowem działaniu sparteiny 125
— Wpływ nagrzewań rdzenia na hyperidrosis i dysidrosis manuum 701
Liebhardt St.: Naświetlanie tarczycy w przypadkach krwawień macicznych 329
Lipiński W. i O. Balikówna: Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) 64
Łapiński T.: Cele i zadania spółczesnej psychjatrji społecznej, ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb Warszawy 596
Ławrynowicz A. i Z. Czyżewska: Anatoksyna paciorkowcowa w praktyce szczepień ochronnych przeciwpłoniczych 293
Ławrynowicz A.: Czynniki epidemjologiczne duru brzusznego w Warszawie 195
— Niektóre cechy nosicielstwa błoniczego w Warszawie (sezonowość nosicielstwa, wahania roczne, wszechobecność pałeczek błoniczych) 951
Malczyński St.: O wpływie jednorazowego naświetlenia lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u ludzi dotkniętych rakiem 966
Maternowska Z.: O anafilaksji na buljon 511
Maydell E.: Napoleon Cybulski (życiorys) 316
Melcer A. S.: Fosfor organiczny i rola jego w leczeniu zaburzeń nerwowych, jak neurastenja i niemoc płciowa 928
Mikulaszek E.: Badania doświadczalne nad wywoływaczem resztkowym pałeczek otoczkowych wyhodowanych w twardzieli 141
Mikułowski Wł.: Obudzenie kiły utajonej u dziecka 173
— O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu 277, 289, 320, 331
— O schorzeniach mózgowych w kokluszu 455, 472, 489
Olbrycht J. i St. Śnieszko: Z badań nad precypitynami 193, 213, 233, 252, 270
Ostrowski St.: Prosty sposób zapobiegania objawom ubocznym po arsenobenzolach 432
Pelczar K.: Badania nad odpornością w raku 119

Str.

Philipp E.: O skazach krwotocznych. Przyczynek do rozpoznania różniczkowego 791
Piltz J.: O bezpośredniem dziedziczeniu pewnych stanów psychopatologicznych 677
Praeger Norbert: O związkach między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi 452, 469
Progulski St.: O stosowaniu nirwanolu w pląsawicy i o chorobie nirwanolowej 508
Ptaszek L. i St. Malczewski: O wpływie gruczołów na specyficzno-dynamiczne działanie pokarmu 901
Ptaszek L.: O wpływie hormonów płciowych żeńskich na przemianę spoczynkową (p. s.) w eksperymencie 277
Redlich Fr.: Z dziedziny chorób zakaźnych 515
Reiss H.: Z patogenezy przekrwień nawałowych skóry 272
Reiterowski H. i M. Kocen: O wartości prognostycznej określania stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych 847
— Przyczynek do zachowania się ilościowego wapnia i potasu w surowicy krwi w związku z postaciami klinicznemi suchot płucnych 45
Rosenhauch E. i J. Szymanowicz: Badania nad zmianami na dnie oka w nefropatji ciężarnych oraz w stanach przedrzucawkowych i rzucawce porodowej 345
Ruff S.: Wilhelm Pisek w 50-tą rocznicę uzyskania dyplomu lekarskiego 785
Sabatowski Ant.: Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych 368
Salitówna E. i M. Sokołowska: Badanie krwi pod względem chemicznym i fizyko-chemicznym w nadciśnieniu tętniczem 712
Schusterówna H.: Rakowatość miękkich opon mózgowych. Przyczynek do jej histogenezy 887
— W sprawie nowotworów, wychodzących z nabłonka wyściółkowego komór mózgowych, kanału rdzeniowego i splotów naczyniówkowych 868
Seidler M.: Rak macicy a ciąża 409
Sokołowski A.: O leczniczem zastosowaniu genozeryny w zaburzeniach czynności wydzielniczej żołądka 545
Spira J.: Stany podgorączkowe w otorhinolaryngologji, a niezdolność do pracy 735
Stanowski Z.: Dr. Majer — poprzednik kretschmeryzmu w Polsce przed 90 laty 845
Stępowska Al. Rhinolalia aperta 183
Sterling Wł.: Współudział gruczołów dokrewnych a w szczególności gruczołów przytarczycowych w patogenezie migreny 765
Stopczański J.: Elastometrja w dermatologji 609
Stryjecki Tad.: O stosunku odczynu Bordet-Gengou w zimnicy do odczynu Bordet-Wassermanna 411
Supniewski J. V.: Z badań nad własnościami farmakologicznemi paru syntetycznych pochodnych Cotoiny 729
Szabuniewicz B.: O prądzie wstępującym N. Cybulskiego w mięśniu 813, 831, 850, 865
Szajna M.: Dalsze badania wpływu jonów potasu na ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym 595
— Nefelometryczne badania wpływu elektrolitów na stan koloidalny białka 636
Szmurło J.: Przypadek guza wodociągu Sylwiusza z objawami guza kąta móżdżkowo-mostowego 699
Szymonowicz J.: Przypadek tężca pooperacyjnego, jego pochodzenie i leczenie w świetle nowszych badań 816
Szymoński Zdz.: Z filozofji, psychologji i psychopatologji twórczości (Próba syntezy) 396
Tomanek Z.: Uwagi na temat psychiki chorych na gruźlicę płuc 179
Ungar M.: Prof. Dr. Teodor Bikroth 429
— Ziarniniak złośliwy, patogeneza, etjologja oraz leczenie z uwzględnieniem dwóch rzadszych przypadków 793
Wilczyński Cz.: Aerofagja a odma sztuczna 612
Wiślański K.: Cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem tropokainą 636
— Odczyn Adamkiewicza-Boltza 240
— O hormonach łożyska 872
— O wartości próby ciążowej v. Mertza 739
— O własnościach i działaniu choliny 491
— O znieczuleniu lędźwiowem tropokainą i powikłaniach w związku z niem występujących 657

Str.

Wróblewski Winc. i Bron. Stępowski: Odczyn zmętnienia Meinicke'go (M. T. R.) z barwnym antigenem 371
Zawadowski Wit.: O salpingografji. Technika jej wykonania i interpretacja wyników 365
Zubrzycki J.: W sprawie przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu 526

Wykłady kliniczne.

Gottliebowa H.: Psychotechnika i psychoterapja w ginekologji 104
Kostrzewski J.: Białko pod względem ilościowym w surowicy zdrowych i chorych 692
Łukaszczyk Fr.: Obecny stan radjoterapji nowotworów złośliwych 474
Sieradzki Włodz.: Dziecko w kryminalistyce 348
Szabuniewicz Boż.: O prawie rozmieszczania hemoglobiny 82
Węckowski: Rad w lecznictwie nowoczesnem 773

Sprawozdania z kazuistyki i sposobów leczenia.

Blatt A. i M. Ungar: Przypadek bloku serca i mocznicy 799
Blatt O.: O leczeniu gruźlicy skóry wstrzykiwaniami tranu wedle Jaczewskiego 972
Bocheński K.: W sprawie techniki zakładania preparatów radowych w przypadkach raka szyji macicy, nienadających się do operacji 855
Braun K. i J. Sosin: Zgorzelinowe zapalenie gardła z brakiem leukocytów wielojądrzastych we krwi 218
Budzanowski K. i J. Grzędzielski: Dwa rzadkie przypadki kiły oka 643
Czyżewski K.: Wycięcie kiszki jako metoda wyboru przy skręcie esicy 890
Eljaszówna A.: Z kazuistyki kiły wrodzonej późnej 970
Fejgin M. i B. Jochweds: Przypadek przedwczesnych skurczów węzłowych (Escaped beats) 84
Fleker T.: Próby z tymofizyną Temesvary'ego 537
Grynberg N.: Dosercowe zastrzykiwania adrenaliny 85
Heftel D.: Tuberkulina i leczenie niektórych postaci gruźlicy tuberkuliną 577
Herbst M.: O włókniakach jajnika 434
Jurim M.: O dogodności stosowania Pantoponu „Roche" w postaci pastylek a 0,01 53
Kalinniewicz Stan.: Kilka uwag na podstawie spostrzeganego przypadku raka esicy u 16-to letniego chłopca 295
— O postępowaniu w przypadkach nagłego zatrzymania się moczu 435
Kiciński A. i M. Mancewicz: Przypadek włośniczego zapalenia mięśnia sercowego 217
Kimmerling G.: Wybiórczy wpływ Pituglandolu przy Ileus ex obtrvatione i przy Ileus paraliticus 27
Krasucki Al.: O stosowaniu Gardenalu w chorobach wewnętrznych 52
Krauss A.: O rzadkim przypadku skrętu poprzecznicy 856
Lehm S.: Ropne zapalenie gruczołu przyusznego jako powikłanie pryszczykowego zapalenia migdałków 798
Lenczowski J.: Płód zeschły w ciąży bliźniaczej 770
Lidzki A.: O wdychiwaniu CO_2 jako środku leczniczym i zapobiegawczym 496
Liebhardt St.: Przyczynek do leczenia zaburzeń okresu przekwitania 642
Manzon V.: W sprawie leczenia żylaków metodą wstrzykiwań 494
Martiniec Włodz.: Aparat pomocniczy przy wlewaniach dożylnych i wenepunkcjach 907
Michałowski Emil: Przypadek askarjazy woreczka żółciowego 295
Milewski Bol.: Śmiertelne zatrucie Somnifenem „Roche" 107
Muenzer J.: Przyczynek do kliniki białaczki monocytarnej u dziecka 796
Naróg Fr.: Błonica brzegu powiek o rzadkiej postaci krostkowo-pęcherzykowej 479
— Pierwotna jaskra zapalna w okresie ciąży 535
Parfanowicz Z.: Zastosowanie Cardiazolu w chirurgji dziecięcej 553
Penzias M.: O rozpoznawaniu i umiejscowieniu przetok jelitowo-pęcherzowych 797

Str.

Perłowski K.: Leczenie rzeżączki gonakryną na podstawie własnych doświadczeń 873
Progulski S. i F. Redlich: Zgorzel skóry w przebiegu błonicy gardła 439
Rein J.: Allonal „Roche" 185
Reiss H.: Inhalacje, jako sposób leczenia kiły 418
Roth J. i M. Ungar: Przyczynek do leczenia ropnia płuc nowarsenobenzolem 800
Siemionkin M.: Przypadek automatyzmu epileptycznego a sprawa sądowa 497
Spira J.: Przyczynek do leczenia ropni mózgu pochodzenia usznego 769
Tochowicz L.: W sprawie ruchomości guzów trzustkowych 641
Wilczyński Cz.: Przypadek tętniaka aorty na tle kiłowem 555
Wilenko M.: Wrodzona wada serca 168
Zienkiewicz Al.: Całkowite zarośnięcie odźwiernika 86
— Cięcie cesarskie z powodu blizn pochwy przy płodzie niedonoszonym 480
— Śródbłoniak prącia 221

Wykłady i odczyty.

Grünzweig B.: Leczenie zaburzeń układu wegetatywnego ciałami proteinowemi 143
Ławrynowicz A.: Rola i znaczenie Instytutów higienicznych w organizacji Służby zdrowia 892
Meisels E.: O ważności naświetlań raka macicy z wielu ognisk 858

Fejleton.

Wołoszczak St.: W sprawie popularyzowania wiedzy 581

Sprawozdania poglądowe.

Alles Z.: Obecny stan nauki o przemianie wodnej ustroju, puchlinach i ich leczeniu 802, 818
Blassberg M.: O djetetycznej metodzie leczniczej bezsolnej Dr. Gersona 974
Grzędzielski J.: O nowych środkach leczniczych przy jaskrze 662
Kwaskowski W.: Rozpoznawanie wczesnej ciąży na podstawie metod bio-fizyko-chemicznych 241
Lidzki A.: Zakrzepy i zatory pooperacyjne 126
Praeger N.: Obecne kierunki w psychjatrji 24
Rezacz A. J.: Wytrzebianie i wyjaławianie psychicznie chorych i osobników mniejwartościowych 200
Rychłowski Zdz.: O przetokach pęcherzowych 458
Szabuniewicz B.: O doświadczalnem wywoływaniu czynnościowych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego 908
Wiślański Kaz.: Witaminy i hormony (Próba syntezy) 351, 373, 400, 416

Z dziejów nauki polskiej.

Trzebiński S.: Notatka o nauczaniu przyrodoznawstwa i medycyny na dawnym Uniwersytecie i Akademji medyko-chirurgicznej w Wilnie 674

Z historji medycyny.

Pisek W.: Ku pamięci Behringa 186

Medycyna społeczna.

Ankieta w sprawie nowopowstałych zakładów leczniczych 461
Fritz J.: Szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmetta 13
Gąsiorowski N.: Dotychczasowe wyniki masowego badania serologicznego na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą 29
Kurs dla Kierowników Ośrodków Zdrowia 461
Minist. spraw wewn.: Budowa dołów ustępowych z kręgów betonowych 402
— Dur brzuszny w Polsce 740
— Państwowa pomoc lekarska. Uznanie sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku 644
— W sprawie kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego 335

Str.

— W sprawie przychodni przeciwwenerycznych 111
— W sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności 127
— W sprawie szkolenia kontrolerów sanitarnych 111
— W sprawie tępienia gryzoniów 835
— W sprawie wydawania eteru w aptekach felczerom 127
— Zwalczanie chorób zawodowych 860
Minist. wyzn. rel. i ośw. publ.: Noszenie książek i zeszytów w tornistrach 87
— O czystości w ustępach 87
— W sprawie kwalifikacji zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich 87
Noszenie książek i zeszytów w tornistrach 481
Owsiński Józef: Sprawozdanie z wycieczki naukowej do Włoch 354, 375
Posiedzenie Sekcji walki z gruźlicą Państwowej Rady Zdrowia 144
Protokół plenarnego posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady zdrowia przy Ministerswie spraw wewn. 715
Protokół posiedzenia Związku Przeciwweneryczuego 481
Skokowska-Rudolfowa M.: Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą 222
— Udział Rządu w walce z gruźlicą 67
— Uzdrowiska dla chorych gruźliczych 202
Sprawozdanie z posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia 500
Stopczański J.: Cele i zadania poradni przeciwwenerycznej w Krakowie 30
Tyszka K.: W sprawie gruźlicy wśród młodzieży szkół wyższych we Lwowie i jej zwalczanie 598
W sprawie zakładania przychodni przeciwjaglicznych i udzielania pomocy rządowej na ich utrzymanie 242
Zmiana obuwia w szkołach 481

Sprawozdania i korespondencje.

Braun Karol: Krótki zarys rozwoju i organizacja pracy oddziału oto-laryngologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie 297
Bühn St.: Państwowa Poradnia szkolna we Lwowie 978
Bujwid O.: Żółta febra w Brazylji 875
Chodźko W.: Sprawozdanie z czynności zastępcy delegata Rządu na 10-te Zgromadzenie Ligi Narodów 1929 r. 916
Grulewski B.: Sprawozdanie z Kongresu neurologów w Hamburgu 70
Lipiński Wit.: Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1928 420
Meisels E.: Uwagi w sprawie artykułu pp. Mossora i Tumidajskiego: O otorbionych wysiękach i odmie śródpiersia w związku z przypadkami hydro-pneumothorax mediastinalis posterior dexter. 560
Świerczewski St.: IX. Sprawozdanie z działalności Oddziału obserwacyjnego Szpitala Dzieciątka Jezus w roku 1927. 128
Tomanek Z.: O zagranicznych sanatorjach i urządzeniach przeciwgruźliczych 107
Z posiedzenia lekarzy szkolnych przy wydziale Wychowania fizycznego i higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. w dniu 17. października 1929 934

Oceny i sprawozdania.

Alexander i Beckman: Roentgenatlas der Lungentuberkulose des Erwachsenen. Oc. Przybylski 835
Bednarski A.: Historja okulistyki w Polsce w wieku XIII—XVIII. Oc. Fritz 13
Bhlomke: Die Chirurgie des Ohres. Oc. Zalewski T. 402
Calmette A.: La prémunition ou vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose. Statistique et résultats. Oc. Dr. Fritz 13
Chabanier H., M. Lehert i Lobo-Ouell: Physiopathologie et traitement du diabète sucré. Oc. Wł. Elmer 561
Chirurgja narządów ruchu i Ortopedja Polska. Oc. H. Higier 54
Codina-Altès: Traité d'électrocardiographie clinique. Oc. Pisek 462
Czarnota-Bojarski H. i E. Reicher: Fizykalne sposoby badania klinicznego. Oc. H. Sochański 986
Ducuing J.: Phlebites, thromboses et emboliès post-opératoires. Oc. A. Janik 740
Eggies: Ueber die Entstehung des Magengeschwürs und das Problem seiner Behandlung. Oc. Siedlecki 958
Engelmann Guido: Einführung in die Orthopädie. Oc. J. Krzyżanowski 645
Engländer Martin: Ueber Hyperthyreose und ihre Heilung mit Mikrojoddosen. Oc. E. Szczeklik 935
Géraudel E.: Le mécanisme du coeur et ses anomaliès. Oc. Pisek 33
Gerstmann J.: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Oc. Arend 283
Grott J. W.: Cukrzyca, podręcznik dla lekarzy i chorych 581
Günther H.: Grundprobleme der Konstitutionsforschung. Oc. A. Ślączka 912
Hartmann Henri: Chirurgie de l'estomac et du duodemum. Oc. Janik A. 169
Haudyroy P.: Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes. Oc. M. Ungar 805
Higier H.: Historja medycyny u nas. Oc. Fritz J.: 144
— Lekarz a lecznictwo. Oc. Dąbrowski 424
— Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa. Oc. Pisek 53
Huard Serge: Les accidents de la cholecystectomie. Oc. Janik 539
Hybner L.: Poglądy Pawłowa na wyższą czynność nerwową. Oc. Ungar M. 145
Internationale Beiträge zur Geschichte der Medizin. Oc. J. Fritz 89
Iselin Marc: Plaies et maladies infectieuses des mains. Oc. A. Gruca 422
Janusz W.: Kilka uwag krytycznych o krytykach 225
Jonscher K.: Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych. Oc. Dr. J. Fritz 260
Kahlfeld - Wahlich: Bakteriologische Nährboden-Technik. Oc. Ungar 539
Katalog wystawy rękopisów i druków przyrodniczo-lekarskich XIII — XVII wieku. Oc. J. Fritz 88
Kirschner-Nordmann: Chirurgie Bd. II. Lief. Oc. K. Czyżewski 424
— „Chirurgie" Lief 23. Oc. Gruca 377
Kollert W.: Komatöse Zustände. Oc. J. Krzyżanowski 740
Knorr A.: Beiträge zur Kemtniss des Lidschlages unter normalen und pathologischen Verhätnissen. Oc. A. Ślączka 979
Kozieradzki Aleks.: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza wydał A. Wrzosek. Oc. L. Zembrzuski 88
Labbé M. et H. Stévenin: Le métabolisme basal. Oc. Wł. Elmer 625
Lachs Jan: Kronika lekarzy krakowskich XVII wieku. Oc. A. Bednarski. J. Fritz 356, 378
Lax H.: Verwertung der diagnostischen Laboratoriumsverfahren in der ärztlichen Praxis. Oc. Siedlecki 958
Lewis Thomas: Naczynia krwionośne skóry ludzkiej i działanie bodźców na nie. Oc. H. Higier 53
Liebesny Paul: Diathermie, Heisluft und künstliche Heisluft. Oc. J. Krzyżanowski 602
Lijecnicki Vjesnik 1928. Godine 50. Broj 5. Pedjatricki broj. Oc. Fritz J. 144
Lumière Aug.: La viè, la maladie et la mort. Phenomènes colloidaux. Oc. J .Fritz 88
Mackenzie J. i J. Orr: Choroby serca — zasady rozpoznawania i leczenia. Oc. M. Franke 72
Madaus: Podręcznik receptowy oligoplexów dynamicznych i preparatów. Oc. J. Krzyżanowski 602
Maliwa E.: Störungen in der Frequenz und Rythmik des Pulses. Oc. M. Ungar 626
Monceaux R.: Troubles des changes nutritifs dans la tuberculose pulmonaire. Oc. M. Ungar 669
Nordmann: Die Vorbehandlung. Der Verband und die Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen. Oc. K. Czyżewski 424
Nowak J.: Die Menstruation und ihre Störungen. Oc. J. Krzyżanowski 625
Ortner Norbert: Differentialdiagnostik innerer Krankheiten. Oc. Dr. Pisek 719
Pfeifer: Die Angioarchitektonik der Grosshirnrinde. Oc. W. Janusz 877

Str.
Piłcz A.: Die Anfangsstadien der wichtigsten Geisteskrankheiten. Oc. Dr. Janusz 244
Précis de pathologie chirurgicale. Oc. A. Janik 913
Progulski St.: Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę. Oc. Fritz J. 144
Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1917—1921. Oc. Szumowski Wł. 186, 300
Question cliniques d'actualité (service du prof. Sergent). Oc. Dr. Pisek 776
Reiter Paul J.: Zur Pathologie der Dementia Praecox. Gastrointestinale Störungen ihre klinische und aetiologische Bedeutung. Oc. W. Janusz 759
Reuss A.: Säuglingsernährung. Oc. J. Fritz 204
Richter P. F.: Jak należy leczyć w praktyce choroby przemiany materji 463
Roederer G.: Orthopedie. Tuberculoses chirurgicales. Oc. Janik 539
Sédillot J.: Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis. Oc. M. Ungar 260
Seifert O.: Działanie uboczne modnych środków leczniczych. Oc. A. Reiner 979
Skorowidz lecznictwa. Oc. J. Krzyżanowski 441
Sokołowski Olgierd: Gruźlica. Oc. Hirschtalówna 500
Strohmayer Wilhelm: Wrodzone i we wczesnem dzieciństwie nabyte stany otępienia. Oc. H. Higier 283
Szumlański Witołd: Pielęgnowanie ucha i ochrona słuchu. Oc. Z. S. 284
Szumowski Wł.: Krakowska Szkoła lekarska po reformach Kołłątaja. Oc. Fritz J. 378
Terrien F.: Semiologie oculaire. Statistique et dynamique oculaire. Oc. Dr. Naróg 13
Tiesenhausen K.: Die plastischen Operationen der Haut. Oc. K. Czyżewski 425
Vignal W.: Electrothérapie. Oc. J. Krzyżanowski 822
Willer H. Ergebnisse der Encephalitisforschung. Oc. A. Ślączka 979
Wissenschaftlicher Ausschuss des Wiener medizinischen Doktorenkolegiums. Medizinisches Seminar — Neue Folge. Oc. K. K. 283
Zahradnický F.: Prijice żaludku (Kiła żołądka). Oc. Dr. M. Ungar 335
Zandowa N.: Splot naczyniasty. Oc. St. Leśniowski 72
Zgórski K.: Higjena. Oc. H. Sochański 860
Zweig Walter: Darmkrankheiten. Oc. Dr. Ungar 336

Bibljografia.

a) Przegląd piśmiennictwa polskiego.

Archiwum historji i filozofji medycyny oraz historji nauk przyrodniczych 73, 378, 805
Biuletyn Sekcji sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej 537
Chirurgja kliniczna 958
Chirurgja narządów ruchu i Ortopedja Polska 54
Czasopismo sądowo-lekarskie 35, 188, 646, 721, 777, 835
Czystość 699, 777
Dziecko i matka 34, 73, 89, 128, 169, 204, 244, 284, 323, 337, 357, 425, 442, 501, 539, 646, 721, 741, 778, 860, 894, 935
Folia morphologica 463, 823
Gastrologja Polska 89, 602, 626
Ginekologja Polska 111, 442, 760, 935
Gruźlica 72, 188, 302, 482, 721, 760, 877
Higjena pracy 463
Higjena życia codziennego 73, 188, 244, 302, 403, 501, 582, 805, 836
Klinika oczna 89, 245, 501, 646
Kosmos 145, 323, 425, 760
Kronika dentystyczna 89, 204, 357, 520, 741
Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie 34, 261, 501, 805
Lekarz Kasy Chorych 54, 323
Lekarz Polski 14, 111, 169, 244, 337, 403, 519, 582, 669, 760, 836, 913
Lekarz wojskowy 54, 90, 112, 146, 188, 244, 261, 337, 357, 425, 501, 562, 626, 721, 861, 980
Medycyna doświadczalna i społeczna 54, 481, 741, 913
Medycyna praktyczna 35, 73, 188, 245, 337, 425, 520, 602, 646, 805, 861, 935
Medycyna Warszawska 35, 72, 89, 112, 128, 146, 188, 204, 244, 261, 284, 336, 357, 425, 442, 482, 501, 540, 582, 626, 646, 760, 777, 836, 861, 877, 935, 958
Neurologja Polska 14, 169, 626, 980
Nowiny lekarskie 14, 89, 112, 146, 188, 244, 261, 302, 357, 425, 442, 463, 539, 626, 741, 822, 860, 894, 980
Nowiny psychjatryczne 425, 721
Nowiny społeczno-lekarskie 261, 302, 323, 336, 337, 378, 442, 482, 520, 562, 582, 626, 669, 741, 760, 805, 836, 894, 935
Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka 777, 861
Opieka nad dzieckiem 34, 403, 741, 980
Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału lek. Uniw. St. Batorego 145, 261, 463, 602, 822, 980
Pedjatrja Polska 34, 403, 645, 836
Polskie Archiwum Medycyny wewnętrznej 73, 778, 822, 823
Polska Dentystyka 35, 169, 337, 540, 645, 777
Polski Czerwony Krzyż 55, 146, 244, 323, 425, 602, 741, 980
Polski Przegląd Chirurgiczny 188, 302, 482, 602, 823
Polski przegląd oto-laryngologiczny 357, 626
Polski przegląd radjologiczny 35, 169, 519, 602
Położna 14, 73, 145, 204, 284, 378, 482, 626, 721, 836, 913, 958
Przegląd dentystyczny 54, 90, 188, 261, 378, 481, 539, 602, 669, 777, 980
Przegląd dermatologiczny 54, 204, 442, 913
Przegląd sportowo-lekarski 562, 958
Przegląd ubezpieczeń społecznych 14, 261, 302, 539, 562, 602, 645, 741, 860, 980
Przegląd zdrojowo-kąpielowy 425, 501, 520, 562, 582, 627, 669, 741, 777, 822
Przemysł chemiczny 54, 89, 146, 188, 336, 357, 403, 463, 482, 539, 540, 602, 645, 669, 741, 760, 860, 894, 980
Przewodnik pielęgniarski 425, 721
Przyroda i technika 54, 145, 261, 284, 337, 482, 520, 778, 836, 958
Ratownictwo 225, 337, 442, 539, 626, 645, 805, 836, 980
Rocznik psychjatryczny 204, 520, 760
Szkoły akademickie 323
Trzeźwość 34, 35, 54, 128, 245, 323, 425, 501, 602, 741
Warszawskie czasopismo lekarskie 14, 35, 54, 73, 89, 111, 112, 128, 145, 169, 188, 204, 225, 244, 261, 284, 302, 323, 337, 357, 378, 425, 442, 463, 482, 519, 539, 540, 602, 626, 645, 646, 721, 741, 760, 778, 835, 836, 877, 894, 913, 935, 958, 980
Wiadomości farmaceutyczne 14, 54, 72, 89, 111, 112, 128, 145, 169, 188, 204, 225, 244, 261, 302, 323, 337, 357, 378, 403, 425, 442, 463, 482, 519, 540, 562, 582, 602, 626, 627, 646, 669, 721, 741, 760, 777, 805, 822, 836, 860, 877, 894, 913, 935, 980
Wiadomości lekarskie 54, 128, 244, 337, 378, 482, 562, 822, 894, 958
Wiadomości weterynaryjne 14, 89, 146, 225, 337, 403, 501, 540, 626, 741, 822, 913
Wiedza lekarska 73, 89, 128, 188, 261, 482, 582, 602, 627, 669, 778, 877, 958
Wychowanie fizyczne 14, 89, 145, 225, 302, 378, 805, 822, 894
Zagadnienia rasy 261, 337, 442, 760
Zdrowie 14, 73, 146, 169, 244, 261, 323, 425, 501, 582, 669, 741, 836, 913

b) Przegląd piśmiennictwa zagranicznego.

American Journal of obstetrics and gynecology 147, 501, 647, 670, 805, 836
Annales d'anatomie pathologique et medico-chirurgicale 147
Annales de medécine 778
Archiv für Gynäkologie 15, 35, 91, 148
Archivos de medecina, cirurgia y especialidades 520
Archiv für Verdauungskrakheiten 722
Beiträge zur klinik der Tuberkulose 245, 302, 878
Biochemische Zeitschrift 861
Boletin del Hospital Civil de San Juan de Dios 226
Bolletino della Aocita Italiana di Biologia Sperimentale 465
Bratislavske lekarske listy 73, 129, 379, 540, 742
Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest et de la Société des sciences médicales de Cluj 245
Časopis lekařu českych 55, 74, 90, 129, 169, 205, 225, 425, 443, 627, 761
Deutsche medizinische Wochenschrift 227, 465, 837, 861
Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheihtpflege 113, 130
Fortschritte der Medizin 648
Gendai no Igaku 520

Str.
Gyarkorló orvos Könyvtara 837
Gyogyaszat 207
Immunité 483, 562, 603
Internacia Medizina Revuo 227, 380, 604, 628, 762
Klinische Wochenschrift 262, 806, 837
La Medizina Ibera 15
La presse médicale 563, 721
Le concours médical 226
Le monde médical 563
Le sang 443
Liječnički Vjesnik 205, 464, 760, 936
Long Island medical journal 357, 582, 603, 627
Medizinska Bibljoteka 465
Medizinskij Pregled 205, 465, 761, 935
Medizinische Klinik 56, 227, 444, 520, 861
Münchner Medizinische Wochenschrift 74, 245, 671, 837, 913
Narkose und Anaethesie 170, 284, 338
Prakticky lekař 55, 74, 90, 482, 646
Revue Belge des sciances médicales 627
Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 540
Sbornik lékařský 403
Staleški Glasnik 465
Slovansky Sbornik Ortopedicky 15
Surgery, Gynecology and Obstetrics 15, 128, 204, 226, 357, 582, 646, 761, 913
The Journal of Laboratory and Clinical Medecine 56
The Journal of nervous and mental disease 74, 146, 261, 484, 582
The journal of The American Medical Association 404, 484, 603
Therapia a Gyarkorlóorvos lapia 521
Therapie der Gegenwart 837, 862, 913
Venerologie und Dermatologie 936
Vlaamsch Geneeskundig Tijdschrift 226
Wiener Klinische Wochenschrift 91, 426, 484, 627, 723, 762, 779, 823, 861, 895, 936
Wraczebnaja Gazieta 112, 205
Zeitschrift für Kinderheilkunde 284
Zeitschrift für Tuberkulose 914
Zentralblatt für Gynaekologie 284, 914
Zentralblatt für innere Medizin 724

Ruch towarzystw lekarskich. — Zjazdy.

Doroczne zebranie niemieckiego Towarzystwa aktynologicznego 468
XX Francuski Kongres medycyny 524
Klub lekarzy Polskich 115, 211
Komitet Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce 135
Kongres balneologiczny w Berlinie 152
IV Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów w Paryżu 44, 448
I Kongres międzynarodowy aktinologów 343
I Kongres międzynarodowy Lotnictwa Sanitarnego w Paryżu 151
II Kongres międzynarodowy pedjatrów 844
I Kongres międzynarodowy Towarzystwa Mikrobiologów 364
VI Konkres pedjatrów francuskich 652
VI Kongres stomatologiczny w Paryżu 344, 588, 632
Kongres wychowania fizycznego i sportu w szkole 727
Krakowskie Koło Towarzystwa Internistów Polskich 42
Lwowskie towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach 919, 940
VI Międzynarodowy Kongres lekarski w sprawie wypadków i chorób zawodowych 940
Międzynarodowa konferencja pracy 248
II Międzynarodowy Kongres malarji 468
V Międzynarodowy Kongres medycyny i farmacji wojskowej 44, 60, 363
Międzynarodowy Kongres pracowników umysłowych 587
III Międzynarodowy Kongres reformy życia płciowego 468
Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Antlantic City 307
Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu i Indji 608, 652
Miedzynarodowy Zjazd chirurgów, udział Niemców 363
XIII Międzynarodowy Zjazd okulistyczny w Amsterdamie i Hadze 608, 880
Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Riwierę i do francuskiej Afryki północnej 151
IV Niemiecki Zjazd lekarzy-dentystów 344
Niemieckie Towarzystwo do zwalczania gośćca 364
Niemiecki Związek opieki nad zdrowotnością w wieku szkolnym 468
Podsekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 587
Polski Komitet do zwalczania raka 726
Polski Komitet walki z reumatyzmem 17
Polskie Tow. anatomo-zoologiczne, Oddział Warszawski 287
Polskie Towarzystwo antropologiczne w Poznaniu 19
Polskie Towarzystwo biologiczne 503, 897
Polskie Towarzystwo dermatologiczne Koło lwowskie 246
Polskie Towarzystwo dermatologiczne Oddział Warszawski 447
Polskie Towarzystwo Eugeniczne 76, 337, 566
Polskie Towarzystwo Eugeniczne Oddział Warszawski 447
Polskie Towarzystwo Gastrologiczne 606, 763
Polskie Towarzystwo higjeniczne we Lwowie 43, 864
Polskie Towarzystwo higjeny i bezpieczeństwa pracy 306
Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej 343, 384, 843, 987
Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne 728, 864, 960
Polskie Towarzystwo pedjatryczne 267
Polskie Towarzystwo pedjatryczne Oddział Poznański 631
Polskie Towarzystwo Psychjatryczne. Zarząd główny 939
II Polski Zjazd przeciwrakowy 172, 304, 381
IV Polski Zjazd Stomatologiczny w Wilnie 60, 838
II Polski Zjazd przeciwrakowy 247
Polski Związek przeciwgruźliczy 726
IV Posiedzenie Stałej Komisji Międzynarodowej dla spraw chorób zawodowych w Ljonie 44
Poznańsko-Pomorskie Zrzeszenie Lekarzy Społeczno-kasowych w Poznaniu 488
Poznańskie Tow. przyjaciół nauk. Wydział lekarski 172
Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie 980
Rodzina lekarska 543, 843, 899
Sekcja do walki z gruźlicą Państwowej Rady Zdrowia 144
Sekcja farmaceutyczna XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 467
Sekcja neurologiczna XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie 504
Sekcja oto-laryngologiczna XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 607
Sekcja pedjatryczna XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie 136
Sekcja psychologiczna Towarzystwa Wiedzy Wojskowej 150
Stowarzyszenie dla pomocy wdowom i sierotom po lekarzach we Lwowie 43
Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie 18, 59, 116, 192, 231, 267, 323, 362, 383, 502, 899, 939
Stowarzyszenie lekarzy polaków w Wilnie 16
Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy 468, 608
Stowarzyszenie lekarzy zdrojowych w Inowrocławiu 468
Towarzystwo lekarskie Częstochowskie 93, 210, 585, 648, 915
Towarzystwo lekarskie Krakowskie 42, 208, 263, 445, 465, 484, 604, 628, 879, 895, 914
Towarzystwo lekarskie Lubelskie 75, 650, 671
Towarzystwo lekarskie Lwowskie 96, 133, 136, 172, 188, 211, 227, 231, 248, 265, 267, 323, 343, 358, 384, 408, 427, 447, 467, 503, 523, 541, 544, 563, 583, 784, 806, 824, 838, 843, 862, 864, 879, 896, 899, 915, 919, 960, 987
Towarzystwo lekarskie Łódzkie 60, 95, 114, 189, 209, 724, 762, 779, 807
Towarzystwo lekarskie Warszawskie 59, 130, 149, 231, 486, 824, 939
Towarzystwo lekarskie Wileńskie 192
Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego 284, 339, 521
Towarzystwo lekarskie Złoczowskie 585
Towarzystwa lekarzy b. Galicji Walne Zgromadzenie 363, 447, 502
Towarzystwo miłośników historji medycyny w Poznaniu 19, 43
Towarzystwo Neurologiczne Warszawskie 192, 267
Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska) 133
Towarzystwo „Pomoc lekarska" 544
Towarzystwo popierania badań mózgu 17
Towarzystwo przeciwgruźlicze w Krakowie 960
Warszawskie Koło Ortopedów 488
Warszawskie Towarzystwo higjeniczne 566
Wileńskie Koło Towarzystwa Internistów Polskich 44, 116
Włoskie Towarzystwo okulistów 363
Wycieczki naukowe do zdrojowisk włoskich 468
III Wycieczka naukowa lekarzy austrjackich 608

Str.
Wydział lekarski Polskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu 211
248, 384, 408, 488, 523, 784, 960
Z czynności Stałej Delegacji Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich 404
II Zjazd chemików polskich 343
XXV Zjazd chirurgów polskich 362, 468
V Zjazd Czesko-Słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego 728
IV Zjazd członków Twa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego 134
I Zjazd dermatologów słowiańskich 211
III Zjazd francuskich towarzystw oto-neuro-okulistycznych w Bordeaux 17, 18, 19 i 20 maja 1929 324
VIII Zjazd internistów polskich 248
XXVII Zjazd italski ginekologów 608
III Zjazd lekarski w Krynicy 608, 744, 900
VII Zjazd lekarzy i działaczy samorządowych 523
XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie 19, 446, 525
673, 780, 884, 919
Zjazd lekarzy Kas Chorych 488
Zjazd lekarzy kresowych w Łucku 17
Zjazd lekarzy powiatowych w Nowogródku 170
Zjazd lekarzy powiatowych w Tarnopolu 134
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostockiego 565
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Kieleckiego w Będzinie 381
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Krakowskiego w Krakowie 381
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego 564
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego 586
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa pomorskiego 246
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poznańskiego W Bydgoszczy 266
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa warszawskiego w Płocku 380
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego 959
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego 565
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego 586
Zjazd lekarzy w Paryżu zorganizowany staraniem czasopisma „Revue médical française 268
VIII Zjazd międzynarodowy dermatologji i syfilodogji w Kopenhadze 920
VIII. Zjazd Międzynarodowy Towarzystwa chirurgów 606, 724
II. Zjazd niemieckiego Towarzystwa dla badania narządu krążenia 268
IX. Zjazd niemieckiego Towarzystwa farmakologicznego 468
XX. Zjazd niemieckiego Towarzystwa roentgenologów 544
Zjazd ogólny polskiego lekarskiego Towarzystwa radjologicznego 343
Zjazd okulistów polskich 544, 607
IV. Zjazd Pedjatrów Polskich, jako Sekcja XIII. Zjazdu lek. i przyr. polskich 427
II. Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego 488
VII. Zjazd Powszechny Towarzystwa higjenistów polskich 522, 652
Zjazd przedstawicieli uzdrowisk 267
IX. Zjazd Psychjatrów Polskich, jako Sekcja XIII. Zjazdu i przyr. polskich 428, 448
VIII. Zjazd Towarzystwa Chirurgów Międzynarodowego 487, 567
IX. Zjazd Towarzystwa chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji 448
VIII. Zjazd Tow. Internistów Polskich 39, 503, 607, 727
Zjazd towarzystwa lekarzy chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji 608
IV. Zjazd Zrzeszenia lekarzy kolejowych 607
I. Zjazd Związku dermatologów słowiańskich w Warszawie 447
Zrzeszenie lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej 211
Związek lekarzy kas chorych. Koło krakowskie 307, 467
Związek lekarzy kas chorych. Koło Lwów 172
Związek lekarzy Państwa Polskiego 503
Związek lekarzy P. P. Okręg krakowski 343
Związek lekarzy P. P. Okręg lwowski 339, 503, 544
Związek lekarzy szkolnych Okręgu Szkolnego Kuratorjum Lwowskiego 229
Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej 136
Związek stomatologów w Krakowie 631

Sprawy zawodowe.

Bocheński K.: Wyszkolenie studentów i lekarzy w położnictwie praktycznem 936
Str.
Dybowski Wł.: O świadectwach lekarskich celem zwolnienia od gimnastyki 917
Gabel W.: Obecne badanie lekarskie wychodźców w Gdańsku 629
Izb lekarskich konferencja 987
Izb lekarskich statystyka 364
Izba lekarska Krakowska 150, 211
Izba lekarska Lubelska 44
Izba lekarska Lwowska 18, 42, 43, 267, 824, 940
Izba lekarska Łódzka 340
Izba lekarska Poznańsko-Pomorska 192
Izba lekarska Warszawsko-Białostocka 18, 38, 115, 231
Lewicki St.: Kilka uwag o lekarzach zdrojowych 359
Minist. wyznań relig. i ośw. publ.: Rozporządzenie w sprawie organizacji studjów lekarskich w uniwersytetach państwowych 984
Minist. spraw wewn.: W sprawie podręcznych bibljotek lekarskich w szpitalach 939
Naczelna Izba lekarska 781
Tandeta lekarska 841
Wachholz L.: Instrukcja w sprawie wykonywania sądowych sekcyj zwłok 543
Wnioski Lwowskiej Izby Lekarskiej w sprawie opodatkowania lekarzy, przedstawione na posiedzeniu Najwyższej Izby lekarskiej dnia 21 kwietnia 1929 426
Wynagrodzenie lekarzy Kasy chorych w Warszawie 898
Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogrodzkiej Izby Lekarskiej 340, 360, 381
Związek lekarzy Państwa Polskiego. Obwód lwowski 940

Higjena i wychowanie fizyczne.

Dietrich: Sprawozdanie Dr. Dietricha, lekarza powiatowego w Łowiczu, delegowanego przez Ministerstwo Spraw wewn. (Dep. Sł. Zdr.) do Jugosławji, Węgier i Niemiec, w celu zapoznania się z higjeną wsi 57
Hirszfeld L.: Kilka uwag w sprawie reformy nauczania higjeny na uniwersytetach 839
Iwanowski W.: Konferencja w sprawie ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz produktów spożywczych 743
Minist. spraw wewn.: Rozporządzenie o organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku 982
Minist. spraw wewn.: Sprzedaż uliczna artykułów żywności 863
— W sprawie instrukcji dla położnych 863

Nekrologja.

Gluziński A.: Wspomnienie o ś. p. Drze Zdzisławie Juchowicz Hordyńskim Generale W. P. 191
Kiełkiewicz Jan 230
Moszkowicz Jan 37
Nowicki W.: Ś. p. Dr. Szczepan Mikołajski 959
Onufrowicz Cezary 383
Rostek Józef 340
Ś. p. Juljan Wimut 76
Srokowski M.: Ś. p. Eugenjusz Lewenstern 486
Wielski Zygmunt 287
Wizel Adam 36
Z. S.: Ś. p. Dr. med. Zygmunt Grudziński 918

Redakcja otrzymała.

Achard Ch.: Les maladies Typhoïdes 524
— L'oedème Brightique 844
Annals of The Pickett Thomson Research Laboratory St. Pauls hospital London. The Pathogenie Streptococci 392
Aron Max: Vie et reproduction 324
Badmajeff Wł.: Chi Szara Badahan, zasady medycyny tybetańskiej 344
Béclère Cl.: La perméabilité et les obturations tubaires 988
Benevolus C.: Współczesny stan lekarski 764
Bregman L. E. i St. Gleichgewichtowa: Przyczenk do myoklonji 344
Bregman L. E. i K. Poncz: Encephalitis nach Masern 344
— O powikłaniach mózgowych po odrze 344
Bregman L. E. i P. Szulman-Neudingowa: W sprawie rozpoznawania schorzeń rdzeniowych zapomocą lipjodolu 344
— Zur Lipjodoldiagnose bei Rückenmarkskrankheiten 344

Str.

Breton André: Etude de la réaction de Vernes a la résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses 44
Breyer St.: Zagadka człowieka 248
Brokman H.: Badania nad patogenezą płonicy 988
Bruner E.: Na marginesie spraw zawodowych 524
— O leczeniu chorób skóry promieniami t. zw. granicznemi (Bucky'ego) 567
Bröning F. i O. Stahl: Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems 824
Bühn St.: O wartości praktycznej odczynu Biernackiego 468
— Wskazania i sposoby stosowania djety bezsolnej 468
Bujak W.: Odżywianie dziecka 652
Bureau International du travail: Bibliographie d'hygiène industrielle 152, 468, 652
— Hygiène du travail 844
Bühn St.: Reumatyzm a młodzież w wieku szkolnym 60
Bychowski Z.: Ludwik Maurycy Hirszfeld, profesor anatomji (1814—1876) 524
Chabanièr H., M. Lebert et C. Lobs-Ouell: Physiopathologie et traitement du diabète sucré 448
Choroby krwi, według wykładu prof. Renckiego 324
Cieszyn, miejsce sportowe 324
Cieszyński Fr. K.: Książeczka zdrowia, zawierająca schemat dokładnych wywiadów, pomiarów i badań dziecka 764
Crouzon O.: Le syndrome epilepsie 248
Cruchet René: Encéphalite épidémique. Les origines. Les 64 premières observations connues 248
Cytronberg S.: Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizjologicznej 672
Czarnecki E.: Przyczynek do fizjologji nadnerczy 212
Dąbrowski K.: O zwapnieniach w gruźlicy płuc 344
Dąbrowski K. i A. Irlicht: Skrzywienie tchawicy o objawach rzekomo jamistych 152
Demanche R.: Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis 248
Dobrzyński Wł.: Mieszkanie a wczasy po pracy 988
— Współudział sfer społecznych w sanacji mieszkaniowej 988
Dognon André: Précis de physico-clinic biologique et médicale 324
Ducuing J.: Phlebites, thromboses et emboliès post-operatoires 344
Dujárric R. de la Rivière: Etiologie et prophylaxie de la grippe 324
Duszyńska M.: Alkohol nieszczęściem człowieka i narodu 96
Dziennik Urzędowy Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej 652, 764, 988
Eiger M.: O badaniach interferometrycznych 844
Engelmann: Einführung in die Ortopädie für den praktischen Arzt 392
Ewald C.: Die Behandlung der Knochenbrüche mit einfachen Mitteln 152
— Die Behandlung der Verrenkungen 152
Faroy G.: Therapeutique digestive. Les principaux médicaments 248
Frankowska L.: Ustawa o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby 324
Fritz J.: Listy Józefa Franka do Gotfryda E. Grodka 764
Frostig J.: Das Schizophrene Denken 344
Fröschels: Sprach und Stimmstörungen 392
Gonzalez Uruena Jesu: Le traitement des teignes par l'acètate de thalium 44
Grott J. W.: Cukrzyca 324
Grünzweig B.: Proteinkörpertherapie bei Störungen im vegetativen Nervensystem 152
Grzywo-Dąbrowski W.: Kazuistyka sądowo-lekarska 60
— L'avortement et l'infanticide a Varsovie après la guerre 488
— Samobójstwa rozszerzone w Warszawie 60
— Samobójstwa w Warszawie w r. 1927 60
— Znaczenie t. zw. stanu grasico-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej 988
Guillaume A. C.: L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. I. Les endocrines dans la physiopathologie clinique 248
— L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques 844
Handelsman J.: Okresowe majaczenia oraz napadowe wydzielanie cuchnącego zapachu (fetoroekreusis), w przypadku nagminnego zapalenia mózgu 567
— Przyczynek do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu 567
Hauduroy P.: Les ultravirus et formes filtrantes des microbes 428
Henrijean F.: Le coeur 988
Higier H.: Auslösung und Coupierung von klonischen und tonischen Muskel-Krämpfen durch periphere Eingriffe 44
— Jajo, owulacja i ciąża a stosunek ich do hormonów jajnika i przysadki 44
— Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej i racjonalne ich leczenie 764
— Nieco z lecznictwa, dietetyki i higjeny żydów starożytnych 248
— Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet z stanowiska neurologji 4
— Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlania promieniami Roentgena 248, 268
— Roentgenotherapie im Bereiche der Gehirn und Rückenmarkstumoren 268
— W sprawie klasyfikacji i djagnostyki pewnych rzadszych postaci przewlekłych chorób mózgowych 764
Hlykman S. J.: Estestwennaja klasyfikacja terapeutyczeskych mas i osnownoi pryncyp zwolczyn terapji 248
Huard Serge: Les accidents de la cholécystectomie 448
Hygiène du travail 728
Inster E.: Traitement des affections neuro-cutanées 988
Instrukcja w sprawie dokonywania przez Kasę chorych rozrachunku ze Skarbem Państwa 652
Janet Jules: Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme 232
Janowski Wł.: Rzut oka na 31 lat pracy naukowej oddziału chorób wewnętrznych, prowadzonego przez Władysława Janowskiego (1866—1928) 567
Janusz W.: Stany rozrzedzeniowe tkanki mózgowej 844
Jaquerod z Leysin: Leczenie gruźlicy płuc 324
Jenscher K.: Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych 212, 232
Judym Wł.: Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej 392
Kahlfeld-Wahlich: Bakteriologische NährbodenTechnik 324
Kalendarz przeciwgruźliczy na rok 1929 232
Karaffa-Korbut K.: Praca i odpoczynek 567
Karasiński St.: Badania nad działaniem tranu i naświetlanej ergosteryny w krzywicy doświadczalnej 567
Kasa chorych miasta Wilna: Sprawozdanie z działalności Kasy za lata 1922—1927 844
Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels. Die Chirurgie der Arterien und Venen 324
Klein St.: Małopłytkowość (Thrombopenia) 212
— Niedokrwistość złośliwa 212
— Żółtaczka hemolityczna 344
Koffer L. i A. Mayrhofer: Hausapotheke und Rezeptur 988
Kollert: Komatöse Zustände 392
Kopaczewski W.: Physico-chimie des eaux minérales 392
Kopczyński St.: Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce 212
Kowaschik J.: Diatermja 212
Krakowski A.: Leczenie pląsawicy dożylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny 344
Kronika Izby lekarskiej lwowskiej 988
Kuncewicz Z.: Postęp w poglądach na patogenezę gruźlicy płuc 324
Kuncewicz Z. i A. Borowski: Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej 324
Kwaskowski W.: Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym 60
Labbé M. et H. Stévenik: Le metabolisme basal 448
Le monde médical 524, 544, 567, 632, 652, 672, 764, 844, 988
„L'enseignement médicale en France" 428
Lévy J. R.: Les anomalies du complex ventriculaire electrique 488
Leyberg J.: Uwagi w sprawie endoskopji cewki przedniej w przewlekającej się i przewlekłej rzeżączce 524
Liebesny: Diathermie, Heissluft und Künstliche Höhensonne 392
Lind L.: Die Indikation zur manuellen Placentalösung und die Placentaadhäsion 60
Lorentowicz L.: O kierunku zachowawczym lecznictwa ginekologicznego 392
Luger A.: Gelbsucht 152

Str.

Lumière A.: Le cancer 344
Lutembacher R.: Etude élementaire des arythmes 324
Macklenburg M.: Der gegenwärtige Stand der Schutzimpfung gegen Tuberkulose 920
Majewski K. W.: Syndesmoplastic épicornéene a l'usage de l'épiprothèse 136
Maliwa E.: Störungn in der Frequenz und Rythmik des Pulses 152
Manczarowski St.: Zamach samobójczy czy zbrodnia 60
Markuszewicz R.: O niedorozwiniętej postaci schizofrenji 248
— O zaburzeniach instynktu samozachowawczego w schizofrenji 920
Medyński Wł.: O leczeniu elektrycznością 652
Meisels E.: La mélorhéostose 152
Mering J. v.: Podręcznik chorób wewnętrznych wydany przez L. Krahla. T. II. Z. VI. Choroby układu nerwowego 44
Mikułowski Wł.: Biegunka śmiertelna z melanodermją i porfinurją u oseska 652
— Contribution a la clinique de la tuberculose fermée chez les enfants 392
— Das Aufflackern der Lues bei Kindern 392
— Diarrhée mortelle avec mélanodermie et porphynurie chez un nourrisson 744
— Die therapeutische Anwendung das Sauorstoffes in der Kinderklinik 652
— Ein Beitrag zum Mechanismus der Darmblutungen beim Bauchtyphus 728
— Ein Beitrag zur „geschlossenen" Tuberkulose bei Kindern 652
— Emiplegia spastica e lue congenita nell'infanzia 116
— Encéphalite coquelucheuse a l'age infantile 116
— L'application thérapeutique de l'oxygène en clinique infantile 248
— Neuropathie et syphilis congénitale chez l'enfant. 764
— O kile konstytucjonalnej 988
— O zespole „Wiatra południowego". 392
— Pertussis-encephalitis im Kindesalter 652
— Phtysis pneumonica morbillosa 988
— Przyczynki do mechanizmu krwiotoków kiszkowych w durze brzusznym 392
— Su di un caso di lue congenita febrile del fegato in un ragazzo do quattordici anni 248
— Ueber seltene Bauchtyphuskomplikation bei Kindern 652
— Zagadnienia współczesnej diagnostyki 248
Minist. pracy i opieki społecznej: III. Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce w r. 1927 344
Minist. spr. wewn. Dep. Służby Zdrowia: Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej, oraz o działalności władz i instytucyj Zdrowia Publicznego w r. 1926 44
Monceaux R.: Troubles de échanges nutritifs dans le tuberculose pulmonaire 248
Nouveau traité de médecine. Pathologie du foie. 44
Nowak J.: Die Menstruation und ihre Störungen 152
Obchód jubileuszowy Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie 1868—1928 764
Offenberg J.: W kwestji zatrucia gazem kloacznym 468
Okólniki i pisma okólne Okręgowego Urzędu ubezpieczeń we Lwowie za r. 1927 232
Okólniki i pisma okólne Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie za rok 1928 567
Olbrycht J.: Anatomical changes in epidemie influenza 136, 844
— Forensische Untersuchungsmethoden von Mekoniumspuren 136, 844
— Gewaltsamer Tod durch verbrecherische Kastrierung oder natürlicher Tod durch Aortaruptur 116
— La docimasie pulmonaire histologique chez le foctus et les nouveau — nés carbonisés 844
— Mikroskopische Untersuchungen von Lungen verbrannter Neugeborener zum Nachweis ihres Gelebthabens, nebst Bemerkungen über die forensische Bedeutung der histologischen Lungenprobe 116
— Orzeczenie rekursowe, nieprzyjmujące związku przyczynowego między wypadkiem a powstaniem przepukliny pachwinowej 844
— Orzeczenie rekursowe, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem a śmiertelnem zapaleniem płuc 844
— Orzeczenie rekursowe, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem a udarem apoplektycznym 844

Str

— Śmiertelne, samobójcze otrucie formaliną 844
— Ueber die Pathogenese des Verbrühungstodes 116
— Une complication insolite de l'ulcère peptique de l'estomac 116
— Zur Kasuistik der seltenen Vergiftungsarten 844
Olbrycht i Śnieszko: Untersuchungen über Präcipitine 844
Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego za rok 1928 324
Pamiętniki Polskiego Towarzystwa lekarzy weterynaryjnych 567
Pamiętnik I. Zjazdu lekarzy i działaczy samorządowych szpitalnych w Łodzi 44
Pathologica 728, 764, 844
Petit-Dutaillis Paul: Troubles fonctionell et dystrophies à l'etat chronique en gynécologie 248
Piasecki E.: Dzieje wychowania fizycznego 988
Pic A. et L. Morenas: Tuberculose cardio-vasculaire 844
Pięćdziesięcioletni Jubileusz Towarzystwa lekarskiego lwowskiego 672
Piotrowski Kaz.: Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löflera dolnych dróg oddechowych 392
Polski Czerwony Krzyż. Wydanie jubileuszowe 544
Polski Kalendarz lekarski na rok 1929 232
Połtowicz K.: Zdrojowisko Wysowa 988
Pomper J.: Uproszczony sposób leczenia syndaktylji 764
Popławska H.: Lasecznik Kocha w świetle nowych badań 324
Porak B.: Les syndromes endocrines 524
Poznański jubileuszowy kalendarz Nowin Lekarskich na rok 1929 324
Progulski S.: Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę? 76
Przegląd naukowego piśmiennictwa lekarskiego na rok 1928, dotyczącego preparatów leczniczych wyrabianych przez Przemysłowo - handlowe Zakłady chemiczne Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. Warszawa 488
Questions cliniques d'actualite 232
Ranzi Egon.: Die Chirurgie des Gehirns und seiner Häute 824
Reger G. H.: Traité de physiologie normale et pathologique 988
Regmunt-Sobieszczański L.: Badania nad guzkiem Carabellego 136
— Dwa przypadki unieruchomienia kręgosłupa na tle gruźliczem 324
— Spożycie cukru a cukrzyca, oraz jej leczenie w zdrojowiskach krajowych 988
Reuss A.: Säuglingsernährung 152
Revue Belge des sciences médicales 567
Revue française de gynécologie et d'obstétrique 728, 764
Revue international de médecine professionnelle et sociale 524, 728, 844
Rist E.: Qu'est ce que la médicine 524
Roederer C.: Orthopédie tuberculoses chirurgicales 524
Roussy G., R. Leroux et M. Wolf: Le cancer 988
Ruff J.: Odpowiedzialność karna lekarza 920
Sabouraud R.: Pelades et alopécies en aires 844
Schneider C.: Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenen 920
Sicard J. A. et L. Gaugier: Traitement des varices par la méthode sclérosante 428
Skorowidz lecznictwa 392
Słonimski P.: Les thrombocytes contiennes - ils de l'hemoglobine 232
— O architektonice kory mózgowej 232
— XXIII. Zjazd „l'Association des Anatomistes" 232
Sobieszczański Regmund L.: Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej 632
Sobre C. Cases: Chirurgie des voies biliaires 44
Sobre-Casas et F. F. Caranza: Leucoplasie et kraurosis vulvaire 44
Sociéte des nations. Organisation d'hygiène: Annaire sanitaire international 1928. Rapports sur les progrès réalisés dans la domaine de l'hygiène publique en vingt-neuf pays au cours de l'anné 1927 920
Societé des nations: Organisation d'hygiene. Comité d'hygiene. Rapport au conseil sur les traveaux de la treiziène session du comité 44
— Rapport de la deuxième conférence internationale de la maladie du sommeil 44
— Organisation d'hygiène. „Statistiques des maladies a déclaration obligatoire pour l'anne 1927". 468

Str.
Sokołowski E.: Psychoterapja 212
Sokołowski O.: Gruźlica 324
Soupault R.: Techniques de médecine opératoire 428
Sprawozdanie Komisji Senatu Akademickiego Uniwersytetu Jana Kazimierza dla spraw młodzieży, za rok akademicki 1927/1928 764
Sprawozdanie komitetu Sanatorjum w Rudce za r. 1927 44
Sprawozdanie Szpitala izraelitów w Krakowie za rok 1928 324
Sprawozdanie Zarządu Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie za rok 1927 232
Sprawozdanie Zarządu Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie za rok 1928 567
Sprawozdanie z czynności Zakładu medycyny sądowej Uniw. Warszawskiego za rok 1928 488
Sprawozdanie z działalności Łódzkiego Towarzystwa zwalczania raka za czas od IV. 1927 do 31. XII. 1928 344
Sroczyński St.: Inowrocław jako zdrojowisko 268
Stasiński J.: O arterjosklerozie dna oka w świetle osobistych spostrzeżeń i klinicznych doświadczeń 324
Stawiński M.: Rola medycyny zapobiegawczej w lecznictwie 652
Sterling Sew.: O charakterze wczesnych objawów chorobowych 60
Sterling-Okuniewski S.: O samoistnem rozszerzaniu przełyku 76
— De la dilatation idiopathique de l'oesophage 988
— Krótki rys historyczny nauki o chorobie Brighta 60
— Odczyn skórny na działanie przesączu gruźliczego u chorych na gruźlicę 60
— Wrażenie z wycieczki naukowej zagranicę 988
Sterling-Okuniewski St. i W .Paszkowska: Gruczolak tarczycy 364
— Wątroba olbrzymia w przebiegu raka żołądka u osobnika młodego 364
Sterling-Okuniewski St. i Z. Pęska: Rak pierwotny pęcherzyka żółciowego 364
Sterling-Okuniewski St. i M. Rosnowski: Przyczynek do epidemjologji i kliniki włośnicy 232
Sterling-Okuniewski S.: Réaction cutanée au filtrat tuberculeux chez sujet atteints de tuberculose 60
— Sur l'imprtance que présente la découverte du virus tuberculez filtrant pour la phtisiologie 232
Str.
— Ueber gewisse Tuberkuloseformen und Beziehungen zum filtrirbaren Virus 76
— Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę 988
— Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla ftizjologji 76
Sterling Wł.: Dziecko histeryczne 212
— Dziecko psychopatyczne 212
Szczedrowski H.: Choroby weneryczne jako klęska społeczna i walka z niemi 116
Szokalski K.: Wstęp do djagnostyki i semiotyki chorób 212
Trzeciak Ks. St.: Klimat i choroby w Palestynie w czasach Chrystusa Pana 44
Verain Marcel et Jean Chaumette: Le pH en biologie 44
Vignes H.: Physiologie gynécologique et médecine des femmes 468
Wachholz i Olbrycht: Forensische Bedeutung der Schriftveränderung durch Krankheit 844
Wasilewski F.: Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc 324
Wąsowicz St.: Spostrzeżenia kliniczne u chorych nieprątkujących 344
Wąsowski Tad.: Kiła ucha 448
Węgrzynowski L.: Sprawozdanie z działalności lwowskiego Towarzystwa walki z gruzlicą za rok 1927 324
Weisenbach R. J. i F. Françon: Causes et traitement de la syphilis 248
Wisel A. i R. Markuszewicz: Zweite Mitteilung über die Versuche der Malariatherapie bei der Schizophrenie 764
Zachert M.: Nasz arsenał dla zwalczania jaglicy 392
— Przyczynek do historji organizacji walki z jaglicą w Polsce 392
— Statistique du trachome en Pologne 392
Zaremba J.: Technika zakładania opatrunków gipsowych 232
Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu higjeny Uniw. Jag. z r. 1927 i 1928 392
Zembrzuski L.: Zarys rozwoju chirurgji polskiej 764
Zweig Walter: Darmkrankheiten 152
Zieliński K. i E. Wajs: Szpital Przemienienia Pańskiego 1828—1868—1928 44

Alfabetyczny spis rzeczy.

A.

Abiotroficzne typy 262
Achylia gastro-pancreatica 694
Adamkiewicza-Boltza odczyn 240
Adam-Stockes'a choroba 465
Addisona choroba 56
Adenomyosis jajnika 564
Adnexitis bilateralis 209
Adrenalina 465
Adrenaliny, dosercowe zastrzykiwanie 85
Aerofagja a odma sztuczna 612
Agomensina 147, 207
Agranulocytoza 218
Agrykola parkiem Jordanowskim 18
Akademja ku czci ś. p. prof. Napoleona Cybulskiego 363
Akademja medyko-chirurgiczna w Wilnie 674
Alkoholizm 380
Allergiczne choroby 210
Alional „Roche" 185
Ambulatorjum Kasy chorych m. Warszawy 606, 864
Amerykańskie towarzystwo lekarskie 764
Anafilaksja na bulion 511
Anatoksyna paciorkowcowa 293
Aneurysma arterio-venosum 540
Angioxyl 960
Angina pectoris 74
Ankieta „Czystości" 824
Antithyreoidyna „Moebius" 57
Antivirus Besredki 55
Antypeptyczne własności surowicy krwi 122
Aparat do wlewań dożylnych 907
Aptek Kasy chorych w Poznaniu likwidacja 864
Arsenobenzole, objawy uboczne 432
Arsenobenzolowe przetwory 787
Arsencbenzyna 762
Arszenikiem zatrucie 209
Artheropathia psoriatica 75
Artykuły żywności 127, 863
Askarjaza woreczka żółciowego 295
Association française de pédiatrie 652
Atofanyl 723
Awertynowe uśpienie 170, 861

B.

Bąblowiec 204
Bądzyński Stanisław, zmarł 172
Bajoński Jan nagrodzony 523
Bakterje a metale 562
Bakterje w mleku 589
Balneologiczne instytuty w zdrojowiskach niemieckich 524
Balneoterapja 95
Banga pałeczka u człowieka 325
Banga pałeczką zakażenie 444
Banisteryna 837, 913
Bartona kleszcze położnicze 147
Basedowa choroby leczenie operacyjne 725
Basen pływacki w Warszawie 18
Baylisa prawo 205
Behringa, pamięć 186
Benzydynowa reakcja w moczu 426
Bezrobocie pracowników umysłowych 248
Bezsok żołądkowo-trzustkowy 694
Bezsolna metoda Dr. Gersona 974
Bezwodnik węglowy 99
Białaczki limfatyczna 95
Białaczka monocytarna 796
Białko w surowicy krwi 692
Bibljoteki lekarskie w szpitalach 939
Bier Leonard habilitowany 631
Billroth Teodor. Wspomn. pośm. 429
Billrotha Teodora jubileusz urodzin 76, 212
Biodra zwichnięcie wrodzone 359
Bismogenol Tosse 648, 724, 936
Bizmutem leczenie raka 806
Blizny powłok brzusznych 443
Blok serca 603, 799
Błonica 129, 153, 951
Błonica gardła 439
Błonica powiek 479
Bogucki Wincenty, zmarł 232
Borowinowe kąpiele 368

Bratnia pomoc medyków w Krakowie 211, 784

C.

Calcium „Sandoz" 56
Calmetta szczepienia przeciwgruźlicze 13
Cardiazol 553
Cechy płciowe 91
Ceytlin Alfons, pozbawienie dyplomu lekarskiego 171
Chemja hormonów 879
Chemoterapja nowotworów 73
Chimophytina 520
Chińskie lecznictwo 604
Chloroformowe uśpienie 170
Chlorowanie wody do picia 482
Cholina 491
Chondrodystrophia foetalis 650
Chorionepithelioma testis 540
Choroby zakaźne 515
Choroby zawodowe 223, 860
Chromanie przystankowe 444
Ciałek krwi opadanie 93
Ciąża 91
Ciąża a gruczoł tarczycowy 806
Ciąża a gruźlica płuc 131
Ciąża a oko 535
Ciąża a rak części rodnych 403
Ciąża a rak macicy 409
Ciąża, a układ międzynerkowy 35
Ciąża pozamaciczna 466, 501
Ciąża, zatrucie krwi 358
Ciążowa próba v. Mertza 739
Ciąży wczesnej przerywanie 113, 339
Ciąży wczesnej rozpoznawanie 241
Cibalgina 226
Ciechocinek 644
Cięcia cesarskiego statystyka ogólna 150
Cięcie cesarskie 480, 639, 647
Ciężarne zatrucia 94
Ciężarnych krew a kwasy aminowe 149
Citobarium 245
Clostridium Welchii 647
CO_2 jako środek leczniczy 496
Colitis mucosa 484
Collipa parathormon 155
Coramina 57, 262
Cotoiny pochodne 729
Cukromocz nerkowy 56
Cukrzyca 56, 561, 750, 823
Cukrzycowa śpiączka 444
Cukrzycy chirurgja 761
Ćwiczenia wojskowe lekarzy zdrojowych 428
Cybulskiego Napoleona akademja 363
Cybulskiego Napoleona pamięci uczczenie 445
Cybulski Napoleon, prace naukowe 315
Cybulski Napoleon, wspomnienie 309
Cybulski Napoleon, życiorys 316
Cybulskiego N. prąd wstępujący 850
Cysty endometrjalne 501
Czerwiwność 613
Czerwonka pełzakowa 404
Czystość języka polskiego 672
Czystość, miesięcznik 588, 987

D.

Davis'a odczyn 112, 130
Degastroenterostomizacja 359, 546
Dehelminthyzacja 206
Delegacja Stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich 404, 727
Dementia praecox 262
Deontologja lekarska Izby lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej 305, 340, 360, 381
Der blutlose Phlebotomist 588
Diabetes renalis 723
Djagnostyka współczesna 404
Dionina 227
Dna 723
Dna wapniowa 444
Dni przeciwgruźlicze 884
Dobrzański Antoni docentem 363, 764
Dochodu uznanie 232
Drenowanie w chirurgji brzusznej 56
Druskieniki 95, 307
Duhringa choroba 443
Dur brzuszny 195, 740
Dusznica bolesna 209
Dusznica sercowa 74
Dwunastnicy uchyłki 226
Dwunastnicy zwężenie 5
Dwusiarczkiem węgla zatrucie 189
Dybowski Wł., habilitacja 503
Dychawica oskrzelowa 1, 21, 48, 113, 198, 210, 214, 238, 257
Dyfterja cewki moczowej 426
Dysidrosis manuum 701
Dystonja 605, 885, 903
Diecko i matka 524
Dziecko w kryminalistyce 348
Dziedziczenie stanów psychopatologicznych 677
Dziekanat Wydz. lek. Uniw. Jag. 488
Dziekan Wydz. lek. Uniw. Warszawskiego 566
Dzierzgowski Szymon, zmarł 20
Dzierzgowskiego S. prace 153
Dziewictwa dochodzenie 208
Dzikowski Zygmunt, zmarł 20

E.

Efedryna 170
Elastometrja 609
Elbon „Ciba" 521
Elektrolity a stan koloidalny białka 636
Emetyna 113
Encephalitis lethargica 426
Encephalitis toxica 208
Encephalomyelite subaugue Cruchet'a 426
Endocarditis lenta 809, 826
Endothelioma penis 221
Enterocleaner 671
Eozynofilja 443
Ephedrinum 284
Ephetonina 227, 284, 465, 861
Epidermolysis bullosa 208
Epilepsja 262, 263
Epileptyczny automatyzm 497
Ergosteryna 226, 517, 530, 550, 869
Ergosteryna naświetlana 748
Ergosteryna we krwi rakowych 966
Ergotyną zatrucia 671
Escaped beats 84
Esicy skręt 890
Eter 127
Eterowe uśpienie 170
Eugenika 337

F.

Farmaceutyczne przetwory krajowe 287
Fasoli trujące działanie 762
Febra żółta 404, 563
Fibrolysina 226
Fiolet goryczki 162
Flataua E., jubileusz 287
Fosfor organiczny w leczeniu 928
Fronczaka Z. P., skon syna 152

G.

Gangrena spontanea 189
Gardenal 52
Gastroskop Schindlera 357
Gazowanie sinowodorem 113
Genezeryna 545
Gdynia, dom zdrojowy 566
Gersona metoda bezsolna 974
Glajak rdzenia 484
Gluziński Antoni, członkiem honorowym Tow. lekarskiego Horwacji, Sławonji i Międzymorza w Zagrzebiu 652
Gonacrina 189, 873
Gorączka eksperymentalna 413
Gorączka gruczołowa 723
Gorączki wczesnego dzieciństwa 93
Gościec stawowy ostry 55
Granulie froide 878
Gruca Adam, docentem chirurgji 307
Gruczolako-raki macicy 501
Grudziński Z., nekrolog 918
Gruźlica 13, 56, 67, 144, 189, 202, 222, 606, 761, 778
Gruźlica kości i stawów 90
Gruźlica kręgosłupa 358
Gruźlica krtani 170
Gruźlica nerki 806
Gruźlica płuc 45, 97,, 165, 179, 245, 302, 303, 847, 914
Gruźlica płuc a ciąża 131
Gruźlica prosówkowa 74
Gruźlica skóry 255, 972
Gruźlica, śmiertelność 764
Gruźlica urazowa 15
Gruźlicy chirurgicznej leczenie 905
Gruźlicy leczenie 577, 723
Gruźlicy malarjoterapja 603
Gruźlicy zwalczanie 598
Gruźlicy zwalczanie we Francji 566
Gruźliczych prątków przesącz 90
Grypa 763
Grypy epidemja 343
Gryzoniów tępienie 835
Grzybek fiołkowy 825
Grzybica guzowata 896
Grzybica strzygąca 825
Guz wodociągu Sylwiusza 699

H.

Halucynacja 146
Harmina „Merck" 837, 913
Helminthiasis 613
Hematosalpinx 147
Hemiatrophia facialis progrossiva 583
Hemoglobiny rozmieszczanie 82
Hemolityczna konstytucja 548
Hepatosplenomegalja Niemann-Picka 880
Higjeniczno-lekarskiej opieki centralizacja 288
Higjeiy nauczanie na uniwersytetach 839
Hipotonja tętnicza 649
Histerja 648
Hordyński Zdzisław, wspomnienie pośmiertne 191
Hormocardiol 444
Hormon jajnikowy 73
Hormonów chemja 879
Hormony 351, 373, 400, 416
Hormony łożyska 872
Hormon pęcherzyka jajnikowego 670
Hormony płciowe 277
Hormony płciowe we krwi 149
Hormon płciowy żeński 207
Hormon sercowy 444
Hoteli uparządkowanie 441
Hyperidrosis manuum 701
Hypertonia 837
Hyperwitaminoza 861
Hypotonja 789

I.

Inhalacjami leczenie kiły 418
Inclinometr położniczy 836

Index analitycus cancerologiae 843
Instytut farmakoterapeutyczny uniwersytetu w Lejdzie (Holandja) 428
Instytuty higieniczne 892
Instytuty historji medycyny w Baltimore i w Lejdzie 920
Insulina 112, 165, 227, 870, 941
Interferencyjne leczenie 861
Inwalidom wojennym pomoc lekarska 899

J.

Jaglica 55, 243
Jaglicy leczenie 90
Jajnika nowotwory 148
Jajników funkcjonalne zaburzenia 147
Jajowodu potworniak 148
Jamrusz Władysław, zmarł 428
Jamy ust zakażenie 485
Janiszewski Tomasz 631
Jarecki Władysław, zmarł 232
Jaskra 90
Jaskra zapalna, pierwotna 535
Jaskry leczenie 662
Jelit niedrożność 170
Język polski na międzynarodowych kongresach chirurgów 606
Jodipina 914
Jonów potasu wpływ na ośrodki oddechowe 595
Jony wodorowe pochwy 528

K.

Kabelika odczyn 129
Kalendarz Nowin lekarskich na rok 1929. 343
Kalendarz Zjazdów 344, 567
Kału badanie 603
Kamfora 90
Kamica żółciowa 95, 913
Kamienie moczowodowe 671
Kamienie nerkowe 671
Kamienie żółciowe 722
Kąpiele borowinowe 368
Kąpiele jelitowe podwodne 671
Kąpiele mułowe 368
Karcinolizyny 861
Kasa chorych m. Warszawy 651
Kasy chorych, płatne porady lekarskie 287
Kasy chorych w Poznańskiem i na Pomorzu 43
Kasy chorych w Warszawie komisarz rządowy 522
Kasy chorych zagranicą i u nas 588
Katalepsja 262
Katapleksja 262
Katedra stomatologji w Poznaniu 744
Kępek żółtych komórki w macicy 35
Kiełkiewicz Jan, nekrolog 230
Kiła 574, 805, 806
Kiła aparatu krążenia 482
Kiła na Huculszczyźnie 29
Kiła oka 643
Kiła utajona 173
Kiła wrodzona 518, 533
Kiła wrodzona późna 970
Kiły leczenie inhalacjami 418
Kirschner-Nordmann „Chirurgie“ 377
Klawe Stanisław doktorem farmacji 524
Klinika pdjatryczna lwowska 505
Koklusz 277, 289, 320, 331, 455, 472, 489, 722
Koło medyków Uniwersytetu Poznańskiego 232
Koło medyków Uniw. Warszawskiego 176, 487
Komisja międzynarodowa ekspertów do spraw substancyj odurzających 588
Komitet budowy pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę 726
Komitet higjeny Ligi narodów 608
Komitet propagandowy przy radzie gminnej w Krynicy-zdroju 544
Komornego podwyżka 343
Konkurs czasopisma „Wiedza lekarska“ 543
Konkurs fotograficzny czasopisma „Dziecko i matka“ 192
Konkurs im. G. Piramowicza 987
Konkurs Koła lekarzy Towarzystwa „Pomoc lekarska“ 544
Konkurs na najlepszy odczynnik iperytu 631
Konkurs na pracę Międzynarodowej Konferencji ekspertów w sprawie obrony przeciwgazowej ludności cywilnej 506
Konkurs na prace Stowarzyszenia Asystentów U. J. K. i Akademji med. we Lwowie 503
Konkursy na nagrody Tow. lek. Warszawskiego 486
Konkurs na pracę na temat: „Alkoholizm, jego znaczenie i walka z nim, z uwzględnieniem warunków życia wojskowego“ 116
Konkurs na pracę na temat „Alkoholizm w wojsku“ 116, 587
Konkurs na pracę Polskiego Towarzystwa Eugenicznego Oddział Warszawski 447
Konkurs na stanowisko dyrektora Instytutu głuchoniemych i ociemniałych w Warszawie 447
Konkurs Polskiego Towarzystwa Higienicznego we Lwowie 211, 864
Konkurs Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy na pracę z zakresu balneologji 468
Konkurs Szpitala szkolnego szkoły podchorążych 247
Konstytucja hemolityczna 548
Kontrolerów sanitarnych szkolenie 111
Koramina 91
Kostanecki Kazimierz, Prezesem polskiej Akademji Umiejętności 267, 427
Koszta leczenia ubogich w szpitalach 335
Kowalewski Wacław, wyrok Izby lekarskiej 340
Kredyty inwestycyjne w uzdrowiskach 728
Kretschmeryzm 845
Krew w ciąży, poronieniach, w czasie porodu i połogu 92
Krew w nadciśnieniu tętniczem 712
Krwawienia maciczne 329
Krwi badanie w praktyce 426
Krwi przetaczanie 55
Krwistek ciałka żółtego 670
Krwi właściwości dynamiczne 684
Krwotoczna skaza 791
Krynica 544
Krzyształowicz Franciszek członkiem zagranicznych tow. dermatologicznych 211
Krzywica 517, 530
Krzywicy leczenie 444, 530, 550, 569, 896
Książeczka zdrowia 727
Książek noszenie w tornistrach 481
Kubisztal Stanisław, zmarł 20
Kulturalne zjawiska 469
Kurjozum ogłoszenia partacza lekarskiego 428
Kurs alkohologji i walki z alkoholizmem 38, 427, 487, 844
Kurs analiz lekarskich 18, 899
Kurs VI dla higjenistek-wywiadowczyń przeciwgruźliczych 726
Kurs dla kierowników Ośrodków Zdrowia 461
Kurs dla kontrolerów sanitarnych 17
Kurs dla lekarzy kontrolujących wychowanie fizyczne i sport 727
Kursy dla lekarzy w Londynie 726
Kurs dla lekarzy szkolnych 939
XIII Kurs dla lekarzy z zakresu gruźlicy w Berck - Plage 506
Kurs dla naczelnych lekarzy Kas chorych w Poznaniu 306
Kursy dla pielęgniarek Kas chorych w Warszawie 307
Kursy dokształcające w Londynie 844
Kurs dokształcający dla lekarzy w Poznaniu 727
Kurs dokształcający dla lekarzy przy Wydziale lekarskim Uniw. Warszawskiego 39, 171
II Kurs dokształcający dla lekarzy chorób dziecięcych w Düsseldorfie 44
Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych 823
II Kurs dokształcający dla lekarzy w Ciechocinku 448, 651, 843
Kurs dokształcający dla lekarzy we Wiedniu 76, 248, 566
Kurs dokształcający dla lekarzy Związku lekarzy na Spiżu 212
III Kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów 288
Kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny oto-rhino-laryngologji w Strasburgu 363
Kurs dokształcający z dziedziny radjodjagnostyki gruźlicy płuc i chorób dróg oddechowych w Strasburgu 344
Kurs instruktorski dla działaczy i pracowników uzdrowiskowych 150, 171, 246
Kursy kształcące Związku uzdrowisk polskich 523
Kurs lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego 42, 116, 151, 363
Kursa lekarskie w Wysokich Tatrach 324
Kurs obrony przeciwgazowej dla lekarzy 919
Kurs oto-laryngologji w Klinice otolaryngologicznej Uniw. J. K. we Lwowie 136
Kurs pielęgniarstwa psychjatrycznego w Tworkach 728
Kurs położnictwa i ginekologji dla lekarzy we Lwowie 884
IV Kurs przeciwgruźliczy dla lekarzy 427
IV Kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie“ 843, 864
Kurs trachomatologji i organizacji społecznej walki z jaglicą 18, 38, 408, 440, 884
IV Kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą“ 172
Kursa uzupełniające dla lekarzy Wydziału lek. Uniw. Poznańskiego 448
Kursa uzupełniające dla lekarzy z dziedziny oto-rhino-laryngologji w Bordeaux 324
Kurs wychowania fizycznego dla lekakarzy 17, 41
Kurs wyszkolenia dla lekarzy publicznej służby zdrowia 486, 487
Kurs z zakresu rozpoznawania i leczenia chorób allergicznych w Lejdzie (Holandja) 428
Kursy dokształcające dla lekarzy we Wiedniu 764

L.

Lampa pochwowa Engelhorna 895
Larrey'a przestrzeń przymieczykowata 346
Lecznictwo chińskie 604
Lecznictwo hinduskie 762
Legeżyński Wiktor, zmarł 344
Lekarski Kurs uzupełniający z zakresu wychowania fizycznego i sportu 324, 467
Lekarz Głównego Urzędu ubezpieczeń 652, 764
Lekarze szkolni 934
Lekarze zdrojowi 359
Lekarze zmarli na tyfus plamisty 40
Lekarzy liczba w Warszawie 899
Lekarzy nowych rejestracja w Warszawie 744
Lekarzy polaków zapotrzebowanie dla Konga belgijskiego 362, 468
Lekarzy rozsiedlenie w Polsce 568
Leków wydawanie w aptekach dla Kas chorych 588
Leriche'a operacja 73
Le „terrain" 878
Lewenstern Eugenjusz, zmarł 306, 486
Leżenie w łóżku jako metoda lecznicza 131
Ligi Narodów zgromadzenie 916
Limfogranulomatoza 190
Limfosarkoma 190, 209
Lipiodol 806
Lipoidami leczenie 905
Listy do redakcji 17, 38, 190, 427, 586, 651, 726
Loth Edward, wykłady w Paryżu 206
Luetyna Bussona 55
Luetynowa próba 823
Luminal 837, 913
Lymphosarcoma 793

Ł.

Łożyska hormony 872
Łożyska, przedwczesne odklejenie 806
Łożyska zwyrodnienie wodniczkowe 837
Łożysko przodujące 805, 836
Łuszczyca 961
Łyżeczka diatermiczna 147
Łyżeczkowanie macicy 526

M.

Macicy amputacja 205
Macicy ciężarnej mięsień 404
Macicy i jajnika liczne guzy pierwotne 35
Macicy łyżeczkowanie 526
Macicy muskulatury rozluźnienie 91
Macicy odcięcie 836
Macicy przebicia 485, 628, 779
Macicy przepłukiwanie 526
Macicy rak 205
Macicy szyji nieżyt 836
Macicy tyłopochylenie 670
Macicy wynicowanie 147
Macicy wypadnięcie 836
Macicy zgorzel w połogu 92
Maciczne krwawienia 329, 647
Majer Dr. 845
Martwica tkanki tłuszczowej 443
Meckela uchyłku schorzenia 723
Meinickego odczyn 64, 371, 540
Melanuria spuria 225
Metoda bezsolna Dr. Gersona 974
Metritis dissecaus 148
Miażdżyca 205
Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża 631
V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania 232
Międzynarodowe Kursy dokształcające dla lekarzy w Berlinie 744
Międzynarodowy Kurs dokształcający dla lekarzy w Karlovych varach 212, 308, 631, 920
Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi 419
Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu i do Indji 784
Mięsa badanie 116
Mięsak czarny pochwy 35
Mięsienie neuropunktów 604
Migdałków, pryszczykowe zapalenie 798
Migrena 262, 765
Mikołajski Szczepan, nekrolog 959
Mikołajski Szczepan, zmarł 940
Mleczny gruczoł 97
Mleka bakterje 589
Mleka pasteryzacja 967
Mleka wydzielanie 501
Mleka zanieczyszczenie bakteryjne 656
Mlekowy kwas 129
Mocznica 603, 799
Moczowego kwasu wydalanie 616
Moczówka prosta 393
Moczowodu zamknięcie 404
Moczowodu zwężenie 357
Moczu zatrzymanie się 435
Modrakowski, członkiem Komisji międzynarodowej ekspertów do spraw substancyj odurzających 588
Morbus Pelnari 627
Morfina w położnictwie 36
Morszyn 744
Moszkowicz Jan, zmarł 20
Mózgo-rdzeniowego płynu badanie w praktyce 426
Mózgu ropnie pochodzenia usznego 769
Mózgu zapalenie 74
Mozołowski Wł. habilitacja 503
Mułowe kąpiele 368

N.

Nabłoniak maciczny heteroplastyczny 148
Nacieki wczesne 878
Naczyniowe przełomy 703
Nadciśnienie tętnicze 712
Nadfjołkowe promienie a choroby zakaźne 604
Nadwrażliwość 11
Naevus papilomatosus pigmentosus 806
Nagroda im. Dr. Zofji Nordhoff-Jung 211
Nagroda Międzynarodowa Włoskiego Towarzystwa okulistów 363
Nagroda za pracę naukową Guy Amerougen 608
Nakłucia serca 346
Nałęczów, zakład zdrojowy 307
Narkolepsja 262, 484
Narzędzi chirurgicznych wyrób krajowy 487
Naświetlanie raka szyi macicy 16
Naświetlanie tarczycy 329
Natrium tetrajodphtaleinicum 284
Nauka położnictwa dla położnych 172
Naukowa wycieczka lekarzy do Paryża i Londynu 544
Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej 44, 212
Nefropatje ciężarnych 345
Neoarsfenamina 603
Nerka wędrująca 761
Nerwy ruchowe a strychnina 318
Neuralgia brachialis 205
Neuropunktów mięsienie 604
Nicolle'a szczepionka 563
Niedokrwistość złośliwa 207
Niemann-Picka splenohepatomegalja 590
Niemiarowość serca 358
Niemirów 616, 744
Niemoc płciowa 762
Niepłodności przyczyna 671
Nieżyty pooperacyjne dróg oddechowych 291
Nirwanol 508
Nirwanolowa choroba 508
Noguchi H., zmarł 60
Nowarsenobenzol 800
Nowin lekarskich jubileusz 38
Noworodek a zakłady położnicze 509
Nowotworów chemoterapja 73
Nowotworów leczenie radjoaktywne 443
Nowotworów złośliwych radjoterapja 474
Nowotwory mózgu 482
Nowotwory złośliwe a ciała tłuszczowe 710
Nowotwory z nabłonka wyściółkowego komór mózgowych i rdzenia 868

O.

Obermeyer'a odczyn 112
Obuwia zmiana w szkołach 481
Odbytnicze usypianie 338
Odczyn Bordet-Gengou 411
Odczyn Bordet-Wassermanna 411
Odczyn Brucka 806
Odczyn Davisa 926
Odczyn Kahna 806
Odczyn zmętnienia Meinicke'go 371
Odczyty z higjeny społecznej dla kobiet 383
Oddechowe usypianie 338
Oddział oto-laryngologiczny Szpitala Powszechnego we Lwowie 297
Oddział stomatologiczny przy Szpitalu szkoły podchorążych sanitarnych w Warszawie 522
Oddział zakaźny Szpitala powszechnego we Lwowie 420
Odma śródpiersia 560
Odma sztuczna 245, 897
Odma sztuczna a aerofagja 612
Odra 277, 289, 320, 321, 779
Od redakcji 545
Odźwiernika zarośnięcie 86
Okrężnicy zapalenie u dzieci 379
Ołowica 56
Onufrowicz Cezary, nekrolog 383
Opłaty za czynności lekarskie na terenie Wileńsko-Nowogrodzkiej Izby lekarskiej 382
Opodatkowanie lekarzy 426
Oralsepsis 540
Organizacja higjeny Ligi Narodów 392
Orzechowski Kazimierz, dziekanem Wydz. lek. Uniw. Warszawskiego 566
Osiedlanie się lekarzy na Pomorzu 728
Ospa w Anglji 764
Ospy szczepienie 129
Ośrodek zdrowia miejski we Lwowie 940
Osteomalatia juvenilis 15
Ostitis deformans 261
Ostitis fibrosa 862
Otępienie umysłowe 681
Otolski Stefan, odznaczenie 672
Otolskiego S., odczyt 287
Otrucia zawodowe 404
Otwock, sanatorjum gruźlicze 566

P.

Paciorkowce 327
Paciorkowce hemolityczne 123
Paciorkowcowa anatoksyna 293

Padaczka 146, 954
Padaczka objawowa 930
Paget'a choroba 261
Pałeczki otoczkowe 45, 141
Państwowa poradnia szkolna we Lwowie 978
Państwowa Szkoła higjeny 383, 487
Państwowa Naczelna Rada Zdrowia 500
715
Pantopon „Roche" 53
Paraldehydem zatrucie 426
Paraliż postępowy 721
Parathormon Collipa 155, 748
Park gier i zabaw sportowych w Krakowie 18
Parkinzonizmu leczenie 146
Partactwo w leczeniu zwierząt 115
Pasteryzacja mleka 967
Paszporty na wyjazd zagranicę 384
Pęcherzowe przetoki 458
Pęcherzyce 443
Pedjatry kwalifikacje 267
Pelczar Kazimierz habilitowany 631
Pepsyna krystaliczna 764
Pepton 63
Periarthritis humeroscapularis 205
Peritonitis tuberculosa 209
Personalia 824
Phytina 520
Pielęgniarek zjazd 623
Piltz Jan, dziekanem Wydziału lek. Uniw. J. na rok 1929/30 488
Pirquet, zmarł 212, 344
Pisek Wilhelm, jubileusz 785, 987
Pituglandol 27
Pituitryna 393
Pląsawica 115, 508
Plaut H. C., zmarł 60
Pleuritis exsudativa 74
Pluskiew tępienie 130
Płciowe gruczoły a pokarm 901
Płód zeschły 770
Płodów śmiertelność 836
Pneumoconiosis 761
Podatek obrotowy i dochodowy 843
Polikliniki położnicze 936
Poliomyelitis anterior 603
Polyneuritis gravidarum 633
Płci powstawanie 338
Płciowe cechy 91
Płonica 90, 123, 129
Płuc ropień 800
Pochwy brak wrodzony 501
Pochwy jony wodorowe 528
Pochwy oparzenie 148
Podatek przemysłowy wolnych zawodów w Niemczech 363
Podatku obrotowego wymiar 632
Podciśnienie tętnicze 789
Polskie archiwum medycyny wewnętrznej 587
Polski kalendarz lekarski 192
Polyneuritis gravidarum 653
Polyserositis 522
Połogowe psychozy 501
Połogu fizjologja 91
Połóg u kiłowych 574
Położna, instrukcja 863
Poprzecznicy skręt 856
Popularyzowanie wiedzy 581
Poradnia przeciwweneryczna w Krakowie 30
Poradnia sportowo-lekarska w Łodzi 727
Poradnictwo zawodowe 8
Poradnik językowy, czasopismo 652
Porażenie napadowe kończyn dziedziczne 131
Poród u kiłowych 574
Poronienie sztuczne 227, 524
Pośrednictwo pracy 343
Potas w surowicy krwi 847
Powstawanie płci 338
Powiek błonica 479
Prąd wstępujący N. Cybulskiego 831, 850
865
Powszechna wystawa krajowa 784
Praktyka przymusowa dla młodych lekarzy 343, 652
Praschil Tadeusz, zmarł 524
Precypityny 193, 213, 233, 252, 269
Presser X Collipa 56
Próba ciążowa v. Mertza 739
Próba luetynowa 823
Próba redukcyjna 589
Próba z galaktozą 767
Próba z lewulozą 767
Próba z tetrachlorfenolftaleiną 767
Prognostyka chemiczna 710
Prokliman „Ciba" 642, 837
Promienie pobudzające wzrost 895
Proteinowemi ciałami leczenie 143
Przeciwjaglicze przychodnie 243
Przeciwkrwotoczny środek 63
Przeciwmorfinowe leczenie 913
Przeciwpłonicze szczepienia 293
Przeciwweneryczne przychodnie 111
Przeciwweneryczny Związek 481
Przegląd sportowo-lekarski 523
Przekwitania okresu zaburzenia 642
Przełomy naczyniowe 703, 892
Przemiana spoczynkowa 277, 870
Przemiana wodna ustroju 802, 818
Przepłukiwanie macicy 526
Przepuklinowa operacja 74
Przestrzeń przymieczykowata Larrey'a 346
Przetaczanie krwi 55
Przetoki jelitowo-pęcherzowe 797
Przetoki pęcherzowe 458
Przychodnie przeciwjaglicze 243
Przychodnie przeciwweneryczne 111
Przyroda i technika 960
Przyusznego gruczołu zapalenie 798
Psychika gruźlika 179
Psychjatrja nowoczesna 24
Psychjatrja społeczna 596
Psychoanaliza 104, 261
Psychopatologiczne zjawiska 452, 469
Psychopatologicznych stanów dziedziczenie 677
Psychotechnika 8
Psychotechniczna pracownia 116
Psychoterapja 104
Psychozy czynnościowe 146
Psychozy połogowe 501
Puchliny 802, 818
Pylica płucna 380
Pyopneumothorax 94
Pyramidon 426

R.

Rabka 940
Rad na zwalczanie raka 344
Rad w lecznictwie 773
Rada do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku 342
Rada lekarska Kasy chorych m. Warszawy 306
Radem leczenie 55, 170, 761
Radioterapja 15
Radjoteraja nowotworów złośliwych 474
Radjoterapja raka macicy 858
Radjoterapja raka szyjki macicy 855
Radowy Instytut w Paryżu 474
Radu działanie 65
Radziwiłłowicz Rafał, zmarł 864
Rak a jajnik 16
Rak esicy 295
Rak macicy 779
Rak macicy a ciąża 409
Rak migdałka podniebiennego 540
Rak przełyku 582
Rak szyji macicy 806
Raka bizmutem leczenie 806
Raka etjologja 425
Raka leczenie 114
Raka leczenie w Warszawie 288
Raka macicy leczenie 147
Raka macicy naświetlanie 858
Rak narządów rodnych kobiecych 130
Rak, odporność jego 119
Rak rentgenowski 15
Rak szyji macicy 16
Rak, w lecznictwie wewnętrznem 74
Rak żołądka 646
Raka szyjki macicy radjoterapja 855
Rakowatość miękkich opon mózgowych 887
Ran rozstępy 129
Rdzenia badanie 603
Rdzenia nagrzewania 701
Rektor Uniw. J. K. 651
Roentgena promienie w ginekologji 806
Roentgenologja gruźlicy gruczołów 484
Roentgenoterapja raka macicy 858
Roentgenowski rak 15
Reumatyzm 419
Rhinolalia aperta 183
Rodzina Lekarska 487
Roffa odczyn 130
Ropień płuc 800
Ropienia z nosa 722
Ropień płuc 897
Ropnie płucne zgorzelinowe 542
Roponercze 806
Rose Maksymiljan, członkiem korespondentem Polskiej Akad. Umiejętn. 488
Rostek Józef, nekrolog 342
Ruch służbowy państwowej służby zdrowia 900, 988
Ruchy przymusowe 102
Rudka, sanatorjum 824
Rzeżączka 873
Rzucawka porodowa 345

S.

Sączkowanie jamy brzusznej 61
Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej 607
Salicylem leczenie 55
Salpingografja 365
Sanatorja przeciwgruźlicze 107
Sanatorjum Sejmiku Warszawskiego w Otwocku 920
Sanatorjum Dr. Tadeusza w Ciechocinku 644
Sanatorjum „Vita" we Lwowie 607
Sanatorjum w Rudce 824
Sarcom wątroby 379
Schindlera gastroskop 357
Schizofrenja po porodzie 74
Schorzeń czynnościowych ośrodkowego układu nerwowego doświadczalne wywoływanie 908
Schramm Hilary, rektorem Uniwersytetu J. K. 651
Sekcja farmaceutyczna Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia 38
Sekcja farmaceutyczna XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 808
Sekcje sądowe zwłok 543
Sepsis oralis 485
Septikemja 444
Serca choroba u dzieci 404
Serca niemiarowość 358
Serca wada wrodzona 168
Serca wady a położnictwo 948
Serce ciężarnych ze skrzywieniem kręgosłupa 148

Sercowego mięśnia schorzenia 742
Sezony zimowe w uzdrowiskach polskich 19
Siarczan magnezji 449
Sicard, zmarł 212
Sicarda J. A. przyjaciół fundacja 524
Sinowodorem gazowanie 113
Sistomensina 147, 207, 520
Skaza krwotoczna 791
Skłodowska - Curie 39
Skóra 99
Skorowidz Lecznictwa 60, 384, 392, 441
Skóry przekrwienia nawałowe 272
Skóry wrodzone ubytki 92
Skóry zgorzel w błonicy 439
Skręt esicy 890
Skręt poprzecznicy 856
Skurcz torsyjny 885, 913
Skurcze dodatkowe 170
Skurcze węzłowe przedwczesne 84
Slajmer - Lieblaina szyny 863
Śledziony wyciąg w dermatozach 75
Ślubowanie absolwentów wydziału lekarskiego Uniw. Wileńskiego 192
Śmietaną leczenie 723
Solanki potasowe 117
Somnifen 107, 449
Sonda żołądkowo-dwunastnicowa 380
Sparrov Helena, docentura 231
Sparteiny, obwodowe działanie 125
Spatium paraxyphoideum Larrey'a 346
Śpiączka cukrzycowa 444
Śpiączka nagminna 102
Spiess L. i Syn 899
Splenohepatomegalja Niemann - Picka 590
Splenomegalia thrombophlebitica 722
Spojenia łonowego rozstęp 501
Spółdzielczość budowlana w Niemczech 288
Spółka wydawnicza lekarska 523
Spożywczych artykułów sprzedaż 440
Spożywczych produktów analizy 743
Sprawozdanie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy b. Galicji za rok 1928 385
Sprostowanie 808
Sprostowanie omyłek druku 44, 76, 232, 324, 344, 364, 524, 567, 728, 844
Śródbłoniak prącia 221
Śródbłoniaki śródczaszkowe 15
Stała delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich 288
Stankiewicz Władysław, zmarł 523
Starlinga prawo 205
Status hemicranicus 262
Statut Związku lekarzy szkolnych Okręgu Szkolnego Kuratorjum Lwowskiego 229
Stawu biodrowego chirurgja 725
Stercza przerost 75
Sterczu wycinanie 15, 55
Stilla choroba 628
Stovarsol 721
Stożkowatość głowy 548
Strontium bromatum 284
Strychnina 318
Strychnina a nerwy ruchowe 318
Stryjeński — dyrektorem Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie 267
Stypendja dla lekarzy, kandydatów do publ. służby zdrowia 566
Stypendjum firmy Brevet Lumière w Lyonie 39
Stypendjum firmy P. Famela w Paryżu 192
Stypendjum Ministerstwa pracy i opieki społecznej 607
Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej 843
Stypendja Tow. lek. Warsz. 59
Subwencje na badanie chorób raka i chorób wenerycznych 116
Suchoty płucne 45, 363, 778, 847
Sulfoeter 379
Sutków włókniako-gruczolak 670
Świadectwa lekarskie 917
Świadectwa lekarskie dla szoferów 824
Sympatektomja 466, 779
Sympus dipus 147
Szaniawski Stefan, zmarł 428
Szankier miękki 563
Szczepienia przeciwgruźlicze 13, 133
Szczepienie przeciwpłonicze 90, 293
Szczepionka Nicolle'a 563
Szkoła podchorążych sanitarnych 116
Szpitala Krakowskiej gminy izraelickiej sprawozdanie za r. 1928 363
Szpitale w Warszawie 744
Szpitalna praktyka lekarzy 744, 763
Szyi nowotwory złośliwe 358

T.

Tandeta lekarska 841
Tarczycy naświetlanie 329
Tarczycy preparaty 837
Targi Angielskie 152
Terem zatrucie 603
Tętna płodu niemiarowość 148
Tętniak aorty kiłowej 555
Tętniak tętniczo-żylny tętnicy udowej 130
Tętnicze nadciśnienie 712
Tężec pooperacyjny 816
Tężca leczenie 190
Tężyczka pooperacyjna 748
Tężyczki leczenia 155, 564
Thalium aceticum 208
Tkanki kliniczne badanie 169
Tkanki tłuszczowej martwica 443
Tlenkiem węgla otrucia 378
Tlenkiem węgla otrucia 379
Tłuszczowe ciała a nowotwory złośliwe 710
Trombopenia 896
Torbiel mózgu 954
Torbielaki gruczolakowe jajnika 148
Tranem leczenie 972
Tropokaina 639, 657, 914
Truskawiec 940
Trypaflawina 189
Trzeźwość, czasopismo 306, 427
Trzustkowe guzy 641
Tuberkulina 577
Tuczące leczenie 165
Tumidajski Juljan, prymarjuszem Szpitala powszechnego we Lwowie 307
Twardziel 141
Twardziel na Wileńszczyźnie 343
Twardziel nosa 95
Twórczość 396
Tyfus brzuszny 563, 762
Tyłopochylenie macicy 670
Tymofizyna Temesvary'ego 537
Tytułów nieprawne używanie 39

U.

Udział Polski w pracach międzynarodowych Instytucji Higjeny Publicznej 567
Ulgi paszportowe 524
Umysłowych chorób leczenie 742
Uniwersytet Wileński 674
Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie jubileusz 899
Unna Paul G., zmarł 172
Upławów leczenie 528, 742
Uretan 449
Urologji rozwój 358
Urotropina 722
Urotropiny, zastrzyki dożylne 74
Urządzenia społeczno-higjeniczne 808
Uśpienie przy operacjach chirurgicznych 449
Ustępowych dołów budowa 402
Usypianie odbytnicze 338
Usypianie oddechowe 338
Usypianie w ginekologji 170
Uterosalpingografja 204
Uzdrowiska dla chorych gruźliczych 202
Uzdrowiska z charakterem użyteczności publicznej 428
Uzdrowisk polskich podniesienie 246
Uzupełniające Kursa lekarskie w Krakowie 960

V.

Valtisa odczyn 129
Vasopressyna 393
Vigantol 245, 284, 465, 837, 838, 861, 862

W.

Wąglik 188
Walka z alkoholizmem 959
Walka z gruźlicą 67
Wapń w surowicy krwi 847
Warszawskie Sanatorjum miejskie dla chorych płucnych w Otwocku 566
Wassermanna odczyn 64
Wątroba, zabiegi na niej 732, 745
Wątrobą leczenie 483
Wątroby chorób leczenie 723
Wątroby sprawności badanie 767
Wątroby żółty zanik 583
Wegetatywnego układu zaburzenia 143, 613
Węglowodanowa przemiana 129
Wenerycznych chorób zwalczanie 282
Widal Ferdynand, zmarł 212
Wiedzy popularyzowanie 581
Wielski Zygmunt, zmarł 267, 287
Wiganda odczyn 130
Witaminy 351, 373, 380, 400, 416
Włoch urządzenia humanitarne 354, 376
Włókniaki jajnika 434
Włókniako-gruczolak sutków 670
Włókniaków macicy leczenie 501
Włośnica 217
Włośnicze zapalenia mięśnia sercowego 217
Woda ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie 616
Wodna przemiana ustroju 802
Wodorotlenek magnezowy 129
Wodorowe jony pochwy 528
Wody do picia chlorowanie 482
Wojna jako choroba 762
Wojna chemiczna 631
Wojnowski Oskar, niedozwolone używanie tytułów 211
Wola chirurgiczne leczenie 90
Wola wycięcie 74
Wole endemiczne 806
Wolne posady lekarskie 268, 324, 363, 384, 428, 506, 523, 566, 632, 920, 939, 960
Woreczka żółciowego askarjaza 295
Woźnicki jan, zmarł 26
Wpisy medyków na rok 1929/30 w Krakowie 488
Wrzód amebowy powłok brzusznych 404
Wrzód peptyczny 627
Wrzód trawienny 838
Wrzód żołądka 205, 245, 358, 723
Wrzód żołądka i dwunastnicy 137, 158, 249, 646, 725, 807
Wrzody podudzia 73
Współdziałanie Towarzystw lekarskich polskich 307
Wstrząs hipoglikemiczny 57
Wychodźców badanie lekarskie 629

Wychowanie fizyczne na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu 19
Wycieczki Polskiego Klubu turystycznego w Warszawie do Rzymu i Barcelony 523
Wydział szpitalnictwa i zdrowia Magistratu m. Warszawy 743
Wydzielniczej czynności żołądka zaburzenia 545
Wyjaławianie psychicznie chorych 200
Wyjaławianie w Ameryce 338
Wymieranie narodów 338
Wymioty ciężarnych 648
Wynagrodzenie lekarzy Kasy chorych w Warszawie 898
Wynalazki i odkrycia 39
Wyrostka robaczkowego zapalenie 379, 483
Wysięki otorbione śródpiersia 560
Wysięków leczenie 723
Wytrzebianie psychicznie chorych 200
Wziewne odurzenie 75

Z.

Zaćma starcza 65
Zakaźne choroby dzieci 93
Zakład laryngologiczny w Krakowie 899
Zakłady lecznicze dla dzieci 625
Zakłady lecznicze nowopowstałe 461
Zakłady położnicze a noworodek 509
Zakrzepy pooperacyjne 126
Zakrzepy żylne 779
Zapalenia mózgu 74
Zapalenia okołopęcherzowe 443
Zarazy płucnej zarazek 896
Zatarg lekarzy Okręgu Wielkopolskiego z Kasami chorych 96
Zatoki okrężnej łożyska pęknięcie 148
Zatory pooperacyjne 126, 725
Zatory żylne 779
Zatrucia ciężarne 94
Zawodowe choroby 223, 860
Zdrojowiska państwowe, frekwencja 306
Zdrojowisk polskich frekwencja 448
Zdrojowiska Polskie, zniżki dla lekarzy 488
Zdroje polskie, stężenie jonów wodorowych 969
Zembrzuski L. odznaczony orderem rumuńskim 744
Zespolenie żołądkowo-jelitowe 546
Zgorzel skóry 439
Ziarniniak złośliwy 793
Zimnica 411
Zjazd pielęgniarski 623
I. Zjazd położnych Województwa Krakowskiego 987
Znieczulające środki w okulistyce 380
Znieczulanie lędźwiowe 77, 639, 657, 722, 914
Znieczulenia miejscowe 925
Znieczulenie rdzeniowe 807
Znieczulanie w ginekologji 338
Zrosty otrzewnowe 15
Zwapnienie wątroby i śledziony 226
Związek przeciwweneryczny 481
Związek wynalazców 39
Związek zdrojowisk 280
Zwichnięcie biodra wrodzone 133

Ż.

Żmiji ukąszenie 74
Żołądka badanie czynnościowe 723
Żołądka wydzielanie 742
Żółci wydzielanie 754
Żółciowe drogi, zabiegi na nich 732, 745
Żółciowe kamienie 170, 722, 742
Żółciowego pęcherzyka schorzenia 921
Żółciowych dróg odkażania 162
Żółciowych dróg operacje 269
Żółtaczka 112, 722
Żółta febra 404, 563, 875
Żołądka ciśnienie wewnętrzne 403
Żółciowa kamica 95
Żylaków leczenie 56, 210, 494
Żył zapalenie 462

Alfabetyczny spis autorów,

referentów i osób zabierających głos w dyskusjach naukowych.

Cyfry podane tłustym drukiem oznaczają prace oryginalne.

Abdański Adam **291, 346,** Abusch 649, Achard Ch. 524, 844, Adamówna St. **102,** 265, Afandari J. 761, Aiginger J. 861, Akacatov N. 205, Akułov M. 112, Albano G. 284, Albert B. 482, Aleksiewicz 358, 543, 863, Alexander 835, Alfandari J. 465, Alkovič G. 205, Allan Wm. 262, Allen Edward 670, 837, Alles Z. **802, 818,** Amfiteatrow G. 113, Anasiewicz 651, Anders A. 225, Andrews E. 502, Antić D. 464, 761, 935, Antonin Vaclav 56, Antoniak-Czyżewska Z. **63,** Appermanówna K. **123** Arend R. 283, 583, Arens R. A. 837, Arloiny F. 563, Arnsztajn J. 75, 651, 671, Aron Max 324, Aronowicz G. 205, Arsenijević M. 761, Artyfikiewicz 95, Ascher v. Karl 380, Aschner B. 895, Ashurst 725, Assmann 304, Atanasow Chr. 861, Aubertin 878.

Baar H. 779, Babadgly 227, Babcock W. 226, 357, Babor J. 742, Bacmeister 304, Bacon 129, Badd J. 170, Badmajeff Wł. 344, Bahl E. 284, Bailey Harold 670, Bailay O. 583, Bailey P. 484, Balikówna O. **64,** Banasz 190, Bannet 605, Barącz 133, 188, 189, 228, 229, 265, 358, 807, 862, 915, Barak G. 56, Barbé A. 721, Barciński 114, Bard B. de 42, Barjaktarovič Sv. 465, Barlik A. 522, Barnett L. 204, Barrieu R. 465, Bartrina 725, Barton L. G. 147, Barylski 285, Basar S. 761, Basch Erisch 520, Basch J. 648, Bastedo W. A. 484, Batawia 93, 585, 650, 915, 916, Bauer C. P. 836, Bauer F. 936, Bauer J. **921,** Bauer R. 861, Bay J. Jacobs 836, Bazala Vl. 936, Bazow 830, Beaurepaire H. de Arago 404, Beck A. **309,** Becka J. 129, Beckman H. 147, 835, Beclair Van 227, Béclère Cl. 988, Bederski 134, Bednarski A. 13, 229, 356, Belehradek J. 464, Belinow St. 464, Bell L. 357, Belosevič O. 895, Benc J. 465, Bender 210, 743, Benevolus C. 764, Berard 725, Bergauer V. 627, Bergson 779, Berlin N. **165,** Berlot J. A. 936, Bernard Leon, 778, 878, Bernhardt R. **825, 961,** Bernsztajnówna 115, Beron B. 464, Bertillon 147, Bertoin R. 541, Beseda V. 540, Best R. 357, Bezançon 878, Białaszewiczówna 115, Bibb L. 146, Bickel L. 823, Biedel K. 895, Biernacki M. 651, Biesenberger H. 823, Bincer 466, Birke R. 75, Bix H. 895, Bhlomke 402, Blalock A. 582, Bland Brodke 648, Blank-Weissberg 338, Blassberg M. **8,** 227, 263, 264, 485, 605, **974,** Blatt 133, 915, Blatt A. **799,** Blatt N. 861, Blatt O. **972,** Bloss J. R. 648, Bluth 604, Błagowidow 585, Boas 426, Bocheński K. 16, 36, 93, 149, 464, 509, 542, 838, 855, 936, Boczar 208, 485, 605, Böhme 304, Bonček B. 464, Borič D. 761, Borock 245, Bör H. 75, Borowski A. 324, Borysiewicz A. **870,** Botteri J. 760, Braasch W. 357, Bram 915, Brandweiner A. 895, Brasovan R. 205, 465, 761, Bratnsch-Marain A. 895, Braun 895, Braun K. **218, 297,** 605, Brauner 304, Brdlik J. 379, Bregman L. E. 344, Brehm W. 501, Breitner B. 895, Brejtman M. J. 464, Brezovnik V. 761, Bret J. 462, Breton André 44, Breyer St. 248, Brill A. A. 261, Brock S. 262, Brokman 93, 988, Bronowski Sz. 131, 132, Bronsztejn 76, Brown Samuel 671, Brown Warburton 670, Brückl K. 837, Brumlig 205, Brünauer S. R. 628, Bruner E. 524, 567, Brunet W. M. 582, 603, Brüning F. 824, Brychta J. 742, Brzezicki 208, 484, 605, **885, 903,** Brzozowski 75, 671, 672, Bstek O. 779, Bubanovič 936, Buchbinder J. 15, Budak M. J. 936, Büdinger K. 895, Budzanowski K. **643,** Budzyński 285, Bugarski 761, Bühn St. 60, 468, **978,** Bujnewitsch K. 723, Bujwid O. 464, **875,** Bunnel 357, Bureau international du travail 152, 468, 652, 844, Bürgi E. 57, Busson B. 779, Bustamate Perez C. 226, Bychoński Z. 524, 628.

Caesar J. 55, Caldwell W. E. 147, Calhorn D. A. 837, Calmette A. 13, 878, Cambell Begg 204, Cambell W. 204, Campbell M. F. 404, Caučik J. 464, 482, Capulič V. 465, Car A. 936, Carranza F. F. 44, Carsky K. 55, 742, Casagrande J. 147, Cawka V. 205, Ceypek St. **754,** Chabanièr H. 448, 561, Chamberlain 357, Chaumette Jean 44, Chiari H. 895, Chiaserini 725, Chizet 462, Chlumsky V. 464, Chłopicki 208, **633, 653,** Chmielewski J. 132, Chodźko W. 916, Chrapek 358, Chromiński 671, 672, Chrząszczewski St. **528,** Chura A. 379, Chwalibogowski A. **117, 517, 530, 550, 590,** 880, Ciechanowski St. 408, 464, **525, 673,** Cieszyński A. 464, Cieszyński Fr. Ks. **727,** 764, Cifuentes Pedro 15, Cipriani 465, Cisler J. 443, 464, Claude H. 465, Clayton E. 582, Codina-Altés 462, Cohen Iva 226, Cohen M. 129, Cole W. H. 404, Colp R. 226, Conley A. 204, Cooke Willard R. 670, Cord C. P. Mc. 603, Coton F. 226, Coughlin 357, Courcy de J. L. 74, Cox H. 129, Craig W. 15, Cramer H. 75, Crile 725, Cron R. S. 501, Crouzon O. 248, Crouchet René 248, Cubbins W. 204, Curran J. A. 56, Cushvay B. C. 603, Cutler M. 226, Cybulska 266, 359, Cynberg 75, Cytronberg S. 672, Cywiński 672, Czaplicki 763, Czarnecki E. 212, Czarnota-Bojarski St. 980, Czarski 466, **521,** Czeboksarow M. M. 628, Czernecki W. 266, 542, Czeżowska Z. 265, Czubalski F. 464, Czyżak 133, Czyżewska Janina 426, Czyżewska Z. **293,** Czyżewski K. 188, 425, 807, 838, **890, 896, 925.**

Dabré R. 722, Dąbrowski K. 131, 152, 344, 424, Dadlez J. **413**, 616, Dannemann A. C. 484. Dannreuther W. T. 648, Danforth W. C. 670, David V. 226. Dovidovič S. 465, 761. Davis C. H. 501. Davis L. 226. Dawidowicz 209. Deaver J. 204, 646, 913. Dębicki 130. Decastello A. 779. Dega 522. Dehler H. 15. Delič 15, 936. Demanche R. 248, Demianowski 897, Dengel 95, Dérer J. 379, Derič Lj. 935, Despons J. 540, Deutsch E. 465, 895, Deutsch F. 779, Deutsch H. 823, Dierks 148, Dietl K. 762, Dietrich 57, Dittel D. G. 895, Diviš Jiri 74. Djuricič J. 205. Dłużewski St. **589**. Dobrowolski L. A. 380. Dobrzaniecki Wł. 265. Dobrzański 265, 897, 915. Dobrzyński Wł. 988. Dodds P. 647. Dognon André 324. Doliński 265. Domenech F. 722. Donnelly W. H. 582. Douglass M. 204. Dragišič B. 935. Drastich L. 464. Dreuschneck 742. Dreyfuss M. 147. Driak Fr. 284. Drożdż W. 75, 671, 672. Ducuing J. 344, 740. Duczyńska M. 96. Dufourt A. 563, Douglass Z. H. 836, Dujarric D. de la Rivière 324. Dumitresco - Mante 722. Dunhill 725. Dupuis 672. Dybowski 208, 918. Dymkiewicz 190. Dynkiewicz 779, Dynin 542. Dziembowski 725. Dziuba 605, 914.

Eagleton W. P. 604. Ebin 763. Economo 426. Edelmann A. 861. Eggies 958. Ehrenwald H. 936. Eichenwald P. 861. Eiger M. 844. Eisenberg 263, 896. Eisenfarb J. 703, 892. Eisenklamm 426. 724. Elias H. 724. Eliascheff O. 443. Eljasberg 189. Eljaszówna A. **970**. Elmer Wł. 56, 57, **155**, 189, **393**, 444, 542, 562, 564, 625, **748**, **767**, 807, 838, 862, 897, 915. Elsberg Ch. 582. Engelmann 392, 645. Engling M. 895. Engländer M. 935, Epler R. **327**. Erisbacher O. 732. Erlichówna M. 93, Ernst 723, Ertl Franz 245, Essen-Möller E. 805, Etudies Nug 55. Eufinger H. 837. Ewald C. 152. 823.

Fabian A. 540, Fahrenkamp K. 444, Falkiewicz T. 807, Faroy G. 248. Farland J. Mc. 15. Faschingbauer H. 762. Fedinec A. 742. Fehér St. 628, Feierband B. 90, Feirer W. 129, Fejgln M. **84**, Feliks 914. Felix J. 325, 605. Feller 359. Fels 149, 227, 229, 265, 584, 604, 762, 880. Felsenreich F. 724. Fessler A. 895. Fiala V. 483. Finsterer H. 779, 823, Fischl F. 823, Fleger J. 205. Fleker T. **537**, Florschütz V. 936, Fluhmann C. F. 147, Flury F. 913, Fohn T. 724, Foit R. 380. Forgue 725. Foscaneanu L. 837. Frambusti A. 628. Françon F. 248, Frand Salsa 73, Frank R. P. 147, Franke H. 862, Franke M. 72, 838, 896, 898. Fränkel W. K. 227. Frankowska L. 324. Fraser A. 204. Fraser J. 226. Fremzel E. 823. Frenkenberg 648, 649, 650, 916. Frenkiel 189, 190, 209, 743, 762, 763, 779, 808. Frenkiel Br. 115. Frytag J. 75. Freywirth Em. 521. Fridrichovský 540 Friedman E. 484. Frisch 266. Fritsch J. E. 501. Fritz J. 13, 88, 89, 144, 145, 204, 260, 378, 764. Frommer 264, 604, 605. Fröschels 392, Frostig J. 344. Frugoni C. 722. Fuchs H. 426. Fuks T. 808. Fuller J. T. 358. Fulton J. 484, 583. Fürst 16. Fürth O. 762. Fuss H. 170.

Gabel W. **629**. Gabszewicz J. **65**, Gaisböck F. 895, Garbaczewski M. 75. Gąsiorowski N. **29**, **45**, 133, 229, 265, 542, 564, 584, 896, 915, Gaugier L. 428, Gazarek J. 74, Gedrovć M. **11**, Geiger J. C. 404. Gellert J. 862. Gelpi M. J. 147. Gemski M. **789**. Genz 338. Géraudel E. 33. Gerner Kl. **122**, 133. Gerstmann J. 283. Gieszczykiewicz 263, 605, 914. Giffin Z. 128. Giraud 878. Gjorgjevič Gj. 761. Gjučič N. 761. Gjurič 761. Glass B. 921. Glass J. **5**, **137**, **158**, 694, **750**, **809**, **826**. Glass M. 131. Glatzer K. 627. Glavan J. 465, 936. Gleichgewichtowa St. 344. Gliksman 115, 189, 190, 743, 779. Glücker L. 862. Glücksmann E. 482. Gluziński 131, **191**, 464, **787**. Guist G. 895. Gnospič F. 936. Godlewski 264. Godłowski 484, 605. Goertz J. 228, **926**, Goethals T. R. 806, Golazzo I. A. 861, Goldberger 485, 896, Goldblum 762. Goldhammer K. 724, Goldman 807, 916, Goldman A. 95, Goldschlag 189, 564, 584, 862, 896, 915, Goldstein J. 484, 627, Goldstine M. T. 501, Gonzales Uruena Jesu 44, Goodhard S. O. 484, Gordon A. 146, Gordonow T. 57, Gorecki Zdzisław 301, Górzowa 338, Gosiewski 339. Gottliebowa H. **104**. Govaertz 725. Grabowski 133. Gradojević B. 761. Gradzińska 263. Graf 228. Graff E. 895. Gräff S. 303. Graham E. 226. Grajn M. 722. Granzow 35. Graves L. G. 501. Gray J. 627, Greenhill J. 357, Greil A. 779, Griffel 564, Gröer Fr. **117**, **505**, **838**. Grojecki 763. Gromadzki H. 132. Grosglik 95, 190, 209, 210. Grospič 15. Gress 723. Gross H. 806. Grott J. 131, 324, 581, **941**. Gruca A. 15, 133, 228, 229, 358, 359, 378, 442, 726, 879, 897. Grulewski B. **70**, 613. Grünzweig B. **143**, 152. Gruszkiewicz 339. Grynberg N. **85**, 209, 210. 742. Grzędzielski 133, **643**, **662**. Grzywo-Dąbrowski W. 60, 464, 488, 988. Guillaume A. C. 248, 844. Gullen Th. 204. Guns P. 541. Günsberger O. . 936. Günther H. 912. Gusnar v. Kurt 35. Güterbock R. 878. Gutwiński 207.

Haagen 92, Haberlandt L. 444, Hadden D. 674, Hager B. 357, Hagiesco D. 722. Hahn A. 761. Haim E. 75. Hain Anton 245. Hainitz E. 936. Halban 91. Haleczý E. 540. Hanak A. 464. Handelsmann J.567, 842. Handley S. 15. Haren H. H. 603. Harris 129. Hartman Carl G. 670. Hartmann H. 169. Hasenfeld A. 837. Haśkowec L. 464. Haslinger K. 895, 936. Hass J. 823. Hauduroy P. 428, 805. Hawes J. B. 484. Healy W. P. 647. Hebert A. F. 147, 485. Heerdt W. 130. Heftel D. **577**. Hegedüs K. 207. Heideman M. L. 404. Heidler H. 823. Hejda B. 443. Hel Miloslav 74. Helbichowa F. 646. Held 723. Hellmuth 149, Henrijèan F. 988, Herbst M. **434**, Hercog L. 205, Herles F. 169. Herman K. 861. Herrick J. B. 404. Herrmann E. 723, 861. Herszfinkiel 190. Hertzler A. E. 501, 836. Hescheles J. **518**, **533**. Hess 426. Higier H. 44, 53, 54, 131, 144, 248, 268, 283, 424, 587, 672, **681**, 764. Hilarowicz H. **77**, **249**, 265, 359, **449**, **546**, **710**, **724**, 725, 807, 838. Hiller 606. Hinman F. 226. Hirsch 263. Hirst J. C. 670. Hirschfeld L. 464, **839**. Hirsztalówna 501. Hlykman S. J. 248. Hoesslin H. von 262. Hofbauer J. I. 404 Holló J. 426. Holzer H. 57, 444. Hołobut W. **318**. Horowitzówna 605. Horsley J. S. 582. Hrbek B. 226. Hryniewicz M. **656**, **967**. Huard Serge 448, 539. Hubaček J. 443. Hübler O. 762. Huebschmann **255**, 304, 761. Hunner L. 670. Huntington I. L. 147. Hussy P. 338. Hyams M. N. 502. Hybašek J. 404. Hybinette 725. Hybner L. 145.

Ilič B. 761. Ingraham C. B. 670. Inster E. 988. Irlicht A. 152. Irving F. C. 147. Iselin M. 442. Itelson 189. Ivanič St. 205. Ivanyj Fr. 761. Iwanowski W. 743. Iwaszkiewicz 115, 190.

Jackson R. 204. Jacobsen Chr. 861. Jacobson O. 722. Jaczewski 76, 651. Jakovljevič M. 205. Janet Jules 232. Janik A. **61**, 129, **162**, 169, 170, 204, 205, 226, 269, 338, 357, 539, 582, 646, **732**, 741, **745**, 762, **905**, 913. Janiszewski A. 464. Janiszewski T. 408. Jankowski J. **1**, **21**, **48**, **198**, **214**, **238**, **257**, 898. Janoušek S. 627. Janowski Wł. 567. Janusz W. 113, 147, 207, 225, 244, 760, 844, 877, **930**, **954**. Jaquerod 324, 878, Jaranowska 208, Jarcho Jul. 204, Jardu 227, Jaschke R. 338. Jasiński W. 464. Jedlicka M. V. 444. Jelenkiewicz 190. 209, 743 Jeleńska 914. Jeliffe S. E. 484, 583. Jelinek H. 170, 823. Jelovsek Vl. 38. Jensen J. 603. Jerie J. 464. Jezierski 133. Jirašek A. 464, 725. Jechweds B. **84**. Joel E. 227. Joelson J. 357. Johnsohn H. 129. Johsson V. 444. Joksimovič Hr. 205. Jonscher 133, 212, 232, 260. Jovanovič K. 465. Judym Wł. 392. Jung J. 130. Jurasz A. 464. Jurim M. 53, 162. Jurimowa 542. Justman 114, 209. Juszt J. 779.

Kaczyński 264, Kadlas O. 482, Kadlec B. 74, Kadleck'y R. 464, 540, Kagan 650, Kahl 915, Kahler 426, 861, 895, Kahlfeld-Wahlich 324, 539, Kahn B. S. 56, Kaliniewicz Stan. **295**, **435**, Kalisz 95, Kaminer St. **750**, Kamnikier 36, Kane Howard F. 671, Kaplan B. 404, Kaplan J. S. 806, Karaffa-Korbut K. 567, Karasiński St. 567, **569**, 896,Kasa chorych miasta Wilna 844, Katelik J. 73, Katz H. 724, Kauczyński 189, Kaufmann B. 724, Kauro Mononobe 170, Kayser-Petersen 302, K. B. G. (Łódź)*) 246, 304, 779, 879, Keilson 724, Keith N. M. 647, Keller 484, Kellog F. S. 147, 647, Kennedy J. 484, Kereman 245, Krley C. G. 404, Kermauner F. 779, 936, Kiciński A. **217**, Kimla R. 464, Kimmerling G. **27**, Kincaid H. L. 502, Kinos St. 724, Kirschner 424, Kitek Y. 482, Klaus K. 55, Klecki 208, 263, 606, 896, Klein 148, 379, Klein O. 57, 444, Klein St. 212, 344, Kleiner J. S. 501, Klemperer G. 913, Klika M. 464, Klinger P. 762, Klozenberg 115, Kmietowicz Fr. jun. **99**, **969**, Knapone F. 627, Knobloch J. 443, Knoepfelmacher W. 779, Knollmayer F. 895, Knorr A. 979, Knüppel H. 914, Kocen M. **45**, 189, **847**, Koch K. 464, 540, Koffer L. 988, Kofler L. 762, Kogerer H. 895, Kogoj F. 761, Kohout F. 55, Kokajl-Kowalewska B. **97**, 936, Koldowsky K. 90, 482, Kollert 392, 740, Kollman A. 838, Kołtun 485, Kon 189, Kon Józef 115, 763, Kon St. 94, 649, 915, Konar 93, 649, 915, 916, Kondratjew W. 206, Koniecpolski 210, 915, Königstein H. 936, Kopač St. 129, Kopaczewski W. 392, Kopczyński St. 212, Kornfeld W. 861, Korolow 227, Kortzeborn 671, Kosanovič B. 935, Koskowski W. **413**, **616**, **684**, 863, Kostál K. 90, Kostlivy St. 464. 540, Kostrzewski J. 264, **692**, Kotarski 339, 467, Kötter K. 56. Koumans A. K. J. 895, Kowalski E. 671, Kowaschik J. 212, Koza 379. Krakowski A. 344, Kral J. 55, Krammer E. 895, Krammer H. F. 357, Krasnopolski A. 112, Krasucki Al. **52**, Krassowska 359, Kraul 91, Krauss A. **856**, Krautn A. 895, Krech W. 205, Kreiselmann J. 671, Kretz J. 723,

---

*) K. B. G. (Łódź) — Koło badania gruźlicy: M. Dawidowicz, H. Gliksman, R. Kalecka, S. Keilson, J. Kon, D. Levy, A. Margolisowa, J. Polaków, L. Poznański, M. Rabinowiczówna, H. Reiferowski, S. Sterling, S. Tennebaum, A. Witoński — Łódź.

Kreuscher Ph. 357, Krizàn M. 129, Krogulski 286, 339, Krotoski J. 522, Krotow Wł. **548**, Krüger-Franke 92, Kryński 725, Kryszek 115, 190, 209, Krzemicki 265, 359, Krzyształowicz F. 464, Krzyżanowski J. 442, 602, 626, 645, 724, 740, 762, 779, 822, 823, 861, 895, 936, Kubikowski P. **684**, Kuhl 189, 228, 265, Kuhn 541, Kuhn A. 38, Kuhn H. 226, Kuklowa B. 464, Kunc K. 129, Kuncewicz Z. 324, Küpfele 304, Kurz J. 55, 443, Kurzrok R. 147, 671, Kustner Heinz 170, Kuttner L. 723, Kutwirt O. 464, Kwaskowski W. 60, **241**,, Krasso H. 779.

Labbé Marcel 448, 625, Lachowski G. 562, Lachs Jan 356, 378, La Cumbre 520, Ladin L. J. 501, Landau A. **5**, **137**, **158**, **694**, **750**, **809**, **826**, **921**, Landau J. 287, Landes-Leinerowa L. 896, Lange J. 861, Langstein L. 444, Lardennois 725, Larimore J. 226, Lasch F. 806, Lash Abraham F. 670, Laskownicki 229, 807, Latkowski 208, 263, 264, 466, 484, 485, 605, 606, 879, 914, Lauda E. 628, Lauda E. 895, Laufberger V. 464, Louren H. Smith 261, Lawsk'y 723, Lax H. 958, Lebert M. 448, Lechner F. 628, Lederer R. 895, Legeżyński A. 807, Legeżyński St. 564, 838, 863, 880, 897, 915, Lehert M. 561, Lehm S. **798**, Lehndorf H. 723, Lelond B. Alford 262, Leleng M. 778, Lenczowski J. **574**, **770**, 896, **948**, Leneman 484, 563, 603, Lennox W. G. 74, Leonard V. 129, Leroux R. 988, Leschke E. 56, Leśniowski St. 72, 725, Leszczyński R. **125**, 133, 189, 205, 265, 465, **701**, 761, 915, 936, Leuchter 208, Lévy J. R. 488, Levy W. E. 837, Lewestein 604, Lewicki St. **359**, Lewinstein 762, Lewis Th. 53, Lewkowicz 606, 650, Leyberg J. 524, Lian C. 465, Libenský V. 482, Lidzki A. **126**, **496**, Liebeskind A. **123**, Liebesny 392, 602, Liebhart 133, **329**, **528**, **642**, Likowsky J. 895, Lilienfeld-Krzewski St. **750**, Lilpop W. 231, Lind L. 60, Liniecki 209, Lipiński 585, 649, Lipiński W. **64**, 188, 189, 229, 265, **420**, 896, Lipschütz B. 582, Lobo-Onell C. 448, 561, Loewenstein E. 895, Lopasić R. 761, Lorentowicz L. 392, Löschke 304, Lotheipen G. 895, Lowenberg K. 583, Lower 129, 357, Löwinger Oskar 91, Luger A. 152, Lumière Aug. 88, 344, Lundholm H. 146, Lundwall 92, Lurié H. S. 723, Lutembacher R. 324, Lypolt-Krajnović M. 205, Lyttle J. D. 404.

Łabendziński 133, 134, Ładyński 189, Łapiński T. **596**, Ławrynowicz A. **153**, **195**, **293**, **892**, **951**, **967**, Łokczewski 94, 211, 585, 649, 650, 915, 916, Łukaszczyk Fr. **474**.

Mackenzie 72, 582, Macklenburg M. 920, Mączewski St. 564, Madaus 602, Maendel H. 861, Maes-Dubois R. 628, Magalif 189, Mahnert 16, Maier R. J. 603, Maisin J. 627, Majewski 263, Majewski K. W. 136, Makuszewicz R. 248, Malamud W. 583, Malczyński St. **901**, **966**, Maliwa E. 152, Małas 725, Mancewicz M. 217, Manczarowski St. 60, Mandelsowa 190, Mandl F. 861, 895, Mandler V. 205, Manoiłow E. 464, Manzen S. **494**, Marczewski 650, Marés F. 464, Margolis 210, Margolisowa 724, Marischler 133, 862, Markov Vl. 464, Markuszewicz R. 36, 764, 920, Marle J. 722, Maršalek 379, Martiniec Wł. **907**, Martland H. S. 404, Marzyński 807, Maślanka 189, Masse-Pollet 628, Mathieu 725, Matjušenko B. 464, Matras A. 895, Mantner H .895, Maxim M. 722, Maydell E. **316**, Mayer J. 823, Mayerhofer E. 205, 936, Mayrhofer A. 988, Medyński 263, 652, Mehring J. v. 44, Meisel H. **45**, Meisels E. 152, **560**, 564, **858**, 862, Melcer A. S. **928**, Meleney 15, Mělka J. 443, Meller N. 897, Meredith Cambell 204, Menšikova E. 761, Meschede H. 779, Mester 485, Mestitz 148, Maternowska Z. **511**, Meulengracht E. 603, Meyer K. 226, Michajlević F. 861, Michałowski Emil **295**, Michejda K. 651, Michelson J. D. 647, Mierzecki 189, 563, 564, 807, 862, 896, Mierzejewski 133, 522, Mihajlović V. 823, Mikłaszewski 779, Mikołajski S. 265, Mikšić 936, Mikula M. 379, Mikulaszek E. **141**, Mikules V. 205, Mikulski 649, 650, Mikułowski Wł. 116, **173**, 248, **277**, **289**, **320**, **331**, 392, **455**, **472**, **489**, 652, 724, 728, 744, 764, 988, Milanović R. 761, Milavanović M. 464, Milewski Bol. **107**, Miller E. G. 147, Miller J. R. 502, Mills C. H. 56, Milojević 205, Milovanović M. 205, 935, Minar 15, Mineff D. 541, Minev M. 464, Min. pracy i opieki społecznej 344, Min. spr. wewn. Dep. Służby Zdrowia 44, 111, 127, 644, 740, 835, 860, 863, Minist. wyzn. rel. i ośw. publ. 87, Miquelotte 563, Mladek A. 627, Mladenović M. 936, Mock 357, Modrzewski D. 671, 672, Mogilnicki 115, 190, 763, 779, Mohler H. K. 603, Molnar B. 837, Mołłov V 464, Monceaux R. 248, 669, Montlaur 762, Morenas L. 844, Moroz S. 651, Morozowa J. 75, 76, 651, 671, 672, Mosher G. 129, Moskowitz L. 671, Moss M. N. 837, Mossor 560, Moszkowicz L. 861, Mounier M. 541, Mourek J. 129, Mroza 208, Muenzer J. **796**, Mülleder A. 723, Müller S. 443, Mullin Mc. 129, Mulzer 35, Musiał 189, Musil Vl. 55, Mussey R. D. 647, Mussgung F. 837, Mustata C. 245.

Nadolski 915, Nadolski O. 359, Naróg Fr. 13, 189, 479, 535, Nartowski 76, Nasiłowski 284, 339, 466, Nazarow T. 357, Nadeljković J. 465, Neuber E. 936, Noguchi 725, Nemetz 0. 724, Netonšek M. 464, Neuber E. 204, 628, Neumann 148, 304, 761, Neumann A. 806, Neumark 189, Nicholson Eastman 204, Nicol 304, Nielson A. L. 502, Niewola 485, 605, Nobel E. 628, Noel 914, Nordmann 424, Northrup J. H. 764, Nosić Dj. 205, Novàk F. 170, Novak J. 152, Nowak E. 128, Nowak F. V. 55, Nowak J. 625, 896, Nowakowski 134, Nowicki 263, Nowicki W. 227, 228, 265, 359, 542, 781, 808, 879, 880, 915, 959.

Oberländer 229, 806, Ockel 92, Odstrčil A. 464, Offenberg J. 408, Okińczyc 725, Okuszko 649, 915, Olbrycht J. 116, 136, **193**, **213**, **233**, **252**, **270**, 844, Opieński 584, Orlandini A. 541, Orlič Gj. 761, Orłowski W. 131, 132, 190, Orr J. 72, Orr W. 357, Ortner Norbert 719, Oryńska 115, Orzechowski K. 131, Ostrowski St. 189, 266, 359, **432**, 862, 896, Ostrowski T. 229, 265, 542, 543, 838, 897, Owsiński Józef **354**, **375**, 485.

Padlewski 133, Pal J. 723, Palma di Salv. 837, Panyrek D. 464, Papperheim 426, Parade G. M. 465, Parfanowicz Z. **553**, Parrel de 380, Parlica F. 540, Partoš A. 129, 379, Paschkis R. 762, Pasierbiński 210, Paszev C. 464, Paszkowska W. 364, Paszyc 285, Patočka F. 465, Pearson G. H. J. 146, Pedišić J. 761, Pedro Platon 582, Peker M. **63**, Pekielis R. **5**, Pelc H. 482, 627, Pelczar K. **119**, 263, 264, 605, Pelláthy St. v. 936, Pelnar J. 464, Penfield W. 15, Penzias M. **797**, Perkins O. C. 484, Perłowski 285, **873**, Perrot 147, Pešina M. 464, Pęska Z. 364, Petit-Dutaillis Paul 248, Petresco C. 722, Petrov T. 761, Petrovici 245, Pfeifer 877, Phaneuf L. E. 647, Pheeters Mc. 357, Philibert 878, Philipp E. **791**, Piasecki E. 988, Pic A. 844, Picard J. 205, Pick A. 628, Pilcz A. 244, Piltz 263, 383, 484, **677**, Pincás H. 837, Piotrowski E. 897, Piotrowski Kaz. 392, Piguet 878, Pisek W. 34, 53, **186**, 189, 229, 265, 266, 463, 542, 564, 584, 721, 776, 838, Pištić Sv. 465, Planner H. 823, Plaschkes E. 895, Pliverić V. 465, Pohl R. 895, Polak 210, Polak E. 443, Polak Emerich 56, Polak J. O. 147, Polakow 115, Politzer G. 895, Pollak A. 90, Pollak E. 724, Połtowicz K. 988, Pomper J. 764, Poncz K. 344, Popławska H. 324, Popović B. 761, Poppen A. B. **502**, Porak B. 524, Porte J. V. de 404, Portmann G. 541, Potter S. W. 647, Powązka 484, Praeger N. **24**, **452**, **469**, Prausnitz C. 444, Precechtěl A. 443, 464, Preissecker E. 895, Přenosil J. 540, Pretet H. 722, Prica M. 205, Priesel R. 823, Progulski S. 76, 144, **439**, 508, 880, Prussak 75, Pruvost 878, Przybylski 835, Ptaszek 189, **227**, **870**, 897, 898, 901, Pugh W. 129, Puig y Sureda 725, Pujos 563, Purjesz 723, Puterman 285, 339, 521, Putti 725.

Quick D. 226.

Raab F. 895, Radliński 628, Radonić J. 465, Ranke 878, Ranzi Egon 824, Rechtschaft 339, Redeker 304, Redevill F. H. 404, Redlich F. **439**, **509**, **515**, Rednik T. 56, Reed John 761, Reger G. H. 988, Regmunt-Sobieszczański L. 136, 324, 988, Reháková S. 540, Reicher Eleon. 980, Rein J. **185**, Reiner 264, 914, Reiss W. 883, Reiss 264, Reiss H. **272**, **418**, Reiter Paul J. 759, Reiterowski H. **45**, 724, **847**, Reitter C. 628, Renard M-elle 778, Reuss A. 152, 204, 823, 895, 936, Reverter 520, Rezacz A. J. **200**, Režek 936, Ribadeau-Dumas 878, Ribas-Ribas 725, Richter 148, 463, Ried O. 779, Riedl H. 724, Riha J. 379, Rismondo P. 465, Rist E. 524, 878, Ritter 304, 725, Rihl 148, Rodecurt 56, Roedcier C. 524, Roederer G. 539, Roel J. H. 56, Rogers H. J. 806, Roig A. 541, Rolnick 357, Romanova 264, Romberg 304, Rosenbaum-Skala 627, Rosenbusch 898, Rosenfeld G. 723, Rosenhauch Edm. **345**, Rosenthal F. 723, Rosiewicz 808, Rosner 264, Rosnowski M. 232, Rossi 725, Roth E. 823, Roth J. **800**, Rothberger 462, Rothe v. 762, Rothfeld J. 265, Rotta 465, Rotthaus 148, Roubel 380, Rothbum N. P. 358, Roussy G. 988, Rowlands 357, Rozen 94, 210, Roździewstwieński G. 113, Rożkowski 94, 210, 585, 649, 650, 916, Rubeska V. 464, Rubino P. 861, Rubinstein 208, 605, Rubritziu H. 823, Ruegier H. 190, 763, Ruff 189, **786**, Ruff Jan 920, Rulison 129, Rupniewski E. 671, Ružičič N. 761, Ruszkowski 287, Ružička St. 464, Rychłowski Z. **458**, Ryder 339.

Sabała 443, Sabatowski 133, 539, **368**, Sabouraud R. 844, Sachs A. 861, Sachs B. 74, Saito S. 520, Saitz Otokar 403, 627, Salitówna E. **712**, Salpeter 133, 189, Samberger F. 464, Samuels S. S. 582, Saphiz W. 762, Sarnoff J. 837, Savigny 226, Savitsky N. 484, Saxl P. 723, 779. Saylor E. L. 806, Scalone 725, Schäfer 93, Schacherl M. 936, Scheps M. **155**, **393**, 444, 564, 722, **748**, **767**, 838, 897, Schiff A. 723, Schinagel 263, Schiller W. 35, Schlayer C. R. 74, Schle-

singer H. 444, Schloss W. 861, Schmidt 148, Schmidt M. B. 444, Schmitz H. 647, Schmutermayer F. 823, Schneider 426, 920, Schnitzler J. 895, Schoemaker J. 226, 725, Schönbauer L. 861, Schramm 228, 265, 359, 838, Schreiber M. 357, Schreinburg F. 823, Schröder 304, Schultz L. 226, Schumann E. A. 502, Schur H. 779, Schusterówna H. 359, 583, **590, 868,** 880, **887,** Schutz J. 443, Schütz 265, Schwartz J. 128, Schwarz G. 895, Schwarz J. 861, Schwarz L. 113, Schwarzbart 208, 263, Schweig 114, 189, 763, Sciesiński 263, 264, Sedillot J. 260, Seidl 265, Seidler Maks. **409,** 807, Seifert O. 979, Sekulič M. 205, 465, 935, Selzer J. 863, 896, Selcer M. 265, 359, Selcye H. 444, Sembrat 898, Šeparović N. 73, 742, Sepulveda Juan 147, Serbin W. H. 836, Sercer A. 205, 935, Šerf J. 627, Sergeut 878, Serstner E. 761, Sestak B. 936, Sezary A. 721, Shapiro J. 146, Sicard J. A. 428, Sidor 649, Siedlecki 263, 914, 958, Siegel J. A. 836, 895, Siemionkin M. **497,** Sieradzki W. 229, **348,** Sigal B. 628, Sikorska Anz. 263, Sikorski 649, Silverman J. 358, Simič A. 935, Simič St. 465, Simici D. 245, Simon J. 403, Singer E. 895, Singer G. 724, 895, Singer H. 226, Sipin 762, Skalski 189, 210, Skarzyński 879, Skljär 936, Skokowska-Rudolfowa M. **67,** 202, **222,** Skubiszewski 133, 134, 522, Skursky J. 895, Ślączka 208, 263, 264, 484, 913, 978, Slajmer F. 464, Sloan 129, Słonimski P. 232, Slovaček O. 443, Smirnov 723, Smith G. van 806, Smith H. B. 603, Smith J. T. 671, Smithwick R. H. 806, Smokvina M. 465, Śnieszko St. **193, 213, 233, 252, 269,** 844, Sobel 649, Sobieszczański 132, 632, Sobol 585, Sobre-Casas 44, Sochański 266, 359, 584, 860, 980, Société des nations 44, 468, 920, Sofoterov S. 464, Sokołowska M. 712, Sokołowski 263, Sokołowski A. **545,** Sokołowski E. 212, Sokołowski Olgierd 324, 500, Sołowij A. 584, 838, Sonnenberg 189, Sonneschein 129, Sosin J. **218,** Soskin S. 56, Soupault R. 428, Sovak F. W. 836, Spalajković R. 465, Spalke Z. 284, Speidel E. 648, Spengler G. 861, Spira 263, 541, **735, 769,** Spira jun. 604, Spiro 75, Spišič B. 760, 935, Spitry H. 628, 762, 779, Spigge S. 357, Spužič V. 761, Sroczyński St. 268, Srokowski M. 486, Stahl O. 824, Staniszev A. 464, Stankuš A. 742, Stanojević L. 761, Stanojević St. 465, Stanowski Z. **845,** Starr Judd 646, Stasiński J. 324, Stauber 189, Stawiński M. 652, Stawnicki 585, 650, Stefano J. J. 357, Stein A. 501, Stein J. 15, 837, Steindler A. 357, Steinharter E. C. 671, Steinitz 722, Steinmann C. D. 205, Stephan K. 724, Stephens 129, Stępowska M. **183,** Stępowski Bron. **371,** 484, **633, 653,** Sterling Sew. 60, 114, 115, 190, 209, 724, 763, 779, Sterling-Okuniewski S. 60, 76, 232, 364, 988, Sterling Wł. 212, **765,** Sternberg C. 895, Stevart S. J. 484, Stévenin H. 448, 625, Stiefler G. 823, Stinson J. 646, Stocki 134, Stodola J. 379, Stolz J. 90, 443, Stone F. L. 806, Stopczański J. **30, 609,** Strausky E. 779, Strasser A. 723, Strasser N. 823, Strauss H. 56, Strohmayer W. 283, Strongin H. F. 502, Stryjecki Tad. **411,** Stuart T. Hast 358, Stnddiford W. E. 147, Studnicka F. 464, Suchodolski 339, 466, 522, Suglian V. 936, Sullivan R. 204, Sumbal 540, Supniewski J. V. **729,** 914, Surzycki 914, Švejcar J. 379, Sveck 129, Świerczewski St. **128,** Swope R. B. 671, Syllaba L. 464, Syrop 466, 485, Szabuniewicz Boż. **82, 813, 831, 850, 865, 908,** Szafnicki 651, 671, 672, Szajerowicz L. 95, Szajna M. **77, 449, 595, 636, 710,** Szaniawski 93, 94, 210, 649, 650, 916, Szantroch 606, Szaszina M. J. 762, Szczeklik D. 879, Szczeklik E. 207, 263, 265, 485, 605, 606, 879, 896, 914, 915, 935, Szczodrowski H. 116, 337, Szereszewska 722, Szlank 485, Szmurło J. 464, **699,** Szokalski K. 212, Szpilman-Neudingowa P. 344, Szpor 725, Szpiro 671, Sztencel 914, Szumlański W. 284, Szumowski Wł. 188, 300, 378, Szurek 266, Szurzec 485, 628, Szwarzbart 485, Szwedowski 585, Szyfman 95, 189, 807, Szymanowicz J. 264, **345,** 914, Szymonowicz J. **816,** Szymoński Zdz. **396.**

Tarnowsky G. 129, Tekaya-Siko 227, Tempka 605, 896, Tenenbaum A. 115, 209, 210, 724, 743, 763, Tennenbaum S. 862, 897, Terrien F. 13, 14, Terruhn 91, Teyschl G. 465, Tholen G. A. 779, Thoms H. 502, Thornton L. 226, Tiescuhausen K. 425, Tihomirow D. 761, Tihomirov M. 465, Titus P. 647, Tochowicz L. **641,** 896, Tománek F. 443, Tomanek Z. **107, 179,** 266, Tomasič D. 935, Tomaszewski 115, Toombs P. W. 647, Trauber J. 482, Trepte G. 837, Troell 725, Troutt J. M. 502, Trýb A. 465, 482, Trzebiński S. 465, **674,** 726, Trzeciak Ks. St. 44, Tuchendler A. 131, Tumidajski 560, Turenne A. 204, Tuszewski 522, Tyszka K. **598.**

Uffredusi 725, Uhma 914, Ujma Ad. 338, Ulrici H. 302, Ungar J. 129, 255, 761, Ungar M. 55, 74, 75, 90, 130, 145, 170, 205, 226, 261, 262, 336, 358, 380, 404, 426, **429,** 443, 483, 484, 539, 540, 582, 583, 603, 604, 646, 669, 671, 723, 742, 761, **793 ,799, 800,** 805, 806, Unverricht 304, Unverzagt W. 56, Urban K. 723, 762, Urysoh 114, 115, 209, 807.

Vach A. 170, Valach L. 465, 742, Vàna A. 443, Van de Putte H. O. 226, Vancura A. 169, Vander Veer J. N. 627, Vanysek 74, 425, Varela B. 861, Veil P. 462, Vellard 563, Verain Marcel 44, Vergeor T. 484, Vignal W. 822, Vignes H. 468, Vinson 357, Vitek J. 443, Vladarski St. 936. Vlachovič J. 465, 936, Voit K. 465, Völcker R. 914, Vendraček V. 482, Vořenilek B. 761, Vorgič Lj. 761, Vugtěch A. 627, Vujtech K. 90, Vujtěch V. 443, Vulič V. 935, Vychytil O. 443.

Wachholz 208, 264, 427, **543,** 844, Wachtel H. **65,** Wagner-Jaureg 627, 628, Wagner R. 823, Wahlich 539, Wajs E. 44, Walter 264, 465, 485, 895, 914, Warthin A. Scott 805, Wasilewska-Mironowiczowa E. **656, 967,** Wasilewski 93, 324, 585, Wąsowicz St. 344, Wąsowski Tad. 448, Wayne A. Yokam 806, Węckowski **773,** Wedd A. 15, Węgłowski 228, Węgrzynowski 265, 266, 324, 359, 542, 838, Weigner K. 465, Weinberg J. 15, 209, 210, 743, Weingartenówna 359, Weinsberg 114, 130, Weinzierl 92, 148, Weirauk H. V. 501, Weisbrum D. 190, Weissenbach R. J. 248, Welker William H. 670, Werner P. 762, 823, Wernic 337, 338, Wertenstein 131, 132, Wesdrlik 380, Weselko O. 465, 603, 936, Wexler D. 627, Wicke A. 895, Wilczyński T. 542, 564, Widrè 245, Wierzejewski 726, Wiesbader H. 837, Wiesbaum St. **941,** Wikuli v. L. **895,** Wilczyński Cz. **555,** 612, Wilder Penfield 204, Wileńczyk A. **825,** Wilenko M. **168,** Wiliamson Ch. Sp. 404, Willan R. 226, Willer H. 979, Willetts W. 647, Williamson A. C. 502, Wilson R. 129, Windyga S. **941,** Winkelbauer A. 723, 762, 936, Winter 522, Wiśkowsky B. 465, 540, Wiślański K. 147, 240, **351, 373, 400, 416, 491,** 502, **639, 648, 657,** 671, **739,** 806, 807, 837, **872,** 915, Wissenschaftlicher Ausschuss des Wiener medizinischen Doktorenkolegiums 283, Witkowski 134, 339, 522, Wizel A. 764, Wojciechowski 484, 725, Wolf M. 908, Wolff H. E. 74, 284, 583, Wolfe Samuel A. 670, Wolsey 129, Wołoszczak St. **581,** Woźniakówna 115, 190, Wróblewski Winc. **371,** 914, Wrześniowski 94, 211, 585, Wrzosek A. 88, Wymer Immo 170.

Yeung H. 204.

Zachert M. 392, Zahalkova 482, Zahorski 210, 339, 585, Zahradnicky 15, 335, 443, Zakrzewski Z. 606, Zalewski T. 265, 402, 542, 897, Zalokar A. 465, Zaloscer A. 57, Załęski 96, 114, 115, 189, 190, 210, 763, 779, Zamenhof L. 843, Zamieński 339, Zandowa N. 72, Zaorski J. 725, Zaremba J. 232, Zaviška J. 465, Zawadowski Wit. **365,** Zawodny A. J. 742, Zelenko J. 646, Zembrzuski L. 88, 764, Zeyland 133, 134, 522, Zgórski K. 860, Zieliński K. 44, 208, 263, 605, Ziembicki W. 229, 265, 359, 542, 583, Zienkiewicz Al. **86,** 221, 480, Zilberg G. 74, 501, Zilzer 723, Zoubek V. 482, Zubrzycki C. 485, 914, Zubrzycki J. **526,** Zucker E. 724, Zweig Walter 152, 336, 861.

Żurkowski 763,

Nr. 1. 6. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent. Lwów.

Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki

Pojęcie dychawicy czyli astmy było znane jeszcze starożytnym lekarzom, stosowane było jednak dawniej do wszelkich zaburzeń w oddechaniu, połączonych z dusznością. Ale już Seneca opisuje nagle zjawiające się i nagle ustępujące napady dychawicy, na które sam cierpiał.

W piśmiennictwie lekarskiem późniejszych czasów — XVII i XVIII wieku — spotykamy już bardzo ciekawe i charakterystyczne spostrzeżenia, odnoszące się do napadowej dychawicy. — I tak van Helmont (sam cierpiący na dychawicę oskrzelową) zwraca uwagę na zależność występowania napadów od miejsca pobytu chorego. On n. p. dostawał napadów w Brukseli, podczas gdy w innych miejscowościach czuł się dobrze. Zjawisko to tłómaczył sobie wpływem warunków klimatycznych. Willis (także astmatyk) który jako świetny anatom zdawał sobie sprawę, że mięśnie oskrzeli są także unerwione, zwraca pierwszy uwagę na nerwowy charakter napadu. Floyer opisuje ostrą rozedmę płuc przy napadzie. Brée podnosi oprócz momentów nerwowych także zaburzenia w sekrecji błony śluzowej oskrzeli co uważa za najistotniejsze dla dychawicy oskrzelowej. Willis chwali świetne działanie opium w napadzie. W XVIII wieku szereg autorów zwraca uwagę na fakt, jak różne czynniki, w różnych przypadkach wywołują napad i stara się przeprowadzić podział etjologiczny astmy: *asthma idiosyncrasicum, asthma abdominale* i t. p. Podziały te jednak nie były istotne i zbyt daleko idące. Razem wziąwszy widzimy, że już oddawna znano omawiane schorzenie i wiedziano o całym szeregu faktów i szczegółów bardzo ciekawych i charakterystycznych.

Dopiero jednak wielki Laennec zwraca uwagę na rzecz najistotniejszą: na nagły skurcz mięśni oskrzelików, czem tłómaczy napad dychawicy. Teorja ta jeszcze po dziś dzień się utrzymała i to na pierwszem miejscu i najrozleglejsze znajduje zastosowanie. Podnosi on również, że do skurczu tego przychodzi na drodze nerwowej i że nawet ów nieżyt oskrzeli *„Catarrhe sec"*, tu spotykany, ma swe tło nerwowe.

Po teorji Laennec'a powstał jeszcze cały szereg nowszych poglądów i teoryj, stwarzając wielki chaos pojęć. Z całego szeregu teoryj, które już teraz należą do przeżytków, jak np. cyrkulacyjna teorja Grossmanna, na uwagę zasługują teorje: Webera, który tłómaczył napad nagłym obrzękiem błony śluzowej oskrzeli i oskrzelików wskutek zaburzeń naczynioruchowych i teorją Wintricha, który za przyczynę napadu uważał nagły, toniczny skurcz przepony. Ta ostatnia teorja w świetle badań rentgenologicznych nie utrzymała się również, gdyż obraz rentgenowski w czasie napadów skurczu przepony nie wykazał. Pozostają więc dwie teorje: teorja Laennec'a i teorja Webera, które, jak obecne badania wykazują, najprawdopodobniej są obie słuszne, w tym sensie, że oba momenty i skurcz oskrzeli i obrzęk naczynioruchowy błony śluzowej oskrzeli odgrywają tu rolę, tylko w pewnej grupie przypadków przewagę ma pierwszy, a w innej drugi moment.

Łączono etjologję dychawicy z jąkaniem; zapatrywania te nie znalazły wielu zwolenników, jakkolwiek nie jest wykluczone, że przynajmniej w pewnej ilości przypadków mogą mieć nieco słuszności.

* * *

Gdy obserwujemy przypadki dychawicy oskrzelowej ze względu na zawiły problem patogenezy i etjologji sprawy chorobowej, to przedewszystkiem uderza nas w oczy kwestja powstawania napadów. Tu przy dokładnej obserwacji widzimy nieraz ściśle określoną przyczynę, określone bodźce, które napady wywołują. Bodziec taki może być czasem zawsze jeden i ten sam, np. zetknięcie się ze ściśle określoną substancją (w przypadkach uczulenia), zazwyczaj jednak bodźców tych jest kilka naraz, nieraz jeden od drugiego odmiennej natury. Napad może występować odrazu po zadziałaniu danego bodźca, nierzadko jednak występuje dopiero w dłuższy czas po jego zadziałaniu, co naturalnie sprawę ogromnie wikła i obserwację lekarzowi znacznie utrudnia. Bodziec taki może mieć czasem charakter bardzo swoisty, t. zn., że zawsze wywołuje on równy chorobowy efekt, nieraz jednak tą swoistość zatraca się w większej ilości bodźców, lub co również nieraz się zdarza, niezawsze dany bodziec ma równy efekt, niezawsze po danym bodźcu występuje napad. Istnieją bodźce, które działają tylko w danym przypadku, a są zupełnie nieszkodliwe dla innych chorych na dychawicę oskrzelową, (jak np. przy uczuleniu), inne jednak zwłaszcza fizykalnej czy psychicznej natury, zdają się działać prawie na każdego chorego, zwłaszcza tam, gdy sprawa chorobowa jest dalej posunięta. Działanie to jeśli nie w zdecydowany sposób sprowadza napady, to jednak może pogarszać już istniejący zły stan, z innych przyczyn powstały, względnie sprowadzać lżejsze lub cięższe uczucie duszności bez wyraźnego napadu.

Tak np. wyższa temperatura, insolacja, spadek ciśnienia barometrycznego, wogóle bodźce działające ogólnie, zwłaszcza o wagotonicznym charakterze działania, względnie takie, które i u zdrowych, mogą wywoływać pewne uczucie utrudnienia oddechania zasługują tu na specjalne uwzględnienie.

Idąc w tym kierunku dalej spotykamy się z pewnemi obserwacjami, wskazującemi na to, że mogą istnieć pewne czynniki, które niemal u każdego człowieka są zdolne wywołać dychawicę. Mam tu na myśli prace Ancony i Storma van Leeuwen, którzy obserwowali do pewnego stopnia epidemiczne występowanie dychawicy, jak się później okazało przez stykanie się z pewnemi pasożytami, zanieczyszczającemi zboże. Każdy, kto z tem zbożem miał do czynienia, zapadał na dychawicę.

Jednakowoż tego rodzaju spostrzeżenia, jakkolwiek bardzo ciekawe ze względu na możliwości etjologiczne dychawicy oskrzelowej, należą do prawdziwych rzadkości. Prawie wyłącznie w przypadkach zwykle spotykanych widzimy, że napady są wywoływane przez różne bodźce, nieraz bodźce życia codziennego, zupełnie nieszkodliwe dla nie-astmatyków.

Już tu od samego początku musimy podnieść, że jeżeli nawet znajdziemy w danym przypadku przyczynę wywołującą napady, to jednak tem tylko sprawy etjologji jeszcze nie rozstrzygnęliśmy dokładnie. Należałoby się zastanowić, dlaczego właśnie u tego człowieka, czy to dane uczulenie, czy np. polipy nosowe, czy wreszcie każdy inny czynnik jest zdolny wywołać napady dychawicy oskrzelowej, podczas gdy te same czynniki u innych ludzi, żyjących w zupełnie identycznych warunkach, nie wywołują niczego. Na podstawie już tych prostych a zasadniczych obserwacyj, dochodzimy do przekonania, że w kwestji etjologji dychawicy oskrzelowej nie będzie rzeczą rozstrzygającą znalezienie poszczególnego bodźca wywołującego napady, czy nawet ewentualnie poznanie sposobu i mechanizmu działania tego bodźca. Rzeczą równie ważną, a może nawet najważniejszą, tak ze względów teoretycznych jak i praktycznych, będzie wykrycie zmian w samym organiźmie, które umożliwiają chorobotwórcze działanie danego bodźca, które więc właśnie odróżniają organizm chory od organizmu zdrowego, które więc są dla sprawy chorobowej najistotniejsze. Zdanie to należałoby obecnie specjalnie podkreślić, bo zwłaszcza badania ostatnich czasów zbyt namiętnie dążą do wykrycia tylko jedynie bodźców wywołujących, nieraz kosztem sprawy zasadniczej. Niewątpliwie musimy dążyć zawsze do poznania i usunięcia bodźców, czyto swoistych wywoływaczy w przypadkach uczulenia, czy polipów nosowych w przypadkach dychawicy odruchowej, ale nie możemy zapominać, że tem tylko sprawy nie uleczyliśmy, musimy pamiętać, że te poszczególne bodźce mogą się wzajemnie zastępywać, jeden wchodzić w miejsce drugiego, bo pozostała jeszcze w organiźmie owa, mówiąc ogólnie, dyspozycja do dychawicy. Fakt, o którym nieraz wielu zapomina, a potem się dziwi, czemu „trafnie" obrane leczenie zawiodło!

Sadzę więc, że kwestję etjologji i patogenezy dychawicy oskrzelowej należy rozpatrywać z dwojakiego punktu widzenia:

1) ze względu na pewien stan, czy dyspozycję w całym organiźmie, czy tylko w organie płuc istniejącą, która umożliwia występowanie napadu dychawicy oskrzelowej po zadziałaniu odpowiedniego bodźca;

2) ze względu na czynnik czy to czynniki bezpośrednio wywołujące napady.

O ile czynniki drugie mogą być bardzo rozmaite w różnych przypadkach, o tyle czynnik pierwszy jest w ogólnych zarysach zawsze podobny, choć muszę podnieść, że i tu istnieją pewne różnice, nawet zasadnicze. Odnośnie do mechanizmu samego napadu podnieść należy, że jakkolwiek istnieją tu pewne różnice, zależne od samego bodźca, to jednak charakter samego napadu, charakter duszności jest zawsze prawie taki sam.

W celu rozstrzygnięcia przyczyny duszności, jakoteż poznania, w jaki sposób bodźce wywołują dane zmiany, np. skurcz oskrzeli, zwrócono się do anatomji patologicznej i do doświadczeń. Tu jednak już z góry jasnem było, że w sprawie tak czysto funkcjonalnej, jak astma, anatomja patologiczna dać nam dużo nie może, u zwierzat zaś dychawica oskrzelowa samoistnie nie występuje, eksperymenty zaś autorów amerykańskich, którzy twierdzą, że „wywołali sztuczną astmę u zwierząt" przeprowadzane są w tak niefizjologicznych warunkach (prawie izolowane płuca), że nie można ich porównać z prawdziwym napadem u człowieka i opierać się na nich nie można.

Co do obrazów anatomo-patologicznych, to spotykamy tu przedewszystkiem rozedmę płuc, tą jednak należy uważać za sprawę wtórną. Wiele więcej mówiącym jest przerost błony śluzowej oskrzelików, spotykany przez wielu autorów, a który dotyczy głównie mięśni. Prawdopodobnie jednak najczęściej jak w przypadku Faschingbauera, przerost dotyczy wszystkich warstw ściany oskrzelików. Charakterystyczny naciek leukocytów eozynofilnych w ścianie oskrzelików nieraz tu spotykamy. Interesujące są badania Hubera i Kösslera, którzy w przypadku astmy allergicznej widzieli zmiany anatomiczne takie, jakie spotykamy przy klasycznym wstrząsie anafilaktycznym w płucach świnki morskiej.

Naogół jednak te zmiany anatomiczne nie są zbyt charakterystyczne. Podobne zmiany, jakkolwiek w nieco mniejszym odsetku przypadków i może mniej wybitne spotykamy i u nieastmatyków, zwłaszcza przy przewlekłym nieżycie oskrzeli. Ewentualnie istniejące zmiany w ośrodkach nerwowych i nerwach są zbyt subtelne, aby obecnemi metodami można je było wykazać.

Zwracają uwagę badania Trendelenburga, a później wielu innych autorów, wykazujące, że drażnienie nerwu błędnego powoduje skurcz oskrzeli, drażnienie zaś nerwów współczulnych rozszerzenie tychże. Ostatnio Rittman powtórzył te same badania na oskrzelach na zwłokach ludzkich wkrótce po śmierci z tym samym wynikiem. To wskazuje na sposób, w jaki dany bodziec wywołuje wyżej opisane zmiany. Że drogą przez nerw działają bodźce odruchowe, psychiczne, nawet fizyczne, nie ulega wątpliwości; również bodźce chemiczne, czyto jady anafilaktyczne czy jady podobne do histaminy, które nawet powstają na miejscu, w oskrzelach, czy to allergeny, które dostały się przez drogi oddechowe, najprawdopodobniej działają także drogą nerwową, przynajmniej na zakończenia nerwowe: w każdym razie stan nerwów i zakończeń nerwowych dla działania nawet tych ostatnich bodźców, ma bardzo ważne znaczenie.

Już z tego cośmy dotychczas powiedzieli, wynika, że w etjologji dychawicy oskrzelowej ważne będzie miał znaczenie stan nerwu błędnego. Ponieważ nerwu błędnego nie możemy braz z osobna, gdyż należy on ściśle do całego wielkiego układu wegetatywnego, dlatego rozważmy tutaj, jaką rolę w etjologji dychawicy oskrzelowej ma cały ten układ.

Układ wegetatywny.

Wpływ układu nerwowego mimowolnego (wegetatywnego) na powstawanie dychawicy oskrzelowej, a zwłaszcza wpływ nerwu błędnego był znany już od dawna, od czasu kiedy zapoznano się bliżej z czynnością nerwu błędnego w płucach. Oto już Beer, Brodie, Dixon, Ransen, Januschke, Pollak, Trendelenburg, Rittmann, wykazali że drażnienie nerwu błędnego powoduje skurcz mięśni oskrzeli i oskrzelików, co jak wielka ilość badań eksperymentalnych i spostrzeżeń klinicznych dowodzi, jest najbardziej istotnym momentem napadu dychawicy oskrzelowej. Natomiast w nerwach współczulnych znajdują się włókna, wpływające na rozszerzenie oskrzeli, jak tego dowiedli: Dixon, Ransen, Modrakowski, Jakson, Pick, Cloetta, Januschke, Pollak. Wyniki operacyjne Maks-Kappisa i Kümla, a nadto pewne doświadczenia, jak drażnienie nerwu błędnego podczas operacji, rolę obu układów wegetatywnych tu potwierdziły. Od epokowych dla nauki o układzie wegetatywnym prac Eppingera i Hessa sprawa ta weszła na tory właściwe.

Cały szereg spostrzeżeń klinicznych, jak n. p. choćby fakt, że napady występują głównie w nocy, a więc w czasie, gdy po wyłączeniu bodźców sympatikotonicznych, przeważa układ parasympatyczny, a dalej n. p. fakt, że stan chorych pogarsza się znacznie w czasie menstruacji, a więc w czasie kiedy jak wykazał M. Franke, występuje przejściowa lecz wybitna parasympatikotonja, a nadto działanie leków wegetatywnych, jak adrenalina, atropina i chlorek wapnia, stanowią dla sprawy tej, przynajmniej z klinicznego punktu widzenia, zupełnie pewną podstawę.

Zanim jednak przejdziemy do omówienia szczegółów, zajmiemy się dla lepszego ich zrozumienia i oceny, choć pobieżnie problemem układu wegetatywnego wogóle. Otóż problem ten nie przedstawia się tak prosto, jakby to się zdawać mogło i jak go niektórzy autorowie traktują. Przedewszystkiem układ nerwowy mimowolny (wegetatywny) nie jest układem zupełnie jednolitym, lecz składa się z całego szeregu członów. Mamy więc przedewszystkiem ośrodki wegetatywne najwyższe położone w ciałku prążkowanem, które to ośrodki połączone są znowu z korą mózgową, dalej ośrodki wegetatywne w międzymóżdżu, jeszcze niższe ośrodki na dnie komory czwartej i wreszcie nerwy obwodowe, sploty obwodowe i szereg obwodowo leżących urządzeń wegetatywnych. Cały układ wegetatywny rozpada się na dwie wielkie grupy: Układ parasympatyczny i sympatyczny. Jak daleko ku wyższym centrom sięga to zróżnicowanie, trudno określić. Niektórzy sądzą, że najwyższe ośrodki są jeszcze zróżnicowane na parasympatyczne i sympatyczne. Inni sądzą (Dressel), że te wyższe ośrodki są jednolite i służą do utrzymania równowagi w obu układach obwodowych. Nie wchodząc w istotę tej sprawy musimy podnieść, że oba te układy działają pod wieloma względami dokładnie antagonistycznie. Jednak i ten antagonizm istnieje tylko do pewnego stopnia, gdyż ponad nim daje się spostrzegać pewna korrelacja, a przedewszystkiem w stanie prawidłowym pewna równowaga między oboma układami tak, iż każde wychylenie w pewnym kierunku jest prędzej lub później kompenzowane przez układ przeciwny. Nadto muszę podnieść fakt bardzo ważny a mianowicie, że pojęcie czynności jednego lub drugiego układu fizjologiczne a więc z naszego punktu widzenia pojęcie najważniejsze, nie pokrywa się z anatomicznem pojęciem tego układu. Jak przekonano się, nawet jądro nerwu błędnego ma w pewnej swej części komórki przynależne do układu sympatycznego. A nadto włókna nerwowe przebiegające w gałązkach nerwu błędnego przy gałązkach sympatycznych nie wszystkie należą do układu współimiennego, lecz niektóre wykazują swą przynależność do przeciwnego układu. Dlatego też pojęcie *Vagotonja* powinno nawet zniknąć, jako nieoddające istoty rzeczy, tembardziej, że *N. Vagus* nie wyczerpuje całego układu parasympatycznego, bo oprócz niego istnieje jeszcze układ parasympatyczny mózgowy, przebiegający razem z *N. oculomotorius*, a nadto nerwy należące do centrum *anococcigeum*. Jak już wyżej wspomniałem oprócz ośrodków i nerwów wegetatywnych istnieje cały szereg czynników obwodowych, a więc przedewszystkiem obwodowe zwoje i sploty nerwowe, a nadto zupełnie obwodowe komórki nerwowe wegetatywne, które spotykamy w każdym organie. A dalej zwłaszcza w stanach chorobowych musimy uwzględnić stan samych zakończeń nerwowych, względnie hipotetycznych wstawek między nerwem a organem końcowym. Ponadto, jak wiemy z badań Zondeka, Dressla, Glasera, Sochańskiego, i wielu innych niezmiernie ważną rolę odgrywają tu pewne jony przedewszystkiem jony H i OH i jony Ca i K. Przewaga jonów K charakteryzuje większą czynność i większą wrażliwość na bodźce parasympatyczne, Ca przeciwnie sympatyczne. Oprócz tego istnieje stale w ustroju cały szereg ciał organicznych, które przecież w wysokim stopniu wpływają na stan układu mimowolnego. Do tych należy przedewszystkiem adrenalina, jako ciało tak silnie działające sympatikomimetycznie, działające przeważnie obwodowo. Od dawna szukano analogon adrenaliny dla układu parasympatycznego. Doszukiwano się tegoż najpierw w wazodylatynie Popielskiego, potem w histaminie i w innych produktach rozpadu białka, dalej w cholinie i acetylocholinie, która już w wielkiem rozcieńczeniu działa energicznie parasympatikomimetycznie. Jakkolwiek ta ostatnia nigdy nie jest znajdywana w ustroju, to jednak prawdopodobnie ślady jej mogą się pojawiać przejściowo podobnie zresztą jak wiele innych ciał. Dodać do tego muszę, że i wydzieliny gruczołów inkretorycznych wspólnie z jonami jako hormony (Sochański) działają na układ wegetatywny jak zresztą z drugiej strony układ wegetatywny wpływa na ilość a zdaje się także na jakość wydzielanych przez te gruczoły substancji. Tak więc układ wegetatywny stanowi z układem inkretorycznym jedną całość. Podnieść wreszcie muszę, że pewne organy, a nawet części tych organów znajdują się stale lub czasem przejściowo, zależnie od swych funkcji i procesów patologicznych, w stanie gdzie stale już organ ten reaguje przedewszystkiem i silniej na bodziec tylko pewnego układu. Tak np. komory serca stale znajdują się pod przeważającym wpływem układu sympatycznego, a przewód pokarmowy lub płuca przeważnie pod wpływem układu parasympatycznego.

Czy dzieje się to pod wpływem wyżej wspomnianych czynników obwodowych wegetatywnych, czy wskutek pewnych ciał samoistnie na miejscu w danych komórkach powstających, trudno określić. Wiemy, że wyciągi z tkanek pewnych, wstrzyknięte innemu zwierzęciu działają w tym kierunku, w jakim dana tkanka była nastrojona, n. p. wyciągi ze ścian przewodu pokarmowego działają parasympatico-mimetycznie, a z komór serca sympatikomimetycznie. Nadto Loewi wykazał, że przez drażnienie nerwu błędnego powstaje pewna substancja, która przeniesiona na niedrażnione serce żaby, działa tak, jak drażnienie nerwu błędnego. Tak więc obok drogi nerwowej działania pewnych bodźców istnieje droga humoralna, ściśle z pierwszą związana i jej najprawdopodobniej podporządkowana. Istnienie tej drogi humoralnej zupełnie nie zmniejsza znaczenia drogi nerwowej jako pierwszej i kierowniczej.

Jak widzieliśmy cały układ wegetatywny jako system złożony z wielkiej ilości członów, dzieli się na dwie wielkie grupy: układ parasympatyczny i układ sympatyczny. Każdy z tych układów ma jeszcze cały szereg członow. Ogólnej ilości tych członów dotychczas ściśle określić nie można. Nadmienić należy, że cały ten system nie jest strukturą martwą, lecz przeciwnie prawie każdy bodziec, prawie każda reakcja biologiczna przebiega przez cały ten układ, lub przez jego części. Znajduje się on więc w ciągłym ruchu, w ciągłej fluktuacji. Naturalnie tam, gdzie ośrodki regulujące są chorobowo upośledzone, fluktuacja ta będzie tem znaczniejsza. Tem też możemy sobie tłómaczyć fakt, dlaczego u tego samego chorego ten sam bodziec działa raz tak, drugi raz inaczej. Tak np. obserwowaliśmy chorego, u którego zastrzyk astmolizyny niezawsze miał równy skutek: zazwyczaj działał bardzo dobrze znosząc duszność, czasem jednak dołączały się nieprzyjemne objawy uboczne, jak drżenie rąk, ból głowy, ogólne podniecenie, z następowem osłabieniem, które raz doszło nawet do bardzo znacznego stopnia, tak, że chory musiał pozostać w łóżku bez ruchu przez całą dobę.

Odnośnie do możliwości patologicznych w układzie roślinnym, musimy podnieść, że w poszczególnych członach możemy mieć różne zmiany chorobowe, jak zwiększenie lub osłabienie napięcia (tonus), zwiększenie lub osłabienie pobudliwości i inne zmiany jakościowe w czynności. Uwzględniwszy te rozważania zrozumiemy jak wielką jest ilość poszczególnych stanów chorobowych, które zachodzić mogą w całej strukturze układu roślinnego, jeżeli w każdym członie inna zmiana wystąpić może. Naogół jednak zmiany te występują grupowo.

Jeśli będziemy rozpatrywali objawy patologiczne w zakresie układu wegetatywnego, uwzględniając całość struktury tego układu w sposób wyżej podany, to nie będzie nas dziwił fakt, że spotykamy np. ze strony przewodu pokarmowego parasympatikotoniczne objawy, np. dyspepsja acida, lub ze strony płuc stany astmatyczne w ustroju, który zresztą może czasami nie wykazywać ogólnej parasympatikotonji, czy nawet w ciągu dokładnej obserwacji może wykazywać pewne cechy sympatikotonji. Charakterystycznem jest, że poszczególne organy wykazują wychylenia patologiczne głównie w tym kierunku, w którym a priori, normalnie są głównie nastawione, a więc np. przewód pokarmowy, czy płuca głównie w kierunku parasympatikozy.

Dane co do istotnego stanu układu roślinnego uzyskujemy na podstawie znanych prób farmakodynamicznych, które są w użyciu od czasów Eppingera i Hessa. Na podstawie licznych doświadczeń przeprowadzanych od szeregu lat przekonaliśmy się, że dają nam one tylko bardzo ogólny i niekompletny obraz bo: 1) ilościowe zmiany, a więc dające możność porównań możemy niestety uzyskać jedynie z obserwacji zachowania się tętna, ciśnienia krwi i ewentualnie ilości i składu ciałek białych krwi. To jeszcze nie wyczerpuje nawet części funkcji tego układu. 2) Przedstawia nam tylko chwilowy stan w danym układzie istniejący w chwili badania. 3) Bardzo często u osób psychicznie drażliwych afekt psychiczny związany z samą injekcją bolesną zafałszowuje nam całe badanie (każdy afekt podnosi ciśnienie krwi, przyśpiesza akcję serca, poczem mogą następować zmiany wprost do poprzednich przeciwne). Mimo jednak tych wad wynik badań farmakologicznych razem wziąwszy daje nam pewien wgląd w stan układu wegetatywnego, jakkolwiek niekompletny, to jednak dotychczas najbardziej konkretny. W związku z badaniem układu wegetatywnego dodać muszę, że cały szereg bodźców z życia codziennego działa na układ wegetatywny, jak np. zmiany w temperaturze, ciśnieniu barometrycznem, naświetlanie i wiele innych. Ścisłe, drobiazgowe spostrzeganie zmian, jakie te bodźce codzienne sprowadzają, da nam nawet lepsze pojęcie o stanie układu wegetatywnego niż próby farmakodynamiczne.

Co do reakcji na omawiane wyżej bodźce podnieść muszę, że jakkolwiek odczyn dotyczy całego układu wegetatywnego, to jednak może także dotyczyć specjalnie tylko jednego narządu. Np. nagłe oziębienie ogólne na nerwy naczynioruchowe i na płuca, a także zmiany w ciśnieniu barometrycznem, nagrzewania i t. p. jakkolwiek działają w całości wagotonicznie, to jednak zdają się specjalnie działać na płuca. Jeśli uwzględnimy rozległość i różnorodność struktury układu wegetatywnego to sprawa ta nas zupełnie dziwić nie będzie.

W klinice lwowskiej przeprowadzano badania wyżej opisane na bardzo dużym materjale przy różnych schorzeniach, a 30 przypadków dychawicy oskrzelowej było w ten sposób badanych. Otóż o ile porównamy wyniki badań, to widzimy już w tym stosunkowo małym materjale dość dużą różnorodność. Reakcja na adrenalinę w większości przypadków słaba, o typie wagotonicznym, w niektórych jednak była stosunkowo dość silna. Ogólne objawy, jak tremor, podniecenie nie zawsze idą w parze z większą reakcją w ciśnieniu krwi. Co jest niezmiernie interesujące, to to, że mogliśmy w niektórych przypadkach obserwować reakcje parodoksalne, to zn. znizkę ciśnienia krwi po zastrzyku adrenaliny, coby świadczyło o znacznej przewadze układu parasympatycznego. Jednakowoż w niektórych z tych przypadków paradoksalnie się zachowujących mieliśmy również wybitną taką samą reakcję na pilokarpinę, t. zn. zwyżka ciśnienia i po pilokarpinie. Zaznaczyć tu muszę, że te paradoksalnie zachowujące się przypadki wykazywały prawie zawsze mniejsze lub większe zmiany wazomotoryczne na skórze, jak przejściowe obrzęki, lub innego rodzaju angioneurozy. W przypadkach naszych odczyn na pilokarpinę przeważnie wagotoniczny, w wielu jednak przypadkach dość słaby. Reakcja na atropinę we wszystkich przypadkach słaba a nawet w niektórych bez zmian, w jednym tylko wyraźna. Wskazuje to na zwiększone napięcie układu wegetatywnego, który jest tu odporny na porażające działanie atropiny. Zaznaczyć muszę, że atropina wykazywała specjalną skłonność wydawania reakcyj paradoksalnych, w jednym przypadku obrzęku wazomotorycznego nawet o groźnych objawach. Próba Loewiego przeważnie ujemna. Mydrjaza atropinowa stosunkowo krótka. Na ogół więc mamy jednak objawy ogólnej parasympatikotonji, względnie osłabienie układu sympatycznego. Podobnież a nawet silniej jeszcze za tem przemawiają ogólne objawy obserwowane u tych chorych, o których wyżej wspomniałem. Jednakowoż cechy parasympatikozy nie zawsze były równie silnie zaznaczone. Czasem niektóre obserwacje kazały się domyślać raczej ogólnej sympatikozy. Jeżeli obserwujemy jednak dokładnie, to możemy zauważyć, że stan układu wegetatywnego ulega u tych chorych specjalnie dość znacznym zmianom. Objawy parasympatikotonji silnej (zwłaszcza brak reakcji na atropinę) występuje w czasie pogorszenia się stanu choroby, gdy napady są częstsze, zmniejsza się lub znika zupełnie w czasie polepszenia. O ile w tym samym ustroju istnieje pewna równoległość między wagotonją a stanem duszności, to jeśli weźmiemy różnych osobników, to ta równoległość jest już mniej wybitna, zmiany te są mniej ściśle ze sobą związane. Nie zawsze ten chory miał się gorzej, który wykazywał większą parasympatikotonję, i na odwrót. Jeśli jednak uwzględnimy powyższe wywody o strukturze układu wegetatywnego, to sprawa ta nas dziwić nie będzie. Jeżeli się teraz spytamy, gdzie leży patologiczne przesunięcie w układzie wegetatywnym przy dychawicy oskrzelowej, to musimy odpowiedzieć, że przedewszystkiem obwodowo w urządzeniach wegetatywnych samych płuc. To powoduje, że każdy bodziec przebiegający przez układ parasympatyczny, który w całym układzie nie sprowadza daleko idących przesunięć, tutaj wywołuje reakcję egzagerowaną, gdyż płuca są patologicznie nadczułe na bodźce wegetatywne. Bo przecież nie każdy wagotonik ma napady dusznicy oskrzelowej. Z drugiej zaś strony widzimy w całym układzie wegetatywnym, jednak pewne przesunięcia i to przeważnie na korzyść układu parasympatycznego, wzgl. bardzo wybitną nierównowagę w obu tych układach, nierównowagę, która umożliwiła takie ogólne czy lokalne przesunięcie w pewnym kierunku. Muszę zaznaczyć, że ta nierówność w zachowywaniu się układu wegetatywnego zmiany zachodzące w układzie wegetatywnym w ciągu pewnego czasu, dały się wykazać także drogą prób farmakologicznych, które tutaj nie zawsze tak samo wypadały przynajmniej co do natężenia objawów.

Układ inkretoryczny.

Omawiając kwestję układu wegetatywnego nie możemy pominąć milczeniem nadzwyczaj ważnego dla organizmu układu, a mianowicie układu inkretorycznego, gdyż z jednej strony jest on jak najściślej związany z układem wegetatywnym, tak, iż tych dwóch układów traktować osobno nie można, z drugiej zaś strony wiemy, że to co nazywamy konstytucją zależy w dużej części od stosunków panujących w obu tych układach. Kwestja ta jednak nie jest jeszcze tak jasna i prosta, gdyż nie mamy jeszcze dotych-

czas niestety pewnych badań, któreby były zdolne dokładnie określić stopień funkcji danego gruczołu względnie zboczenie od tej funkcji ilościowo i jakościowo, ba, nawet problem samej funkcji poszczególnych gruczołów zawiera jeszcze tyle niejasności! Wiele światła na tę zawiłą kwestję, a przedewszystkiem na stosunek do siebie poszczególnych tych gruczołów rzuciły skrupulatne badania Sochańskiego nad typami ludzi. Badania te dają bardzo szczegółowe i skrupulatne a wnikliwe opisy cech określające pewne typy ze względu na ich stosunek do gruczołów wkrewnych, dają też pewne dane co do stosunku, jakie panują w danym układzie inkretorycznym, który gruczoł w danym przypadku zajmuje rolę pierwszorzędną i kierowniczą, jednakowoż dane te są tylko bardzo ogólne, określają tylko bardzo ogólnie pewne przesunięcia w siłach poszczególnych elementów całego układu, a nie dotyczą cech ilościowych i jakościowych.

Jeżeli zaś teraz chcemy sklasyfikować przypadki dychawicy oskrzelowej według typów somatycznych Sochańskiego, czy to obserwujemy je pod względem cech inkretologicznych, to uderza nas właśnie brak jakiejś jednolitości. Najczęściej spotykaliśmy typy tarczycowe, asteniczne, i tarczycowo-asteniczne, jednakowoż nie jest to zbyt ściśle związane z występowaniem dychawicy oskrzelowej, nieomal każda grupa z tych typów ma w statystyce dychawicy swoich przedstawicieli. Na pierwszy plan, w rozważaniach nad układem inkretorycznym wysuwa się nadczynność *tarczycy*. Wielka ilość przypadków tak pod względem somatycznym, jak przedewszystkiem psychicznym i usposobienia zdradza mniej lub więcej silnie podkreślone cechy tarczycowe, jeżeli już nie stanowi zupełnie czystego typu tarczycowego. A więc mamy tutaj tę samą pobudliwość wazomotoryczną skóry, ogólną wrażliwość tak nerwową, jak i psychiczną, pewną emotywność, szybkość ruchu i pewną nerwowość tychże. Są nawet opisywane przypadki dychawicy oskrzelowej połączone ściśle z chorobą Bazedowa, gdzie więc ta nadwyżka funkcji tarczycy przekroczyła już granice normalne. (Curschman, Widal-Abrami, Chwostek). W jednym przypadku opisanym przez Rednera leczenie choroby Basedowa usunęło i dychawicę oskrzelową. Tutaj więc związek dychawicy z tarczycą był jasny i bezwzględny. Jednakowoż nie zawsze związek ten bywa tak widoczny i tak prosty.

I na lwowskiej klinice mogłem obserwować przypadki łączności dychawicy oskrzelowej z chorobą Basedowa. Objawy duszności w jednym przypadku odpowiadały zupełnie typowej dychawicy, napad występował nagle, był bardzo gwałtowny, trwał jednak niezbyt długo, plwocina niezbyt ciągnąca, więcej pienista, przysłuchem stwierdzić było można rozległe świsty i furczenia nad całemi płucami, jak w typowym napadzie dychawicy. Objawy dychawicy rozwijały się dość współrzędnie z objawami choroby Basedowa. W drugim przypadku napady duszności, przypominające napady astmatyczne rozwinęły się dopiero w ciągu przebiegu choroby Basedowa, a co ciekawsze, że już w okresie poprawy. Napady te były krótkie, często się powtarzające, niezbyt typowe, lecz ustępowały po atropinie i efetoninie.

Na ogół jednak procentowo tak w statystyce przypadków dychawicy oskrzelowej, jak i w statystyce przypadków choroby Basedowa te połączenia zajmują jednak znikome, podrzędne miejsce, tak, że zasadniczo rzecz biorąc nawet przypadki ścisłej zależności tych schorzeń nie mogą stanowić podstawy do ogólniejszego twierdzenia, czy też teorji. Muszę tu zaznaczyć, że tarczyca, jako „multiplikator odruchów wegetatywnych" musi tu mieć pewien wpływ choć nie zawsze ten wpływ jest równie wybitny i bezpośredni. Ciekawem jest jednak, że w pewnych przypadkach dychawicy oskrzelowej podawanie doustne preparatów tarczycy poprawia stan chorego, jak to mogłem stwierdzić w jednym z naszych przypadków. Muszę podnieść, że w przypadku tym mimo dodatniego działania preparatów tarczycy na dychawicę, nie stwierdziliśmy żadnych zmian wskazujących na hipofunkcję tarczycy, ani zniżki przemiany materji, ani zmian miksoedematycznych na skórze, a raczej wprost przeciwnie pewna emotywność chorej wskazywałaby raczej na stan przeciwny. Dodatnie działanie jodu w niektórych przypadkach kazałoby się także doszukiwać pewnego wpływu tarczycy na dychawicę w tych przypadkach, gdyż jak wiemy jod działa w pierwszym rzędzie na tarczycę i przez tarczycę. Dodatnie działanie preparatów tarczycy należałoby zapewne sobie tłumaczyć sympatikomimetycznem działaniem inkretu tarczycy. Tarczyca, jakkolwiek działa na cały układ wegetatywny, to jednak działa w dużej mierze podniecająco na nadnercza i za ich pośrednictwem głównie jednak na układ współczulny *).

Drugim narządem dokrewnym, który tu zasługuje na specjalną uwagę, są *nadnercza*, choćby ze względu na fenomenalnie dodatni wpływ, jaki uzyskujemy w czasie napadu przez zastrzyk adrenaliny. Jeżeli dalej obserwujemy przypadki dychawicy oskrzelowej według podziału na typy Sochańskiego, to znowu w wielu (choć nie we wszystkich) możemy się dopatrzeć pewnych cech typu astenicznego, nawet obok cech tarczycowych. Toby mogło wskazywać na pewną hypofunkcję, coby się bardzo zgadzało ze stosunkami, jakie znajdujemy w układzie wegetatywnym: z przesunięciem na niekorzyść układu współczulnego. Hurst tłumaczy, wieczorne występowanie napadów wyczerpywaniem się słabego nadnercza przez dzień. Podobnież Storn van Leewen, a także Drummond dopatrują się przyczyny dychawicy oskrzelowej w hypofunkcji nadnercza. Według Browna anafilaksja występuje z pewną hypofunkcją nadnerczy; tem też tłumaczy on łatwość występowania stanów allergicznych. Musimy tu jednak podnieść znowu, że jakkolwiek pewnego wpływu stanu nadnerczy na dychawicę oskrzelową zaprzeczyć nie można, to jednak wpływ ten na etiologję nie może być bezwzględny i bezpośredni. Gdyż przy typowem wypadnięciu funkcji nadnerczy — przy chorobie Adisona nie spotykamy dychawicy oskrzelowej.

Nie da się tu zaprzeczyć także pewnego wpływu *gruczołów płciowych*. Znaną jest rzeczą, że u kobiet fatalnie wpływa na dychawicę czas menstruacji, zapewne nie bezpośrednio, lecz przez menstruacyjną wagotonję. W ciekawy sposób wpływa ciąża. Nieraz pogarsza tak stan ogólny, wprowadza takie silne duszności, że trzeba myśleć o przerwaniu. Czasem jednak wprost przeciwnie, zupełnie uchyla napady. Niektórzy sądzą, że mamy tu do czynienia z działaniem niebezpośrednim, lecz za pośrednictwem przysadki. Co do wpływu tych gruczołów u mężczyzn to obserwowałem bardzo ciekawy pod tym względem wypadek:

Chory J. B. lat 16, uczeń gimnazjalny, skarży się od dwóch lat na typowe napady dychawicy oskrzelowej, występujące różnie często na ogół raz na miesiąc, bez jakiejś ściśle określonej przyczyny (jak n. p. ewent. uczulenie). Chorego tego miałem sposobność obserwować stosunkowo niezbyt długi czas, jednak i przez ten czas nie mogę powziąść jakiegoś najmniejszego choćby podejrzenia na istnienie jakiegoś uczulenia, lub jakiejś innej ściśle określonej przyczyny, ze strony bodźców zewnętrznych. Jedynie wzruszenie psychiczne wywoływać mogło czasami napad. Badanie wykazało pokrótce: Chory dość wysoki, bardzo otyły, waga 85 kg., typu hypogenitalnego, gynekomastia jak u 18-letniej dziewczynki, uwłosienie na mons veneris ledwo zaznaczone, typu kobiecego, organa płciowe kompletne męskie, jednak nadzwyczaj małe, jak u 6-letniego chłopca. Psychicznie: nieco przygnębiony, mało ruchliwy, bardzo wrażliwy. Charakterystycznem jest, że napady rozpoczęły się od tego czasu, kiedy miało zacząć się pokwitanie i kiedy wystąpiła gynekomastia. Po roku otrzymałem wiadomość o tym chorym: Chory począł się rozwijać normalniej,spadł nieco na wadze, objawy dychawicy ustąpiły w znacznym stopniu.

Wpływ gruczołów płciowych istnieje prawdopodobnie przez nadnercza, gdyż jak wiemy gruczoły te znajdują się w ścisłej i stałej korrelacji między sobą (wzajemnie się podniecają).

Z napadami duczności występującemi z powodu powiększenia się *grasicy* spotykamy się niejednokrotnie, lecz zazwyczaj mamy tu tylko do czynienia z mechanicznym uciskiem na tchawicę, względnie z uciskiem na nerw błędny. Przypadek dychawicy wywołanej przez grasicę na drodze czysto inkretologicznej opisuje Wernecke (Dtsch. Zft. f. Chirurgie 1924).

O roli *przysadki mózgowej* również nie da się nic konkretniejszego powiedzieć, ponadto, że pituitryna wspomaga działanie adrenaliny, przedłuża dodatni wpływ tej ostatniej w napadzie dychawicy oskrzelowej. Działa sama również na mięśnie oskrzeli, zwalniając ich skurcz, stąd ta szczęśliwa kombinacja pituitryny z adrenaliną, używana jako astmolizyna. Niektórzy donoszą również o dodatniem działaniu naświetlań promieniami Roentgena przysadki mózgowej dawkami podniecającemi. Zresztą problem funkcji przysadki jest sam przez się tak bardzo zawiły, że stosunku przysadki do dychawicy oskrzelowej określić obecnie nie możemy, w każdym razie inkret przysadki ma raczej wpływ hamujący na dychawicę oskrzelową.

Moglibyśmy się słusznie spodziewać, że w etjologji dychawicy oskrzelowej odgrywa też bardzo ważną rolę przytarczyca, jako gruczoł mający wpływ na jonizację wapnia, tak ważny jon wegetatywny. Biedel podaje, że w eksperymentach na psach młodych, wycięcie tarczycy powodowało stan „bronchotetanji", a więc stan podobny do napadu dychawicy. Z drugiej jednak strony nie możemy zapominać, że inkret przytarczycy jest w wysokim stopniu parasympatikomimetyczny. Jaki jest wpływ przytarczycy na dychawicę oskrzelową określić obecnie trudno. Muszę podnieść ze strony klinicznej, że podawaniem preparatów przytarczycy, tak doustnem jak podskórnem, nawet przewłocznem, ani doraźnego, ani trwalszego efektu, nawet mniej znacznej popra-

---

*) Opisany jest przypadek (Widal-Abrami. Press. med. 1924. 44) połączenia dychawicy oskrzelowej z mixoedema.

wy uzyskać nie było można; zaznaczyć jednak należy, że brak efektu terapji substytucyjnej, nie dowodzi jeszcze, że dany gruczoł jest normalny.

Wracając do kwestji somatycznych cech tu spostrzeganych uderza w oczy pewna różnorodność, spotykamy nieraz wprost diametralnie różne typy. W większości przypadków wysuwały się dość znaczne cechy asteniczne, wyraz twarzy jednak i pewna wrażliwość i ruchliwość wykazywały pewną domieszkę elementu tarczycowego. Co do budowy ciała to mieliśmy przeważnie: szyja dość długa, klatka piersiowa dość płaska, zawsze nieco wdechowo ustawiona, od równocześnie rozwijającej się rozedmy, jednak dość długa, czasem nieco niesymetryczna. Granice dolne płuc znacznie obniżone. Brzuch zapadnięty, wiotki. Kościec budowy dość delikatnej, kości długie, dość cienkie. Bardzo często objawy wagotonji: objaw Grefego, pocenie się, dermografja czerwona. Tkanka tłuszczowa u chorych tego typu bardzo słabo rozwinięta. Chorzy tacy bardzo często tracą na wadze w czasie pogorszenia się stanu. Spadek na wadze jest czasem tak znaczny, że nie zawsze da się tłumaczyć brakiem apetytu. Jeden z naszych chorych, który przybył na klinikę w ciężkim stanie dusznicy, przybrał w czasie polepszenia 9 kg w ciągu 5-ciu tygodni na wadze.

W przeciwieństwie do wyżej opisanego typu spotyka się nieraz chociaż rzadziej osobniki właśnie otyłe lub z wybitną skłonnością do otyłości. Podściółka tłuszczowa rozwinięta głównie na tułowiu, mniej na kończynach. Szyja krótka, klatka piersiowa rozedmowo ustawiona, nieraz beczkowata. Granice płuc niezbyt obniżone, tak jakby płuca powiększały się głównie wszerz. Charakterystycznem jest, że otyłość owa nie jest spowodowana przez zleniwienie przemiany materji, u chorych takich obserwowaliśmy właśnie nieraz zwyżkę przemiany materji. Co ciekawe, że chorzy ci wykazują nieraz bardzo żywe usposobienie psychiczne, mowa szybka, urywana, nerwowa, choć nieraz dość energiczna, wszystko to wskazuje na pewną nadwyżkę elementu tarczycowego. W dwóch przypadkach u nas obserwowanych otyłość rozpoczęła się i rozwijała dość współmiernie z dychawicą oskrzelową, a co ciekawsze w okresach pogorszeń stanu dychawicy, chore te przybywały na wadze, czego sobie nie można było wytłumaczyć ani zmniejszeniem ruchliwości, ani większem pobieraniem pokarmów, gdyż i tu, jak zwykle, był spadek apetytu. Dodać tu muszę, iż właśnie u tych chorych obserwowałem dodatnie działanie jodu. Podobnież dodatnie działanie jodu mogłem obserwować u jednego chorego, który również wykazywał tendencję do otłuszczenia.

Między temi dwoma krańcowo różnemi typami spostrzegaliśmy szereg typów o cechach pośrednich.

Powyższe spostrzeżenia wskazują, że w etjologji dychawicy oskrzelowej nie należy dopatrywać się zboczenia w funkcji jakiegoś poszczególnego gruczołu, ale raczej pewne ogólne zaburzenie w ogólnej korrelacji gruczołów wkrewnych może tu odgrywać nawet ważną rolę.

C. d. n.

Anastazy LANDAU, Jerzy GLASS i Roman PEKIELIS. Warszawa.

Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Doniesienie III *).

Przypadek umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegający ze zmienną równowagą kwasowo - zasadową.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr A. Landau.

I.

Przypadek niniejszy jest trzecim z rzędu naszych spostrzeżeń szpitalnych nad zespołem serologicznym, występującym w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W jednem z poprzednich doniesień opisaliśmy przypadek prawie całkowitego zwężenia części podbrodawkowej dwunastnicy przez guz nowotworowy, wychodzący z głowy trzustki; drugie doniesienie dotyczyło znacznego również zwężenia odźwiernika, wywołanego przez wrzód bliznowaty przyodźwiernikowy.

W przypadku pierwszym mieliśmy do czynienia z typowym zespołem serologicznym, występującym w przebiegu całkowitego zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, cechującym się zmniejszeniem zawartości chloru w osoczu, podniesieniem poziomu mocznika, kwasu moczowego i azotu niebiałkowego we krwi, przesunięciem równowagi kwasowo - zasadowej w kierunku alkalozy niegazowej, z towarzyszącą temu tężyczką i objawami zagęszczenia krwi.

W przypadku drugim, który nie wykazywał tego zespołu, stwierdziliśmy stan kwasicy niegazowej głodowej, kojarzącej się z alkalozą gazową, wywołaną ciężką niedokrwistością wtórną.

Doniesienie obecne dotyczy umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegającego z odmiennym zespołem serologicznym.

Chory J. W. lat 63, zgłosił się do szpitala dnia 6 maja 1928 r., z powodu silnych bólów w nadbrzuszu i uporczywych wymiotów. Choroba obecna trwa od lat 11-tu.

W styczniu roku 1917 chory zaczął odczuwać bóle w nadbrzuszu. Bóle te zlokalizowane w linji środkowej ciała pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, promieniowały z jednej strony w dolną lewą część brzucha, z drugiej zaś strony do krzyża oraz do lewej połowy klatki piersiowej. Zjawiały się one zwykle w godzinę po każdem jedzeniu bez względu na ilość i jakość pokarmu, trwały przeważnie koło 30 minut, stopniowo się wzmagając, poczem samoistnie ustępowały. Bóle te były tak silne, że chory musiał przerywać pracę, siadać lub kłaść się do łóżka, zginając się w pałąk. Początkowo zjawiały się one wyłącznie po jedzeniu, z biegiem czasu jednak pojawiać się zaczęły z rana, naczczo oraz i w nocy, budząc chorego ze snu.

W krótkim czasie do bólów tych dołączyły się wymioty, zwykle kwaśne. Pojawiały się one na szczycie bólu i przynosiły choremu znaczną ulgę. Krwi w wymiocinach nie zauważył.

Bóle i wymioty stopniowo nasilały się coraz bardziej, powtarzając się 3 — 4 razy dziennie i wycieńczając znacznie chorego.

Od początku choroby stolce stale zaparte, (raz na 2 — 3 dni); na barwę ich chory uwagi nie zwracał.

Chory stopniowo zaczął się ograniczać w jedzeniu, mimo to jednak bóle i wymioty nie ustępowały.

W maju 1917 roku, przy pracy, dostał tak gwałtownego napadu bólów w nadbrzuszu, połączonego z wymiotami, że wezwane Pogotowie Ratunkowe przewiozło go do szpitala. Leżał tam wówczas koło miesiąca i pod wpływem djety oraz leczenia poprawił się znacznie.

Jednak już w cztery tygodnie po wypisaniu się ze szpitala dawne dolegliwości znów zaczęły powracać, z tą różnicą jednak, że bóle i wymioty były mniej gwałtowne ,trwały krócej i zjawiały się znacznie rzadziej, raz na 2 — 3 tygodnie. Do objawów tych chory tak się przyzwyczaił, że nie zwracał na nie większej uwagi i pracy nie przerywał.

Tak sprawa trwała przez 10 lat, przyczem bóle i wymioty o cechach wyżej opisanych, powracały co kilka tygodni, ciehnąc czasem na szereg miesięcy. Djety chory nie przestrzegał, nie leczył się zupełnie. Od czasu do czasu odczuwał zgagę i palenie; nie gorączkował; żółtaczki nie miał nigdy; osłabł i wychudł znacznie.

Od czterech tygodni dawne dolegliwości zwiększyły się znacznie. Nasilenie bólów, częstość ich występownia, gwałtowność wymiotów wzmogły się bardzo, tak że przez ostatnie dwa tygodnie napady bólów, połączone z wymiotami, zjawiały się 4 — 5 razy dziennie, nietylko po jedzeniu, jak było dotychczas, ale także z rana i w nocy. Zaparcie zwiększyło się do tego stopnia, że nieraz i cały tydzień chory nie miał stolca, o ile nie brał środków czyszczących.

Wskutek dolegliwości tych chory zgłosił się obecnie do szpitala. Od szeregu lat kaszle, przeważnie w nocy i nad ranem, odpluwając skąpą ilość żółtawej plwociny.

Od roku odczuwa co kilka dni napady duszności i bicia serca, przeważnie wieczorem podczas leżenia w łóżku. Duszność ta napadowa zmusza chorego do siadania. Pozatem chory skarży się na duszność wysiłkową, która zjawia się zwłaszcza przy wchodzeniu na schody.

Mocz dotychczas oddawał prawidłowo; od kilku tygodni ostatnich chory zauważył, że więcej moczu oddaje w ciągu nocy niż w ciągu dnia.

Przed obecną chorobą był naogół zdrów. Do chorób wenerycznych się nie przyznaje. Pije i pali dużo. Żonaty, ma 10-ro dzieci; rodzina zdrowa.

S t a n o b e c n y: (dnia 7-go maja 1928 r.)

Wzrost średni. Waga 46 kilo. Budowa naogół prawidłowa. Odżywienie liche. Skóra sucha, blada. Twarz szara z odcieniem siniczym. Obrzęków na stopach i krzyżu niema. Stan bezgorączkowy. Źrenice — równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują dobrze. Gruczoły chłonne — niepowiększone.

J a m a u s t n a: wargi sine; język wilgotny, obłożony żółtawym nalotem; błona śluzowa gardła nastrzyknięta.

Tarczyca — niemacalna.

---

*) Patrz doniesienie I-e, Pol. Gaz. Lek. Nr. 15, 1928 i doniesienie II-e, Pol. Gaz. Lek. Nr. 35, 1928.

Klatka piersiowa: dość długa, miernie szeroka, powiększona w wymiarze przednio-tylnym, o kącie międzyżebrowym prostym, dołkach nad- i podobojczykowych zaznaczonych. Oddechów — 24 na minutę. Typ oddychania przeważnie piersiowy, z udziałem pomocniczych mięśni szyi. Obie połowy klatki piersiowej poruszają się przy oddychaniu jednakowo z obu stron.

Płuca: — z tyłu: górne granice — 7-my krąg szyjny, dolne 11-te międzyżebrze z obu stron, zupełnie nieruchome. Wypuk na całej przestrzeni nadmiernie jawny. Drżenie głosowe jednakowe z obu stron. Oddech pęcherzykowy, na całej przestrzeni osłabiony, zwłaszcza u dołu. U podstawy płuc przy wdechu wysłuchują się nieliczne wilgotne rzężenia drobnobańkowe.

— z przodu: granice górne — 2 palce nad obojczykiem; granice dolne — po stronie prawej, w linji sutkowej: 6-te międzyżebrze, w linji środkowej pachowej: 8-me międzyżebrze, bardzo słabo ruchome. Wypuk nadmiernie jawny na całej przestrzeni. Drżenie głosowe jednakowe z obu stron. Oddech pęcherzykowy, w dole osłabiony. Nieliczne rozsiane świsty.

Tętno — 72, miarowe, średnio napięte, słabo wypełnione. Ciśnienie krwi — (R. R.) — 135/75 mm rtęci. Ciśnienie tętna — 60 mm rtęci.

Serce: — Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, niemacalne. Granice i wymiary serca prawidłowe. Tony na koniuszku czyste, ciche. Tony u podstawy ledwie słyszalne. Nad tętnicami szyjnemi 2 tony ciche, 2-gi mocniejszy.

Jama brzuszna: — Brzuch niżej poziomu klatki piersiowej; dołek podsercowy zapadnięty. Linja, poprzeczna pępkowa dzieli brzuch niezbyt ostro na dwie części, górną — zapadniętą, dolną — zlekka uwypukloną. Ruchów robaczkowych żołądka nie widać. W dole brzucha zaznaczona siatka żylna. Powłoki brzuszne naogół nienapięte, z wyjątkiem górnego prawego kwadratu brzusznego, gdzie wyczuwa się pewne napięcie powłok. Oporów nie wymacuje się. W nadbrzuszu żywa bolesność, zwłaszcza w linji środkowej ciała. Dolna granica żołądka wypukuje się w położeniu leżącem na 1 palec, w położeniu stojącem — na 3 palce poniżej pępka.

Wątroba — wskutek napinania powłok brzusznych przez chorego nie można jej wymacać; dolny jej brzeg wypukuje się na 2 palce poniżej prawego łuku żebrowego.

Śledziona — niemacalna, górny jej brzeg wypukuje się od 8-go żebra.

Wstrząs nerkowy — obustronnie niebolesny.

Odruchy — (kolanowe, Achillesowe, brzuszne) — zachowane.

Czucie powierzchowne i głębokie — zachowane.

Mocz: — C. wł. 1022, odczyn na lakmus obojętny, żadnych składników patologicznych się nie stwierdza.

Zgłębnikowanie żołądka: Naczczo wydobyto 30 cm³ treści, barwy pomarańczy, (uprzedniego wieczoru chory jadł pomarańcze). Stosunek części płynnej do stałej jak 4 : 1; HCl — 30; Ogólna kwasota — 40. Kwas mleczny — nieobecny.

Próby na krew: — (pyramidonowa, gwajakowa) — dodatnie. Pod mikroskopem: — liczne włókna roślinne, pojedyńcze ziarna skrobi, kulki tłuszczów obojętnych.

W godzinę po próbnem śniadaniu (Boas - Ewalda) — wydobyto 70 cm³ zawartości dobrze strawionej, barwy żółtawej. Stosunek części stałej do płynnej jak 3 : 1; HCl — 50; Ogólna kwasota — 70. Próby na krew — dodatnie.

Badanie seryjowe żołądka po śniadaniu kofeinowem Katscha (0,2 g coffeini puri: 300 ccm ciepłej wody):

	Ilość ccm	HCl	Og. kwas.
Naczczo wydobyto	40	32	40
w ½ godz. wydobyto	40	15	25
w 1 godz. wydobyto	30	21	35
w 1½ godz. wydobyto	4	8	18
w 2 godz. wydobyto	6	6	20
w 2½ godz. wydobyto	15	45	63

Badanie kału: barwa ciemno - żółta, spoistość papkowata, odczyn obojętny. Makroskopowo krwi, ropy ani śluzu się nie stwierdza. Próby na krew utajoną — ujemne. Próby na jaja pasożytów — ujemne. Próba Schmidta — dodatnia. Pod mikroskopem detryt drobno - ziarnisty, włókna roślinne, nieliczne kulki tłuszczów obojętnych.

Odczyny Wassermanna i Sachs-Georgiego — ujemne.

Badanie rentgenologiczne narządów klatki piersiowej: Powietrzność miąższu płucnego wzmożona. Przepona ustawiona nisko z obu stron. Ruchy przepony słabe. Wymiary serca nie powiększone.

Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego (Dr. Werkenthin): Naczczo żołądek zawiera nieco płynu. Po wypełnieniu krzywizna duża sięga na 3 palce ponad spojeniem łonowem. Kształt litery J; zarysy krzywizny dużej regularne. Na krzywiźnie małej, na jej części dystalnej, widoczna jest nieregularna wypustka cieniowa, utrzymująca się przez cały czas badania. Część przedodźwiernikowa jest rozszerzona; po dużej krzywiźnie początkowo przebiegają duże fale perystaltyczne, później zupełny brak ruchów robaczkowych. Przechodzenie treści przez odźwiernik jest dość obfite. Masa kontrastowa przedostaje się do opuszki dwunastnicy, która jest znacznie rozszerzona, ma kształt nieprawidłowy, na małej swej krzywiźnie posiada wcięcie, w dolnej swej części zaś jest workowato rozszerzona. W opuszce widoczne są gwałtowne ruchy robaczkowe, przebiegające po jej dolnej rozszerzonej części, (po dużej krzywiźnie).

Po pewnym czasie masa przedostaje się do dalszych części dwunastnicy, które są również rozszerzone i gdzie zawartość długo zalega; od czasu do czasu silny ruch antyperystaltyczny w II-ej i III-ciej części dwunastnicy. Obmacywaniem stwierdza się bolesność w okolicy opuszki i małej krzywizny żołądka.

W 3 godziny — w żołądku zalega ½ zawartości, dolna część opuszki wypełniona. W 10 godzin — w żołądku ⅓ zawartości, dolna część opuszki wypełniona w kształcie miseczki.

W 24 godziny — w żołądku i w dwunastnicy zaległość jak w 10 godzin. Po 7-miu dniach — żołądek naczczo zawiera jeszcze minimalną kępkę masy kontrastowej. W opuszce dwunastnicy kępka masy kontrastowej wielkości bobu.

* * *

Wynik badania rentgenologicznego, świadczący o znacznem rozszerzeniu opuszki dwunastnicy, połączonem z jej hyperperystaltyką i zaleganiem w niej 7-dniowem masy kontrastowej, przemawiał dobitnie za zwężeniem dwunastnicy tuż poniżej jej opuszki. Ze względu na dobre przechodzenie papki przez odźwiernik, rozszerzenie części przedodźwiernikowej i zaleganie masy w żołądku musieliśmy odnieść do tegoż zwężenia. Wobec tego zaś, że i II-ga i III-cia część dwunastnicy też była rozszerzona, a masa zatrzymywała się w nich długo, prawdopodobnem było, że przeszkoda mniejsza istniała także i w III-ciej części dwunasnicy, być może w okolicy zagięcia dwunastniczo - czczego.

Tak więc w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z organicznem zwężeniem dwunastnicy, które ujawniło się makro- i mikroretencją, swierdzoną zapomocą zgłębnikowania żołądka i rentgenografji, a którego wyrazem klinicznym były uporczywe wymioty i znaczne wychudzenie chorego.

O ile sądzić można było z 11-letniego trwania choroby, charakterysycznych wywiadów, danych otrzymanych przy pomocy zgłębnikowania żołądka — najprawdopodobniejszem było przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia z bliznowatem zwężeniem dwunastnicy, spowodowanem przez stary wrzód trawienny. Wreszcie i przebieg krzywej, otrzymanej przy badaniu serjowem żołądka po śniadaniu kofeinowem Katscha, zgadzał się w zupełności z naszem rozpoznaniem, wykazując, po za późnem narastaniem cyfr kwasoty, tak typowem dla zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy, także i t. zw. „climbing type" Rehfussa, charakterystyczny dla wrzodu dwunastnicy.

Badanie rentgenologiczne, oprócz zmian w dwunastnicy, stwierdziło jeszcze obecność wypustki cieniowej na małej krzywiźnie żołądka wraz z jej żywą bolesnością; — nie można było przeto wyłączyć istnienia dodatkowego wrzodu event. zmian bliznowatych na małej krzywiźnie żołądka.

Poza sprawą w przewodzie pokarmowym, chory nasz wykazywał podczas badania fizykalnego i rentgenologicznego daleko posunięty stopień rozedmy płuc oraz zwyrodnienia mięśnia sercowego, którego objawami klinicznemi były nocne napady duszności, „nycturia", wybitnie głuche tony serca i t. d. Ostatecznie rozpoznanie kliniczne w naszym przypadku było następujące: *„Ulcus callosum duodeni ad partem superiorem horizontalem. (Ulcus callosum ad curvaturam minorem ventriculi?). Emphysema pulmonum essentiale. Myodegeneratio musculi cordis"*.

II.

Stwierdziwszy umiarkowane zwężenie dwunastnicy, w tym przypadku, jak i dwu poprzednich, przeprowadziliśmy odpowiednie badania, poszukując zespołu serologicznego, który występuje w przebiegu całkowitego zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, a na który składają sie trzy zasadnicze objawy: 1) — zmniejszenie zawartości chloru w osoczu, 2) — zwiększenie poziomu mocznika względnie azotu niebiałkowego we krwi, i 3) przesunięcie równowagi kwasowo - zasadowej w kierunku alkalozy niegazowej.

Zespół ten oraz jego przyczyny omówiliśmy dokładnie w I-em doniesieniu. Do zespołu tego dołączyć się mogą objawy zagęszczenia krwi (jak wzmożenie zawartości białka w osoczu, poliglobulja, polichromemja i t. d.), oraz cechy wzmożonej pobudliwości mięśniowej, jak objaw Chwostka, objaw idjo-muskularny, aż do zupełnie rozwiniętego obrazu tężyczki.

Badania w kierunku tym przeprowadziliśmy u naszego chorego, po ustaleniu rozpoznania, w 10 dni po przybyciu chorego na oddział, a w tydzień po ustąpieniu uporczywych wymiotów.

Dane otrzymane wówczas (dnia 17-go maja 1928 r.) były następujące:

Zasób zasad w osoczu (obliczony met. Van Slyke'a) — 70 cm³ CO_2%.

Zawartość chloru w osoczu: 3,26 g na litr.

Zawartość mocznika w osoczu: 0,45 g na litr.

Zawartość białka w osoczu (refrakt.): 7,1 g %.

Badanie morfologiczne krwi: Czerw. ciałek 4,200.000 w 1 mm³; hemoglobiny 80%, Sahli = 100%; index hemoglob. 0,95. Białych ciałek 11.600 w 1 mm³. Wzór leukocytowy: neutr. segm. 46%, neutr. pałeczk. 4%, limfocytów 36%, monoc. i przejść. 7%, eozynofil. 7%. W preparatach barwionych: żadnych postaci patologicznych ciałek białych i czerwonych nie wykryto.

Objaw idjomuskularny — zaznaczony.

Objaw Chwostka — nieobecny.

Wyniki badania tego omówimy poniżej.

Pod wpływem leczenia (djety ścisłej, mlecznej, przepłukiwań żołądka roztworem azotanu srebrowego 1‰ — 300 cm³, powtarzanych co drugi dzień, obfitego podawania zasad i azotanu srebrowego do wewnątrz, zastrzykiwań kakodylu i t. d.) — stan chorego w krótkim czasie poprawił się znacznie. Wymioty, które trwały jeszcze przez pierwsze 3 dni pobytu w szpitalu, po upływie tego czasu ustąpiły zupełnie, nie powtarzały się już więcej; bóle samoistne w nadbrzuszu osłabły znacznie, bolesność uciskowa zginęła zupełnie; chory przybrał przeszło 2 kilo na wadze, i twierdząc, że jest zupełnie zdolny do pracy, został na własne żądanie dnia 5 czerwca 1928 r. wypisany z oddziału.

W przeddzień wypisania, poraz drugi powtórzyliśmy dokładne badanie zespołu serologicznego, chcąc się przekonać, czy ulega on zmianie, wraz z poprawą stanu chorobowego.

Dane, któreśmy otrzymali dnia 4. VI. 1928 r., były następujące:

Powietrze pęcherzykowe (zbadane przy pomocy eudiometru Lalaunné: — 4.2 obj. CO_2%, co odpowiada prężności CO_2=30 mm rtęci.

Zasób zasad w osoczu (obliczony met. V. Slyke'a dwukrotnie) — 46.2 cm³ CO_2%.

Zawartość mocznika w osoczu: — 0.39 g na litr.

Zawartość azotu niebiałkowego w osoczu: — 0.21 g na litr.

Zawartość białka w osoczu (refrakt.): — 7.65 g%.

Swierdziwszy niski poziom rezerwy alkalicznej oraz obniżenie prężości CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, w celu uzupełnienia danych tych przeprowadziliśmy jeszcze dodatkowe badanie moczu:

Mocz:

Ph. — 7.4, (obliczone met. kolorymetryczną).

Kwasota ogólna — (t. zw. „acidité titrable apparente") — 85 cm³ $^1/_{10}$ N kwasu, na dobę.

Ilość amonjaku wydalonego na dobę — 0.18 g.

Ilość azotu niebiałkowego wydalonego na dobę — 9.06 g.

Wskaźnik amonjakalny — 2%.

* * *

Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, że mieliśmy tu możność stwierdzenia wyraźnej zależności między obrazem serologicznym a zmianami, zachodzącemi w przebiegu klinicznym.

Gdyśmy po raz pierwszy szukali zespołu serologicznego, który występuje zwykle w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, chory znajdywał się bezpośrednio po długim okresie uporczywych wymiotów.

Liczby, któreśmy wówczas otrzymali — (rezerwa alkaliczna — 70 cm.³ CO_2%, poziom mocznika w osoczu — 0.45 g na litr, zawartość chloru w osoczu — 3.26 g na litr) — wskazywały, że zespół ten nie był tu jaskrawo zaznaczony. Zasób zasad w osoczu i poziom mocznika we krwi zaledwie nieznacznie przekraczały górną granicę normy, a obniżenie zawartości chloru w osoczu było również miernego stopnia. A jeżeli dodamy do tego, że nie stwierdziliśmy tu cech zagęszczenia krwi, (ilość białka w osoczu wynosiła 7.1 g%, czerwonych ciałek — 4200000 w 1 mm³, a hemoglobiny — 80% Sahli = 100%), to mogliśmy przypuszczać pierwotnie, że mieliśmy do czynienia za pierwszem badaniem bądź z postacią poronną, „forme fruste", zespołu charakterystycznego dla znacznego zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, bądź też, że zespół ten znajdywał się już w okresie wygasania, co było prawdopodobniejsze ze względu na to, że badanie to przeprowadzone było w tydzień dopiero po ustaniu wymiotów.

Dopiero badanie ponowne, przeprowadzone w trzy tygodnie przeszło po ustaniu wymiotów, bezpośrednio przed wypisaniem chorego ze szpitala, — rzuciło nieco światła na wyniki badania pierwszego.

Dane, któreśmy za drugim razem otrzymali, jak opadnięcie prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowem do 30 mm rtęci, opadnięcie rezerwy alkalicznej do 46.2 obj. CO_2%, wysokie Ph. i mała kwasota ogólna moczu, nieznaczna wydajność dobowa amonjaku wraz z niskim bardzo wskaźnikiem amonjakalnym — wszystkie te dane dowodziły, że chory znajdywał się niewątpliwie w stanie alkalozy gazowej.

Stan ten objawiał się się zresztą klinicznie, tak charakterystyczną dla tej postaci zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, szarą sinicą twarzy, t. zw. przez autorów francuskich barwą „gris plomb clair", oraz znaczną hiperwentylacją płucną, (24 oddechy na minutę).

Znając liczby zasobu zasad w osoczu oraz prędkości CO_2 w powietrzu pęcherzykowem i odczytując z wykresów Petersa i Barra odczyn aktualny krwi, stwierdzić musieliśmy, że Ph. krwi wyższe było w naszym przypadku niż 7.4, a więc mieliśmy tu do czynienia ze stanem alkalozy gazowej nieskompensowanej.

Zarówno alkaloza gazowa jak i kwasica gazowa wystąpić mogą wskutek zaburzeń w oddychaniu i krążeniu (Dautreband). Chory nasz, oprócz sprawy chorobowej w przewodzie pokarmowym, wykazywał daleko posunięty stopień rozedmy płucnej oraz zwyrodnienia mięśnia sercowego i w tych schorzeniach właśnie tkwiła przyczyna zaburzonej równowagi kwasowo-zasadowej, która wyszła na jaw dopiero podczas drugiego badania.

Wobec istnienia zaburzeń ze strony oddychania i krążenia zaraz po przybyciu chorego na oddział, niepodobna przypuszczać, żeby stan alkalozy gazowej nieskompensowanej miał się wytworzyć dopiero pod koniec pobytu szpitalnego. To też przyjąć musimy, że istniała ona już przedtem, lecz znajdywała się w stanie utajenia.

Czemu przypisać należy ten stan utajenia, i co spowodowało zmianę w zasobie zasad podczas pierwszego i drugiego ich oznaczenia?

Gdy podczas pierwszego badania rezerwa alkaliczna wynosiła 70 cm³ CO_2%, chory znajdywał się po długim okresie uporczywych wymiotów. Po upływie trzech tygodni, w czasie których nie wymiotował on ani razu, zasób zasad opadł do 46.2 cm³ CO_2%.

Powód tego jest jasny.

Mieliśmy tu widocznie za pierwszym razem do czynienia z przemijającym stanem alkalozy niegazowej, zależnym, jak i w przypadku podanym w I-em doniesieniu, od uporczywych wymiotów.

Przyczyna, z powodu której stan ten nie mógł się jaskrawo zaznaczyć, była następująca:

Chory nasz, jak to wzmiankowaliśmy poprzednio, musiał już wówczas znajdować się w stanie alkalozy gazowej; zaburzenia w oddychaniu i krążeniu, powodując drogą hiperwentylacji płucnej znaczną utratę dwutlenku węgla, pociągnęły za sobą, jak to wynika z ogólnych prawideł fizjo-patologicznych, wyrównawcze zmniejszenie zasobu zasad w osoczu.

Wskutek tego nawarstwienie alkalozy niegazowej, zależnej od utraty walorów kwasowych w wymiocinach, nie mogło już sprowadzić tak znacznego podniesienia poziomu zasad, jak to ma zwykle miejsce w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Tak więc zasób zasad podczas pierwszego badania tylko nieznacznie przewyższał liczbę przeciętną dla osobnika zdrowego, to jednak przyjąć musimy, że dla naszego chorego było to już znacznem wzniesieniem; dopiero w zestawieniu z badaniem powtórnem, które przeprowadzono w okresie znacznej poprawy objawów żołądkowych, liczba zasobu zasad, otrzymana za pierwszem badaniem, zyskuje na znaczeniu, a rozpiętość liczb 70.0 cm³ CO_2% i 46.2 cm³ CO_2% — jest miarą rzeczywistego zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Tak więc zwiększenie zasobu zasad, będące nieodłączną składową zespołu serologicznego, pojawiającego się w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, było tu do pewnego stopnia przysłonięte przez trwały stan alkalozy gazowej, zależnej od zaburzeń w oddychaniu i krążeniu.

W miarę poprawy obrazu żołądkowo-dwunastniczego, po przeminięciu burzliwego okresu wymiotów, zespół ten ustąpił, czego

dowodem było zmniejszenie się rezerwy alkalicznej oraz opadnięcie poziomu mocznika w osoczu z 0.45 g na 0.30 g na litr.

Jeszcze jedno zjawisko zastanawia w naszym przypadku.

Poziom chloru w osoczu, który za pierwszem badaniem wynosił 3.26 g na litr, po przeminięciu okresu wymiotów, zamiast powrócić do wartości normalnych, jak to się stało z poziomem mocznika, — obniżył się jeszcze bardziej, dochodząc do wartości 3.09 g na litr.

Jeżeli wziąć pod uwagę, jak małym wahaniom ulega w warunkach fizjologicznych poziom chloru w osoczu, (wg. naszych spostrzeżeń poziom chloru w osoczu wynosi 3.40—3.60 g na litr), uznać musimy, że mieliśmy tu do czynienia z dość już znacznym stopniem hipochloremji. Jaka jest tego przyczyna? Chory nasz przez cały czas pobytu w szpitalu był dość silnie alkalizowany, otrzymując od 8 do 10 g alkalji na dobę. W myśl doświadczeń Gambla, Rossa i Tisdala, którzy stwierdzili wędrówkę chloru z osocza do tkanek, przy nadmiernem podawaniu zasad — należało o tej przyczynie myśleć. Przypadki podobne opisuje Ellis.

Jeśli stanąć na tem stanowisku, to przypuszczać także można było, że wędrówka chloru do tkanek, w myśl teorji Ambarda, Schmidta i Arnovlevitcha mogła by się przyczynić do wzmożenia stanu alkalozy gazowej niewyrównanej w naszym przypadku. Według autorów tych bowiem, jon chlorowy, przechodząc z osocza do tkanek, prowadzi do pobudzenia ośrodka oddechowego i tą drogą wywołuje hiperwentylację płucną, co pociąga za sobą wzmożone wydalanie dwutlenku węgla; stan ten wyrównuje się dopiero zmniejszeniem zasobu zasad w osoczu, drogą wydalania ich z moczem.

Tak więc w przypadku naszym mieliśmy na początku do czynienia z ciekawem kojarzeniem się dwu stanów: alkalozy gazowej niewyrównanej, uwarunkowanej zaburzeniami w oddychaniu i krążeniu, i alkalozy niegazowej, zależnej od utraty walorów kwasowych w wymiocinach, wskutek zwężenia dwunastnicy. Po przeminięciu wymiotów, zespół serologiczny, cechujący się stanem alkalozy niegazowej i podniesieniem poziomu mocznika w osoczu ustąpił, a pozostał stan czystej alkalozy gazowej nieskompensowanej, zależnej od zaburzeń w oddychaniu i krążeniu.

Jest to drugie nasze spostrzeżenie, świadczące o możliwości łączenia się dwu stanów zaburzonej równowagi kwasowo-zasadowej, wskutek dwu odmiennych procesów w dwu różnych narządach.

Podobnie jak w przypadku, opisanym w II-iem doniesieniu przez A. Landaua i J. Glassa spostrzegaliśmy łączenie się kwasicy głodowej, zależnej od zwężenia odźwiernika, z alkalozą gazową, wywołaną przez ciężką niedokrwistość wtórną, tak obecnie mieliśmy możność spostrzegania przemijającego kojarzenia się alkalozy gazowej, zależnej od rozedmy i zaburzeń w krążeniu, ze stanem alkalozy niegazowej, występującej w przebiegu zwężenia dwunastnicy.

Spostrzeżenie to zasługuje na uwagę z tego względu, że mogło ono być dokładnie odcyfrowane dopiero przez dwa badania, przeprowadzone w różnych okresach czasu, które pozwoliły po za trwałym stanem alkalozy gazowej, rozpoznać utajony jakby i przemijający stan alkalozy niegazowej, zależnej od umiarkowanego zwężenia dwunastnicy.

Piśmiennictwo.

1) J. K. Parnas: O kwasicy, P. Arch. Med. Wewn., t. V, zesz. III, 1927. — 2) M. Labbé et F. Nepveux: Acidose et alcalose, Masson 1928. — 3) Ambard, Schmidt et Arnovlevitsch: Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 3 févr. 1927. — 4) Katsch: Magensekretion, Hand. d. inn. Medizin, Bergmann u. Stachelin, t. III, cz. I. — 5) A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis: P. Gaz. Lek., Nr. 15, 1928. — 6) Ci sami: Arch. d. malad. de l'App. Dig. et de la Nutr., 1 et 4, 1928. — 7) A. Landau i J. Glass: P. Gaz. Lek., Nr. 35, 1928.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Psychotechnika i poradnictwo zawodowa a medycyna.

W pracy swojej pt „Psychotechnika w tramwajnictwie" (Przegląd elektrotechniczny 1928 Nr. 10) zwróciłem uwagę, że równolegle z powstaniem i rozwojem psychotechniki tj nauki o badaniu zdolności i kwaliwikacyi zawodowych oraz poradnicewa zawodowego, wywiązały się rozmaite poglądy w kwestji, czy psychotechnika ma pozostać samodzielną wobec czystej medycyny, czy lekarz czy psycholog ma uprawiać psychotechnike, czy też ona jest rzeczą inżyniera, względnie technika. Obecnie więcej zajmują się tym działem psychologowie i technicy. W rozmaitych laboratorjach i poradniach zawodowych niemieckich pracują przeważnie psychologowie i inżynierowie, wykształceni psychotechnicznie, gdzieindziej — pedagodzy. Przeciwnicy wyłącznego poruczania psychotechniki lekarzom opierają się głównie na rozwoju psychotechniki i podkreślają, że lekarz nie może budować wytycznych w przemyśle, handlu lub rolnictwie,że do zakresu lekarskiego nie należy np. psychologiczna ocena zdolności do tresury psów policyjnych, psychotechnika reklamy, psychologja zeznania w sądzie, psychotechnika biegłości gospodarczej. Podnoszą oni, że nowoczesna psychjatrja wstąpiła na drogę olbrzymiego postępu dzięki psychologji i wskazują na przewrót, jaki psychoanaliza i indywidualna psychologja wywołały w psychjatrji i w neurologji. Natomiast lekarze w sporze tym podnoszą, że związek między fizjologją a psychotechniką jest bardzo ścisły, że psychotechnika jest zastosowaniem badań psycho-fizjologicznych do potrzeb życia codziennego, podobnem do medycyny sądowej, w której badania lekarskie zastosowane są do potrzeb i celów sądowych i prawniczych. Wiele praktycznie stosowanych zagadnień opiera się bezpośrednio na fizjologji. Np. całe zagadnienie zmęczenia nie da się traktować bez fizjologji. Nauka o pamięci również oparta jest o fizjologję. Liczne badania np. terenu zmysłów, wzroku i słuchu, akomodacji wzroku, kurzej ślepoty, ślepoty na barwy i badania zmysłu statycznego, są ściśle związane z fizjologją. W niektórych badaniach psychotechnicznych strona fizjologiczna jest dopiero zapoczątkowana. Tak np. objawy fizjologiczne, towarzyszące wzruszeniom, badania tętna, oddechu, odruchu psychogalwanicznego, parcia krwi, stanu krwi i jej przesunięcia względnie rozpołożenia, są jeszcze niedostatecznie zbadane. Anatomja pomocna jest psychotechnice tam, gdzie chodzi o badanie ruchów, badanie kroku ludzkiego albo przy psychtechnicznem określaniu sztucznych członków i protez. Nowoczesne badania nad konstytucją ludzką wykazują ścisłą korelację między procesami wydzielniczymi, budową ciała i charakterem człowieka. Lekarze też podnoszą żądanie, aby psychotechnika była zadaniem lekarzy, psychologicznie i psychjatrycznie wyszkolonych, nie tylko dlatego, że zagadnienie zdolności psychicznych jest ściśle spleciona ze stanem somatycznym, lecz i dlatego, że pozornie psychiczne braki są często tylko wyrazem przejściowych zaburzeń cielesnych lub psychicznych, że poza poszczególnymi objawami lekarz uwzględnia cały organizm, a poza pojedynczą właściwością i chwilową sytuacją patrzy na całą osobę.

Walka między fachowymi psychologami a lekarzami przy badaniach wojennych dla celów psychotechnicznych wojskowych w Ameryce została usunięta przez wprowadzenie podczas wojny komisyj mieszanych, składających się z lekarzy i psychologów.

Jeżeli natomiast uwzględnimy wpływ socjalnego środowiska na osobnika, to ponieważ wiele czynników, wchodzących w grę, leży poza zakresem medycyny, przeto uwidacznia się tu konieczne współdziałanie różnych działów, bo i medycyna z psychologją muszą tu współdziałać dla uzyskania korzystnych wyników badań psychotechnicznych. Dlatego też wśród rozbieżnych powyższych poglądów zaznaczać się zaczyna opinja (inż. Tor—Kraków), że pod nazwą „psychotechnika" wyłania i zapoczątkowuje się zupełnie nowy i odrębny zawód intelektualny. Do zawodu tego — jak się zdaje — przygotowawczo trzeba będzie studjować anatomję, fizjologję, biologję, bijochemję, higjenę, fizykę i mechanikę, logikę, psychologję i pedagogję, znajomość i istotę różnych zawodów, statystykę, ekonomję polityczną i socjologję a ponadto naukowe podstawy organizacji, historję i ustawodawstwo pracy.

Już dawno fizjologja, higjena a zwłaszcza higjena szkolna, higjena pracy zawodowej oraz przemysłowa zajmowała się tym przedmiotem, atoli dziedziny te obecnie pod dyktatem życia praktycznego rozwinęły się i wyspecjalizowały silnie w kierunku społecznie celowym jako psychotechnika i poradnictwo zawodowe. Wskutek tego bez względu na to jaki pogląd zwycięży i w jakim kierunku sprawy podążać będą, tj. czy psychotechnika wyodrębni się jako całkiem osobna dziedzina, czy też nie, wpływ tej dziedziny na medycynę jest niewątpliwy i ogromny a udział medycyny i lekarzy w tej dziedzinie bez przesady rzec można bezwzględnie konieczny i decydujący. Dziś już literatura lekarska obejmuje obszerne i zbiorowe lekarskie podręczniki poradnictwa zawodowego, opracowane przez pierwszorzędnych specjalistów prawie wszystkich działów jak: internistów, okulistów, pedjatrów, psychjatrów i neurologów, chirurgów, oto-iaryngologów ginekologów i dermatologów. Ponadto niektóre fakultety jak np. wiedeński mają osobne katedry medycyny społecznej, zajmujące się poradnictwem zawodowem. Lekarska strona poradni zawodowych spoczywać musi w obecnej chwili poza specjalistami psychotechnikami po części na barkach lekarzy szkolnych. W Niemczech Alexander propaguje nawet myśl zakładania specjalnych klinik

szkolnych, w którychby przedmiotem badania były wszystkie sprawy lekarskie, związane z jednej strony ze szkołą, nauką i rozwojem cielesnym dzieci a z drugiej z poradnią zawodową, a w Austrji podjęto myśl przekształcenia wojennych zakładów opieki nad inwalidami wojskowymi na specjalne poradnie i opieki dla ułomnych dzieci. Odrębne nieco zadanie mają lekarze pewnych działów, jak kolejowi, tramwajowi, wojskowi, lekarze marynarki, lotnictwa i t. p., którzy mają pewien ustalony dział przed sobą i muszą badać tylko, czy dany kandydat posiada cechy potrzebne do pracy w danym poszczególnym dziale. Atoli badania takie dzięki nowoczesnemu rozwojowi psychotechniki muszą być znacznie rozszerzone. W każdym razie przy wyborze każdego bez wyjątku zawodu dziś już bezwarunkowo poprzedzać powinno szczegółowe badanie lekarsko - psychtechniczne każdego kandydata.

Kierunek psychotechniczny wywarł wpływ na medycynę, zwracając uwagę na cały szereg zjawisk fizjologicznych, odgrywających rolę w codziennej pracy zawodowej, oraz rozszerzając i pogłębiając dotychczasowe badania w tym kierunku. A zatem rozszerzyły się badania nad inteligencją, pamięcią, uwagą, szybkością spostrzegania, fantazją, energją, wytrwałością w pracy, nad lokalizacją słyszanych dźwięków, nad działaniem ciemności i oślepienia na akomodację i bystrość spostrzegania, nad orjentacją i t. p. Dalej badania nad pewnością i zręcznością ruchów kończyn, subtelnością dotyku, szybkością chwytu, nad drżeniem rąk, jako czynnikiem przeszkadzającym w pracy, nad lękliwością, oraz spsobami reagowania na najrozmaitsze bodźce. Zwłaszcza wiadomości o reakcjach i odruchach uległy znacznemu rozszerzeniu. Podczas gdy dotychczas przy badaniach reakcyj zwracano uwagę głównie na moment czasowy, to obecnie zaczęto też zwracać uwagę na moment dynamiczny reakcji t. j. na siłę i intenzywność, jaką żywy osobnik odpowiada na bodźce zewnętrzne oraz na moment motoryczny, który charakteryzuje postać dokonanego ruchu t. j. wielkość drogi odbytej przez dany narząd, szybkość i czas ruchu tego narządu. Ponadto zaczęły się równolegle liczne prace lekarskie nad racjonalnem wyzyskaniem siły ludzkiej przy pracy zawodowej. Wprawdzie bowiem człowiek tem się różni od maszyny, że się męczy, ale posiada on natomiast zdolność z samego siebie uzupełniać zużytą siłę, jest zdolny przez ćwiczenie i celowe ruchy potęgować wydatność swej pracy i jest zdolny do pracy twórczej. Powstał cały szereg badań nad zmęczeniem, nad ruchami przy pracy, nad wpływem psychicznym interesu albo zainteresowania pracującego na wydatność pracy. Zwrócono bowiem uwagę na doniosłość zainteresowania pracującego na wykonywaną przez tegoż pracę i stwierdzono, ze stanowiska psycho - fizjologicznego że niezadowolenie jest czynnikiem bardzo silnie obniżającym wydatność pracy. Zajęto się dokładnie stosunkiem między odżywianiem a wydatnością pracy. Np. badania angielskich lekarzy stwierdziły, że wydajność robotnika, rozpoczynającego pracę bez posiłku rannego spada o 13%, a nadto podlega on łatwiej chorobom zakaźnym. Dalej rozszerzyły się badania nad sposobami zelżenia i poprawienia warunków pracy. Zaczęto dążyć do zasady, aby maximum świadczonej pracy opierało się także na maximum ochrony pracy i nad usunięciem warunków, któreby uszkadzały osobę pracownika. Ponieważ idący z Ameryki system t. zw. tayloryzmu, przez dążenie do spotęgowania produktywności pracy wprowadził stałe wykonywanie monotonnych, uproszczonych i drobnostkwych czynności, przeto ze strony lekarskiej powstały dążenia do stworzenia antidotów, — aby przez to nie nastąpiło zubożenie i upadek osobowości pracującego.

Rozrost badań psychotechnicznych idzie w szybkim tempie i już teraz zaczynają się zaznaczać 2 kierunki działania. Jeden to kierunek badań praktyczno - organizacyjnych, a drugi kierunek ściślych badań naukowych. T e l e k y podnosi z naciskiem, że najlepszem przygotowaniem dla lekarskiego poradnictwa zawodowego nie jest studjum statystyki lekarskiej ani sprawozdań kas chorych, lecz odwiedzanie warstatów i fabryk dla zapoznania się z warunkami zawodu, z warunkami szkolenia w zawodzie i z warunkami życia jakie stwarza praca z jednej strony a wynagrodzenie za nią z drugiej strony. B e n a r y i K l u t k e w Niemczech a S p i e l r e i n w Rosji poszli w metodyce badań praktycznych jeszcze dalej i twierdzą, że dotychczasowe badania „egzaminacyjne" są niedostateczne i dochodzą do postulatu, aby psychotechnik, który ma zamiar zbadać naukowo jakiś zawód, sam się go uczył i na tej drodze czynił spostrzeżenia nad napotykanemi trudnościami, nad znużeniem, techniką uczenia się, nad postępami i automatyzacją i t. p. Z drugiej strony pod kierunkiem niedawno zmarłego sławnego profesora B e c h t e r e w a powstało w Leningradzie centralne laboratorjum dla ściśle naukowych lekarskich badań mózgu i pracy psychicznej. W programie tej pracowni leży między innemi badanie procesu pracy ze stanowiska mechaniki, anatomji, biochemji i refleksologji, badania nad zmęczeniem i powrotem energji u pracującego, badania nad osobowością pracującego w związku z warunkami pracy, badania warunków i okoliczności wpływających na tok pracy, i t. p. Z instytutem tym połączona jest klinika dla chorób nerwowych i zawodowych, w której równocześnie odbywają się badania nad działaniem czynników mechanicznych, termicznych, elektrycznych i innych na ustrój pracującego. Ponadto jest tam warstat kinematograficzny w celu dokładnej analizy ruchów przy pracy, oraz muzeum zbiorów ilustrujących wynik badań naukowych nad procesem pracy. Między innemi przeprowadzono interesujące badania nad szybkością pracy lekarskiej. Stwierdzono, że lekarz, który praktykuje 15 — 25 lat potrzebuje przeciętnie do zbadania nowego chorego 12 — 15 minut, w rzadkich przypadkach 7 — 8 minut. Przy ponownych zaś wizytach, o ile z tem nie jest związana specjalna jakaś procedura, potrzebuje on 2 — 5 minut. Lekarze mniej doświadczeni z 5 — 7 letnią praktyką potrzebują do tych samych czynności przeciętnie dwa razy dłuższego czasu a lekarze z praktyką 2 — 4 letnią potrzebują 3 razy więcej czasu. Te różnice tłumaczą się tem, że młodsi lekarze zwracają uwagę na szczegóły wywiadów i stanu chorego, które dla doświadczonych lekarzy nie są istotnemi, tak że zadają mniej pytań. Tensam stosunek pracy w zależności od liczby lat praktyki został stwierdzony też u chirurgów i syfilodologów. Stwierdzono też przebieg i wpływ zmęczenia przy pracy lekarskiej w szpitalach, który wywołuje objawy, idące w dwóch wprost przeciwnych kierunkach. Niekiedy bowiem lekarz szpitalny rozpoczyna wizytę ze świeżemi siłami i uskutecznia ją zrazu silnie i energicznie a w miarę zmęczenia bada chorych coraz powolniej. W innych przypadkach zpoczątku odbywają się badania dokładniejsze a w miarę zmęczenia tok sprawy odbywa się coraz szybciej. Stwierdzono, że znacznie szybciej występowało znużenie, gdy lekarz nie pracował spokojnie, lecz był wciąż od pracy odwoływany. Są to fakta na ogół znane, ale dopiero teraz od czasu rozwoju kierunku psychotechnicznego przystępuje się do ich ściśle naukowego badania i to odnośnie do najrozmaitszych zawodów. Dla celów praktycznych i potrzeb życiowych badania takie bywają przeprowadzane w najrozmaitszych krajach i instytutach i bardzo liczne prace ogłaszane. Np.: O elementach pracy i impulsie woli, o towarzyszących pracy zjawiskach cieplnych, chemicznych, elektrycznych, zmianach w krążeniu krwi i w różnych narządach, dalej o mierzeniu pracy i jej wydajności, o pracy statycznej i dynamicznej, o wpływie hormonów na zmęczenie, o odrębnych cechach umysłowej artystycznej i fizycznej pracy u kobiet w związku z ich fizjologiczną odrębnością, o wpływie sugestji na odruchy, o zmęczeniu w świetle teorji jonów i odruchów, o wpływie zawodu na zachowanie się człowieka i jego odruchy, o wpływie systematycznego głodzenia na pamięć i wiele innych. Niektóre z tych tematów są omawiane w dziele polskiem Prof. Dra K a r a f f y - K o r b u t a p. t.: „Higjena pracy", zakreślonem na większe rozmiary, którego pierwszy tom niedawno pojawił się na półkach księgarskich.

Przy rozpatrywaniu lekarskiem wyboru zawodu zadanie lekarza jest następujące: 1) Zbadać kandydata i przekonać się o stanie narządów o ewentualnych stanach chorobowych, upośledzeniu lub mniejwartościowości narządów i konstytucji ogólnej w chwili badania.

2) Zapoznać się na podstawie szczegółowych wywiadów z przeszłością kandydata, nabrać wiadomości o przebytych chorobach, o skłonnościach, o popędach, o nawyczkach, o pobudliwości, ewentualnych natrętnych myślach i czynach, oraz poznać środowisko i warunki życia przeszłego i zamiłowania badanego — dla oceny funkcjonalno - prognostycznej zdolności i wydajności badanego ustroju.

3) Ocenić psychotechnicznie właściwości psychiczne, inteligencję, kwalifikacje i kierunek uzdolnienia kandydata.

4) Znać względnie poznać dokładnie zawód do którego się zmierza, warunki pracy zawodowej, które narządy i w jakim stopniu są zawodowo zaprzęgane do pracy oraz wszystkie rodzaje szkodliwości, które dany zawód w sobie mieści i tryb życia, jaki zawód za sobą pociąga.

Zadaniem lekarza - doradcy jest zatem u osobnika u którego stwierdził jakieś schorzenie lub skłonność do schorzenia — wpłynąć na wybór takiego zawodu, któryby nie uszkadzał upośledzonego stanu zdrowia. Np. osobników, którzy utracili byli jedno oko, będzie on zdala trzymał od zawodu, któryby łatwo narażał oko pozostałe przez padające iskry lub odłamki, a zatem od zawodu kowala, ślusarza, kamieniarza lub rzeźbiarza. U osobników mocno skłonnych do zakażeń wykluczy zawody usposabiające o zakażeń, a u chorych na serce lub u neuropatów wykluczy zawody z rozdrażniającą pracą fizyczną lub psychiczną. Hypermetropa, który zresztą może posiadać dobrą bystrość wzroku, nie można skierować do zegarmistrzowstwa, jubilerstwa lub złotnictwa i t. p. Osob-

nika z płaskiemi stopami albo dotkniętego białkomoczem ortostatycznym nie można skierować do zawodu, wymagającego ciągłego stania, podczas gdy chory z wadą serca rozedmą lub astmą będzie się czuł dobrze w tym zawodzie. Podobnie dziewczęta, dotknięte skrzywieniem kręgosłupa bardzo często imają się bez fachowej porady zawodów lekkich, takich jak szwaczki, krawczyni, hafciarki lub modystki — a wiadomą jest rzeczą, że siedząca i pochylona pozycja bardzo często potęguje istniejące zniekształcenie kręgosłupa. Również nie nadają się one np. na piastunki do małych dzieci, które muszą być noszone na rękach. Osobniki z wygórowanem poceniem się nie nadają się do fabryk sody, chlorku wapniowego, przetworów anilinowych, żelaza i stali i t. p. Ponadto są oni nieprzyjmowani na fryzjerów, kelnerów i t. p. Często zawód nawet cięższy, ale wykonywany na wolnem powietrzu, albo w lokalach, w których pracownik nie pozostaje w ściślejszym kontakcie z innymi, jest lepiej znoszony niż lżejszy zawód, wykonywany w gorszych warunkach. Więc aczkolwiek np. zawód krawczyni, kantorzysty lub urzędnika sam w sobie nie jest ciężki, to jednak współpraca liczniejszych sił w lokalu prowadzi często do szerzenia się np. gruźlicy. Natomiast osobniki anemiczne lub z objawami nerwicy narządowej o mniejszowartościowej konstytucji będą z większą korzyścią pracowały jako posłańcy, ajenci, akwizytorzy albo w ogrodnictwie, leśnictwie lub na wsi pomimo cięższej pracy oraz takich szkodliwych czynników jak zimno, przemoczenie i t. p. Zakaz t. j. negatywne orzeczenie co do wyboru jakiegoś zawodu może lekarz wydać w pewnych warunkach już po jednorazowem zbadaniu, o ile stwierdzi u badanego choroby, które już z góry wykluczają zdolność do pewnych zawodów. Natomiast wskazówki co do wolnego wyboru zawodu może on dać tylko po dokładnej obserwacji i rozpatrzeniu rozmaitych momentów i czynników, nie dających się uchwycić przez jednorazowe badanie. Poza badaniem psychotechnicznem chodzi wówczas także o obraz dotychczasowego rozwoju, o reakcje fizyczne i psychiczne na bodźce i urazy codziennego życia, i wpływ ich na stan fizyczny i duchowy. Przed udzieleniem zatem takiej porady musi lekarz zorjentować się w różnych patologicznych skłonnościach i nieprawidłowych reakcjach badanego ustroju wpływających na stan zdrowia i zdolność do pracy a które często pozostają w stanie utajonym. Często zachodzą wprost trudności rozpoznawcze, gdy chodzi o to czy jest organiczna wada serca, albowiem często u dzieci i młodocianych możemy stwierdzać wybitnie słyszalne szmery lub nieregularną akcję serca, choć nie ma wady organicznej. Również może sprawiać trudność białkomocz ortostatyczny t. j. białkomocz powstający przy staniu i chodzeniu, bo o ile do lekkich postaci tego białkomoczu nie przywiązujemy zupełnie wagi, to jednak wydzielanie większych ilości białka jest wyrazem większej wrażliwości nerek i nakazuje ostrożność w wyborze zawodów, połączonych zwłaszcza z działaniem zimna i przemoczenia.

Niekiedy staje lekarz wobec osobników już dorosłych które pod wpływem pewnych zachodzących lub przebytych stanów chorobowych stają stosunkowo już późno wobec kwestji wyboru lub zmiany zawodu. W Kazaniu istnieje specjalny zakład psycho-fizjologiczny badań dla zmiany zawodu. Jest to stanowisko trudne i odpowiedzialne. Np. chorzy dotknięci chorobą Basedowa, o ile są wyleczeni lub znacznie poprawieni mogą być użyci w takich zawodach, które nie wymagają szczególnych rozdrażnień psychicznych ani wysiłków fizycznych a głównie w takich zawodach, które umożliwiają pobyt w dobrem i świeżem powietrzu. Natomiast przy stanach hypotyreidalnych zmuszony jest lekarz oceniać zdolność poprawy leczniczej, zwłaszcza, że od czasu badań Wagner-Jauregga wiemy, że nawet kretyni pod wpływem leczenia tarczycą poprawiają się i mogą być zdolnymi do różnych zawodów niezbyt skomplikowanych i samodzielnych. To samo dotyczy obrzęku śluzakowatego. W przypadkach zatruć przewlekłych (a w pierwszym rzędzie wchodzą tu w grę zatrucia zawodowe ołowiem i rtęcią) lekarz musi sobie wprzód zadać pytanie czy chodzi o stan lekki i wyleczalny a wówczas musi nalegać na to, aby chory po wyleczeniu nie powrócił na nowo do zawodu któryby go narażał na takie same szkodliwe wpływy, a przynajmniej aby dalsza praca zawodowa odbywała się w warunkach koniecznej ochrony higjenicznej. W stanach niewyleczalnego charłactwa lekarz, jeżeli wogóle może orzec o zdolności do pracy, to tylko do najlżejszej. Ponadto stanąć może lekarz wobec alkoholizmu morfinizmu i kokainizmu. Zazwyczaj chodzi tu o wypadki spóźnione w których nie można było przez odpowiednią poradę zawodową zapobiec stanowi patologicznemu, a chodzi tylko o wkroczenie i korekturę stanu już istniejącego. Musimy zwrócić uwagę baczną na młodocianych neuropatów u których często zauważyć się daje nadmierna i niestosunkowo silna nietolerancja wobec bólów i wszelakiego rodzaju dolegliwości i przykrości i pęd do ogłuszania ich. Ponieważ z takich ludzi rekrutują się zazwyczaj morfiniści, kokainiści i alkoholicy, przeto już wcześnie musimy ich jako takich traktować i o ile jest jeszcze czas na to staramy się przeciwdziałać wstąpieniu na medycynę, do posług lekarskich oraz do zawodu farmaceutycznego lub drogueryi. Co się tyczy alkoholizmu, to osobników takich, o ile nie zachodzi nieuleczalne otępienie umysłu alkoholowe, psychoza Korsakoffa i t. p. stany, które z góry wykluczają wszelką zdolność do pracy, należy zdaleka trzymać od zawodów, dających sposobność do picia, jak browarów, winiarni, restauracyj i szynków. Dipsomanja t. j. opilstwo okresowe, wydarza się według Wachholza u dziedzicznych psychopatów ze znamionami zwyrodnienia. Ponieważ u nich pojawia się okresowo nieobliczalny i niepokonalny popęd do zupełnego upojenia się, a początek tych stanów nie jest dla otoczenia dostrzegalny, przeto nie należy ich dopuszczać do odpowiedzialnych zawodów. Jak straszne skutki może wywołać postawienie dipsomana na nieodpowiedniem stanowisku, tego dowodzi epidemja dżumy laboratoryjnej, która wybuchła we Wiedniu w r. 1898-ym z powodu tego, że służący laboratoryjny był dipsomanem i dostawszy nagłego napadu dipsomanicznego obszedł się nieostrożnie z jadowitemi hodowlami bakteryj dżumy. Co się tyczy epilepsji, to o ile połączona jest z tępotą umysłową, nadaje sie chory co najwyżej do prymitywnych i niesamodzielnych zajęć, natomiast epileptycy, o ile nie miewają zbyt częstych napadów, bywają zdolni do pracy zawodowej, a często wśród epileptyków-degeneratów napotyka się osobniki bardzo zdolne a nawet niekiedy wprost genjalne. Ponieważ epileptyków cechuje zazwyczaj nietolerancja i wrażliwość wobec alkoholu i narkotyków, przeto będziemy ich zdala trzymali od zawodów, mieszczących w sobie te pokusy. Również silne wzruszenie i wysiłki fizyczne mogą wywołać napady. Epileptycy nie nadają się do zawodów, wymagających pracy na wysokościach, wieżach, dachach, rusztowaniach i drabinach, przy kołach i pasach transmisyjnych, przy robotach wodnych, przy paleniskach rozgrzanych w ubikacjach o licznych kątach i krawędziach. Nie nadają się do fabryk broni, do służby przy ruchu ulicznym ani do służby strażniczej. Również nie nadają się do współpracy z osobnikami bardzo wrażliwymi na widok napadów lub skłonnymi do infekcji psychicznej i histerji. Natomiast o ile epilepsja nie jest zbyt ciężką, przy pracy na roli mogą być z pożytkiem użyci; również nadają się do drobnego nie fabrycznego rzemiosła.

Jak doniosłą jest w tym kierunku rola medycyny, tego dowodzą badania w zakładach Forda, które wykazały, że nawet ułomni mogą przy odpowiednim wyborze posterunku przewyższać pod względem wydajności pracy zdrowych. W zakładach tych było zajętych: bez obu nóg 4, o jednej nodze 234, bez obu rąk 1, z jedną ręką 123, zupełnie ślepych 4, ślepych na jedno oko 207, prawie ślepych na jedno oko 253, głuchoniemych 37, epileptyków 60. Chorzy na płuca pracują tam w halach specjalnych, dobrze powietrznych, w warunkach takich, by mogli przyjść do zdrowia. Nie narażają w ten sposób zdrowych, sami zaś czują się otoczeni opieką jak w sanatorjum.

Oczywiście, że przytoczyłem powyżej wiązankę prostych przykładów dla zailustrowania zadań wobec których stoi poradnictwo lekarskie. W wieku XX-tym nastąpił w niektórych dziedzinach np. sztuki i psychologji zasadniczy przewrót, cechujący się zstąpieniem z zacisza i wyżyn odrębności i teorji, a wstąpieniem w realne codzienne życie. Przejaw ten uwydatnił się w sposób, który symbolicznie wyraził Jewreinow w swej sztuce scenicznej p. t. „To co najważniejsze", zabierając aktorów ze sceny do życia i każąc im swą realną grą aktorską zlać się z życiem, przekształcać je i dodać mu piękna, uroku i pożytku. Sztuka z muzeów, galeryj i pracowni weszła w realne życie jako artystyczne kształtowanie przedmiotów codziennego użytku. Psychologję zaprzęgła medycyna do diagnostyki, terapji i pedagogji przez psychoterapię, psychoanalizę i psychologję indywidualną. Podobnie obecnie zakres działania medycyny rozszerzył się w dziedzinie praktycznej przez rozwój psychotechniki i poradnictwa zawodowego. Do dotychczasowych świadczeń medycyny dołącza się bowiem nowe zadanie czuwania nad tem, aby osobniki odpowiednie stały na odpowiednich posterunkach, co oczywiście mieści w sobie celowe badanie fizyczne i psychologiczne osobników i badanie odnośnych posterunków. A kto skutecznie podąża do tego, aby ludzie pracowali z zadowoleniem, w odpowiednich sobie zawodach aby talenty się rozwijały a geniusze nie zaprzepaszczały i aby żadna praca i zdolność nie szły na marne, ten przysparza społeczeństwu nowe bezcenne wartości i olbrzymie zdobycze moralne i realne.

Dr. Michał GEDROYĆ. Lwów.

Badania doświadczalne nad nadwrażliwością zwierząt ssących uczulonych tkanką nerwową embrjonalną.

Z Instytutu Farmakologji dośw. U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

W badaniach naszych nad nadwrażliwością zwierząt względem tkanki nerwowej, wzięto przedewszystkiem pod uwagę tkankę nerwową embrjonalną, a to z tego powodu, że homogenetyczna tkanka embrjonalna, wprowadzona zwierzęciu ssącemu po raz pierwszy do krwi, nie wywołuje żadnych widocznych objawów klinicznych. Emulsja natomiast z tkanki nerwowej zwierzęcia dojrzałego wprowadzona dożylnie w tych samych ilościach, wywołuje nader silne obrazy wstrząsowe.

Objawami temi są: silny spadek ciśnienia krwi, oddawanie kału i moczu, przyśpieszenie czynności serca i oddechowej; wreszcie po 1—3 następuje śmierć zwierzęcia wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych.

Dotychczas autorowie zajmujący się kwestją anafilaksji względem tkanki nerwowej, używali tak do uczulania, jak i wywoływania antigenu ze zwierzęcia dojrzałego i dlatego wobec wspomnianej jadowitości tkanki nerwowej dojrzałej, niejednokrotnie trudno było w pewnych przypadkach rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia ze wstrząsem typu anafilaktycznego, czy też typu anafilaktoidalnego.

Doświadczenia wykonałem na królikach, jako antigenu używając emulsji z mózgów embrjonów króliczych, mózgu dojrzałego królika i dojrzałego psa.

Część doświadczalna.

Uczulanie królików materjałem z tkanki nerwowej ebmrjonalnej.

Króliki Nr. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 były uczulane emulsją z tkanki nerwowej embrjonalnej (z mózgów embrjonów króliczych), poczynając od embrjonów trzytygodniowych, kończąc na materjale najdalej w dwa dni po urodzeniu. Króliki uczulane otrzymywały wstrzykiwania w przerwach tygodniowych, po 5 ccm emulsji z tkanki nerwowej każdorazowo. Emulsję przygotowywano w stosunku 1—5 t. j., jeden gram materjału nerwowego na 5 ccm płynu fizjologicznego jałowego. Wszystkie króliki otrzymały po pięć wstrzyknięć.

Kontrola taka sama lub kilkakrotnie nawet większa materjału embrjonalnego wstrzyknięta królikowi normalnemu nie zmienia ciśnienia krwi [1]).

Królik Nr. 2, wagi 2650 g, otrzymuje dożylnie w 12 dni po ostatniej injekcji przygotowującej 0.2 ccm emulsji z mózgu dojrzałego królika 1:10. Po injekcji spadek ciśnienia krwi po 1' 5" ze 128 mm Hg na 100 mm Hg, po 3' na 24 mm Hg. (Krzywa Nr. 2). Ginie po 4' wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych.

Królik Nr. 3, wagi 1480 g, otrzymuje w 10 dni po ostatniej injekcji przygotowujące dożylnie 0.2 ccm emulsji z mózgu dojrzałego psa w rozcieńczeniu 1:10. Po injekcji w przeciągu 3' następuje spadek ciśnienia krwi ze 186 mm Hg na 20 mm Hg i śmierć zwierzęcia wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych. (Krzywa Nr. 3).

Królik Nr. 4, wagi 1900 g, otrzymuje dożylnie w 10 dni po ostatniej przygotowującej injekcji, 0.5 ccm emulsji z mózgu żaby (R. esculenta) 1:10. Bardzo powolny spadek ciśnienia krwi, dochodzący po 10' ze 174 mm Hg do 156 mm Hg. (Krzywa Nr. 4).

Królik Nr. 6, wagi 1680 g (kontrola), otrzymuje dożylnie 0.2 ccm takiejże emulsji, jak królik Nr. 2; bezpośrednio po injekcji spadek ciśnienia ze 140 mm Hg na 100 mm Hg. Po upływie pół minuty ciśnienie krwi podnosi się na 140 mm Hg i utrzymuje się wreszcie na poziomie 130 mm Hg przez kilkadziesiąt minut. (Krzywa Nr. 5).

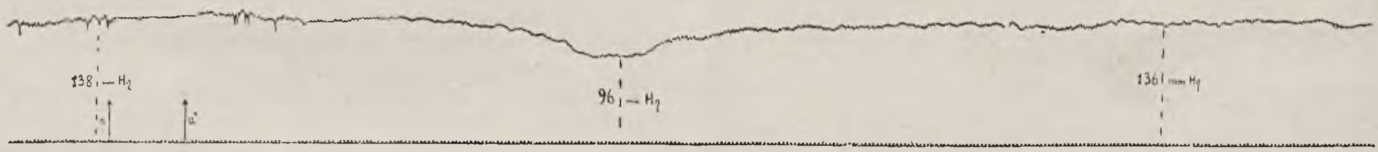
Królik Nr. 7, wagi 1700 g, otrzymuje w 13 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej 0.5 ccm surowicy końskiej. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany.

Królik Nr. 8, wagi 1780 g, otrzymuje w 12 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej dożylnie 10 ccm surowicy końskiej. Ginie po kilku minutach, wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych. (Krzywa Nr. 7).

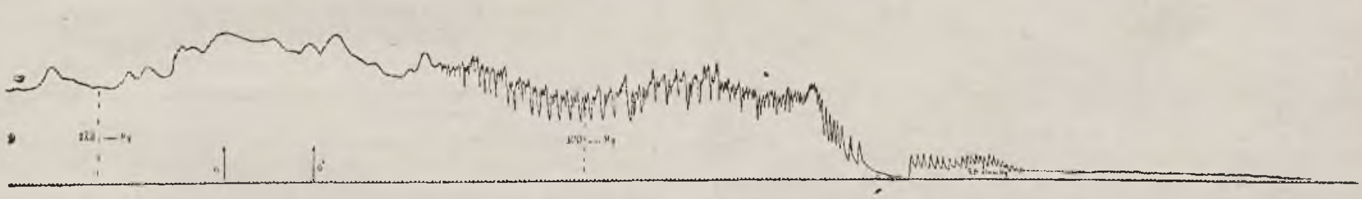
Królik Nr. 9, wagi 1800 g, otrzymuje dożylnie w 10 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej 5 ccm surowicy neurotoksycznej (surowica ta pochodziła od królika który w odstępach jednotygodniowych otrzymywał trzy injekcje materjału nerwowego z mózgu dojrzałego królika, po 5 ccm jednorazowo w stosunku 1 : 5. Królika skrwawiono po 10 dniach. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany. (Krzywa Nr. 8).

Królik Nr. 10, wagi 1570 g, otrzymuje dożylnie w 14 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej 0.5 ccm emulsji z mózgu sowy

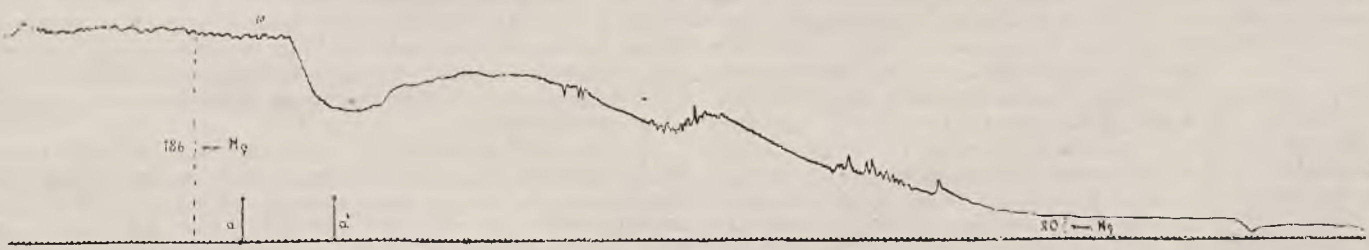
a—a, -- czas wstrzykiwania



Krzywa Nr. 1.



Krzywa Nr. 2.



Krzywa Nr. 3.

Królik Nr. 1, wagi 1870 g, uczulony, otrzymuje dożylnie, w 13 dni po ostatniej injekcji 0.5 ccm, emulsji z tkanki mózgowej trzytygodniowego płodu. Materjał do injekcji przygotowany w stosunku 1—10.

Ciśnienie krwi spada ze 138 mm Hg po 1' 4" na 96 mm Hg (oddanie kału), po upływie pół minuty ciśnienie krwi podnosi się na 136 mm Hg. (Krzywa Nr. 1).

(Strix flammea) 1:10. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany (Krzywa Nr. 9).

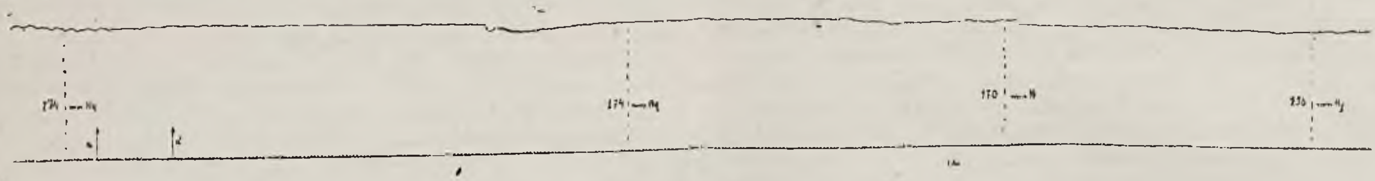
---

[1]) M. Gedroyć: Badania porównawcze nad jadowitością układu nerwowego środkowego (zobacz krzywą ciśnienia krwi dla emulsji z mózgu embrjonalnego, krzywa Nr. 2 i Nr. 3). Pol. Gaz. Lek. Nr. 38, 1928 r.

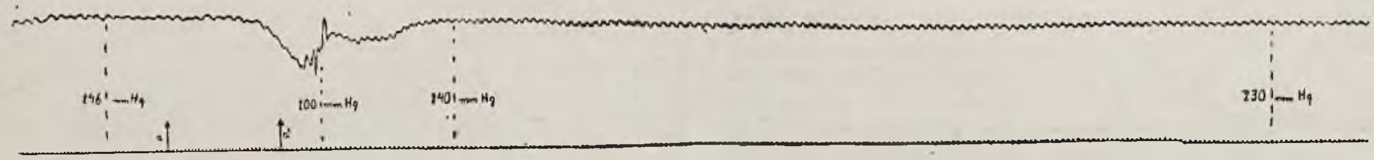
Z powyższych doświadczeń wynikałoby, że królika można uczulić tkanką nerwową embrjonalną jego własnego gatunku. Uczulenie to jednakże, jak widzimy ze stosunków ilościowych i jakościowych, których zmianą jest krzywa ciśnienia krwi i objawy kliniczne, jest słabe dla antigenu embrjonalnego, jest natomiast bardzo wybitne dla antigenu pochodzącego ze zwierzęcia dojrzałego (doświadczenia i krzywe ciśnienia krwi Nr 1, 2 i 3).

ciśnienia krwi, (królik Nr. 4, i krzywa Nr. 4). Doświadczenie to potwierdza w zupełności wnioski poprzednie, w których przeprowadziliśmy paralelę między ontogenetycznym a filogenetycznym rozwojem jadowitości tkanki nerwowej.

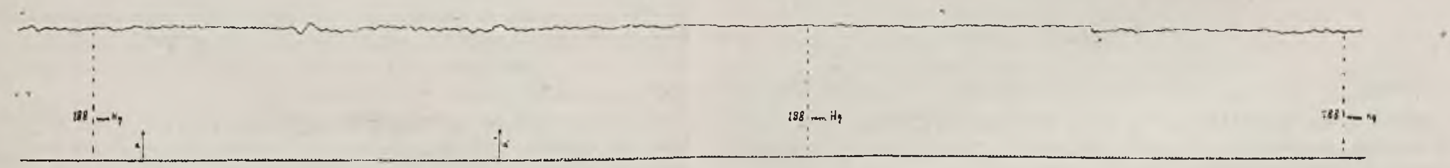
Uczulanie materjałem z tkanki nerwowej zwierząt niższych dałoby prawdopodobnie te same rezultaty, jak uczulanie materjałem nerwowym embrjonalnym zwierzęcia ssącego.



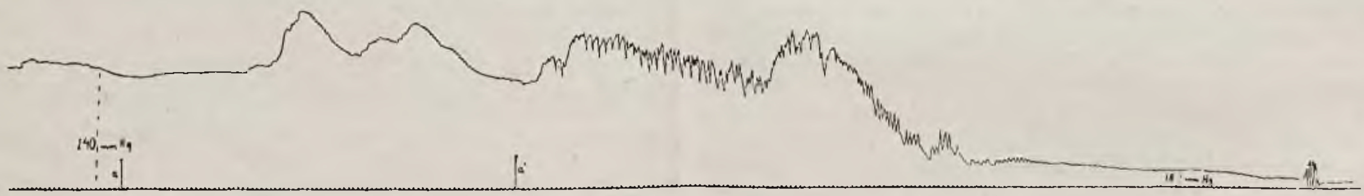
Krzywa Nr. 4.



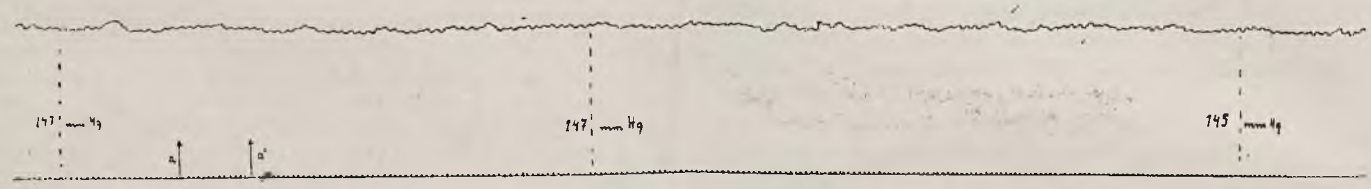
Krzywa Nr. 5.



Krzywa Nr. 8.



Krzywa Nr. 7.



Krzywa Nr. 9.

Jeżeli według Besredki, przez dostarczanie frakcjonowanego antigenu możemy przytłumić siłę wywoływanego wstrząsu, to naodwrót z moich doświadczeń powinnibyśmy wnosić, że przez wprowadzenie do ustroju, przy injekcji wywołującej, pełnowartościowego antigenu możemy siłę wstrząsu wzmocnić.

W poprzedniej, cytowanej powyżej pracy, wykazałem ogromną różnicę, między działaniem tkanki nerwowej embrjonalnej i tkanki nerwowej zwierzęcia dojrzałego przy wprowadzeniu dożylnem. Wobec tej różnicy i wobec powyższych faktów, możnaby materjał nerwowy embrjonalny uważać za antigen frakcjonowany, materjał zaś pochodzący ze zwierzęcia dojrzałego za pełnowartościowy. Jadowitość (własności anafilaktoidalne) tkanki nerwowej, jak wykazałem, rośnie w kierunku ontogenetycznie i filogenetycznie wstępującym, zatem wprowadzenie dożylne zwierzęciu jako dawki wywołującej antigenu pełnowartościowego, gdyż pochodzącego ze zwierzęcia dojrzałego, będzie pełnem wykorzystaniem możliwości wstrząsowych, rozwijających się w ustroju zwierzęcia przy uczulaniu materjałem frakcjonowanym, za jaki należy uważać materjał nerwowy embrjonalny.

Materjał nerwowy pochodzący z mózgu żaby (aż do ptaków włącznie) działa podobnie na zwierzę uczulane materjałem nerwowym embrjonalnym zwierzęcia ssącego, jak ten ostatni jako dawka wywołująca, to zn. powoduje tylko bardzo nieznaczne obniżenie

Dziwnem jest jednak, że surowica neurotoksyczna nie wywołuje żadnych zmian klinicznych, mimo, że surowica taka jest dla systemu nerwowego swoiście toksyczną, gdyż wywołuje histologicznie i cytologicznie takie same zmiany lityczne w tkance nerwowej, jak wielokrotne wstrzykiwanie materjału nerwowego zwierzęcia dojrzałego. Stąd i trudność wytłumaczenia różnicy w działaniu wywołującem między surowicą neurotoksyczną, a emulsją z tkanki nerwowej.

Jeżeli chodzi o odpowiedź na pytanie, czy uczulanie materjałem nerwowym embrjonalnym jest swoiste, musimy odpowiedzieć negatywnie, nie tylko z tego względu, że jak widzieliśmy i materjał nerwowy psa w dawce subletalnej powoduje wynik śmiertelny przy dawce wywołującej, ale i surowica końska w większej ilości. Fakty z dziedziny porównawczej stwierdzające, że mózg embrjonalny różni się od mózgu dojrzałego zwierzęcia ssącego tego samego gatunku w tym samym stopniu, co i od innych gatunków zwierząt ssących dojrzałych również za tem przemawiają. Innemi słowy odczyny powstające po wstrzyknięciu wywołującem materjałem zwierzęcia ssącego dojrzałego u zwierzęcia przygotowanego materjałem nerwowym embrjonalnym tego samego gatunku, należy uważać za nieswoiste.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Józef FRITZ. Lwów.

Szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmetta.

(Obrady międzynarodowej Konferencji w Paryżu 15—19/X 1928).

Odnośnie do mej notatki z podróży pomieszczonej w P. G. L. 1928, Nr. 45, str. 836, dotyczącej szczepień ochronnych propagowanych przez Calmetta podaję wnioski posiedzeń przedłożone do aprobaty Sekcji Higjeny Ligi Narodów przez ekspertów wybranych dla zbadania przesłanek, na których opierają się twierdzenia Calmetta i oświadczenia się w sprawie skuteczności wymienionych szczepień.

Ekspertów zasiadło do obrad 18, 6 klinicystów, 6 bakterjologów i 6 weterynarzy. Obrady toczyły się w 3 komisjach, jednak postanowiono aby sekcje bakterjologów i weterynarzy odbyły razem posiedzenia w zagadnieniach dotyczących doświadczeń nad działaniem B. C. G. u zwierząt laboratoryjnych. Wszystkie trzy komisje przedłożyły podczas plenarnego posiedzenia przy zamknięciu zjazdu 19/X następujące rezolucje, które przyjęto.

Komisja bakterjologów (lekarze i weterynarze razem): 1) Jednomyślność bakterjologów obecnych w komisji upoważnia do stwierdzenia na podstawie doświadczeń faktu, że BCG jest szczepionką nieszkodliwą (Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzène, Frenkel, Gerlach, Kraus, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tzeknowitzer, Vallée, Zeller). Nobel (klinicysta z Wiednia słuchany na swe żądanie) podtrzymuje jednak zdanie, iż w przypadkach wyjątkowych może BCG wywołać u zwierząt laboratoryjnych gruźlicę śmiertelną.

2) Całość doświadczeń opublikowana, odnosząca się do zwierząt laboratoryjnych stwierdza jasno, że BCG nie wywołuje gruźlicy postępującej (tuberculose évolutive).

Komisja klinicystów orzeka na podstawie źródeł, z któremi się zaznajomiła, że:

1) BCG podana noworodkom doustnie w pierwszych 10 dniach życia, zaś dzieciom starszym i dorosłym podskórnie nie wywołuje zmian gruźliczych (lésions tuberculeuses virulentes),

2) szczepienie BCG wywołuje pewien stopień odporności przeciw gruźlicy, jednakże dalsze badania szczepionych, rozciągające się na czas dłuższy, wykonywane w sposób jednolity, w szczególności zaś dokładniejsza znajomość „morbiditas i mortalitas" gruźlicy wśród jednostek różnego wieku i środowiska nieszczepionych i szczepionych są konieczne dla definitywnego ustalenia wartości szczepień (Leon Bernard, Heimbeck, Nobel, Ranzoni, Sayé, Schlossmann).

Komisja weterynarzy. Profilaktyka gruźlicy bydlęcej.

1) Z pełni faktów, zebranych na podstawie doświadczeń oraz z jednomyślności praktyków, którzy posługiwali się BCG przy szczepieniu bydląt wynika, iż szczepienie metodą Calmetta i Guérin u zwierząt (krów) jest zupełnie nieszkodliwe.

2) Te same doświadczenia oraz spostrzeżenia praktyków odnoszące się do działania BCG u bydląt świadczą w sposób pewny, iż ów szczep lasecznika gruźlicy posiada zdolność wywołującą uodpornienie w zakażeniu gruźliczem drogą doświadczalną i naturalną.

Własności uodparniające BCG upoważniają i zachęcają do stosowania BCG w profilaktyce gruźlicy bydlęcej (Ascoli, Berger, Frenkel, Gerlach, Kraus, Vallée, Zeller).

Powyższe wyniki obrad oraz program badań aprobowała Sekcja Higjeny Ligi Narodów w Genewie dnia 29. X. 1928.

OCENY.

Prof. F. Terrien: *Semiologie oculaire. Statistique et dynamique oculaires.* T. 4. Wydanie: Masson et Cie. Boulevard Saint Germain 120. Paris. Rok 1928. Cena 40 fr. Tom obejmuje 224 stronic i 100 rycin.

Poprzednio wydał autor trzy oddzielne tomy z semiologji ocznej:

1. *La calotte corneo - sclerale.* Str. 260. Ryc. 144 w r. 1923 cena 40 fr.

2. *Le diaphragme irido - ciliaire.* Str. 234. Ryc. 126 w r. 1924 cena 40 fr.

2. *Le crystallin.* Str. 244. Ryc. 158 w r. 1926 cena 40 fr.

Obecnie w r. 1928 ukazał się czwarty i ostatni tom p. t.: *„Statistique et dynamique oculaires"*, który uzupełnia wyczerpująco zakres wiedzy z tej dziedziny serją badań anatomicznych, fizjologicznych i terapeutycznych. Semjotyka jest gałęzią wiedzy z zakresu okulistyki słabo opanowaną przez specjalistów w ogólności, a ogólnikowo podawana w podręcznikach okulistycznych w formie nie bardzo przejrzystej budziła małe zainteresowanie i małe zrozumienie swej doniosłości. Autor chcąc dla wszystkich uprzystępnić tę gałąź wiedzy przedstawił ją nadzwyczaj dostępnie i przejrzyście ilustrując szeregiem rycin. Wychodząc z założenia że tylko gruntowna znajomość anatomji i fizjologji oka może uprzystępnić zrozumienie zaburzeń równowagi mięśniowej, podaje najpierw dokładny opis anatomji i fizjologji mięśni. Następnie rozwija przystępnie na tym podłożu stan utrzymania równowagi statycznej i dynamicznej (ortoforję) mięśni gałki ocznej, uwzględniając podstawy widzenia obuocznego i jednoocznego. Z kolejności przechodzi do omówienia zmian funkcyjnych w aparacie ruchowym gałki ocznej, ujawniających się w zezie utajonym i heteroforji najrozmaitszego rodzaju. Po przedstawieniu następnie objawów zeza jawnego, porażeń mięśni i drżenia gałek ocznych, poświęca ostatni dział przemieszczeniu gałki w postaci wytrzeszczu i zaniku *(exophtalmie et enophtalmie).*

Podręcznik jest ze wszech miar polecenia godny dla lekarza-okulisty, gdyż zapoznaje go nie tylko ze zmianami prawidłowemi i patologicznemi aparatu ruchowego oka, ale uwzględnia również najnowsze lecznictwo.

Dla zaznajomienia dokładniejszego z treścią podręcznika, pozwolę sobie przytoczyć rozdziały podręcznika:

I. Wiadomości anatomiczno - fizjologiczne: 1) Mięśnie oczne. 2) Czynność mięśni. 3) Unerwienie.

II. Równowaga statyczna i dynamiczna. Ortoforia: 1) Równowaga statyczna. 2) Równowaga dynamiczna. 3) Warunki równowagi dynamicznej.

III. Zaburzenia funkcyjne. (Zez utajony. Heteroforia): 1) W ogólności. 2) Heteroforia i jej odmiany. 3) Leczenie heteroforji.

IV. Zez utajony: 1) Widzenie zezującego. 2) Osłabienie bystrości zezującego. 3) Przyczyny i rozwój zeza. 4) Leczenie w ogólności. 5) Leczenie prostujące zeza rozbieżnego; zeza zbieżnego. 6) Ćwiczenia dopełniające. 7) Granice i możliwości leczenia prostującego. 8) Leczenie chirurgiczne.

V. Porażenie mięśni: 1) Ogólne symptomy. 2) Kliniczne postacie porażeń. 3) Rozpoznawanie umiejscowienia uszkodzenia. 4) Etjologja i leczenie porażeń.

VI. Drżenie gałek: 1) W ogólności. 2) Wygląd kliniczny. 3) Próby podziału.

VII. Zmiany położenia gałki ocznej: 1) Wysunięcie ku przodowi. 2) Wytrzeszcz. 3) Wytrzeszcz w ogólności. 4) Wytrzeszcz wskutek uszkodzenia ciągłości tkanek. 5) Skurczenie się gałki. Wytrzeszcz. 6) Wytrzeszcz samoistny. 7) Wytrzeszcz urazowy.

Naróg (Lwów).

A. Calmette: *La Prémunition ou Vaccination préventive des nouveau — nés contre la tuberculose. Statistique et résultats.* (Extrait du Bulletin de l'Institut Pasteur, Janvier, Juin 1928) str. 37 i 13.

W pracach tych zwraca się Calmette przeciw zarzutom, iż 1) Resorpcja BCG przez przewód pokarmowy noworodka jest wątpliwą (Odczyn Pirqueta występuje rzadko, Nobel), 2) Odporność przeciw gruźlicy jest związana z allergją tuberkulinową, 3) Prątek BCG odzyskuje wirulencję, S. A. Petroff, wreszcie 4) Statystyka szczepień Calmett'a jest błędna, Arvid Wallgren, Rosenfeld, Götzl. Ad 1) doświadczenia są zgodne ze stanowiskiem Calmetta, resorbcja tą drogą jest możliwa nawet u jednostek dojrzałych. 2) Odporność przeciw gruźlicy a uczulenie na tuberkulinę są „stanami zupełnie różnemi; należy wyodrębnić dwa stany: a) *„parasitisme cellulaire"* i b) *„lésion folliculaire"*; a) odpowiada uodpornieniu przez BCG, b) powoduje reakcję tuberkulinowa, związaną z istnieniem komórki gruźliczej *„cellule tuberculeuse"*, 3) badania powtórne nie potwierdzają rezultatów Petroffa, zresztą prawdopodobnie po 18 — 24 miesiącach według doświadczeń na zwierzętach następuje eliminacja BCG z ustroju. 4) Obserwacja od pierwszego we Francji zaszczepienia dziecka w lipcu 1921 oraz statystyka szczepień poza Francją, w Belgji, Holandji, Norwegji, Szwecji, Rosji, Rumunji, Bułgarji, Jugosławji, Grecji, Hiszpanji i Polsce jakoteż w Ameryce, Afryce przemawiają na korzyść zapatrywań Calmetta.

Józef Fritz (Lwów).

Adam Bednarski: *Historja okulistyki w Polsce w wieku XIII — XVIII.* Lwów, Archiwum Towarzystwa Naukowego III., tom 4, zeszyt 11 1928, str. 116. 8⁰ z 12 rycinami w tekście.

Autor znany z pracy Okulistyka ziołopisów polskich w XVI i na początku XVII w. podaje w książce obecnej dzieje okulistyki w Polsce w czasach, które jeszcze dotychczas bliżej zbadane nie były. Drobne tylko wzmianki poświęcili im Talko w swych

Materjałach do historji oftalmologji w Polsce i Hirschberg w Geschichte der Augenheilkunde. Z temi właśnie dziejami należało się wpierw zapoznać, by móc ocenić należycie późniejszy rozwój okulistyki w wieku XIX w Polsce. Omówiono więc kolejno znaczenie Optyki Witela i wiadomości z zakresu tej dziedziny w Antipocras i Experimenta Mikołaja z Polski, materjał okulistyczny zawarty w glossach i ziołopisach, początki polskiej nomenklatury okulistycznej, pierwsze wiadomości o anatomji oka u Andrzeja z Kobylina, Novicampiana, w Problematach Sakowicza, Theoremata de oculo Młodzianowskiego, podkreślono wpływ Włoch (Walenty z Lublina), uwzględniono patologję oka (Szymon z Łowicza), zanalizowano Jana Szamotuł Jonstona: Naukę sztuki lekarskiej praktycznej i literaturę kazuistyczną XVII w. Również i praktyce okulistycznej w Polsce poświęcono wiele wzmianek na podstawie badań archiwalnych, których trud podniesie z uznaniem fachowiec. Dowiadujemy się więc że w wieku XV. byli w Polsce okuliści np. 1422 lekarz Jan, może Jan de Sacchis Włoch, 1424 rektor Wydziału lekarskiego w Krakowie, że przybywali specjaliści z Niemiec (do Jana z Tarnowa na prośbę Jagiełły, Witołda) i Węgier (Marcin de Casschowia). W r. 1430 słyszymy o okulistach Mikołaju i Piotrze z Poznania. W wieku XVI, XVII i XVIII napływ obcych do Polski jest znaczny, pojawiają się również okuliści wędrowni wśród tych głośny ich król Jan Taylor oraz wielu szarlatanów. Wiek XVIII miał również okulistów polskich, którzy odbywali wędrówki w innych krajach słynąc ze swej sztuki. Zajął się też autor źródłami o stanie chorób oczu w Polsce, ślepocie i jej przyczynach, zaś w osobnych rozdziałach dał rzut oka na dzieje operacji katarakty i posługiwanie się okularami, których liczne reprodukcje ze zbiorów własnych załączono.

Źródłowa publikacja A. Bednarskiego (wartość jej jest podwójna, albowiem w tekście podano często nieznane źródła in extenso) stworzyła fundamenta dziejów tej dyscypliny lekarskiej w Polsce, każdy zaś pracownik na polu nauk historycznych oceni żmudną pracę u podstaw. Nowe materjały oczywiście znajdą się jeszcze z czasem lecz zarysy ich obecnie mamy *).

Józef Fritz (Lwów).

---

*) Do źródeł autora pozwolę sobie dorzucić kilka nowych o leczeniu chorób oczu w Polsce i dziejach okularów. D. Stephani Primi Polonorum Regis... Sanitas, Vita medica etc. a Simone Simonio Med. doct. Nyssae 1587 fol. 18-a zaznacza, iż Bucella posługiwał się podczas sekcji króla Stefana i demonstracji narządów zmienionych okularami: „Bucella specillis nasoe aptatis, exempta extensaque viscera... singula tractans", zaś wspólnie Simonius i Bucella lekarze nadworni Batorego leczyli na oczy Zaleskiego skarbnika nadwornego, Bucella odstąpił leczenie Simoniuszowi, który obiecywał, potione salsae et guaiaci wzrok naprawić, lecz bezskutecznie. (N. Bucellae: Confutatio responsi S. Simonii Lucensis. Cracoviae 1588 str. 129). Simoniusz naodwrót zarzuca Bucelli, że w ciągu godziny pozbawił wzroku tegoż Zaleskiego (Responsum ad Refutationem etc. authore S. Simonio etc.) i oślepił służącego Jana Bornamissy Węgra, (oculorum pterigio laborantem, quem tu tamen hypochysim putabas iisdem intempestine ac temere a te institutis catharticis aucto malo prorsus occaecasti). W sprawie autorstwa Lekarstw doświadczalnych zebranych przez nieznanego nazwiska lekarza domowego pana Jan Pileckiego, które złączono z nazwiskiem Marcina Siennika por. Bednarski str. 18 i 22 należy uwzględnić wywody L. Bernackiego: Pierwsza książka polska, Lwów 1918 str. 392, z których wynika, że autorem tychże był Biernat z Lublina, zob. jednak Chrzanowskiego wstęp do wydania Ezopa (Bibl. pis. pols. nr. 55).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 12, z grudnia 1928: F. Fidziński: Górnicki o wychowaniu fizycznem w Polsce XVI w. (dok.). — W. Sikorski: Uwagi o stanie wychowania fizycznego w szkołach średnich ogólno-kształcących i seminarjach nauczycielskich. — St. Sedlaczek: Obozy harcerskie (dok.).

Położna, rok I, nr. 2, z grudnia 1928: Od redakcji. — Dr. Liebeskind: Kilka stron z historji położnictwa. — Dr. Niewola: O wymiarach miednicy i jej płaszczyznach i określenie do nich stosunku główki. — Dr. Steinberg: Co każda położna powinna wiedzieć o narkozie. — Dr. Reiss: Z zagadnień higjeny skóry.

Neurologja Polska, tom XI, zeszyt 2, z r. 1928: E. Flatau: O przewlekłem i rozlanem zapaleniu gruźliczem opon mózgowych. N. Zylberlast-Zandowa: Oliwki opuszkowe jako ośrodek zarządzający czynnością stania. — Towarzystwa lekarskie.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, zeszyt 12, z 1 grudnia 1928: Fr. Kałużyński: Wolny wybór lekarza. — M. Stawiński: O medycynie zapobiegawczej. — Z zagadnień prawnych (Wyrok Sądu Najwyższego — Ustawa o państwowej służbie cyw. niema zastosowania do urzędników Kas chorych). — J. Pieczynis: Nowy gmach państwowej Kasy chorych w Częstochowie. — F. Dziurzyński: Działalność funduszu bezrobocia, rok 1924—1927. — R. Garlicki: Ubezpieczenie samodzielnie zarobkujących w Czechosłowacji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 49, z 2 grudnia 1928: Ustawa farmaceutyczna w Sekcji farmaceutycznej Rady Zdrowia. Projekt rządowy Ustawy aptekarskiej przedstawiony Sekcji farmaceutycznej Państw. Nacz. Rady Zdrowia na posiedzeniu w dniu 28 listopada b. r. — Sprawy zawodowe.

Zdrowie, rok XLIII, nr. 11, za listopad 1928: Dąbrowski: Odezwa. — Od redakcji. — Kacprzak: Nasze najważniejsze zagadnienia epidemjologiczne. — E. Piasecki: Metody nowoskandynawskie w wychowaniu fizycznem. — XIV Międzynarodowy Kongres przeciwalkoholowy w Antwerpji.

Lekarz Polski, rok IV, nr. 12, z grudnia 1928: A. Sianowski: O procedurze sądowej w Izbach lekarskich niemieckich. — E. Finger: Choroby weneryczne i ich znaczenie eugeniczne (c. d.). — J. Sęczyc: Obecna faza krytyki zasad ustawy przeciwwenerycznej w zestawieniu z wywodami prof. Fingera. — W. Przywieczerski, W. Rakiewicz i R. Sikorski: Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce. — Medycyna społeczna zagranicą.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 42, z 6 grudnia 1928: A. Landau i J. Glass: O niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty pochodzenia wsierdziowego i naczyniowego (choroba Corrigana i Hodgsona). Studjum kliniczne (dok.). — Z. Kołodziejska i A. Lejwa: O witaminie C w szpinaku. — J. Tencer: O rzadszych postaciach zapalenia gardła (angina lymphatica et agranulocytolitica) (Streszcz. zbior.). — G. Lewin: Rola czynnika rasowego w większej odporności żydów względem gruźlicy (dok.). — W. Czarnocki: Życiorys i działalność naukowa ś. p. Tadeusza Browicza. — Z. Bychowski: G. J. Rossolimo.

Nowiny lekarskie, rok XL, zesz. 23, z 1 grudnia 1928: P. Gantkowski: Przemówienie nad trumną ś. p. Stanisława Łazarewicza. — E. Piasecka-Zeylandowa: O wpływie ustroju zwierzęcego na pratki BCG. — W. Łapa: Mikroozneczenie glukozy i ciał redukcyjnych we krwi metodą bezpośrednią i różnicową. — A. Laskiewicz: Trzy przypadki ciał obcych w lewem oskrzelu u dzieci. — J. Zaroski: O zadaniach i ustroju samorządowej służby zdrowia.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 50, z 9 grudnia 1928: J. Trzebiński: Rdza miętowa i sposoby jej zwalczania. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, tom VII, nr. 100 z listopada 1928: W dziesiątą rocznicę Odrodzenia Najjaśniejszej Rzeczypospolitej. — K. Millak: Rys historyczny wojskowej służby weterynaryjnej 1918—1928. — K. Millak: Lekarze weterynaryjni Francuzi w wojsku polskiem 1918—1928. — K. Millak: Lekarze weterynaryjni polegli za Ojczyznę 1914—1920. — J. Kiszkiel: Zarys rozwoju służby weterynaryjnej w Polsce w ciągu ostatniego dziesięciolecia. — A. Mackiewicz: Rzut oka na dziesięciolecie stołecznej organizacji weterynaryjnej. — Z. Markowski: Akademja Medycyny Wet. we Lwowie w dziesięciolecie Odrodzonego Państwa. — Z. Szymanowski: Rozwój Warszawskiej Uczelni Weterynaryjnej w ciągu ostatnich lat dziesięciu. — S. Runge: Rys rozwoju Zakładu Weterynarji Rolniczej Uniw. Poznańskiego. — L. Dobrzański: Katedra Anatomji zwierząt i weterynarji Szkoły Gł. gospodarstwa wiejskiego. K. Millak: Rozwój polskiej prasy weterynaryjnej 1918—1928. J. Szabłowski: 100-tny numer Wiadomości Weterynaryjnych. M. Łabędź: Rys rozwoju weterynaryjnego ruchu społeczno-zawodowego w Polsce 1918—1928.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Slovansky Sbornik Ortopedicky.

Rok III/3. 1928.

Grospić: *Przypadek osteomalatiae juvenitis.* Opis przypadku przypominającego późną krzywicę. Różnice są natury drugorzędnej i pochodzą z różnicy wieku chorego. Wszelkie próby leczenia były bez efektu.

Delić: *Zaburzenia w stopie spowodowane elementami dodatkowemi.* Opis 4 przypadków dodatkowych kości w stopie z uwzględnieniem rozpoznania różniczkowego i postaci spotykanych (w os trigonum, os tibiale externum, calcaneus secundarius, sesamum peroneum etc.). O ile istnieją zaburzenia czynnościowe w stopie należy leczyć operacyjnie.

Zahradnicky: *Gruźlica urazowa.* Na podstawie rozległego piśmiennictwa i doświadczeń własnych autor dochodzi do następujących wniosków: Przyczynowy związek między urazem, a gruźlicą kostną i stawową można przyjąć tylko pod warunkiem:

1) jeżeli świadkowie stwierdzą istnienie urazu, który mógł dzięki swojej ciężkości lub naturze uszkodzić kość lub staw.

2) Zmiany wywołane przez uraz powinny być stwierdzone bezpośrednio po urazie,

3) rozwój cierpienia powinien być typowy t. j. przechodzić przez znane, trzy okresy. Trzeba jednak pamiętać, że te okresy nie zawsze są wyraźne zwłaszcza drugiego może być brak.

Ważną jest również ocena stanu ogólnego chorego przed urazem i po wyleczeniu.

O ile uraz spowodował zaostrzenie się sprawy swoistej, zaostrzenie powinno być widoczne w kilka dni po urazie.

Minar: *Wskazania do leczenia operacyjnego wzgl. paljatywnego nawykowych zwichnięć barku.* Po przytoczeniu znanych sposobów operacji zwichnięć nawykowych barku, autor przytacza dwa własne przypadki, w jednym nawrot po 7 latach po wykonaniu zmarszczenia torebki (Thomas), w drugim bezpośredni wynik dobry po operacji Spitzy'ego. Paljatywnie leczy chorych, słabych, epileptyków. Pozatem operuje.

Gruca (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1927, XLV/6.

S. Handley: *Używanie radu przy raku piersi.* W ostatnich czterech latach wykonał autor 77 zabiegów z powodu raka sutka. Tylko 20 chorych nie miało zajętych gruczołów pachowych, w tych 16-tu żyje 3—6 lat po zabiegu, 1 zmarł 3 lata później, z powodu zapalenia płuc, 1 z nieznanej przyczyny, 1 w następstwie zabiegu.

Autor ma 85% pomyślnych wyników późnych.

W 24 przypadkach, w których były zajęte gruczoły pachowe tylko 3 przeżyło 3—6 lat. I w tej grupie polepszyły się w ostatnich latach wyniki, ponieważ stosuje profilaktycznie rad (zamiast 2 : 3 na 4 : 5).

Miejsca w których wprowadza rurki z radem są następujące:

1) tuż ponad pierwszem żebrem, przyśrodkowo od żyły podobojczykowej tj. w miejscu przebiegu końcowej gałęzi głównego przewodu chłonnego. Zapobiega się w ten sposób nawrotowi ponad obojczykiem,

2) w 1, 2, 3-ciej przestrzeni międzyżebrowej, tuż przy brzegu mostka tj. w miejscu, w którem biegnie pień chłonny, towarzyszący t. sutkowej wewn.

Przypadki, w których autor nie stosował radu, zgłaszały się wcześnie, z powodu nawrotu w wspomnianych miejscach.

Zabieg celem usunięcia tych nawrotów jest możliwy, jednak jest bardzo cieżki i trudny, natomiast leczenie za pomocą radu jest zupełnie łatwe. Należy jedynie uważać by nie zrobić odmy opłucnowej.

J. Mc. Farland: *Gruczolakowłókniaki i włókniakogruczolaki sutka.*

W. Penfield: *Przewlekłe, pourazowe bóle głowy i ich leczenie za pomocą wprowadzenia powietrza doledźwiowo. Encefalografja.*

W. Craig: *Złośliwe, śródczaszkowe śródbłoniaki.* Wspomniane w tytule śródbłoniaki nie zawsze są dobrotliwe. Pewna ich odsetka wykazuje złośliwe bujanie. Autor rozróżnia cztery stopnie ich złośliwości. Z punktu widzenia chirurgicznego dają się one usunąć zupełnie o ile naciek nie zajmuje tkanki otaczającej. W tych przypadkach można uzyskać zupełne wyleczenie. Jeśli zaś przebijają swą torebkę — usunięcie ich jest trudniejsze. wobec czego następuje zwykle nawrót w czasie zależnym od stopnia złośliwości.

J. Buchbinder: *Zapobieganie zrostom otrzewnowym.* Badania swe prowadzi autor w ten sposób, że wprowadza do jamy brzusznej sączek gumowy a po zamknięciu jamy brzusznej podaje roztwór cukru trzcinowego.

Wyniki jego badań dają się streścić następująco:

1) hipertoniczny roztwór cukru trzc. podany śródotrzewnowo powoduje tworzenie się przesięku,

2) jeśli ilość takiego przesięku jest dostateczna to można zapobiec tworzeniu się włóknika,

3) w tenże sposób można zapobiegać zrostom po sączkowaniu jamy brzusznej, jakoteż zrostom pętli jelitowych.

Meleney: *Zakażenie rany a catgut.*

A. Wedd: *Objawy brzuszne w schorzeniach serca.*

J. Weinberg: *Zespolenie żołądka z pęcherzykiem żółciowym.*

I. Stein: *Ciąża jajnikowa.*

Chirurgja kliniczna.

C. Bachmann: Kleszcze położnicze Bartona.

R. Coffey: Wszczepienie moczowodu do kiszki.

L. Drexler: Leczenie guzów pęcherza za pomocą chemokoagulacji.

E. Highsmith: Nowy sposób pokrywania ubytków.

G. Pierce: Rekonstrukcja kciuka.

H. Thoms: Oznaczanie wymiarów miednicy za pomocą promieni Rentgena.

E. Traut: Nowotwory glandulae caroticae.

A. Bunts: Przedoperacyjne postępowanie u chorych z nadtarczycznością.

F. Irving: Problem łożyska przodującego.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo hiszpańskie.

La medicina Ibera.

1928, Nr. 560.

Pedro Cifuentes: *Moje doświadczenia w wycinaniu stercza.* Dzięki postępom w technice chirurgicznej znacznie zmniejszyło się ryzyko niebezpiecznej dotychczas operacji wycinania gruczołu krokowego, a śmiertelność zmniejszyła się szczególnie dzięki odpowiedniemu tamponowaniu. Autor oblicza śmiertelność bez tamponowania na 26%, a z tamponowaniem na 7%.

Najważniejszemi powikłaniami, występującemi w ciągu lub w następstwie operacji są krwotoki i mocznica, których można unikać. C. wspomina o 12 obserwowanych chorych, których nie tamponowano. U kilku z nich śmierć nastąpiła wskutek ujścia krwi, innych zdołano uratować po przebyciu niebezpiecznego okresu niedokrwistości dzięki zatamowaniu krwi za pomocą tamponów.

Do tamponowania S. używa paski gazy zmoczone coagulenem. Na 6 dni przed operacją chory otrzymuje przetwory wapniowe. Podług autora lepiej jest tamponować, aniżeli operować podług metody Thompson-Walkera, polegającej na otwarciu pęcherza, a następnie usunięciu gruczolaka i dokonaniu korektury gruczołu krokowego. Autor przy operacji naczynia zaopatrywał w podwiązki.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynäkologie.

Tom 130, z. 2.

H. Dehler: *Ginekologiczny rak rentgenowski. (Das gynäkologische Röntgencarcinom).* Rak rentgenowski, ginekologiczny nie istnieje; to znaczy, że nie znany jest przypadek nowotworu złośliwego narządu rodnego, który bezsprzecznie pozostawałby w związku przyczynowym z naświetlaniami rentgenowskiemi, zastosowanemi w celu leczenia cierpienia narządu rodnego natury dobrotliwej. Krytyczna ocena wszelkich bliższych okoliczności wyklucza również teoretyczną możliwość podobnej ewentualności. Dotychczas wogóle nie opisano żadnego przypadku, w którymby wskutek naświetlań rentgenowskich rozwinął się nowotwór złośliwy w jakimś narządzie wewnętrznym bez uszkodzenia skóry. Piśmiennictwo notuje 79 przypadków, w których w pewien czas po naświetlaniu, zastosowanem w celu leczenia cierpienia ginekologicznego, stwierdzono raka narządu rodnego. W szczególności są to przypadki następujące:

a) 3 przypadki raka skóry powłok brzusznych.

Są to przypadki typowego raka skórnego, powstałego na tle uszkodzenia skóry promieniami, których nie można uważać za raki ginekologiczne.

b) 2 przypadki raka sromu.

W obu przypadkach stosowano naświetlanie z powodu świądu sromu, które to cierpienie samo przez się usposabia do powstawania raka.

c) 2 przypadki raka sutka.

W jednym przypadku były to przerzuty raka obu rąk; w drugim przypadku rozwinął się rak na tle gruźlicy.

d) 10 przypadków guzów jajnika i

e) 62 przypadki raka macicy.

W stosowaniu dawki janikowej brak jest warunków techniczno-fizykalnych jakoteż koniecznego odczynu ze strony jajnika i macicy któryby mógł wywołać proces nowotworowy złośliwy. Prawie w połowie przypadków sprawa złośliwa istniała w jajnikach i macicy już przed naświetlaniem, lecz jej nie rozpoznano.

4. Złośliwe nowotwory narządu rodnego, jako następstwo dawki kastracyjnej promieni, należą do wielkiej rzadkości. Materjał kliniki w Erlangen wykazuje, że na 2310 naświetlań dawką kastracyjną spostrzegano 2 przypadki raka macicy (0.09%); w szczególności tylko w jednym przypadku (0,04%) rozwinął się rak macicy dopiero po naświetlaniu.

5. Ogólne działanie promieni na cały ustrój nie zwiększa usposobienia ustroju do raka, raczej rzecz ma się przeciwnie tj., że naświetlanie zwiększa odporność organizmu na zachorowanie na raka.

6. Każdy przypadek raka powstały u kobiety nie miesiączkującej z powodu naświetlania, winien być ogłaszany z najdrobniejszemi szczegółami, gdyż tylko na podstawie dużej statystyki możliwe jest bliższe poznanie tej sprawy.

7. Z malemi wyjątkami jest naświetlanie jedynym środkiem leczącym krwawienia pochodzenia jajnikowego.

8. W każdym przypadku, w którym ma się stosować naświetlanie dawkę jajnikową, należy koniecznie wykonać wyskrobanie macicy a nawet próbne wycięcie z części pochwowej, aby móc wykluczyć z możliwie największą pewnością istnienie sprawy złośliwej. W przypadkach wątpliwych należy zamiast dawki jajnikowej zaaplikować dawkę rakową.

9. Utrzymywanie się krwawień macicznych po naświetlaniu albo ponowne ich wystąpienie w jakiś czas po naświetlaniu wzbudza podejrzenie na sprawę rakową.

Mahnert: *Wpływ rozwoju raka na czynność jajnika białej myszy.* Wpływ rozwijającego się raka na czynność jajników ocenial autor na podstawie okresowych zmian błony śluzowej pochwy sposobem Zondeka i Aschheima, jakoteż zmian histologicznych samego jajnika. Z badań tych wynika, że wpływ ten z początku jest pobudzający i uwidacznia się przedwczesnem wystąpieniem i przedłużeniem pobudzenia płciowego, w jajniku zaś nadmiernem dojrzewaniem pęcherzyków. W następnym okresie działania wpływ ten jest wprost przeciwny i cechuje się przedłużeniem okresu międzymiesiączkowego a w jajniku stwierdzić wówczas można znaczną ilość pęcherzyków niedojrzałych i prawie zupełny brak pęcherzyków dojrzałych jakoteż ciałka żółtego. To działanie komórek rakowych na czynność jajnika tłumaczy autor jako działanie ciała obcego, posiadającego pewien właściwy składnik. Dopóki organizm ma dosyć sił, aby działanie to niweczyć, nie widzimy poważniejszych zaburzeń czynności ani uszkodzeń jajnika. Z chwilą, gdy organizmowi sił tych zabraknie, uwidacznia się wpływ komórek rakowych i produktów ich rozkładu i wtedy występują wspomniane zaburzenia czynnościowe i zmiany anatomiczne w jajniku. Zmiany te zdaniem autora powstają pod wpływem działania ilości ciał białkowych i kwasów tłuszczowych, które wytwarzają się w dużej ilości wskutek przedostania się do organizmu tkanki rakowej.

Fürst: *Dzisiejszy stan sprawy naświetlania w leczeniu raka szyi macicy.* Z odpowiedzi 36 klinik niemieckich, nadesłanych na żądanie autora wynika, że tylko w 6 klinikach stosuje się wyłącznie naświetlania w leczeniu raka macicy. Kliniki te stosują tak naświetlania rentgenowskie jakoteż i radem. Autor zwraca uwagę, że wynik naświetlania zależy w dużym stopniu nie tylko od pewnych czynników biologicznych, ale i od opanowania techniki naświetlania. Jako dawkę leczniczą promieni uważa taką najwyższą dawkę, którą można zaaplikować chorej bez wywołania uszkodzeń miejscowych lub ogólnych. Udoskonalenie i opanowanie techniki nie zawsze daje wgląd należyty w stosunki biologiczne. Nie odpowiada rzeczywistości zapatrywanie, że zdwojenie obciążenia rury rentgenowskiej przy tem samem napięciu powoduje dwa razy tak silne działanie biologiczne.

Autor omawia następnie wyniki leczenia raka macicy na klinice w Zurychu. Zasadniczo klinika ta operuje. Z obawy przed technicznemi trudnościami w czasie operacji nie stosuje również naświetlania radem przed operacją. Natomiast stosuje naświetlanie Roentgenem i to 6 tygodni przed operacją. Naświetlania te powodują oczyszczenie się owrzodzenia nowotworowego. Jeżeli badanie drobnowidowe stwierdzi, że operowano w tkance zdrowej to następowo stosuje się naświetlania tylko w przypadkach nawrotu. W razie stwierdzenia, że operowano w tkance chorobowo zmienionej, stosuje się zawsze naświetlania zaraz po operacji. Z uwagi na możność powstania przerzutów nie podziela autor zapatrywania Thiesa, aby zostawiać przy operacji jajniki.

W przypadkach leczonych samemi naświetlaniami radzi stosować najpierw naświetlania rentgenowskie a następnie dopiero radem. Pod wpływem promieni Roentgena bowiem zmniejsza się guz nowotworowy, na który później promienie radu działają tem skuteczniej.

W końcu wypowiada autor zapatrywanie, że żaden z dotychczasowych sposobów leczenia raka macicy tj. operacja i naświetlanie nie zdobył sobie dotychczas prawa obywatelstwa.

Żaden bowiem z tych sposobów nie dostarczył dotąd przekonywujących dowodów, jakoby drugi sposób uważać należało za błąd w sztuce.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sprawozdanie doroczne z działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie za rok 1927—1928.

Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji założone w roku 1918 liczy obecnie 125 członków.

W roku sprawozdawczym Stowarzyszenie utraciło 3-ch członków: ś. p. Dr. Bernarda Hłasko, ś. p. Dr. Jana Michniewicza i ś. p. Dr. Ludwika Czarkowskiego, długoletniego prezesa Stow.

Przybyło 3-ch nowych członków: Dr. Rudolf Kozłowski, Prof. Dr. Stanisław Trzebiński i Dr. Helena Borowska.

Zebrań zwyczajnych odbyto 6, nadzwyczajnych 1.

Zebrania odbywały się w lokalu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego (Zamkowa 24).

Na zebraniach wygłoszono następujące odczyty:

1) Dr. Czarnecki: Wrażenia z podróży do Francji.

2) Dr. Kosiński: Wyniki badań antropologicznych nad czaszką i kośćmi Juljusza Słowackiego.

3) Dr. Czarkowski: O błędach djagnostycznych.

4) Dr. Rudziński: O kasach emerytalnych.

5) Dr. Doc. Safarewicz: O akcji sanitarnej na terenie Województwa.

6) Dr. Bohuszewicz: Ewakuacja rannych i chorych, a zwycięstwo.

Delegaci Stowarzyszenia brali stały udział w pracy poszczególnych komisji Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej.

Interwenjowano u Władz wojskowych w sprawie zezwolenia lekarzom wojskowym na wstępowanie do Stowarzyszenia.

W sprawach zawodowych interwenjowano w Związku Lekarzy Państwa Polskiego z powodu ogłoszenia przez Wojewódzki Wydział Zdrowia Publicznego konkursu na stanowiska pracujących tam uprzednio 8-miu lekarzy.

W porozumieniu z Kołem Medyków U. S. B. postanowiono utworzyć Biuro Pracy dla medyków i młodych lekarzy, aby zachować placówki na prowincji dla lekarzy polaków, oraz wykorzystać zawiadomienia o posadach napływające do Zarządu Stowarzyszenia. Dotychczas funkcje Biura Pracy pełniła w myśl statutu Rada Stowarzyszenia.

Z powodu śmierci członka założyciela Stow. ś. p. Dr. Michniewicza delegowano z ramienia Stowarzyszenia Dr. Zawadzkiego i Dr. Załuską do komitetu mającego na celu utworzenie stałej zapomogi dla córki ś. p. Dr. Michniewicza do czasu ukończenia przez nią studjów.

W związku z omawianą często sprawą dalszego istnienia Stowarzyszenia postanowiono nawiązać pertraktacje z jednym z klubów wileńskich celem uzyskania lokalu klubowego dla zebrań Stow., co dałoby możność zbliżenia członków Stow. na gruncie towarzyskim.

Wybrano na członka honorowego Stowarzyszenia Dr. Stanisława Gracjana Peszyńskiego z okazji 50-lecia jego pracy lekarskiej.

W końcu roku sprawozdawczego Stow. poniosło ciężką stratę, zmarł długoletni prezes Stowarzyszenia oraz znany w Wilnie działacz społeczny ś. p. Dr. Ludwik Czarkowski. Jeszcze za życia ś. p. Dr. Czarkowskiego Zarząd Stowarzyszenia postanowił wybrać go na honorowego prezesa, jednakże szybki przebieg choroby zmarłego uniemożliwił zwołanie Walnego Zebrania, któreby tą decyzję zaakceptowało.

Pragnąc uczcić pamięć ś. p. Dr. L. Czarkowskiego i jego zasługi na polu pracy społecznej i lekarskiej, Stowarzyszenie wy-

asygnowało 500 złotych na pomnik ś. p. Dr. L. Czarkowskiego, oraz przystąpiło do utworzonego Komitetu z delegatów licznych organizacji społecznych, w których pracował ś. p. Dr. Czarkowski w celu uzyskania większych funduszów na budowę pomnika.

Prócz tego uchwalono stałą zapomoge dla wdowy po ś. p. Dr. Czarkowskim w wysokości 50 złotych miesięcznie, oraz zdecydowano zorganizować uroczystą akademję ku czci zmarłego łącznie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk, Związkiem Bibljotekarzy i Towarzystwem Lekarskim.

Wobec tego, że w roku bieżącym upłynęło 10 lat od założenia Stowarzyszenia uchwalono zorganizować uroczyste posiedzenie, na które polecono Dr. Bądzyńskiemu opracować historję Stowarzyszenia.

Sprawozdanie Kasowe: I Kasa Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie: Przychód: 1) Pozostałość z roku ubiegłego złotych 96.55, 2) Wpłynęło ze składek członkowskich zł 560.45, Razem zł 657. — Rozchód: 1) wydatki kancelaryjne zł 57.20, 2) powiadomienia o zebraniach zł 80.15, 3) ofiara na rzecz Polsk. Czerw. Krzyża zł 50, 4) ogłoszenia o śmierci 4-ch członków Stow. i wieniec zł 278.10, 5) koszta wynajęcia lokalu na zebrania Stow. zł 30, razem zł 495.45. Saldo na 16 listopada 1928 r. zł 161.55, w przychodzie.

II Kasa wsparcia dla lekarzy i ich rodzin: Przychód: 1) Pozostałość z roku ubiegłego zł 1490.25, 2) Wpływy: a) ze składek członkowskich zł 1041.25, b) ze zwrotu pożyczek zł 1000, c) z jednorazowych ofiar zł 10, d) z procentów od funduszów zł 31.20, razem zł 3572.65. — Rozchód: 1) Zapomoga wdowie po lekarzu członku Stowarzyszenia zł 600, 2) Pożyczki członkom Stow. zł 650, razem zł 1250. Saldo na 16 listopada 1928 r.: a) w gotówce zł 2322.65, b) zobowiązania 4-ch członków do zwrotu pożyczek zł 700, c) 10 obligacyj Serji II Premjowej pożyczki dolarowej, d) 3 obligacje 5% Państw. Pożyczki Konwersyjnej po 10 zł każda.

III Kasa zapomogowa Medyków Polaków U. S. B. Przychód: 1) Pozostało z roku ubiegłego zł 47.50, 2) Wpłynęło ze składek członkowskich zł 520, razem zł 567. 50. Suma ta całkowicie została przekazana skarbnikowi Kasy Zapomogowej Medyk. Pol. Stud. U. S. B.

Prezes: *Dr. Leon Klott*, I Sekretarz: *Dr. Zofja Tyszkówna*.

LISTY DO REDAKCJI.

Do JWPana Redaktora „Polskiej Gazety Lekarskiej" we Lwowie.

Komitet Organizacyjny Zjazdu Lekarzy Kresowych w roku bieżącym w Łucku uprzejmie prosi o pomieszczenie w najbliższym numerze Pańskiego poczytnego pisma następującego sprostowania:

W sprawozdaniu ze Zjazdu wśród osób i instytucyj, które nadesłały gratulacje Zjazdowi, został pominięty Dr. Bączkiewicz, Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, — co niniejszem prostujemy.

Sekretarz Zjazdu: *Dr. L. Radwański.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo popierania badań mózgu. W dniu 19 listopada o godzinie 9-tej wieczorem w lokalu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnetrznych odbyło się inauguracyjne posiedzenie członków-założycieli Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu w składzie następującym: Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, który jednocześnie reprezentował na posiedzeniu niemogących wziąć udziału w posiedzeniu z przyczyn służbowych: Pana Ministra Spraw Wewnętrznych dra Felicjana Sławoj-Składkowskiego i Dyrektora Departamentu dra Eugenjusza Piestrzyńskiego; dr. Witold Przywieczerski, naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowisk; dr. Witold Łuniewski, dyrektor Państwowego Zakładu Psychjatrycznego w Tworkach; dr. Witold Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego i dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny; prof. Jan Mazurkiewicz, dyrektor kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, prof. Kazimierz Orzechowski, dyrektor kliniki neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego; prof. Mieczysław Konopacki, dyrektor Zakładu Histologicznego Uniwersytetu Warszawskiego, i dr. Maksymiljan Rose, kierownik oddziału cytoarchitektonicznego Instytutu Badania w Berlinie.

Po zagajeniu posiedzenia przez dr. Adamskiego na przewodniczącego został wybrany przez aklamację prof. Mazurkiewicz.

Na wniosek przewodniczącego został przyjęty następujący porządek dzienny posiedzenia inauguracyjnego:

1. Odczytanie statutu Towarzystwa, zarejestrowanego w dniu 17 listopada przez Komisarza Rządu m. st. Warszawy, p. n. „Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu".
2. Wybór władz Towarzystwa: zarządu i komisji rewizyjnej.
3. Program działalności Towarzystwa na najbliższą przyszłość.

Na pierwszy okres trzylecia do zarządu zostali powołani: prof. Mazurkiewicz, prof. Orzechowski, prof. Konopacki, dr. Adamski, dr. Chodźko i dr. Łuniewski. Do Komisji Rewizyjnej: dr. Piestrzyński, dr. Przywieczerski i doc. dr. Pieńkowski.

Wychodząc z założenia, że celem Towarzystwa jest popieranie badań naukowych mózgu, a w szczególności badań budowy mózgu i jego czynności, przyczyn chorób nerwowych i psychicznych oraz sposobów zapobiegania i leczenia tych chorób (§ 2 statutu), a dla zrealizowania wymienionych zadań Towarzystwo winno w myśl statutu założyć i utrzymywać „Polski Instytut Badań Mózgu", którego celem będzie prowadzenie naukowych prac badawczych i doświadczalnych w zakresie działalności Towarzystwa, wydawanie drukiem prac naukowych oraz urządzanie odczytów i zebrań dyskusyjnych z tej dziedziny nauki (§ 3 statutu). Zebrani członkowie-założyciele powierzyli wybranemu zarządowi opracowanie regulaminu szczegółowego, określającego zakres działania Instytutu.

Na tem inauguracyjne posiedzenie Towarzystwa zostało zamknięte.

Kurs dla kontrolerów sanitarnych. Dnia 11 lutego 1929 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny II-gi 4-ro miesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie wyszkolenie w wykonywaniu inspekcji otoczenia (t. zn. ustępów, studni, podwórzy, domów, mieszkań itp.), wykonywaniu nadzoru nad produktami spożywczymi, pobieraniu prób do analizy wody, produktów spożywczych itp., wykonywaniu dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji itp.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia laboratoryjne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucji i urzędów sanitarnych itp.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwo z ukończenia 4 klas gimnazjalnych, lub conajmniej 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby już pracujące w urzędach sanitarnych państwowych lub samorządowych na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych itp.

Urzędy sanitarne, zainteresowane w odpowiednim wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonarjuszy, w drodze udzielenia im płatnego urlopu lub przez udzielenie stypendjum dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł.

Słuchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny.

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, oraz odpisów świadectw szkolnych, względnie zaświadczeń z poprzedniej pracy, należy nadsyłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 10 stycznia 1929 r.

Państwowa Szkoła Higjeny. W tych dniach odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny uroczystość zamknięcia 5-cio tygodniowego kursu wychowania fizycznego dla lekarzy, zorganizowanego przy pomocy Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego.

Na kurs uczęszczało 42 lekarzy, w tem 13 lekarek. Lekarzy wojskowych brało udział 12, lekarzy szkolnych 9.

Zamknięcia kursu dokonał Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny, Dr. W. Chodźko, poczem przemawiał Płk. Ulrych, Dyrektor Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego. W imieniu słuchaczów dziękowali organizatorom i wykładowcom kursu p. Dr. Raciążek i Ppłk. Dr. Kawiński. Po zamknięciu odbyło się zebranie towarzyskie.

Polski Komitet walki z reumatyzmem. Dnia 8-go grudnia b. r. odbyło się w Państwowym Instytucie Higieny, pod przewodnictwem b. Ministra Dra Witolda Chodźki, posiedzenie Plenarne Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem, w którem prócz członków miejscowych wzięli udział: P. Senator Prof. Dr. Mierzejewski z Poznania oraz P. Prof. Dr. Korczyński z Krakowa.

Zgodnie z porządkiem dziennym przedłożył projekt prac Komitetu na rok 1929 Dr. Kłuszyński, Lekarz Nacz. Ogólno Państw. Kas Chor., przyczem w projekcie omówione zostały następujące punkty:

I. Komitet ma za zadanie podjęcie inicjatywy do badań naukowych na polu walki z reumatyzmem według uznanych przez Międzynarodową Ligę Przeciwreumatyczną zasad uwzględniających właściwości każdego kraju, klimatu i ludności.

II. Projektodawca przedkłada formularz historji choroby, ustalony przez Międzynarodową Ligę Przeciwreumatyczną.

III. Ujednostajnienie mianownictwa reumatyzmu, choćby miało ono mieć tylko charakter tymczasowy.

IV. Projekt statystycznego ujęcia chorób reumatycznych z uwzględnieniem płci, wieku, przeciętnego czasu trwania choroby, ilości dni niezdolności do pracy i t. d.

V. Komitet opracuje plan zdążający do utworzenia specjalnych oddziałów do badania i leczenia chronicznych cierpień reumatycznych.

VI. Z tego samego założenia wychodząc, Komitet przeprowadzi badania naszych Zdrojowisk, Zakładów Zdrojowych, czy odpowiadają wymaganiom leczniczym i higjenicznym.

VII. Polski Komitet Walki z Reumatyzmem porozumie się z Dyrektorami Klinik, celem zorganizowania Kursów Dokształcających w djagnostyce, terapji i orzecznictwie chorób reumatycznych.

VIII. Komitet opracowuje plan propagandy o reumatyzmie, gdyż o chorobie tej wiedzą tylko ci członkowie naszego społeczeństwa, którzy przechodzili ją osobiście.

IX. Komitet rozwinie energiczną akcję, celem uzyskania jaknajwiększej liczby czynnych członków, przedewszystkiem z pośród Dyrektorów Klinik i Szpitali, a zwłaszcza internistów, chirurgów, ortopedów i neurologów.

W dyskusji, jaka się wywiązała zabierali głos: Doc. Dr. Szenajch z punktu widzenia reumatyzmu dziecięcego, proponując uzupełnienie wykazu chorób reumatycznych przez chorcę.

Prof. Korczyński radzi powstrzymać się tymczasowo z organizowaniem Kursu Dokształcającego i poprzestać narazie na wydaniu monografji naukowej o reumatyzmie, której redakcję uchwalono powierzyć dwóm członkom Komitetu.

W sprawie przystąpienia do Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej z Centralą w Amsterdamie, do której należy już obecnie 26 państw, — na wniosek b. Ministra Dra Chodźki uchwalono powstrzymać się narazie z akcesem polskiego Komitetu, aż do chwili rozwinięcia realnej akcji przeciwreumatycznej.

Uchwalono ponadto powierzyć Dr. Kłuszyńskiemu opracowanie artykułu popularnego dla „Przeglądu Zdrojowego", Prof. Korczyńskiemu wystosowanie imieniem Komitetu Memorandum w sprawie powołania specjalnego Inspektoratu Balneologicznego.

Ponadto uchwalono zapoczątkowanie badań nad reumatyzmem zawodowym (u górników), jak również dokonano szeregu poprawek w przedstawionym przez Dra Kłuszyńskiego projekcie historji choroby, poczem posiedzenie zamknięto.

Dnia 12-go u. m. rozpoczął się w Państwowej Szkole Higieny III-ci kurs uzupełniający dla lekarzy z zakresu trachomatologji i organizacji społecznej walki z jaglicą.

Na kurs wpłynęło przeszło 100 zgłoszeń lekarzy ze wszystkich województw.

Ze względów technicznych, Państwowa Szkoła Higieny mogła przyjąć na kurs tylko 60-ciu lekarzy.

S t o w a r z y s z e n i e L e k a r z y P o l s k i c h. W piątek, 14 grudnia w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyło się posiedzenie odczytowo-dyskusyjne, na którem, po komunikatach Zarządu, wygłoszono odczyty: 1) Dr. Stanisław Kopczyński: Współczesny stan higjeny szkolnej w Polsce. 2) Dr. Marjan Roszkowski: Stan opieki higjeniczno-lekarskiej w szkolnictwie powszechnem m. st. Warszawy.

Z a r z ą d I z b y L e k a r s k i e j W a r s z a w s k o - B i a ł o s t o c k i e j zawiadamia, że nowy Statut Kasy Pogrzebowej zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską wchodzi w życie od dnia 31 grudnia 1928 r.

K u r s a n a l i z l e k a r s k i c h. Dnia 14 stycznia 1929 r. Państwowy Zakład Higjeny rozpoczyna 5-cio miesięczny kurs analiz lekarskich. W Polsce nie było dotychczas tego rodzaju kursów. Chcący zapoznać się z tą gałęzią wiedzy musieli wyjeżdżać do Wiednia, Paryża, Berlina.

Program kursu obejmować będzie w zasadzie całokształt badań, potrzebnych dla wykonywania analiz lekarskich:

a) z bakterjologji: djagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych (błonicy, gruźlicy, duru brzusznego, czerwonki i t. p.),

b) z serologji: serodjagnostykę chorób zakaźnych (reakcja Widala, Weil-Felix'a), serodjagnostykę kiły i t. p. (odczyn Wassermanna, Sachsa-Georgiego, Kahna),

c) z mikroskopji klinicznej: hematologję, badania na zimnicę, krętkowice, robaki, grzybki chorobotwórcze,

d) badania chemiczne i mikroskopowe moczu, kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków i t. p.,

e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi (oznaczenie azotu, mocznika, kwasu moczowego, cukru i t. p.).

Zajęcia trwać będą od 9-tej do 3-ciej popołudniu. Wykłady 1—2 godziny dziennie, reszta zajęcia praktyczne. Kończący kurs otrzymywać będą świadectwa, stwierdzające, że są pod względem fachowym przygotowani do wykonywania badań lekarskich. Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kursy: ukończone studja wyższe: 1) lekarskie, 2) farmaceutyczne, 3) przyrodnicze, 4) chemiczne. Kandydaci, nie posiadający wyższych studjów, mogą być przyjmowani jako wolni słuchacze. Opłata za kurs wynosić będzie: wpisowe 100 zł, następnie 90 zł miesięcznie.

A g r y k o l a — P a r k i e m J o r d a n o w s k i m. Sprawa przekształcenia Parku Sobieskiego w Warszawie na wzorowy park Jordanowski wchodzi na realne tory. W najbliższym czasie w imieniu Ministerstwa W. R. i O. P. przejmuje park od Związku Polskich Związków Sportowych specjalna komisja Kuratorjum Szkolnego Warszawskiego, złożona z trzech członków z Dr. Mitkewiczem na czele. Przejęcie faktyczne jednak nastąpi dopiero po załatwieniu strony prawnej. Biuro projektów PUWF opracowuje odpowiednie urządzenia na terenie Parku. Park podzielony będzie na dwie części, roboty w pierwszej części będą ukończone w roku bieżącym. Przewidziane są specjalne boiska dla koszykówki, siatkówki, hazeny, tory saneczkowe i t. d. Dotychczasowe boisko i bieżnia będą nadal służyły do użytku klubów

O t w a r c i e p i e r w s z e g o b a s e n u p ł y w a c k i e g o w W a r s z a w i e. W listopadzie odbyło się uroczyste otwarcie i oddanie do użytku nowego basenu pływackiego przy ul. Łazienkowskiej wybudowanego staraniem P. U. W. F. Po raz pierwszy basen został napełniony wodą w obecności szeregu przedstawicieli władz i rganizacyj sportowych.

Basen posiada wymiary 50 × 25 metrów, głębokości 4,50 m pod skocznią, a 1,20 w przeciwległym końcu. Cały budynek wykonany jest z żel-betonu, posiada szatnię i wszelkie urządzenia sportowe. W okresie zimowym zostanie prawdopodobnie urządzona na terenie basenu ślizgawka. Uroczyste poświęcenie basenu odbędzie się dopiero na wiosnę roku przyszłego.

Zaznaczyć należy ż w ten sposób Warszawa pozyskała pierwszy basen pływacki. Przepisowe wymiary tego basenu pozwolą na organizowanie w nim wszelkich zawodów międzynarodowych a m. in. trójmeczu słowiańskiego, meczu Polska-Belgja i t. p.

Kraków.

O t w a r c i e p a r k u g i e r i z a b a w s p o r t o w y c h i m. B a r t ł o m i e j a N o w o d w o r s k i e g o w K r a k o w i e. Jednym z żywych pomników niepodległości w Krakowie jest park gier i zabaw sportowych im. Bartłomieja Nowodworskiego. Otwarcia parku dokonano na pl. Groble. Uroczystość tę obchodziła młodzież gimnazjum państwowego im. Nowodworskiego. Park ten powstał dzięki staraniom dyrekcji gimnazjum, oraz komitetów: obywatelskiego i rodzicielskiego. Tereny boiska parkowego podzielono na dwie części, dla uczniów i uczenic i obejmują one obok bieżni, także rzutnie, skocznie i urządzenia dla gier ruchowych. Przewidziane również jest zbudowanie w przyszłości dwóch trybun.

Na uroczystość otwarcia przybyli przedstawiciele władz miejskich z wiceprezesem Dr. Schneidrem, kurator Dr. Kupczyński, dyrektorzy wszystkich szkół średnich, przedstawiciele wojskowości, towarzystw sportowych i młodzież szkolna. Po dokonaniu poświęcenia przez ks. Dr. Ciaputę, przemówił Dr. Schneider, poczem orkiestra gimnazjalna odegrała hymn państwowy. Następnie przemówił Dr. Kupczyński, a imieniem komitetu rodzicielskiego jen. Czikiel i dyr. Zachemski, wreszcie jeden z uczniów. W czasie uroczystości obok orkiestry odśpiewały chóry gimnazjum i seminarjum im. Preissendanza szereg pieśni.

Lwów.

L w o w s k a I z b a L e k a r s k a, na zasadzie uchwały Zarządu Izby z 12 grudnia 1928 r., zmieniła sposób pobierania należności izbowych od członków zamieszkałych we Lwowie. Mianowicie zamiast wysyłać inkasenta, co się okazało niepraktyczne, będą Kolegom przesyłane perjodycznie blankiety P. K. O. wraz z wykazem przypadających należności.

Prezydjum Izby zwraca się do Kolegów z gorącą prośbą, ażeby po otrzymaniu blankietów zechcieli niezwłocznie wysyłać wykazaną sumę, przez co ułatwia w wysokim stopniu pracę Zarządu Izby.

Poznań

Wychowanie fizyczne na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu. Z inicjatywy dyrektora działu P. W. K. „Higjena, Wychowanie Fizyczne, Opieka Społeczna", ppłk. Dra Osmólskiego, odbyło się, pod przewodnictwem prof. Dra Piaseckiego posiedzenie Grupy Wychowania Fizycznego i Sportu. Grupa ukonsytuowała się, wybierając przewodniczącym p. Wolskiego (Sokół), zastępcą radnego m. Stürmera (org. sportowe), sekretarzem por. Kaseję (Centr. Szk. Wojsk. W. F). Stwierdzono duże zainteresowanie się instytucyj i związków, tak, że grupa ta zajmie poczesne miejsce w budującym się przy ul. Śniadeckich wspaniałym gmachu Miejskiej Szkoły Handlowej.

Walne Zebranie Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej odbyło się w Poznaniu. Po zagajeniu przez prezesa Ligi, prof. E. Piaseckiego, wybrano przewodniczącym radcę Starostwa kraj., Cybulskiego, zastępczynią zaś p. Wojniewiczównę (del. Zjednoczenia Młodzieży Żeńskiej). Tegoroczne obrady Ligi świadczą o znacznem pogłębieniu i wszechstronnem nieomal ujęciu zagadnienia alkoholu. Wśród obecnych byli delegaci Starostwa Krajowego, Wydziałów powiatowych, burmistrzowie miast; życzenia nadesłali: rektor Uniwersytetu Poznańskiego, Towarzystwo Szkoły Ludowej w Krakowie i in.; byli uczestnicy obrad z Warszawy, Łowicza, Płocka, z Podhala, Katowic, z Gniezna, Kościana oraz reprezentanci 4 dzienników. Na komisji kobiecej było około 25 pań, na komisji prawno - gospodarczej 15 osób, na komisji opieki społecznej nad alkoholikami było zgórą 50 osób, co świadczy o żywem zainteresowaniu się tem naglącem niestety zagadnieniem. Owocem obrad komisyjnych są doniosłe rezolucje, a to w sprawie dostawy dobrego mleka, przestrzegania ustawy przeciwalkoholowej, założenia „Domu Trzeźwości" w Poznaniu, gospód bezalkoholowych, poradni dla alkoholików i t. d. Zebranie dokonało zmian statutu Ligi, zmierzających do sprawniejszej działalności tej tak pożytecznej organizacji.

Polskie Towarzystwo Antropologiczne. Dnia 15-tego grudnia b. r. odbyło się walne zebranie Polskiego Towarzystwa Antropologicznego z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokołu poprzedniego zebrania. — 2) Wybór Zarządu. — 3) Odczyt Dr. Michała Ćwirko-Godyckiego p. t.: „O linji skroniowej pod względem antropologicznym". — 4) Wykład Prof. Dr. Adama Wrzoska p. t.: „Rzut oka na rozwój antropologji w Polsce w bieżącem stuleciu".

Wilno.

Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. (Okólnik Nr. 2). Od chwili wydania w kwietniu ub. r. pierwszego okólnika w sprawie Zjazdu prace przygotowawcze Komitetu Organizacyjnego posunęły się następująco:

I. Termin Zjazdu ustalono na dnie 26—29 września 1929 r.

II. Sekcje Naukowe zorganizowały się w sposób następujący:

Sekcja Nr. 1. (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przewodniczący: prof. dr. Wiktor Staniewicz; zastępcy przewodniczącego: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski.

Sekretarz: Prof. dr. Juljusz Rudnicki, zast. sekretarza, prof. dr. Stefan Kempisty. Adres biura Sekcji: Obserwatorjum Astronomiczne U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przewodniczący: prof. Kazimierz Sławiński, zast. przew.: prof. dr. Edward Bekier, sekretarz Magister Osman Achmatowicz, Biuro: Zakład Chemji Organicznej U S. B. ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologji, geofizyki, geografji, mineralogji i paleontologji). Przewodniczący: prof. dr. Bronisław Rydzewski, sekretarz dr. Paweł Radziszewski. Biuro: Zakład Geologji U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologji, antropologji i biologji). Przewodniczący: prof. dr. Jerzy Alexandrowicz, sekretarz prof. dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przewodniczący: prof. dr. Józef Trzebiński, zastępca przewodniczącego: prof. dr. Piotr Wiszniewski, sekretarz Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki rolniczej U. S. B. ul. Zakrętowa 1. (Collegjum im. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo - dydaktyczny). Przewodniczący dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 11), zast. przewodniczącego dr. Aleksander Dmochowski, (ul. Mała Pohulanka 1), sekretarz Zygmunt Hryniewicz, nauczyciel gimn. ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo - rolnicza). Przewodniczący: prof. dr. Stefan Bazarewski, sekretarz inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. Zakrętowa 1.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Opoczyński, zastępca: prof. dr. Sergjusz Schilling - Siengalewicz, sekretarz dr. Zygmunt Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji Patologicznej U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologji, higjeny i medycyny społecznej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Karaffa - Korbut, zastępcy prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman, sekretarz doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład higjeny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10. (Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przewodniczący: prof. dr. C. Traczewski, zastępca przewodniczącego prof. dr. M. Eiger, sekretarz dr. M. Jagodowski. Biuro: Zakład fizjologji U. S. B. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przewodniczący: prof. dr. Z. Orłowski, zast. przew. dr. Leon Klott, sekretarze dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. — Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12. (Chirurgji i radjologji). Przewodniczący prof. dr. K. Michejda. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Otolaryngologji). Przewodniczący prof. dr. J. Szmurło, zastępca przewodniczącego dr. F. Świeżyński, sekretarze: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna. Antokol.

Sekcja Nr. 14. (Pedjatrji). Przewodniczący prof. dr. W. Jasiński, sekretarz dr. H. Kaulbersz - Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci. Antokol, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 15. (Chorób nerwowych). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Władyczko, sekretarz dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 16. (Psychjatrji). Przewodniczący prof. dr. R. Radziwiłłowicz, sekretarz dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B., Letnia 5. Antokol.

Sekcja Nr. 17. (Okulistyki). Przewodniczący prof. dr. J. Szymański, zastępca przew. dr. Halicki, sekretarz dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 18. (Ginekologji i położnictwa). Przewodniczący prof. dr. W. Jakowicki, sekretarz dr. W. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. ul. Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 19. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przewodniczący dr. Hanusowicz, zastępca przew. dr. M. Mienicki, sekretarz dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Stomatologji) — dotąd nie zorganizowano.

Sekcja Nr. 21. (Historji i filozofji medycyny). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Trzebiński. Biuro: Seminarjum historji medycyny U. S. B. Kolegjum Świętojańskie.

Sekcja Nr. 22. (Medycyny wojskowej) — dotąd nie zorganizowana.

Sekcja Nr. 23. (Nauk farmaceutycznych). Przewodniczący profesor Jan Muszyński, sekretarz inż. W. Strażewski. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 24. (Weterynarji) — dotąd niezorganizowana.

Podając powyższe do wiadomości wszystkich, mających zamiar wziąść udział w Zjeździe, Komitet organizacyjny prosi, by w sprawach naukowych zgłaszano sie do przewodniczących poszczególnych sekcyj. W sprawach sekcyj dotąd niezorganizowanych, jakoteż w sprawach ogólnych zwracać się należy do sekretarza generalnego. Prof. Michejda, sekretarz generalny. Prof. Januszkiewicz, przewodniczący.

Z kraju.

Sezony zimowe w uzdrowiskach polskich. Z roku na rok wzmaga się w społeczeństwie zrozumienie wartości leczniczej sezonów zimowych w naszych uzdrowiskach, równocześnie zaś ze zrozumieniem tem rośnie ilość korzystających z tych sezonów.

Powiększa się też liczba uzdrowisk prowadzących sezony zimowe.

Wartości sezonów tych są znaczne: pogoda w uzdrowiskach naszych, położonych zwłaszcza w Karpatach, jest zimą bardzo piękna; silne opady śnieżne, brak wiatrów, wielkie nasilenie promieni słonecznych, spokój i cisza stanowią doskonałe warunki odpoczynku i leczenia. Odpowiednia ilość należycie dla celów zimowych wyposażonych mieszkań umożliwia łatwe zyskanie pomieszczenia i należytą aprowizację.

Ceny mieszkania i utrzymania w sezonach zimowych, podobnie jak wysokość taks kuracyjnych i opłat kąpielowych naogół są znacznie niższe od cen pobieranych w sezonach letnich.

Celem poinformowania społeczeństwa o warunkach korzystania z sezonów zimowych w poszczególnych, czynnych w zimie, uzdrowisk polskich podajemy następujące szczegóły.

Właściwości leczniczych poszczególnych uzdrowisk nie podajemy, przypuszczamy bowiem, iż znane są one tym, którzy w uzdrowiskach pragną spędzić zimę.

Bystra obok Białej, woj. krakowskie, pow. Biała. 370 m. n. p. m. St. kol. Wilkowice - Bystra na szlaku Dziedzice - Żywiec o dwa kilometry od zimowiska. Sezony całoroczne. Taksy klimatycznej w zimie niema. Cena pokoi z utrzymaniem 12 — 15 zł, ponadto opał 80 gr dziennie. Światło elektryczne.

Pensjonaty: Franciszka Pawlusia i Dra M. Szarewskiego.

Jaremcze, woj. Stanisławów, pow. Nadwórna. 525 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Początek sezonu zimowego 15 grudnia. Sezon trwa do 31. III. Taksa klimatyczna 12 zł. Dla członków Pol. Tow. Tatrzańskiego 3 zł. Pokoje z utrzymaniem 8 — 9 zł., ponadto za usługę 5%, światło elektryczne 30 gr. opał 1 zł. dziennie. Narciarze korzystać mogą ze specjalnego schroniska prowadzonego przez Komisję Klimatyczną, w którem koszta pomieszczenia i całkowitego utrzymania wynoszą 5 — 6.70 zł. dziennie.

Pensjonaty: Lwigród, Marta, Raj, Kamień Dobosza, Zygmuntówka, Fila i Tilla.

Jaworze na Śląsku, woj. śląskie, pow. bielski. 352 m. n. p. m. St. kol. Jasienica na szlaku Bielsko - Cieszyn. Około 3 km od zimowiska. Sezon cały rok. Taksy klimatycznej w zimie niema. Czynny Zakład Leczniczy im. Dra Czopa. Cena pokoju z utrzymaniem od 11 — 14 zł. ponadto za opał dziennie 80 gr i 5% za usługę.

Kosów, woj. stanisławowskie, powiat Kosów za Kołomyją. 346 m. n. p. m. St. kol.: Kołomyja o 32 km i Zabłotów o 28 km obie na szlaku Lwów - Stanisławów - Śniatyn Dojazd do zimowiska autobusem. Taksy klimatycznej w zimie niema. Czynna w zimie willa „Lubicz". Całodzienne utrzymanie 10 zł, za pościel 1 zł dziennie, za opał 50 gr, dodatek na służbę 3 zł tygodniowo.

Krynica, woj. krakowskie, pow. Nowy Sącz. 560 m. n. p. m. St. kol. Krynica w samem uzdrowisku. Sezon 1. XI. do 31. III. Taksa zdrojowa: za 2 tygodnie 17 zł, za 6 tygodni 32 zł. Urzędnicy państwowi: 7 i 12 zł. Zakład wydaje kąpiele mineralne (4,80 do 5.80 zł), borowinowe (2,20 — 7 zł), zabiegi wodo- i elektrolecznicze (2,40 — 3,80 zł). Cena pokoi w willach prywatnych 5 — 9 zł, ponadto 30 gr za światło, 1 zł za opał i 10% podatku gminnego. Całodzienne utrzymanie w pensjonatach I i II klasy 8 — 10 zł.

Pensjonaty: Alfredówka, Cis, Dewajtis, Dra Edelmana, Flora, Giewont, Goplana, Kryniczanka, Lotos, Lwigród, Małopolanka, Mimoza, Pogoń, Stella, Schwarza, willa Ułana, Witoldówka (Dra Skórczewskiego), Prezydent Wilson, Pod zegarem, Dra Zarzyckiego, Fogel, Bellemonte, Biariz i Kolleta.

Nałęczów, woj. lubelskie, pow. Puławy. 217 m. n. p. m. St. kol. Nałęczów. 3 i pół km od uzdrowiska. Ulgowy sezon zimowy od 15. XI. do 25. III. Cena trzechtygodniowego pobytu (mieszkanie, światło, opał, czterokrotny posiłek, porady lekarskie, wszystkie zabiegi lecznicze) 270 zł, ponadto 10% za usługę, względnie 15% o ile gość jada w pokoju. Taksa kuracyjna 7,50 od osoby. Dzieci do lat 8 Zakład nie przyjmuje. Za konie ze stacji do Zakładu 5 wzgl. 3 zł od osoby. Za bieliznę pościelową 60 gr dziennie. Osoby przybywające do Zakładu na czas krótszy niż 3 tygodnie płacą za pokój z utrzymaniem dziennie 14 zł prócz należytości dodatkowych wyżej wymienionych, a za zabiegi lecznicze od 1 zł. — 5 zł. Poza Zakładem jest czynny Hotel Centralny. Informacyj o pobycie w Nałęczowie udziela Dyrekcja Nałęczowa w Warszawie przy ul. Mianowskiego 4. (Kolonja Lubeckiego — dojazd tramw. 25) tel. 170 - 42.

Otwock, woj. warszawskie, pow. warszawski. 97 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Sezon całoroczny. Taksa klimatyczna za pobyt w willach prywatnych do 15 dni — 11 zł, do 30 dni — 15 zł, do 60 dni — 22 zł, do 90 dni — 28 zł. W sanatorjach, hotelach i pensjonatach I kat. i II kat. do 7 dni — 6 zł, względnie 5 zł, do 14 dni — 11 wzgl. 8 zł. do 30 dni — 18 względnie 14 zł. Za każdy następny miesiąc 15 względnie 12 zł od osoby. Dzieci do lat 10-ciu wolne od taksy. Pokoje z utrzymaniem w sanatorjach 20 — 24 zł dziennie od osoby, w pensjonatach I kl. 15 — 20 zł, II kl. 12 — 15 zł, III kl. 10 — 12 zł.

Pensjonaty I kl.: Łubieńskiej, Dra Perzyńskiego, Michałowskiej, Górewicza, Openchowskiego, Jankowskiej, Eugenja, Michelsona, Gelbfisza, Wachmana, Wachsa.

Rabka, woj. krakowskie, pow. Maków. 478 — 550 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Sezon od 15. XII. do 31. III. Taksa kuracyjna od dorosłych 3 zł tygodniowo, od dzieci do lat 15 — 2 zł miesięcznie. Kąpiele lecznicze wydają wille: Luboń, Orzeł, Szarotka, Primavera. Sanatorjum Dra Tomczyka. Ceny kąpieli zł 6 — 7. Ceny pokoi z utrzymaniem 10 — 18 zł. ponadto za opał zł 1.50 dziennie.

Wille i pensjonaty: Luboń, Orzeł, Szarotka, Stella, Liljana, Primavera, Goplana. Opatrzność, Bellevue, Sanatorjum Dra Tomczyka. Gimnazja i Zakłady wychowawcze: męskie: Dra Wieczorkowskiego, Dra Olszewskiego; żeńskie: Sióstr Nazaretanek i Szczukowej.

Szczawnica, woj. krakowskie, pow. Nowy Targ. 500 m. n. p. m. St. kol. Stary Sącz, skąd kryte autobusy pocztowe dwa razy dziennie do Szczawnicy Sezon zimowy od listopada do kwietnia o charakterze klimatycznym, bez picia wód, kąpieli i inhalatorów. Taksy zdrojowej niema. Cena pokoi z utrzymaniem, opałem i światłem od 13,50 — 14,50 dziennie.

Pensjonaty: Zdrojowy, Dra Kołączkowskiego, Pod Kraszewskim, Szalayowej, Poznanianka, Krumholzów.

Wisła, woj. śląskie, pow. Cieszyn. 428 — 600 m. n. p. m. St. kol. Polana o 5 km od zimowiska. Taksy klimatycznej niema. Cena pokoi z utrzymaniem od 10 — 12 zł. za opał 1 zł dziennie, dodatek na służbę 1 zł. Za zmianę pościeli 6 zł.

Pensjonat Bukowa, Hotel Piast.

Worochta, woj. stanisławowskie, pow. Nadwórna 750 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Sezon od 1 XI do 1. V. Taksa klimatyczna od głowy rodziny 10 zł, od członków rodziny po 7 zł, od dzieci powyżej lat 10-ciu zł 3. Cena pokoi z utrzymaniem od 9 — 12 zł, ponadto 5% za usługę, za opał 1 zł.

Pensjonaty: Lena, Pod Matką Boską, Słoneczna, Nad Prutem, Marja, Bożenka, Warszawianka, Howerla, Zdrowie.

Zakopane, woj. krakowskie, pow. Nowy Targ. 830 — 920 m. n. p. m. St. kol w miejscu. Uzdrowisko czynne cały rok. Główny sezon zimowy od 15. XII. do 31. III. Taksa kuracyjna za pobyt jednotygodniowy 8 zł, dwa tygodnie 12 zł, trzy tygodnie 16 zł, cztery tygodnie 20 zł, pięć tygodni 24 zł. Ponadto na fundusz regulacyjny za każdy tydzień pobytu 1 zł i jednorazowo na fundusz przeciwgruźliczy 1 zł.

Pensjonaty podzielone na 3 kategorje. Wszystkie są skanalizowane i elektrycznie oświetlone, pensjonaty zaś I i II kategorji mają centralne ogrzewanie i umywalnie z bież. ciepłą wodą w każdym pokoju. Ceny pokoi z utrzymaniem: w pensjonatach I kat. od 19,50 — 24 zł, w pensjonatach II kat. od 15,50 — 19,50 zł, III kat. od 13,50 — 16 50 dziennie. Ceny samych pokoi: I kat. od 9,50, II kat. od 6,75, III kat. od 5,50 dziennie, ponadto 5% dla służby i 1 zł za opał. Pokoje w hotelach: I kat. od 12 zł. II kat. od 8 zł, III kat. od 6 50 zł. ponadto 5% dla służby. W czasie Świąt Bożego Narodzenia wolno pensjonatom i hotelom doliczać 20% podwyżki, tytułem wyższych kosztów świątecznego utrzymania.

Sanatorjum Czerwonego Krzyża pobiera za pięciokrotny posiłek dziennie 13 zł. Za pokoje od 3 — 9 zł (jednoosobowe), i od 8 — 20 zł (za dwu i trzyosobowe). Za odkażanie jednego pokoju 10 zł. Za wstępne badanie lekarskie obowiązkowe 20 zł, natomiast stała opieka lekarska bezpłatnie. Dodatek na służbę 5%. Opłata dzienna za całość utrzymania z dodatkiem na służbę od 16 80 — 27,30 zł, od drugiej zaś osoby w tym samym pokoju 13.65 zł.

Sanatorja, wille i pensjonaty: Czerwonego Krzyża i Dra Hawranka, Hotel Bristol. Pensjonaty: Atlas, Kryta, Łubień I i II, Cyganka, Margot, Krywań, Nasza, Sienkiewiczówka, Staszeczkówka, Uciecha. Iinformacyj o Zakopanem udziela Towarzystwo Przyjaciół Zakopanego.

Zaleszczyki nad Dniestrem, woj. tarnopolskie, pow. w miejscu. 300 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Uzdrowisko czynne cały rok. W zimie nie pobiera taksy klimatycznej. Czynny w zimie pensjonat „Plaża".

Kuracjusze powracający ze wszystkich powyższych uzdrowisk (z wyjątkiem Bystrej, Jaworza i Kosowa) po 14 - dniowym pobycie korzystają z opustu 66% od ceny normalnej biletu kolejowego. Szczegółowych informacyj o każdem z uzdrowisk wymienionych udzielą na każde żądanie Związek Uzdrowisk Polskich w Warszawie, Aleja Szucha 8 ml. Tel. 409 - 74.

Zmarli.

Dr. Jan Woźnicki, lekarz naczelny warszawskich teatrów miejskich, lekarz fabryki „K. Rudzki i Ska", pełen poświęcenia w sprawie leczenia powierzonych jego pieczy licznych rzesz pracowników teatrów i ludności fabrycznej. Zmarł wWarszawie dnia 3 grudnia b. r. w wieku lat 65.

Szymon Dzierzgowski profesor higjeny Uniwersytetu Warszawskiego, były kierownik działu bakterjologji w petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej i późniejszy jego dyrektor zmarł w Warszawie.

Dr. Jan Moszkowicz długoletni wiceprezes Izby lekarskiej Lwowskiej, niestrudzony pracownik i jeden z głównych organizatorów tej instytucji, dla wysokiej wartości zalet osobistych powszechnie bardzo ceniony obywatel i lekarz, zmarł we Lwowie w 71 roku życia.

Dr. Stanisław Kubisztal długoletni naczelny lekarz miasta Stanisławowa, zmarł tamże w 55-tym roku życia.

Dr. Zygmunt Dzikowski emerytowany starszy lekarz powiatu tarnowskiego zmarł w Tarnowie przeżywszy lat 80.

Nr. 2. 13. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent. Lwów.

Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki

Ciąg dalszy.

Nawiązując teraz do wyżej omawianej sprawy, owej stałej dyspozycji należy doszukiwać się w zmianach w układzie wegetatywnym i to głównie w obwodowych elementach tegoż układu. Chodziłoby teraz o to, czy sam ten stan w swej istocie bez działania specjalnego bodźca, jest już czemś zdecydowanie patologicznem. Niewątpliwie tak, stan ten bez działania bodźca musi pociągać za sobą jakieś zmiany, tylko zmiany te w przypadkach lżejszych są niezbyt widoczne. Chorzy ci między napadami czują się zupełnie dobrze, badanie objektywne nie wykrywa zmian istotnych, dopiero odpowiedni bodziec powoduje gwłatowne schorzenie. W cięższych natomiast przypadkach spotykamy się już z trwalszemi zmianami, które jednak mogą mieć raczej charakter zmian wtórnych, spowodowane przez rozedmę i przez chroniczny nieżyt oskrzeli. Nierzadko jednak przy badaniu obserwować możemy i przedłużenie wydechu i charakterystyczne świsty astmatyczne i furczenia, coby wskazywało na pewien stale utrzymujący się skurcz mięśni oskrzelików.

Owej dyspozycji astmatycznej, doszukiwano się w pewnych skazach, i tak łączono dychawicę oskrzelową ze skazą wysiękową (Strümpel). Wprowadzenie tutaj pojęcia pewnej skazy jest niewątpliwie zasługą tego autora, który wskazał na konstytucjonalne cechy przy tem schorzeniu, muszę jednak podnieść, że cech skazy wysiękowej w wielu przypadkach dychawicy brak. Zresztą istota skazy wysiękowej odbiega nieco od istoty dychawicy oskrzelowej. Pewne podobne charakterystyczne przesunięcia w układzie wegetatywnym w obu tych stanach stanowią ich łączność.

Francuscy autorowie dużo mówili tutaj o „neuroartretycznej konstytucji". Otóż według naszych spostrzeżeń cechy artretyczne tylko w małej ilości przypadków występują i to niezbyt silne. O zachowaniu się kwasu moczowego będzie mowa później. Schulz i Reichmann mówią o konstytucjonalnej psychopatii. Podobnież Moos, jakoteż i Costa. Te zapatrywania zasługują na specjalną uwagę. Wpływ psychiczny na dychawicę oskrzelową jest bardzo wybitny; prawie w każdym przypadku dychawicy oskrzelowej mamy do czynienia z ogromną wrażliwością psychiczną. Jednak podnieść należy, że nie jest tak łatwo rozstrzygnąć czy ta wrażliwość psychiczna, ta t. zw. „nerwowość" jest sprawę pierwotną, czy tylko wtórną, rozwijającą się w następstwie długiego trwania tak uciążliwego i uporczywego schorzenia, które nieraz mimo różnorakiego leczenia nie ustępuje. Chory taki rozważając swoje położenie tak często traci nadzieję jakiejś możliwej dla siebie przyszłości. Nadto sam napad jest dla chorego tak przerażający. Nic więc dziwnego, że u chorych takich z biegiem czasu może się rozwinąć owa nadmierna wrażliwość psychiczna. Z drugiej jednak strony musimy zauważyć, że w pewnej grupie przypadków spotykamy pewne obciążenie dziedziczne, psychopatyczne. Łatwo zrozumieć, że z pewną psychopatją, czy psychastenją łączyć się będą zaburzenia w układzie nerwowym mimowolnym (wegetatywnym). I te są tutaj decydujące.

Na koniec zapytamy się w jaki sposób te zmiany, stanowiące dyspozycję, powstają, skąd się bierze ta dyspozycja? Otóż tu na pierwszy plan wysuwa się kwestja dziedziczności. Każdy z autorów, który tą kwestją się zajmuje, zwraca uwagę, że wiele przypadków dychawicy oskrzelowej, podaje, że w rodzinie jeden lub nieraz więcej osobników cierpi na tę samą chorobę względnie na sprawy pokrewne, np. pokrzywka, migrena, obrzęki przejściowe i t. p. Nieraz przechodzi to wprost z rodziców na dzieci. Adkinson w statystyce opartej na 400 przypadkach podaje, że w 48% wykazać można było obciażenie dziedziczne. Inni podają znacznie mniejszy odsetek dziedziczności: Kämmerer 36%, jeszcze mniej Buchanan, podobnież Loewi.

Zaprzeczyć dziedziczności nie można, jednak odnoszenie wszystkiego do tej dziedziczności uważać należy za nieracjonalne. W ciągu życia cały szereg bodźców, czy to psychicznych, czy to fizycznych, względnie chemicznej, toksycznej, natury, szereg toksyn z przewodu pokarmowego, tak wpływa na układ wegetatywny, że może w wysokim stopniu kształtować stosunki tam panujące, zwłaszcza o ile bodźce te działają przez czas dłuższy. Wiemy, że niema nieomal ani jednej reakcji ustroju, w którejby nie był czynny układ wegetatywny. Wiemy, że cały szereg reakcji ustroju na bodźce wyżej opisane powstaje jako odruch wegetatywny, każdy więc z tych bodźców wywołuje funkcjonalne, normalne przesunięcie w równowadze wegetatywnej. Z badań Sochańskiego wynika, że daleko idące zaburzenie równowagi tej wywołują afekty psychiczne. Wiemy, że bodźce stale działające mogą sprowadzać stalsze przesunięcie wegetatywne. Tak np. upały letnie mogą wywoływać stalszą parasympatikonję. Jeżeli teraz wyobrazimy sobie, że bodźce te będą specjalnie silne, że naraz działa wiele bodźców i to rozmaitych, jeden w jednym kierunku działający, drugi w innym, albo jeżeli te bodźce będą szybko jeden po drugim następować i jeżeli ta gra będzie trwać czas dłuższy w niedogodnych dla ustroju warunkach, to zrozumiemy, że ta równowaga wegetatywna może się łatwo wyczerpać, zwłaszcza jeżeli ustrój będzie wtedy osłabiony, czy to przebytemi chorobami, czy sam system nerwowy będzie wyczerpany, czy asteniczny, lub na drodze psychicznej. Silne a zmienne bodźce termiczne, wilafekty psychiczne. Silne a zmienne bodźce termiczne, wilgoć, katary dróg oddechowych, przeziębienia, zdają się odgrywać tu niepomiernie ważną rolę obok silnych bodźców psychicznych. W dokładnych wywiadach chorego prawie zawsze możemy znaleźć któryś z tych momentów. Na ogół jednak rzecz biorąc z wyżej przytoczonych faktów widzimy jaki tu jest szereg możliwości, jaki splot niezliczonej ilości przyczyn może wywołać to usposobienie do dychawicy, że rozwikłać dokładnie tej sprawy w poszczególnych przypadkach prawie nie można. Widzimy jednak, że dyspozycja ta powstać może sama w ciągu życia, zwłaszcza jeśli uwzględnimy jeszcze przeróżne bodźce stale działające na ustrój.

Wróćmy teraz znowu do drugich czynników etjologicznych, do kwestji bodźców wywołujących same napady. Otóż, jak już wyżej wspomniałem, jest ich wielka ilość. Ponieważ charakter dychawicy zależy w dużym stopniu od tego, jakie w niej działają bodźce, dlatego praktycznym wydaje się nam podział przypadków dychawicy według grup tych bodźców i według tego podziału należy je rozważać. Jakkolwiek Morawitz jeszcze teraz uparcie stoi przy swem zdaniu, że dychawica oskrzelowa jest jednostką chorobową i wszelkie podziały uważa za niesłuszne, to jednak wszyscy inni autorowie tego zdania nie uznają i każdy na swą rękę, według kryterjum przez siebie postawionego, podaje własny podział. Rackemann odróżnia ogólnie sprawy polegające na czynnikach zewnętrznych (extrinsic) (np. uczulenie) i wewnętrznych (intrinsic) odruchy i t. p. W podobny sposób dzieli Acton. Ramirez i wielu innych amerykańskich autorów dzieli na przypadki polegające na uczuleniu i niepolegające na niem. Cooke stara się ograniczyć pojęcie asthma bronchiale tylko do przypadków uczulonych. Van der Veer dzieli dychawicę oskrzelową na: inhalacyjną, intestinalną, bakteryjną, i powstającą po injekcji surowicy. Inni autorowie jak np. Storn van Leeuwen, Kämmerer i inni podają obszerniejsze i dokładniejsze podziały. Uważam, że podział, podziały te nie są kwestją zasadniczą i wchodzić w nie tutaj nie będę.

Najracjonalniejszym wydaje mi się podział następujący (jest to podział podany przez Kämmerera, tylko nieco zmieniony i uzupełniony).

1. Dychawica allergiczna, na tle nadwrażliwości uczuleniowej.
2. Dychawica na tle działania t. zw. klimatycznych allergenów, czyli miazmatów (Storn van Leeuwen).
3. Dychawica na tle działania toksycznego pewnych jadów organicznych powstałych w ustroju, podobnych do histaminy.
4. Grupę pokrewna stanowią przypadki gdzie dychawica rozpoczyna się po infekcji kataralnej dróg oddechowych.
5. Dychawica odruchowa.
6. Dychawica na tle specjalnej wrażliwości na bodźce fizykalne, t. zw. allergja fizykalna (physical allergy-Duke).
7. Dychawica psychopatyczna, t. zw. asthma nervosum w ścisłem słowa tego znaczeniu.
8. Formy mieszane.

Należy podnieść, że wszystkie podziały mają więcej teoretyczną wartość w celu łatwiejszego zorjentowania się, dogodniejszego omówienia różnych możliwości etjologicznych. W praktyce spotykamy się przeważnie z formami mieszanemi. A dalej podkreślić musimy, że w pewnych przypadkach swoistość bodźców jest bardzo wyraźnie zaznaczona, i że zajmuje niemal cały problem etjologji danego przypadku, przynajmniej ze względów praktycznych. Tu naturalnie kwestja znalezienia i usunięcie tego bodźca nabiera zasadniczego znaczenia. Napad tu występuje tylko po danych ściśle określonych bodźcach, (np. uczulenie, klimat i t. p.). W wielu jednak przypadkach kwestja bodźców i ich swoistość schodzi na plan drugi, na pierwsze natomiast miejsce wysuwa się sprawa owej nieswoistej zasadniczej dyspozycji. W tych przypadkach każdy bodziec zaburzający w sposób specjalny równowagę wegetatywną może w odpowiednich warunkach wywołać napad. Co do ilości tych bodźców to może być tylko jeden, lecz czasem może ich być i kilka. Nieraz początkowo mamy do czynienia tylko z jednym bodźcem, np. uczuleniowym. Działanie jednak tego bodźca polega również na wywoływaniu odruchu patologicznego przez nerw błędny. Otóż o ile do tego odruchu często przychodzi, to następuje utorowanie drogi odruchowej, tak, że ten odruch coraz łatwiej powstawać może. Dochodzi wreszcie do tego, że każdy bodziec nawet normalny, lokalny czy ogólny trafiając układ wegetatywny przebiega przez wszystkie gałązki układu parasympatycznego, aby wywołać odpowiedni normalny odczyn, gdy jednak trafi na płuca, to tu spotyka się z ową wynaturzoną lecz utorowaną drogą, przebiega nią i wywołuje napad. Z tych nieswoistych bodźców naturalnie działają przedewszystkiem te, które i u normalnego człowieka specjalnie zahaczają płuca.

Coke zwraca uwagę, że objawy, jakoby skurczu oskrzelików można słyszeć także u osób zdrowych przy silniejszej wentylacji płuc, po głębokim wdechu i wydechu. Zjawisko to może jest zupełnie normalnym odruchem obronnym przeciw hyperwentylacji. Dychawica oskrzelowa byłaby więc egzageracją tego pierwotnie obronnego odruchu. Chciałbym tu dodać, że szereg innych normalnych i zwykłych bodźców działa na oddechanie, nagłe oziębienie, głęboki wdech i wydech, przegrzewanie, afekty psychiczne i wiele innych. Przy takiem nagłem zaburzeniu możemy i u zdrowych czasem słyszeć pewne subtelne świsty podobne do asthmatycznych. więc może i po tych bodźcach w związku z hyperwentylacja mamy ten odruch, jeśli więc ten odruch zbyt często będzie powstawał w płucach specjalnie w tym kierunku wrażliwych, to możemy mieć do czynienia z utorowaniem tego odruchu i może w ten sposób powstać ta zasadnicza dyspozycja. Zdanie to ma jeszcze zbyt mało podstaw, aby je przyjąć za teorję. W każdym razie warto się nad nim zastanowić.

Po tych ogólnych rozważaniach i uwagach o bodźcach wróćmy do poprzednio podanego podziału etjologicznego i zastanowimy się nad tymi specjalnymi czynnikami z osobna.

1. Nadwrażliwość uczuleniowa jest problemem tak obszernym i zawiłym, łączy się bardzo ściśle z tyloma bardzo ciekawemi zagadnieniami, że wymagała osobnego obszernego opracowania. Sprawy te omówiłem szeroko i dokładnie w innem miejscu, tu więc powtarzać się nie będę, ograniczę się tylko do ogólnych uwag praktycznych tutaj koniecznie potrzebnych.

Nadwrażliwość uczuleniowa jest to stan w swej istocie bardzo podobny do stanu anafilaksji, jednak z nim nieidentyczny, przedstawiający dość głęboko idące różnice. Musimy jednak podnieść że stan anafilaksji u ludzi nie jest dobrze znany, w każdym razie jest on nieco odmienny niż u zwierząt doświadczalnych. Dlatego też ścisłej granicy przeprowadzić tu nie możemy. Uczulenie jest sprawą całego organizmu, jeżeli tylko płuca reagują to prawdopodobnie istnieje możliwość lokalnego uczulenia, i to właśnie w tych przypadkach, w których uczulenie nastąpiło przez drogi oddechowe, (astma sienna). Jest tu więc do pomyślenia taka ewentualność, że tylko ten narząd się uczulił, który był bramą wejścia dawki uczulającej. Wiemy, że nawet przy anafilaksji doświadczalnej, choć ten stan jest także sprawą całego organizmu, to jednak pewne organy, i to właśnie płuca lub wątroba reagują pierwsze, najsilniej i najgwałtowniej, i zmiany ze strony tych organów opanowują cały obraz (Schockorgane). A więc i tu możemy mieć do czynienia ze stanem, gdzie płuca są specjalnie skłonne do reakcji. Z drugiej jednak strony wiemy, że może istnieć uczulenie bez astmy, jak i astma bez uczulenia. Musimy podnieść, że napad dychawicy nie jest wyrazem uczulenia, lecz odruchem powstałym w organizmie uczulonym na tle wstrząsu. Błędnem by było przypisywanie czynnikom uczulenia zbyt wielkiej roli w każdym przypadku. Wszak nawet w przypadkach, gdzie początkowo czynnik uczulenia grał rolę decydującą, jak np. w astmie sezonowej, pyłkowej, powoli czynnik ten schodzi na plan drugi, dychawica sezonowa zmienia się na całoroczną. Jednak błędnem by było zaniedbywanie tego czynnika i nieuwzględnianie w leczeniu, bo w wypadkach, w których uczulenie odgrywa większą rolę, pozostawienie chorego pod wpływem specyficznego wywoływacza czyni wszelkie leczenie problematycznem, ba nawet zupełnie nieefektywnem, choćby ono było najenergiczniejszem.

Z pojęciem uczulenia łączy się obecnie wysunięte przez Kämmerera pojęcie skazy allergicznej. Jest to niewątpliwą zasługą tego autora zwrócenie uwagi na tło, na którem może powstać uczulenie, podkreślenie, że cechy tu przechodzą granicę normalnych cech konstytucjonalnych ku sprawom już patologicznym, ku skazom. Jednakowoż musimy powiedzieć, że pojęcie „skazy allegicznej“, jest pojęciem równie trafnem, jak mało mówiącem. Należałoby tu sięgnąć nieco głębiej w mechanizm powstawania i istotę tych skaz. A nadto czyż każdy przypadek pojedynczego uczulenia można zaraz nazywać skazą? Sądzę, że lepiej nazwę tę zachować tylko dla uczulenia wielorakiego. Nad sprawą tą nie rozwodzę się tutaj zbytnio, omówiłem ją w osobnej pracy *)

Ze względów praktycznych ważne jest jeszcze t. zw. uczulenie względne, t. zn. występujące tylko wespół z innymi czynnikami często nieallergicznej natury. Obserwowałem chorą, która w czasie pogorszenia (status asthmaticus) nie mogła znieść jaj, które przedtem jadła zupełnie bezkarnie. Podobniez mogłem obserwować chorą, która w czasie pogorszenia na tle zetknięcia się ze swoistym wywoływaczem, nie mogła znosić mleka, które zresztą spożywała nawet w większej ilości, również bezkarnie w okresach beznapadowych. Próba skórna na mleko z wynikiem dodatnim w czasie pogorszenia stanu choroby, ujemna w okresie beznapadowym. W praktyce trzeba specjalną uwagę zwrócić na to uczulenie względne, gdyż łatwo ono może ujść uwadze lekarza, choćby z tego względu, że tak niejednolicie występuje, nieuwzględnienie zaś tego czynnika również uniemożliwia racjonalne leczenie.

Teraz pozostaje jeszcze do omówienia kwestja bardzo ważna pod względem praktycznym, a mianowicie jak w praktyce dochodzimy do tego, że dany przypadek polega na uczuleniu i jak znaleźć odpowiedni wywoływacz. Otóż bardzo dużo dać nam tu mogą już same wywiady. Jeśli wywiady lekarskie w każdem schorzeniu są bardzo ważne i stanowią nieraz połowę rozpoznania to w tym wypadku są one nadzwyczaj ważne i muszą być bardzo drobiazgowe, bardzo szczegółowe w poszukiwaniu momentów szkodliwych, zasadniczych i ubocznych.

Do wykrycia antygenu służą próby skórne. O nich już pisałem gdzieindziej (Polskie Arch. Med. Wewn. 1926. IV) więc tu poprzestanę tylko na krótkich uwagach, gdyż sprawa ta od tego czasu nie wiele się zmieniła. Prób używano dwojakich: naskórnych i wśródskórnych. W ostatnich badaniach używałem prób wśródskórnych jako znacznie czulszych. Wstrzykuje się wśródskórnie (najlepiej w skórę przedramienia po stronie wewnętrznej drobną ilość (jedną kroplę) izotonicznego wyciągu substancji, o którą nam chodzi. Po paru minutach występuje bąbel na polu zaczerwienionem, w razie dodatniej próby najmniej 0,5 cm średnicy, o granicach nieregularnych. Babel ten po pół godz. znika. Zawsze trzeba porównać wynik próby z próbą kontrolną, gdyż zdarza się, że u bardzo wrażliwych osobników skóra na każdą injekcję wśródskórną reaguje. Są zatem pacjenci, których skóra do prób wcale się nie nadaje.

Wyciągi przygotowywałem według Coca. Wyciągi fabryczne (Lilly Comp. — Indianopolis, Arlington Comp., z europejskich firm Richter) są drogie i psują się łatwo. Do praktyki więc nadają się próby naskórne lepiej, chociaż są znacznie mniej czułe. Wykonuje się je w ten sposób, że odrobinę sproszkowanej substancji kładzie się z kroplą 1/10 N. NaOH na miejsce pozbawione naskórka, (jak przy próbie Pirqueta). Reakcja taka sama, tylko mniejsza występuje 15 minut. Co do wartości tych prób to nie można ich przeceniać, jednakowoż zdanie Storma van Leeuwen, że są one wogóle niespecyficzne, że wykazują tylko wogóle stan allergiczny ogólny, a nie specyficzny wywoływacz, jest stanowczo zbyt surowe. Z drugiej jednak strony wyniki tych prób trzeba brać z bardzo wielką rezerwą. Próby ujemne nie wykluczaią istnienia uczulenia, próba dodatnia zaś nie jest tak bezwzględnym pewnikiem dowodzącym istnienia uczulenia. Niektóre ekstrakty, zwłaszcza te, które i przy faktycznem uczuleniu wywołują specjalnie wielką reakcję, np. ekstrakty z włosów, sierści i piór, łatwiej wywołują reakcję nieswoistą, zapewne wskutek pewnej zawartości jakiejś substancji drażniącej lekko skórę, co przy specjalnej wrażliwości skóry, jaka istnieje w schorzeniach allergicznych, wywo-

---

*) P. G. L. 1928. Nr. 46, 47, 48.

łuje pseudo dodatni wynik. Stopień reakcji nie dowodzi stopnia uczulenia.

Co do substancji, które tu wchodzić mogą w grę, to trzeba zaznaczyć, że niemal każda substancja białkowa, a jak nowsze badania autorów amerykańskich (Coc i in.) dowodzą, także i niebiałkowa może być wywoływaczem. Niektóre jednak występują specjalnie częściej. Podzielmy te wywoływacze według grup:

1. Produkty spożywcze, wśród nich stosunkowo najczęściej obok poziomek, raków, ryb, które bardzo często wywołują idiosynkrasję, jaja, mleko, pszenica, kapusta, kartofle, owsianka, z mięs przedewszystkiem wieprzowe, rzadziej wołowe. Na ogół astma pokarmowa w statystyce uczulenia stoi na ostatnim planie.

2. Pierze: przedewszystkiem gęś i kura.

3. Włosy i sierść: przedewszystkiem koń, potem kot, pies, ja spotykałem wełnę owczą.

4. Pyłki roślinne: przedewszystkiem Poa pratensis, Phleum pratense, (tymotka) Ambrosia elatior, pozatem rośliny i drzewa wiatropylne: brzoza, wierzba i t. p.

Dla uproszczenia prób możemy urządzić ekstrakty grupowe, mieszaniny ekstraktów według grup wyżej podanych, lecz taki sposób postępowania jest mało dokładny.

Oprócz wyżej wymienionych wchodzić tu mogą w grę leki, jak Ypecacuana, a wśród barwików ursol używany do farbowania futer. Na koniec podnieść muszę, że tak według naszych badań, jak i doniesień niektórych autorów allergenem może być kurz domowy. Wykryli to bracia Leopold a potwierdził cały szereg autorów amerykańskich i europejskich, Stern van Leewen opierając się na tem wywodzi swą teorję o miazmatach. Jak z przytoczonych niżej naszych przykładów wynika, kurz ten jest swoisty dla pewnych mieszkań i że jako wywoływacz odpowiada wszystkim cechom specyficznego wywoływacza: usunięcie chorego z mieszkania danego pociąga za sobą po pewnym czasie ustąpienie napadów, powrót chorego do mieszkania wywołuje nawrót napadów. Próba skórna wybitnie dodatnia. Na skórze zdrowego wywołują coprawda dane wyciągi czasem lekko reakcję, lecz tylko bardzo lekką i wybitnie nieswoistą. Odczulenie udaje się. Nadto udało nam się przypadkowo stwierdzić, że wstrzyknięcie zbyt dużej dawki wyciągu wywołuje napad.

Chory K. P. lat 20, zegarmistrz. Przyjęty na klinikę w stanie stanu dychawiczego. Chory na dychawicę oskrzelową od dzieciństwa, napady bardzo gwałtowne, trzy razy w tygodniu, a nawet częściej. W ostatnich czasach napady występują prawie codziennie, chory niezdolny do pracy. Badanie objektywne wykazuje: chory niski, niedorozwinięty, typ wybitnie asteniczny, z lekką domieszką elementu tarczycowego. Głowa i szyja bez wyraźnych zmian, klatka piersiowa dość długa, rozszerzona w przednio tylnym wymiarze. Płuca: nad szczytami lekkie przytłumienia, granice dolne znacznie obniżone, przysłuchem bardzo liczne świsty astmatyczne i furczenia, wydech znacznie przedłużony. Brzuch, kończyny dolne bez zmian. Serce, zmian nie wykazuje. Chory przebywał w klinice czas dłuższy, w pierwszych dniach pobytu prawie stała duszność, która później zaczęła ustępować, kiedy niekiedy jednak powtarzały się jeszcze bardzo silne napady. Po trzech tygodniach mniej więcej napady ustąpiły, chory przez blisko $1^1/_2$ miesiąca czuje się zupełnie dobrze. U chorego zaobserwowaliśmy szereg momentów wywołujących, między innemi uczulenie na kurz domowy. Próba skórna wybitnie dodatnia. Sporządzono wyciąg z tegoż kurzu w rozcieńczeniu mniej więcej 1:1500. Rozpoczęto leczenie specyficzne od 0·1 tego wyciągu. Chory na szereg injekcji nie reagował. Przy ilości 0·8 tegoż wyciągu zaraz po injekcji wystąpiła lekka duszność, która szybko ustąpiła, natomiast w nocy wystąpił napad, mimo, iż chory od dłuższego czasu już od napadów był wolny. Następną dawkę zmniejszono znacznie. Chory znowu przez dłuższy czas czuł się dobrze. Jednakowoż nie zgodził się na długie leczenie, wrócił do domu. Po paru dniach zgłosił się ponownie w stanie ciężkim. Przyjęty ponownie na klinikę przez przeciąg 5-ciu dni wykazywał stan dychawicowy, który powoli ustąpił zupełnie.

Chora Z. R., L. p. 532, lat 27, nauczycielka. Przyjęta na klinikę w stanie dychawicowym. Chora na dychawicę oskrzelową od lat 6-ciu. Pierwszy napad według podania chorej wystąpił w związku z przeziębieniem. Napady bardzo gwałtowne, przedłużające się na kilka dni. Ostatnio od dłuższego czasu stan dychawicowy ze zmiennem nasileniem. Duszność stale się utrzymuje. Chora wzrostu średniego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia podupadłego, skóra blada. Typ o dużej przymieszce cech tarczycowych. Głowa i szyja bez zmian, klatka piersiowa długa, dość płaska, płuca nad szczytami lekkie przytłumienie, granice płuc znacznie obniżone, przysłuchem brdzo liczne świsty i furczenia typowe dla astmy. Serce w granicach prawidłowych, akcja serca lekko przyśpieszona. Brzuch, kończyny dolne bez zmian. Chora po 4-ch dniach pobytu na klinice, nawet bez specjalnego leczenia duszność straciła. Przez przeciąg 3-ch tygodni ani razu napadu nie miała. Leczona farmakologicznie. Po powrocie do domu natychmiast wybuchł napad i duszność stale trwająca. Chora wróciła na klinikę aby znowu po trzech dniach mieć się dobrze. Próba skórna z wyciągiem z kurzu mieszkaniowego jej mieszkania prywatnego wybitnie dodatnia. Zastosowano leczenie swoiste. W ciągu leczenia po dawce 1 cm wyciągu 1:1500 natychmiast lekka duszność, w nocy slaby napad, mimo, iż chora od dawna była wolna od napadów. Leczenie dalsze specyficzne z wynikiem dodatnim.

Chory L. P., lat 18, uczeń, chory na dychawicę, od lat 3-ch. Chory podaje, iż miewa bardzo częste napady dychawicy a nieraz stany astmatyczne, kiedy znajduje się w domu swego ojca (krawca z zawodu). Jest wolny od napadów we Lwowie. Chory przyjęty na klinikę, po 2-ch dniach stracił duszność. Badanie wykazuje: Chory wzrostu średniego, budowy kośćca silnej, odżywienia miernego, usposobienie wykazujące pewną nadwyżkę elementu tarczycowego. Zresztą cechy typu mięśniowego. U chorego wykryliśmy uczulenie na wełnę. Ponadto okazało się, że chory był uczulony też na kurz domowy, specjalnie z warsiatu ojca. Chory ilekroć wdziewał kożuszek, dostawał napadów. Leczony specyficznie z efektem dość dobrym. W ciągu obserwacji dla eksperymentu kazano choremu chodzić przez parę godzin w owym kożuszku. Chory odrazu począł się skarżyć na lekką duszność, mimo, iż przdtem czuł się zupełnie dobrze. W nocy wystąpił napad.

W wyżej przytoczonych przykładach występuje wybitnie objaw, na który zwrócić należy specjalną uwagę, a mianowicie, że napad nie występuje zaraz bezpośrednio po zetknięciu się z wywoływaczem, ale dopiero w pewien czas np. po paru godzinach, w nocy, gdy zajdą zmiany w ustroju do napadu usposabiające. Z drugiej strony po usunięciu swoistego bodźca nie odrazu ustępują napady. Czy to dlatego się dzieje tak, że może pozostają jeszcze drobniutkie części wywoływacza pozostają czas jakiś na błonie śluzowej oskrzeli i stąd mogą wywierać swój antygeniczny wpływ i dopiero po paru dniach płuca się z tego oczyszczają przez plwocinę, czy może dlatego, że raz zaburzona równowaga wegetatywna dopiero po pewnym czasie wrócić może do normy.

2) Już wyżej wspominałem, że przypadki uczulenia na kurz domowy stanowią podstawę teorji miazmatów Storma van Leeuwen. Teorja ta jest szeroko omawiana w monografjach innych autorów jak np. Kämmerera, tutaj więc nie będę się nad tem rozwodzić. Ponieważ jednak według Stoma v. L. aż 90% przypadków dychawicy oskrzelowej podlega tym klimatycznym allergenom, a wogóle sprawa ta przedstawia bardzo wiele ważnych i ciekawych szczegółów, nie można jej zupełnie milczeniem pominąć. Autor ten opiera się na tak często spostrzeganym fakcie, że chory na dychawicę oskrzelową w jednej miejscowości ma się całkiem źle, a w drugiej zupełnie jest bez napadów. Na podstawie swych dokładnych badań stwierdził, że są pewne miejscowości, w których każdy astmatyk ma się gorzej i w których przypadki astmy są stosunkowo bardzo częste: a na odwrót są miejscowości np. Davos, St. Moritz, gdzie astma jest prawie nieznaną i gdzie prawie każdy astmatyk czuje się bardzo dobrze. Tu niewątpliwie w wyżej wymienionych miejscowościach działa do pewnego stopnia i wysokie położenie i klimat, ale jest cały szereg miejscowości, absolutnie nie różniących się pod względm klimatycznym, nawet blisko obok siebie położonych, z których jedna działa źle, a druga dobrze. Tak, że różnicy tej nie możemy sobie tłumaczyć jedynie tylko względami klimatycznymi. Dalej stwierdził on, że przyczyna tego leży w obecności pewnych substancyj zawieszonych w powietrzu, które on nazywa miazmatami. Substancje te związane są albo tylko z danem mieszkaniem (allergen B) albo z daną miejscowścią (allergen A). W przypadkach działania allergenu B umieszcza danego chorego w pokoju hermetycznie zamkniętym, dokładnie oczyszczonym z pyłu domowego, na pościeli bardzo czystej często zmienianej sterelizowanej, ponieważ przekonał się, że nierzadkim powodem dychawicy są pewne pilśnie rosnące np. w materacach. Do komór takich powietrze jest doprowadzone z zewnątrz czyste i przez specjalne filtry przepuszczane. Umieszczenie chorego w takiej komorze uwalnia go odrazu od napadów. Autor holenderski rozporządza już obecnie szerokiem doświadczeniem pod tym względem.

W przypadku działania allergenu A. konstrukcja takiego pokoju hermetycznego musi być znacznie zawilsza, oczyszczanie powietrza z owych klimatycznych allergenów zawieszonych w powietrzu zewnętrznem musi być specjalnie drobiagowe i skrupulatne, a więc wymagające całego szeregu filtrów i skomplikowanych urządzeń. Autor czynił wyciągi z tych filtrów, na których zatrzymują się owe miazmaty. Leczenie odczulające temi wyciąga-

mi pozostawało zawsze bez efektu, nawet przeciwnie w pewnem procencie przypadków spowodowało nawet pogorszenie i to czasem nawet stalsze przez 2—3 miesięcy się utrzymujące. Reakcja na zbyt wysoką dawkę występowała nieraz dopiero po pewnym czasie np. w nocy i bez reakcji lokalnej. Na podstawie tych spostrzeżeń przychodzi autor do przekonania, że owe allergeny mają charakter zdecydowanie odmienny od zwykłych wywoływaczy i przypuszcza ewent. pierwotną toksyczność tychże. Do określenia czem są owe miazmaty cofa się do pojęcia podanego jeszcze przez Claud Bernarda: „Substances d'origine vegetal ou animal". Muszę tu jednak podnieść, że owe spóźnione reakcje spotykałem wiele razy przy zupełnie typowej nadwrażliwości uczuleniowej, przy zupełnie ściśle zdefiniowanym wywoływaczu, nie tylko przy dychawicy oskrzelowej, lecz także i przy pokrzywce. Dalej widziałem, że wyciąg z pyłu mieszkaniowego (allergen B) wywoływał zupełnie wybitne reakcje lokalne — próby skórne. Leczenie temi wyciągami czasem odnosi jednak pewien skutek, jak w jednym z wyżej przytoczonych przypadków. Brak efektu tego leczenia nic dowodzi jeszcze niczego, gdyż jak obecnie wiadomo, leczenie swoiste tak często tutaj zawodzi, nawet przy zupełnie typowem uczuleniu. Zamykanie chorego w hermetycznym pokoju usuwa go także z pod wpływu całego szeregu bodźców fizycznych, które tu niewątpliwie nieraz odgrywają ważną rolę. W przypadkach uczulenia na kurz domowy wystarczy chorego przenieść tylko do drugiego mieszkania, zbyt więc kosztowne urządzenia są tu niepotrzebne. Specjalne zaś komory dla allergenu A. są bardzo kosztowne. Dają coprawda znaczną ulgę chorym, którzy nieraz w inny sposób są bardzo oporni na leczenie. Jednakowoż dodatnie działanie trwa tutaj tak długo, jak długo chory się w takiej komorze znajduje, po wyjściu z niej wszystko wraca na nowo. Na urządzenie takie nie każdy zakład może sobie pozwolić ze względów finansowych, tembardziej, że efekt takiego leczenia jest tylko przejściowy.

Na koniec muszę podnieść, że nieraz już okazało się, że przyczyną różnego zachowania się dwóch miejscowości było zupełnie ściśle zdefiniowane uczulenie, obecność wywoływacza w jednej, a nieobecność w drugiej miejscowości, jak np. w jednym z wyżej przytoczonych przypadków. 3) Wogóle natura tych miazmatów jest jeszcze dotychczas zbyt teoretyczna. Cała ta sprawa wymaga jeszcze dalszych badań i potwierdzenia także ze strony innych autorów.

Odnośnie do odczynu na bodźce fizykalne, Duke w szeregu artykułów i w swej monografji rozwija teorję „allergji fizykalnej". Autor ten zauważył, że światło słoneczne i to jak się okazało przedewszystkiem promienie fjołkowe i pozafjołkowe wywoływały w dwóch przypadkach typową pokrzywkę ograniczoną tylko do miejsca działania tychże promieni. Później zwrócił on uwagę także i na inne bodźce fizykalne, na ciepło, na zimno, które mogą, jak się okazało wywoływać pokrzywkę, a nawet astmę. Interesujące są przypadki przez niego opisywane, gdzie jeden z tych bodźców był nawet jedynym niejako swoistym bodźcem. Mechanizm tego zjawiska jest niejasny. Tłómaczy on sobie to zjawisko ewentualnem istnieniem jakichś ciał chemicznych, czułych na te bodźce, ciał, któreby się znajdowały we krwi (coś w rodzaju hematoporfiryny, czułej na światło) względnie jakichś ciał chemicznych czułych na zimno, jak np. przy hematoporfirynurji. Dalej przypuszcza, że może przy lokalnej reakcji na skórze np. po naświetleniu powstaje jakieś wadliwe ciało pierwotnie toksyczne, lub jakieś ciało, do którego organizm się uczula, a które powstaje przy każdem następnem naświetlaniu, czy innym bodźcu i działa już jako wywoływacz. Otóż jeśli chodzi o bodźce świetlne, to znamy ich własności chemiczne i tego rodzaju mechanizm nie jest wykluczony w pewnych razach.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Norbert PRAEGER. Lwów.

Obecne kierunki w psychjatrji *).

Z Zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie
Dyrktor: Dr. Józef Bednarz

Pierwszy etap psychjatrji, który z chaosu objawów produkowanych przez chorą duszę, wyrąbywał pierwsze ścieżki poznania, minął. Objawy obłożono nazwami, złączono je w zespoły, na podłożu zespołów wyrosły jednostki chorobowe, które Kraeppelin ujął w ramy ogólnej systematyki klinicznej.

Miejsce, czysto opisowego ujmowania zjawisk chorobowych, zajęło obecnie psychologiczne wnikanie i rozkładanie zjawisk. Psychjatrja „szkiełka i oka", dla której przedmiotem badania były tylko objawy dostrzegane zmysłami obserwatora, dające się czasami nawet zmierzyć odpowiedniemi aparatami, lub co więcej, ująć w ścisłe cyfry, lub wykresy krzywych, znalazła swoje uzupełnienie w psychjatrji „od wewnątrz", dla której przedmiotem badania są tylko jakości bezpośrednio przez chorego przeżywane. Postacią sztandarową tego kierunku nazwanego fenomenologicznym jest Jaspers, wyznanie zaś wiary fenomenologicznej, zawarte jest w jego ogólnej psychopatologji.

Fenomenologja usiłuje przedstawić sposób w jaki poszczególne objawy chorobowe jak omamy, urojenia, poczucie własnego „ja" i jego odchylenia chorobowe i t. p. dane są bezpośrednio świadomości chorego, który je przeżywa i uzyskuje tą drogą ułamki, elementy chorobliwie zmienionego życia duchowego (rozumienie statyczne, czyli właściwa fenomenologja), następnie przechodzi do całości przeżywanej treści duchowej i usiłuje zrozumieć wynikanie, wypływanie jej z treści wogóle kiedykolwiek przeżytych (rozumienie genetyczne, czyli wyjaśnianie psychologiczne).

Wnikając w głębię istotnego przeżycia, wyświetla pewne obrazy od wewnątrz i tak n. p. znajduje podłoże objektywnie stwierdzonej gonitwy myśli w subjektywnie przez chorego przeżytem uczuleniu napierania myśli, które z kalejdoskopową szybkością przelewają się przez jego świadomość. Postępując tą drogą nie zatrzymuje się na samej tylko treści urojenia, która dla fenomenologa, jest czemś wtórnem, poprzedzonem, pierwotnem przeżyciem urojeniowem (primäres Wahnerlebnis). Rozumiemy za Jaspersem, jak chory wytwarza sobie urojenie, jako nowy ląd stały, w morzu niesamowitej grozy i tajemniczych zmian, w które go wepchnął pierwotny nastrój urojeniowy (primäre Wahnstimmung).

Rozumiejąc genetycznie, kierunek fenomenologiczny doszukuje się związków psychicznych w szarem życiu codziennem, analizuje rozwój popędów, namiętności, zapatrywań na świat i życie, wykazuje jak pewne ogólno ludzkie znamiona psychiczne, wynikają z codziennej cichej walki jednostki ze społeczeństwem, które jej narzuca swoje prawa, wreszcie usiłuje wtargnąć w tajemnice treści życia psychotycznego, które w świetle psychologicznego badania, okazuje się żwierciadłem odbijającem indywidualne popędy, namiętności, nadzieje, obawy i życzenia chorego i wykazuje równocześnie swą zależność od epoki historycznej i kulturalnej, w której osobnik żyje i od środowiska z którego pochodzi.

Djagnoza jest dla kierunku fenomenologicznego czemś ostatniem w łańcuchu poznania psychjatrycznego. Właściwym celem, do którego w każdym przypadku należy zmierzać jest zrozumienie struktury psychologicznej. Struktura zaś psychologiczna rozsadza ciasne ramy, w które ją chce wtłoczyć systematyka kliniczna Kraeppelina. Systematyka kliniczna jest dla Jaspersa czemś sztucznem, nieopartem na realnych podstawach, albowiem żadna jednostka chorobowa nie spełnia tych warunków, któreby ją czyniły ścisłą i odgraniczały od innych.

Tymi warunkami są: 1) Ta sama przyczyna, 2) jednakowa podstawowa forma psychologiczna, 3) identyczny rozwój i przebieg, 4) to samo zejście i ten sam obraz anatomiczny mózgu. Wszystkich tych warunków nie spełnia żadna z jednostek Kraeppelinowskich. Kraeppelin swą systematykę oparł na jednej lub kilku z wymienionych cech. W niedowładzie postępującym wysunął czynnik etjologiczny i obraz anatomiczny mózgu, w otępieniu wczesnem (dementia praecox) i psychozie posępniczo-szałowej (psychosis maniacalis-depressiva), gdy zawiodły kryterja etjologiczne i anatomiczne, przesunął punkt ciężkości na stronę psychologiczną i na przebieg. Bleuler oparłszy się głównie na czynniku psychologicznym, w miejsce Kraeppelinowskiego otępienia wczesnego (dementia praecox) wprowadza swoją schizofrenję, ale rozciągając jej granicę wprost w nieskończoność, staje się przedmiotem uzasadnionej krytyki. Szeroki krąg schizofrenji usiłuje znów zacieśnić Willmanns uwzględniając głównie przebieg (wyleczenie lub nie). W efekcie mamy ciągłe wahanie i płynność granic.

Głównym przedmiotem ataku fenomenologów jest probierz anatomiczny. Zdaniem Jaspersa wogóle nie znaleziono dotychczas równoległości między objawami psychicznemi a zmianami anatomicznemi. Wszelkie teorje oparte na anatomji, jak n. p. teorję Wernickego, określa Jaspers jako „mitologię mózgową". Zdobycze neurologji zawarte w nauce o apraksjach, afazjach i agnozjach, wykazują tylko, że są uszkodzone instrumenty, którymi dusza się

---

*) Odczyt wygłoszony na Akademji ku czci ś. p. Prof. Dra Hornowskiego dnia 22 grudnia 1927 roku.

uzewnętrznia, a nie pozwalają na wyciąganie jakichkolwiek wniosków o stanie samej duszy. Objawy psychiczne nie są symptomami neurologicznemi, a dla takiego Schneidra nigdy niemi nie będą, ponieważ radzi on odrzucić poza granice „czystej“ psychjatrji, wszelkie te psychozy, dla których w przyszłości znajdzie się podłoże anatomiczne.

Obecnem zadaniem psychjatrji jest wedle Jaspersa strukturalne opracowanie każdego przypadku z osobna, typy zaś pod względem struktury siebie bliskie, radzi on zbierać razem i tą drogą dojść do „konstrukcyjnej typologji“ w miejsce dotychczasowej systematyki klinicznej.

Fenomenologja śledzi objawy życia psychicznego tylko w granicach świadomości. Życia psychicznego nie można jednak zacieśnić do tak wąskich ram. Wszak już w r. 1893 i 1894 Janet w swych pracach „Etat mental des hysteriques i Quelques definitions recentes de l'hysterie“, wskazuje na objaw rozszczepienia świadomości i tworzenie się samodzielnych, odszczepionych grup psychicznych, co w przypadkach o większem nasileniu prowadzi wprost do podwójnej świadomości, do „double conscience“. Freud w sposób systematyczny wypracowuje pod względem topicznym i dynamicznym pojęcie „nieświadomego“ (das Unbewusste) i jego znaczenie w codziennem i patologicznie zmienionem życiu duchowem. Tworzy specjalną metodę psychoanalityczną, która posługując się wolnem kojarzeniem i badaniem snów („via regia“ ku nieświadomemu) i wkracza w tę dotychczas nieznaną, dziewiczą krainę naszego życia psychicznego i idąc niejako od korzeni, z głębi (Tiefenpsychologie), usiłuje wyjaśnić tajemnicę mechanizmu nerwicowo-psychotycznego.

W poszczególnych fazach rozwoju psychoanalizy, zmieniały się zapatrywania Freuda na istotę tego mechanizmu. W pierwotnem ujęciu chorobotwórczo działało tylko i wyłącznie przeżycie o nieznośnym akcencie uczuciowym, które osobnik wypierał (Verdrängung) w nieświadome, o ile w zwykłym procesie myślowym nie potrafił rozwikłać sprzeczności między własnem „Ja“ a daną grupą wyobrażeń. Wyobrażenia te działały nadal w nieświadomem i wytwarzały objawy już to drogą konwersji, odszczepiając od tej grupy wyobrażeń afekt i przeistaczając go w innerwację ruchową, przez co powstawała cała skala ruchowych objawów histerji, już to wytwarzały fałszywe spięcie, łącząc odszczepiony afekt z zupełnie obojętnemi wyobrażeniami, które nabierały przez to charakteru wyobrażeń przymusowych.

W obu wypadkach chory miał zysk z swej choroby (Krankheitsgewinn), ostrze nieznośnych wyobrażeń ulegało stępieniu przez oddzielenie od nich afektu.

Ten sam proces wypierania posłużył Freudowi do wytłumaczenia treści pewnej grupy psychoz, które ujął wraz z nerwicami w jedną grupę „neuro-psychoz obronnych“ (Abwehrneuropsychosen). W majaczeniach i omamach psychotycznych przeżywał chory ziszczenie tych życzeń i pragnień, które życie codzienne rozwiało w niwecz. W psychozie przychodzi, jak powiada Jung w swej „Psychologie der Dementia praecox“, do prawdziwego rozpętania obaw i życzeń trzymanych przez życie normalne na wodzy. Już w tej pierwszej fazie kierunku psychoanalitycznego Freud wyraźnie podkreśla, że przeżyciem, które wpędza osobnika w neurozę, lub psychozę, może być tylko uraz seksualny i to doznany często już we wczesnem dzieciństwie.

W dalszym rozwoju psychoanalizy, przeżycie przestało być tą jedyną siłą popędową, która otrzymuje w ruchu cały aparat nerwicowo-psychotyczny. Psychoanalizę oparł Freud na szerokich podstawach biologicznych. Obok przeżycia pojawiają się jako czynniki kształtujące nerwicę i psychozę: 1) Odchylenia od normalnego rozwoju seksualnego i 2) Popędy egoistyczne zgrupowane dokoła „Ja“ osobnika, które mają na celu utrzymać go jako jednostkę, w przeciwieństwie do popędu seksualnego, stojącego na straży utrzymania gatunku. W grze między tymi trzema czynnikami wykluwają się kształty nerwicy i psychozy.

Życie seksualne, wedle Freuda, nie jest identyczne z genitalnem, przechodzi ono w zawiły proces rozwojowy, którego ostatni etap polega na scentrowaniu popędów cząstkowych (Partialtriebe) i poddaniu ich w okresie pokwitania pod władzę organów rozrodczych, dla wykonania funkcji przewidzianej ogólnem prawem biologicznem, któremu na imię — „utrzymanie gatunku“.

Rozkosz płciowa nie jest wyłącznym udziałem i monopolem dorosłych, przeżywa ją i osesek i dziecko w poszczególnych fazach rozwoju organizacji seksualnej, jak autoerotyczna i sadystyczno-analna. Źródłem rozkoszy jest ssanie, oddawanie moczu, kału, agresja i t. p. Zmieniają się też przedmioty, na których osobnik zaspokaja swój głód rozkoszy (libido). Własna osoba jest pierwotnie przedmiotem, na którym zaspokaja się głód rozkoszy — fazy autoerotyczna i narcystyczna — później po przez okres homoseksualny osobnik dochodzi do zaspokajania swej miłości na osobie płci przeciwnej. Przejściowo przedmiotem miłości płciowej są właśni rodzice (kompleks Edypa).

W każdym procesie rozwojowym mieści się możliwość niedorozwoju. Podobnie, jak u hordy koczowników, powiada Freud, która zmienia miejsce pobytu, odszczepiają się po drodze mniejsze grupy i znaczą w ten sposób kierunek pochodu, tak i popęd płciowy w marszu na nowe pozycje, może dojść do celu osłabiony o pewną swoją cząstkę która zatrzymała się na starych okopach. Osobnik pewną częścią swojego popędu tkwi wtedy n. p. w narcyźmie, czyli posiada, używając terminologji Freudowskiej, uwięzienie w narcyźmie (Fixierung im Narcissmus). Uwięzienie to pozostaje w nieświadomem (wyparcie pierwotne = Urverdrängung) a odżywa dopiero w objawach nerwicy, lub psychozy.

Zdobycie rozkoszy a unikanie przykrości (zasada rozkoszy, Lustprinzip) to jedyne prawo, któremu podlega popęd płciowy; popędy zaś egoistyczne ugięły się pod młotem życia realnego, dążą również do uzyskania rozkoszy, ale nie za wszelką cenę. Gdy uzyskanie rozkoszy połączone jest z nadmiernemi ofiarami, raczej cofną się z rezygnacją, kierują się więc zasadą realności (Realitätsprinzip).

Sam uraz reprezentowany zawsze i tylko przez zawód w życiu seksualnem, w nowem ujęciu F r e u d a nie wystarcza do wytłumaczenia mechanizmu nerwicy i psychozy. Na arenę wchodzą dwaj nowi partnerzy: uwięzienie w wcześniejszej fazie rozwoju, jako czynnik konstytucjonalny i popędy egoistyczne, które posłuszne wymaganiom życia realnego, będą próbowały zatrzymać popęd płciowy w jego locie ku rozkoszy.

Mechanizm przedstawia się następująco:

Jako bezpośrednia przyczyna wywołująca neurozę lub psychozę, występuje zawód w życiu seksualnem. Chuć odprawiona przez życie z kwitkiem, wierna swej linji kierunkowej, polegającej tylko i wyłącznie na szukaniu rozkoszy, cofa się tam, gdzie nie było przeszkód do wyżycia się, ucieka ku dziecięcym fazom rozwojowym życia seksualnego. Gdy zaś popędy egoistyczne założą „veto“, usuwa się z pod ich władzy ucieczką w nieświadome i usiłuje znaleźć formę kompromisową, którąby godziła interes własny z zastrzeżeniami wysuwanemi przez popędy egoistyczne. Wyrazem tej formy kompromisowej jest objaw chorobowy, który reprezentuje zniekształcone przez zagęszczenia i przesunięcia, tendencje obu partnerów.

Poglądy te zużytkował F r e u d dla wytłumaczenia nietylko nerwic, ale mają one być wedle niego kluczem do zrozumienia mechanizmu t. zw. wielkich psychoz jak paranoia i dementia praecox.

L i b i d o w poszukiwaniu za przedmiotami, jak już wiemy, przechodzi po przez fazę autoerotyczną, narcystyczną i homoseksualną, do przystani heteroseksualnej. Wraz z osiągnięciem tejże, tendencje homoseksualne nie zostają całkiem zastanowione, ale łączą się z pewną częścią popędów egoistycznych i z niemi razem wytwarzają popędy społeczne, jak przyjaźń, miłość bliźniego i t. p.

Gdy życie zgotuje zawód, popęd homoseksualny wyzwala się z pod służby dla celów społecznych, usiłuje się wyżyć, ale natrafia przy tem na opór popędów egoistycznych. Dla odparcia tendencyj homoseksualnych powstaje urojenie prześladowcze, w którem pożądana osoba tej samej płci otrzymuje rolę prześladowcy.

Osobnik przeciwstawia się swemu „kocham go“ proklamując głośno „nienawidzę go“ przyczem jak zawsze w mechaniźmie paranoidalnym, przyczyna tej nienawiści szukana jest nie w sobie, tylko na zewnątrz, (mechanizm projekcji) stąd dodatek nienawidzę go, b o o n m n i e p r z e ś l a d u j e. Homoseksualizm stoi bliżej narcyzmu, niż wyboru heteroseksualnego, przy próbie odparcia tendencyj homoseksualnych ułatwiona jest więc regresja do narcyzmu przy istniejącem a priore uwięzieniu w narcyzmie. Powrót do narcyzmu znajduje swój wyraz w urojeniu wielkościowem, które ma wszak swój odpowiednik w zwykłem i znanem z życia codziennego przecenianiu wartości i znaczenia przedmiotów miłości. Przedmiotem miłości narcystycznej jest własne „ja“ w efekcie mamy urojenie wielkościowe.

Formuła psychoanalityczna dla paranoji brzmi więc: regresja od „przesublimowanego“ homoseksualizmu do narcyzmu, przy dementia zaś praecox idzie jeszcze bardziej w tył, bo aż do autoerotyzmu, stąd tak częste smarowanie się moczem i kałem u chorych tego typu.

Istnieją też próby tłumaczenia urojeń małości i tendencyj samobójczych u melancholików narcystycznem utożsamieniem się z osobą, która sprawiła zawód miłosny choremu. Chory więc w swych urojeniach pomniejsza a w próbach samobójczych usiłuje zabić przedmiot swej dawnej miłości, który utożsamił ze sobą.

Kierunek psychoanalityczny zrazu był przedmiotem ataków prowadzonych zawzięcie i z zaślepieniem. Wszystkie zdobycze psychoanalizy potępiono w czambuł. Czas ten, w którym zapatrywania analityczne poczytywane były za herezję, już bezpowrotnie minął. Czysto psychologiczne wyniki psychoanalizy cieszą się dzisiaj szerokiem uznaniem, nieświadome zyskało prawo obywatelstwa, coraz częściej mówi się o wypieraniu, o ucieczce w chorobę (Flucht in die Krankheit) i o zysku z choroby (Krankheitsgewinn). Po dziś dzień jednak wysuwane są ważkie zastrzeżenia przeciwko jednostronnemu przecenianiu czynnika seksualnego w etjologji nerwic i psychoz, przedmiotem zaś szczególnie gorącej krytyki jest biologiczna część psychoanalizy, jak rozwój organizacji seksualnej i uwięzienie w wcześniejszych fazach rozwoju, które dla Freuda są nieodzownym warunkiem powstania nerwic i psychoz. Przyszłość dopiero okaże, ile z tych koncepcyj biologicznych wytrzyma próbę życiową.

Zasługa wprowadzenia psychoanalizy w psychjatrję, że tak powiem uniwersytecką, przypada w udziele Bleulerowi, który nie patrząc na pierwszą fazę oburzenia, udowodnił w swej monografji o schizofrenji, że można zdobycze psychoanalizy wprowadzić w psychjatrję, nie przyjmując równocześnie zapatrywań Freudowskich w całej ich rozciągłości.

Zadaniem psychoanalizy jest badanie nieświadomego, gdziekolwiek się ono tylko przejawia. Przedmiotem badania są więc nietylko objawy nerwicy i psychozy, ale równie dobrze przejawy nieświadomego w życiu codziennem w snach i pomyłkach, w życiu społecznem, w historji kultury, sztuce, w folklorze i w dowcipie, w psychologji narodów prymitywnych, w mitologji i t. p. Na tych badaniach pośrednio zyskała i psychjatrja „ortodoksyjna", negująca zupełnie istnienie nieświadomego. I tak przeprowadził ostatnio Storch ciekawą analogję pomiędzy sposobem myślenia i przeżywania ludzi pierwotnych i schizofreników. Okazało się, że istnieje wiele cech wspólnych. Wspólne jest dla obu t. zw. myślenie kompleksowe, którego właściwością zasadniczą jest brak wyraźnych granic między „Ja" a światem zewnętrznym, między przedmiotem a słowem, które je reprezentuje, duża ilość symboli i t. zw. cechy magiczne, jak wiara w działanie na odległość, wiara w wszechpotęgę słowa i życzenia, którego wypowiedzenie równa się prawie ziszczeniu i t. p.

Psychoza i jej objawy były do niedawna jedynym przedmiotem badania. Po za te granice wyłamał się kierunek konstytucjonalny i jego czołowy reprezentant Kretschmer. Opuścił mury szpitali i klinik, zapożyczył metody badania od antropologji i biologji i uzbrojony w dużą dozę wnikliwości psychologicznej, rzucił zdanie, że dla konstytucyjnego sposobu ujmowania zjawisk, psychozy nie są odgraniczoną wyspą w morzu duchowego życia ludzkiego, ale są tylko punktami węzłowemi, wplecionemi w szeroko rozgałęzioną sieć cielesno-charakterologicznych związków konstytucjonalnych.

Budowa ciała i charakter osobnika normalnego stoją w pewnej korelacji, psychozom odpowiadają pewne typy somatyczne, istnieje most między życiem normalnem a psychotycznem, jak czerwona nić wiją się przez strumień życia normalnego i psychotycznego, właściwości charakteru związane z pewną budową ciała.

Istnieją wedle Kretschmera niejako dwa normalne biotypy, schizotymicy, z których się rekrutują schizofrenicy i cyklotymicy, którym po stronie psychotycznej odpowiadają chorzy z grupy manjakalno-depresyjnej. Ogniwem pośredniem są schizoidzi i cykloidzi.

Schizotymikom, schizoidom i schizofrenikom mogą odpowiadać trzy typy somatyczne: typ asteniczny, atletyczny i dysplastyczny, cyklotymikom zaś, cykloidom i chorym z grupy manjakalno-depresyjnej, odpowiada budowa pykniczna.

Typ asteniczny znamionują: głowa kształtu skróconego jaja, twarz podługowata szczupła o długim nosie, kontrastującym z brodą, cofniętą w tył. Tułów walcowaty, długa i wąska klatka piersiowa, wąski obwód barkowaty, długie cienkie kości i słabo rozwinięte mięśnie.

Typ atletyczny: głowa kształtu wydłużonego jaja, osadzona na długiej szyi, tułów zwężający się trapezowato ku dołowi, silnie rozwinięta klatka piersiowa, smukłe kończyny i silnie rozwinięte mięśnie; broda wybitnie wykształcona.

Typ dysplastyczny: szereg domieszek eunuchoidalnych, pewne cechy żeńskie u mężczyzn i męskie u kobiet.

Typ pykniczny: głowa kształtu pięciokątnego, tułów beczkowaty, miękkie mięśnie, obfita tkanka tłuszczowa, krótkie kończyny. Rysy twarzy miękkie, twarz szeroka, okrągława.

Pod względem struktury psychicznej widzi się, jak normalne właściwości charakteru schizotymicznego zaostrzają się i nabierają cech karykaturalnych u schizoida a dochodzą do istnej karykatury groteskowej w psychozie schizofrenicznej. Znanemu z życia codziennego osobnikowi mimozowato czułemu, który unika głośnego gwaru życia, wartkim strumieniem płynącego poza oknami jego czterech ścian, który lubuje się w półcieniach i półtonach, odpowiada autysta zakładowy, który z swego życia duchowego zrobił „noli me tangere" i nikomu nie pozwala wtargnąć w uświęcone progi swego życia duchowego. Inny typ zimny i chłodny, opancerzony lodowatą powłoką, mało czuły na ludzkie bole i radości, jest niejako słabszem odbiciem schizofrenika o wyschniętem życiu afektywnem, (affektive Verblödung Kraeppelin, Wurstigkeitsgefühl Bleuler) u którego chyba gdzieś na dnie tlą przygasające iskierki kompleksów.

Podobną skalę przejść mamy między cyklotymikiem a manjakiem mieszkańcem zakładu. Osobnik wyżywający się w środowisku, który na czas ma i łezkę w oku i uśmiech szeroki, pełen werwy i praktycznego zmysłu życiowego, jest pomniejszonym wizerunkiem psychotyka w fazie manjakalnej. Linja zaś znanych z życia codziennego osobników smutnych i dobrotliwych, zbyt silnie uczuciowo się angażujących, bez jakichś ostrych załamań, łagodnie prowadzi w krąg melancholijnych psychotyków.

Badanie w związku między budową ciała a temperamentem, siłą rzeczy wciągnęło w punkt ogniskowy rozważań psychjatrycznych bardzo ważny czynnik, jakim jest charakter. Pod pojęciem charakteru rozumiemy osobowość zacieśnioną do przejawów woli i afektu. Na charakter składa się czynnik konstytucjonalny t. j. temperament i wpływ środowiska, które podłoża konstytucjonalnego wprawdzie zasadniczo nie zmienia, ale uwypuklając jedne a cofając drugie cechy, nadaje surowej bryle konstytucjonalnej określone kształty, powoduje pewne indywidualne ścieniowanie osobowości.

Badanie charakterów rozszerzyło dość znacznie widnokręg poznania psychjatrycznego, wykazało fakt, że niektóre psychozy są niejako hypertrofją normalnego charakteru, zwłaszcza zaś rzucił snop światła na mechanizm przeistaczania się (inwersji, używając terminu Kretschmerowskiego) przeżyć silnie uczuciowo zaakcentowanych w urojenia.

Okazało się, że charaktery ekspanzywne na pewne przeżycia reagują w sposób dla siebie swoisty, jak cała treść wyobrażeniowa zostaje niejako wessana przez grupę konfliktów z otoczeniem, jak przychodzi do wyładowania na zewnatrz we formie urojeń pokrzywdzenia prawnego, lub urojenia prześladowczego, które wciąga osobnika ekspanzywnego w krąg walki ze wszystkiem i z wszystkimi, walki prowadzonej bezwzględnie po przez wszystkie instancje urządzeń prawnych i społecznych.

Zrozumiemy za Kretschmerem, jak łódź życiowa osobnika senzytywnego o dużych bogactwach duchowych, obdarzonego szeroką skalą odczuwania, miękkiego i równocześnie podżeganego kolcem ambicji po przeżyciu porażki natury seksualnoetycznej, zawinie w przystań psychozy, której na imię „senzytywny obłęd odnoszący" (Sensitiver Beziehungswahn) gdzie ostrze urojenia zwraca się ku własnej osobie, nękanej i szarpanej wyrzutami i lękiem przed odpowiedzialnością za urojone przewinienia.

Kierunki psychologiczne zwracają główną uwage na treść objawów. Usiłują zrozumieć jak powiada Kleist, dlaczego w omamach chorego nękanego stanami lękowemi i bezradnością, wystąpiła postać anioła pocieszyciela, ale pomijają zupełnem milczeniem pytanie, dlaczego halucynacje wogóle wystąpiły, nie zajmują się zupełnie podłożem materjalnem zjawisk psychicznych.

Stwierdzenie Jaspersa, że dotychczas nie stwierdzono żadnej równoległości między anatomiczną budową mózgu a przejawami duszy, nie wystarcza przyrodniczo myślącemu odłamowi psychjatrów, którzy podtrzymując zdanie Wernickego, że „choroby duszy są chorobami mózgu", w patologji mózgu upatrują bramę wypadową dla wtargnięcia w krąg objawów psychotycznych.

Stara teorja Wernickego, okazała się gmachem opartym na zbyt nikłych podstawach. Samem hipotetycznem podrażnieniem, lub porażeniem ośrodków, lub domniemanem przerwaniem włókien nerwowych żadną miarą nie można wytłumaczyć objawów psychozy. Teorja, jako zbyt ogólnikowa w starej szacie, utrzymać się nie dała. Spełniła jednak swoje zadanie, jako linja kierunkowa dalszych badań, po masowym eksperymencie, jaki przeprowadziły kule karabinowe i naboje armatnie i po doświadczeniach porobionych z nagminnem zapaleniem mózgu.

Stwierdzono omamy wzrokowe przy uszkodzeniach płatu potylicznego. Schilder i Uthoff wykazują, że zmiany w nerwie słuchowym są czynnikiem dysponującym do wystąpienia halucynacji słuchowych. Znane jest ogólnie występowanie omamów wzrokowych u alkoholików, przy nacisku na gałki oczne (dzia-

łanie na nerw wzrokowy). Zaburzenia w mowie schizofreników stawia Kleist obok zaburzeń afatycznych i parafatycznych, zaburzenia ruchowe: hiperkinezje, akinezje, gibkość woskową, stereotypie ruchowe, usiłuje sprowadzić do rzędu objawów striopallidalnych. Jądra podstawowe mają być wedle tego samego Kleista substratem anatomicznym dla osobowości, a to substancja szara dokoła trzeciej komory dla „somatopsyche", czyli „ja wegetatywnego", wzgórek wzrokowy i striato - pallidum dla thymopsyche, (afektywność) i dla autopsyche (charakter).

Kierunek neurologiczny w psychjatrji nie operuje jeszcze ścisłemi i pewnemi danemi. Rozporządza dopiero szeregiem cegiełek, z których jeszcze niejedna zostanie odrzucona i dodana. Neurolog i psychjatra jak powiada Jaspers, są podróżnikami, którzy z dwóch przeciwnych stron wybrali się na zbadanie nieznanego kontynentu i po drodze się rozminęli. Porównanie to tchnie zbyt wielkim pesymizmem. Reprezentanci kierunku neurologicznego w psychjatrji, są pełni nadziei, że znajdzie się kiedyś stacja węzłowa dla obu podróżników. Nie wnikamy tu w bliższe szczegóły, ponieważ kierunek anatomiczny w psychjatrji był tematem odczytu Dra Janusza, wygłoszonego na tej samej akademji.

Bujny rozwój poszczególnych gałęzi psychjatrji nie pozostał bez wpływu na ustosunkowanie się psychjatrów do systematyki Kraepelina i związanego z tem pytania, które pojawia się coraz częściej i coraz uporczywiej w referatach i dyskusjach.

Pytanie to brzmi: czy istnieją poszczególne, od siebie ściśle oddzielone jednostki chorobowe? Czy podział kliniczny nie jest czemś sztucznem, przeszczepionem do psychjatrji z innych działów medycyny?

Fenomenolodzy odrzucają systematykę Kraeppelina, a w miejsce jej radzą wprowadzić konstrukcyjną typologję.

Psychjatra tej miary co Hoche wiarę w istnienie oddzielnych jednostek chorobowych uważa za wypływ ogólno - ludzkiej skłonności do złudzeń.

Bumke erę Kraeppelina uważa za historyczną, którą mamy już daleko za sobą.

„Nihiliści" djagnostyczni są jeszcze na razie w mniejszości, ale zwolennicy systematyki klinicznej zdają sobie jasno z tego sprawę, że utrzymanie jej w dotychczasowej formie jest już wręcz niemożliwe. Wszak już sam twórca systematyki Kraeppelin od dementia praecox oddzielił grupę parafrenji.

System sztuczny będzie musiał ustąpić miejsca naturalnemu podobnie jak to miało miejsce w botanice z systemem Lineusza (Kehrer). Djagnostyka, jak powiada Kretschmer, musi się stać wielowymiarową (mehrdimensionale Diagnostik), sam przekrój poprzeczny odsłaniający duszę już w psychozie, nie wystarczy. Musi się uwzględnić inne czynniki, jak dziedziczność, konstytucja i charakter. Mauz w referacie wygłoszonym na zjeździe psychjatrów południowo - niemieckich, podkreśla wybitnie czynnika konstytucjonalno - biologicznego dla systematyki, ale domaga się równoczesnego uwzględnienia badań z zakresu psychologji, serologji i fizjologji w mózgu.

Na objawach patogenetycznych radzi oprzeć Birnbaum w swej pracy „Aufbau der Psychose" systematykę kliniczną, objawy zaś patoplastyczne, które nie są dane przez proces patologiczny, jako taki, tylko są wynikiem ogólno - ludzkich tendencyj i mechanizmów psychologicznych (czynniki psychodynamiczne i biodynamiczne) zaleca zdegradować do roli pomocniczej.

Rolę czynników biologicznych i zmian patoarchitektonicznych mózgu jako środków posiłkowych, przy układaniu systematyki, podnoszą Vogtowie.

Tak więc wśród polemiki pomiędzy poszczególnemi kierunkami, wyłaniają się dopiero kontury nowej systematyki. Realne kształty nada im dopiero psychjarja „jutra".

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Gustaw KIMMERLING. Lwów.

Wybiórczy wpływ Pituglandolu przy Ileus e obturatione i przy Ileus paraliticus.

Doświadczenia na zwierzętach.

Wpływ wyciągu z przysadki mózgowej na ruch jelit zauważył bodaj poraz pierwszy W. Blair Bell 1). Dokonał on doświadczeń na królikach i stwierdził, że po zastrzyknięciu wyciągu z przysadki mózgowej króliki oddawały stolec samorodnie. To spostrzeżenie skłoniło go do podjęcia systematycznych badań nad wpływem wyciągu z przysadki mózgowej na wyosobnione jelito, zawieszone w roztworze Ringera. W większości przypadków dodanie tego wyciągu powodowało silne skurcze jelit.

Bayer i Peter 2) odróżniają dwa rodzaje skutku na wyosobnione jelito: pierwszy zmniejsza skurcze mięśni wskutek pobudzenia włókien współczulnych, drugi jest wynikiem pobudzenia włókien nerwowych, związanych ze splotem błony mięsnej jelita *(Plexus myentericus)*. W ostatnich czasach Schaefer i Vincent znaleźli dwie substancje czynne: zwiększająca i zmniejszająca ciśnienie krwi.

Katsch 3) wykonał serję doświadczeń na królikach. Wstrzykiwał on wyciągi z przysadki mózgowej dożylnie (w ucho) i zauważył (przez okienko brzuszne) natychmiastowe spotęgowanie ruchu robaczkowego jelit. Lecz w przeciwstawieniu do działania pilokarpiny, wywołującej skurcze niemiarowe, ruchy powodowane wyciągiem z przysadki mózgowej są skoordynowane, aczkolwiek znacznie zwiększone i odtwarzają ściśle ruch robaczkowy naturalny. Równocześnie występuje anemja jelit coprawda przejściowa po której następuje przekrwienie.

Te same rezultaty otrzymano na kocie (4). Wobec powyższego zwrócono się do doświadczeń klinicznych. Lek wydawał się wskazany szczególniej w przypadkach bezwładu jelit (i żołądka).

Wyciąg z przysadki mózgowej istotnie wywierał korzystny wpływ na wszelkie przypadki bezwładu i atonji kiszek, wywołane operacją brzuszną lub ginekologiczną.

W jednym z przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego 5) podskórny zastrzyk pituitryny wywołał natychmiastowe wypróżnienie, po sześciodniowym zastoju. Graves zaleca schemat postępowania następujący: wstrzykuje się pierwszą dawkę w 4 do 6 godzin po operacji, zastrzyki te powtarza się w razie potrzeby, w odstępach 4 do 6 godzin.

Zdaniem Klotza 6) stosowanie pituitryny posiada doniosłe znaczenie w przypadkach zapalenia otrzewnej. W istocie najcięższymi objawami tego cierpienia są z jednej strony: porażenia jelit, które zwalczyć można zapomocą zastrzyków wyciągu z przysadki mózgowej.

Wreszcie ten sposób leczenia rokuje w znacznej mierze powodzenie w przypadkach uporczywego zatwardzenia (7). U jednego z chorych wszystkie środki zawodziły. Wstrzyknięto mu wówczas domięśniowo 2 ccm pituitryny, wstrzykiwania dokonywano wolno w ciągu 10 minut. Natychmiastowo rozpoczął się żywy ruch robaczkowy jelit i nastąpiło całkowite wypróżnienie.

Ponieważ w wielu przypadkach pituglandol „Roche" dawał mi świetne wynik postanowiłem przeto wypróbować go na większej ilości chorych.

Miałem niejednokrotnie sposobność przekonać się, że jest to preparat, który specjalnie przy niektórych stanach bezwładu jelit *(Ileus paraliticus)* pochodzenia pooperacyjnego, *Ileus* kałowy *(Kotileus)* powstający wskutek zaczopowania masami kałowemi światła jelita, dalej *Meteorismus*, przy wzdęciach brzucha i najrozmaitszych stanach spazmatycznych jelit oddaje nieocenione usługi. Pituglandol zdaje się mieć specjalnie wybiorcze działanie na mięśnie gładkie i to przedewszystkiem na jelita. Zależnie od rodzaju bezwładu kiszek, jakoteż od nasilenia sprawy chorobowej działanie występuje wcześniej lub później. Przeważnie stwierdzić można już po upływie dwu do trzech godzin wyraźne, dodatnie działanie wstrzykniętego pituglandolu a mianowicie: obfitą flatulencję, powolne ustępywanie bólów brzucha i bardzo przykrych odbijań, zmniejszenie się napięcia powłok brzusznych i nieznośnego uczucia pełności brzucha, uprzednio przyspieszony puls zwalnia się, nudności jakoteż płytki i przyspieszony oddech znika. Czas trwania takiego działania jest również rozmaity, najczęściej potrzeba injekcję pituglandolu powtórzyć kilkakrotnie. Najlepiej zilustruje to kilka niżej podanych przypadków z mojej obserwacji prywatnej:

I. przyp.

P. Michał M., lat 43, zast. naczel. warsztatów P. K. P. we Lwowie zachorował nagle w nocy wśród bardzo ciężkich objawów, a to: wysokiej gorączki, wzdęcia brzucha znacznego stopnia, silnych bólów brzucha, odbijań, zaparcia stolca i wiatrów jakoteż przyspieszenia tętna. Jeden z zawezwanych lekarzy stwierdził Ileus i kazał chorego natychmiast odstawić do szpitala na operację, gdyż objawy stawały się z każdą chwilą groźniejsze. Rodzina jednak zapragnęła zasięgnąć jeszcze jednej porady lekarskiej przed dokonaniem zabiegu operacyjnego i zawezwano mnie. U chorego wykonałem natychmiast wstrzyknięcie 1 ampułki (1 ccm) pituglandolu domięśniowo, poczem zaleciłem gorące kataplazmy na brzuch, w końcu przy pomocy sondy żołądkowej przeprowadziłem tak zwane głębokie płukanie całej kiszki grubej. Wprawdzie po tym zabiegu chory nie miał stolca, wiatry jednak

zaczęły bardzo obficie odchodzić tak, że chory już po godzinie czuł się o wiele lepiej. Bóle zmalały, powłoki brzuszne nie były tak napięte. W 5 godzin później powtórzyłem wstrzyknięcie ponieważ wiatry zaczęły się znowu zatrzymywać. W godzinę po ostatnim zastrzyku chory doznał wypróżnienia bez użycia poprzednio jakiegokolwiek środka przeczyszczającego w ten sposób ustąpiły wszystkie zagrażające życiu symptomy Ileusu. Wobec tego chory pozstawał nadal w leczeniu domowem i po kilku dniach wstał zupełnie zdrów.

II. przyp.

P. baronowa Henryka de S., lat 77, cierpi już od kilku lat na Parkinzona. Objawy tej choroby wzmogły się ostatnio do tego stopnia, iż chora pozostaje ciągle w łóżku. Towarzyszy temu stały *Meteorismus* o charakterze habitualnym. Napięcie powłok brzusznych jest bardzo wielkie, gdyż jak wiadomo przy chorobie Parkinzona napięcie mięśni wzmaga się. Podawane były najrozmaitsze środki przeczyszczające jednak bez większego skutku, ponieważ wzdęcie brzucha utrzymywało się stale w jednakowem nasileniu.

W ostatnich czasach objętość brzucha wzrosła do tego stopnia, że rodzina wyrażała słuszną obawę, iż „brzuch może pęknąć". Chorej przepisywano w większej ilości węgiel zwierzęcy, który jednak nie wiele zmienił w obrazie chorobowym. Celem zwiększenia oddawania gazów założono chorej dren gumowy do odbytnicy, który stale leżał, jednak mimo wszystko stan chorej z dnia na dzień się pogarszał, zwłaszcza na skutek jednej z ostatnich ordynacji t. j. masaży powłok brzusznych celem zwiększenia flatulencji.

Przy chorobie Parkinzona wzrasta sztywność mięśni w związku ze wzmożeniem się ruchów mięśni tak, że na skutek tych masaży wzdęcie a tem samem i powłoki brzuszne stały się więcej oporne i napięte. Ponieważ przy podobnych stanach stosowałem już pituglandol z dobrym efektem a więc i tutaj wykonałem również domięśniowo wstrzyknięcie 1 ampułki pituglandolu. Już po dwu godzinach zaczęły odchodzić wiatry i to coraz intenzywniej i głośniej. Powłoki brzuszne straciły początkowo nieznacznie na napięciu, później jednak po kilku godzinach stały się do tego stopnia wiotkie, że można je było ująć we fałdy, co się przedtem nigdy nie zdarzało nawet po najintenzywniejszych środkach przeczyszczających.

U chorej jednak skłonność do tych wzdęć stale się utrzymuje, dlatego też dwa do trzy razy na miesiąc wstrzykuję obecnie chorej pituglandol. Uzyskuje się w ten sposób względny spokój, t. zn. że nie przychodzi nigdy do wzdęć o tak potwornych rozmiarach jak to było uprzednio.

III. przyp.

Ziemianin p. Mikołaj M., lat 44, ze Sądowej Wiszni poddał się 23 maja 1928 r. operacji brzusznej z powodu raka żołądka w Sanatorjum Czerwonego Krzyża we Lwowie. Podczas operacji okazało się, że właściwie guzowatości rakowej nigdzie niema, były tylko rozległe zrosty dookoła żołądka, które rentgenologicznie imponowały w zupełności nam jako rak żołądka, gdyż żołądek był wprost „zamurowany" w zrostach tak, że ściany w rentgenie nie okazywały ruchu robaczkowego w niektórych miejscach. Przy zabiegu operacyjnym rozluźniono wszystkie zrosty żołądka i chory czuł się po operacji zupełnie dobrze.

Trzeciego dnia po operacji wystąpiły u chorego objawy meteoryzmu które się stale powiększały. Powłoki brzuszne zaczęły się silnie napinać, nieznacznego stopnia defense musculaire dawał się wyczuwać przy obmacywaniu brzucha. Przyszło jednem słowem do typowych objawów Ileus paraliticus z zupełnem wstrzymaniem wiatrów i z wyrazem charakterystycznej Facies Hypocratica. Mimo tego, iż polecono operowanemu włożyć dren gumowy do odbytnicy wiatry nie odchodziły. Dopiero domięśniowe wstrzyknięcie 1 ccm pituglandolu spowodowało już w krótkim przeciągu czasu wydalenie wiatrów, które faktycznie zaczęły wprost ze szturmem odchodzić. Przyniosło to naturalnie pewną ulgę choremu natychmiastowo. W ciągu kilku godzin brzuch opadł wyraźnie, przykre i męczące odbijania ustąpiły, utrudnione uprzednio płytkie i szybkie oddechanie przeszło w zupełnie swobodne i miarowe, samopoczucie chorego z każdą godziną było lepsze.

Pod wieczór powtórzono zastrzyk pituglandolu również domięśniowo przyczem znikło to nieznośne uczucie pełności brzucha połączone z nudnościami. W tym przypadku okazał się zastrzyk pituglandolu wprost zbawienny dla operowanego, gdyż wzmożenie się wzdęcia mogło z jednej strony doprowadzić od pęknięcia szwów polaparatomijnych, z drugiej zaś wywołać silniejsze objawy otrzewnowe. Działanie więc pituglandolu miało tu ekletywny wpływ na muskulaturę gładką jelit, przyczem trzeba zaznaczyć, że działanie tego przetworu nie wywołało żadnych ubocznych przykrych objawów prócz lekkiego zblędnięcia skóry bezpośrednio po zastrzyku. Ruch robaczkowy jelit był jednak wyraźny już po upływie pół godziny, gdyż wzmogły się obficie burczenia w brzuchu (borborygmi). Podkreślić należy, że do pół godziny ustały w zupełności u chorego bardzo dokuczliwe odbijania połączone z czkawką, które szczególnie u osób po przebytej laparatomji są prawdziwą udręką. Jest to dowodem, że wzmożona peristaltyka jelit spowodowana wsrzyknięciem pituglandolu szła zgodnie z ruchem jelit, t. zn. w kierunku do kiszki stolcowej a nie wywoływała żadnych ruchów antiperistaltycznych, które musiałyby tylko zwiększyć odbijania się gazów. Do dwu tygodni opuścił operowany sanatorjum zdrów.

IV. przyp.

Jetti Sch., lat 68, wdowa zamieszkała we Lwowie, zachorowała nagle w nocy wśród objawów zupełnego zaparcia stolca i wiatrów, wzdęcia, odbijań, bólów brzucha, które od czasu do czasu wzmagały się i to szczególniej w okolicy podbrzusza, temperatura normalna nie podwyższona, nudności które chwilami wzmagały się do tego stopnia, że powodowały częste omdlenia nawet dłużej trwające. Z powodu takiego właśnie długotrwałego silniejszego omdlenia zawezwano pomocy lekarskiej.

Anamnestycznie cierpiała chora od dwu lat na nawykowe zaparcia stolca, połączone ze wzdęciem brzucha. Dotychczas zażywała chora najrozmaitsze środki przeczyszczające między innymi Eucarbon i robiła hegary. Zabiegi te regulowały jako tako stolec. Przed trzema dniami z powodu błędu dietetycznego zaczęły się wzmagać u chorej jej zwykłe dotychczasowe objawy nawykowego zaparcia stolca a to: wzdęcie brzucha osiągało coraz to większe rozmiary, przyczem również i bóle brzucha się wzmagały i rozlewały równomiernie także i w górnych częściach brzucha. Wiatry w zupełności nie odchodziły.

Z powodu bardzo częstych omdlewań dostała chora środki nasercowe. Najnieznośniejszym objawem dla chorej były jednak nudności, które żadnymi środkami nie dawały się zwalczyć. Chorej zalecano gorące kataplazmy, głębokie płukanie kiszki grubej i wlewanie oliwy jadalnej per rectum. Woda jednak z oliwą odchodziła w niezmienionym stanie, nawet nie była zabarwiona kałowo, a stan ten pozostawał ciągle bez zmiany. W ciągu następnych dwu dni stan się nie poprawiał. Dwukrotnie zwołane konsyljum określiło przypadek ten jako Ileus w początkach, nie nadający się jeszcze do operacji, gdyż nie było dotychczas typowych objawów jakoto wymiotów i odpowiednio przyspieszonego tętna.

Ponieważ objawy nie były naglące zastosowano również i w tym przypadku domięśniowo zastrzyk pituglandolu dwukrotnie. Nastąpiła wprawdzie nieznaczna reakcja w postaci nielicznych wiatrów była to jednak bardzo znikoma ilość tak, że stanu chorobowego nie zmieniła, owszem objawy wzmagały się z każdym dniem przybierając już wyraźnie charakter Ileusu.

Chorą przeniesiono do szpitala im. Lazarusa, gdzie dokonano kilkakrotnie prześwietlenia rentgenologicznego co okazało, że jest to Ileus na tle nowotworowym. Następowe objawy kliniczne potwierdziły w zupełności rozpoznanie rentgenologiczne. U chorej pojawiły się wreszcie brunatne wymioty o zapachu kałowym. Wymioty te t. zw. strzelające są charakterystyczne dla Ileusu. Stolca mimo wszystko chora dalej nie miała.

Przypadek ten ilustruje nam bardzo charakterystycznie zachowanie się przewodu pokarmowego a w szczególności jelit pod wpływem wstrzyknięcia pituglandolu.

Wprawdzie ruch robaczkowy wzmógł się czego następstwem było wydalenie nielicznych wiatrów, działanie jednak nie było zupełnie jałowe gdyż przeszkoda w transporcie kału a tem samem gazów była natury organicznej, a powstała przez powolne zatykanie światła jelita przez masy kałowe, względnie zbitą treść jelitową (kamienie, zwoje robaczków i t. d.) przypuszczam jednak, że ożywiona regularna peristaltyka jelit jaką się otrzymuje po wstrzyknięciu pituglandolu dałaby już po krótkim czasie dodatni efekt. Nie chcę wyciągać za dalekich wniosków na podstawie moich obserwacyj ani też stawiać hipotezy, że jeżeli przy objawach Ileusu zastrzyk pituglandolu zawodzi, może to być dowodem organicznego Ileusu. Muszę jednak podkreślić, że ekletywne działanie Pituglandolu na wzmożenie się regularnego ruchu robaczkowego jelit jest niejednokrotnie zbawienne i oddaje nieocenione usługi. Dzieje się tak mianowicie w przypadkach utrudnionego transportu treści jelitowej, wobec niezmienionego organicznie pasażu; i to nawet wówczas, gdy mamy do czynienia z objawami Ileusu kałowego lub nawet Ileusu porażennego. Ostatni zanotowany powyżej przypadek najwyraźniej to potwierdza.

Piśmiennictwo.

1) Blair Bell: The Pituitary 1919. — 2) Bayer i Peter: Arch. f. Exper. Path u. Pharm. 1911, LXIV, 204. — 3) G. Katsch: Z. f. Exp. Path. und Ther. 1912. tom 12, str. 277. — A. W. Young: Quart. Sorm. Exp. Physiol. 1915, VIII, 347. — 5) Kirmissan: Bull. Ac. d. méd. 1918, vol. 79, p. 52. — 6) R. Klotz: M. m. W. 1912, str. 2047. — 7) Ibid.

O wpływie pituglandolu na ruch robaczkowy jelit przy różnych sprawach chorobowych pisali:

Niklas F.: Klinische Wochenschr. 1926, Nr. 47, str. 2216—2221. — Demuth F.: Zentralblatt f. d. ges. Kinderheilkunde, 1923, tom XV, zesz. 10, str. 322—323. — Singer G.: Wiener Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 14—15, rocznik 36, str. 273—276. — Gorke Hans: Mediz. Klinik 1921, Nr. 38, str. 1140—1142. — Meoni Luciano: Gazetta internazionale di Medicina-Chirurgia-Igiene, etc. 1913, zesz. 32, str. 745.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

Dotychczasowe wyniki masowego badania serologicznego na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą *).

Państwowy Zakład Higjeny Filja we Lwowie
Kierownik: D-c. Dr. N Gąsiorowski

Długoletnie zaniedbanie sprawy endemji kiłowej na Huculszczyźnie ze strony austrjackich władz sanitarnych okazało smutne następstwa. Równolegle z zwiększaniem się liczby poronień i nieżywo urodzonych dzieci daty statystyczne wykazywały stały spadek ludności przeznaczonej na zwyrodnienie i wymarcie. Dopiero w roku 1902 rząd austrjacki licząc się z katastrofalnym stanem rzeczy rozpoczął organizację stałych poradni lekarskich w powiecie kosowskim i nadwórniańskim.

Po przerwie wojennej Rząd Polski rozpoczął na nowo planową akcję zwalczania kiły na Hucylszczyźnie stwarzając w roku 1923 stałe poradnie weneryczne w *Peczyniżynie, Mikuliczynie, Pasiecznej, Kosmaczu, Żabiem, Hryniawie i Jabłonowie,* z których każdy dotknięty kiłą może bezpłatnie korzystać.

Jakkolwiek liczba poradni i chorych zgłaszających się wzrasta z każdym rokiem, mimo to odczuwało się brak odpowiednich danych, z których możnaby wysnuć pewniejsze wnioski co do nasilenia endemji. W tym celu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zleciło mi zorganizować serologiczną stację w *Żabiem* dla masowego przebadania ludności.

Z dniem 23 czerwca u. r. uruchomiono Państw. Stację serologiczną w *Żabiem* na okres cztero-miesięczny, t. j. do 15 października u. r. W skład personelu zajętego okresowo wchodzą: Dr. H. Meisel, Dr. E. Mikulaszek i Dr. J. Czarkowska, jako bakterjologowie; absol. słuchacz medycyny K. Kretter, A. Gawenda i Dr. K. Zisch przeznaczeni do pobierania próbek krwi; St. Korybutiak jako laborant.

Przy wykonywaniu odczynu używano stale makroskopowej metody zmętnienia Meinickego (M. T. R.), jako najprostszej i najszybszej a czułością dorównywującej odczynowi Wassermanna.

Ponieważ zadaniem Stacji było masowe przebadanie ludności, przeto próbki krwi starano się pobierać od każdej osoby bez względu na anamnezę, wiek, płeć, narodowość i t. p.

Dotychczasową akcją objęto 4 gminy z okręgu Żabie *(Jasienów, Krzyworówn.a, Dzembronia, Żabie)* w powiecie kosowskim. Na 12.119 mieszkańców suma osób zbadanych wynosi 5.240 czyli 43.23%. Liczba osób badanych dziennie wynosiła przeciętnie 44. Jeśli uwzględnimy trudności komunikacyjne, pomieszczenie do-

*) Referat zgłoszony na II Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich.

Gmina	Liczba mieszkańców	z tego przebadano metodą M. T. R. osób	gr. kat.	rz. kat.	moj.			z wynikiem +	z wynikiem ±	Razem + ±	%
Żabie	7.188	2.243 t. j. 31·20%	2.193	15	35	mężczyzn	920	76	34	110	11·95
						kobiet	1.007	118	55	173	17·17
						poniżej 15 lat	316	25	17	42	13·29
						razem	2.243	219	106	325	14·49
Krzyworównia	1 653	830 t. j. 50·21%	823	—	7	mężczyzn	311	25	9	34	10·93
						kobiet	392	40	9	49	12·50
						poniżej 15 lat	127	12	2	14	11·02
						razem	830	77	20	97	11·68
Jasienów	2.278	1 333 t. j. 56·51%	1.314	9	10	mężczyzn	443	48	10	58	13·09
						kobiet	644	77	10	87	13·50
						poniżej 15 lat	246	28	4	32	13·00
						razem	1.333	153	24	177	13·27
Dzembronia	1.000	834 t. j. 83·40%	829	1	4	mężczyzn	306	35	6	42	13·72
						kobiet	350	40	17	57	16·28
						poniżej 15 lat	178	22	10	32	17·97
						razem	834	98	33	131	15·70
Razem	12.119	5.240 t. j. 43·23%	5 159	25	56	mężczyzn	1.980	185	59	244	12·32
						kobiet	2.393	275	91	366	15·29
						poniżej 15 lat	867	87	33	120	13·84
						razem	5.240	547	183	730	13·93

mostw rozrzuconych w znacznych odległościach od siebie, przeważnie w punktach trudno dostępnych na terenie górzystypm, następnie niechętne poddawanie się badaniu a nawet opór bierny ludności o niższej kulturze a wreszcie zupełny brak pomocy ze strony Policji Państwowej i przeważnie obojętne zachowanie się władz gminych, musimy przyznać, że liczba ta osób badanych, jakkolwiek pozornie mała, dała się osiągnąć tylko dzięki niezwykłemu wysiłkowi ze strony pracowników Stacji.

Najniższy procent osób zbadanych w stosunku do ilości mieszkańców przypada na gminę *Żabie* (31.20%), najlepiej zaś pod tym względem przedstawia się gmina *Dzembronia*, której liczba osób zbadanych dochodzi do wysokości 83.40%. Co do nasilenia endemji kiły możnaby więc w przybliżeniu pewną orjentację zyskać opierając się tylko na wynikach uzyskanych w *Dzembroni*. Wobec nieznanej mi z piśmiennictwa akcji masowego serologicznego badania ludności na kiłę, wszelka ścisła ocena porównawcza wyników staje się niewykonalną. Jedynie daty statystyczne pochodzące z leczniczych zakładów niekiłowych, w których każdy chory podlega serologicznemu badaniu, mogłyby tylko do pewnego stopnia przyjść tutaj z pomocą. I tak np. Ławrynowicz i Ciastowski badając krew żylną położnic i pępowinową noworodków wykazują dodatnie odczyny wahające się w granicach 4—6%. Według ścisłej statystyki Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie na 2.446 badanych położnic odczyn Wassermanna wypada wybitnie dodatnio w 3.2% przypadków. Porównując te wyniki z wynikami badań dokonanych w *Dzembroni* widzimy, że procent dodatnich odczynów w tej miejscowości wynoszący ogólnie 11.75% a wśród kobiet badanych tamże 11.43% jest przeszło 3.5 razy wyższy, aniżeli na materjale Kliniki lwowskiej. Jak już zaznaczyłem porównawcze zestawienia mają tu tylko wartość aproksymatywną, w każdym razie daty powyższe z dodatkiem przypadków kiły utajonej, przy której odczyn Wass. przeciętnie w 72% a S. G. i DM. około 62% wypada ujemnie, dowodzą stanowczo, iż nasilenie endemji kiłowej w *Dzembroni* przechodzi znacznie ponad przeciętną miarę.

Z dat jakie nam dają badania wykonane w *Żabiem, Krzyworówni i Jasienowie* nie można w tym kierunku wysnuwać dalej idących wniosków z powodu za małej ilości osób zbadanych w stosunku do liczby mieszkańców.

Na uwagę zasługują dość często stwierdzane dodatnie wyniki odczynu wśród kilku a nawet wszystkich członków tej samej rodziny, ponadto stosunkowo znaczny procent dodatnich odczynów wśród dzieci poniżej 15-tego roku życia. Dodatni wynik u dziadka i babki obok półtora do pięcioletniego wnuka nie należy do rzadkości.

Na 730 dodatnich i zaznaczonych wyników przypada:

do 5 roku 4.1%,
od 6—10 lat 5.0%,
od 11—15 lat 7.2%,
od 16—20 lat 10.3%,
od 21—30 lat 23.4%,
od 31—40 lat 18.5%,
od 41—50 lat 15.2%,
od 51—60 lat 9.3%,
od 61—70 lat 3.9%,
powyżej 71 lat 3.1%.

Najważniejszym dorobkiem tegorocznej działalności Państwowej Stacji jest wyszukanie 730 osób, które z powodu dodatniego (547), lub zaznaczonego (183) odczynu M. T. R. powinny poddać się leczeniu. Dokładny wykaz imienny tych osób przedłożono poradni leczniczej w *Żabiem*, której zadaniem będzie zaopiekować się chorymi.

Opierając się na dotychczasowej obserwacji dochodzę do wniosku, że masowe badanie serologiczne ludności a temsamem i akcja tłumienia kiły dopiero wówczas w zupełności odpowie wytycznym planom, kiedy obowiązywać będzie *przymusowe badanie serologiczne* obszarów endemicznie dotkniętych kiłą. Wtedy dopiero będzie można wykryć znaczną ilość tych chorych, którzy dotychczas dzięki niskiej kulturze bezwiednie lub rozmyślnie unikali zetknięcia się z lekarzem.

Piśmiennictwo.

A. Ławrynowicz i T. Ciosłowski: Pol. Gaz. Lek. 1928, Nr. 16.

Dr. J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Cele i zadania poradni przeciwweneryczn3j w Krakowie.

Według wykładu wygłoszonego dnia 17 września 1928 na VI Zjeździe Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Poznaniu.

I. W zamierzonym krakowskim ośrodku zdrowia znajdzie pomieszczenie i poradnia przeciwweneryczna. Na czasie więc jest zastanowić się, jakie zadania będzie miała ta poradnia i w jaki sposób najlepiej będzie odpowiadać swemu przeznaczeniu. W naszym kraju mamy jeszcze bardzo szczupłe doświadczenia co do poradni tego rodzaju. Dlatego też wskazanem będzie oprzeć się na wzorach i wynikach osiągniętych, dotąd w innych państwach. Bardzo energiczną działalność w walce z chorobami wenerycznemi wykazuje Francja. Tam bowiem kiła tak się rozpowszechniła, że według sprawozdania komisji profilaktycznej z roku 1926 10% ludności był dotknięty tą chorobą. Statystyka tejże komisji wykazywała rocznie 20.000 dzieci nieżywo urodzonych, 40.000 poronień, a u 80.000 osób rocznie była kiła przyczyną śmierci. Już przed wojną, bo w roku 1913 to rozszerzanie się kiły zwróciło uwagę w Paryżu władz centralnych, które zrozumiały konieczność jak najszerszego leczenia ambulatoryjnego chorób wenerycznych. W następstwie tego Querat, Jeanselme i Hudelo założyli pierwsze trzy dyspensatorja. Urząd narodowy hygieny społecznej przyłączył się do tej pracy, zaś parlament uchwalił kredyty z początku nie wystarczające, które jednak pod wpływem nalegań komisji profilaktycznej niespodzianie wzrosły do 20 miljonów franków rocznie. To pozwoliło na poważne już uzbrojenie przeciwweneryczne, wykazujące już w październiku r. 1916 983 poradni. Jedną z najważniejszych organizacji centralnych biorących udział w walce z chorobami wenerycznemi jest urząd centralny zapobiegania chorobom wenerycznym. Urząd ten jest organizacją techniczną i dlatego też posiada bardzo szczupły personal składający się z trzech sekretarzy i jednego lekarza jako szefa. Zarząd poradniami nie wchodzi w zakres działania tego urzędu, daje on tylko inicjatywę do tworzenia nowych poradni, kontroluje czynności tychże na miejscu w celu rozdzielania funduszów uchwalonych przez parlament. W bezpośredniej łączności, bo mieści się w tym samym lokalu, pozostaje ten urząd z urzędem narodowym higjeny społecznej, którego zadaniem jest akcja propagandowa.

Jako trzeci bardzo ważny czynik w walce z chorobami wenerycznemi występuje komisja profilaktyczna, w skład której wchodzą najwybitniejsi wenerolodzy francuscy, kierownikiem zaś tej komisji jest Prof. Pinard. Zarządzenia tej komisji jako obowiązujące w całem państwie, są przesyłane do innych władz, zaś prezes tejże komisji bezpośrednio zwraca się do parlamentu w celu udzielania dalszych kredytów.

Poradniami kierują i zarządzają dwa towarzystwa, a mianowicie: Liga narodowa francuska przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu i Towarzystwo francuskie zabezpieczenia zdrowotnego i moralnego.

Duszą całej organizacji jest Instytut profilaktyczny, założony w roku 1916 a kierowany przez Dr. Vernes'a. Prace tego Instytutu opierają się na ścisłej łączności z postępami leczenia i wynikami badań naukowych. Instytut ten zarządza, nietylko swem centralnem dyspenzorjum (które w ciągu jednego roku udzieliło 800.000 porad), ale także pracowniami naukowemi, jakoteż licznemi poradniami rozmieszczonemi, tak w samym Paryżu, jak i na jego przedmieściach.

Oddając tak znakomite usługi, znajduje najzupełniejsze uznanie dla swych prac i dlatego też opinja tego instytutu ma poważne znaczenie i w parlamencie przy udzielaniu subwencji dla całej działalności. Tak Liga narodowa jak i Towarzystwo zabezpieczenia zdrowotnego łączą się w swej działalności z organizacjami międzynarodowemi, tworząc Unie międzynarodowe, w skład której wchodzi obecnie 34 państw całego świata, a w liczbie tych także i Polska.

O ile na początku działalności organizacyj rozsianych po całej Francji była zależną od kierownictwa centralnego w Paryżu, to doświadczenie później wykazało, że jest wskazane udzielenie pewnej samodzielności poszczególnym departamentom w tym kierunku.

Wytworzyły się więc trzy typy organizacyj prowincjonalnych. A mianowicie w pewnych departamentach kierują akcją inspektorzy sanitarni pozostający w łączności z prefekturami. Potrzebne zaś fundusze, co miesiąc oznaczane, dostarczają władze powiatowe i administracja centralna. Drugi typ stanowią poradnie powiatowe, pozostające także pod kierownictwem inspektorów sanitarnych a tworzone przez organizację hygieniczno-społeczną.

W niektórych departamentach znajdują się poradnie, tworzone przez miejscowe komitety a kontrolowane przez delegatów Ministerstwa, któremi są wybitni specjaliści.

Wszystkie miasta we Francji mające powyżej 10.000 mieszkańców, posiadają już obecnie swe poradnie. I urządzono je nawet w większych środowiskach wiejskich będących miejscami targów. W większych miastach kierownikami poradni są lekarze wybrani przez komisję konkursową. W skład takiej komisji wchodzą: profesor wenerolog miejscowego uniwersytetu, przedstawiciel Ministerstwa i przedstawiciel związku lekarzy. Poradni zajmujących się tylko kiłą jest w całej Francji 395, znacznie mniej jest przychodni przeciwrzerzączkowych, bo tylko 66. Jednakże wszystkie największe miasta posiadają poradnie rzerzączkowe, które dotąd wydały bardzo dobre wyniki a przedewszystkiem ukróciły działalność pokątnych szarlatanów.

W poradniach tych jest stosowane tak leczenie szczepionkowe jak i chemoterapia śródżylna. Zakres działania poradni rozszerza się w tym kierunku, aby wykrywać choroby weneryczne i u osób, które o tych chorobach nie wiedzą. W tym celu wydano w 27 departamentach odezwy do lekarzy ogólnopraktykujących, aby chorych niezamożnych, u których podejrzywają choroby weneryczne, kierowali do poradni. Oprócz tego porozumiano się z zakładami „Opieki nad matką i dzieckiem", aby te również zachęcały do korzystania z usług poradni. Również to samo zastosowano w dużych zakładach przemysłowych zatrudniających większą ilość robotników. W celu jak najszerszego i najdogodniejszego ułatwienia leczenia, lekarze ordynujący w chorobach wenerycznych otrzymują z organizacji wynagrodzenia za leczenie chorych niezamożnych. Komitet międzynarodowy opieki społecznej zwrócił uwagę na to wielkie znaczenie, jakie ma leczenie kiły u kobiet ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży. Wydano więc odezwy wzywające do jak najszerszego korzystania z bezpłatnego badania krwi w poradniach i ewentualnie leczenia. W ten sposób dano wielu kobietom nieświadomym swej choroby, możność ratowania życia swoich noworodków. Doświadczenie wykazało, że dla obszerniejszego wykrywania kiły dziedzicznej nie wystarczają badania obejmujące, tylko zakłady opieki dla matek i niemowląt, żłóbki i zakłady położnicze. Okazało się koniecznem wprowadzenie takich badań i w szkołach, zwłaszcza w niższych klasach. Takie badania krwi u dzieci w ochronkach posłużyły do wykrywania licznych wypadków kiły dziedzicznej. Przy rozpowszechnianiu się walki z chorobami wenerycznemi zwrócono uwagę także i na duże przedsiębiorstwa a więc w pierwszym rzędzie na kolejnictwo. Tu akcja rozpoczęła się od badania ludzi podejrzanych o kiłę dawną, przeważnie dotąd nie leczoną. Szczególną uwagę zwrócono na badanie ludzi mających bardzo odpowiedzialne zajęcia, jak maszynistów i kierowników pociągów. Badania te powierzano doświadczonym specjalistom, którzy w wielu wypadkach u ludzi często nawet nie przypuszczających u siebie przebycia kiły, wykrywali początki ciężkich schorzeń układu nerwowego środkowego. Towarzystwa kolejowe dla swych pracowników urządziły znakomicie wyposażone poradnie, w których także i neurolodzy współdziałali w koniecznych wypadkach. W dużych miastach posiadających już dawniej poradnie jak w Paryżu, Lyonie, Marsylji, Zill, Strasburgu, te towarzystwa korzystają z tych poradni, przesyłając do nich swoich pracowników. Obowiązuje do tego, nakaz ministerstwa robót publicznych, które także zorganizowało kontrolę zdrowia w tym kierunku dla pracowników zajętych w Towarzystwie kolei południowiej, tworząc w Tuluzie i Bordeaux trzy bardzo dobre poradnie. W miastach portowych zwrócono uwagę na łatwość rozszerzania się chorób wenerycznych przez marynarzy należących do floty handlowej. Aby temu skutecznie zapobiegać założono w głównych miastach portowych poradnie przeznaczone dla marynarzy w celu dostarczania tymże, nie tylko opieki lekarskiej i środków leczniczych, ale także współdziałania z lekarzami okrętowymi, którym poradnie, po usunięciu objawów zakaźnych u chorych marynarzy, powierzały dalsze leczenie.

Gdy spostrzeżono, że wśród robotników cudzoziemców jest także wielu chorych wenerycznie, postarano się i o zachęcenie tychże do korzystania z poradni opanowując w ten sposób i te źródła zakażenia. Chociaż Francja jest krajem do którego bardzo wielu cudzoziemców z całego świata zjeżdża i nowe źródła zakażenia przywozi, to jednak dzięki tym wysiłkom i tej doskonalej organizacji ilość wypadków kiły już w roku 1920 spadła o 50% (w wojsku w 1916 roku było 12,6% wenerycznie chorych a w 1925 tylko 1,84%).

Nietylko w krajach zachodnio-europejskich zorganizowano ogólną akcję przeciw chorobom wenerycznym, także i na wschodzie od wielu lat w tym kierunku idzie praca. W Turcji już w roku 1908 personal restauracyjny, jakoteż osoby zajęte w publicznych łazienkach poddano przymusowemu badaniu. W dwa lata później wysyłano już lekarzy specjalistów w podróże okrężne po prowincji dla leczenia kiły. Przy końcu wojny, powstała sekcja przy ministerstwie zdrowia i opieki społecznej, zajęła się organizacją walki z chorobami wenerycznemi i otworzono w Konstantynopolu cztery nowe poradnie. Od roku 1921 obowiązuje w Turcji nowa ustawa, której 1 artykuł postanawia, że każdy chory na kiłę musi się leczyć u lekarza przez siebie wybranego i posiadać świadectwo tegoż lekarza poświadczające długość i rodzaj leczenia. Każden lekarz jest obowiązany w ciągu 24 godzin donieść lekarzowi powiatowemu o wypadku kiły z podaniem nazwiska chorego i również o przerwaniu przez chorego leczenia, lekarz powiatowy musi być zawiadomionym.

W Niemczech najsilniejszy wzrost chorób wenerycznych występuje w czasie przewrotu. Wtedy bowiem w ciągu kilkunastu dni prawie wszystkie zakłady leczące choroby weneryczne się opróżniły. Dziesiątki tysięcy chorych z objawami zakaźnemi weszły w styczność z resztą ludności. Dlatego też w tym okresie wykazywano największą ilość świeżych zakażeń. Do uporządkowania tych stosunków, powstrzymania dalszego szerzenia się chorób wenerycznych najwięcej przyczyniło się Niemieckie Towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych a zwłaszcza jeden z najwybitniejszych współpracowników tego towarzystwa A. Blaschko.

W Niemczech ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych weszła w użycie z październikiem roku ubiegłego. Gminy jakoteż związki gmin są władzami, które są odpowiedzialne za wykonanie tej ustawy i dlatego też mają zadania z tem związane. Wskutek tego stworzono samorządowe urzędy zdrowia, wyposażone w wielką władzę. Według nowej ustawy te urzędy zdrowia mają prawo od osób (tak mężczyzn jak i kobiet) podejrzanych o choroby weneryczne i rozszerzanie tych chorób żądać przedłożenia świadectw zdrowia.

Jeżeli osoba podejrzana takiego świadectwa nie dostarczy może urząd zdrowia zarządzić przymusowe badanie, a następnie może zarządzić ten urząd przymusowe leczenie lub umieszczenie w szpitalu, jeżeli to jest wskazanem dla uniknięcia rozszerzania choroby. Ma ten urząd obowiązek korzystać z doniesień o źródłach zakażenia i te jak najrychlej w odpowiedni sposób unieszkodliwiać. Wreszcie również należy korzystać z doniesień lekarzy o chorych, którzy samowolnie przerywają leczenie, albo którzy ze względu na swój zawód lub warunki osobiste narażają innych na zakażenie.

Urzędy opieki mają zadanie roztaczać opiekę nad osobami obojga płci, bez różnicy wieku, obyczajowo zagrożonemi. Dotąd otrzymywały te urzędy wykazy osób zagrożonych od policji obyczajowej.

Urząd zdrowia powiadamia urząd opieki w każdym wypadku, w którym potrzeba tych starań. Urząd opieki działa w kierunku obyczajowym i ekonomicznym. Jego najważniejszem zadaniem jest troska o uregulowanie warunków życia dla tych osób. Nie zawsze jest możliwe, zagrożone osoby odsunąć od niebezpiecznego dla nich otoczenia. W tym celu trzeba dla tych osób wystarać się niejednokrotnie o pracę, mieszkanie i ubranie. Nowa ustawa urzeczywistnia zasady abolicjonistyczne, które przyjęły się w Skandynawji a zwlaszcza w Szwecji, a więc zniesienie policyjnej reglamentacji i skoszarowania. Nierząd zarobkowy i przekraczania przepisów obyczajowo-policyjnych nie są już obecnie karane. Policyjną kontrolę według nowej ustawy zastępują: nadzór sanitarny władz zdrowotnych i troskliwe starania urzędów opieki. Dawniejsze przepisy ograniczające przebywanie prostytutek tylko w pewnych dzielnicach lub na pewnych ulicach zostały zniesione. Również zniesiono i domy publiczne. Nadzór policyjny nad prostytutkami ogranicza się tylko, do przestrzegania zachowania spokoju na ulicach, bezpieczeństwa i porządku. Jednak władze sanitarne korzystają przy przeprowadzaniu przymusowego badania i leczenia z pomocy policyjnej. W walce z chorobami wenerycznemi bardzo od lat wielu w Niemczech zasłużyły się poradnie. Te poradnie są założone i utrzymywane bądź przez zakłady krajowe ubezpieczeniowe, bądź przez samorządy miejskie. Zakłady krajowe ubezpieczeniowe, które już od dawna były czynne w walce z gruźlicą i alkoholizmem, podjęły się także zwalczania chorób wenerycznych. Urządzono więc w większych miastach poradnie, które zasadniczo leczeniem się nie zajmowały a natomiast miały zadanie opiekować się leczeniem i starać się, aby to leczenie kosztem odpowiedzialnych za ubezpieczenie czynników się odbywało. Mają te poradnie obowiązek bezpłatnego badania każdego, kto zgłosi się w podejrzeniu o nabycie choroby wenerycznej. Nowa ustawa nie nakazuje poradniom koniecznego wywiadu w kierunku źródła zakażenia. Jednak tak poradnie jak

urzędy zdrowia i opieki starają się nie wywierając przymusu wywiedzieć się o osobach, które zakażenie spowodowały. W celu zapobiegania zakażeniu przez osoby pozostające w leczeniu mogą poradnie posyłać do mieszkań dotyczących osób swój personel pomocniczy a także posługiwać się w tym celu pielęgniarkami urzędów opieki lub urzędów dobroczynnościowych. Ponieważ tak gminy jak i kasy chorych są zainteresowane w jak najwcześniejszem leczeniu chorych wenerycznie, starają się one o jak najwydatniejszą pracę poradni.

W Nadrenji utworzono dwanaście poradni a mianowicie najpierw pięć w siedzibach władz powiatowych to jest w Düsseldorfie, Kolonji, Koblencji, Akwisgranie i w Trewirze a następnie w większych takich miastach jak w Elberfeldzie, Essen, Duisburgu, Krefeldzie, Bonn, Kreuznach i w Saarbrücken. W siedmiu poradniach kierownikami byli lekarze specjaliści w czterech lekarze urzędowi a w jednej lekarz praktykujący. Przy obsadzaniu tych stanowisk zakład ubezpieczeniowy wchodzi w porozumienie z miejscowym związkiem lekarzy chcąc zapewnić dla poradni poparcie ogółu lekarzy. Zarządzenie leczenia szpitalnego powoduje poradnia. Do poradni przychodzą nie tylko chorzy dobrowolnie się zgłaszający, ale także przysłani przez lekarzy prywatnie ordynujących lub Kasy chorych. Gdy chory wenerycznie będący członkiem Kasy chorych zgłosi się do swego lekarza, to tenże z pisemnem określeniem rodzaju choroby przesyła chorego do poradni. Ztamtąd po stwierdzeniu potrzeby leczenia zostaje odesłany z powrotem do tego samego lekarza w celu leczenia na koszt zakładu ubezpieczeniowego. Po ukończeniu leczenia przedkłada tenże lekarz sprawozdanie o długości, przebiegu i wyniku leczenia z dołączeniem wykazu kosztów. O ile chory zgłasza się do poradni bez polecenia lekarza, to postępowanie jest to samo, poradnia zaś dozwala wolny wybór lekarza. Jednak zakład ubezpieczeniowy pokrywa tylko wtedy koszta, gdy poradnia leczenie spowodowała. Dla każdego chorego wystawia poradnia kartę choroby, (dla mężczyzn czerwoną, dla kobiet zieloną) w której podczas nadzoru całego leczenia wpisuje uzupełnienia.

W razie zmiany miejsca pobytu chorego, karta zostaje przesłana do poradni w okręgu której chory zamieszkał. Nowa ustawa niemiecka zawiera niektóre postanowienia, które mogą się okazać szkodliwemi dla zwalczania chorób wenerycznych. Obowiązek lekarzy donoszenia o chorych znajdujących się w leczeniu, może będzie odstraszał chorych wenerycznych od lekarzy i zakładów leczniczych. Zaletą nowej ustawy jest nadanie poradniom pierwszorzędnego znaczenia, jakoteż rozszerzenie ich działalności. Ilość poradni zostanie znacznie powiększona, gdyż w okręgu działania urzędu zdrowia musi być przynajmniej jedna poradnia. Odpowiedzialność za działalność poradni mogą ponosić zakłady krajowe ubezpieczeniowe, gminy lub uniwersytety. W większych miastach oprócz poradni mają być założone stacje ochronne (profilaktorja), które mają być czynne i w nocy. Zwalczanie więc chorób wenerycznych we wszystkich państwach europejskich nie ogranicza się tylko do leczenia w zakładach leczniczych to jest oddziałach szpitalnych i klinikach. Działa tam zwiększająca się ciągle ilość poradni, które mają nie tyle na celu leczenie jak wykrywanie chorych i zachęcanie tychże do leczenia.

I u nas w Krakowie mająca powstać poradnia, jeżeli ma oddawać usługę społeczeństwu, to przedewszystkiem powinna uwzględniać te cele, jakiemi kierują się poradnie w innych państwach.

Trzeba więc rozejrzeć się w ilości i warunkach pracy. Czy tych chorych wenerycznych w Krakowie jest taka liczba, że poradnia miałaby podstawę istnienia i działania. Jeżelibyśmy się rozpatrzyli w materjale statystycznym, jaki nam przedstawiają zakłady lecznicze w ostatnich trzech latach, to znajdziemy przeciętnie 1000 chorych wenerycznych, leczonych rocznie w zakładach cywilnych, a 2500 w szpitalu wojskowym. Dodać do tych cyfr trzeba jeszcze przynajmniej 30% leczonych w Kasach chorych i prywatnie.

Najsłabszą ilościowo chorobą jest wrzód miękki, bo trafia się zaledwo kilkadziesiąt wypadków rocznie tej choroby.

Powszechne prawie mniemanie, że choroby weneryczne w stosunku do czasów przedwojennych w Krakowie się znacznie zmniejszyły jest nie zgodne z prawdziwym stanem. Statystyka, którą zebrałem za dziesięć lat przedwojennych wykazywała ogólną liczbę 19.280 chorych. Za ostatnie trzy lata statystyka obejmująca te same zakłady, a więc klinikę dermatologiczną, oddział szpitalny i szpital wojskowy wykazuje 10.117 chorych. Przy uwzględnieniu przyrostu ludności jeszcze zmniejszenie ogólnej liczby chorych wenerycznych w stosunku do lat przedwojennych na podstawie tej statystyki nie występuje.

W roku zeszłym donoszono z różnych państw europejskich o mocnem zmniejszeniu się chorób wenerycznych a zwłaszcza kiły. Niektórzy z autorów byli nawet skłonni do przypuszczania, że jeżeli to zmniejszanie się kiły w dalszym ciągu będzie postępowało, to ta choroba będąca dotąd taką plagą ludzkości zaniknie i może tylko w pewnych krajach w nielicznych wypadkach będzie się pojawiać. Chcąc wyjaśnić przyczyny tego zmniejszania wskazywali autorzy (Düring, Delbanco, Herzheimer, Ehlers, Blaschko) na zależność tych chorób jako zakaźnych od pewnych praw epidemjologicznych.

Zestawienie ilości chorych wenerycznych w Krakowie.

Kiła.

	Szpital św. Łazarza			Szpital wojskowy				Rzerzączka i wrzód miękki			
rok	wyszło	zmarł	razem	wyszło	zmarło	razem	Razem	Szp. Łazarz.	Szp. wojsk	Razem	Ogólna ilość
1901	634	3	637	260		260	897	421	541	962	1859
1902	488	1	489	208		208	697	416	579	995	1692
1903	551	5	556	203		203	759	439	442	881	1640
1904	447	3	450	268		268	718	398	446	844	1562
1905	687	4	691	371		371	1062	532	697	1229	2291
1906	819	7	826	291		291	1117	657	625	1282	2399
1907	759	2	761	203		203	964	591	550	1141	2105
1908	735	2	755	192		192	927	452	437	889	1816
1909	678	4	682	281		281	963	465	549	1014	1977
1910	539	1	540	328		328	868	583	488	1071	1939
	6355	32	6367	2605		2605	8972	4354	5354	10308	19280

		Kiła	Rzerzączka	Wrzód miękki	Razem	Razem
1925	Klinika	166	12	18	196	3.736
	Oddział V. a. w szpitalu św. Łazarza	562	325	2	889	
	Szpital wojskowy	1774	864	13	2651	
1926	Klinika	137	21	1	159	3 335
	Oddz. V a. szpit. Łazarza	489	308	32	829	
	Szpital wojskowy	1372	961	14	2347	
1927	Klinika	187	66	33	286	3.646
	Oddział V. a.	477	284	3	764	
	Szpital wojskowy	1478	1113	5	2596	
		6642	3954	121	10717	10.717

Więcej uznania znajduje zapatrywanie, że zmniejszanie się chorób wenerycznych powoduje postęp wiedzy ułatwiający rozpoznawanie i leczenie tych chorób przez zastosowanie wielkich epokowych odkryć Schaudinna, Wassermanna, Erlicha. Nie mało przyczyniają się także obecne urządzenia zdrowotne i poradnie ułatwiające leczenie większej liczby chorych. Według zapatrywania pewnych autorów jak A. Busckego, M. Gumperta, E. Langera zmniejszanie się tych chorób w ostatnich latach powoduje nie tylko leczenie salwarsanowe ale także obecne powojenne warunki ekonomiczne. W dawnych bardzo czasach dwukrotnie występowało tak wielkie zmniejszenie się kiły, że żyjący w tych czasach lekarze przewidywali w przyszłości trwałe zniknięcie. W początkach szerzenia się choroby ogólne uznanie znajdowało zastosowanie znakomicie działającej rtęci ale wnet powstały zarzuty przeciw stosowaniu a zwłaszcza nadużywaniu tego środka. Wprowadzono więc w leczenie, jako przeciwkiłowe środki pochodzenia roślinnego sprowadzane z Ameryki a głównie gnajak, zarazem ograniczono bardzo w leczeniu zastosowanie rtęci. Wtedy wykazywano w roku 1520 pierwsze zmniejszenie się choroby a więc w kilkadziesiąt lat po epidemicznem pojawieniu się kiły w Europie. Po raz drugi spostrzegano to samo około roku 1830. Przed tym czasem był okres silnego bardzo stosowania rtęci a wyrazami największego nasilenia były leczenia ślinotokowe i głodowe. Louvriera i Rusta. Liczne zarzuty, jakie stawiano temu leczeniu spowodowały, że przyjęło się ogólnie, leczenie rtęciowe tak zwane pojedyncze ograniczające znacznie ilość tego środka. Od czasu rozpowszechniania się leczenia salwarsanowego, również znacznie ograniczono stosowanie rtęci. Matthias, O. Rosenthal i inni wskazując na równoczesne zmniejszanie się kiły, nie stawiają jednak

żadnych wniosków w następstwie tego zestawienia, wykazującego w trzech tak odległych od siebie okresach czasu, równocześnie występujące z ograniczeniem stosowania rtęci zmniejszanie się kiły.

Kiła pod wpływem obecnego leczenia zmieniła swój charakter i wygląd. Rzadko bardzo obecnie widzi się rozległe wrzody pierwotne, a prawie nigdy nie spostrzegamy wrzodów żrących jagadenicznych, rozszerzających się w głąb lub na powierzchni. Zwykle to, co obecnie spostrzegamy u chorych, przedstawia owrzodzenia bardzo nieznaczne, często przyjmujące postać powierzchownych nadżerek. Wrzody te często goją się, nawet bez leczenia swoistego, a tylko badanie drobnowidowe lub badanie krwi wykrywa ich tło i znaczenie. Doświadczenie jednak uczy, że kiła o takim łagodnym przebiegu z początku nie leczona, albo nie odpowiednio leczona, prowadzi częściej, jak dawniej do ciężkich schorzeń układu nerwowego centralnego, wcześnie, bo nawet po kilku latach od czasu zakażenia występujących. Ten więc łagodniejszy przebieg kiły w początkach może być powodem, że wielu chorych przez czas dłuższy nie zwraca się o pomoc lekarską, a nawet nie wie o swej chorobie. Badania krwi u kandydatek na mamki wykazało, że duży procent kiły udawało się w ten sposób wykazać. A zatem tu już jasno występuje jeden z celów poradni. Osoby zgłaszające się pouczać o znaczeniu owrzodzeń nawet najmniejszych, które kiedykolwiek na częściach rodnych miały i zachęcać do poddania się badaniu krwi, które w poradnie bezpłatnie powinny być wykonywane. Na pierwszem miejscu musi być uwzględniony łatwy i dyskretny dostęp do poradni. Jeszcze ciągle te choroby u nas należą do chorób wstydliwych z któremi trzeba się ukrywać, aby nikt się nie dowiedział, że dana osoba jest wenerycznie chorą, gdyż to przedstawia wielkie niebezpieczeństwo narażenia swej opinji. Dlatego tylko pewien procent chorych wogóle się leczy. Oprócz tego wchodzi w rachubę bardzo ważny czynnik a mianowicie koszta leczenia. Dużo jest przecież osób w Krakowie a zwłaszcza z inteligencji zubożałej, dawnej średniej klasy, które nie ubezpieczone nie należąc do Kasy chorych nie mogą sobie pozwolić na kupowanie tak drogich obecnie środków leczniczych. Dla nich więc nawet bezpłatna porada nie przedstawia drogi leczenia. Takim osobom poradnia powinna udzielać bezpłatnie lekarstw, których celowe użycie w domu musi kontrolować odpowiednio wyszkolony personal poradni. Poradnia nie może i nie powinna stanowić konkurencji leczenia tak lekarzom ordynującym prywatnie jak i zakładom leczniczym. Objaśnienia i zbadania nie należy odmówić nikomu, gdy jednak badanie stwierdzi chorobę weneryczną, to obowiązkiem poradni jest chorych biednych po zaopatrzeniu w potrzebne środki lecznicze kierować dla leczenia do zakładów leczniczych to jest kliniki lub oddziału szpitalnego. Należy także w następnym czasie zasięgnąć dokładnych informacji, czy ten chory się leczy. Zatem właściwym celem poradni jest rozszerzenie tego nadzoru nad wszystkimi u których poradnia stwierdziła chorobę weneryczną. Do tego celu zdążając trzeba stosować bardzo taktowne i dyskretne postępowanie odpowiednio wyszkolonego personelu poradni. W przeciwnym razie poradnia zamiast stać się źródłem zachęty do leczenia odstraszałaby mających zamiar korzystać z usług poradni. Niejednokrotnie ustne objaśnienia i pouczenia co do zachowania się podczas leczenia wystarczy. Wiemy bowiem z doświadczenia praktycznego, jak często chorzy zapominają lub przekręcają udzielone wskazówki. Dlatego też potrzebne są pisemne objaśnienia i pouczenia, które jednak nie zawsze mogą odpowiadać ułożonemu z góry szematowi. Trzeba przy tem uwzględniać warunki życia i pracy chorego, aby celowe leczenie nie utrudniało tych warunków, tylko o ile możności z nimi dało się uzgodnić. W razie wyjazdu chorego trzeba dać możność korzystania z usług poradni nawet drogą korespondencji, jeżeli chodzi o zasięganie porady co do dalszego postępowania i leczenia. Usług w poradni należy udzielać wszystkim tak mężczyznom jak kobietom i dzieciom. Im więcej zaufania zyska poradnia, tem więcej osób będzie korzystało z jej usług i tem więcej będzie się rozszerzał zakres działania. Będą więc zgłaszać się i osoby zdrowe w obawie czy nie uległy zakażeniu. W poradni więc powinny być takie osoby dokładnie zbadane, następnie należy wykonać u nich miejscowe odkażenie i pouczyć jakie zabiegi zapobiegawcze mają się stosować przy narażaniu się na zakażenie. Aby poradnia mogła być dostępną dla wszystkich należy oznaczać godziny przyjęć w porze wieczornej w czasie wolnym od zajęć. Dużą pomocą i zachęceniem do korzystania z usług poradni będą odpowiednie odczyty popularne dla szerszego ogółu. Przedmiotami tych odczytów powinny być objaśnienia o chorobach wenerycznych, znaczenie tych chorób pod względem rodzinnym i społecznym. Do dzielnych środków pomocniczych należy i popularne piśmiennictwo, które u nas jest jeszcze bardzo ubogie ale niektóre broszury są bardzo dobre jak np. Lenartowicza "Czem są i czem grożą choroby weneryczne".

Nasze miasto ma obowiązek urządzenia poradni i z tego względu, że w obecnych ciężkich warunkach materjalnych duży procent chorych wenerycznie zupełnie się nie leczy i przedstawia groźne niebezpieczeństwo rozszerzenia się tych chorób w przyszłości.

Jżeli akcja zwalczania chorób wenerycznych zapomocą poradni jest rozpowszechnioną na całym świecie, nie możemy pracy, która i tak przy wprowadzeniu ustawy Prezydenta Rzeczypospolitej na nas spadnie dalej odkładać.

Piśmiennictwo.

1) Behjet: Der Kampf gegen die Syphilis in der Türkei und die in einem halben Jahrhundert erzielten Erfolge (Dermat Woch. Bd. 86 Nr. 23, 1928. — 2) Belgodéré: Consideration actuelles sur quelques particularités de la contagion syphilitique. (Annalcs des maladies Vénériennes 1927 Nr. 2, 3). — 3) Brunn: Zur Frage der angeblich besonderen Haufigkeit von Geschlectskrankheiten unter der Schuljugend (D. m. W. 1928. Nr. 50). — 4) Breitschwert: Die gesetzliche Neuregelung der Prostitutionsfrage (M. m. W. 1927). — 5) A. Buschke u. M. Gumpert: Zur Epidemiologie der venerischen Krankheiten (M. m. W. 1927. Nr. 29). — 6) A. Buschke und M. Gumpert: Die Fürsorge für geschlechtskranke Kinder. (D. m. W. 1926. Nr. 44). — 7) Carry: A propos de lutte contre les maladies vénériennes. (Annales des Maladies Vénériennes 1926. Nr. 2). — 8) Cavaillon: L'état actuel de la lutte contre les maladies vénériennes (Annales des Maladies Vénériennes 1926 Nr. 12). — 9) F. Falkenburger: Zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution (Med. Welt 1927 Nr. 2, 3, 6) — 10) E. Finger: Die Geschlechtskrankheiten und §§ 358 und 498 Oester. St. G. B. (W. kl. W. 1926). 11) M. Flesch: Sociale Fürsorge und Einschränkung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten (Mitt. d. Deutsch. Ges z. Bek. d. Geschlechtskr. 1927. Bd. 25. Nr. 5) — 12) M. Gumpert: Zur Geschichte der Abnahme der Syphilis (Sitzung v. 8. III. 1927 Berliner Dermat. Gesselschaft) — 13) H. Hecht und H. Haustein: Sociale Bedeutung und Bekämpfung, Statistik der Geschlechtskrankheiten (Handbuch der Haut und Geschlechtskr. von J. Jadssohn Bd. 22. 1927). — 14) Hudelo, Rabut: Enquete sur les conditions sociales relatives a la contamination syphilitique (Presse méd. 1927 Nr. 85). — 15) Jadassohn: Rechte und Pflichten des Arztes nach dem Gesetz über Geschlechtskrankheiten (Zschr. f. ärztl. Fortbild 1927 Nr. 17) — 16) Jadassohn: Ueber die Bekämpfung der Geschlechtskrank. durch die Behandlung (Mitt. d. Deutsch. Gesell. z. Bek. der Geschlechtskr. Bd. 26 Nr. 1928). 17) Loewenstein G.: Beiträge zur Ursachenforschung der sozialen und sittlichen Gefährdung (Mitt. d. Deutsch. Gesell. z. Bek. der Geschlechtskrank. Bd. 26 Nr. 10 1928). — 18) R. Martial: De l'éducation sexuelle ses rapports avec la prophylaxie des maladies vénériennes (Bull. de l'Acad. de Méd. 1927. Nr. 21). 19) F. Memelsdorf: Die Gemeinden und das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Dermat. Woch. Nr. 1. Bd. 86 1928). — 20) G. Milian et Z. Brodier: La syphilis en 1928 (Paris méd. 1928 Nr. 9. — 21) A. Pappritz: Bericht des Völkerbundes über den Mädchenhandel (Mitt. d. Deutsch. Gesell. z. Bek. der Geschlechtskrank. Bd. 25 Nr. 9 1927). — 22) Posener: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die neuste Gesetzgebung (Berlin 1927). — 23) Raecke: Erfahrungen aus einer Eheberatungsstelle (Kl. Woch. Nr. 10). — 24) S. Stypułkowski: Ośrodek zdrowia: I. miejska stacja higjeny zapobiegawczej w Warszawie (Warszawa 1926). — 25) A. Urban: Staat und Prostitution in Hamburg (Hamburg 1927). — 26) K. Vessen: Die Fürsorge für Geschlechtskranke bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (Ztschr. für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1927 Bd. 20. H. 5, 6, 7). — 27) L. Zumbusch: Ueber das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrank. (W. m. W. 1927 Nr. 12).

OCENY.

Emile Géraudel: *Le mécanisme du Coeur et ses anomalies (Mechanizm serca oraz nieprawidłowości tegoż).* Masson et Cie Paris 1928. Cena 55 fr. *).

*) Termin „cardio-necteur" wzgl. „necteur" tłumaczy Dr. Dobrowolski (Polskie Arch. Med. Wewn. tom VI zesz. 4 z grudnia 1928), omawiając przypadek — Adams-Stockes'a — na „łącznik" pomiędzy układem nerwowym ośrodkowym a mięśniowym układem automatycznym serca. „Łącznik" rzeczywiście oddaje dobrze myśl Geraudel'a. Czy jednak przepowiednia Dra Dobrowolskiego, co do wątpliwej przyszłości tej dualistycznej nowej teorji Geraudel'a sprawdzi się, okażą dalsze badania. *Dr. Pisek.*

Autor poświęcił pracę swoją znakomitemu kardjologowi Vaquezowi który też opatrzył ją pięknym wstępem zakończonym uwagą: „książka niniejsza stanowić będzie epokę w historji kardjologji", bez względu na to, czy poglądy autora — bądź co bądź — oryginalne, — zostaną przyjęte. Całość obejmuje dwa wielkie działy: część anatomiczną i elektrokardjograficzną oraz część przedstawiającą nieprawidłowości mechanizmu sercowego. Przewodnią myślą autora jest ustalić prawidłowy mechanizm przez zbadanie nieprawidłowości, których poznanie dopiero elektrokardjografja umożliwiła. Na tej podstawie buduje hipotezy swoje.

Dział I: Wstęp anatomiczny i elektrokardjograficzny.

1) Omówiwszy zasady i technikę elektrokardjografji przedstawia szczegółowy opis przyrządu Boulitte'a i sposób zdejmowania elektrokardjogramu. W następnym rozdziale bardzo wyczerpująco podaje anatomję i fizjologję tych „swoistych" pasm mięśnia sercowego (myocarde specifique), które pozostają w związku z kurczliwemi warstwami przedsionka względnie komory. Swoiste te pasma nazywa autor „cardio necteures: w prawym przedsionku „atrio - necteur" obejmuje węzły Keitha i Flacka (nodus sino-auricularis), węzeł zatokowo przedsionkowy, zaś nazwą „ventriculo - necteur" obejmuje autor węzeł Tawary, wiązkę Hisa z 2 gałęziami, oraz siatkę włókien Purkynjego. Doskonałe przekroje makro- i mikroskopowe uzupełniają opisy. Na szczególne wyróżnienie zasługuje drobiazgowy opis rozgałęzień krwionośnych, węzłów i wiązki Hisa; korzystał tu autor z prac autorów francuskich, angielskich, niemieckich oraz z prac rodaka naszego Degiel'a. Swoją własną technikę, stosowaną od roku 1913, przedstawia autor wyczerpująco.

W rozdziale następnym w sprawie hipotez mechanizmu serca, stawia autor trzy pytania: 1) Po jakim bodźcu powstaje skurcz mięśnia sercowego? — 2) Dlaczego mięsień sercowy kurczy się miarowo; — 3) W jaki sposób wytwarza się zborność (koordynacja) skurczów przedsionków i komór?

ad 1) Teorja „mięśniowa" automatyzmu serca wydaje się autorowi prawdopodobną, chociaż zgadza się i z „nerwową" jako hipotezą tymczasową pomocniczą (hypothèse de travail). — ad 2) Hormon sercowy niedawno odkryty na rytm nie wpływa; rytm zależy tu od okresu refrakcyjnego mięśnia sercowego. — ad 3) Nie wypowiada się za żadną z przytoczonych hipotez: wyniki licznych doświadczeń nie są przekonywujące.

W sprawie działania nerwów pozasercowych, przypuszcza autor, że prawy n. błędny i współczulny działają na „atrio-necteur", (węzły przedsionkowe) zaś lewy n. błędny i współczulny lewy, na „ventriculo - necteur" (na węzeł Tawary, na wiązkę Hisa oraz na siatkę Purkinjego) wprost bądź też pośrednio — (pośrednikiem byłaby wydzielina dokrewna?).

Elektrokardjogram i jego morfologiczne odmiany, stanowią treść rozdziału trzeciego. Przedstawiwszy prawidłowy elektrokardjogram wspomina o tłumaczeniach: jednak sam autor uważa je za niedostateczne.

W dziale drugim swej pracy umieścił autor rzecz o nieprawidłowościach mechanizmu sercowego. Na wstępie zaznacza, że odmiennie od dotychczasowego odczytywania elektrokardjogramu „jednolinjowego" t. j. jako wyrazu ruchów serca w całości — autor ściśle odróżnia elektrokardjogram (e. k.) przedsionków od e. k. komór, — zaleca odczytywanie „dwulinjowe". Nieprawidłowości mechanizmu sercowego wskutek zmiennej s z y b k o ś c i rytmu omawia autor w pierwszym rozdziale. Skurcz przedwczesny przedsionka lub komory nazywa „Protosystole", opóźniający się skurcz nazywa „hysterosystole". W grupie pierwszej rozpatruje skurcze dodatkowe (extrasystole), zatokowe, przedsionkowe, przedsionkowo-komorowe i komorowe, wreszcie kombinacje — dalej „hysterosystole" kombinacje protosystole z hysterosystole. Liczne e. k. objaśniają wywody autora. Końcowe rozdziały omawiają szczegółowo nieprawidłowości mechanizmu sercowego w następstwie zmian przerw PR. e. k. (L'intervalle PR.) i nieprawidłowości z powodu anisorytmji — a więc tachyarytmję przedsionkowa (w postaci trzepotania) i hipertachyarytmję przedsionkową (migotanie przedsionków) oraz te same zmiany komór, wreszcie anisorytmję wskutek zwolnienia czynności (Bradyarytmję przedsionków i komór).

Resumé opiewa: Teorja klasyczna mechanizmu sercowego straciła swą prostotę wskutek nowych odkryć, niemniej zasadniczo opiera się na tezie, że przedsionek ściśle związany jest z komorą — a stąd zborność ich ruchów. Tej zborności (koordynacji) często brak: 1-o nawet w stanie prawidłowym; 2-o częściej jeszcze w schorzałem sercu niezawisłość rytmów przedsionkowych i komorowych staje się czasami tak wybitną, że nie może być mowy wtedy o zborności, również luźnej wtedy.

Przedsionek i komora — spojone są jak ogólnie utrzymują — jeszcze zapomocą wiązki Hisa. Wiązka ta posiada tę samą budowę, co węzeł *zatokowo przedsionkowy*, któremu przypisuje się czynność wcale odmienną, czynność ośrodka ruchowego. Wbrew temu poglądowi przyznaje autor *to samo* znaczenie tym *obydwom* utworom podobnym, które autor oznacza mianem „cardio - necteurs" t. j. *węzeł zatokowo - przedsionkowy* czyli „atrio - necteur" jest dla przedsionka tem, czem dla komory jest wiązka His'a lub „ventriculo-necteur". Tedy „atrio-necteur" i przedsionek z jednej strony, a „ventriculo - necteur" i komora z drugiej strony *stanowią dwie części niezależne jedna od drugiej,* — pogląd zresztą poparty rozgałęzieniem naczyń serca. Autor wykazał też, że każdy „cardio-necteur", *ma swoje własne krążenie z tętnicą końcową* dla „atrio-necteur" a inną dla „ventriculo-necteur". Stąd jest logiczną rzeczą przyjąć, że zaburzenie krążenia może dotyczyć jednego z „cardio-necteurs" albo obu — lecz rozmaicie. Wobec tego wtedy prace przedsionka i komory przestaną być współrzędne. O ile równowaga krążenia obu „cardio - necteurs" istnieje, to rytmy przedsionka i komory będą jednakie; niezawisłość obu jam pozostaje zakrytą: przedsionek i komora wydają się być ściśle z sobą złączone. Tak dzieje się w sercu prawidłowem. Gdy jednak najlżejsze zaburzenie krążenia się jawi — równowaga zostaje zniszczoną. Przedsionek i komora, biją swym własnym rytmem: *ich niezawisłość wychodzi na jaw;* ich rzekoma zborność ustaje. Mechanizm serca staje się nieprawidłowym. Ta koncepcja wydaje się autorowi bardziej zgodną z faktami klinicznemi i anatomicznemi. Otóż przeważnie własne krążenie — w przeważnej części reguluje mechanizm serca. Nieprawidłowości pochodzą mniej od serca samego, jak raczej od naczyń serca.

Pisek (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pedjatrja Polska, tom VIII, zeszyt 5, wrzesień-październik 1928): B o g d a n o w i c z i S z e n a j c h: Płonica odozdrowieńcza. K w a s k o w s k i: Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym. — G u m i ń s k i i M a r j a n k o - L e w e n f i s c h o w a: Z kazuistyki ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci. — K r u s c h e: O dożylnem stosowaniu 40% roztworu urotropiny w ciężkich stanach duru brzusznego. — K r o t o s k a: Przypadek hemihypertrophia cruciata u dziecka trzyletniego. — I w a s z k i e w i c z: Przebieg i leczenie pląsawicy. — B e r n s t e i n ó w n a i B i a ł a s z e w i c z ó w n a: Badanie krwi i próby czynnościowe w pląsawicy. — P o l a k o w: Przypadek pląsawicy po anginie, zapaleniu stawów i wsierdzia. — F r e n k i e l: Dwa przypadki powikłań nerwowych. — F r e n k i e l: Patogeneza pląsawicy.

Opieka nad dzieckiem, rok VI, nr. 5, (wrzesień-październik) 1928: J. B o g d a n o w i c z: Podstawy kształcenia pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych opracowane przez komisję w latach 1918—1921. — W. S z u m a n: Jak dowieść rzeczywistej wartości zakładu wychowawczego. — S. B a g i ń s k i: Pięć lat opieki otwartej nad matką i dzieckiem w Wilnie. — A. K l ę s k: Czy szkoła ma prawo leczyć dzieci wbrew woli, czy wiedzy rodziców?

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie, rok 1928, tom VII, zeszyt III za lipiec, sierpień, wrzesień 1928: I. F l i e d e r b a u m: Badanie doświadczalne i kliniczne nad wpływem układu nerwowego autonomicznego i gruczołów dokrewnych na wodochłonność skóry. — A. G r a b e r: Cierpienia urazowe układu kostno-mięśniowego jako zagadnienie fizjoterapeutyczne i chirurgiczne.

Dziecko i matka, rok III, nr. 23 z r. 1928: Ozdoby choinkowe. L. K r z e m i e n i e c k a: Poczucie prawne u dzieci. — A. P.: Dzieci trudne do prowadzenia. — J. S t r z e l e c k a: Zosia Trojka. — F. K r u s z e w s k a: Wychowanie estetyczne. — M. W ą s o w i c z - S o p o ć k o w a: Higjena dziewczynek. — J. Ś m i a r o w s k a: Higjena ciała i odzieży w ciąży. — L. J a s t r z ę b s k i: O zapaleniach gardzieli. — Fr. Ks. C i e s z y ń s k i: Matki między sobą.

Trzeźwość, r. 1928, nr. 7 i 8: W. C h o d ź k o: Działanie alkoholu na psychikę ludzką. — S. S t y p u ł k o w s k i: Brońmy się przed alkoholem. — H. O s t r o w s k a - S z y m a ń s k a: Kobiety w walce z alkoholem. — M. S k i b a: Alkoholizm inteligencji. — H. O s t r o w s k a - S z y m a ń s k a: Przegląd zagraniczny. — Senat w sprawie wykonywania ustawy przeciwalkoholowej. — M. S k i b a: Z wystawy przeciwalkoholowej „Trzeźwości".

Trzeźwość, r. 1928, nr. 9 i 10: Wobec Kongresu Warszawskiego: R. Radziwiłłowicz: XIX Międzynarodowy Kongres przeciwalkoholowy. — H. Ostrowska-Szymańska: Wspomnienie. — J. Lewicki: Działalność abstynencka we Francji. — L. Feuerówna: Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu kolejarzy przeciwników alkoholu w Chur i połączonej z nim wycieczki po Szwajcarji. Przypomnienia. — Ś. p. Ks. Dr. Kaz. Lutosławski. — Wł. Chodecki: Co pić należy zamiast alkoholu? B. Głuchowski: Z ruchu przeciwalkoholowego zagranicą. — M. Skiba: Rzetelna reklama. — M. Skiba: Lwów w walce z alkoholizmem.

Polski Przegląd radjologiczny, tom III, zeszyt 3, z r. 1928: J. Przedborski i E. Głowacki: O postaci chorobowej zapalenia opłucnej śródpiersiowego (pleuritis mediastinalis) u dzieci. G. Bychowski: Przypadek wrodzonego niedorozwoju połowy ciała. — H. Karwowski: Jamy płucne nieme. — B. Grynkraut: Uwagi do zestawienia poglądowego p. t.: „Schorzenia rzeżączkowe stawów" Dra J. M. Biskiego. — A. Kruze: Zestawienie porównawcze różnych metod mierzenia jakościowego promieni Roentgena w świetle współczesnem. — Z. Grudziński: Wrażenia i uwagi z II Międzynarodowgo Kongresu Radjologicznego w Sztokholmie. — H. Reznikow: Wrażenia ze Zjazdu Towarzystwa lekarzy i przyrodników w Hamburgu.

Medycyna, rok II, nr. 47—48, z 30 listopada 1928: Z. Lewandowski: Oleothorax. — A. Rudolf: O niektórych zagadnieniach z dziedziny leczenia sztuczną odmą piersiową. — A. Galewski: Przewlekłe cierpienie oskrzeli i płuc jako następstwo wchłonięcia ciała obcego. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego. — Ś. p. Andrzej Ciechomski — wspomnienie pośmiertne.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok I, nr. 3, z r. 1928: Tobiczyk i Kwaśniewski: Kilka uwag o wpływie warunków atmosferycznych na samobójstwa. — W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwa rozszerzone w Warszawie. — S. Manczarski: Zamach samobójczy czy zbrodnia. — J. Olbrycht: Orzeczenie rekursowe, nieprzyjmujące związku przyczynowego między wypadkiem (dźwignięcie ciężaru) a powstaniem przepukliny pachwinowej. — Samobójstwa w Warszawie w r. 1927. — W. Grzywo-Dąbrowski: Kazuistyka sądowo-lekarska. — W. Lewiński: Z kazuistyki ran postrzałowych.

Polska dentystyka, rocznik VI, nr. 6, za listopad i grudzień 1928: Nowinom lekarskim w 40-lecie ich istnienia. — J. Jarząb: Bakterjologja ropowic w zależności od stosowania środków leczniczych. — A. Raczyński: Nowy model formidła. — A. Cieszyński: Sprawozdanie z działalności Instytutu dent. Uniw. J. K.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 43, z 13 grudnia 1928: E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i o stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica), do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego. — Z. Świder i N. Przyłuski: Wole całkowicie ukryte w klatce piersiowej jako przyczyna ciężkiej niedrożności przełyku (struma intrathoracica totalis s. occulta). — H. Rasolt: O roli układu siateczkowo-śródbłonkowego w powstawaniu wsierdzia (Streszcz. zbior.). — M. Bornsztejn: Ś. p. Dr. Adam Wizel.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 11, z r. 1928: W dziesięciolecie Wskrzeszenia Ojczyzny. — L. Korczyński: Przypadek t. zw. Kochinchińskiej czerwonki. — M. Stabrowski: Odczyny skórne Dicków i Schick'a — ich technika i znaczenie praktyczne. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — K. Bross: O niedokrewności złośliwej Biermera.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynäkologie.

Tom 130, z. 2.

Kurt von Gusnar: *Niezwykły przypadek licznych pierwotnych guzów macicy i jajnika.* Preparat uzyskano w czasie operacji osoby 63-letniej, a dokładne badanie makro- i mikroskopowe stwierdziło stan następujący: Liczne małe mięśniaki macicy, kilka większych śródściennych włókniaków, w dnie macicy charakterystyczny rak gruczołowaty z licznemi wysepkami nabłonka płaskiego, który przeważnie zbudowany był atypowo a częściowo uległ zrogowaceniu a które autor określa jako rakowca gruczołowatego (adenocancroid). Powyżej ujścia wewnętrznego macicy znaleziono polipa uszypułowanego o budowie torbielowatej, wielokomorowej, który nie wykazał żadnych cech utkania złośliwego. Oprócz tych zmian w macicy istniał równocześnie guz jajnika lewego o budowie mięsakowej z nielicznymi przerzutami w krezce jajowodu. Badanie drobnowidowe tak mięsaka jak i przerzutów wykazało elementy komórek wrzecionowatych, bujających nieregularnie a obok utkania łączno-tkankowego liczne złogi soli wapniowych w podścielisku. Ponadto niezależnie od mięsaka istniała mała torbiel jajnikowa i wreszcie bardzo wybitna sprawa zapalna w trąbce lewej. Różna budowa histologiczna t. j. rak gruczołowaty macicy z jednej strony a mięsak jajnika z drugiej strony zdaje się wykluczać związek genetyczny obu spraw (w znaczeniu przerzutów). Mimo to istnienie tak licznych i różnych nowotworów, w licznych miejscach narządu rodnego każe myśleć o wspólnej ich przyczynie a więc o temsamem ich pochodzeniu. Zdaniem autora przyczyny tej szukać należy przedewszystkiem w rozprószeniu ognisk zarodkowych.

Mulzer: *Przypadek pierwotnego mięsaka czarnego pochwy.* Guz wielkości wiszni umiejscowiony był na tylnej ścianie pochwy tuż za błoną dziewiczą. Przerzutów nie było. Po wycięciu guza zastosowano zapobiegawczo naświetlanie promieniami Roentgena. Badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie tkankołączne z przewagą komórek wrzecionowatych i licznemi komórkami barwikowemi.

W. Schiller: *O komórkach kępek żółtych w macicy.* Jak wiadomo, stosunkowo dość często znajdują się komórki kępek żółtych w zropiałych jajowodach i jajnikach. Natomiast do rzadkości należy obecność ich w innych częściach narządu rodnego, zapalnie zmienionych, jak niemniej w przypadkach raka.

Autor opisuje 2 przypadki raka trzonu macicy, w których udało mu się wykazać typowe komórki kępek żółtych utkania rakowego. W przypadku pierwszym istniały obok raka rozległe zmiany zapalne, któremi tłumaczy autor właśnie obecność tych komórek analogicznie jak to ma miejsce w przypadkach zropienia jajowodu i jajnika. Jako dowód, że komórki kępek żółtych mogą powstawać bez związku z rakiem, przytacza autor trzy przypadki w których komórki te wykazać mógł w błonie śluzowej macicy. We wszystkich trzech przypadkach komórki te rozmieszczone były prawie w jednakowej ilości i równomiernie a głównie naokoło naczyń włosowatych. Tkanka cytogenna otacza te komórki jako ciało obce w znaczeniu bujania odczynowego. Przemawia za tem między innemi okoliczność, że komórki plazmatyczne znajdują się przeważnie na granicy pomiędzy komórkami kępek żółtych i tkanki cytogennej.

Źródłem cholesteryny komórek kępek żółtych jest albo przemiana materji obecnych w tkance substancji (cholesterinphanerose) lub też komórki plazmatyczne, a gromadzi się na miejscu w razie istnienia po temu odpowiednich warunków (cholesterininfiltration). Jakkolwiek się rzecz ma, to zdaniem autora w tworzeniu się tych komórek prawdopodobnie gra ważną rolę nadmierne nagromadzenie się cholesteryny we krwi.

Przypadki autora dotyczyły wieloródek, będących w wieku przekwitania a więc osób, u których, jak wiadomo, zwiększa się zawartość cholesteryny we krwi.

Granzow: *Przyczynek doświadczalny w sprawie czynności układu międzynerkowego w czasie ciąży.* Autor przeprowadził doświadczenia na 18 nieciężarnych i 28 ciężarnych królikach i morskich świnkach, którym wycinał nadnercza po jednej lub po obu stronach. Zwierzęta nieciężarne, ginęły wkrótce po zabiegu. To samo działo się ze zwierzętami ciężarnemi, tak że u żadnego z nich ciąża nie utrzymała się do końca. Autor wnosi stąd, że i u zwierząt ciężarnych nadnercze posiada znaczenie życiowe (żywotne) i to prawdopodobnie w wyższym stopniu aniżeli u zwierząt nieciężarnych. Obdukcja bowiem zwierząt ciężarnych nie wykazała u żadnego z nich powiększenia substancji korowej a ilość nieuszkodzonej tkanki łącznej, niezbędnej dla utrzymania życia, zdaje się być u zwierząt ciężarnych zwiększona. Stan pooperacyjny zwierząt ciężarnych jest znacznie cięższy aniżeli nieciężarnych. Uderza przedewszystkiem wystąpienie drgawek, które co do nasilenia przypominają drgawki po zatruciu strychnina. Wszystko to każe domyślać się, że zwierzę ciężarne w żywotności swej w daleko większym stopniu zależne jest od czynności substancji korowej nadnercza aniżeli nieciężarne.

W przeciwieństwie do doświadczeń, poczynionych z tarczycą i trzustką płodów, należy przyjąć na podstawie doświadczeń autora, że nadnercza płodów nie są w stanie w dostateczny sposób zastępczo spełnić czynności usuniętego organu matki.

Doświadczenia autora nie potwierdziły w końcu zapatrywań niektórych autorów co do czynnościowej równowartościowości nadnerczy i jajników.

Kamniker: *Morfina w położnictwie.* Dawka morfiny w ilości 0.015 nie wywiera żadnego wybitnego wpływu na normalnie pracującą macicę ani w pierwszym ani w drugim okresie porodowym. Zauważyć się daje jedynie nieznaczne przedłużenie się przerw między bólami o $^1/_3$—$^1/_2$ ich pierwotnej długości i to przez czas do 1 godziny. Uspokojenie rodzącej trwa około 4 godzin. W przypadkach, w których macica pracuje energicznie, występuje wyraźniej przedłużenie się pauz między bólami. Jako działanie bardzo korzystne zauważyć się daje złagodzenie bólów, rodząca prze łatwiej i energiczniej, co wpływa korzystnie na czas trwania porodu. Działanie morfiny trwa najdłużej 7 godzin, to też żadnych powikłań, które przydarzyć się mogą po tym czasie, nie można już odnieść do działania tego środka. Nie powinno się stosować dawki wyższej jak 0,015. Z 7 przypadków przedłużającego się porodu nawet kilkakrotne wstrzykiwania morfiny tylko w jednym przypadku wywarły prawdopodobnie niekorzystny wpływ na płód. Zresztą nigdy nie stwierdzono pogorszenia się tętna płodu, choć dotyczący materjał obserwacyjny był bardzo duży.

Ścisła krytyczna ocena 113 przypadków porodów ciężkich patologicznych przyjmuje tylko 5 przypadków, w których szkodliwe działanie morfiny jest prawdopodobne. Ale i w tych przypadkach bez wyjątku istniały tak ciężkie powikłania porodowe, które same przez się dostatecznie tłumaczą szkodliwy wpływ na dziecko. Ani spostrzeżenia kliniczne ani badania chemiczne nie przemawiają za gromadzeniem się morfiny w ustroju dziecka. Najdokładniejsza analiza chemiczna nigdy nie wykazała obecności morfiny ani w łożysku ani w ustroju dzieci zmarłych a urodzonych z matek, u których w czasie porodu stosowano ten środek nawet w dawce do 0.025. U jednej rodzącej wystąpiły wymioty, w 3 przypadkach spostrzegano krwotok atoniczny, który odnieść można było do działania morfiny. Jest rzeczą bardzo ważną, aby rodząca, u której zastosowano morfinę, pozostawała pod ścisłą obserwacją z uwagi na ewentualność przeoczenia objawów grożącego pęknięcia macicy. Na 7 przypadków tężca macicy zawiodła injekcja morfiny w jednym przypadku. W przypadkach bólów „za silnych" w 75% przypadkach był skutek bardzo dobry. Również dobre wyniki spostrzegano w przypadkach obrzęku ujścia z następową bolesnością i przedłużeniem się porodu.

W licznych przypadkach zbyt wielkiej wrażliwości rodzącej stwierdzono korzystny wpływ morfiny jak niemniej w przypadkach następowego osłabienia czynności porodowej.

K. B. (Lwów).

NEKROLOGJA.

Ś. p. dr. ADAM WIZEL.

Dnia 15 listopada zmarł w Warszawie dr. Adam Wizel, wybitny psychjatra polski.

Urodzony w r. 1864, ukończył V-te gimnazjum warszawskie, a następnie wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego w r. 1889. W celu wyspecjalizowania się w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych wyjechał na czas dłuższy do Paryża, gdzie pracował na klinice Charcota.

Po powrocie do Warszawy został asystentem dra Gajkiewicza w szpitalu Starozakonnych, na ul. Pokornej, a w roku 1897 powołany został na stanowisko ordynatora oddziału psychjatrycznego Szpitala na Czystem. Stanowisko to zajmował w ciągu lat 31, aż do chwili ostatniej. Uczestniczył w wojnie rosyjsko-japońskiej w r. 1904—1906 i w wojnie światowej r .1914. Podczas wojny był ordynatorem Szpitala wojskowego Ujazdowskiego do czasu ewakuacji, a następnie był lekarzem-generałem w Moskwie. Podczas całego swego pobytu w Moskwie otaczał lekarsko-ojcowską opieką emigrantów, a zwłaszcza świat artystyczny.

Działalność naukowa ś. p. dra Adama Wizla obejmuje wszystkie dziedziny psychjatrji: w swych licznych pracach i monografjach oświetla w sposób zawsze rzeczowy i oryginalny cały szereg zagadnień współczesnej psychjatrji. Jako uczeń Charcota, zajął się ś. p. dr. Wizel po powrocie swym do kraju popularyzowaniem idei leczenia histerji za pomocą hipnozy. Chociaż otrzymywał dodatnie wyniki lecznicze za pomocą hipnozy, ciągle dążył do udoskonalenia i pogłębienia tej metody leczniczej. Wytrawny psychoterapeuta, doskonały znawca duszy ludzkiej, zrozumiał, iż zasady, głoszone przez psychoanalizę odpowiadają rzeczywistości i chociaż był zawsze nastrojony do psychoanalizy krytycznie, a początkowo wręcz nieprzychylnie, stopniowo coraz bardziej skłaniał się ku tej nowej wiedzy.

Jako wybitny klinicysta, uwagę swą przedewszystkiem poświęcał zagadnieniom klinicznym. Wyodrębnił specjalną jednostkę chorobową „jawnie niedorozwiniętą postać schizofrenji", odłączając w ten sposób od grupy schizofrenji te właśnie przypadki, z któremi lekarz-niespecjalista ma najczęściej do czynienia, a które dotychczas zazwyczaj mylnie rozpoznawano.

Zawsze żywo odczuwając brak właściwego lecznictwa w psychjatrji, dążył dr. Wizel oddawna do znalezienia właściwej metody leczniczej psychoz. Spostrzegł, iż choroby gorączkowe wpływają dodatnio na przebieg psychoz. I otóż zdecydował się w przypadku psychozy zaszczepić w celu leczniczym dur powrotny. Niestety, ów pierwszy przypadek skończył się śmiertelnie i dlatego dr. Wizel, który nigdy nie chciał okupić nawet największego postępu wiedzy narażeniem życia chorego, zaniechał tej metody leczniczej, która następnie okazała się wielkim trjumfem współczesnej psychjatrji. Dopiero później, gdy Wagner-Jauregg wprowadził leczenie porażenia postępującego za pomocą szczepienia zimnicy, dr. Wizel podjął nanowo swe doświadczenia, niestety zbyt pospiesznie przerwane, i pierwszy w Polsce wywalczył leczeniu za pomocą zimnicy to poczytne miejsce, jakie obecnie zajmuje w lecznictwie psychjatrycznem. Należy więc pamiętać o tem, że dr. Wizel nie tylko utrwalił u nas leczenie porażenia postępującego za pomocą zimnicy, lecz był współtwórcą tej idei, która rozsławiła nazwisko Wagnera-Jauregga po całej kuli ziemskiej.

W ostatnich latach życia wprowadził dr. Wizel leczenie malaryczne schizofrenji. Leczenie to znajduje coraz więcej zwolenników nie tylko u nas, lecz stopniowo myśl, podjęta przez dra Wizla, toruje sobie drogę i w klinikach zagranicznych.

Zawsze troskliwy o los swych chorych, starał się w miarę możności ulżyć ich niedoli. Był jednym z założycieli „Zofjówki", zakładu dla umysłowo chorych w Otwocku, był członkiem honorowym Towarzystwa Opieki nad ubogimi nerwowo i umysłowo chorymi żydami.

Rozmiłowany w swej wiedzy, zawsze młody i pełen otuchy, jeśli chodziło o postęp wiedzy, namiętny obrońca każdej słusznej sprawy, był dla swych uczniów-asystentów nie tylko szefem, lecz ich niezachwianym i szczerze oddanym przyjacielem.

Miłując prawdę ponad wszystko, był nieubłaganym przeciwnikiem obłudy, wszelkiego doktrynerstwa. Umiał być tkliwym dla tych, których szanował, nieprzystępnym zaś dla tych, którymi pogardzał.

Świetlana postać dra Wizla jest tak droga i bliska sercu każdego, kto miał szczęście z Nim współpracować, iż nigdy nie będzie zapomniania: łączył On bowiem w sobie cechy nie tylko człowieka nauki i wielkiego partjoty, lecz człowieka o niepospolitem pięknie duszy.

Cześć Jego pamięci!

Dr. R. Markuszewicz.

Spis prac dra Adama Wizla:

1) Astarja — Abazja. Gazeta Lekarska 1891.

2) Najnowsze poglądy na kwestję agrafji. Gazeta Lekarska, 1892 r.

3. Przypadek histerji z obrzękiem histerycznym czerwonym i pewnem szczególnem zaburzeniem pamięci. Gazeta Lekarska, 1893 r.

4) Przyczynek do nauki o padaczce Jacksona (A. Wizel i K. Rychliński). Gazeta Lekarska, 1894.

5) Un cas de sclérose en plaques à forme d'hémiplégie alterne. Révue Neurologique, 1895.

6) Przypadek urazowego wylewu krwi do substancji białej mózgu (M. Bersuk i A. Wizel). Przegl. chirurgiczny 1895.

7) Kilka słów o hipnozie i leczeniu hipnotycznem na zasadzie własnych spostrzeżeń. Medycyna 1895.

8) O urojeniach wstecznych, jako o odrębnej postaci urojeń. Medycyna 1896.

9) Wiek nerwowy w świetle krytyki. Monografja, 1896.

10) Kilka słów o nowoczesnych odkryciach w dziedzinie histologji układu nerwowego. Medycyna, 1897.

11) Dowcip u obłąkanych. Krytyka lekarska, 1899.

12) Stosunek psychologji do pschjatrji. Krytyka lekarska, 1901.

13) Patogeneza swoistego budzenia paralityków. Gazeta lekarska, 1902.

14) To samo po niemiecku. Neur. Zentralblatt.

15) Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa. Medycyna, 1902.

16) Ueber das Rechentalent bei einem Imbezillen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 1902.

17) Organizacja opieki nad umysłowo chorymi na Dalekim Wschodzie (A. Wizel i P. Awtokratow). Medycyna, 1905.

18) O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy otępieniem wczesnem a psychozą manjakalno-depresyjną. Medycyna i Kronika Lekarska, 1910.

19) O istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. Gazeta Lekarska, 1910.

20) Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych (A. Wizel i N. Zylberlastówna). Neurologja polska, 1913.

21) Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego. Monografja, 1914.

22) Przypadek schizofrenji z charakterystycznym zespołem urojeniowym. Lek. wojsk. 1921.

23) Zespół Gansera. Kwart. Szpital. Starozak.

24) Bezład kojarzeniowy w schizofrenji Przegl. filozoficzny. 1921 r.

25) W sprawie otępienia wrzekomego i zespołu Gansera. 1922.

26) Psychoza u 2 sióstr bliźniąt (A. Wizel i G. Krukowski).

27) O leczeniu paraliżu malarją (A. Wizel i L. Prussak). W. Czasopismo Lek. 1925.

28) Traitement de la p. p. par le paludisme (A. Wizel i L. Prussak). L'Encephale 1925.

29) Leczenie paraliżu malarją. Kalendarz lekarski 1925.

30) Postacie niedorozwinięte schizofrenji. W. Czasopismo lek. 1926 r.

31) Formes frustes de la schizophrenie.

32) Pamiętnik pacjentki. Monografja. 1927.

33) Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą (A. Wizel i R. Markuszewicz). Warsz. Czasopismo Lek. 1927.

34) Premiers résultats du traitement paludien dans la schizophrénie (A. Wizel et R. Markuszewicz). L' Encéphale, 1927.

35) Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą (A. Wizel i R. Markuszewicz). Polska Gazeta Lek. 1928.

36) To samo po niemiecku. Obecnie w druku w „Jahrb. f. Psych. u. Neur.

Ś. p. JAN MOSZKOWICZ.

Rankiem 14 grudnia 1928 rozeszła się we Lwowie żałobna wiadomość o śmierci Jana Moszkowicza, o odejściu Tego, który pracował w mieście naszem przez lat prawie 30 i trudem Swego życia zaskarbił Sobie uznanie i miłość kolegów, wdzięczność chorych i szacunek wszystkich, którzy Go znali. Był to bowiem człowiek istotnie niezwykły: charakter niby kruszec szlachetny, nawskróś rzetelny, co nie znał kompromisów, który potrafił najlepszemu przyjacielowi rzucić prawdę w oczy, a nie znosił ludzi chodzących krętemi drogami; lekarz myśliciel, uzdolniony wszechstronnie, o subtelnym sposobie myślenia i wielkiem doświadczeniu życiowem. Człowiek bez wytchnienia czynny, odznaczał się wprost nadmierną skromnością, która Go skłaniała do unikania rozgłosu i zaszczytów, do usuwania się od stanowisk reprezentacyjnych; ta skromność i surowa autokrytyka była też przyczyną, że niechciał nigdy ogłaszać drukiem Swych spostrzeżeń i myśli.

Gdy na kilka godzin przed śmiercią, trapiony silnemi bólami, zażądał roztworu morfiny, aby go Sobie własnoręcznie zastrzyknąć, na propozycję rodziny o wezwanie lekarza odparł: „Nie trzeba, wszak to drobnostka". Tak mówił, choć zdawał Sobie sprawę ze stanu, w jakim się znajdował, tak mówił Ten, który kolegom w chorobie świadczył niezmiernie wiele i miał niezaprzeczone prawo do ich wdzięczności.

Niezwykle sympatycznym rysem ś. p. Moszkowicza była wielka miłość rodzinna. Kto Go widział w zabawie z wnukiem, widział człowieka niezmiernie szczęśliwego i dobrego, jakiego rzadko tylko spotyka się w twardem życiu naszem. Zmarły pozostawił wdowę Idę, syna Dra Stanisława, aplikanta sądowego, i brata Dra Ludwika, znakomitego chirurga, docenta na wydziale lekarskim Uniwersytetu wiedeńskiego.

Życiorys śp. Moszkowicza jest nader prosty, tak prosty, jak proste było Jego życie. Urodził się w Krakowie, 4 stycznia 1858, tam uczęszczał do szkoły ludowej i do gimnazjum, które ukończył w r. 1876. Po jednem półroczu, spędzonem na politechnice wiedeńskiej, wstępuje w r. 1877 na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego; w r. 1881 przenosi się do Wiednia, gdzie otrzymuje stopień doktora w r. 1882. Następnie pracuje w szpitalach wiedeńskich, a w r. 1884 przenosi się do Salcburga i obejmuje tam stanowisko asystenta szkoły położnych. Godziny wolne od pracy lekarskiej poświęca pracy w szkole przemysłowej i pilnie uczy się rzemiosł.

Przygotowawszy się rzetelnie we wszystkich działach medycyny zaczyna w r. 1886 Swoją wielką pracę lekarza praktyka, którą wykonywa najpierw w Tarnopolu (do r. 1900), a następnie we Lwowie do ostatnich niemal godzin Swojego pracowitego żywota. Przez lat przeszło 40 śp. Moszkowicz służył — dosłownie służył — chorym, bez względu na własną wygodę i na własne zdrowie. Przecie na kilkanaście godzin przed śmiercią, czując się już bardzo źle, odwiedzał jeszcze chorych! Chorzy, którzy raz



byli w opiece Moszkowicza, niechętnie zwracali się do innego lekarza — taki to miał dar zjednywania chorych, a tajemnicą tego powodzenia było, że kochał chorych tak jak głęboko kochał Swój zawód. Był On zawsze tylko lekarzem wolno praktykującym, niepiastował nigdy żadnej „posady", bo wysoko trzymał sztandar niezawisłości lekarskiej i uznawał za jedynie właściwy, stosunek lekarza do chorego oparty na zaufaniu.

Drugim żywiołem śp. Moszkowicza była praca społeczna wśród lekarzy. Wkrótce po osiedleniu się we Lwowie, w r. 1903, powołany został do komitetu organizacyjnego zjazdu lekarzy Małopolski, mającego omówić sprawy zawodowe. Wystąpił podówczas z referatem programowym, który Go wysunął na czoło pracowników w organizacji zawodu. Zaproszony do komitetu redakcyjnego „Głosu lekarzy", pracował tam bez przerwy aż do wybuchu wojny światowej.

Oficjalna instytucja zawodowa, jaką jest Izba Lekarska, rychło zwróciła Jego uwagę. To też już w latach 1905 do 1908 widzimy Go w wydziale Izby wschodnio-galicyjskiej jako skarbnika i jednego z najwięcej obowiązkowych pracowników Izby. Następnie, już w Polsce odrodzonej, wszedł do Zarządu Izby Lwowskiej w r. 1923 i pracował tam do końca Swojego życia, w ostatniej kadencji jako zastępca naczelnika. W czasie ostatniej choroby śp. Jana Papée'go i po Jego śmierci prowadził Moszkowicz sprawy Izby samodzielnie przez kilkanaście miesięcy. W tym czasie dał się poznać jako znakomity organizator i to na polu poprzednio sobie zupełnie obcem, mianowicie w urzędowaniu kancelarji Izby. Wyboru na przewodniczącego Izby, którym Go koledzy zaszczycili w maju r. 1928, nie przyjął i złożył tę godność w ręce piszącego niniejsze słowa.

W naradach Izby wyszczególniał się myślami oryginalnemi i trafnemi, oraz zawsze przekonywającemi wywodami. Nie wymawiał się od żadnej pracy, ale za główne zadanie Swoje uważał stworzenie w łonie Izby pożytecznej instytucji dla zabezpieczenia losu lekarza niezdolnego do zarobkowania oraz losu pozostałych po lekarzach wdów i sierót. Pracował też nieustannie nad udoskonaleniem ubezpieczeń izbowych, a szczególniej t. zw. Kasy Emerytalnej, i poświęcał długie godziny i wiele trudu żmudnym obliczeniom i rozlicznym konferencjom, niemal do ostatniego tchnienia życia. Tu w całej pełni zajaśniały wszystkie przymioty Zmarłego: serce czułe na cudze nieszczęście, silne poczucie konieczności samopomocy, energja i wytrwałość zdumiewająca, gruntowność w traktowaniu spraw, wreszcie zmysł praktyczny, obja-

wiający się w przystosowaniu własnego tworu do pomysłów obcych i do zmienionych warunków. Pracy tej niestety nie ukończył i pozostawił dzieło rozpoczęte, które trudno będzie dalej prowadzić.

Izba Lekarska Lwowska straciła w Zmarłym swego duchowwego przewodnika, a nazwisko śp. Jana Moszkowicza zapisało się złotemi głoskami w historji Izby.

Cześć pamięci wielkiego Lekarza i wielkiego Obywatela!

A. Kuhn (Lwów).

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowna Redakcja Polskiej Gazety lekarskiej!

Czytając ostatni numer Waszego cennego pisma, mianowicie referat o uroczystościach z okazji 40-lecia Nowin lekarskich w Poznaniu *z żalem* stwierdziliśmy, brak wzmianki o udziale naszej Redakcji. Uważaliśmy za nasz braterski, słowiański i koleżeński obowiązek, żeby przesłać gratulacje przy tak znamienitej uroczystości braci Polaków. Dlatego Was gorąco prosimy, raczcie w następnym numerze stwierdzić, że nasza Redakcja dnia 15 listopada listem poleconym przesłała Redakcji Nowin lekarskich życzenia na Jej świetny jubileusz.

W oczekiwaniu komunikatu o który prosimy (??) pozostajemy z braterskiem pozdrowieniem

Dr. Vladimir Jelovsek, naczelny redaktor czasopisma Lijecnicki Vjesnik.

Karlovac, 23 grudnia 1928.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs alkohologji i walki z alkoholizmem. Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia magistratu m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny organizuje trzymiesięczny kurs alkohologji i walki społecznej z alkoholizmem.

Kurs rozpocznie się dnia 18 lutego r. 1929 i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych. Dla ograniczonej liczby słuchaczy będą przyznane stypendja w wysokości 1200 zł. płatne w ratach miesięcznych po 400 zł. Warunkiem zasadniczym dla ubiegających się o stypendjum jest całkowita abstynencja. Wpisowe wynosi 25 zł.

Zapisy na kurs i podania o stypendjum przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24, telefon 104-81) do dnia 1-go lutego r. 1929 za złożeniem:

1) Odpisu dyplomu lekarskiego.
2) Krótkiego curriculum vitae.

Państwowa Szkoła higjeny. Dnia 20-go u. m. odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny zamknięcie III-go kursu trachomatologji, zorganizowanego z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych.

W kursie uczestniczyło ogółem 56 lekarzy, w tem lekarzy powiatowych 9, z przychodni przeciwjagliczych 7, szkolnych 7, rejonowych 11, z Kas chorych 14, sejmikowych 7 i wolnopraktykujący 1. Kobiet uczestniczyło 15, mężczyzn 41.

Po złożeniu sprawozdania z przebiegu kursu przez delegata Departamentu Służby Zdrowia, Dr. M. Zacherta, przemawiali: Prof. Neiszewski w imieniu prelegentów oraz Dr. W. Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny. W imieniu wszystkich słuchaczy jeden z uczestników wyraził podziękowanie prelegentom i organizatorom kursu, poczem rozdane zostały uczestnikom zaświadczenia.

Komunikat Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. W okresie przedwyborczym Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej uważał za swój obowiązek nie wpływać na polemikę przedwyborczą, obecnie jednak mniema, że ma prawo podać do publicznej wiadomości sprostowanie niektórych nieścisłości, zawartych w odezwie „Komitetu Wyborczego Zjednoczonych Stowarzyszeń Lekarskich".

Postawiono w odezwie Zarządowi Izby zarzut, że głosy krytyki nietylko pojedyńczych lekarzy, ale i związków traktował jako wystąpienia przeciw Izbie, grożąc sądami. Fakt podobny nigdy nie miał miejsca, gdyż krytykowano Zarząd Izby tak w prasie, jak i w wystąpieniach publicznych i nigdy reakcji ze strony Zarządu na te wystąpienia nie było. Jedyny zaś fakt niewłaściwego pod względem formalnym zachowania się jednego z członków Rady na początku Kadencji Zarządu nie może być podstawą zarzutu wobec złożonego przez tegoż kolegę wyjaśnienia na następnem posiedzeniu Rady.

Na Zarządzie Izby, który według słów odezwy miał być wybrany według klucza partyjnego, niemajoryzowano w ciągu całej kadencji niczyich przekonań i uchwały zapadały prawie zawsze jednogłośnie. Większość nie wykorzystywała — słusznie zresztą przysługującego jej prawa — przegłosowywania mniejszości, aby umożliwić zgodne współżycie, które też aż do końca kadencji Zarządu zakłóconem ani razu nie zostało. Wobec tych pojednawczych tendencyj nie mogło być mowy o interesach partyjno-politycznych jakiejkolwiek grupy.

Ani jeden konflikt z Władzami państwowemi nie został przegrany, gdyż jedyna kwestja, jaka okazała się sporną — kompetencja Sądu Izby — znajduje się w Trybunale Administracyjnym i dotychczas rozpatrywaną nie była.

W sprawie innych zarzutów, poruszonych w odezwie, Zarząd mniema, że w akcji każdej instytucji będą luki, które mogą dać pole do twórczej krytyki, w pracach zaś ustępującego Zarządu tembardziej, gdyż nie mógł on uzyskać poparcia odnośnych władz i czynników w takich choćby sprawach jak organizacja ubezpieczeń społecznych, a nawet nie mógł uzyskać prawnej egzekutywy w stosunku do swych członków choćby w sprawie ogłoszeń lekarskich.

Fakt braku prawnej egzekutywy Komisja Deontologiczna Izby uznała za tak kardynalny, że wszelka rozbudowa akcji ideologicznej byłaby bezcelową.

Zarzut wrogiego stosunku Zarządu do Kas chorych jest zupełnie bezzasadny, ponieważ nie jest oparty ani na akcji Zarządu, ani na jego uchwałach.

Sprawy zarobkowe lekarzy były sprawą często poruszaną przez Zarząd i Komisje; niestety nie mając wystarczających podstaw prawnych do narzucenia swej woli, Zarząd mógł jedynie w przypadkach arbitrażu przeprowadzać swe zamierzenia.

Zebranie przedwyborcze w dniu 11 października 1928 r. zostało rozwiązane przez Wiceprzewodniczącego jedynie dlatego, że poszczególne organizacje zgłosiły formalne oświadczenie, że nie zgadzają się na wspólnie uzgodnioną listę, wobec czego dalsza dyskusja byłaby bezprzedmiotową i nic zmienić by nie mogła.

Będąc dalekim od mniemania, że Zarząd postępował zawsze najtrafniej i najlepiej i chętnie słuchając słów krytyki, Zarząd Izby uważa jednak, że bronić się musi przed zarzutami, które przeinaczają istotny stan rzeczy.

Poza tem Zarząd Izby czuje się w obowiązku stwierdzić niezależnie od poruszonej sprawy odezwy przedwyborczej, że sprawy odnoszące się do życia stanu lekarskiego i funkcjonowania Izby winny być rozpatrywane jedynie na łamach prasy lekarskiej, natomiast nie wkraczać na łamy pism brukowych.

Naczelnik Izby (—) *Dr. Adam Przyborowski.* Zastępcy Naczelnika (—) *Dr. Al. Gruszczyński,* (—) *Dr Antoni Stefanowski.* Członkowie Zarzadu (—) *Dr. Marja Kasperowiczowa,* (—) *Dr. Antoni Turski,* (—) *Dr. Józef Mazurek,* (—) *Dr. Stanisław Mutermilch,* (—) *Dr. Maurycy Hertz,* (—) *Dr. Marjan Jastrzębski.*

Sekcja Farmaceutyczna Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych na posiedzeniach w dniach 28 i 29 listopada r. u., którym przewodniczył Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Piestrzyński i zastępca jego Dr. Adamski, obradowała nad projektami jednolitych dla całego Państwa ustaw: aptekarskiej i drogeryjnej. W posiedzeniu brali udział przedstawiciele Departamentu Służby Zdrowia, Ministerstw Przemysłu i Handlu oraz Spraw Wojskowych, Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego, Ogólno Państwowego Związku Kas Chorych, aptekarzy, przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, Związku pracowników aptecznych i drogistów.

Przedmiotem obrad były główne wytyczne tych ustaw a mianowicie: czy detaliczna sprzedaż lekarstw powinna odbywać się tylko z aptek czy i z innych zakładów handlowych, czy należy utrzymać system koncesyjny aptek, jaki zakres uprawnień przyznać drogerjom (detalicznym składom materjałów aptecznych) i czy drogerje mogą być zakładane dowolnie, czy też liczba ich ma być ograniczona.

Po wyczerpującej dyskusji nad powyższemi zagadnieniami uchwalono:

1) dostarczenie lekarstw publiczności powinno odbywać się tylko z aptek jako zakładów, posiadających odpowiednie urządze-

nia i prowadonych przez osoby, posiadające należyte przygotowanie teoretyczne i praktyczne,

2) celem prawidłowego rozmieszczenia aptek należy utrzymać system koncesyjny,

3) drogerje powiny posiadać wyłączne prawo do sprzedaży trucizn, używanych w przemyśle, technice i gospodarstwie domowem oraz farb trujących,

4) nadmierna liczba miejsc sprzedaży trucizn jest niepożądana.

Pozatem zaproponowano szereg poprawek do opracowanego przez Departament Służby Zdrowia projektu ustawy aptekarskiej.

Z Dziekanatu Wydziału lek. Uniw. Warszawskiego. Wobec stwierdzenia systematycznego powtarzania się nieprawnego używania przez wyjeżdżających zagranicę lekarzy tytułów „asystentów klinik“ oraz „profesorów“, co ostatnio znów miało miejsce na zjeździe przeciwgruźliczym w Rzymie, Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ostrzega, że w przyszłości każdy stwierdzony fakt będzie podawał do wiadomości publicznej w prasie lekarskiej imiennie, wytaczając jednocześnie sprawę na forum odnośnych Izb Lekarskich.

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podaje do wiadomości, że jest do nadania stypendjum firmy Brevets Lumière w Lyonie w wysokości 5.000 fr. fr. w celu umożliwienia lekarzom polskim studjów naukowych w Zakładach i Klinikach w Lyonie ewen. w Paryżu ze zwrotem kosztów podróży.

Lekarze ubiegający się o to stypendjum muszą biegle władać językiem francuskim i winni złożyć w Dziekanacie Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego podanie z następującemi załącznikami: a) curriculum vitae, b) program projektowanej pracy w Klinikach w Lyonie; c) zobowiązanie przedłożenia szczegółowego sprawozdania z wyników studjów w Paryżu; odbitki prac naukowych. Termin składania podań do 15 stycznia 1929 r.

Dziekan Wydz. Lek. Un. Warsz. *R. Nitsch.*

VIII Zjazd Tow. Internistów Polskich. W czasie XIII-ego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zbiera się w Wilnie w dniach 26—29 września 1929 roku, odbędzie się, jako sekcja tegoż Zjazdu, VIII-y Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.

Tematy główne VIII-ego Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich:

Temat I. Ciśnienie krwi i jego zaburzenia. Sprawozdawcy: prof. Januszkiewicz, prof. Eiger i prof. Traczewski z Wilna oraz doc. Sochański ze Lwowa.

Temat II. Układ śródbłonkowo-siateczkowy. Sprawozdawcy: prof. Paszkiewicz, prof. Venulet i doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy.

We wszystkich sprawach, związanych z powyższym Zjazdem, należy się zwracać do Przewodniczącego sekcji, prof. Zenona Orłowskiego (Wilno, Szpital św. Jakóba, biuro I kliniki chorób wewnętrznych U. S. B.).

„Wynalazki i odkrycia“ zeszyt grudniowy zawiera jak zawsze szereg wybitnie naukowych artykułów jak „Rad“, dalej G. Marconi o rozwoju radjo techniki, Inżynier Plebański pisze o stacjach beamowych i niezwykle ciekawy artykuł o najnowszej senzacji to znaczy o fultografje!

Obok aktualnych senzacji technicznych do których można zaliczyć: ratowanie załogi zatopionej łodzi podwodnej, pocisk zapalający, meble ze stali, fałszerze dzieł sztuki.

Wreszcie znajdujemy znaczną ilość drobniejszych artykułów o rozlicznych wynalazkach, które w ostatnim czasie pojawiły się w świecie.

W zakończeniu znajdujemy dział dla młodzieży mającej pociąg do pracy nad zagadnieniami technicznemi oraz bardzo poważny konkurs na temat z dziedziny wojskowej.

Całość jest bogato ilustrowana.

P. Skłodowska-Curie u wynalazców polskich. W ubiegłym miesiącu przybyła z Paryża do Warszawy znakomita nasza rodaczka P. Skłodowska-Curie celem zapoznania się ze stanem organizacji Instytutu Radowego.

Przy tej sposobności przedstawił się Jej również zarząd nowo założonego Związku wynalazców polskich z prezesem inżynierem gen. J. Lipkowskim na czele.

P. Skłodowska-Curie z najżywszem zainteresowaniem omawiała zagadnienia polskiej wynalazczości i losu polskich wynalazków. Na zakończenie konferencji przyjęła godność członka honorowego Związku Wynalazców polskich oraz ofiarowała wydawnictwu „Wynalazki i Odkrycia“ swój portret z dedykacją.

Polscy rzecznicy patentowi popierają Związek Wynalazców Rzplitej Polskiej. W tych dniach Związek Polskich Rzeczników patentowych na skutek starań zarządu Związku Wynalazców Rzplitej Polskiej uchwalił udzielić 20% zniżki od przyjętej taksy wszystkim członkom związku, za okazaniem legitymacji członkowskiej.

Z radością należy podkreślić, że tak pożyteczny dla kraju i życia gospodarczego państwa Związek, znajduje poparcie wśród poważnych organizacyj zawodowych.

Miejmy nadzieję, że poczynania Związku Wynalazców znajdą zrozumienie i poparcie także wśród organizacji przemysłowych, handlowych i innych.

Program Kursu Dokształcającego dla Lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Od 14 marca do 23 marca włącznie 1929 r. Na kurs się złożą wykłady i zajęcia praktyczne. Wykłady będą dotyczyć spraw, żywo obchodzących lekarzy praktyków pod względem djagnostycznym i leczniczym.

Wykaz wykładów: 1) Z Medycyny Wewnętrznej: 1) Doc. Sz. Bronowski: O skrytem ostrem i przewlekłem zapaleniu wsierdzia oraz o jego leczeniu, 1 godz. — 2) Doc. Wł. Filiński: Prądy szybkozmienne (Diatermja, d'Arsonvalisacja) w lecznictwie, 2 godz. — 3) Doc. L. Karwacki: Djagnostyka laboratoryjna i kliniczna chorób zakaźnych, 1 godz. — 4) Doc. S. Klein: Splenomegalja, 2 godz. — 5) Prof. J. Modrakowski: Stosowanie w lecznictwie adrenaliny i pochodnych oraz histaminy i pituitryny, 1 godz. — 6) Prof. W. Orłowski: Żółtaczka nieżytowa, jej istota i leczenie, 1 godz. — 7) Doc. M. Semerau-Siemianowski: Nadciśnienie samoistne, 1 godz. — 8) Doc. Semerau-Siemianowski: Niedomogi wielogruczołowe, 1 godz. — 9) Doc S. Sterling-Okuniewski: Choroby aorty, zależne od jej rozszerzenia, 1 godz. — 10) Prof. E. Żebrowski: Wczesne objawy niedomogi krążenia, 1 godz. — B) Z Pedjatrji: 1) Doc. M. Erlich: Djetetyka i terapja w sprawach jelitowych u niemowląt, 2 godz. — 2) Prof. M. Michałowicz: Metody odżywiania niemowląt, 4 godz. — 3) Doc. W. Szenajch: Djagnostyka i terapja chorób zakaźnych w wieku dziecięcym, 2 godz. — 4) Doc. W. Szenajch: Prowadzenie Szpitala Dziecięcego w związku z walką z zakażeniem wewnątrzszpitalnem, 1 godz. — C) Z Neurologji: 1) Adjunkt dr. Z. Messing: Różniczkowanie nerwic i chorób organicznych nerwowych, 1 godz. — 2) Prof. K. Orzechowski: Rozpoznawanie i leczenie rwy kulszowej, 1 godz. — 3) Doc. S. Pieńkowski: Rozpoznawanie wczesnych okresów kiły ośrodkowej, 1 godz. — D) Z Psychjatrji: 1) Dr. W. Łuniewski: Rola rzeczoznawcy psychjatrycznego w sądzie, 1 godz. — 2) Prof. J. Mazurkiewicz: Wczesne objawy psychoz, 1 godz. — 3) Adjunkt dr. F. Wichert: O narkomanji, 1 godz. — E) Z Chirurgji: 1) Doc. K. Kaczyński: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach świeżych ran urazowych, 1 godz. — 2) Prof. A. Leśniowski: Leczenie operacyjne kamicy żółciowej, 1 godz. — 3) Prof. A. Leśniowski: W sprawie t. zw. przerostu gruczołu krokowego, 1 godz. — 5) Dr. J. Rutkowski: O przetaczaniu krwi, 2 godz. — 6) Doc. A. Wojciechowski: Złamanie napięstkowe kości promieniowej i wskazania lecznicze, 1 godz. — 7) Doc. A. Wojciechowski: W sprawie t. zw. stopy końsko-płaskiej, 1 godz. — F) Z Ginekologji i Położnictwa: 1) Doc. H. Beck: Rozpoznawanie i leczenie niedowładu macicy, 1 godz. — 2) Doc. H. Gromadzki: Wczesne rozpoznawanie raka, 1 godz. — 3) Doc. L. Lorentowicz: Patogeneza i leczenie upławów narządów rodnych kobiety, 1 godz. — 4) Doc. Z. Monsiorski: Djagnostyka ciąży zamacicznej, 1 godz. — 5) Dr. T. Zwoliński: Leczenie poronień, 1 godz. — G) Z Otolaryngologji: 1) Prof. F. Erbrich: Gruźlica krtani, 2 godz. — 2) Prof. F. Erbrich: Wskazania dla zabiegów operacyjnych (trepanacji) w ostrych i przewlekłych cierpieniach uszu, 1 godz. — H) Z Dermatologji i Syfilidologji: 1) Prof. F. Krzyształowicz: Znaczenie odczynu Bordet-Wassermanna dla kliniki, 1 godz. — 2) Prof. F. Krzyształowicz: Zarys nowoczesnego leczenia chorób skórnych, 2 godz. — I) Z Okulistyki: 1) Doc. M. Melanowski: Jaskra a zaćma, 1 godz. — 2) Prof. K. Noiszewski: Choroby oczne najpotrzebniejsze dla lekarzy praktyków, 1 godz. — K) Z Rentgenologji: 1) Doc. A. Elektorowicz: Rentgenodjagnostyka chorób przewodu pokarmowego, 2 godz. — 2) Doc. Z. Grudziński: Choroby układu kostnego w obrazie rentgenologicznym, 2 godz. Pozatem na Kursie będzie zwrócona szczególna uwaga na zajęcia praktyczne w Klinikach, podczas których będą demonstrowane metody badania oraz leczenie, pokazy, operacje na chorych oraz (prof. L. Kryński, 3 godz.), zabiegi operacyjne na zwłokach. Kurs odbędzie się o ile zgłosi się przynajmniej 30 uczestników.

Opłata ryczałtowa za całkowity kurs 75 zł, dla asystentów i hospitantów klinik i oddziałów szpitalnych m. Warszawy 30 zł. Ostateczny termin zgłaszania się na kurs 1 marca 1929 r. Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować na ręce asystenta II Kliniki Chor. Wewn. Dr. Stanisława Hroma, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, Szpital Dz. Jezus. II Klinika Chor. Wewn. Uniw. Warsz.

W sprawie duru plamistego wśród lekarzy. (Z Oddziału Statystyki i Epidemjologji Państwowej Szkoły Higjeny). Dr. M. Kacprzak. Nasz świat lekarski poniósł w czasie lat ubiegłych wielkie straty z powodu epidemij, szczególnie duru plamistego, większe, niż jakikolwiek inny zawód, z czego społeczeństwo nie zdaje sobie dokładnie sprawy. Chcąc zebrać jaknajdokładniejsze dane w tej kwestji, aby uczcić pamięć poległych na posterunku, chcemy z ramienia Departamentu Służby Zdrowia wydać pracę ze wszystkiemi szczegółami, dotyczącemi epidemji duru plamistego wśród lekarzy w granicach dzisiejszej Rzeczypospolitej Polskiej za okres lat 1914—1928.

W pracy tej podajemy listę imienną zmarłych i zależy nam bardzo na tem, aby w niej nie było żadnych błędów i żadnych braków. Dlatego też zwracamy się, za pośrednictwem pism lekarskich do Kolegów z uprzejmą prośbą o łaskawe nadsyłanie poprawek i uzupełnień w niżej zamieszczonej liście według załączonego wzoru i wszelkich uwag (nawet epizodów) w tablicy nie uwzględnionych, pod adresem: M. Kacprzak, Państwowa Szkoła Higjeny Chocimska 24, Warszawa.

Lista lekarzy, zmarłych na tyfus plamisty w Polsce od r. 1914.

A. Lekarze cywilni.

(Nazwisko i imię. Miejsce zgonu. Rok śmierci. Zajmowane stanow.) 1) Dr. Arnstejn Feliks l. 67, Otwock, 1916, lek san. — 2) Dr. Auerbach Emanuel, l. 57, Lwów, 1919. — 3) Dr. Aniszczenko, Polesie, 1919. — 4) Dr. Aleksandrow, Wołyń, 1919. — 5) Dr. Antoniak Walenty, l. 55, p. Siedlecki, 1918. — 6) Dr. Bachnicki Stanisław, m. Lublin, 1919, lek. więz. i Pog. Rat. — 7) Dr. Bard M., Rożniatów, p. Dolina, 1919, woln. praktyk. — 8) Dr. Barszczewski Czesław, Polesie, 1922. — 9) Dr. Bąkowski Teofil, Wadowice, 1919, lek. pow. — 10) Dr. Bednarski Józefat, Działoszyn, p. Wieluń, 1919, woln. prakt. — 11) Dr. Bełzowski Michał, l. 54, Toporów, p. Radziechów, 1917, lek. okręg. — 12) Dr. Bilwin Witold, Olchowiec, n. Dniestrem, 1915. — 13) Dr. Biesiadzki Antoni, l. 55, Rzeszów, 1919, lek. pow. i Dyr. zakł. kąpielowego w Krynicy. — 14) Dr. Bijakowski Tadeusz, p. Chełm, Siedliszcze, 1922. 15) Dr. Biliński Włodzimierz, Zbaraż, 1918, woln. prakt. — 16) Dr. Borzęcki Eugenjusz, l. 52, Kraków, 1916, lek. szpit. św. Łazarza. — 17) Dr. Bober Jan, l. 53, Chodorów, 1920, woln. prakt. — 18) Dr. Bokiewicz, Warszawa. — 19) Dr. Bolewksi Henryk, Wołyń, 1926. — 20) Dr. Borsukiewicz Piotr, l. 45, Lublin, 1918, ord. szpit. dziec. — 21) Dr. Bojarski Lucjan, l. 64, pow. Włoszczowski, 1918, lekarz szpit. okr. — 22) Dr. Brokman Markus, l. 63, Kalisz, 1916, nacz. lek. szpit. — 23) Dr. Brünner Michał, l. 60, Warszawa, 1918, woln. prakt. — 24) Dr. Bujakowski Walerjan, l. 59, Druskieniki, 1919, lek. zdrojowy. — 25) Dr. Bujalski Marjan, l. 56, Obertyn, 1919, lek okr. — 26) Dr. Boguszewski Jan, l. 38, pow. Miechów, 1918, lekarz sejm. zmarł w Krakowie. — 27) Dr. Czerwiński Franciszek, l. 44, pow. Konstantynów, 1919. — 28) Dr. Celarek Stanisław, l. 36, Kraków, 1924. — 29) Dr. Chrząszczewski Wojciech, l. 54, St. Sambor zmarł tamże, 1915, woln. prakt. i sądowy. — 30) Dr. Chojnacki Aleksander, Płońsk (w. Wróblewo), 1921, zmarł w Warszawie. — 31) Dr. Cieszkowski, Kowel, 1920, kier. szpit. pow. — 32) Dr. Chemin Antoni, l. 51, Lwów, 1915, lekarz sądowy. — 33) Dr. Dąbrowski Ignacy, l. 55, Łomża, 1917, lek. szpit. — 34) Dr. Deszert Antoni, l. 59, Warszawa, 1919, zmarł w szpitalu Św. St. Warszawa. — 35) Dr. Dłutek Jan, l. 35, Warka, p. Grójec, 1918, p. o. lek. pow. — 36) Dr. Domański Zdzisław, Aleksandrów Kujawski, 1922. — 37) Dr. Dobrogórski Jan, l. 23, p. Słonim, 1922, szpit. Czerwonego Krzyża. — 38) Dr. Dobrzyński Kazimierz, Trzebinia, Chrzanów, 1919. — 39) Dr. Drobnik Jan, Wołyń, 1920. — 40) Dr. Ebersohn Maurycy, l. 53, Kraków, 1918, woln. prakt. — 41) Dr. Edelberg Jakób, Łódź, 1920. 42) Dr. Ejsmont Marjan, z Wileńszczyzny. — 43) Dr. Epsztejn Józef, z Wileńszczyzny. — 44) Dr. Engel, Tuszyn, p. Łódź, 1919. 45) Dr. Feller Aron, l. 53, Buczacz, 1920, woln. prak. — 46) Dr. Fleury Witold, w. Wileńskie, 1928. — 47) Dr. Fränkel Henryk, l. 51, Medenice, 1920, woln. prak. — 48) Dr. Freier Izrael, l. 28, Tartaków, 1925, zm. w Sokalu. — 49) Dr. Fórtkiewicz Arkadjusz, l. 35, z Wileńszczyzny, 1918, z. 1. pow. w Płocku. — 50) Dr. Gałecki Stanisław, l. 44, Rudka, 1919, dyr. sanat. — 51) Dr. Gersuni Szymon (Samuel), l. 48, Łódź, 1916. — 52) Dr. Gozdecki Józef, Żurawno, w. Stanisł. 1919, lek. okr. — 53) Dr. Głowacz Bronisław, Wołyń, 1919, kier. sz. w Rożyszczach. — 54) Dr. Gottfried Maurycy, l. 54, Skałat 1919, lek. miejski. — 55) Dr. Goldsztein Henryk, Przemyślany p. Brzeziny, 1918, z. lek. pow. — 56) Dr. Godecki Maciej, l. 52, Lubartów, 1915, lek. pow. — 57) Dr. Goldman Wacław, Strzyków, p. Brzeziny, 1919. — 58) Dr. Goldman Jakób, l. 27, Żabrów, p. Łomża, 1918. — 59) Dr. Goldberg Józef, l. 63, Warszawa, 1917, woln. prak. — 60) Dr. Golewczan, Polesie, 1917. — 61) Dr. Goldberg Mojżesz, Wołyń, 1919. — 62) Dr. Golukowski Władysław, l. 32, p. Hrubieszów, 1919. — 63) Dr. Grabowski Tomasz, p. Konstantynów, 1918. — 64) Dr. Guszczyński Lucjan, p. Suchedniów, 1918. — 65) Dr. Gresman Leon, l. 42, Łódź, 1917, zm. w Radeszczy. — 66) Dr. Gruchalski Adam, l. 44, Gorlice, Śląsk, (z z. Kaliskiej), 1915, w ob. jeńców. — 67) Dr. Grabowski Wiktor. l. 61, Chodecz, we Włocławku, 1919, woln. prak. — 68) Dr. Grabscheid Dawid, l. 48, Żydaczów, 1919, lek. miejski. — 69) Dr. Gürsting Tadeusz, l. 45, Bursztyn, 1919, lek. okr. zm. w Żółkwi. — 70) Dr. Garaszwili, l. 42, p. Zamojski, 1919. — 71) Dr. Halpern Mieczysław, l. 35, Warszawa, 1915, ord. sz. zak. — 72) Dr. Hartman Józef, Łódź, 1918. — 73) Dr. Hahn Mojżesz Nüssen, Zaleszczyki, 1919, woln. prak. — 74) Dr. Herzig Naftal, Mszana Dolna, 1914—16. 75) Dr. Hirschler Mieczysław, we Lwowie, 1919. — 76) Dr. Horak Antoni, Zbaraż, 1919, lek. pow. — 77) Dr. Jakimowicz Jan, Piotrków, 1916, woln. prak. — 78) Dr. Ikałowicz Konstanty, l. 60, Bolechów, 1921, lek. okr. wol. prak. — 79) Dr. Jäger Arnold, Żydaczów, 1921, woln. prak. — 80) Dr. Jabłkowski Platon, Skałat, 1919, lek. pow. — 81) Dr. Jajus Miron, l. 61, Sokal, 1915, woln. prak. — 82) Dr. Jarosz Władysław, Rudka, 1921. — 83) Kand. med. Jamiołkowski Karol, l. 28, p. Radzymin, 1916, lek. szp. — 84) Dr. Jaroszyński Ignacy, l. 48, Piaski Luteskie, 1916, woln. prak. — 85) Dr. Jarzyński Jan, Warszawa, l. szp. Wolskiego, 1916, jako l. wojsk. — 86) Dr. Junowicz Kazimierz, l. 42, Wilno, 1919, lek. san. — 87) Dr. Kańczugier Izak, l. 29, Przemyślany, 1919, woln. prak. — 88) Dr. Kaczorowski Mieczysław, l. 31, Warszawa, 1917, lek. miejski. — 89) Dr. Kosmowski Wacław, l. 34, Warszawa, 1918, lek. san. i szp. 90) Dr. Kaczurba Stanisław, l. 45, w Medyce, p. Przemyśl, 1915, kol. lek. okr. — 91) Dr. Kanafas Gustaw, l. 31, Tłuste, w. Tarnopolskie, 1926, woln. prak. — 92) Dr. Kanafas Oskar, woj. Stanisławowskie. — 93) Dr. Karmin Eljasz, Borszczów, 1919, woln. prak. 94) Dr. Katyński Ludwik, l. 51, Biecz (Galicja), 1915, lek. miejski. 95) Dr. Keifer Adolf, Tarnobrzeg, 1915, lek. miejski. — 96) Dr. Konera Stanisław, l. 58, Lubaczów, 1921, dyr. szp. — 97) Dr. Kownacki Bolesław, w Glinianach, 1917. — 98) Dr. Kolasiński Józef, l. 47, Wojtówka, p. olkuski, 1919, lek. san. — 99) Dr. Kochanowicz Stanisław, l. 50, Warszawa, 1917, nacz. lek. pog. — 100) Dr. Köppel Henryk, l. 51, Rzeszów, 1919. — 101) Dr. Koziołkiewicz, l. 52, Łęczna, p. Lubartów, 1914—26. — 102) Dr. Kuczyński Roman, Suchedniów, 1917. — 103) Dr. Kosterkiewicz Joachim, l. 50, Dolina, 1920, lek. okr. — 104) Dr. Gleb-Koszański Antoni Ignacy, l. 51, Warszawa, 1922. — 105) Dr. Krynner Stanisław, Łęczyca, 1916. — 106) Dr. Krasowski Stanisław, l. 55, Stanisławów, 1917, lek. sz. państ. — 107) Dr. Krycki Stefan, p. Hrubieszów, 1919. — 108) Dr. Krzakowski Włodzimierz, l. 30, Warszawa, 1918. — 109) Dr. Krzażanowski Stanisł., l. 40, Otwock, 1917, właśc. sanat. — 110) Dr. Kotermanowicz Stefan, l. 85, p. Warszawski, 1918. — 111) Dr. Laskowski Bronisław, Kielce, 1918, prak. pryw. — 112) Dr. Latoszyński Tefil, l. około 40, Przemyśl, 1921, woln. prak. — 113) Dr. Lazarus Hugo, Jarosław, 1915, woln. prak. — 114) Dr. Lewinson Stanisław, Łódź, 1919, zm. w Łodzi. — 115) Dr. Lewin Hirsch, p. Słonim, 1919, samorz. woln. prakt. — 116) Dr. Lic Feliks, l. 58, Jagielnica, p. Czortków, 1920, lek. okr. — 117) Dr. Lipiński Klemens, l. 34, Łódź, 1916. — 118) Dr. Laszkiewiczowa, Rakitno, p. Sarny, 1919. — 119) Dr. Łuzowski Bolesław, l. 46, Liszki, p. Kraków, 1919, lek. okr. — 120) Dr. Łoboda Florjan, l. 52, Monasterzyska, p. Buczacz, 1920, woln. prak. — 121) Dr. Maliszewski Władysław, l. 38, Lublin, 1920. — 122) Dr. Madler Stefan, l. 32, Łódź, 1919, woln. prak. — 123) Dr. Maksymowicz Kazimierz, 1920, zm. w Warszawie. — 124) Dr. Manheim Zygmunt, l. 55, Przemyśl, 1919, lek. Kasy chorych lek. pow. woln. prak. — 125) Dr. Markowski Kazimierz, l. 35, Wilno, 1919, samorządowy. — 126) Dr. Markiewicz Djonizy, l. 54, Kałusz, 1919, lek. okr. — 127) Dr. Miłoszewski Władysław, l. 28, Hrubieszów, 1916, woln. prak. — 128) Dr. Mrozowski Stanisław, l. 44, Walbrom, p. Olkusz, 1918, lek. okr. — 129) Dr. Niwińska Łódź, zm. w Rageszczy. — 130) Dr. Nieć Juljan, Wieliczka, 1921, woln. prak. — 131) Dr. Nycz Henryk, l. 59, N. Sącz, 1920, lek. pow. — 132) Dr. Niedzielski Kazimierz, l. 57, Warszawa, 1917, lek. san. — 133) Dr. Ostrogski Eugenjusz, Białowieża, 1922. — 134) Dr. Olkin Abram, l. 26, Wilno, 1917, woln. prak. — 135) Dr. Olejnik Michał, l. 53, Kamionka Str., 1916, woln. prak. — 136) Dr. Orłowski-Świechowski Alojzy, p. Lubartów, 1920. 137) Dr. Oczesalski Kazimierz, l. 32, zm. w Warszawie, 1918, lek. szp. Dz. Jez. — 138) Dr. Ostrzycki Roman, Konin, 1921. — 139) Dr. Oziembło Edward, l. 37, Żarki, z. Piotrk., 1919, lek. ep. i kier.

szpit. — 140) Dr. Pajdowski Wiktor, Lubelski. — 141) Dr. Pajdowski Bronisław, Janów Lubelski, 1919. — 142) Dr. Pawluch Bazyli, l. około 50, Niemirów, Witków, 1919, lek. okr. wol. prak. — 143) Dr. Pawłoski Henryk, p. Brzeziny, 1918, zm. w Radgoszczu. 144) Dr. Peczenik Leon, l. 55, Stryj, 1919, lek. miejski. — 145) Dr. Phabe Edward, Wolbrom, p. Olkusz, 1919, lek. Kas. Chor. — 146) Dr. Piotrowski Edward Emil, l. 52, Kamionka Str., 1916, lek. pow. as. U. J. — 147) Dr. Pizani Antoni, l. 46, Wilno, 1919, woln. prak. 148) Dr. Pluta Józef, l. 57, Mińsk Maz., 1919, lek. kolej. — 149) Dr. Płochocki Tadeusz, N. Sącz, 1920, lek. miejski. — 150) Dr. Podeski Kazimierz, l. 55, p. Łuków, 1919, lek. pow. — 151) Dr. Polewko Michał, l. 31, Kłodawa, p. Koło, 1920, woln. prak. — 152) Dr. Poliwka Karol, l. 38, Stanisławów, 1919, lek. sz. powsz. — 153) Dr. Podczobutt-Odlanicki Wład., l. 48, Nowo-Radomsk, 1919, lek. miejski. — 154) Dr. Przyborowski Jan, l. 44, Ozorków, w. Łódzkie, 1918, lek. szk. ch. zak. — 155) Dr. Punińska Adelajda, Wołyń, 1922. — 156) Dr. Pyrz Antoni, l. 50, Warszawa, 1917, lek. san. — 157) Dr. Reich Salomon, l. około 40, Przemyśl, 1916, woln. prak. — 158) Dr. Rostek Wiktor, Skalbmierz, p. Pińczów, 1919. — 159) Dr. Rosochacki Kalikst, l. 37, Ejszyki, w. Wileńskie, 1921, woln. prak. 160) Dr. Rościszewski Erazm, l. 56, Przemyśl, 1919. — 161) Dr. Rozenblüth Efreim, l. 58, Oleszyce, 1920, lek. miejski, sąd., zm. w Jarosławiu. — 162) Dr. Rogula Dymitr, l. 32, Nowogródek, 1921, 163) Dr. Rutkowski Leon, l. 55, Płońsk, 1917/19, woln. prak. — 164) Dr. Rechniewska Witolda, l. 55, Warszawa, 1917, lek. szp. — 165) Dr. Rotkel Karol, Lublin, 1916, zm. w Lublinie. — 166) Dr. Rzepko Jan, l. 41, Warszawa, 1919, lek. miej. szp. Dz. Jezus. — 167) Dr. Sawicki Jan, Pińczów, 1919. — 168) Dr. Starachowicz Jan, l. 57, Turka, 1916, zm. w St. Samb. lek. miejski. — 169) Dr. Schlank Maksymiljan, Oświęcim, 1916. — 170) Dr. Schwarzenberg (Czerny) Edward, Kraków, 1919, woln. prak., lek. kolej. — 171) Dr. Sieniewicz Michał, l. 54, Krakowiec, p. Jaworów, 1920, lek. okr. miejski. 207) Dr. Urbanowicz Paweł, l. 61, Wilno, 1919, woln. prak. — 208) Dr. Urech Marek, l. 60, Sokal, 1918, woln. prak. — 209) Dr. Waśniewski Adam, l. 51, p. Płocki, l. szp. wol. prak. — 210) Dr. Waligórski Czesław, Trembowla, 1921, lek. pow. — 211) Dr. Weber Józef, l. 54, Warszawa, 1919, ord. szp. św. Stanisława. — 212) Dr. Wisznicki Stanisław, l. 50, 1916, zm. w Szydłowcu. — 213) Dr. Willer Abraham, l. 50, Lwów, 1917, woln. prak. — 214) Dr. Wilejszys Antoni, l. 62, Wilno, 1919, lek. san. — 215) Dr. Wierzejeski Marjan, l. 58, Siedlce, 1919, woln. prak. — 216) Dr. Wilczyński Stanisław, Proszowice, p. Miechów, 1914. — 217) Dr. Wiedyskiewicz Władysław, Wieruszyn, p. Wieluń, 1921. — 218) Dr. Wiśniewski Władysław, l. 54, Tarnopol, 1919, dyr. szp. pow. — 219) Dr. Wilczyński Zygmunt, Sasów, p. Złoczów, 1919, woln. prak. — 220) Dr. Wojciechowski Stanisław, Horodenka, 1926, lek. pow. — 221) Dr. Wojewódzki Władysław, l. 62, Wilno, 1920, lek. san. m. Wilna. — 222) Dr. Woszczyńska, Polesie. — 223) Dr. Wolbek Karol, l. 54, Wilno, 1919, lek. szp. zak. — 224) Dr. Wójcicki Ignacy, l. 49, Ostrołęka, 1922, nacz. lek. szp. — 225) Dr. Wróblewski Witold, l. 38, p. Konstan. Bychawa, 1917. — 226) Dr. Zalewski Juljan, l. 64, Lipno, 1918, lek. pow. — 227) Dr. Zapasiewicz Marjan Ant., l. 45, Warszawa, 1920, sam. wopr. or. szp. św. St. — 228) Dr. Zańko Zbigniew, l. 32, Stara Sól, p. St. Sambor, 1915, lek. okr. — 229) Dr. Zawadzki Zygmunt, l. 53, Pęczyca, 1918, l. szp. epid. — 230) Dr. Zawadzki Stanisław, l. 43, Warszawa, 1917, lek. san. — 231) Dr. Zieliński Henryk, l. 29, p. Łuków, 1926. — 232) Dr. Ziembiński Marjan Edward, l. 41, Wieliczka, 1920, lek. san. — 233) Dr. Żołądkowski Józef, Białystok, 1919. — 234) Dr. Żórawski, Grodzisk, 1918. — 235) Dr. Żurawski, Żarnowiec, p. Opoczno, 1920, woln. prak. — 236) Dr. kpt. B. John Voor, lekarz amerykański, 1922, zm. w woj. Lwowskim.

B. Lekarze wojskowi.

1) Aleksandrowicz Edward, Lwów, 1919. — 2) Kpt. Libersztejn Bern. 54 pp., 1920. — 3) Kpt. Blücher Gustaw, sz. Kowel, 1919. — 4) Por. Cudziński Kazimierz, 43 pp., 1921. — 5) Por. Enoch S., 1921. — 6) Ppłk. Filipkiewicz Wład., szp. Krak. 1920. — 7) Kpt. Goldberg Zygm., szp. wielkop., 1920. — 8) Kpt. Gorzut Wawrzyn., szp. Wilno, 1920. — 9) Mjr. Gröbel Emanuel, l. 40, szp. Lwów, 1919. — 10) Kpt. Girschung Stanisław, szp. Stanisł., 1920. — 11) Por. Hodbod Stanisław, szp. pol. 401, 1921. — 12) Mjr. Horczak Adam, Wilno, 1920. — 13) Mjr. Janaszek Jan, szp. Brodnica, 1920. 14) Płk. Karchezy Eugenjusz, szp. Brześć, 1919. — 15) Kpt. Kowalewski Władysław, szp. pol. 905, 1921. — 16) Kpt. Kucharczak Jan, 24 pp., 1919. — 17) Mjr. Laberschek Feliks, Dęblin, 1921. — 18) Por. Liedtke Stefan, l. 30, Puławy, 1919, kier. szp. ep. w Puławach. 19) Kpt. Lindenszat Herman, 3 p. pod Żywcem, 1921. — 20) Por. Łubieński Wacław, Prużana, 1919. — 21) Gen. bryg. Majewski Tadeusz, DOG. Lublin, 1920. — 22) Mjr. Majewski Juljan, l. 54, szp. Stanisławów, 1919. — 23) Płk. Markwart Gustaw, l. 53, obóz jeńców Strzałkowo, 1919. — 24) Kpt. Marek Jan, Dęblin, 1920. — 25) Płk. Muszyński Daniel, Szef San. „Bug", 1919. — 26) Kpt. Mostowski. — 27) Płk. Macusel Stanisław, Poznań, Grodzisk, 1919. — 28) Płk. Nowaczek Stanisław, l. 55, szp. Ujazdowski, 1920. — 29) Kpt. Oleński Stefan, szp. N. Sącz, 1920. — 30) Por. Orchowski Henryk, szp. Łódź-Zgierz, 1920. — 31) Por. Orzech Monus, szp. Równe, 1920. — 32) Kpt. Paszkowski Zadora Witold, szp. pol. 101, Wilno, 1920. — 33) Płk. Pawlicki Franciszek (N. N. K.), szp. pol. 6, Tuchola, 1920. — 34) Mjr. Pawłoski Jan, szp. Dąblin, 1921. — 35) Kpt. Pronaszko Józef, szp. pol. 106, 1919. — 36) Mjr. Protasiewicz Stanisław, ord. szp. czoł. D. Lit. Biał., 1919 — 37) Mjr. Pyszkowski Jerzy, szp. pol. Tuchola, 1919. — 38) Kpt. Riedel Karol, l. 27, szp. 2 p. leg. Mińsk, 1920. — 39) Kpt. Rdułtowski Jan, Pińsk, 1920. 40) Płk. Szerp Daniel, l. 49, szp. Wadowice, 1919. — 41) Płk. Stoklasa Józef, l. 58, Białokiernica, p. Czortk. szp. Stan., 1919. — 42) Mjr. Śmieciuszewski Leon, szp. Kamionka str., 1920. — 43) Por. Suchowilski Edward, 50 pp., 1920. 44) Ppłk. Tomaszewski Zdzisław, szp. Lwów, 1920. — 45) Kpt. Treściński Karol, szp. Lwów, 1920. — 46) Mjr. Tykociner Aleksander, 1920. — 47) Mjr. Trelski, p. Limanowa, 1918. — 48) Kpt. Wartski Juljan, 30 pp., 1920. — 49) Płk. Wątorek Adolf, l. 46, Lwów, 1919. — 50) Kpt. Woliczko Stanisław, szp. Chełm, 1921. — 51) Mjr. Wołodźko Konrad, 1 Dyw. Leg. szp. pol. 13, 1919. — 52) Kpt. Zagórski Henryk, szp. pol. 107, 1920. — 53) Ppłk. Zapasiewicz Antoni, DOG Grodno, 1920. — 54) Mjr. Zborowski Jan, l. 40, szp. pol. 104, 1920. — 55) Płk. Żołądkowski Alfred, szp. Zambrów, Biał., 1919. — 56) Kpt. Süss Otton, 1 pac., 1920. — 57) Kpt. Ziętak Kazimierz, szp. Chełm, 1921.

C. Lekarze N. N. K.

1) Dr. Dutkiewicz Antoni, l. 54, Kaz. Wielk. p. Pińczów, 1915, woln. prak. — 2) Kiełczewski Jakób, p. Lubelski, 1919. — 3) Dr. Kloc Eugenjusz, l. 54, m. Radzymin, 1920, lek. szp. sejmik. — 4) Dr. Kpt. Konwerski Majna, l. 38, Baranowicze, insp. san. 1922. — 5) Dr. Krzyczkowski Henryk, l. 45, p. Zamość, 1915, szp. św. Mikołaja. — 6) Dr. Lach Bolesław, l. 32, Sieniawa, 1920. — 7) Dr. Musielewicz Bolesław, Buczacz, 1921, kier. szp. ep. — 8) Dr. Nowiński Maksym., l. 29, Bychawa, p. Lublin, 1919. — 9) Dr. Onichimowski Henryk, lek. wojsk. Kozienice, 1921, lek. szp. N. N. K. 10) Dr. Pietraszkiewicz Jan, l. 42, p. Nowogródek, 1922. — 11) Dr. Ratyńska Marja, Wołkowysk, 1921. — 12) Dr. Żukowski Stanisław, l. 51, Baranowicze, 1921.

D. Lekarze kontraktowi w wojsku.

1) Dr. Bujdak Tefil, 1919. — 2) Dr. Cułkakow Andrzej, 1920. — 3) Dr. Dzierzwin Aleksander, 1921. — 4) Dr. Januszewski Albert, 1920. — 5) Dr. Kornasiewicz Władysław, 1919. — 6) Dr. Korbholt Rachela, 1919, Buczacz. — 7) Dr. Sachełaszwili Andrzej, 1920. Wołyń. — 8) Dr. Sreiber Albert, 1920. — 9) Dr. Jakubowski Antoni, l. 45, 1918, Małopolska wschodnia.

Kraków.

Kurs wychowania fizycznego i sportu dla lekarzy. Dyrekcja Studjum Wychowania Fizycznego Uniw. Jagiell. w Krakowie organizuje przy pomocy Miejskiego i Wojewódzkiego Komitetu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego 8-dniowy kurs dla lekarzy, kontrolujących wychowanie fizyczne i sporty. Kurs odbędzie się w Krakowie w czasie od 12-go do 19-go stycznia 1929 r. włącznie. Praca na kursie trwać będzie 6—7 godz. dziennie.

Program kursu:

Program kursu obejmie cztery zasadnicze działy:

1) pokazy metodycznych ćwiczeń cielesnych i poszczególnych sportów objaśnianych na lekcjach wzorowych, na ćwiczeniach sportowych i na zawodach. W całości godzin 20. Instruować będą pp.: Wizytator Zygmunt Wyrobek, prof. Mayówna, prof. Koczurówna, kpt. Frączkiewicz, prof. Biernakiewicz, profesor Leszko i inni. W czasie ćwiczeń i po lekcjach instruować będzie sposób badania lekarskiego Dr. Władysław Dybowski ze Lwowa.

2) Fizjologja ćwiczeń cielesnych i sportów. Godzin 15. Wykłady obejmą fizjologję pracy mięśniowej, ćwiczenia cielesne a zarząd krążenia, ćwiczenia cielesne a narząd oddechania, zaprawę i zmęczenie. Wykładać będą: Prof. U. J. Dr. E. Maydell i Dr. Wł. Dybowsk,.

3) Chirurgja sportowa. Godzin 5. Wykładać będzie Dr. M. Kosiński. Wykłady obejmą uszkodzenia organizmu podczas ćwiczeń i sportów, b) błędy postawy, c) ratownictwo.

4) Medycyna sportowa. Godzin 10. wykładać będzie Dr. Dybowski.

Oprócz wykładów powyższych wchodzą w skład programu:

1) Wykład o organizacji wychowania fizycznego w Polsce — 1 godz. Dr. Stan. Ciechanowski, prof. Uniw. Jagiell.

2) Wybrane działy z zakresu neurologji i psychopatologji wieku młodzieńczego — 3 godz. Dr. J. Piltz, prof. Uniw. Jagiell.

3) Wpływ ćwiczeń cielesnych na rozwój dziecka w okresie wzrostu — 2 godz. Docent Dr. Bujak.

4) Stosunek lekarza do wych. fiz. i do sportu — 1 godz., Dr. Wł. Dybowski.

W ciągu kursu odbędą się nadto trzy lekcje zbiorowo-metodyczne z higjeny szkolnej dla lekarzy szkolnych, a to: pierwsza w Państw. Semin. naucz. męskiem, prowadzić będzie Dr. Poźniak; druga w Państw. Gimnazjum żeńsk., Dr. Sokołowska; trzecia w szkole powszechnej, prowadzić będzie uczenica Semin. pod kierownictwem lekarki szkolnej Dr. Czerwińskiej.

Zgłeszenia na kurs należy skierowywać do Dyrekcji Studjum Wychowania Fizycznego U. J. w Krakowie, ul. Lubicz 42 (Zakład Higjeny) do dnia 6-go stycznia 1929 r. Liczba zgłoszeń ograniczona do 40-tu, zgłoszenia będą uwzględniane według kolejności. Przyjętym uczestnikom będzie doręczeny szczegółowy rozkład zajęć na kursie po dniu 6-go stycznia. Kurs jest bezpłatny.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. Dnia 19 grudnia 1928 r. odbyło się Walne Zebranie Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, na którem dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1929 w następującym składzie:

Wybrani na 1 rok:

Prezes: Prof. Dr. J. Latkowski, wiceprezes: Dr. J. Landau, sekretarz doroczny: Dr. Edward Szczeklik.

11 członków „Komisji Redakcyjnej": Dr. Blassberg, Doc. Dr. Bujak, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Maciąg, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Prof. Dr. Piltz, Prof. Dr. Rosner, Prof. Dr. Rutkowski, Dr. Strzemieński, Dr. Wojciechowski.

2 delegatów do Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lek. b. Galicji: Prof. Dr. Lenartowicz, Prof. Dr. Nowicki.

10 delegatów na Walne Zgromadzenia Tow. Lek. b. Galicji: Doc. Dr. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Fuchs, Dr. Glassner, Dr. Jankowski, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Dr. Strzemieński, Dr. Surzycki.

2 członków Komisji kontrolnej Krak. Tow. Lekarskiego: Dr. Wachtel, Dr. Pietrowski.

1 członek Komisji Krak. Tow. Lekarskiego b. Galicji: Dr. Strzemieński.

Wybrani na 3 lata:

Skarbnik: Dr. Ackermann, i dwaj redaktorzy: Prof. Dr. Ciechanowski i Doc. Dr. Kostrzewski.

Bibljotekarz Dr. Spira, gospodarz Doc. Dr. Seńkowski, i sekretarz stały, Prof. Dr. Gieszczykiewicz, zostali wybrani w ubiegłym roku na okres 3 letni.

Krakowskie Koło Towarzystwa Internistów Polskich. Dnia 17 grudnia 1928 r. odbyło się Walne zebranie Krak. Koła Tow. Internistów Polskich, na którem dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1919 w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Józef Latkowski, Zast. Prezesa: Prof. Dr. Tadeusz Tempka, Sekretarz: Doc. Dr. Feliks Siedlecki, Skarbnik: Dr. Henryk Czapnicki; Komisja Rewizyjna: Dr. M. Blassberg, Dr. M. Godlewski, Pułk. Dr. A. Maciąg.

Program wykładów Kursu lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w roku 1929. *Interna, pedjtrja, neurologja.* Prof. Dr. Latkowski: Wybrane rozdziały z Kliniki chorób wewn., godz. 9. — Doc. Dr. Siedlecki: Fizjoterapja w zakresie medycyny wewn., godz. 2. — Asyst. Dr. Szczeklik: O leczeniu chorób przemiany materji, godz. 2. — Asyst. Dr. Dziuba: O leczeniu dietetycznem gruźlicy, godz. 2. — Dr. Reiner: Praktyczne uwagi z zakresu djagnostyki i leczenia chorób przewodu pokarmowego, godz. 2. — Prof. Dr. Tempka: Nowsze zagadnienia lecznicze i diagnostyczne z zakresu chorób wewnętrznych oraz pokazy chorych, godz. 6. — Asyst. Dr. Tochowicz: Znaczenie leczniczo-djagnostyczne sondy dwunastniczej, godz. 2. — Asyst. Dr. Sokołowski: Nowsze sposoby leczenia farmakologicznego, godz. 2. — Dr. Felix: Wskazania do sztucznej odmy piersiowej i jej technika wraz z ćwiczeniami praktycznemi, godz. 4. — Prof. Dr. Korczyński: W sprawie wskazań dla leczenia w uzdrowiskach krajowych, godz. 2. — Doc. Dr. Kostrzewski: Klinika chorób zakaźnych, godz. 9. — Prof. Dr. Lewkowicz: Demonstracje chorych. godz. 2. — Doc. Dr. Bujak: a) Odżywianie dzieci w stanie normalnym i chorobowym, godz. 2, b) skaza wysiękowa i dychawica. godz. 1, c) Demonstracje chorych, godz. 1. — Asyst. Dr. Malkiewicz: a) Leczenie zaburzeń, odżywianie osesków, godz. 1, b) Nakłucie lędźwiowe z ćwiczeniami, godz. 1. — Dr. Kielczewski: Niedomoga krążenia w przebiegu chorób zakaźnych. godz. 1. — Prof. Dr. Piltz: Z dziedziny diagnostyki i terapji chorób nerwowych i psychicznych, godz. 2. — Doc. Dr. Artwiński: Djagnostyka chorób nerwowych, godz. 3. — Asyst. Dr. Sikorska: a) Z przemiany materji w epilepsji, godz. 1, b) Analiza pewnych wyników badań serologicznych łącznie z obrazami klinicznemi, godz. 1. — Asyst. Dr. Chłopicki: O profilaktyce chorób umysłowych, godz. 1. Dr. Medyński: a) Dziecko psychopatyczne i jego leczenie, godz. 1, b) Diatermja, godz. 2. — Dr. Stępowska: a) O klasyfikacji zaburzeń mowy. Jąkanie, godz. 1, b) O dyslalji (bełkotanie), godz. 1, c) O głuchocie, głuchoniemocie i niemocie u niedorozwiniętych, godz. 1.

Chirurgja, ginekologja, okulistyka. Prof. Dr. Rutkowski: Badanie i rozpoznawanie chorób stawu biodrowego, godz. 5. — Doc. Dr. Glatzel: Djagnostyka chorób chirurgicznych jamy brzusznej, godz. 6. — Asyst. Dr. Nowicki: Chirurgja ambulatoryjna, godz. 5. Dr. J. Zaremba: Technika opatrunków gipsowych, godz. 4. — Doc. Dr. Pisarski: Praktyczny kurs cystoskopji i cewnikowania moczowodów, godz. 18. — Doc. Dr. Szymanowicz: Wybrane rozdziały z położnictwa i ginekologji, godz. 9. — Asyst. Dr. Keller: Djagnostyka i leczenie niepłodności, godz. 2. — Doc. Dr. Zubrzycki: Technika i wskazania zabiegów ginekologicznych z ćwiczeniami. godz. 18. — Doc. Dr. Majewski: Djagnostyka i terapja chorób ocznych na materjale ambulatoryjnym Kliniki okulistycznej, godz. 9.

Roentgeno- i radjologja. Prof. Dr. Walter: Roentgen i rad w dermatologji, godz. 1. — Asyst. Dr. Chudyk: Roentgenodjagnostyka, rentgeno- i radjoterapja dla lekarza praktyka z uwzględnieniem schorzeń chirurgicznych i zasadniczych wiadomości o fizycznem i biologicznem działaniu promieni, godz. 9. — Asyst. Dr. Gawroński: Roentgen i rad w cierpieniach ginekologicznych, godz. 3. Asyst. Dr. Ryglicki: Djagnostyka i terapja rentgenologiczna chorób wewnętrznych, godz. 8.

Choroby skórne i weneryczne. Prof. Dr. Walter: a) Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, godz. 3, b) Nieswoiste leczenie kiły, godz. 1. — Doc. Dr. Pawlas: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych, godz. 2. — Asyst. Dr. Trzebicki: Fizykalne leczenie chorób skórnych, godz. 2.

Laryngologja: Djagnostyka chorób górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego, godz. 8.

Sprawy społeczno-lekarskie. Doc. Dr. Janiszewski: a) Sprawa mieszkaniowa, b) Nowsze kierunki opieki zdrowotnej, c) Rola poradni przeciwgruźliczej, d) Projekty konstytucji a sprawa zdrowia. — Wykłady połączone będą ze zwiedzaniem Miejskich Zakładów Sanitarnych w Prądniku Białym, godz. 3. — Dr. Medyński: Psychotechnika i poradnictwo zawodowe, (ze zwiedzaniem pracowni psychotechnicznej), godz. 2.

Równocześnie z powyższym kursem odbędą się *w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dla uczestników Kursu następujące wykłady:* Dr. Wróblewski, Naczelny lekarz Wojew. Rola lekarza w zakresie medycyny społecznej, godz. 1. — Dr. Owsiński. Naczelny lekarz Miejski: Tok urzędowania sanitarnego w mieście Krakowie, godz. 1. — Dr. Stryjeński: Zadania opieki nad psychicznie chorymi. Wykład połączony ze zwiedzaniem Zakładu w Kobierzynie, godz. 4. — Dr. Glasner: Niezdolność do pracy ze stanowiska lekarza kasowego. godz. 2. — Program wykładów nie został jeszcze zamknięty. Nadesłane później zgłoszenia prelegentów włączone będą do szczegółowego planu wykładów. Zgłoszenia na Kursa oraz wszelkie zapytania o bliższe informacje przyjmuje Dr. Ludwik Łuka, Klinika neurologiczna, Kraków, Kopernika 48.

Lwów.

W dniu 16 grudnia 1928 zostali wybrani na trzechlecie 1929—1931 do Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej: 1) Dr. Allerhand Henryk ze Lwowa. — 2) Dr. Baranowski Tadeusz z Drohobycza. — 3) Dr. Bednarski Adam, Prof. Uniw. ze Lwowa, — 4) Dr. Begleiter Henryk ze Lwowa. — 5) Dr. Bikeles Mardechai Eljasz ze Lwowa. — 6) Dr. Boratyński Józef ze Stryja. — 7) Dr. Czechowicz Franciszek, pułkownik ze Lwowa. 8) Dr. Czyżewski Kazimierz ze Lwowa. — 9) Dr. Damm Albert ze Lwowa. — 10) Dr. Danielski Zygmunt ze Lwowa. — 11) Dr. Dobrzański Antoni ze Lwowa. — 12) Dr. Doliński Eugenjusz ze Lwowa. — 13) Dr. Dorosz Franciszek z Przemyśla. — 14) Dr. Fels Izrael ze Lwowa. — 15) Dr. Fleischmann Juljusz z Zabłotowa. — 16) Dr. Flis Kazimierz z Rudek. — 17) Dr. Fox Jan z Kulparkowa. — 18) Dr. Gawlikowski Stanisław ze Złoczowa. — 19) Dr. Grek Jan ze Lwowa. — 20) Dr. Hacker Dawid ze Stanisławowa. — 21) Dr. Herscher Ignacy z Tarnopola. — 22) Dr. Hinze Roman z Rzeszowa. — 23) Dr. Jarocki Adam ze Lwowa. — 24) Dr. Jarocki Piotr z Sokala. — 25) Dr. Kotłowski Stan. z Doliny. — 26) Dr. Landau Henryk ze Lwowa. — 27) Dr. Lewicki Zygmunt z Krosna. — 28) Dr. Mikiewiczówna Anna ze Lwowa. — 29) Dr. Mostowy Jerzy z Brzeżan. — 30) Dr. Nowicki Witold Prof. Uniw. ze Lwowa. — 31) Dr. Olszański Tadeusz ze Stanisławowa. — 32) Dr. Ostrowski Stanisław, Prymar. ze Lwowa. — 33) Dr. Ramer Salomon ze Sa-

noka. — 34) Dr. Reis Wiktor ze Lwowa. — 35) Dr. Salak Bolesław z Tarnopola. — 36) Dr. Salpeter Michał ze Lwowa. — 37) Dr. Sawicki Antoni z Kańczugi. — 38) Dr. Seidler Maksymiljan ze Lwowa. — 39) Dr. Selzer Marcin ze Lwowa. — 40) Dr. Stapp Emanuel z Przemyśla. — 41) Dr. Stobiecki Zygmunt ze Lwowa. — 42) Dr. Świtalski Mieczysław ze Lwowa. — 43) Dr. Wachnianin Miron ze Lwowa. — 44) Dr. Wasilewski Aleksander z Kołomyji. — 45) Dr. Wilder Izydor z Drohobycza. — 46) Dr. Zasowski Jan z Jarosławia. — 47) Dr. Zawadzki Aleksander z Czortkowa. — 48) Dr. Zaczek Jan z Przemyśla.

Stowarzyszenie dla pomocy wdowom i sierotom po lekarzach. Wiadomem jest, że niemała liczba wdów i sierót po lekarzach, kolegach naszych, znajduje się w przykrych, a nawet wprost opłakanych stosunkach materjalnych. Izby lekarskie i Towarzystwo Lekarzy polskich b. Galicji mogłoby w tym względzie odsłonić niejeden rąbek dramatów, jakie rozgrywają się wśród wdów i sierót po lekarzach, zostawionych przez zmarłych swych żywicieli literalnie bez żadnych środków do życia. Pewna liczba ich zgłasza się do Izb, względnie do Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji z prośbą choćby o najskromniejszy zasiłek. Niestety instytucje te same niemogą zadość uczynić wszystkim prośbom, do nich wnoszonych, jużto z powodu braku funduszów, jużteż z powodów formalnych, że mężowie ich lub ojcowie nie byli członkami Towarzystwa, a więc, w myśl statutu nie mogą korzystać z dobrodziejstw Towarzystwa, ponadto instytucje te, mimo najszczerszych chęci, nie mogą pójść z pomocą petentom, nie mając należytych i wiarygodnych informacyj o nich. Także brak porozumienia między odnośnemi instytucjami i wskutek tego skoordynowania pracy, utrudnia należyte spełnianie celów tychże instytucyj.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji udziela, jak wiadomo, szeregowi wdów po lekarzach stałe, co prawda, niewysokie zasiłki, od czasu zaś do czasu jednorazowe zasiłki, Izba lekarska udziela również od czasu do czasu zapomogi — wszystko to jednak niewystarcza, zwłaszcza, jeżeli chodzi o zasiłki dla osób, będących w podeszłym wieku lub o wdowy, obarczone nieletniemi dziećmi.

Aby z jednej strony tę pomoc skoordynować, aby mieć dokładne wiadomości o wdowach i sierotach, potrzebujących istotnie pomocy wydatniejszej i, o ile możności, stałej, za inicjatywą Izby Lekarskiej Lwowskiej zawiązuje się Stowarzyszenie pomocy dla wdów i sierót po lekarzach, które swą działalnością ma objąć terytorjum Izby Lekarskiej lwowskiej, a więc województwa: lwowskie, stanisławowskie i tarnopolskie. Stowarzyszenie to ma być łącznikiem między Izbą lekarską lwowską, Towarzystwem Lekarzy polskich b. Galicji a wdowami i sierotami po lekarzach a także miedzy stowarzyszeniami lub instytucjami o pokrewnych celach. Ma ono więc prowadzić i mieć dokładną ewidencję wdów i sierót po lekarzach w obrębie Izby Lekarskiej lwowskiej, ma badać ich stan materjalny, ma się niemi opiekować, starać sie dla nich w odpowiedni sposób o pomoc materjalną, ma im pomagać w wyszukiwaniu pracy i t. p.

Członkami Towarzystwa tego mogą być tylko żony lekarzy i lekarki,, wspierającymi mogą być lekarze i instytucje.

Wstępne posiedzenia szeregu pań, żon lekarzy, odbyły się już w lokalu Izby Lekarskiej, a statut Towarzystwa został przedłożony władzom odnośnym przez wybrany ad hoc komitet wykonawczy.

Chyba nie ulega żadnej wątpliwości, że do nowo zawiązanego Towarzystwa wpisze się każda z żon naszych kolegów w poczuciu nie tylko solidarności, ale także w odczuciu obowiązku, służenia pomocą wdowom i sierotom po kolegach ich mężów. W liczebności członków, a liczebność ta winna być jak najwieksza, będzie tkwiła siła Towarzystwa i spełnienie jak najszersze i jak najwydatniejsze jego celów. Już obecnie wiele członkiń zajęło się wieloma wdowami i sierotami przez osobiste zetknięcie się z niemi, przyczem przekonały się dowodnie w jak przykrych warunkach życiowych wiele z wdów i sierót po lekarzach we Lwowie znajduje się, często z powodu wieku i nadwątlonego zdrowia zupełnie bezradnych.

Przystąpienie do Towarzystwa należy na razie zgłaszać do Izby lekarskiej Lwowskiej (ul. Zyblikiewicza 23, I. p.), pisemnie lub listownie. W każdy wtorek od godz. 6 do 7 urzęduje w lokalu Izby Lekarskiej jedna z członkiń Towarzystwa.

Towarzystwo przystąpi też do organizowania kół na prowincji, by jego działalność objęła istotnie całe terytorjum Izby Lekarskiej lwowskiej.

Naprawdę z szczerą radością należy powitać myśl i urzeczywistnienie założenia tak bardzo potrzebnego Towarzystwa i życzyć, by także na terytorjach innych Izb powstały podobne zrzeszenia. Obecnie istnieje już podobne w Warszawie. W przyszłości, wiążąc się, mogą one stworzyć ogólną silną organizację w całej Rzeczypospolitej. *W. N.*

Ostrzeżenie! Izba Lekarska Lwowska ostrzega lekarzy, zamieszkałych na obszarze Izby, przed przyjmowaniem posad w Kasach chorych Województwa poznańskiego i pomorskiego (Jarocin, Kępno, Koźmin, Krotoszyn, Ostrów, Wyrzysk i t. d.) bez porozumienia się z Zarządem Izby.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie. Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie wydaje, jak wiadomo, od pięciu lat „Bibljoteczkę Higjeniczną", wychodzącą nakładem „Książnicy-Atlasu" we Lwowie. Broszury tej Bibljoteczki, odpowiednio ilustrowane, przeznaczone są dla ludności miejskiej a tematami ich są różne zagadnienia z zakresu higjeny. Bibljoteczka Higjeniczna cieszy się ogólnem uznaniem a zeszyty jej wchodzą w skład bibljotek szkolnych. Obecnie Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie rozpoczęło wydawać „Bibljoteczkę Higjeniczną Powszechną", przeznaczoną przedewszystkiem dla ludności wiejskiej. Ponieważ jestto zupełnie odrębny typ wydawnictw, Towarzystwo rozpisuje konkurs na prace o ściśle określonych tematach, poczem prace nagrodzone ukazują się w wspomnianej bibljoteczce w większym nakładzie. Broszury mają rozmiary niewielkie odpowiednio do typu czytelników i są objaśniane rycinami. Nakład ich wynosi co najmniej 10 tysięcy egzemplarzy.

Obecnie ukazały się dwie broszury doc. dr. Progulskiego ze Lwowa: „Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę"? i p. Duszyńskiej: „Alkohol nieszczęściem człowieka i narodu". Obie broszury doskonale napisane, nagrodzone przez Towarzystwo, przyczynią się niewątpliwie do spopularyzowania zagadnień higjenicznych, w nich poruszonych.

Że wydawnictwo „Bibljoteczki Higjenicznej Powszechnej" jest pożyteczne i potrzebne, świadczy o tem dość szybkie wyczerpywanie się nakładów, jak n. p. Dra Mikołajskiego: „O gruźlicy czyli suchotach" i Dra Sawickiego: „Gruźlica czyli t. zw. suchoty".

Cena broszurek jest bardzo niska, a przy zamówieniach w ilości większej o 25% niższa. Zamawiać można w Towarzystwie Higjenicznem we Lwowie, Piekarska 52.

W sprawie stosunków pracy lekarskiej w kasach chorych w Poznańskiem i na Pomorzu. Od paru dni pojawiają się w lwowskich dziennikach liczne ogłoszenia w poszukiwaniu za lekarzami do Kas chorych Zachodniej Polski, które korzystnemi obiecankami mogłyby łatwo ściągnąć naszych lekarzy.

Grono lwowskich lekarzy przestrzega zawczasu Kolegów, którzy wskutek ciężkich warunków bytu daliby się skusić do przeniesienia się na zupełnie im nieznany teren poznański.

Zwraca się uwagę, że ogłoszenia te są następstwem wypowiedzenia pracy całej masie lekarzy Zachodniej Polski przez Zarządy tamtejszych Kas chorych, które chciałyby złamać istniejącą tam dotychczas silną solidarność lekarzy i wprowadzić rozłam dzielnicowy między ogół lekarzy Rzeczypospolitej.

Niechaj więc każdy lekarz dobrze się najpierw zastanowi zanim poweźmie postanowienie przeniesienia się na tak zwaną intratną posadę w Pozanńskiem lub na Pomorzu. A w każdym razie niech zasięgnie rady w Organizacjach lekarskich, obytych z pracą społeczno-lekarską, jak Izba lekarska, Związek Lekarzy Państwa Polskiego lub Związek Lekarzy kasowych.

Jak się dowiadujemy, ma się odbyć w najbliższych dniach wiec ogólno-lekarski celem szczegółowego omówienia powyższej sprawy. *Grono Lekarzy Lwowskich.*

Poznań.

Towarzystwo Miłośników Historji Medycyny. Dnia 14-go grudnia b. r. odbyło się naukowe zebranie Poznańskiego Towarzystwa Miłośników Historji Medycyny, z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie z poprzedniego zebrania. 2) Wykład prof. dra A. Wrzoska p. t.: William Harvey Trzechsetlecie dzieła o krążeniu krwi.

Ostrzeżenie! Przestrzegamy ponownie Kolegów, aby nie przyjmowali żadnych posad lekarskich w kasach chorych na terenie województw poznańskiego i pomorskiego bez uprzedniego porozumienia się z Związkiem Lekarzy Zachodniej Polski, w Poznaniu, ul. Wrocławska 3.

Z dniem bowiem 1 stycznia br. powstał na wyżej wymienionym terenie stan bezkontraktowy między lekarzami a kasami chorych z powodu niedojścia do skutku nowej umowy z Okręgowym Związkiem Kas Chorych.

Koledzy! Walczymy zarówno o podniesienie lecznictwa kasowego w interesie ubezpieczonych jak i o niezależność i godność stanu lekarskiego.

W imię tych haseł *wzywamy Kolegów do bezwzględnej solidarności koleżeńskiej. Związek Lekarzy Zachodniej Polski.*

Wilno.

Wileńskie Koło Tow. Internistów Polskich. Na tegorocznem zebraniu Wileńskiego Koła Tow. Internistów Polskich, do Zarządu Koła zostali wybrani: Prezes: prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wiceprezes: Dr. H. Rudziński, Sekretarz: Dr. M. Świda, Skarbnik: Dr. J. Klukowski. W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Dr. W. Bądzyński, Dr. A. Kapłan, Dr. L. Toczyłowski.

Z kraju.

Lista Członków Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej, wybranych w dniu 10 listopada 1928 r. na okres kadencji 1929—1931: 1) Dr. Modrzewski Jan, Lublin, głosów 247. — 2) Dr. Kożuchowski Tomasz, Lublin, głosów 243. — 3) Dr. Miłaszewski Franciszek, Łuck, głosów 242. — 4) Dr. Wąsowski Stefan, Lublin, głosów 241. — 5) Dr. Kurcpatwiński Aleksander, Drohiczyn, głosów 240. — 6) Dr. Gąsiorowski Jan, Puławy, głosów 239. — 7) Dr. Lipiński Włodzimierz, Łuck, głosów 239. — 8) Dr. Skibiński Jan, Lublin, głosów 239. — 9) Dr. Garbaczewski Marcin, Lublin, głosów 239. — 10) Dr. Kowaliński Kazimierz, Lublin, głosów 238. — 11) Dr. Żurakowski Adam, Lublin, głosów 237. — 12) Dr. Scholtz Edward, Lublin, głosów 237. — 13) Dr. Chomicki Ludwik, Chełm, głosów 236. — 14) Dr. Moroz Stefan, Lublin, głosów 236. — 15) Dr. Ostrowski Mikołaj, Siedlce, głosów 236. — 16) Dr. Rapczewski Feliks, Włodzimierz, głosów 235. — 17) Dr. Weselski Wacław, Kowel, głosów 236. — 18) Dr. Piotrowski Włodzimierz, Równe, głosów 235. — 19) Dr. Gliwiński Stanisław, Kowel, głosów 233. — 20) Dr. Radwański Ludwik, Łuck, głosów 233. — 21) Dr. Wośkowski Aleksander, Lublin, głosów 233. — 22) Dr. Mikiciński Miron, Brześć, głosów 232. — 23) Dr. Tenenbaum Hersz, Lublin, głosów 225. — 24) Dr. Nepomucki Florjan, Brześć, głosów 199. — 25) Dr. Jaworski Kazimierz, Lublin, głosów 197. — 26) Dr. Wolski Feliks, Zamość, głosów 197. — 27) Dr. Klepacki Witold, Lublin, głosów 194. — 28) Dr. Stocki Franciszek, Równe, głosów 191. — 29) Dr. Bejlin Bencjon, Łuck, głosów 180.

Za zgodność: *Dr. Jan Modrzewski*, Naczelnik Izby.

Ze świata.

II Kurs dokształcający dla lekarzy chorób dziecięcych z dziedziny — postępów pedjatrji odbędzie się w Düsseldorfie w czasie od 10 do 20 kwietnia 1929 roku. Kurs ten urządza Komitet centralny dla dokształcenia lekarskiego w Prusiech, tudzież Związek opieki nad oseskiem dla powiatu rządowego Düsseldorfskiego w Klinice pedjatrycznej Akademji medycznej w Dusseldorfie, Morenstr. 5.

Bliższych wyjaśnień w tym względzie zażądać można w sekretarjacie kursu: Sekretariat Des Fortbildungskurses „Fortschritte der Kinderheilkunde", Düsseldorf, Oststr. 15.

V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Londynie w czasie od 6 do 11 maja 1929 roku. Wszelkich informacyj tyczących się tego Kongresu udziela Członek Komitetu Stałego Międzynarod. Kongresów Medycyny i Farmacji Wojsk. Ppłk. Dr. Bohdan Zakliński, Warszawa, Smolna 6. tel. 109-97.

IV Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów odbędzie się w Paryżu w dniach 25, 26 i 27 lipca 1929 r. w szpitalu Saint-Louis. Na tematy główne przeznaczono: 1) Erythema polymorphum, 2) Prurigo, 3) Leczenie malarją nerwowych powikłań kiły. Bliższych wyjaśnień w sprawie kongresu udziela Sekretarz generalny Dr. Clément, Simon, 104, avenue Malakoff, Paris (XVI-e).

IV Posiedzenie Stałej Komisji Międzynarodowej dla spraw chorób zawodowych, odbędzie się w Ljonie w dniach od 3—6 kwietnia 1929 roku. Obrady rozpoczną się o godz. 10 w Gmachu Wydziału Lekarskiego i będą połączone ze zwiedzaniem bliżej położonych zakładów przemysłowych. Porządek dzienny obejmuje następujące tematy: Pylica krzemowa (Silicosis). Patologja: Dr. A. Mavrogordato (Południowa Afryka). Klinika: Profesorowie Bochme (Niemcy), Irvine (Południowa Afryka), Thiele (Niemcy). Ustawodawstwo: Prof. E. L. Collis (Wielka Brytanja). Pylice płucne: Prof. Sternberg (Austrja). Rozprawa. Zaćma (katarakta), jako choroba zawodowa. Etjologja: Prof. Elsching (Czechosłowacja). Klinika: Prof. Rollet (Francja). Rozprawa. Układ wewnątrz-wydzielniczy, a zatrucia. Prof. C. Biondi, L. Ferranini i N. Pende (Italja). Rozprawa. Niezależnie od powyższego Sekcja Francuska otwiera dyskusję na temat: „Określenie choroby zawodowej pod względem ustawodawczym". Bliższych informacyj w związku z powyższem udziela Redakcja „Higjeny Pracy".

Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej. Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Societé Médical de climatologie et d'hygiene du Littoral Méditerranéen) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierownictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes Tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazywaniem im zabytków sztuki w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki Marsylja, skąd nastąpi wyjazd do Algieru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I Stock, Tür 6.

Sprostowanie omyłek drukarskich.

W ogłoszonej w numerze 51-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z roku 1928 ocenie dzieła Prof. Nowickiego p. t.: „Anatomja Patologiczna" zaszły następujące omyłki drukarskie:

na str. 937, w wierszu 42-gim od góry zamiast: „wsierdzie" i „fizyczny" ma być „śródpiersie" i „fizykalny",

na str. 937, wiersz 45-ty od góry zamiast: „kostiunowa" ma być „kostninowa",

na str. 937, wiersz 46-ty od góry zamiast: „kostrzawa" ma być „kostnawa"

Redakcja otrzymała

J. v. Mering: Podręcznik chorób wewnętrznych wydany przez L. Krehla. T. II. Z. VI. Choroby nerwów obwodowych, rdzenia i mózgu. Choroby układu nerwowego. Technika lecznicza. Tłumaczyli Dr. Br. Handelsman i Dr. Józef Luxemburg. Wydawnictwo naukowe „Wiedza". Warszawa 1928.

Sprawozdanie Komitetu Sanatorjum w Rudce za rok 1927.

Verain Marcel et Jean Chaumette: „Le pH en biologie". Masson et Cie Paris 1928.

Uruena Jesu Gonzalez: „Le traitement des teignes par l'acétate de thalium". Masson et Cie Paris 1928.

Sobre-Casas et F. F. Carranza: „Leucoplasie et Kraurosis vulvaire". Masson et Cie Paris 1928.

Breton André: „Etude de la réaction de Vernes a la résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses". Comparaison avec la réaction de fixation. Masson et Cie Paris 1928.

Wydawnictwa *„Nouveau traité de médecine"* tom XVI, zawierający w sobie „Pathologie du foie", stron 1038. — Nakł. firmy Masson et Cie Paris 1928.

Zieliński Kazimierz i Edward Wajs: „Szpital Przemienienia Pańskiego 1828—1868—1928". Wydawnictwo Wydziału Szpitalnictwa i Opieki społ. Magistratu m. st. Warszawy. Warszawa 1928.

C. Sobre-Casas: „Chirurgie des voies biliaires". Masson et Cie Paris 1928.

Henryk Higier: „Jajo, owulacja i ciąża a stosunek ich do hormonów jajnika i przysadki". Odb. z Warsz. Czas. Lek. z 7 czerwca 1928 r.

Henryk Higier: „Auslösung und Coupierung von klonischen und tonischen Muskel-Krämpfen durch periphere Engriffe". Odb. z Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Band 112, Heft 5. 1928 r.

Henryk Higier: „Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologji. Wykłady lekarskie, Nr. 7. Warszawa 1928.

Ks. Stan. Trzeciak: „Klimat i choroby w Palestynie w czasach Chrystusa Pana. Warszawa 1928.

Pamiętnik I Zjazdu lekarzy i działaczy samorządowych szpitalnych w Łodzi, dnia 17 czerwca 1928 roku — Łódź 1928.

Ministerstwo spraw wewn. Depart. służby zdrowia: „Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj Zdrowia Publ. w roku 1926. Warszawa 1928.

Société des nations, Organisation d'hygiène. Comité d'hygiène.: „Rapport au conseil sur les travaux de la treizième session du comité".

To samo: „Rapport de la deuxième conférence internationale de la maladie du sommell".

Nr. 3. 20. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

N. GĄSIOROWSKI i H. MEISEL. Lwów.

Dalsze badania nad biologją pałeczek otoczkowych *).

Z Państwowego Zakładu Higjeny Filja we Lwowie.
Kierownik: Doc. Dr. N. Gąsiorowski.

Poprzednie badania nad biologją pałeczek otoczkowych wykonane przez Meisla i Mikulaszka w P. Z. H. we Lwowie wykazały, że dotychczasowy system różnicowania pałeczek otoczkowych opierający się na zachowaniu się ich wobec nalewki lakmusowej, cukru gronowego i mlekowego jest niewystarczający.

W grupie laseczek otoczkowych, nieredukujących nalewki lakmusowej, zakwaszających cukier gronowy bez wytwarzania gazu i nie zmieniających pożywek z cukrem mlekowym, czyli w grupie przyjętej przez Kabelika jako twardzielowej, Meisel i Mikulaszek wyróżniają odmiany biochemicznie i serologicznie zachowujące się odrębnie. Oznaczając zmiany w stężeniu jonów wodorowych, zachodzące w wodzie peptonowej czystej przekonali się, że z pierwotnej t. zw. grupy twardzielowej wyróżnić się dają w przeważającej ilości szczepy alkalizujące do PH 7,7, a obok tego również szczepy niezmieniające względnie zakwaszające wodę peptonową.

Szczepy otoczkowe alkalizujące wodę peptonową udało się wyosobnić już po jednorazowem badaniu w 80% przypadków klinicznie stwierdzonej twardzieli, natomiast na 160 próbek pochodzących z innych schorzeń badania wypadały zawsze ujemnie.

Brak jednolitości w t. zw. grupie twardzielowej potwierdziły odczyny serologiczne z wysokowartościowemi surowicami, otrzymanemi z poszczególnych szczepów. Odczyn wiązania dopełniacza, jak również odczyn zlepny wykonany naprzemian z wieloma surowicami homo- i heterologicznemi wykazał, że wszystkie szczepy alkalizujące wodę peptonową czystą do PH 7,7 tworzą jednolitą grupę serologiczną. Szczepy niezmieniające względnie zakwaszające różnią się seroolgicznie między sobą i nie mają nic wspólnego ze szczepami alkalizującemi wodę peptonową.

Jako dalszy ciąg badań chcemy obecnie przedstawić wyniki serologiczne otrzymane *z 43 surowicami osób dotkniętych twardzielą i 96 surowicami kontrolnemi,* pochodzącemi z innych schorzeń. (Dur brzuszny 9, błonica 3, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 2, odra 3, płonica 10, róża 8, zapalenie górnych i dolnych dróg oddechowych 18, promienica 1, gruźlica 2, kiła 18, ozaena 3, dobrotliwe i złośliwe nowotwory 4, bez bliższego rozpoznania 15).

Z surowicami chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli odczyn wiązania dopełniacza przedstawia się następująco:

a) z 6 szczepami niezmieniającemi nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, zakwaszającemi cukier gronowy bez wytwarzania gazu i alkalizującemi wodę peptonową czystą do PH 7,7, jak również z polywalentnym wywoływaczem przyrządzonym z tych szczepów wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/25 — 1/400 dochodzi do 85,8%;

b) z jednym szczepem niezmieniającym nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, zakwaszającym cukier gronowy i lekko zakwaszającym wodę peptonową czystą, jak również z 6 szczepami otoczkowemi, zachowującemi się odrębnie wobec pożywek węglowodanowych wynik dodatni i to tylko w rozcieńczeniu 1/10 dochodzi do 3,2%, reszta wypada ujemnie.

Odczyn zlepny wykonany z szczepami, które po dłuższem przeszczepieniu utraciły otoczkę śluzową:

a) z 5 szczepami, niezmieniającemi nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, zakwaszającemi cukier gronowy i alkalizującemi wodę peptonową czystą do PH 7,7, jak również z polywalentnym wywoływaczem sporządzonym z tych szczepów wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/600 — 1/2000 dochodzi do 85.50%;

b) z 5 szczepami zachowującymi się odrębnie wobec pożywek węglowodanowych wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/25 — 1/200 dochodzi do 25.8%, reszta wypada ujemnie.

Z 96 surowicami pochodzącemi z innych schorzeń, z wyłączeniem twardzieli *odczyn wiązania dopełniacza* wykonany z tymi samymi jak poprzednio wywoływaczami przeważnie wypadał ujemnie; w nielicznych tylko przypadkach dodatnio i to najwyżej przy rozcieńczeniu surowicy 1/10. Podobnie *odczyn zlepny* dawał wyniki ujemne, w nielicznych tylko przypadkach wynik dodatni w rozcieńczeniu surowicy do 1/200 a z jedną surowicą chorego z rozpoznaniem *przewlekłego zapalenia ucha środkowego* do 1/400, przy równoczesnym ujemnym wyniku Bordet-Gengou.

Nadmienić jeszcze wypada że odczyny WaR i S. G. z wszystkiemi surowicami twardzielowemi wypadły ujemnie, jak również że surowice nietwardzielowe z dodatnim WaR. i S. G. nie dawały dodatniego Bordet-Gengou z żadnym wywoływaczem z grupy otoczkowej.

Opierając się na przedstawionych wynikach dochodzimy do następujących wniosków:

1) Surowice chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli zachowują się swoiście tylko wobec pałeczek otoczkowych niezmieniających nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentujących kwaśno bez gazu cukier gronowy i alkalizujących wodę peptonową czystą do PH 7,7.

2) Wobec wyników z surowicami kontrolnemi, jako swoisty można przyjąć odczyn wiązania dopełniacza począwszy od rozcieńczenia powyżej 1/400.

3) Odczyn wiązania dopełniacza i zlepny z surowicami chorych wzajemnie się uzupełniają, wskutek czego równoczesne wykonanie obu odczynów daje wyniki pewniejsze.

Z całokształtu dotychczasowych badań naszych widzimy, że pałeczki otoczkowe, niezmieniające nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentujące kwaśno bez gazu cukier gronowy, alkalizujące wodę peptonową czystą do PH 7.7 dają się wyosobnić tylko przy klinicznie swierdzonej twardzieli a brak ich przy innych schorzeniach, następnie że z wysoko-wartościowemi surowicami tworzą one odrębną grupę serologiczną, a wreszcie tylko z surowicami chorych na twardziel dają odczyny swoiste. Fakta powyższe w myśl postulatów Kocha przemawiałyby za tem, iż drobnoustroje te pozostają w etjologicznym związku z chorobą. Sprawa ostatecznego wyjaśnienia, o ile one same jako takie są przyczyną schorzenia, względnie towarzyszą tylko nieznanemu dotychczas *virus,* wymaga jeszcze dalszych badań skierowanych w kierunku doświadczeń na zwierzętach i epidemjologji.

Piśmiennictwo.

1) N. Gąsiorowski: Polska Gazeta Lekarska 1927, str. 525 tamże piśmiennictwo poprzednie. — 2) H. Meisel i E. Mikulaszek: Polska Gazeta Lekarska 1927, str. 940.

*) Referat zgłoszony na II Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich.

H. REITEROWSKI i M. KOCEN. Łódź.

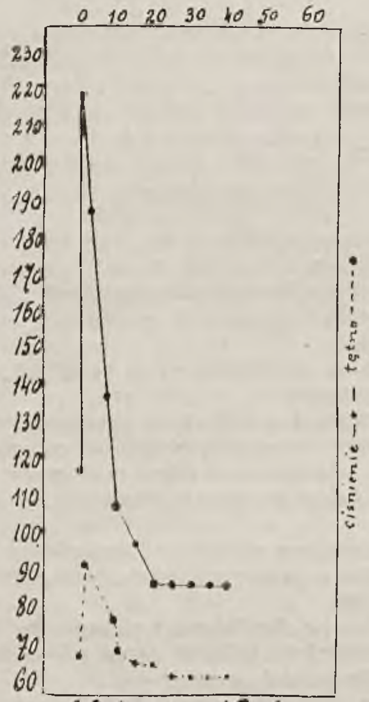
Przyczynek do zachowania się ilościowego wapnia i potasu w surowicy krwi w związku z postaciami klinicznemi suchot płucnych.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Poznańskich w Łodzi.

Zagadnienie stosunku suchot płucnych do stanu napięcia układu nerwów roślinnych rozpatrywane było w ciągu lat ostatnich przez szereg autorów. Eppinger i Hess(1) utrzymują, iż chwiejność układu roślinnego zależy od wpływu jadu gruźliczego na układ chromochłonny; nerw współczulny podrażniony pierwotnie w miarę postępu sprawy chorobowej ulega następowemu osłabieniu i wtedy występuje wzmożona czynność antagonisty t. j. nerwu błędnego. Deutsch i Hofmann(2) podzielają zdanie Eppingera i Hessa. Dresel(3) twierdzi, że gruźlica u osobników z przewagą układu nerwu błędnego przebiega pomyślnie. Guth(4) natomiast udowadnia, że w gruźlicy z przewagą spraw wytwórczych występuje sympatykotonja, a w gruźlicy z przewagą spraw wysiękowych — wagotonia. Według S. Sterlinga sympatykotonja jest objawem pomyślnie rokującym w przebiegu suchot płucnych, ponieważ uważa on nadczynność nerwu współczulnego za objaw obronny.

Wobec różnych poglądów wyżej wspomnianych autorów na zachowanie się układu roślinnego w przebiegu suchot płucnych, przystąpiliśmy do badań wyjaśniających stan układu roślinnego

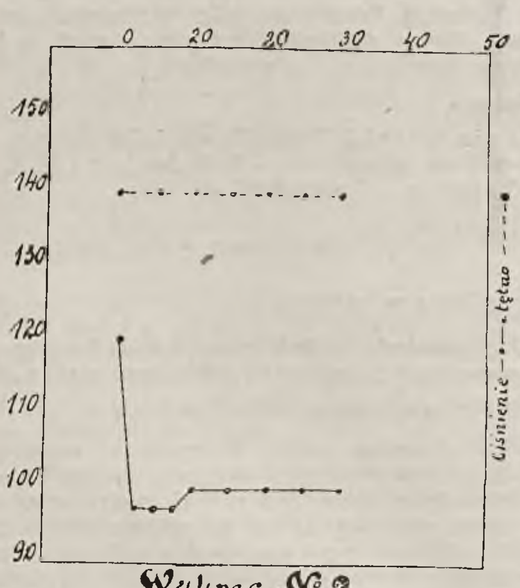
zapomocą próby adrenalinowej. Z licznych badań (Kylin (6) wiemy, iż napięciu układu parasympatycznego towarzyszy zwiększona ilość wapnia we krwi, napięciu układu parasympatycznego zwiększona ilość potasu. Odczyn adrenalinowy, według Kylina, jaknajściślej jest związany z zawartością cieczy międzytkankowej: im więcej mamy wapnia, tem odczyn jest wyraźniej sympa-



Wykres № 1.

tykotoniczny; tam gdzie dużo potasu — wagotoniczny. W myśl tych poglądów określaliśmy w naszych badaniach jeszcze zachowanie się wapnia i potasu w surowicy przed próbą adrenalinową i stosunek ilości potasu do wapnia uważaliśmy jako pewną stałą *K*.

Dla określenia napięcia jednego z nerwów roślinnych w przebiegu suchot płucnych stosowaliśmy podskórnie 1 mg adrenaliny naczczo, badając następnie w okresach 1—2 minutowym zacho-

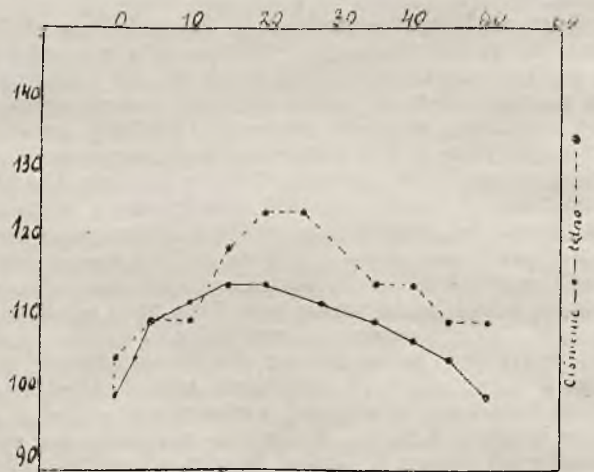


Wykres № 2.

wanie się skurczonego ciśnienia krwi i tętna; zdawaliśmy sobie sprawę, że próba adrenalinowa nie jest w zupełności wystarczającą dla stwierdzenia, jaka część układu roślinnego przeważa u chorego na suchoty płucne i że krzywe parcia poadrenalinowego mają znaczenie przeważnie dla tej części układu roślinnego, która wpływa na krążenie, sądząc jednakże, że próba adrenalinowa, praktycznie łatwo wykonalna, pozwala nam na ocenienie w przybliżeniu zachowania się układów roślinnych w okresie stosowania tej próby. W wynikach swych dalszych nie zaliczamy gruźlika do typu wyłącznie sympatykotonicznego lub wagotonicznego, lecz mówimy, że chory reagował na zastrzyknięcie adrenaliny krzywą sympatykoniczną, wagotoniczną lub normalną. Zwiększenie się parcia krwi w ciągu 10' po zastrzyknięciu adrenaliny do 20 mm Hg i krzywą paraboliczną uważaliśmy za objaw normalny; zwiększenie się ciśnienia powyżej 20 mm Hg uważaliśmy za objaw sympatykotoniczny, a spadek ciśnienia bezpośrednio po zastrzyknięciu za objaw wagotoniczny (8).

Najbardziej charakterystyczne krzywe podajemy na wykresach 1, 2, 3. Pierwsza wybitnie sympatykotoniczna, druga — wagotoniczna, trzecia — normalna; pomiędzy temi krzywemi o rysach typowych znajdywaliśmy cały szereg postaci przejściowych. Wapń określaliśmy metodą de Waard'a; potas metodą Kramer-Tisdalla (metodyka badań według książki ś. p. Doc. Dra Jana Nowaczyńskiego: Mikroskopja i Chemja Kliniczna 1925 r.). Przy określaniu wapnia wprowadzaliśmy pewną modyfikację zalecaną przez niektórych autorów, a mianowicie osad szczawianu wapnia, otrzymywany po trzykrotnem wirowaniu i odlewaniu płynu rozpuszczaliśmy nie w 0,3 cm³ 25% kwasu azotowego wolnego od azotynów lecz w 0,3 cm³ n H_2SO_4.

Jaką normę zawartości wapnia w surowicy krwi uważaliśmy od 10,6 mg% do 12 mg% (przeciętna 11,13 mg%); dla potasu zaś norma od 18—24 mg% (przeciętna 20,7). W myśl poglądów Kylina zwracaliśmy uwagę nietylko na ilości potasu i wapnia we krwi, ale także na stałą *K*, która oznacza stosunek potasu do wapnia. Stała ta normalnie waha się w wielkościch 1,7—2,15 (przeciętna 1,98). Według Kylina w przypadkach gdzie stała *K* była poniżej 1,7 próba adrenalinowa wypadła sympatykotonicznie, gdy zaś *K* powyżej 2,15 — wagotonicznie. Podkreślamy znaczenie tej stałej, w wielu bowiem przypadkach stała ta wobec dużych

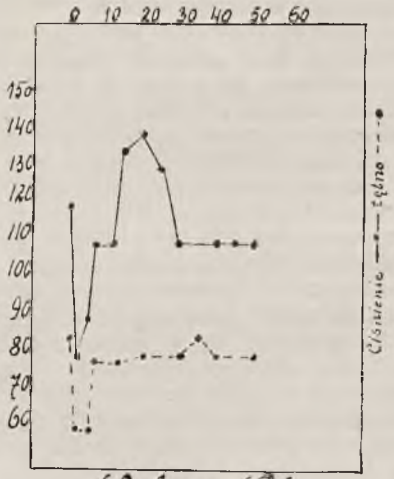


Wykres № 3.

wahań w normalnej zawartości wapnia i potasu we krwi dawała nam cenne dane wyszczególnione w wynikach naszych badań. Badania nasze przeprowadziliśmy na oddziale wewnętrznym szpitala fundacji Poznańskich w Łodzi w 45 przypadkach chorych na suchoty płucne, posługując się przy ich podziale klasyfikacją anatomo-kliniczną. Z 45 przypadków — 21 dotyczyło chorych na *phtisis incipiens;* 4 — *phtisis declarata stationaris;* 3 — *phtisis declarata progrediens* i 17 — *phtisis pulmonum consumptiva.*

Wynik naszych badań, jak widzimy z tablic, są następujące: W ogólnej ilości 21 przypadków *phtisis incipiens* otrzymaliśmy krzywą sympatykotoniczną w 8; w 10 normalną; w 1 wagotoniczną; w 1 przypadku chory nie reagował (ciśnienie się nie podniosło) i w 1 krzywą wagotono-sympatykotoniczną (podana na *wykresie 4).* Ilość wapnia w 7 przypadkach była zwiększona ponad normę w pozostałych zaś przypadkach wahała się w granicach normy; w żadnym przypadku nie stwierdzaliśmy cyfry poniżej normy. Ilość zaś potasu w 3 przypadkach była poniżej normy; w pozostałych zaś przypadkach była norma; nie stwierdziliśmy wogóle cyfry powyżej normy. Natomiast stała *K* wahała się w 19 przypadkach w granicach od 1,4 do 1,86. W 1 mieliśmy stałą 2,0; w 1 mieliśmy 2,3. Na 9 przypadków, w których *K* była poniżej 1,7 w 7 krzywa miała charakter sympatykotoniczny; w 2 była normalna. Z 5 przypadków ze stałą 1,7 (dolna granica normy) w 1 otrzymaliśmy krzywą sympatykotoniczną, natomiast w przypadku ze stałą 2,0 krzywą o charakterze wagotonicznym i w przypadku ze stałą 2,3 krzywą wago-sympatykotoniczną. W 4 przypadkach w *phtisis declarata stationaris* otrzymaliśmy krzywe normalne; wapń w 2 przypadkach zwiększony, w 2 wykazał normalną zawar-

tość; potas w 3 ilościach normalny w 1 zmniejszony. Stała wahała się w granicach 1,6 — 1,8. Dane te w pewnym stopniu objaśnić można charakterem wytwórczym zmian w płucach o przewlekłym przebiegu choroby trwającym w okresie badania do 7 lat i wykazującym wysokim OB; w 2 przypadkach równał się on 480'.



Wykres № 4.

Z 3 przypadków *phtisis declarata progrediens* otrzymaliśmy w 1 krzywą normalną, w 1 wagotoniczną w 1 bez odczynu; ilość wapnia w 1 nieznacznie zmniejszona, potasu w 1 zwiększona; pozatem była norma. *K* w granicach 1,8 — 2,19 (stała zbliżona do górnej granicy normy).

TABLICA I.

Phthisis incipiens.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	180'	0	0	nie reagował	11,2	20,9	1,86
2	155'	10	0	normalna	14,0	21,6	1,5
3	75'	20	0	„	11,8	20,9	1,8
4	400'	0	0	nie reagował	11,5	21,0	1,8
5	248'	20	0	normalna	13,6	22,0	1,6
6	—	100	0	sympatykotoniczna	13,0	18,6	1,4
7	327'	20	0	normalna	14,0	24,0	1,7
8	400'	40	0	sympatykotoniczna	13,0	22,4	1,7
9	—	0	0	nie reagował	13,2	22,5	1,7
10	410'	0	15	wagotoniczna	11,6	23,4	2,0
11	390'	0	0	nie reagował	11,6	21,0	1,8
12	450'	70	0	sympatykotoniczna	11,6	19,2	1,65
13	350'	15	0	normalna	13,0	22,0	1,7
14	0	20	0	„	10,6	18,8	1,8
15	660'	25	0	lekka sympatykotonja	11,8	19,8	1,7
16	385'	50	0	sympatykotonja	10,2	17,0	1,66
17	400'	20	0	normalna	11,8	17,7	1,5
18	520'	50	0	sympatykotonja	11,6	17,7	1,52
19	222'	50	0	„	11,8	19,0	1,6
20	274'	25	0	„	12,0	18,4	1,5

TABLICA II.

Phthisis pulmonum declarata stationaris.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	65'	15	0	normalna	12,6	21,3	1,7
2	480'	0	0	nie reagował	11,6	18,8	1,6
3	20'	10	0	normalna	11,6	20,8	1,8
4	480'	20	0	„	14,0	23,0	1,65

TABLICA III.

Phthisis pulmonum declarata progrediens.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	33'	0	0	nie reagował	12,0	26,2	2,19
2	55'	0	10	wagotoniczna	10,2	21,3	2,0
3	450'	5	0	normalna	11,4	20,4	1,8

TABLICA IV.

Phthisis consumptida.

Chory Nr.	Odczyn Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' w mm	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia	Poziom potasu	Stała K K/Ca
1	30'	10	0	normalna	12,6	25,2	2,0
2	90'	10	0	„	11,8	21,6	1,8
3	24'	0	25	wagotoniczna	9,2	22,3	2,3
4	—	0	5	,	10,2	24,5	2,4
5	10'	10	0	normalna	8,5	18,4	2,15
6	15'	0	0	nie reagował	10,0	23,0	2,3
7	257'	33	0	sympatykotoniczna	10,8	18,1	1,7
8	8'	0	0	nie reagował	11,2	23,0	2,0
9	20'	10	0	normalna	11,6	19,4	1,7
10	20'	10	0	„	12,3	21,4	1,8
11	15'	0	0	nie reagował	11,1	20,4	1,84
12	19'	0	5	wagotonja	10,0	21,0	2,1
13	60'	70	0	sympatykotoniczna	12,5	22,0	1,75
14	30'	20	0	normalna	11,6	22,0	1,87
15	20'	20	0	„	13,2	24,1	1,8
16	60'	55	0	sympatykotoniczna	11,9	18,4	1,55
17	31'	5	0	normalna	10,8	20,9	2,0

W 17 przypadkach *phtisis pulmonum consumptiva* otrzymaliśmy w 4 krzywą wagotoniczną; w 3 sympatykotoniczną, w 10 krzywą normalną; musimy jednak zaznaczyć, że w krzywych normalnych ciśnienie wcale się nie zwiększało po 2—5' lub też co najwyżej zwiększało się o 10 mm (norma jest zwiększona do 20 mm Hg). Poziom wapnia w 1 przypadku stanowiła górna granica normy, w 5 poniżej normy, pozatem norma; poziom potasu w 3 przypadkach zwiększony — w pozostałych był normalny. Stała wahała się w granicach 1,55—2,4 przyczem w przypadku powyżej 2,15 otrzymaliśmy krzywą wagotoniczną; w 3 przypadkach ze stałą 1,7; 1,55, 1,75 były krzywe sympatykotoniczne. Musimy podkreślić że na podstawie wyników badań rentgenologicznych i danych klinicznych przeważały w tych 3 przypadkach zmiany wytwórcze.

Na podstawie powyższych wyników przychodzimy do następujących wniosków:

1) W okresie *phtisis incipiens* chorzy reagują przeważnie normalnie lub też sympatykotonicznie, jednocześnie poziom wapnia waha się w granicach normy, potas zaś wahał się też w granicach normy; w pewnej dość znacznej ilości przypadków przekraczał górną granicę normy, potas zaś wahał się też w granicach normy lub był zmniejszony; stała 1,4—1,86.

2) W okresie *phtisis declarata stationaris i progrediens* krzywa przeważnie miała charakter normalny, a w zachowaniu się potasu, wapnia i stałej *K* odchyleń od normy nie stwierdzaliśmy.

3) W okresie *phtisis pulmonum consumptiva* krzywe miały przeważnie charakter normalny, lecz bez wybitnego wzniesienia ciśnienia skurczowego krwi; otrzymaliśmy też krzywe wagotoniczne i sympatykotoniczne (wyjaśnienie tego podaliśmy wyżej). Wapń wahał się w granicach normy lub też był zmniejszony, potas zaś był w normie lub był zwiększony; stała 1,55—2,4.

4) Badania nasze zgadzają się z poglądami Kylina o związku zachodzącym między stałą *K* a odczynem poadrenalinowym. W większości przypadków wykazujących stałą powyżej 2,1 otrzymaliśmy krzywą wagotoniczną, poniżej zaś 1,7 — krzywą sympatykotoniczną.

5) Przy ocenie wyniku badań naszych pamiętać jeszcze musimy, że na zachowanie się krzywej poadrenalinowej wpływa nietylko poziom wapnia i potasu lecz też i inne czynniki, jak: gruczoły wkrewne, stan psychiczny chorych. (Kylin, Digon, Glaser).

6) Na podstawie zachowania się krzywej poadrenalinowej, zawartości wapnia, potasu, i stałej K w okresach suchot płuc początkowych możemy wnioskować, iż w tym okresie przeważa układ sympatyczny, a w okresach *phtisis consumptiva* układ sympatyczny znajduje się w stanie wyczerpania, co zgadzałoby się z poglądami Dr. S. Sterlinga.

Piśmiennictwo.

1) Eppinger i Hess: Die Vagotonie. 1910. — 2) Deutsch i Hoffman: Wiener Kl. Wochenschrift. 1913. — 3) Dresel: Ergebnisse der Medizin. 1922. II. — 4) Guth: Beiträge zur Klinik der Tuberkulosa. Tom 55, 54. 1923. — 5) S. Sterling: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom 4. Zeszyt III. 1926. — 6) Kylin: Ergebnisse der gesamten Medizin. Tom VII. — 7) Duge: Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Tom 65. Zeszyt I. — 8) Kylin: Zetschrift für klinische Medizin Tom 103. — 9) Kylin: Der Gehalt des Blutes an Calcium und Kalium. 1927.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent. Lwów.

Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki

Dokończenie.

Autor odróżnia dwa sposoby reakcji: odczyn przez zetknięcie i odczyn odruchowy (Contact reaction i Reflex — like reaction).

O mechanizmie działania tych bodźców wspominałem już wyżej. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że szereg tych fizykalnych bodźców działa w pewnej swej fazie odczynu parasympatikotonicznie, jeżeli zważymy, że niektóre z tych bodźców już u zdrowych działają na tor oddechowy, to nie będzie nas dziwić fakt, że w dalej posuniętych przypadkach bodźce te zawsze działają chorobotwórczo, wywołują duszności a nawet napady, bez względu na pierwotną etjologję tych przypadków, właśnie z powodu wypaczenia mechanizmu odruchowego. Bodziec taki działając na cały ustrój, w pewnej swej fazie działając na cały układ parasympatyczny, przebiega wszystkiemi jego odgałęzieniami, trafiając zaś w płucach na tą utorowaną, choć wypaczoną drogę, przebiega po tej linji najmniejszego oporu i w wyniku sprowadza napad dychawicy. W innych zaś przypadkach bodźce takie działać mogą samoistnie, lecz sprowadzając pewne przesunięcia w systemie wegetatywnym, sprowadzając zwłaszcza trwalszą parasympatikotonję, stwarzają tem samem dogodne warunki dla zadziałania innych chorobotwórczych bodźców, które nieraz znowu same przez się nie byłyby zdolne wywoływać patologicznego efektu.

Z bodźców wchodzących tu w grę, mamy przedewszystkiem temperaturę. Widzimy, że n. p. upały letnie sprowadzają dłuższo trwałą parasympatikotonję. Na zmiany w temperaturze, zwłaszcza gwałtowne reaguje cały układ roślinny. Szybko po sobie następujące zmiany w temperaturze mogą przyczynić się do wyczerpywania równowagi wegetatywnej, zwłaszcza przy wzmożonej wilgotności powietrza, gdy ustrój łatwo traci ciepło i staje się wrażliwszy na te zmiany. Z drugiej strony bodźce te działają na stan całego aparatu naczynioruchowego, a nadto usposabiają do katarów dróg oddechowych. Zresztą wiemy, że nagłe oziębienie wpływa nawet u zdrowych w charakterystyczny sposób na tor oddechowy. Nic więc dziwnego, że prawie każdy astmatyk jest na bodziec ten bardzo wrażliwy, że w porach roku takich, jak n. p. jesień, prawie każdy chory na dychawicę oskrzelową czuje się znacznie gorzej.

Drugim czynnikiem niezmiernie ważnym są zmiany w ciśnieniu barometrycznem i wiatry. Wiemy, jak na każdego z nas działa przygnębiająco, osłabiająco, wyczerpująco, n. p. zniżka barometryczna, wywołuje nawet czasem objawy silne przejściowej parasympatikozy. Obserwowałem n. p. niejednokrotnie wymioty przed burzą wietrzną. Wiemy, jak działają nietylko na chorych, ale i na zdrowych n. p. wiatry halne w Zakopanem, powodują nawet u ludzi mało wrażliwych silny rozstrój nerwowy, podniecenie, zaburzenia równowagi wegetatywnej, nawet dość znaczne podwyżki ciepłoty. Nic więc dziwnego, że ogromny a fatalny wpływ tych czynników tutaj jest kwestją wprost codziennych kardynalnych spostrzegań. Ważnem jest dla terapji, dla wyboru odpowiedniego klimatu, odpowiedniego miejsca, do którego by się chory miał udać, czy to na czas pewien celem leczenia klimatycznego, czy na stałe.

Ważnemi okazały się również bodźce świetlne. Wchodzą tu w grę przedewszystkiem promienie fjołkowe i pozafjołkowe światła słonecznego. Czy mamy tu do czynienia z działaniem pewnych ciał powstałych miejscowo w skórze, w odczynie tejże na chemiczne działanie tych promieni (contact reaction), czy odczynem ogólnie odruchowym, trudno orzec. Prawdopodobnie mechanizm odczynu w każdym przypadku nie jest jednakowy. Działanie tych promieni na ustrój nawet zdrowy, znany jest każdemu. Wiemy, że hiperinsolacja sprowadza t. zw. udar, w swych objawach bardzo podobny do wstrząsu anafilaktycznego. Nic więc dziwnego, że i tu wpływ jest duży i to prawie zawsze ujemny. Leczenie lampą kwarcową jest właśnie leczeniem bodźców minimalnych, regularnie się powtarzających. Ciekawe są przypadki gdzie właśnie ten bodziec przybiera charakter bodźca specyficznego. Obserwowałem jeden przypadek dychawicy oskrzelowej dotyczący kobiety w średnim wieku, u której pierwszy napad wystąpił po nadmiernej kąpieli słonecznej. Odtąd każda insolacja wywoływała napad, jakkolwiek trzeba przyznać, że bodziec ten nie był jedynym wywołującym napady w tym przypadku. Przy leczeniu lampą kwarcową nawet subminimalnemi dawkami występowały gwałtowne napady, stałe uczucia duszności, które trwało dni szereg nawet po przerwaniu leczenia naświetleniami promieniami lampy kwarcowej. Leczenie odczulające nie dało najmniejszego efektu, podobnie zresztą jak w przypadkach pokrzywki, opisywanych przez Duke. Nadto obserwowałem jeden przypadek pokrzywki, gdzie insolacja wywoływała natychmiast objawy chorobowe.

7) Wpływ bodźców duchowych na dychawicę oskrzelową jest tak wybitny, tak rzucający się w oczy, że istnienie jego nie ulega najmniejszej duskusji. Wpływ sfery psychicznej układu nerwowego centralnego na cały szereg procesów biologicznych, na mechanizm zdrowienia nawet w każdym przypadku, znany jest przedewszystkiem z badań i prac Sochańskiego. Jeżeli stan układu nerwowego centralnego jest bardzo ważny dla każdego ustroju, w każdej sprawie chorobowej, to tutaj wpływ ten jest znacznie dalej sięgającym w samą istotę schorzenia. Już wyżej wspominałem o wpływie wzruszeń duchowych na równowagę wegetatywną. Jest rzeczą bardzo często spostrzeganą, że silniejsze wzruszenia mogą wywoływać natychmiast napady, jak np. gniew, przerażenie, czasem nawet afekty płciowe. Wiemy co może zdziałać nieraz czysta suggestja i autosuggestja, jak może ona wpływać nawet na dość odległe sprawy, że wspomnę o tak szeroko obecnie dysputowanej sprawie leczenia brodawek suggestją. Tu nieraz spostrzegałem jak sam lęk przed występowaniem objawów sprowadzał objawy allergiczne, n. p. dusznicę oskrzelową, lub występowanie pokrzywki. Zdarza się np. nieraz spostrzegać chorych cier-

piących na chroniczną pokrzywkę, którzy dostają objawów wtedy, kiedy im specjalnie zależy żeby od nich byli wolni, n. p. gdy się wybierają na zebranie towarzystkie.

Drugim momentem tutaj bardzo ważnym jest suma procesów psychicznych afektywno - asocjacyjnych, zwana nastrojem. Zwłaszcza nastrój przygnębienia, zgorzknienia przez swój parasympatikotoniczny charakter działa tu ujemnie. Nastrój taki trwając czas dłuższy może działać sam przez się, lub stwarzać warunki do zadziałania innych bodźców.

Trzecim wreszcie czynnikiem psychicznym jest działanie wrażeń i wyobrażeń. Znamy z fizjologji, że w procesach odruchowo przebiegających, jeśli wespół ze zwykłym fizjologicznym bodźcem będzie się powtarzać szereg razy to samo wrażenie n. p. słuchowe czy wzrokowe, to po pewnym czasie to wrażenie, ten błysk światła czy dźwięk będzie wywoływać ten sam proces. Podobnie sprawa ma się i tutaj. Pewne wrażenie nawet luźno tylko przez spółczesność związane z bodźcem wywołującym napady, może potem zastępować pierwotną przyczynę. Wspominałem już raz o opisywanym przypadku dotyczącym małego dziecka, które reagowało wymiotami i ogólnymi objawami allergicznymi na podanie mleka. Otóż po pewnym czasie dziecko ile razy tylko zobaczyło mleko dostawało wymiotów. Matka wobec tego zasłaniała okna aby dziecko nie widziało pokarmu. Odtąd przy każdem zasłanianiu okna dziecko dostawało wymiotów. Podobnie obserwowano przypadki astmy, gdzie chorzy ci na widok pewnych osób, które im przypominały ciężkie chwile, lub wprost napady, dostawali napadu.

Dalej mamy działanie wyobrażeń. Wiemy, z życia, że sama myśl o rzeczy której nie znosimy budzi w nas wstręt. Także i samo wyobrażenie czynika wywołującego napady może w przypadkach dalej posuniętych wywołać napad.

Ośrodki układu nerwowego roślinnego są bardzo ściśle związane z układem korowym, dlatego nie może nas dziwić fakt, że cały szereg procesów assocjacyjnych, przebiegających w korze mózgowej odbija się na centrach wegetatywnych a przez nie na organach obwodowych tegoż układu. Musimy sobie uprzytomnić, że w życiu psychicznem pewne wyobrażenia wywołują inne, następują całe łańcuchy asocjacyjne, które wreszcie mogą prowadzić do jakiegoś wspomnienia lub wyobrażenia rzeczy tutaj szkodliwych. O ile pewne łańcuchy asocjacyjne prowadzące do szkodliwych wyobrażeń będą się częściej powtarzać, to znowu punkt wyjścia tych asocjacji będzie mógł dawać wprost lub na uproszczonej drodze efekt patologiczny. Tak więc w daleko posuniętych przypadkach możemy mieć taki zawiły splot poszczególnych przyczyn psychicznych, że już rozwikłać tego nie podobna.

Jak z jednej strony czynniki te wrażeń i wyobrażeń dawały nieraz wyniki ujemne, to z drugiej strony można bardzo często spostrzegać, że pewna grupa wyobrażeń i wrażeń wywiera dodatni wpływ, suggestywny. Tak n. p. u jednej z naszych chorych cierpiącej na silną dychawicę oskrzelową, pozostawienie przy łóżku przygotowanej do zastrzyku wstrzykawki i ampułki astmolizyny uwalniało ją od nocnych napadów. Uspokojenie i pewność natychmiastowej pomocy, wspomnienie energicznie działającego środka, działało tutaj suggestywnie bardzo dodatnio. Jak wielka jest siła tych czynników w niektórych przypadkach, mogliśmy obserwować u innej chorej, która wyobraziła sobie, że każda injekcja jej szkodzi, odtąd nawet zastrzyk morfiny, jakoteż astmolizyny był prawie bezskuteczny a sam widok wstrzykawki sprowadzał odrazu znaczne pogorszenie. Pouczający również przypadek opisuje S i c k e r. Dotyczył on chorego cierpiącego na silną dychawicę oskrzelową. Chory ten ilekroć słuchał koncertu czuł nieco duszności wskutek wzruszenia, ale dostawał specjalnie bardzo silnych napadów po wysłuchaniu tylko: kwartetu Schumanna, oratorjum Haendla i symfonji Bethowena. Siła napadu miała być w miarę odniesionego wrażenia estetycznego. Wogóle działanie czynników psychicznych może sprawiać bardzo ciekawe niespodzianki.

Oprócz tych czynników psychicznych, pochodzących ze świadomości, może niewątpliwie wywierać wpływ wiele procesów przebiegających w poświadomości. Rozumowanie jednak na ten temat zaprowadziłoby nas zbyt daleko do ścisłej psychoanalizy. W dobie, kiedy teorję Freuda usiłowano bezkrytycznie zbyt szeroko zastosowywać, starał się C o s t a odnieść dychawicę oskrzelową do przyczyn psychoseksualnych. Teorji tej jednak nie można zbyt ogólnie stosować, dlatego też i myśl Costy musiała upaść.

Co do wagi jaką tym czynnikom psychicznym należy przypisać, to sprawa ma się tutaj tak, jak wogóle ze wszystkimi czynnikami etjologicznymi przy astmie. W pewnych przypadkach już z góry odgrywają one ważną rolę. Zazwyczaj jednak dopiero z biegiem czasu czynniki te wysuwają się na plan pierwszy, nieraz wogóle opanowują obraz. W innych natomiast przypadkach ledwo się ich doszukać można, prawie zawsze są one jednak zaznaczone. Dlatego też różni autorowie tak różne wypowiadają zdania i tak M o r a w i t z, S c h u l z, R e i c h m a n n, uważają dychawicę oskrzelową za nerwicę polegającą na konstytucjonalnej psychopatji. O psychogennej astmie mówi również M o o s. Dużą, wagę do czynników psychicznych przywiązuje B r ü g e l m a n n, S a e n g e r zaś idzie tak daleko, że uważa astmę za nerwicę strachu. Inni autorowie czynnikom tym nie oddają pierwszego miejsca, lub wogóle je nieco lekceważą, ale już dziwnem wydaje się zdanie S t o r m a van L e e u w e n, który wręcz odmawiał tym czynnikom znaczenia i wyraża się z przekąsem porównując działanie tych czynników na dychawicę do działania n. p. strachu na ból zęba u kogoś, który już się wybiera do dentysty, lecz z samego strachu przed operacją ząb przestaje boleć, mimo, że przecież przyczyną bolu była tutaj próchnica zęba a nie wrażenie psychiczne. Przyznać trzeba, że jeszcze do niedawna djagnozą „asthma nervosum" szafowano zbyt hojnie i niejeden już chory n. p. na formę allergiczną całe życie cierpiał pod tem niewłaściwem piętnem, zupełnie niepotrzebnie, gdyż zastosowanie odpowiedniego leczenia dałoby znaczną poprawę. Z drugiej jednak strony wpływ czynników psychicznych jest zbyt widocznym a nawet zbyt istotnym, nawet w każdym przypadku, że trudno się zgodzić z ostrem zdaniem holenderskiego badacza. W niektórych nawet przypadkach czynniki te wysuwają się tak wyłącznie na plan pierwszy, tak opanowują całą etjologję, a dalej psychoterapja względnie leczenie usuwaniem trosk i innych bodźców psychicznych daje takie dobre rezultaty nieraz, że naprawdę nie możemy tak apodyktycznie twierdzić, że „asthma nervosum" nie istnieje.

Przy omawianiu bodźców duchowych musimy podnieść jeszcze jedno zjawisko, z którem bardzo często będziemy się spotykać w lekarskiej praktyce, zwłaszcza ci lekarze, którzy pracują w szpitalach, kasie chorych i innych instytucjach opieki społecznej, — pewne objawy, które zauważyliśmy u paru naszych chorych. A mianowicie chorzy, którzy leczą się czas dłuższy, tracą wiarę w możliwość wyleczenia stałego, nawet gdyby przez szereg miesięcy byli wolni od napadów. I dlatego chorzy tacy póki są pod stałą opieką lekarską czują się dobrze, lecz gdy im się powie, że muszą wracać do domu występuje u nich lęk, że po po powrocie wystąpią znowu napady, lęk ten jest czasem tak silny, że jeszcze przed odejściem do domu może sprowadzić napad. Jeszcze charakterystyczniejszy jest inny proces, a mianowicie chorzy ci tak się zżywają z beztroskiem życiem w szpitalu, że możliwość powrotu do życia, do ciężkich nieraz warunków, do pracy, do szeregu trosk, budzi w nich łatwo zrozumiały lęk. Chorzy tacy świadomie czy podświadomie poczynają życzyć sobie, aby choroba nie ustąpiła, zwłaszcza, gdy ona nie była zbyt dokuczliwa i na tem tle u chorych takich, gdy się im tylko powie o powrocie do domu, napady wracają i to nieraz bardzo silne, faktycznie nieudawane. Fakt ten tak bardzo przypomina, niesłychanie często spostrzegane w czasie wojny występowanie t. zw. nerwic zamiarowych, „Intentionsneurose", jako wyraz gwałtownego pragnienia uwolnienia się z frontu. Tu lekarz jest nieraz w trudnem położeniu. Chorych takich absolutnie nie można uważać za symulantów, z drugiej jednak strony pewna chwiejność i miękkość lekarza bezwarunkowo nie prowadzi do celu. Wchodzimy tu w całe błędne koło, przyczyn i skutków. Sądzę jednak, że potrzebna jest tutaj pewna bezwzględność. Dopiero gdy po wydaleniu przez czas dłuższy objawy nie ustępowały, należy ingerować na nowo.

D y c h a w i c a o d r u c h o w a. Tutaj muszę zaznaczyć, że czynnik odruchowy właściwie w każdym przypadku dychawicy jest czynny. Tu jednak chodzi mi tylko o te przypadki, gdzie dychawica występuje jako patologiczny odruch na drodze nerwowej, do którego daje przyczynę jakiś chroniczny proces chorobowy toczący się w innych narządach. Obecnie wiemy, że nawet w odległych narządach takie odruchy mogą istnieć. Związek, jaki istnieje między sprawami toczącemi się w błonie śluzowej nosa, a stanem płuc, zwłaszcza przy dychawicy, znany był pobieżnie od dawna, ale dopiero baczniejszą uwagę zwrócono od doniesienia V o l t o l i n i'e g o, któremu udało się wyleczyć chorych z dychawicy oskrzelowej przez usunięcie polipów nosowych. Doniesienie to wzbudziło łatwo zrozumiały entuzjazm, który doszedł do szczytu w latach 80-tych zeszłego stulecia, kiedy to H a c k przeprowadzał operacje na błonie śluzowej nosa, nietylko u ludzi z jakiemiś zmianami w nosie, lecz nawet i takich, u których tych zmian nie było. Całą sprawę dychawicy uważano za sprawę patologicznego odruchu, którego punkt wyjścia miał leżeć w błonie śluzowej nosa. Przez zniszczenie tych punktów spodziewano się uzyskać przyczynowe wyleczenie. Jak początkowo z bezkrytycznym entuzjazmem odnoszono się do tej sprawy, tak później, gdy okazało się, że w tak wielu przypadkach ta sprawa po pewnym czasie zawodzi, zrażono się całkiem i znowu poczęto nieraz zanadto

ten moment sobie lekceważyć i zaniedbywać. Jednak jeszcze w 1910 r. Brügelmann mówi o „asthmogennych punktach“, które najczęściej leżą w błonie śluzowej nosa, znacznie rzadziej gardła, krtani i dolnych dróg oddechowych, po usunięciu tych punktów można uzyskać poprawę. Kiljan natomiast mówi o rozlanej nadczułości błony śluzowej. Rozważając tę kwestję przypomnieć musimy sobie, że między błoną śluzową nosa a muskulaturą dalszych dróg oddechowych istnieje mechanizm odruchowy, tak, iż gdy do nosa dostanie się jakieś ciało szkodliwe n. p. gaz drażniący, to już w dalszych drogach a także w oskrzelach następuje skurcz, który ma na celu niedopuszczenie gazu tego dalej. Otóż zachodzi teraz pytanie, czy przy dychawicy oskrzelowej nie działa taki pierwotnie obronny tutaj jednak może wykolejony mechanizm skurczu, który stara się niedopuścić do płuc a temsamem dalej do organizmu substancji szkodliwych, czy to pierwotnie toksycznych, czy antygenów.

Z praktycznej strony rzecz biorąc musimy podnieść, że nieomal w 90% badanych przypadków można wykazać zawsze większe lub mniejsze zmiany w błonie śluzowej nosa. Na pierwszy plan wysuwają się polipy, i przerost dolnej muszli taki, że ta dotyka do przegrody nosowej. Czynnik ten, jak zresztą wszystkie inne czynniki odgrywają bardzo ważną rolę tylko w pewnej ilości przypadków, w innych rolę dopiero drugorzędną, w pewnych zaś wogóle nieznaczną. W każdym razie wskazanie do zabiegu istnieje zawsze, choćby z tego względu, że te zmiany same przez się są patologiczne. A nadto brak efektu bezpośrednio po operacji nie przemawia jeszcze zatem, że zmiany owe nie miały zupełnie żadnego wpływu na dychawicę oskrzelową. W przypadkach, gdzie oprócz tego momentu i szereg innych brał udział po usunięciu jednego czynnika, poprawy spodziewać się nie możemy, a jednak wszystkie czynniki usunąć musimy a więc między innemi i ten odruchowy, gdyż bez tego wyleczenia nie uzyskamy.

Przy dokładniejszem spostrzeganiu przypadków omawianych zauważamy, że nie tylko zmiany w nosie, lecz i w innych organach mogą być powodem dychawicy. Chełmoński zwraca uwagę na gruczoły około oskrzelowe, których powiększenie, według niego, prawie zawsze wykazać można rentgenologicznie w przypadkach dychawicy. Gruczoły te mogą uciskać na gałązki nerwu błędnego i wpływ ich na omawianą sprawę staje się tem prawdopodobniejszy. Według naszych badań powiększenie gruczołów około oskrzelowych spotyka się tu często, jednakowoż nie jest ono tak znaczne, abyśmy znaczenie tych zmian mieli przeceniać. Morawitz zwraca uwagę, że długotrwałe katary oskrzelowe mogą dawać przyczynę do napadów.

Przewód pokarmowy również może odgrywać tutaj pewną rolę. Henoch opisuje przypadki, które nazywa „asthma dyspepticum“. Otóż tutaj musimy podnieść, że według naszych spostrzeżeń u wielu chorych występowały pewne objawy dyspeptyczne, przedewszystkiem o charakterze nadkwasoty żołądka. Badania treści żołądkowej w szeregu przypadków wykazało rzeczywiście zwiększenie ogólnej kwasoty i ilości wolnego kwasu solnego. Objawy te jednak należy sobie tłumaczyć raczej ogólną parasympatikotonją, która odbija się w ten sposób i na przewodzie pokarmowym, nietylko na płucach dając astmę. Byłyby więc te dwa schorzenia współrzędne na tle wspólnem, a nie należy uważać dychawicę za skutek dyspepsji. To samo tło mają i inne objawy, tu tak często spotykane a mianowicie chroniczne zaparcie stolca. Też należy to odnieść do ogólnej wagotonji, i stanów spastycznych, występujących w jelitach na tem właśnie tle. Nieraz jednak daje się spostrzegać fakt, że chorzy ci gorzej się mają przy zaparciu. Zachodzi teraz pytanie, czy nie mamy tutaj do czynienia także z pewnem działaniem toksyn wchłanianych z jelita grubego przy zaleganiu kału, a nie tylko z czynnikami odruchowemi. Ebstein i Ziesler opisują nawet przypadek wyleczenia dychawicy po usunięciu zaparcia stolca.

Według autorów amerykańskich także sprawy toczące się w woreczku żółciowym, jakoteż w wyrostku robaczkowym mogą nieraz dawać punkt wyjścia dla odruchów dychawicy. Widziano nawet wyleczenie dychawicy po usunięciu różnych spraw tam się toczących. Czy mamy tu do czynienia tylko z odruchem, czy też z działaniem wchłanianych toksyn zapalnych, trudno określić. W każdym razie w praktyce na te sprawy musimy zawsze zwrócić uwagę.

Należy się jeszcze liczyć z możliwością działania pewnych jadów, jak histamina lub jej podobnych innych jadów działających parasympatikotonicznie, a które mogą powstawać w samym organiźmie. Powstawać one mogą z rozpadu białka wzgl. z rozpadu lipoidu, jak n. p. cholina, tak silnie wagotonicznie działająca. Jeszcze silniejszym jadem od niej jest jej pochodna acetylocholina, która jakkolwiek nie jest spotykana w organiźmie, to jednak pojawiać się może przejściowo na chwilę krótką, lecz do zadziałania wystarczającą, coby zresztą nawet się zgadzało z napadowym charakterem dychawicy. Cały szereg tych jadów czy też t. zw. serotoksyn, które wiążą się z pojęciem anafilaksji, mogą też występować samoistnie, i na własną rękę wywierać działanie. Co do mechanizmu działania tych jadów, dodać należy, że jakkolwiek działają one także na izolowane mięśnie gładkie, to jednak zdają się działać one głównie na zakończenia nerwowe. Co do miejsca powstawania tych jadów, to na pierwszy plan występuje naturalnie przewód pokarmowy, gdzie stale nawet w warunkach normalnych jady te powstają przy normalnem trawieniu białka. Otóż jeśli n. p. trawienie jest nieprawidłowe, jeżeli czas dłuższy zatrzymuje się na tym toksycznym okresie rozpadu białka, że zwiększa się jej przepuszczalność, a z drugiej strony wiązanie tych jadów przez wątrobę jest upośledzone, tak, że produkty te mogą przenikać do krwi, mogą w takim przypadku zadziałać także na narządy specjalnie predysponowane, jak w tym przypadku płuca. A dalej przy zaleganiu dłuższem w jelicie grubem mogą przenikać do krwi pewne ciała toksyczne w tym przypadku już z ominięciem wątroby. I rzeczywiście w praktyce spotykamy się tak często z tem, że zaparcie przewlekłe stolca wpływa bardzo ujemnie na stan tych chorych. Kwestja tak zwanej enterointoksykacji była swojego czasu bardzo obszernie dyskutowana, przypisywano temu zatruciu wiele spraw może zbyt odległych i nie związanych z niem i dlatego po pewnym czasie znowu do tej kwestji zrażono się i to przyznać trzeba, wielka szkoda. Nie wchodząc zbyt głęboko w kwestje teoretyczne tej sprawy, w praktyce zawsze zwrócić musimy uwagę na stan przewodu pokarmowego u tych chorych i ewent. niedokładności starać się zawsze wyrównać. Dalej miejscem wytwarzania się tych jadów mogą być jeszcze stare ogniska zapalne, na co zwracają uwagę autorowie amerykańscy.

Wreszcie pozostało jako źródło tych jadów drobnoustroje w drogach oddechowych, które tam wtargnęły dając ostry proces, względnie tam stale pasożytujące. Stosunek bakterji do dychawicy oddawna zwracał na siebie uwagę różnych badaczy. Większość jednakże autorów rozpatruje ten stosunek z punktu widzenia anafilaksji. Zapatrywaniu temu nie można odmówić pewnej racji. Z drugiej jednak strony powinniśmy dążyć do jaknajprostszego wytłumaczenia tej kwestji. Nie możemy zapominać, że bakterje wydzielają cały szereg substancyj pierwotnie toksycznych. Nie jest wykluczone, że raczej właśnie te substancje mogą tutaj zadziałać, tembardziej, że wytwarzają się wprost na miejscu. Możliwe, że są to pewne substancje powstałe również z pewnego rozkładu białka, podobne do histaminy. Bardzo ciekawe są pod tym względem badania Koesslera, który odkrył, że cały szereg bakteryj wydziela pewne jady, które powodują w eksperymencie skurcz oskrzeli, nawet na płucach izolowanych. Nawet drobnoustroje w drogach oddechowych pasożytujące stale, jady takie wytwarzać mogą, jak np. pewne typy pneumokoków (I i II). Trzeba jednak zaznaczyć, że pod tym względem istnieją duże różnice między pojedynczemi szczepami. Tutaj więc mielibyśmy do czynienia z tak często spotykana u nas formą dychawicy oskrzelowej występującą po ostrych katarach dróg oddechowych a więc po infekcjach kataralnych. Przeciw ścisłemu łączeniu działania bakterji na dychawicę oskrzelową z pojęciem anafilaksji przemawia do pewnego stopnia fakt bardzo często u nas spotykany, że w bardzo krótki czas po infekcji występują już objawy dychawicy znacznie wcześniej niżby ubiegł czas inkubacji do wytworzenia się anafilaksji potrzebny. Skoro zresztą widzieliśmy, że drobnoustroje kataralne mogą wytwarzać jady podobne do histaminy, czemuż mielibyśmy się uciekać aż do pojęcia anafilaksji. Stosując bardzo rozległe leczenie szczepionkami, raz tylko obserwowaliśmy występywanie duszności po zbyt wysokich dawkach szczepionki. A więc tylko w tym przypadku moment anafilaksji należałoby ewent. przyjąć. W innych przypadkach nawet po dość dużej dawce szczepionki, duszność nie występowała. Występowała natomiast tylko goraczka. Widzimy więc tutaj, jak w różny sposób nieraz ustrój może reagować na ciała, których nie znosi, do których ma wyrobiony odmienny mechanizm oddziaływania (allergia). Wobec tego jednak, że płuca nie reagowały napadem astmy na białko zabitych bakteryj, więc uczulenia tychże płuc na te białka bakteryjne przyjąć nie można Badanie przy pomocy prób skórnych nad własnościami antygenicznemi różnych szczepów bakteryjnych u różnych autorów, dały różne wyniki. Jedni podają, że próby dodatnie występują tu bardzo rzadko, inni natomiast podają cały szereg rozmaitych gatunków bakteryj, które według nich bardzo często dają uczulenie. Ta rozbieżność zdań spowodowana jest faktem, że ciało bakteryjne zawiera substancje, które drażnią w wysokim stopniu skórę powodując reakcje, która pozornie wygląda, jak wybitnie dodatnia. Do dokładnych wyników możnaby było dojść sporządzając cały szereg dużych rozcieńczeń tych ciał bakteryjnych i następnie u każdego chorego porównywać próby uzyskane z temi

roztworami, z próbami uzyskanemi z innemi szczepami. Droga dość długa, żmudna i zawiła, a także niezbyt dokładna. Rozcieńczeń do prób używamy tu mniej więcej 1/1000 do 1/10.000. Z drugiej strony należy skontrolować czy te same roztwory i na skórze innych osobników przypuszczalnie zdrowych, nie wywołują żadnej reakcji. Dopiero w ten sposób uzyskane dane mogą dać jakie takie podstawy do dalszych rozważań.

Naogół więc wziąwszy należy tu przyjąć wprost działanie tych jadów, lokalnie, na miejscu bezpośrednio na mięśnie oskrzeli i błonę śluzową, względnie co prawdopodobniejsze za pośrednictwem zakończeń nerwowych.

Sprawa działania jadów i działania bakteryj wogóle łączy się jak już wyżej wspomniałem, bardzo ściśle z grupą przypadków, a mianowicie z grupą przypadków dychawicy oskrzelowej występującej po infekcji kataralnej. Oto większość obserwowanych u nas przypadków podaje dokładnie, że pierwsze napady występowały po tak zw. przeziębieniu, po ostrych a także chronicznych nieżytach dróg oddechowych. A nadto chorzy ci podają, że każde następowe pogorszenie się stanu chorobowego, częstsze występywanie pozostaje zawsze (nieraz li tylko jedynie) w związku z owemi przeziębieniami następowemi. Tak więc związek etjologiczny między temi infekcjami kataralnemi a dychawicą oskrzelową w pewnej grupie przypadków, nie ulega najmniejszej kwestji. Jaki jest tu mechanizm działania, trudno orzec odrazu. Czy mamy tu do czynienia z mechanizmem drażniącym błonę śluzową i wywoływaniem dychawicy oskrzelowej na drodze odruchowej, czy dysponują tylko do występowania napadów po innych bodźcach? Niewątpliwie i ten moment odgrywa tu pewną rolę. Ale u astmatyków spotykamy się z objawami kataralnemi wtórnemi, które trwają przewlocznie, a nasilenie ich zupełnie nie jest współmierne z dusznością i z napadami. A znowu widzimy, że specjalnie niektóre infekcje kataralne, nie zawsze te, które obfitą wywołują wydzielinę mają tu specjalną predylekcję do wywoływania napadów. Ze wszystkich takich infekcji chciałbym specjalną uwagę zwrócić na infekcję grypową, gdyż jak nasze doświadczenia pouczają, grypa zawsze w każdym przypadku, nawet bez względu na pierwotną etjologię danej dychawicy wywołuje bardzo znaczne pogorszenie. I co ciekawsze tak już odrazu w czasie gorączki, jak i na dłuższy czas po ustąpieniu objawów samej grypy, mimo starego a tak znanego lekarzom zdania: „febris tollit asthmam". Jaki jest mechanizm działania tej infekcji trudno określić. Wobec tak szybkiego pogorszenia występującego po infekcji, wobec tego, że ta infekcja działa ujemnie w każdym przypadku bez względu na pierwotną etjologję, należałoby raczej przyjąć działanie pierwotnie toksyczne, w każdym razie nie anafilaktyczne. Czy to działanie jednak jest bezpośrednie wprost na mięśnie oskrzeli, czy jad grypowy działając allergicznie na cały ustrój powoduje tylko częściowo zmiany w płucach specjalnie predysponowanych, trudno określić. Za allergicznem działaniem na cały ustrój przemawia postać schorzenia, rozlane bóle stawowe i mięśniowe. Czy więc działanie tych jadów polega tylko na sprowadzeniu ogólnej nierównowagi wegetatywnej, a płuca dopiero wtórnie reagują, trudno określić. Pomijając jednak stronę teoretyczną tej sprawy, ze strony praktycznej z całym naciskiem podnieść muszę, że infekcja grypowa jest specjalnie szkodliwa i że powinniśmy chorego zawsze przed nią jak najskrupulatniej ochraniać, gdyż może ona zepsuć nam całe długotrwałe leczenie.

Tak obserwowaliśmy chorego P. K., który cierpiał od dawna na dychawicę oskrzelową. U chorego tego badania nasze wykryły szereg momentów etjologicznych, między któremi dużą rolę odgrywało uczulenie na kurz domowy. Chory przyjęty w stanie bardzo ciężkim, przez dłuższy czas okazywał stałą duszność i silne napady. Po dłuższem leczeniu skombinowanem, farmakologicznem i swoistem udało się u chorego tego uzyskać bardzo znaczną poprawę. Chory, który przedtem prawie ani jednego dnia nie miał spokojnego, a nawet w okresie kiedy czuł się stosunkowo najlepiej miewał napady najmniej jeden na tydzień, po leczeniu przez okres 3-ch miesięcy był zupełnie bez napadu. Wrócił do domu, i nawet tam czuł się stosunkowo dobrze. Dopiero kiedy nagle zapadł na grypę wśród gorączki, bólów głowy, bólów w kończynach i mięśniach, odrazu na drugi dzień wystąpił silny napad, który przeszedł w dość długotrwały stan dychawicowy. Od tego czasu stan chorego znacznie się pogorszył, nawet mimo tego, że gorączka i objawy ustąpiły w parę dni.

Chora M. J., napady dychawicy od lat paru, występujące okresowo, naogół niezbyt często. Chora pod wpływem leczenia jodem znacznie się poprawiła, napady czas dłuższy nie występowały, a nawet pewien minimalny stopień duszności, który u chorej przedtem nieraz czas dłuższy się utrzymywał, ustąpił zupełnie. Objawy objektywne również się cofnęły z wyjątkiem nieznacznej rozedmy płuc. Okres poprawy trwał około półtora miesiąca. Dopóki chora znowu nie zapadła wśród objawów ostrej grypy i kiedy odrazu tego samego dnia wystąpił silny napad, który przeszedł w dłuższotrwałą duszność, nawet, mimo wysokiej ciepłoty. Po ustąpieniu grypy jeszcze czas dłuższy duszność się utrzymywała.

Odnośnie do chorego pierwszego muszę jeszcze podnieść fakt, że chory w czasie naszej obserwacji przebył pryszczykowe zapalenie gardła, które w myśl starożytnej zasady „febris tollit asthmam" sprowadziła polepszenie. Mimo tego infekcja grypowa stan ogromnie pogorszyła. Tak więc nie chodziło tutaj o ogólną nierównowagę wegetatywną wywołaną przez infekcję wogóle, lecz o pewne specyficzne działanie właśnie infekcji grypowej na omawiane sprawy.

Tu chciałbym jeszcze nadmienić słów parę co do owego starego zdania „febris tollit asthmam", które już sobie wyrobiło w medycynie prawo obywatelstwa. Otóż według naszych spostrzeżeń nie da się ono w całej rozciągłości utrzymać, nawet pominąwszy infekcję grypową. Coprawda cały szereg ostrych chorób gorączkowych, infekcyjnych, znosi napady dychawicy nawet na czas dłuższy, nietylko na czas gorączki. Jednak nie zawsze gorączka leczy dychawicę. W czasie rozległego stosowania bodźców obserwowaliśmy, że nieraz mimo nawet wysokiej gorączki objawy dusznicowe nie tylko nie ustępowały ale właśnie nawet pogarszały się. Ten różny rodzaj działania gorączki możemy sobie wytłumaczyć tem, że jak wiemy mechanizm gorączki nie zawsze jest ten sam, czasem bardzo różny w szczegółach. Tak np. gorączka anafilaktyczna jest pod wieloma względami odmienna od gorączki infekcyjnej. Zresztą sprawa ta zależy od całego szeregu danych wewnątrz ustroju leżących, które omawialiśmy poprzednio.

Przejdziemy teraz do grupy ostatniej, do form mieszanych. Otóż już na początku podnosiłem, że formy mieszane są najczęstsze i że skoro przyjmiemy istnienie zasadniczej dyspozycji organizmu, to nic może nas ten fakt dziwić. Skoro jeden bodziec znalazł już odpowiednie warunki do rozwinięcia swego chorobotwórczego działania, to inny bodziec takie warunki znaleźć może. Niejednokrotnie sprawa chorobowa rozwija się w ten sposób, że od początku działa wiele bodźców. Czasem jednak początkowo tylko po jednym bodźcu występuje napad, z biegiem czasu jednak nawet ten jeden swoisty rodzaj bodźców tak toruje drogę patologicznemu odruchowi napadu astmy, że i inne bodźce przychodzą do głosu, te które początkowo były za słabe aby same wywołać napad. Wreszcie może przyjść do tego, że wogóle każdy bodziec zaburzający równowagę wegetatywną w kierunku parasympatycznym, będzie wywoływał napad. Mechanizmy działania poszczególnych bodźców są w ogólnych zarysach prawie jednakie, w szczegółach jednak istnieją duże różnice, czego dowodzą te przypadki, gdzie tylko jeden bodziec specyficzny wywołuje napady. Różnice te polegają prawdopodobnie przedewszystkiem w punkcie zaczepienia danego bodźca, który to punkt w danym poszczególnym przypadku jest specjalnie nadczuły na dany bodziec.

Tutaj chciałbym specjalnie zwrócić uwagę na fakt bardzo często spostrzegany, że pewne bodźce są same przez się za słabe, aby wywoływały napady. Jednakowoż czy już w istniejącem pogorszeniu z jakiegoś innego powodu, wywołują tem gorszy stan, względnie przedłużają, a więc potęgują działanie innych silnych bodźców. I tem nieraz zaciemniają znacznie obraz kliniczny. A dalej nieraz zdarza się synergizm dwóch słabych bodźców, z których każdy pojedyńczo jest za słaby, aby wywołać napad, jednak wspólnie napad taki wywołać są zdolne. O uczuleniu względnem mówiłem już wyżej. Podobnież mogłem spostrzegać, że nie tylko poszczególne pokarmy, do których ewentualnie dany osobnik był względnie uczulony, ale nawet każdy przyjmowany pokarm dawało znaczne pogorszenie isntniejącego stanu dychawicowego. Chorzy tacy przez ten okres wogóle niczego spożywać nie mogą, gdyż każdy proces trawienia, który jak wiadomo w swej istocie jest parasimpatikotoniczny, daje odruch patologiczny w płucach, ale tylko przy już istniejącej duszności. Podobnież mogliśmy obserwować, że np. pewne bodźce działały tylko przy zmianach atmosferycznych, choć pozatem zadziałać nie były zdolne. Wszystkie te uwagi chciałbym specjalnie podkreślić, gdyż mają one doniosłą wartość, nietylko teoretyczną, ale właśnie praktyczną.

Nieuwzględnienie tych wszystkich warunków, tych nawet słabych bodźców do wyleczenia doprowadzić nie może, i wszelkie leczenie ogromnie utrudnia.

Piśmiennictwo.

Frank Coke: Asthma. London 1923. — Duke: Asthma, Hay-fever, Urticana and allieer manifestations of Allergy. 1926. Danysz: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. — Friedberger: Anaphylaxie (Kraus-Brugsch). — Morawitz Asthma

(Kraus - Brugsch). — Dresel: Erkrankungen des veget. Nervensystems. (Kraus - Brugsch). — Kämmerer: Allergische Diathese und Allergische Erkrankungen. 1926. — Storm van Leeuwen: Allergische Krankheiten 1925. — Klewitz: Das Bronchialasthma. 1928.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Aleksander KRASUCKI. Warszawa.

O stosowaniu Gardenalu w chorobach wewnętrznych.

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Ducha.
Kierownik Oddziału Dr. med. Czesław Otto.

Przed omówieniem znaczenia gardenalu f. Spiessa w leczeniu chorób wewnętrznych muszę choć w krótkich słowach omówić stanowisko, jakie zdobył on sobie w leczeniu chorób nerwowych wogóle, a w szczególności w epilepsji.

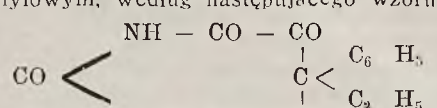
Od najdawniejszych czasów starano się wynaleźć skuteczny środek na epilepsję. Plinjusz zalecał stosowanie jałowca, a to dlatego, że mniemał, iż ta roślina nie pełzająca po ziemi, lecz pnąca się do góry powinna chronić od cierpienia, które rzuca ciało ludzkie na ziemię. Areteusz radził podawać buljon z mózgu i to szczególnie z mózgu zwierzęcia, które za życia miało drgawki. Z późniejszych autorów Sydenhaem w leczeniu padaczki zalecał opium i upusty krwi. Cheyne zaleca dietę mleczną lub mleczno - jarzynową. Od 1851 roku Laycock wprowadza leczenie padaczki bromem. Charcot, Féré i Giles de la Tourette zalecali duże dawki bromu. Pomimo, że brom podawany w postaci bromku sodu lub potasu, dawał dobre wyniki co do zmniejszenia się częstości napadów i samego natężenia napadu, to jednakże dłuższe podawanie bromu w wielkich dawkach powodowało zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wysypki skórne, a nawet czyraki. W 1916 roku Pierre Marie, Crouzon i Bouttier zaczęli stosować w epilepsji winian potasowoborowy *(tartarus borico - kalinus)* i stwierdzili, że sól ta podawana w dawce dziennej w ilości 2—3 g wywiera działanie dodatnie choć słabsze od soli bromowych. Od czasu kiedy w 1913 roku Pecheux zwrócił w swej pracy szczególną uwagę na gardenal, zaczyna się zainteresowanie tym nowym środkiem, jako lekiem przeciwpadaczkowym.

We Francji badania na szerszą skalę w tym kierunku poprowadził Raffegau, który jest pionierem leczenia epilepsji tym nowym środkiem. Dalsze prace z gardenalem, jako środkiem przeciwpadaczkowym przeprowadzili Maillard, Codet, Berger i inni. Wszyscy ci autorowie zgodnie zaznaczają, że gardenal posiada specjalne i wyłącznie silne działanie na skurcze padaczkowe.

Działanie jego staje się tem wyraźniejsze im napady są częstsze i silniej wyrażone.

Oprócz wpływu na same ataki epileptyczne gardenal wywiera wpływ na zaburzenia umysłowe epileptyków, na stany „*petit mal*", bradypsychję, amnezję, które pod wpływem leczenia tym środkiem ulegają poprawie. Przy dłuższym podawaniu nie kumuluje, nie powoduje przyzwyczajania się, dzięki czemu nie zachodzi potrzeba zwiększania dawek. Z objawów ubocznych notowano jedynie niewinne, szybko przemijające, łagodne wysypki skórne. Przy leczeniu gardenalem ogólny stan chorych szybko się poprawia, wzmaga się apetyt, a samopoczucie chorych się polepsza. Co do dawkowania, to autorowie są zgodni, że w razie dłuższego stosowania nie należy przekraczać 0,3 g dziennie.

Gardenal jest to biały krystaliczny proszek o smaku gorzkim. W wodzie rozpuszcza się on bardzo trudno w stosunku 1 : 1000. Co do istoty chemicznej to jest on pochodną kwasu dwuetyloabarbiturowego, w którym jeden z rodników etylowych zastąpiono rodnikiem fenylowym, według następującego wzoru:



Fenylo-etylo-malonyl-mocznik = gardenal.

Badania farmakologiczne wykazały, że jako środek nierozpuszczalny przechodzi on bez zmiany przez żołądek. Wchłanianie jego rozpoczyna się dopiero w jelitach w 20—30 minut po zażyciu naczczo. Wchłanianie gardenalu użytego po jedzeniu trwa dłużej. Wydzielanie ma miejsce przez nerki, skąd wydziela się on w stanie niezmienionym, nie powodując białko- ani cukromoczu. Zastrzykniety dożylnie powoduje on obniżenie się ciśnienia krwi, rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwolnienie tętna. U człowieka zmiany te występują dopiero po dawce 0,4 g jednorazowo doustnie. Po zastosowaniu dawki tej w postaci dawki dziennej zmian wyżej wspomnianych nie spostrzegano. Na system nerwowy gardenal działa w ten sposób, że poraża on pnie ruchowe rdzenia przy zachowaniu prawie zupełnem czucia. Co się tyczy ośrodków systemu nerwowego to wywiera on tu działanie dwojakie: nasenne i kojące. Większość autorów zaznacza zgodnie, że dawki 0,1—0,2 nie wywierają działania nasennego, lecz kojące. Co do działania przeciwdrgawkowego to badania farmakologiczne w całej rozciągłości potwierdziły spostrzeżenia kliniczne, że żaden inny środek nie posiada go w tym stopniu, co gardenal. Gardenal wydziela się z organizmu bardzo szybko. Nie daje on przyzwyczajenia, co wyraża się w zbędności zwiększania dawki.

W ostatnich czasach stosowanie gardenalu wykroczyło daleko poza ramy epilepsji.

Obecnie gardenal stosuje się we wszelkich stanach podniecenia, konwulsjach u dzieci, pląsawicy, tetanji, kokluszu, męczącym kaszlu u gruźlików, w dusznicy bolesnej, zawrotach i bólach głowy u hypertoników, w migrenie, dychawicy oskrzelowej, w chorobach skóry połączonych ze świądem.

A. B. Marfan zaleca stosowanie gardenalu w konwulsjach u dzieci w dawce 0,02—0,03 dziennie.

Badanie stosowania gardenalu w pląsawicy przeprowadzał Arandielowich. Pod wpływem leczenia gardenalem objawy podniecenia znikały, sen chorych stawał się spokojnym, zmiany charakteru ustępowały. Autor zaznacza, że w przypadkach pląsawicy na tle artrytycznym obok leczenia gardenalem musi być stosowane leczenie salicylem. Leczenie gardenalem musi trwać aż do zniknięcia objawów choreatycznych. Dawka dzienna tego środka powinna wynosić 0.01—0.02 na każdy rok dziecka.

Techerning jest zwolennikiem podawania mocznika fenyloetylomalonowego u dorosłych w dawce 0,015 trzy razy dziennie przed jedzeniem. Za stany wskazane do stosowania tego środka uważa on bezsenność i lęk w miażdżycy tętnic wieńcowych, zawroty głowy u ludzi ze wzmożonem ciśnieniem krwi, podniecenie psychiczne arterjosklerotyków, myśli natrętne. Gardenal znalazł szerokie zastosowanie, jako środek symptomatyczny w dusznicy bolesnej. Sezary wypowiada zdanie, że systematyczne stosowanie jego w dusznicy bolesnej jest w stanie zmniejszyć częstość i natężenie napadów, a nawet je usunąć. Autor ten zaleca w tych przypadkach stosowanie gardenalu w dawce 0,1—0,3 pro die, przeciętnie, jednakże u osób wrażliwych wystarczają dawki mniejsze, co można ustalić drogą wypróbowania w każdym poszczególnym przypadku. Podawanie gardenalu w dusznicy bolesnej jest bardzo celowe na 1—2 godziny przed napadem.

Ph. Paniez zaleca stosowanie gardenalu w dychawicy oskrzelowej w dawkach po 0,05 pro die. H. Bourgeois miał zachęcające wyniki po stosowaniu w *coryza spasmotica*. Autor stosował dawki 0,1 dwa razy dziennie rano i wieczorem, a następnie 0,1 tylko wieczorem.

L. Lortat Jacob uważa gardenal za lek wyborny w świądach autotoksycznych lub toksycznych u nefrytyków, starców i t. d. Zaleca on podawanie środka w dawce 0,1 przez pierwsze 3 dni rano i wieczorem, a przez następne 3 dni tylko jedną pastylkę wieczorem, co daje już doskonałe wyniki po 6-dniowym okresie leczenia nawet tam, gdzie nie stosowano diety ani żadnych innych zabiegów.

Obserwacje osobiste nad działaniem gardenalu przeprowadzałem na oddziale w szpitalu ś-go Ducha oraz na materjale Kasy Chorych. W praktyce pozaszpitalnej miałem możność obserwowania 5 przypadków epilepsji u chorych, którzy miewali częste napady epileptyczne. Podawanie gardenalu w dawce 0,3 pro die znosiło u tych chorych napady na cały czas trwania leczenia. Po zaprzestaniu leczenia, jak to miało miejsce w 2 przypadkach ataki zjawiły się ponownie i po powtórnem zastosowaniu znów ustały. Z tych pięciu pacjentów jednemu podawałem gardenal w ciągu 1½ roku, przyczem nie zachodziła potrzeba zwiększania dawki. Objawów ubocznych u tych pacjentów nie obserwowałem żadnych. Wysypek skórnych nie spostrzegałem również. Niekiedy pacjenci skarżyli się na senność. W tych razach wystarczało zmniejszenie dawki, co nie odbijało się zupełnie na przebiegu leczenia.

Nie mniej zachęcające wyniki miałem od stosowania gardenalu w uporczywych przypadkach dusznicy oskrzelowej. Leczenie wprowadzałem tu, rozpoczynając od małych dawek 3 razy dziennie po 0.01 i wten sposób wyszukiwałem dawkę, wywierającą wpływ na zmniejszenie się częstości i natężenia napadów.

U gruźlików z uporczywym kaszlem, ze sprawami daleko posuniętemi i to szczególnie u tych, którzy źle znosili pochodne morfinowe, po zastosowaniu gardenalu otrzymywałem uspokojenie

kaszlu, oraz doskonały wpływ na ogólny stan nerwowy pacjentów. Po większej części nie przekraczałem tu 0,2 pro die.

Gardenal okazał się doskonałym środkiem u pacjentów z zespołami neurastenicznemi; podawałem tu 0,05 pro dosi 2 razy dziennie. I w tej grupie pacjentów muszę zaznaczyć bardzo dobre wyniki. Dzięki temu środkowi mogłem obchodzić się bez bromu, tak znanego pacjentom i wywołującego u nich brak zaufania do tego leku. Co się tyczy hypertoników i kardio-sklerotyków, to gardenal w mojem doświadczeniu okazał się środkiem wprost doskonałym. Uporczywe bóle głowy u tych chorych zwalczałem przez stosowanie go w dawce 0,01—0,015 trzy razy dziennie.

Na zasadzie osobistych spostrzeżeń muszę zaznaczyć, że gardenal jest bardzo cennym nabytkiem w walce z licznemi przejawami chorobowemi i że podawanie go w ilości 0,3 g dziennie nawet przez czas dłuższy nie sprowadza żadnych objawów ubocznych.

Dr. M. JURIM. Lwów.

O dogodności stosowania Pantoponu „Roche" w postaci pastylek a 0,01.

Nie mam zamiaru mówić o skutecznem działaniu Pantoponu, który jest środkiem dawno znanym i stosowanym. Chodzi mi tylko o podanie do wiadomości lekarzy wyników, jakie otrzymałem, stosując Pantopon „Roche" w pastylkach.

Podaję go chorym przy atakach kamicy żółciowej, dusznicy bolesnej, polecam dentystom stosować go u pacjentów przed zabiegami w jamie ustnej. Ze wszystkich stron spotykam się z zadowoleniem ze skutku, jakie wywołuje użycie już jednej pastylki tegoż Pantoponu. Zwracam uwagę na stosowanie małych dawek, przy których brak jest specyficznej euforji, jaką dają preparaty morfinowe, tak często kuszącej dla szkodliwych nadużyć.

Ciekawe wyniki mam u chorych na kamicę żółciową i dusznicę bolesną. Dwa przypadki obserwuję od 2 lat.

Chora N. N. lat 24, cierpi od 2 lat na ataki kamicy żółciowej. Zdjęcie R. wykazało u niej obecność kilku kamyczków wielkości ziarna grochu, które dawały typowe ataki kamicy. Ze względu na wiek chorej i neuropatyczny ustrój nie chciałem podawać morfiny i w razie ataku kazałem zażyć 1 pastylkę Pantoponu „Roche" w razie bardzo nasilonego bólu 2 pastylki.

Ponieważ pacjentka ta zajęta pracą zawodową nie mogła przebyć dłuższej kuracji, a wskazania do operacji powyższe objawy nie dawały, poleciłem jej stale mieć przy sobie pastylki Pantoponu i w razie potrzeby zażyć. Pomijam wpływ psychiczny jaki wywierała pewność natychmiastowej ulgi w razie ataku, przez posiadanie środka, gotowego każdej chwili do zażycia, ale skuteczność jego już w chwili pojawienia się bólów, zwiastujących atak zjednała mi z jej strony wdzięczność.

Drugi przypadek 65 lat liczącego chorego X. L. Chory ten dotknięty dusznicą bolesną miewa uporczywe napady bólów, cechujące tą chorobę. W czasie takiego napadu zażycie 1 pastylki Pantoponu, który stale ma przy sobie przynosi mu natychmiast znaczną ulgę. Oczywiście stosuje przy tem środki przeciwmiażdżycowe, a w razie zaburzeń sercowych cardiaca.

Reasumując co powiedziałem podniosę jedynie zalety stosowania Pantoponu „Roche" w pastylkach.

1) Skuteczność już w małych dawkach (0,01 per os).

2) Zażycie doustne, każdemu dostępne.

3) Chętne stosowanie przez chorych, dzięki wygodnej i estetycznej postaci.

4) Brak wszelkich objawów ubocznych znamionujących działanie preparatów morfinowych.

Te wszystkie zalety umożliwiają stosowanie preparatu na szerszą skalę zwłaszcza w tych wypadkach, gdzie musimy się uciec do użycia narkotyków, szczególnie w chronicznych bólach napadowych.

OCENY.

Dr. Henryk Higier: *Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa* (wykłady lekarskie. Wyd. Książnica Atlas, Warszawa-Lwów, 1928).

Słuszność ma autor twierdząc, że w tych chorobach obok czynników anatomicznych i fizjologicznych odgrywają rolę ważną momenty nerwowe i psychologiczne, że więc „głos w tej sprawie może i powinien mieć neurolog pur sang".

Przypomniawszy, że na fakt trawienia wpływa nietylko chemiczny skład pokarmów, że na wydzielanie kw. solnego, trypsyny, żółci, podpuszczki i t. d. wpływa nietylko „brutalny rozkaz chemji", ale i psychorefleks ruchowo-wydzielniczy ślinianek, żołądka i t. d. (zespół odruchów przyrodzonych i skojarzonych), zestawia następnie autor instynkt głodowy pod tym względem z popędem płciowym względnie z „instynktem miłości" — gdzie również wszystko odbywa się identycznie odruchowo.

Omówiwszy „gotowość psycho-erotyczną" a stan przeciwny (reakcję obronną ze strony kobiety), rolę układu autonomicznego, parasympatycznego i sympatycznego i poszczególnych splotów, przechodzi autor do przedstawienia dyspareunji i „frigiditas sensitiva", waginizmu, podkreślając psychiczne podłoże, wskutek czego leczenie ginekologiczne i farmakologiczne przeważnie pozostaje bez wpływu a istniejąca u obu partnerów „dyspareunia" — w różnej postaci — utrudnia w znacznym stopniu stosunek płciowy a często zapłodnienie, czyli zajście w ciążę. Ciekawe zestawienie mniej znanych a ważnych przyczyn wywołujących zahamowanie psychorefleksu wazodylatacyjnego, daje autor z bogatego własnego doświadczenia.

Wspomniawszy o przypadkach względnej bezpłodoności znanych z historji a w praktyce nieraz napotykanych, uważa je jako następstwa dyspareunji. Autor przechodzi następnie do omówienia zagadkowej bezpłodności w związku z zwyrodnieniem wczesnem gruczołów rodnych (climax praecox) lub z otłuszczeniem patologicznem hormonowem.

W dalszym ciągu mamy krytyczny rozbiór odpowiedzi na pytania:

Czy istnieją okresy, które sprzyjają lub utrudniają zapłodnienie?

Czy sperma dostawszy się do pochwy mniej lub więcej błyskawicznie ma szanse nie przedostawania się do macicy w razie zwężenia szyjki? Czy częstość stosunku odgrywa jakąś rolę w bezpłodności?

Krótko wspomina hipotezę dotyczącą bezpłodności prostytutek, zaburzenia w samych ośrodkach płciowych mózgowia w gyrus postcruciatus, w corpus striatum ptaków, w płaszczu przedmóżdża u niektórych ssaków z następowem zniesieniem spermogenezy u samców a mieszków Graafa u samic, wpływ psychiki na tworzenie się i zdolność rozrodczą komórek płciowych a wreszcie treściwy obraz daje autor na sprawę impotentiae coёnadi i impotentiae generandi oraz trzecią postać przez siebie już dawniej opisaną (w roku 1924 w Polsk. Gaz. lek.), którą nazwał impotentia dissociata ejaculatoria generandi lub. imp. deficiens ejaculandi — prowadzącą również do bezpłodności — wskutek rozszczepienia mechanizmu wytryskowego od orgazmu. Wyliczywszy krótko odmiany impotentiae generandi u kobiet, natury organicznej, zastanawia się autor nad kwestją: Jak leczyć bezpłodność? W przeważnej części uważa operacje u kobiet bezpłodnych za zbyteczne, nieraz bezcelowe — zaś wskazania do zabiegów chirurgicznych muszą być jasne, celowe, tak u mężczyzn jak i u kobiet, a wskazania takie choć nie częste, ale zdarzają się, jakkolwiek nieraz terapja somatyczna działa jako terapja psychiczna. Krótki przegląd proteinoterapji, wzmianki o operacji Steinacha i Woronowa i t. d. kończy autor zdaniem, że ogromna część środków aptecznych, zabiegów technicznych, operacyj i operacyjek ginekologicznych działa przeważnie na drodze psychicznej. „Czynnościowo tych zaburzeń nie można leczyć jako lokalne zaburzenia narządów, lecz jako nerwicę ściśle związaną z całością psychiki i osobowości pacjenta.... z rozszczepieniem pierwiastka czułości i zmysłowości". Krótko rozprawia się autor z psychoanalizą i kończy uwagą, że tam gdzie bezsilny jest ginekolog i urolog, neurolog i psychoanalityk — pomaga czasem obu stronom rozwód, zadecydowany ex consilio. Możliwy jednak jest jeszcze inny rodzaj bezpłodności „przez niewspółmierność serologiczną" (Hirschfelda serologja konstytucyjna i grupy krwi).

Uwagę smutną kończy autor swoją pracę: Bezpłodność wzrasta z postępem kultury i cywilizacji.

Całość napisana zajmująco, miejscami świetnie, poruszająca „intymne" sprawy, znamionuje doświadczonego lekarza, przenikliwego psychologa, któremu nihil humani alienum.

Pisek (Lwów).

Thomas Lewis: *Naczynia krwionośne skóry ludzkiej i działanie bodźców na nie.* Tłumaczone z angielskiego przez prof. E. Schilfa. Wyd. S. Kargera. Berlin, XII, str. 297, rys. 76, 1928.

Sir T. Lewis, fizjolog londyński, znany z odnośnych prac, zainaugurowanych wspólnie z Rappaportem i Cottonem jeszcze w r. 1916 wydał owoc swoich prac 10-letnich w Anglji jeszcze w r. 1918—1926, a znalazła monografja ta tłumacza na nie-

niecki język w fizjologu berlińskim Schilfie, który, asystując w pracowni przy doświadczeniach podziwiał niezwykłą prostotę obok ścisłości metodyki.

W monografji Lewisa, na wielką skalę zakrojonej, znajdują bliższe omówienie: 1) budowa i topografja tętniczek i naczyń włoskowatych skóry, oraz fizjologja i metodyka badań ich, 2) odczyn biały, czerwony i obrzękowy oraz mechanizm ich powstawania, 3) wpływ na genezę odczynu pochodnej histaminy, z komórek wydzielanej, czyli wewnątrzsekrecyjnej, 4) wpływ urazu, przerwy w krążeniu i temperatury, 5) istota samoobrony skóry i stosunek jej do wstrząsu anafilaktycznego, 6) powolne odczyny skóry na promienie pozafjołkowe i inne bodźce, 7) przekrwienie reakcyjne i mechanizm tegoż, 8) regulacja lokalna krążenia przez miejscowo powstałe produkty przemiany materji, 9) regulacja szybkości prądu krwi na drodze innerwacji ośrodkowej i obwodowej, tętniczej i włoskowatej, 10) znaczenie jodu, kwasów, histaminy i działanie histaminopochodnych substancyj przy powstawaniu odczynów, 11) stan niepobudliwości tętniczek (faza refrakcyjna), 12) tętno włoskowate, 13) białe i czerwone plamy Biera, 14) patologiczne zabarwienia i wykwity barwne skóry (pokrzywka, plamica, pęcherzyca, wylewy, płonica i t. d.), 15) wpływ urazu, temperatury i prądów elektrycznych. Nie pominął autor też sposobności omawiania spraw innerwacji naczyń włoskowatych, odruchów osiowych (Axonreflexe) i pobudzenia przeciwbieżnego (antidrome Erregung).

Monografję Lewisa należy uważać za najbardziej obecnie wyczerpującą w piśmiennictwie wszechświatowem i nie pominie jej też żaden pracownik w tej dziedzinie doświadczalno-klinicznej. Przejrzysty spis autorów i rejestr rzeczowy stanowią bardzo pożądane zakończenie poważnej pracy.

H. Higier (Warszawa).

Chirurgja narządów ruchu i Ortopedja Polska. Warszawa, 1928. Wydawn. Polonji.

Powstałe niedawno Tow. Ortopedyczne wykazuje niemało żywotności, urządzając w listopadzie I Zjazd Ortopedyczny i wypuszczając w tymże czasie IV zeszyt swego wydawnictwa, na świetnym papierze, w pięknej szacie, z wzorowemi tablicami i rysunkami.

Pismo pod reakcją prof. Wierzejewskiego (Poznań) i Wojciechowskiego (Warszawa) poświęca właśnie swoje pierwociny Zjazdowi Poznańskiemu. Reprezentowane są prace z różnych klinik i szpitali (Warszawa, Lwów, Poznań), omawiając liczne i aktualne sprawy ortopedyczne z pogranicza chirurgji operacyjnej i rentgenologji, pedjatrji i neuropatologji (wysięki zapalne wielostawowe, zastarzałe zwichnięcia, świeże zwichnięcia stawu biodrowego, kości skokowej, skoliozy nawykowe, amputacja przedramienia, *ostitis fibrosa circumscripta* i t. d.). Ostatnie 20 stronic zajmują streszczenia odnośnych prac zagranicznych.

Na dwie, godne naśladowania innowacje wypada zwrócić uwagę. Pismo, wychodzące narazie jako kwartalnik, korzysta z zasiłku Poznańskiej ubezpieczalni krajowej, a prace jego są zreferowane obszernie w 4 głównych językach europejskich w załączniku oddzielnym, łatwo rozsyłalnym, pod tytułem łacińskim, międzynarodowym, łatwo zrozumiałym (Chirurgia organorum motus et orthopaedia polonica).

H. Higier (Warszawa).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom IX, zeszyt 3—4, z r. 1928: M. Skarzyńska-Gutowska: Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy P. Część II. — St. Kon i Elsie Walchorn: Zależność między rodzajem węglowodanu w pożywieniu, a zewnętrznem zapotrzebowaniem witaminy B. u szczura. — J. Frendzlowa i Z. Szymanowski: W sprawie paraglutynacji doświadczalnej. — M. Franke: O „retencji“ azotu niebiałkowego i ciał aromatycznych we krwi i o umiejscowieniu jej anatomicznem w doświadczalnej niedomodze nerkowej. — J. Celarek i W. Porębski: W sprawie wrażliwości koni na toksyny paciorkowca i miareczkowania surowicy szkarlatynowej. — E. J. Werber: Zwalczanie widliszków w okolicach Warszawy oraz spostrzeżenia biologiczne nad anofelizmem. — J. Meissner: Opadanie czerwonych ciałek krwi (objaw Biernackiego) u schizofreników.

Przegląd dermatologiczny, rok XXIII, nr. 4, z r. 1928: J. Lenartowicz: Czy leczenie zimnicą jest istotnym postępem w lecznictwie kiły? — A. Nadel: Badania nad istotą śródskórnego bąbla z soli fizjologicznej. — T. Pawlas: Leczenie rzeżączki żółtym barwikiem akrydynowym. — K. Buczyński: Miejscowe stosowanie gonakryny w leczeniu rzeżączki. — Z. Wepper: Leczenie nadmiernego owłosienia.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 51, z 16 grudnia 1928: B. Hepner: Przyczynek do badań nad obrotem t. zw. szmalcem holenderskim. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 9, za listopad 1928: James Cook: Gorączka sienna. — W. Podlacha: O fotografji balistycznej. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 10, za grudzień 1928: Ignacy Łukasiewicz. — Général R. Bourgeois: Oznaczanie długości geograficznej przy pomocy telegrafu bez drutu. — A. Kamkin: Azbest. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Chirurgja narządów ruchu i Ortopedja Polska, rok I, zeszyt 1, z listopada 1928: Od redakcji. — Fr. Raszeja: Przewlekłe wysiękowe zapalenie wielostawowe. — A. Gruca: W sprawie leczenia zastarzałych zwichnięć centralnych biodra. — J. Wierzejewski: Czy istnieje nawykowe boczne skrzywienie kręgosłupa? — W. Łapiński: Przypadek włóknistego schorzenia krętarza małego (ostitis fibrosa trochant. minor.) — J. Wierzejewski: Zastarzałe zwichnięcia urazowe. — M. Latkowski: Operacja wytwórcza po odjęciu przedramienia. — W. Grobelski: Zwichnięcie kości skokowej.

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 12, z grudnia 1928: A. Szayna: Działanie chlorku glinu na węglowodory szeregu olefinowego. — M. Bornsztejn: Wykresy Gantt'a w przemyśle chemicznym. — J. Cyrus-Sobolewski: Elektryczne piece łukowo-oporowe o mocy ponad 10.000 K. W.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 9, z grudnia 1928: L. Füllenbaum: O rozpoznawaniu i leczeniu najczęstszych objawów gruźlicy skóry. — St. Bühn: Reumatyzm a młodzież w wieku szkolnym. — R. Goldmann-Schieberowa: Głos lekarza kasowego w dniach walki z gruźlicą w Polsce. — Z. Danielski: VI Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy w Rzymie (dok.).

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 11, z listopada 1928: R. Sobieszczański: Badania nad guzkiem Carabelli'ego. — J. Modrakowski: Wpływ diety na rozwój zębów.

Lekarz wojskowy, rok 9, tom 12, nr. 2—3, za sierpień i wrzesień 1928: B. Szarecki: Zakrzep tętnicy krezkowej górnej. — S. Sterling-Okuniewski: Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla fizjologji. — T. Kucharski: Wczesne formy gruźlicy płuc u dorosłych ze szczególnem uwzględnieniem stosunków wojskowych. — W. Ostaszewski: Stomatologja, chirurgja stomatologiczna a wojsko. — J. Świechowski: Służba lekarska w dywizji kawalerji podczas obozu letniego. — J. Franiek: Rewizja konwencji Genewskiej.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 44, z 20 grudnia 1928: E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i o stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica) do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego (c. d.). — G. Bychowski: O postaciach monosymptomatycznych stwardnienia rozsianego w początkowych okresach cierpienia. — M. Prokopowicz-Wierzbowska: Poglądy na sprawę szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a (Streszcz. zbior.). — Z. Bychowski: Pani ma mały szmerek. — P. Schönborn: Rozwój rzeźni i targowisk zwierzęcych m. stoł. Warszawy w okresie lat ostatnich, ich stan obecny i zamierzenia na przyszłość. — M. Kacprzak: W sprawie duru plamistego wśród lekarzy.

Lekarz Kasy chorych, rok IV, nr. 38, z grudnia 1928: Dobrodziejstwo, które staje się plagą. — Dane statystyczne ogólne Kas chorych w Niemczech. — Z Kasy chorych m. Warszawy.

Trzeźwość, r. 1928, nr. 11: Wielka rocznica. — Triumf idei trzeźwości. — A. Kuropatwiński: W pętach alkoholizmu. — T. Ołpiński: Walka z alkoholizmem w Szwajcarji. — M. Skiba: Zgrzyt. — Wł. Chodecki: Alkohol jako najczęstsza przyczyna nagłej śmierci. — M. Skiba: Z wystawy przeciwalkoholowej Twa „Trzeźwość“. — Lew Tołstoj: Przeciw alkoholowi. K. Rosołowski: Koło Trzeźwości na Polesiu. — Letniow-

ski: Koło Trzeźwości w Jarosławiu. — E. Wyrobek: Jak to króla Popiela zjadły myszy?

Polski Czerwony Krzyż, rok VIII, nr. 12, z r. 1928: J. Babecki: Zadania i cele ośrodków zdrowia. — B. Zakliński: I Międzynarodowy Kongres lotnictwa sanitarnego w Paryżu w dniach 15—20 maja 1929 r. — Z. Wołłowiczowa: Geneza wielkiej myśli humanitarnej. Projekt Ciralo. — M. Żmudzka: VI Międzynarod. Zjazd pielęgniarek w Rzymie. — Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża. — Czerwony Krzyż za granicą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lékarzu českych.

Nr. 47. 1928.

Dr. J. Caesar: *Próby lecznicze „luetyną" Bussona.* Ciała używane do wywoływania skórnych odczynów przy kile, przygotowuje się bądź z czystych hodowli krętka albo jako wyciągi narządów kiłowych. Wyciągów organów używano z dobrym wynikiem nietylko w celach rozpoznawczych ale także i leczniczych. „Luetyna" Bussona, przetwór otrzymany przez stężenie wyciągu, suszenie i świeże rozpuszczenie, daje się świetnie dawkować. O leczniczej wartości L. B. niema w literaturze wzmianki. „Luetyna" daje reakcję dodatnią w stosowaniu śródżylnem przy trzeciorzędnej kile z kilakami, przy kile wrodzonej i przy miąższowem zapaleniu rogówki. Odczyn objawia się w postaci rumienia (3 X 5, 5 X 10 cm) ostro ograniczonego. Autor widział wpływ leczniczy L. B. w 4 przypadkach miąższowego zapalenia rogówki. W przypadkach tych RBW była silnie dodatnia. Rozpoczyna autor od dawki 0,1 ccm — całkowita ilość leku nie przekracza 9 ccm. Korzystny wynik tego leczenia zależy zdaniem Müllera i Planera od następujących warunków: reakcja musi być dodatnią, zastrzyki powinne następować po sobie bez przerwy, nie wstrzykiwać podskórnie, dawki stosować większe. Przebieg choroby i wynik ostateczny był analogiczny do przypadków leczonych innymi przetworami.

Nr. 46. 1928

Dr. F. V. Nowak: *Dawkowanie radu w leczeniu złośliwych nowotworów w chorobach kobiecych.* Przy stosowaniu radu ważne jest zaznajomienie się z zasięgiem działania wprowadzonego radu. Przy braku dobrych aparatów mierniczych, pouczających nas o tem, trudno było podać dawkę wystarczającą. Mikrojontokwandimetr Malleta pozwala nam poznać przynajmniej przybliżająco działanie radu. Różne ustawienie radu wpływa na zmianę dawki w najbliższem otoczeniu. Najbliższe sąsiedztwo radjoferu, szczególnie błona śluzowa, dostaje prawie pełnych 100% emanacji, podczas gdy części dalej położone otrzymują stsunkowo nieznaczną odsetkę. Nie należy się zatem spodziewać pomyślnych wyników z naświetlania przymacicza. Pewnem jest tylko zniszczenie nowotworu w najbliższem sąsiedztwie radu.

Nr. 42. 1928.

Dr. F. Kohout: *Wyniki zabiegów operacyjnych przy wyłuszczeniu sterczu metodą kroczową pozamięśniową Haina.* Metodą ta wykazuje mniejszą śmiertelność, aniżeli częściej używana metoda nadłonowa. Wyższość metody kroczowej polega na mniejszych trudnościach technicznych, bardzo nieznacznym wstrząsie po zabiegu w zmniejszonym odsetku występującym. Stała kontrola wzrokowa chroni przed uszkodzeniem narządów sąsiednich np. moczowodu, mięśni otoczenia. Mejscowe znieczulenie i krótki czas trwania zabiegu nie nadweręża mięśnia sercowego. Gojenie rany postępuje gładko, bez przetoki. W kilku przypadkach wystąpiło, krótki czas trwające, nieznaczne, mimowolne moczenie.

Nr. 48. 1928.

Dr. J. Kurz: *Chirurgiczne leczene powikłań jaglicy.* Przy powikłaniach jaglicy na klinice okulistycznej prof. Lešera używa się następujących zabiegów chirurgicznych:

1) *Powikłania powieki górnej:*

a) w przypadkach podwinięcia rzęs (Trichiasis) używa się bądź marginoplastyki Vossiusa albo metodę Burchardta,

b) w przypadkach podwinięcia rzęs, powikłanych bliznowatem podwinięciem powieki (entropium), budzącem podejrzenie, że entropium się nie zwiększy, najlepsze usługi oddała metoda Snellena (z marginoplastyką),

c) w innych przypadkach — tych było najwięcej — powikłanych z postępującem podwinięcem powieki, zadawalające wyniki dała metoda Blascovicsa.

2) *Powikłania powieki dolnej:* Entropium bliznowate z podwinięciem rzęs lekkiego stopnia usuwa się najpewniej metodą Chronisa. Przypadki cięższe metodą Jasserona albo Milleta.

3) *Powikłania rogówki* (pannus, infiltratio corneae trachom, ulcus corneae trachomatosum) znikają zwykle lub zmniejszają się pod wpływem mechanicznego leczenia. Jeżeli zachodzą powikłania powiek, należy je w każdym przypadku jak najrychlej usunąć. Oporne powikłania rogówki (zwłaszcza pannus trachom.) wymagają podspojówkowych wstrzykiwań sinku rtęciowego. Ponieważ ten sposób leczenia przyśpiesza proces gojenia, stosowano go w przypadkach powikłanych łuszczkiem od początku. W podobnych przypadkach używa się na klinice czeskiej również metody Deniga, przeszczepiającej pasek błony śluzowej ust na gałkę oczną.

Nr. 40. 1928.

Dr. Nug Etndres: *O rozpoznawczej wartości komórek Stadelmanna przy raku.* Autor na podstawie własnych badań klinicznych udowadnia, że komórki „pierścieniowate", opisane przez Stadelmanna, nie są charakterystyczne do rozpoznania raka błon surowiczych. Znalazł je bowiem również przy wysiękowem zapaleniu opłucnej i puchlinie brzusznej na tle nienowotworowem.

Nr. 48. 1928.

Dr. Konst. Čarsky: *Antivrus Besredki.* Antivirus Besredki, przesącz starych hodowli bulionowych łańcuszkowców i paciorkowców, wzmaga siłę obronną komórki w walce z zarazkiem, przeto najodpowiedniejszem jest stosowanie jego tam, gdzie styka się bezpośrednio z komórką żywą, nie działa natomiast przy martwicy i zgorzeli. Najlepsze wyniki osiągnął autor przy ropnych procesach skóry (folliculitis, paronychia, pyodermia, hydroadenitis axil.), przy ranach zanieczyszczonych i przy chirurgicznym zabiegu na terenie zakażonym. Autor skłania się do poglądu o swoistem uodporniającem działaniu antiviru.

Dr. K. Klaus: *Dodatek do biologicznego działana zasad amonowych na krzepnienie osocza krwi.* Pod wpływem małych dawek trójmetylaminu, dwójmetylaminu, monometylaminu, chlorku cholinu i amenu rychlej przebiega proces krzepnienia osocza krwi, pod wpływem większych dawek w obecności wapnia, krzepnienie przebiega powolniej. Najsilniej działa trójmetylamin, najsłabiej chlorek cholinu i amenu. Działanie tych ciał jest podobne, jaki przy lecytynie i kefalynie znaleźli Edgar Zunz i Jean La Barre.

Nr. 28. 1928.

Dr. J. Kral: *Próby wśródżylnego podawania salicylu przy ostrym gośccu stawowym.* U pacjentów, nie znoszących salicyl doustnie, można śmiało podawać go wśródżylnie. Efekt leczniczy jest analogiczny do wyników stosowania doustnego. Lutembacher miesza salicyl z 10 ccm fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Ponieważ zdarzały się przypadki zarastania żył, przeto Bernard radzi podawać salicyl z równą ilością cukru gronowego i zwolna wstrzykiwać. Dzienna dawka wstrzykiwanego salicylu waha się między 0,2 g (Marion, Mendel) a 6 g (Lutembacher w przypadkach opornych). U pacjentów, których żołądek znosi salicyl stosunkowo dobrze, podaje Lutembacher mieszane leczenie (1—3 g salicylu wśródżylnie i 3—5 g drogą doustną dziennie przez przeciąg 15 do 25 dni). Na klinice prof. Syllaby używa się metody Bernarda. Natrii salicylli Glycosae aa *10,0* Aquae destill. *100,0.* Wstrząsu nie zauważono. Radzi wstrzykiwać bardzo powoli.

Dr. Ungar (Lwów).

Prakticky lekar.

Nr. 13. 1928.

Dr. Vladimir Musil: *Przetaczanie krwi w praktyce.* W szpitalu Kolińskim od r. 1926 wykonano 26 przetaczań krwi bądź metodą Percy'ego, bądź metodą cytrynianową. Na podstawie wyników osiągniętych w przypadkach, w których użyto metody cytrynianowej, uważa autor metodę tę za najbardziej odpowiednią zarówno w praktyce szpitalnej, jak i prywatnej. Również próby Wildegansa teoretycznie udowodniły dobre tamujące działanie powyższej metody. Technika przetaczania krwi metodą cytrynianową nie jest trudniejszą od zwykłego dożylnego wlewania fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Metoda ta wartością i wynikami leczniczemi nie ustępuje innym powikłanym a w praktyce codziennej niemożliwym do przeprowadzenia, metodom.

Nr. 16. 1928.

As. Dr. Vaclav Antonin: *O leczenu żylaków wstrzykiwaniami.* Przy żylakach wielkich, grubszych od palca małego, doradza autor bezwzględnie zabieg chirurgiczny a to metodą Madelunga, z równoczesnem podwiązaniem podskórnej żyły odpiszczelowej (vena saphena) w okolicy dołu owalnego. Przy mniejszych osiągnął wyniki dobre wstrzykiwaniem roztworów: cukru gronowego, salicylanu sodnego, głównie zaś chininowych.

As. Dr. Emerich Polak: *Nasze stanowisko wobec drenowania w chirurgji brzusznej.* Przyczyna rozbieżności chirurgów w sprawie drenowania jamy brzusznej tkwi w specjalnych stosunkach fizjologicznych jamy brzusznej. Zdolność tworzenia wysięku, wchłaniania a głównie wytwarzania zrostów jest obronną właściwością ustroju, a obowiązkiem operatora jest rozstrzygnąć kiedy i jak założyć należy dren. Stanowisko II Kliniki czeskiej prof Jedlički tyczące się materjału, nadającego się do sączkowania jest następujące:

1) Do drenowania używa się prawie wyłącznie drenów kauczukowych. 2) Muślinowych przykładek (Conquette), używanych na klinikach innych jako dreny włosowate, na klinice czeskiej nie używa się jako drenów, tylko jako środka, służącego do przyśpieszania zrostów około ogniska zapalnego. 3) Sączek włosowy używany jest wyjątkowo jako tampon Mikulicza a to tam, gdzie idzie o większą przestrzeń, wyścieloną twardemi ścianami, zakażoną (np. przy odjęciu kiszki stolcowej, jeżeli się przy operacji przedziurawi nowotwór). *Potrzeba drenu zachodzi przy zakażeniach i krwawieniach:* 1) Przy zabiegach tyczących się żołądka, dwunastnicy i jelita cienkiego jest drenowanie zbyteczne. Jedynie w przypadkach przedziurawienia, powikłanego ropnem zapaleniem otrzewnej jest koniecznem drenowanie bądź przestrzeni podprzeponowej albo jamy Douglasa. 2) Przy operacjach jelita grubego kładzie się nacisk na pozaotrzewnowe szwy jelitowe. Niektóre zabiegi na zgięciu i kiszce stolcowej wymagają tamponu Mikulicza. 3) Przy zapaleniach woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego nie powikłanych przedziurawieniem, wymagany jest sączek w przypadkach ropnego wysięku. Operacja dróg żółciowych, zrobiona ściśle aseptycznie, nie wymaga drenu. 4) Ostre krwotoczne zapalenie trzustki wymaga bezwzględnie sączka.

Piśmiennictwo angielskie.

Journ. of Laboratory and Clinical Medecine.

Nr. 7. 1928.

J. A. Curran i C. H. Mills: *Przypadek cukromoczu nerkowego powikłanego cukrzycą.* U cukrzycowego lat 56 cukromocz wynosił około 80 g na dobę, cukier zaś we krwi 200 mg %. Pod wpływem leczenia djetetycznego cukier we krwi opadł do poziomu prawidłowego 71 mg %, mimo to cukromocz utrzymywał się nadal, jakkolwiek w bardzo nieznacznych ilościach (6—7 g na dobę). Krzywa tolerancji na cukier gronowy, badana w tym okresie wykazała charakter krzywej cukrzycowej zarówno w moczu jak i we krwi. Leczenie insuliną nie usunęło cukromoczu.

Nr. 12. 1928.

S. Soskin: *O fizjologicznem działaniu „Presser X" Collipa.* Autor przeprowadzał badania porównawcze nad zachowaniem się fizjologicznem ciśnienia krwi, czynności jelit i macicy oraz cukru we krwi pod wpływem adrenaliny i wyciągów z różnych narządów (szczególnie jelit i śledziony), niedawno uzyskanych przez Collipa i nazwanych przez niego „Pressor X". Wyciągi te, stosowane dożylnie lub podskórnie wywołują podobnie jak adrenalina natychmiastowe podniesienie się parcia krwi, któremu towarzyszy przyspieszona czynność serca i zmniejszenie się objętości nerek. Wpływ zaś na inne narządy jest słabszy i przejściowy. Działanie tych wyciągów na parcie krwi jest wybitniejsze, niźli po adrenalinie, natomiast znacznie słabsze na poziom cukru we krwi.

Nr. 8. 1928.

J. H. Roe i B. S. Kahn: *O prawidłowej zawartości wapnia w surowicy krwi ludzkiej.* Autorowie zbadali 25 zdrowych osobników przy pomocy swojej metody kolorymetrycznej i otrzymali oni zgodnie z wynikami, uzyskanemi metodą miareczkową Kramer-Tisdalla, wartości od 9—11,6 mg %, a w przeciwieństwie do wyników Rosena i Krasnowa, wedle których poziom prawidłowy wapnia waha się między 10,7—13,2 mg %.

Wł. E.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 29. 1928.

K. Gutzeit: *Zaburzenia żołądkowe w ołowicy.* Autor potwierdza spostrzeżenia Chojesa i Lewina, że w ołowicy przewlekłej zaburzenia przewodu pokarmowego należą do stałego obrazu tej choroby. Błona śluzowa żołądka wykazuje wybitne zmiany, dające się stwierdzić w drodze gastroskopji.

Rodecurt: *Wpływ stosowania Calcium „Sandoz" na poziom wapnia w ciąży.* Po zastosowaniu domięśniowem, dożylnem lub też dustnem calcium Sandoz poziom wapnia we krwi zrazu się podnosi, potem opada w związku z łatwiejszem wessaniem się wapnia przez soki tkanek, w których poziom wapnia narasta. Autor poleca preparat przy wymiotach ciężarnych, dermatozach ciężarnych, eklampsji i eklampsismus.

Nr. 31. 1928.

K. Kötter i W. Unverzagt: *W sprawie krytyki odczynu opadania krwinek w gruźlicy.* Serjowe badania odczynu opadania krwinek wykazują tylko w bardzo ciężkich przypadkach współmierne zachowanie się z objawami klinicznymi. W lżejszych zaś przypadkach można zauważyć, że niewątpliwej bardzo wybitnej poprawy gruźlicy, odczyn opadania krwinek nie wykazuje jeszcze tendencji do poprawy. Np. w wielu przypadkach odczyn opadania krwinek utrzymuje się w niezmienionej postaci pomimo wzrostu wagi ciała, obniżenia się ciepłoty, zniknięcia diazo-reakcji czy też reakcji urochromowej. Z tego powodu autorowie uważają, że w ocenie gruźlicy nie można się opierać wyłącznie na odczynie opadania krwinek.

G. Barak i T. Rednik: *Krzywa cukru we krwi po adrenalinie jako czynnościowa próba wątroby.* Autorowie wykonują przez nich polecaną próbę w ten sposób, że po oznaczeniu cukru naczczo, wstrzykują podskórnie 0,5 mg adrenaliny i przez okres 2-godzinny, w odstępach półgodzinnych oznaczają cukier we krwi. U osobników normalnych krzywa poadrenalinowa cukru we krwi rośnie b. wybitnie wskutek zamiany glikogenu wątroby w cukier, zaś u osobników ze schorzeniem wątroby krzywa cukru we krwi przebiega płasko wskutek zmniejszonego zapasu glikogenu.

Nr. 33. 1928.

E. Leschke: *Przeszczepienie nadnerczy i organoterapja w chorobie Addisona.* Autor opisuje przypadek choroby Addisona na tle gruźliczem, która się bardzo wybitnie poprawiła po przeszczepieniu zdrowego nadnercza do kieszonki mięśniowej nad przeponą. Już po kilku dniach chora czuła się lepiej. Apetyt się poprawił, parcie krwi podniosło się z 85 na 125 mm Hg, adynamja ustąpiła, pigmentacje się zmniejszyły, miesiączkowanie powróciło z powrotem (przyczem było ono tak bolesne, że należało wstrzykiwać morfinę). Zasługuje na podniesienie bardzo wybitne wzmożenie się porostu włosów pod pachami i w okolicy łonowej. Autor stosował też tabletki z nadnerczy i leczenie przeciwgruźlicze (triphal). Autor uważa b. wybitną poprawę jako następstwo organoterapji i leczenia trifalem które umożliwiło wyleczenie względnie otorbienie się procesu gruźliczego nadnerczy z następową restytucją narządu.

Nr. 36 1928.

H. Strauss: *O zmianach stanów końcowych cukrzycy.* Stany końcowe cukrzycowych przedstawiają się inaczej dzisiaj, niźli w erze przedinsulinowej. Przedtem przeważało zejście śmiertelne wskutek śpiączki cukrzycowej: 60% w przypadkach Frerichsa, 58% w przypadkach Noordena, 51—60% w przypadkach Joslina, 24% w przypadkach Straussa. Zejście śmiertelne wskutek zmian naczyniowo-sercowych było rzadsze a to dlatego, że cukrzycowi nie dożywali starszego wieku, w którym te zmiany zwykły występować. W okresie insulinowym odsetek zejścia śmiertelnego wskutek śpiączki cukrzycowej spadł wybitnie (na 20,5% w przypadkach autora), natomiast wzmógł się odsetek zejścia śmiertelnego wskutek zmian naczyniowo-sercowych (38%). Autor uważa, że cukrzyca sprzyja b. wybitnie powstawaniu miażdżycy podobnie też powstawaniu raka. Różne wyniki wyjścia ze śpiączki cukrzycowej autor tłumaczy tem, że wielu autorów zalicza stany przed- i śpiączkowe do jednej grupy jak to czyni Petrén, który dlatego na 35 przypadków tylko w jednym przypadku widział zejście śmiertelne. Weiss znowu stwierdził wyjście z okresu przedśpiącz-

kowego w 100% (13 przyp.), z okresu zaś śpiączkowego tylko w 26% (na 25 przyp.). Podobnie autor widział wyleczenie z okresu przedśpiączkowego w 8 przyp. na 10 przypadków, z okresu śpiączkowego w 2 przyp. na 6 przyp.

O. Klein i H. Holzer: *Zachowanie się reakcji krwi w okresie wstrząsu hipoglikemicznego u ludzi.* Autorowie zbadali 17 przypadków cukrzycowych i niecukrzycowych na zachowanie się stężenia jonów wodorowych (PH metodą elektromotoryczną) i zapas zasad (metodą Van Slyke'a). Stwierdzili ich zachowanie się w granicach prawidłowych, niezależnie zresztą od stopnia wstrząsu hipoglikemicznego. W $^1/_3$ części przyp. reakcja przesuwała się do górnej granicy stanu prawidłowego.

A. Zaloscer: *Próby stosowania antithyreidyny Möbiusa w tężyczce pooperacyjnej.* Autor przyjmuje antagonistyczne zachowanie się hormonów tarczycy i ciał przytarczycznych. Uważa, że po strumektomji ciałka przytarczyczne ulegają przerostowi i wydzielają więcej hormonu do krwi. Tem się też tłumaczy spostrzeżenie Walbauma i Rudingera, że antithyreoidyna działa korzystnie w chorobie Basedowa, dzięki właśnie wielkiej zawartości hormonu ciał przytarczycznych. Z tego powodu zastosował antythyreoidynę w 2 przyp .tężyczki pooperacyjnej i otrzymał wyniki korzystne.

Wł. E.

Medizinische Klinik.

Nr. 1928.

Prof. E. Bürgi i T. Gordonow: *W sprawie zapobiegawczego wzmacniania serca.* Aby w granicach możliwości ograniczać niebezpieczeństwo uśpienia należy wzmocnić mięsień sercowy właściwem postępowaniem zapobiegawczem zapomocą odpowiedniego środka skrzepiającego serce. W doświadczeniach na zwierzętach, na odosobnionem sercu żaby dowiedziono, że lepiej znosi się zatrucie alkoholem, jeżeli ją uprzednio traktowano przetworem naparstnicy. Odporność również bywała większą względem uśpienia chloroformem. Autorowie badali przetwory zastępujące kamforę pod względem zdatności do zapobiegawczego podtrzymania serca przeciwko następstwom uśpienia. Badań dokonywano na żabach zimowych, traktowanych uprzednio środkiem ocucającym. Serce ich wkładano podług metody Engelmanna pod dzwon napełniony parami chloroformu, a ruchy zapisywano zapomocą kymiografu. Oznaczono, że 1 ccm chloroformu po 4—12 minutach prowadził do ustania ruchów serca zwierzą nie przygotowanych.

Jeżeli zadać żabie coraminę na 2 godziny przed doświadczeniem, to zauważyć można wyraźnie jej działanie, wtedy gdy hekseton pozostaje prawie bez wpływu. Zadając lek ocucający na 4 godziny przed doświadczeniem, wpływ jego zauważyć można było po wszystkich używanych środkach, przyczem coramina wypadła najkorzystniej. Po jeszcze dłuższym czasie działania środka pobudzającego serce wpływ coraminy bywał słabszym, a także po cardiazolu i heksetonie, zadawanym na 12—24—76 godzin przed doświadczeniem wyniki działania bywały niestałe i słabe. Najlepsze rezultaty zawsze otrzymywano po coraminie przyczem po 2 godzinach występuje najsilniej jej działanie, zaś inne badane przetwory ocucające rozwijały swój wpływ później i w słabszym stopniu.

Z doświadczeń tych wynika, że: 1) Coramina, hekseton i cardiazol zdolne są na czas dłuższy skrzepiać serce przygotowane niemi do doświadczeń i uodpornić je względem szkodliwego wpływu narkozy. 2) Coramina jest skuteczniejszą, aniżeli oba pozostałe przetwory. 3) Całkowite działanie coraminy zauważyć można już po krótkim względnie czasie, zaś po zastosowaniu innych dwóch wspomnianych środków pobudzających wpływ ich występuje później. Pod względem skuteczności coramina przewyższa cardiazol, działanie zaś heksetonu było najsłabsze.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Sprawozdanie dra Dietricha, lekarza powiatowego w Łowiczu, delegowanego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V. Służby Zdrowia) do Jugosławji, Węgier i Niemiec, w celu zapoznania się z higjeną wsi.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Departament V. Służby Zdrowia. Nr. ZH. 5231/28.

Studja nad higjeną wsi, zorganizowane w bieżącym roku przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów na zasadzie wymiany personelu sanitarnego poszczególnych krajów, polegały na zwiedzaniu instytucyj i urządzeń, związanych z zagadnieniami zdrowotnemi. Pokazom tym, oczywiście, towarzyszyły odpowiednie referaty.

Podróż odbywano częściowo koleją, przeważnie zaś samochodami, co ułatwiało dokladniejsze zapoznanie się z charakterem kraju, jego zaludnieniem oraz stopniem rozwoju kulturalnego.

Ponieważ kwestje higjeny w obecnem jej zrozumieniu ściśle związane są z inżynierją, w studjach uczestniczyli oprócz lekarzy i inżynierowie sanitarni rozmaitych krajów. Ogółem w podróży brali udział przedstawiciele 18 narodowości (Niemcy, Austrja, Belgja, Danja, Estonja, Guatemala, Węgry, Irlandja, Włochy, Japonja, Polska, Litwa, Portugalja, Rumunja, Jugosławja, Czechosłowacja i Sowiecka Rosja). Studja rozpoczęły się dnia 26 maja w Jugosławji zakończyły się zaś 26. lipca konferencją w Genewie. Do programu zwiedzanych krajów weszły: Jugosławja, Węgry, Niemcy, Holandja, Belgja i Francja.

W ciągu odbytej podróży zwiedziłem Jugosławję, Węgry, Bawarję, Saksonję i Prusy ze Śląskiem niemieckim. We wszystkich tych krajach, zawdzięczając uprzejmości miejscowych władz oraz instytucyj samorządowych i społecznych, można było nietylko obserwować ogólny kierunek akcji zdrowotnej oraz urządzenia, dotyczące dziedziny higjeny, lecz i miejscowości, znajdujące się pod wielu względami w stanie prawie zupełnie pierwotnym. Wnikając w akcję zdrowotną poszczególnych miejscowości, uwidacznia się, że jakkolwiek większość krajów ma niektóre wspólne zadania i wspólne drogi, jak naprzykład sposoby walki z chorobami zakaźnemi i społecznemi, to jednak w zależności od warunków lokalnych, klimatycznych i kulturalnych stwarzają się w rozmaitych prowincjach rozmaite potrzeby, których zaspokojenie musi stać na pierwszym planie, a wykonanie ich wymaga przystosowania do miejscowych warunków. Nagół zaznaczyć należy, że uzdrowienie ludności traktuje się na zachodzie w bardzo szerokim zakresie i obejmuje rozmaite dziedziny życia. Uwydatnia sie również zrozumienie, że polepszenie warunków mieszkaniowych, podniesienie ogólnej kultury ludności, zaopatrzenie jej w zdrową wodę do picia i możliwie tanie oraz dobre produkty spożywcze, umiejętność racjonalnego odżywiania się, możność korzystania ludności z kąpieli i normalny fizyczny rozwój młodzieży stanowią podstawę silnego i zdrowego społeczeństwa, które może posiadać uczucie radości życia, tak niezbędne dla szczęścia poszczególnych jednostek i całego narodu.

Szczególne wytężenie energji i sił w kierunku uzdrowotnienia widoczne jest w Jugosławji, kraju, który jeszcze do niedawna pozostawał pod tym względem zupełnie opuszczonym. Wykonanie zamierzonych zadań jest tam tem trudniejsze, że rozmaite części Jugosławji znacznie różnią się nietylko pod względem narodowościowym, lecz klimatycznym i geologicznym. Chorwacja, posiadająca klimat, roślinność i glebę, podobne do polskiej, oraz ludność przeciętnie średnio zamożną, stanowi teren, na którym praca może posuwać się szybciej, niż w skalistej bezwodnej Dalmacji lub Macedonji ze znacznym odsetkiem muzułmanów, przestrzegających fanatycznie wszystkie przepisy swej religji, często wyraźnie przeczące współczesnym pojęciom higjeny.

Wieś chorwacka przypomina przeciętną wieś kraju o średniej kulturze i średniej glebie, wymagającej dużej ilości nawozu. Każda zagroda wskutek tego posiada gnojowniki, najczęściej położone przed samym domem, a często i w pobliżu studni; to samo można powiedzieć i o ustępach, będących przeważnie w stanie opłakanym. Domy mieszkalne składają się z dwóch ubikacyj, najczęściej wilgotnych, z glinianą lub kamienną podłogą i małemi zakratowanemi oknami. Mieszkania bardzo skromnie umeblowane, zaopatrzone jednak w łóżko, na którem często sypia parę osób razem. Oprócz wiosek wieśniaczych spotykamy osiedla, zamieszkałe wyłącznie przez drobną szlachtę chorwacką. Pod względem zewnętrznym różnią się one przeważnie charakterem budynków. Domy tych osiedli piętrowe, drewniane i często bez kominów. Ludność osiedli szlacheckich nie odznacza się ani dobrą budową, ani pięknością. Okoliczność ta tłumaczy się w znacznej mierze tradycjami, dla których drobna szlachta chorwacka nie zawiera związków małżeńskich inaczej, jak z równą sobie szlachtą, wskutek czego wytwarza się sytuacja, przy której prawie cała wieś bywa spokrewniona ze sobą. Wśród chorób spotykamy sporo gruźlicy, zimnicy, jaglicy i krzywicy, nie licząc ostrych chorób infekcyjnych jak tyfus brzuszny i inne.

Pijaństwo wśród ludności męskiej jest również znacznie rozpowszechnione. Pierwsze prace w kierunku uzdrowotnienia Chorwacji były dokonane w 1926 roku w małej wiosce Lukowica, liczącej 16 domów i 112 osób ludności.

W wiosce tej, leżącej przy jednej z bardziej uczęszczanych szos, stale panował dur brzuszny, wskutek czego przystąpiono do dokładnego zbadania miejscowych warunków i skonstatowano, że

przyczyną duru jest zła woda do picia, zanieczyszczona przez okoliczne gnojówki, ustępy i kałuże. Wzięto się też do uregulowania gnojówek, reparacji i racjonalnej konstrukcji ustępów oraz do uporządkowania studzien z wodą do picia, zaopatrując je w pompy i zabezpieczając od zanieczyszczenia. Prace te wykonano z udziałem miejscowej ludności, która albo pomagała pieniężnie, albo też bezpłatnie pracowała. Chcąc wpływać w dalszym ciągu na rozwój stosunków zdrowotnych, pobudowano „centrum higjeny", zawierające przychodnie, oraz stację opieki nad dzieckiem i matką i kąpielisko w postaci natrysków. Do stacji tej dojeżdża 1—2 razy tygodniowo lekarz z Lublany i udziela porad i wskazówek oraz kieruje ogólną akcją zdrowotną. Duszą przychodni jest pielęgniarka społeczna, która robi wywiady w domach i ma obowiązek raz na trzy miesiące odwiedzić zakreślony rejon. Oprócz tego przy stacji jest specjalny personal dezynfekcyjny. Stacje tego rodzaju rozrzucone są po całym kraju w znacznej liczbie.

Oprócz wspomnianych funkcyj, przychodnie odgrywają jeszcze rolę ośrodków, w których ludność miejscowa zbiera się na odczyty i pogadanki oraz wyświetlenia kinematograficzne lub pokazy latarni magicznych. W ten sposób instytucje te utrzymują ciągły kontakt z ludnością i służą jednocześnie do ogólnokulturalnych celów.

Gnojówki w doprowadzonych do porządku posiadłościach są betonowane a ustępy łączą się z niemi za pomocą szerokiej rury. Oszczędza się więc w ten sposób pracy i materjału dla robienia specjalnego dołu ustępowego, nawóz zaś zyskuje na swojej wartości odżywczej. Oprócz wspomnianego typu ustępu, połączonego bezpośrednio z gnojowiskiem, propagowany jest jeszcze inny typ, składający się z dwóch przedziałów o dwóch dolach cementowanych, przytem po dostatecznem zapełnieniu jednego przedziału takowy zamykany jest na pewien czas, aby odpowiednie procesy biologiczne zniszczyły wszelkie zarazki, a potem zawartość wywożona jest na pole.

Wszelkich badań do tego rejonu dokonywa Instytut Higjeny w Lublanie; on też udziela odpowiednich wskazówek i informacyj.

Dużą uwagę zwraca się w całej Jugosławji na uczącą się młodzież. W tym celu egzystuje szereg przychodni, w których ucząca się dziatwa jest dokładnie badana i, w razie potrzeby, skierowywana do leczenia. W przychodniach przewidziana jest pomoc dentystyczna i kąpiel w postaci natrysków. W kąpieli każdy kąpiący się dostaje kawałek mydła i czysty ręcznik.

Dzieci, słabo fizycznie rozwinięte lub chorowite, otrzymują tran, a oprócz tego w czasie lata wysyłane są do sanatorjów lub kolonij letnich.

Po trzydniowym pobycie w północnej Jugosławji przyjechałem do Dalmacji.

Ludność miejscowa mieszka w domach, składanych z nieobciosanych i niczem niespojonych kamieni. Płaski dach ułożony jest również z kamienia. Cały budynek składa się z jednej ubikacji łącznej dla zwierząt domowych i ludzi, przyczem światło przedostaje się tylko przez otwór, zastępujący drzwi, i drugi niewielki otwór w ścianie pod dachem, który służy jednocześnie za ujście dymu. Mniejwięcej pośrodku mieszkania stoi, ułożone z płyt kamiennych, „ognisko domowe". O ustępach i śmietnikach mowy, oczywiście, niema.

Jedną z najwięcej palących kwestyj tego kraju jest zupełny brak wody. Miejscowa ludność używała, a w wielu miejscach jeszcze dotąd używa, wody do picia i do potrzeb domowych z tak zwanych „lókw", t. i. naturalnych zagłębień w skałach, gdzie zbiera się woda deszczowa. Zagłębienia te przypominają nasze sadzawki lub glinianki; woda z nich pokryta jest zielonemi wodorostami i zawiera masę rozmaitych żyjątek, nie wyłączając żab i larw komarów. Naturalnie, że jest ona źródłem zimnicy, spotykanej tu bardzo często i stanowiącej plagę miejscowej ludności, przyczem częste są przypadki form tropikalnych. Przy odpowiednich warunkach staje się ona również przyczyną duru brzusznego i czerwonki. Pomimo to, że woda ta jest właściwie niezdatną do picia, zdobywanie jej nie jest łatwe wskutek znacznych odległości „lokw" od osiedli ludzkich.

Władze jugosłowiańskie zajęły się w tych miejscowościach przedewszystkiem uregulowaniem sprawy dostarczania wody do picia. Ponieważ o dobyciu tam wody źródlanej niema mowy, zdecydowano dać mieszkańcom do picia wodę również deszczową, ale zbieraną w sposób higjeniczny i zabezpieczoną przed zepsuciem się i rozwojem w niej życia organicznego. W tym celu przystąpiono z pomocą miejscowej ludności do budowy cystern, przyczem rząd daje siły fachowe i materjał, mieszkańcy zaś pracę. Obecne cysterny przedstawiają duże betonowane, wydrążone w skale, zbiorniki; skała wokoło nich jest również betonowana. Woda, wpadając do cysterny, przechodzi przez specjalne filtry. Cała cysterna jest szczelnie zakryta i tylko z jednej strony posiada otwór do czerpania wody kublem. Nowe cysterny zaopatrzone są w pompy i w ten sposób woda zabezpieczona jest od wszelkiego zanieczyszczenia.

Zbiorniki te posiadają wodę zimną i zupełnie przeźroczystą. W razie zanieczyszczenia cysterny, można ją oczyścić przez specjalne w tym celu zrobione otwory. Braku wody w cysternach nie bywa, mają one bowiem pojemność, obliczoną stosownie do liczby korzystających z niej mieszkańców, a jakkolwiek w ciągu 3—4 miesięcy niema tu zupełnie deszczów, to jednak w czasie jesieni, zimy i wczesnej wiosny opady są dostateczne, aby napełnić zbiorniki.

Po zbudowaniu cystern lokwy podlegają kasowaniu. W ten sposób rozwiązywana jest w bezwodnych miejscowościach Dalmacji sprawa zaopatrywania w wodę, jednocześnie zaś jest ona najważniejszym czynnikiem walki z zimnicą. Oprócz tego ludności miejscowej rozdawana jest bezpłatnie chinina, cięższe zaś przypadki zimnicy leczone są w szpitalach.

Ponieważ w wielu miejscowościach Jugosławji, opanowanych przez zimnicę, są zbiorniki stojącej wody, potrzebnej dla celów gospodarczych, hodowany jest w nich specjalny gatunek rybki, zwanej gambuzją. Rybka ta, długości 2—3 cm, doskonale żyje w stojącej wodzie i bardzo chętnie żywi się larwami komarów. Badanie nad życiem gambuzyj i rozmnażanie ich odbywa się między innemi w Instytucie Higjeny w Trogirze. Oprócz tego mniejsze zbiorniki stojącej wody, w razie ujawnienia w nich larw komarów, posypywane są rozpylonym proszkiem „paryskiej zieleni"; stosowana jest także i patrolizacja powierzchni wody.

Zabiegi te dały duże rezultaty, gdyż w miejscowościach, gdzie zimnica zbierała obfite plony, obecnie przypadki zachorowań na nią znacznie zmniejszyły się.

Miejscowa ludność, przekonawszy się, że racjonalne urządzenie cystern, zabezpiecza ją od zimnicy, która często czyniła ludzi niezdolnymi do pracy i była powodem nawet śmiertelnych zajść, bardzo chętnie pomaga w inwestycyjnych pracach zdrowotnych, ofiarowując swoją robociznę i, w razie możności, pomoc pieniężną.

W północno-wschodniej części Dalmacji, gdzie warunki bytowania są znacznie lepsze, pomimo dużej liczby dni słonecznych, spotykamy znaczną liczbę przypadków krzywicy wskutek nieumiejętnego odżywiania się. Ludność nie używa zupełnie wielu jarzyn, które jednak ze względu na odpowiednie warunki klimatyczne mogłyby tam rosnąć. Oprócz tego nie umie racjonalnie przyrządzić potraw z miejscowych produktów.

W celu zaznajomienia wieśniaków z przyrządzeniem jedzenia urządzane są przy stacjach higjeny kursy gospodarstwa domowego dla młodych dziewcząt. Uczą się one tam nietylko gotować, lecz zaznajamiają się z hodowlą jarzyn i drobiu oraz otrzymują elementarne pojęcia o higjenie wogóle, a o higjenie kobiety i dziecka w szczególności.

Po parodniowym pobycie w Dalmacji przybyliśmy do Serbji.

Domy kryte dachówką lub słomą, wyglądają czysto i dostatnio. Tu wypływają ogólne dla większości wsi zagadnienia, t. j. kwestja gnojowisk, ustępów i racjonalnego zaopatrzenia w wodę; oprócz tego sprawa walki z gruźlicą, jaglicą, opieki nad dzieckiem i matką i t. p.

Sprawy te, jak wszędzie w Jugosławji, rozwiązywane są za pomocą przychodni o charakterze leczniczo-zapobiegawczym.

Następną charakterystyczną część Jugosławji stanowi Macedonja.

Siedziby mieszkańców Macedonji przedstawiają ciasne zagrody, otoczone ze wszystkich stron wysokim murem. Na podwórkach jest zawsze ustęp, a najczęściej jakaś budka, przypominająca tę ubikację.

Gruźlica, krzywica, jaglica są bardzo wśród mieszkańców Macedonji rozpowszechnione, prawdziwą jednak plagę stanowią wśród ludności muzułmańskiej choroby weneryczne i choroby kobiece, jako następstwo rzeżączki i braku odpowiedniej opieki i pomocy w czasie połogu.

Personel miejscowych przychodni energicznie walczy drogą propagandy ze zwyczajem, pozbawiającym kobiety możności leczenia się, i osiągnął już w tym kierunku pewne rezultaty, gdyż sam widziałem w miejscowej przychodni leczące się muzułmanki.

Oprócz wspomnianych chorób, spotyka się dużo zimnicy, szczególniej w południowych częściach Macedonji i na plantacjach ryżu.

Macedonja, jak i cała Jugosławja, pokryta jest siecią przychodni o charakterze zapobiegawczym, z uwzględnieniem jednak lecznictwa. Sieć przychodni nie jest gęsta, gdyż górzysty teren kraju, małe jego zaludnienie oraz prawie niedostępne górskie drogi utrudniają pracę w tym kierunku, jednakże podziwiać należy te

wysiłki, jakie zdołała zrobić Jugosławja, i te rezultaty, jakie w tak krótkim czasie osiągnęła.

Oprócz budowy przychodni zwraca się uwagę na szkolnictwo i wogóle na zapoznanie ludności z ogólnemi zasadami higjeny.

Prace w kierunku uzdrowotnienia kraju prowadzi nietylko rząd, lecz całe społeczeństwo, zorganizowane w rozmaite mniejsze lub większe instytucje, mające na celu sprawy zdrowotne.

Na Węgrzech miałem możność poznać części kraju o charakterze rolniczym oraz ośrodki dużego przemysłu (kopalnie węgla w Tutabanji) i miasto Ujpeszt z ludnością wyłącznie fabryczną. Oczywiście w zależności od charakteru miejscowości i jej potrzeb uwzględniane są odpowiednie sanitarno-higjeniczne urządzenia i instytucje. Naogół w Węgrzech w dziedzinie zdrowotnej uwydatnia się działalność organizacyj społecznych.

Największą instytucją, mającą na celu opiekę nad dzieckiem i matką, jest założone w 1915 r. „L'Union National Stephanie". Instytucja ta na początku opiekowała się prawie wyłącznie klasą robotniczą, w miarę jednak rosnącego zubożenia społeczeństwa rozteczyła swą opiekę i nad ludźmi innych warstw społecznych. Działalność swą związek rozwinął bardzo szybko i obecnie posiada cały szereg przychodni i stacyj mlecznych. Rezultat działalności związku uwidocznił się znacznym spadkiem śmiertelności wśród dzieci. Związek ten promieniuje i na wieś, organizując szereg instytucyj, związanych z opieką nad dzieckiem i matką. Inicjatywa społeczna widoczna jest również i w dziedzinie uzdrowienia warunków życia wiejskiego. Przykładem tej akcji jest kolonja „suum cuique", położona obok zamku Pot. Kolonia ta ma na celu stworzenie osad z uwzględnieniem normalnych warunków mieszkaniowych, asenizacyjnych i odpowiedniego zaopatrzenia w wodę przy bardzo miernym ekonomicznym stanie ludności.

Walka z chorobami społecznemi jest również oparta na szerokiem współdziałaniu społeczeństwa. W ośrodkach fabrycznych jak Ujpeszt uwzględnia się w znacznej mierze kwestje mieszkań robotniczych i oświaty wszystkich warstw pracowników przy pomocy specjalnych kursów z dziedziny nauk przyrodniczych, społecznych, teologji i sztuk pięknych. Kursy te opłacane są minimalnie i słuchacze mogą korzystać z biblioteki i potrzebnych pracowni. Oprócz tego szeroko stosowana jest medycyna zapobiegawcza.

W Tutabanji, ośrodku kopalni węgla, uwzględnione są wszystkie kulturalne potrzeby warstw robotniczych, poczynając od mieszkań, a kończąc na pięknych letnich basenach kąpielowych. Jedną z najciekawszych cech Tutabanji jest sposób rozwiązania kwestji asenizacji. Wszystkie domy w Tutabanji posiadają betonowe doły kloaczne, z których zawartość przez ssące aparaty wybierana jest do hermetycznych beczek i wywożona do specjalnych betonowych rowów, gdzie mieszana jest z suchym torfem w stosunku 1 części torfu do 2 części ekskrementów. Mieszanina ta niema przykrego zapachu, nie siadają i nie lęgną się w niej muchy i po upływie paru tygodni zmienia się ona w suchą lekką masę, stanowiąc pierwszorzędny nawóz na pola i ogrody. Urządzenie to ma i te zalety, że nie wymaga do obsługi dużej liczby ludzi, nadaje się jednak tylko dla osiedli, posiadających niewiecej niż 10.000 ludności.

Większe miasta posiadają kanalizację, wsie i osiedla mają ustępy z dołami do wywożenia. Zaopatrzenie w wodę po wsiach odbywa się za pomocą zwykłych studzien.

Pod względem ogólnej zdrowotności Węgry nie stanowią jakiejś wyróżniającej się wybitnie jednostki. Pomimo dobrej gleby, dosyć ciepłego klimatu i dorodnej ludności, spotykamy sporo gruźlicy, jaglicy, chorób wenerycznych i nieco zimnicy.

Cierpienia te często są otrzymane w spadku po wojnie europejskiej i stanowią przedmiot energicznej walki społeczeństwa. Badania produktów spożywczych, wody oraz ogólne badania nad zdrowotnością i sposobami uzdrowienia określonych rejonów koncentrują się w instytucjach higjeny.

Społeczeństwo węgierskie, zdając sobie sprawę z doniosłości opieki nad zdrowiem uczącej się młodzieży, zaopatruje ją nawet po wsiach nietylko w ogólną pomoc lekarską, lecz i pomoc dentystyczną, organizując lotne ambulatorja dentystyczne.

Kraje, stanowiące składowe części Rzeszy Niemieckiej, jak: Bawarja, Saksonja i Prusy ze Śląskiem niemieckim, jakkolwiek różnią się jak pod względem charakteru terenu, tak i pod względem charakteru i zatrudnienia ludności, jednak wszędzie daje się skonstatować dążenie do polepszenia warunków zdrowotnych kraju.

W górzystej Bawarji kwestję lokalną stanowią wole, połączone często z kretynizmem. Walka z tem cierpieniem prowadzona jest drogą zaopatrywania ludności w sól z domieszką jodu. Zaopatrywanie w wodę i elektryfikację wsi przeprowadzane są w szybkiem tempie; już dzisiaj cały szereg wsi posługuje się jednym wodociągiem i jedną stacją elektryczną. Te ostatnie często połączone są ze stacjami wodociągowemi, gdzie woda po spełnieniu swej funkcji o charakterze siły poruszającej przechodzi przez szereg filtrów do sieci wodociągowej.

Pod względem asenizacyjnym wieś nie przedstawia osobliwości, gdyż posiada wszystkie znane doły przeważnie cementowane i często połączone z gnojownikami.

Ogromną uwagę zwrócono na fizyczne wychowanie młodzieży i poznanie przez dziatwę własnego kraju. To też boiska sportowe, baseny do pływania i wycieczki piesze spotykają się na każdym kroku.

Opieka lekarska i dentystyczna w szkołach również uwzględniona jest w bardzo szerokim zakresie. Naogół w Niemczech wyraźnie uwydatniony jest rozwój urządzeń i instytucyj, związanych ze zdrowotnością, w zależności od kultury rozmaitych dzielnic.

Dużą też uwagę zwrócono na racjonalną opiekę nad inwalidami wojennymi i sierotami po poległych na wojnie oraz na baraki dla robotników sezonowych, jakkolwiek ta ostatnia sprawa na Śląsku przedstawia się bardzo opłakanie.

Resumując wrażenie, odniesione ze studjów nad higjeną wsi w Jugosławji, Węgrzech i Niemczech, stwierdza się, że kraje te idą bardzo szybkiemi krokami do możliwego uzdrowienia wsi i małych osiedli, że sprawy zdrowotne odgrywają w życiu tych narodów pierwszorzędną rolę.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Otylji i Tadeusza Żłobickowskich udzielone zostaną w styczniu r. 1929 zapomogi na kształcenie dzieci płci obojga. Pierwszeństwo do zapomóg mają zgodnie z wolą zapisodawcy, zupełne sieroty niezamożne, po lekarzach polskich pozostałe; następnie takież pół sieroty, a po nich do zapomóg mają pierwszeństwo uczniowie niezamożni, pochodzący z rodziny Żłobickowskich, po Macieju Fiłanowiczu, Ludwiku Członkowskim i Feliksie Marczewskim. Podania o zapomogi składać należy do Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała 7) do dnia 15 stycznia r. 1929 z dołączeniem metryki, świadectwa szkolnego i zaświadczenia 2 wiarygodnych osób o niezamożności.

Sekretarz Stały: *Prof. Dr. A. Gluziński.*

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W styczniu r. b. odbyły się w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich dwa odczyty ilustrowane przeźroczami, p. artysty-malarza Wacława Husarskiego p. t.: „Polskie malarstwo romantyczne".

W piątek, 11 stycznia o godz. 8 wiecz., Odczyt I. Wcześniejsze fazy romantyzmu:

1) Romantyzm idealistyczny: a) malarstwo religijne — Stattler, Hadzewicz, Szynalewski, Buchbinder; b) malarstwo historyczne — M. Piotrowski, Lesser; c) folklor i archeologja — A. Oleszczyński, Piwarski, Kielisiński, Orda, Lewicki.

2) Romantyzm właściwy: a) studjum figuralne i portret — Wańkowicz, Rusiecki, Michałowski; b) kompozycja — J. Kossak, H. Pilatti, Kwiatkowski, Andrioli; c) krajobraz i malarstwo rodzajowe — Zaleski, J. N. Głowacki, Breslauer, Kostrzewski, Szermętowski, Gerson, Gryglewski.

Piątek, 18 stycznia, o godz. 8 wiecz., Odczyt II. Późniejsze fazy romantyzmu:

1) Kierunek pośredni czyli „juste milieu": a) malarstwo rodzajowe — Kotsis, Gerson, Loeffler; b) malarstwo ideowe — A. Grabowski, Kapliński, Grottger; c) portert — Dąbrowski, Kapliński, Tepa Rodakowski, Simmler; d) malarstwo historyczne — Suchodolski, Simmler, Loeffler.

2) Rozkwit malarstwa historycznego: Łuszczkiewicz, Rodakowski, Matejko, Gerson, Alchimowicz, W. Pruszkowski.

3) Ostatnie echa romantyzmu — przejście od malarstwa historycznego do naturalizmu: Wyczółkowski, M. Gottlieb, Siemiradzki.

Wstęp wolny dla wprowadzonych gości.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na posiedzeniu w dniu 21. XII. 1928 r., przyznał stypendjum w kwocie 2000 zł na wyjazd zagranicę, asystentowi szpitala Ewangelickiego p. Drowi W. Arciszewskiemu — z funduszu ś. p. Dra Edwarda Zielińskiego (dla asystentów szpitali warszawskich).

Nadto z funduszów stypendjalnych, przyznano 15 stypendjów studentom Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, na ogólną sumę *złotych 4.442,—*.

Sekretarz Stały: *Prof. Dr. med. A. Gluziński.*

IV. Polski Zjazd Stomatologiczny w Wilnie. (II komunikat*) odbędzie się zarazem jako Sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i przyrodników polskich od 26—29 września 1929, w myśl pisma Komitetu Organizacyjnego tegoż Zjazdu z dnia 9. X. 1928.

Po porozumieniu się Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych z Komitetem Organizacyjnym XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, zaproszeni zostali do zorganizowania Sekcji stomatologicznej — a zarazem IV Polskiego Zjazdu Stomatologów Dr. Eugenjusz Mancewicz i lek. dent. Adam Wolański z prawem kooptacji. Dnia 26 października ukonstytuował się Komitet Organizacyjny Sekcji Stomatologicznej XIII Zjazdu L. i P. P. a zarazem IV Zjazdu Stomatologicznego w sposób następujący: Przewodniczący: Dr. med. Eugenjusz Mancewicz, — I wiceprzewodniczący: Lek. dent. Adam Wolański — II przewodniczący: Dr. Czesław Koneczny — sekretarz: Lek. dent Andrzej Mikulski — skarbnik: Szachno - Szachnowicz.

Biuro centralne Zjazdu Sekcji stomatologicznej: Mieszkanie Lek. dent. Adama Wolańskiego, Wilno, ul. Wileńska 26.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów postanowiła wybrać jako tematy główne: I. Wpływ zaburzeń innych narządów na powstawanie chorób parodontalnych. Referent: Prof. Dr. Antoni Cieszyński (Lwów). Koreferent: (—). Temat mogący zainteresować także specjalistów innych gałęzi nauki lekarskiej. — II. Metody zachowawcze miejscowe i ogólne leczenia spraw parodontalnych i ich ocena. Referent: (—). Koreferent: (—). — III. Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnego praktyka. Referent: Prof. Dr. Hilary Wilga (Warszawa). Koreferent: (—).

Czas trwania referatów i koreferatów tematów głównych: 30 minut, dla tematów wolnych: 20 minut. Zgłoszenia tematów należy nadesłać możliwie wcześnie wraz z krótkiem streszczeniem na ręce Sekretarza IV Pol. Zj. Stomat. lek. dent. Andrzeja Mikulskiego — Wilno, mieszkanie lek. dent. Adama Wolańskiego, ul. Wileńska l. 26.

Łódź.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dniu 2. I. 1929 zostali wybrani do Zarządu na rok bieżący: Prezes: T. Załęski, wiceprezes: B. Frenkiel, skarbnik: T. Mogilnicki. Sekretarze: K. Ruegier i A. Tenenbaum, bibljotekarz Z. Prechner i M. Kocen.

Protokół posiedzenia Komisji Wyborczej do Rady Izby Lekarskiej Łódzkiej. Dnia 23 grudnia 1928 roku o godzinie 21-ej Komisja Wyborcza w składzie: Komisarz Wyborczy — Dr. Tomaszewski Antoni oraz członkowie: Dr. Knichowiecki Bronisław, Klozenberg Fabjan, Kryszek Henryk, Maczewski Maksymiljan, Miklaszewski Bolesław, Mittelstaedt Edward, Misjon Bolesław, Perlis Ignacy, Prechner Zdzisław, Skusiewicz Feliks, Tenenbaum Adam Szymon, Wolfson Mojżesz, przystąpiła do otwarcia urny wyborczej, unieważniwszy poprzednio trzy karty wyborcze z pośród nadesłanych pocztą, z powodu braku nazwiska nadawcy na kopertach listów poleconych.

Złożono kart wyborczych 183. Po otwarciu kopert okazało się, że jedna koperta jest pusta i jedna karta jest niewypełniona, pozatem trzy karty unieważniono, gdyż jedna z nich była podpisana, dwie zaś zawierały drukowane nazwiska nie na urzędowych kartach. Za ważne więc uznano 178 kart wyborczych.

Wybrani zostali do Rady Izby Lekarskiej następujący koledzy: Dr. Tomaszewski Antoni 173 głosów, Dr. Misjon Bolesław 165 gł., Dr. Watten Ignacy 165 gł., Dr. Maczewski Maksymiljan 163 gł., Dr. Dobulewicz Michał 162 gł., Dr. Knichowiecki Bronisław 161 gł., Dr. Tochterman Adolf 160 gł., Dr. Augspach Alfred 158 gł., Dr. Perlis Ignacy 158 gł.. Dr. Prechner Zdzisław 158 gł., Dr. Koszutski Bronisław 157 gł., Dr. Marzyński Józef 157 gł., Dr. Rechniowski Stefan 157 gł., Dr. Skusiewicz Feliks 157 gł., Dr. Starzyński Artur 157 gł., Dr. Margolis Aleksander 155 gł., Dr. Frenkiel Bronisław 154 gł., Dr. Lidmanowski Konstanty 153 gł., Dr. Dreszer Alfred 152 gł., Dr. Szyfman Leon 152 gł., Dr. Eichler Witold 151 gł., Dr. Klozenberg Fabjan 151 gł., Dr. Kryszek Henryk 150 gł., Dr. Tenenbaum Adam Szymon 150 gł., Dr. Sterlin Seweryn 149 gł., Dr. Wolfson Mojżesz 143 gł., Dr. From Benjamin 142 gł., Dr. Szykier Leon 140 gł..

Pozatem szereg kolegów otrzymało głosy, od 1 od 16.

O godzinie 23-ej protokół podpisano i posiedzenie zakończono.

Komisarz Wyborczy: (—) A. Tomaszewski. — (—) I. Perlis, (—)Knichowiecki, (—) Zd. Prechner, (—) Dr. Mittelstaedt, (—) B. Mikłaszewski, (—) Dr. Maczewski, (—) Tenenbaum, (—) Dr. F. Skusiewicz, (—) Dr. Misjon, (—) Dr. Wolfson, (—) Dr. Kryszek, (—) Dr. Rosiewicz.

Za zgodność z pierwowzorem, Łódź, dnia 29 grudnia 1928 roku Dr. Zd. Prechner.

Z kraju.

„Skorowidz Lecznictwa". Pod tym tytułem ma się wkrótce ukazać w druku zbiorowe wydawnictwo poglądowe, zredagowane przez Prof. U. J. Dra L. Korczyńskiego przy współpracy szerszego grona wybitnych lekarzy krakowskich. Wydawnictwo to zestawione w sposób przejrzysty, kartotekowy, ułatwi lekarzowi praktykowi szybkie orjentowanie się w każdej chwili w najnowszych postępach diagnostyki i lecznictwa. Prospekt tego pożytecznego wydawnictwa załączamy do niniejszego numeru Polskiej Gazety Lekarskiej.

Szczegółową ocenę „Skorowidza Lecznictwa" podamy po wyjściu jego z druku.

Ze świata.

V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w maju 1929 roku w Londynie. Przedmiotem obrad będzie m. in.: transportowanie rannych drogą wodną i powietrzną, rola pomocy lekarskiej w związku z operacjami, krótkotrwała febra tropikalna, rany naczyń i ich następstwa, analizy fizyczne i chemiczne. W związku z Kongresem odbędzie się wystawa.

Zmarli: H. Noguchi, jeden z najwybitniejszych mikriobiologów świata, urodzony w r. 1876 w Fukushima w Japonji zmarł w maju ubiegłego roku na żółtą febrę, którą nabył na wybrzeżach Afryki, dokąd udał się celem zwalczania tej strasznej choroby. Wstrzyknięta przez niego wytworzona swoista surowica usunęła napady tylko na pewien czas. Przed śmiercią zdołał wykazać u szczepionej własną krwią małpy odkrytego przez siebie w tej chorobie pierwotniaka (Leptospira icteroides). Wśród sekcji jego zwłok zakaził się dr. W. A. Joung, który zmarł w krótkim czasie. Wenereologów zajmowały jego znakomite prace o krętku bladym (hodowle. krętki w tkance nerwowej i t. d.) jakoteż o krętku załamującym światło.

H. C. Plaut urodzony w r. 1858 w Lipsku zmarł w lutym b. r. w Hamburgu. Zmarły poświęcał się początkowo botanice i uzyskał w uniwersytecie w Lipsku doktorat filozofji, pracując w dziedzinie weterynarji. Później dopiero przeszedł na medycynę, a zdobywszy doktorat tego wydziału praktykował w Lipsku, pracując naukowo w dziedzinie mykologji. Od r. 1897 przeniósł się do Hamburga gdzie kontynuował swe prace w tej dziedzinie częściowo w klinice prof. Unny, częściowo w swej prywatnej pracowni. Któż nie zna jego nazwiska związanego z chorobą nazywana angina Plaut - Vincent, jego prac o pleśniawkach i wiele innych.

Redakcja otrzymała.

W. Kwaskowski: „Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym". Odb. z Pedjatrji Polskiej. Tom VIII, zeszyt 5—1928.

W. Grzywo - Dąbrowski: „Samobójstwa rozszerzone w Warszawie". Odb. z Czasopisma Sądowo - lekarskiego.

St. Manczarowski: „Zamach samobójczy czy zbrodnia". Odb. z Czasopisma sądowo - lekarskiego.

W Grzywo - Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1927. Odb. z Czasopisma sądowo - lekarskiego.

W. Grzywo - Dabrowski: „Kazuistyka sadowo - lekarska". Odb. z Czasopisma sądowo - lekarskiego.

Seweryn Sterling: „O charakterze wczesnych objawów chorobowych". Wykład inauguracyjny wypowiedziany podczas otwarcia roku akademickiego Wolnej Wszechnicy Polskiej Oddziału w Łodzi w dniu 28 października 1928. Łódź — 1928. Nakładem Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Stan. Bühn: „Reumatyzm a młodzież w wieku szkolnym". Odb. z „Wiadomości lekarskich" Nr. 9, z r. 1928.

L. Lind: „Die Indikation zur manudlen Placentalösung und die Placentaadhäsion". Odb. z „Zentralblatt für. Gynäkologie 1928, Nr. 47.

S. Sterling - Okuniewski: „Réaction cutanée au filtrat tuberculeux chez sujets atteits de tuberculose". Extrait des Comptes rendus des séances de la Société biologie. Tome XCVIII, page 71.

S. Sterling - Okuniewski: „Krótki rys historyczny nauki o chorobie Brighta". Odb. z „Nowin Lekarskich", zeszyt VIII, z r. 1928.

S. Sterling - Okuniewski: „Odczyn skórny na działanie przesączu gruźliczego u chorych na gruźlicę". Odb. z czasopisma „Gruźlica". Tom III, Nr. 3.

---

*) I Komunikat ogłoszony w Pol. Dent. 1928. Nr. 5, str. 330.

Nr. 4. 27. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

JANIK Alfred. Lwów.

W sprawie sączkowania jamy brzusznej po zabiegach na drogach żółciowych.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm

Szeroka dyskusja, jaka toczy się w ostatnich latach na temat sączkowania jamy brzusznej, ma wielkie znaczenie dla chirurgji, dążącej wielkimi krokami do takiego ujęcia techniki operacyjnej i wskazań do zabiegu, by móc zamykać jamę brzuszną bez sączkowania, na głucho.

I w wielu zabiegach jamy brzusznej udało się już to przeprowadzić, ograniczając sączkowanie do minimum. Nawet przy ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego sączkuje się dzisiaj znacznie rzadziej, niż dajmy na to przed 20-tu laty. Jest to niewątpliwie wielki postęp, tembardziej, że i śmiertelność mimo zaniechania sączkowania w dawnych granicach, uległa znacznemu obniżeniu.

Ostatnio toczy się specjalnie gorąca dyskusja w sprawie sączkowania po wycięciu pęcherzyka żółciowego. Myśl ta zresztą była już niejednokrotnie dawniej propagowana przez poszczególnych chirurgów. Zwolenników tego sposobu postępowania jest dzisiaj nie mało. Niektórzy z nich (P r i b r a m) mogą się nawet poszczycić wcale dobremi wynikami, dysponując dużym materjałem operacyjnym (ponad 200 przypadków).

Gorączkowa wzajemna krytyka zwolenników i przeciwników sączkowania po wycięciu pęcherzyka żółciowego ma często nieuzasadnione podstawy. Za wiele może zaufania wkładają poszczególni autorowie w sposób przez siebie używany a za mało krytycznej oceny warunków, jakie należy wziąć pod uwagę, przystępując do rozwiązania tak ważnego problemu.

Jedni używając tegoż sączkowania od wielu lat — stosują je bez wyjątku w każdym przypadku, uważając, że nawet po najidealniejszem usunięciu pęcherzyka, może nastąpić żółciotok z następowemi powikłaniami, — inni natomiast, uzyskawszy pomyślne wyniki bez sączkowania, stosują ten sposób nawet w ciężkich przypadkach ropnego zapalenia głębokich dróg żółciowych (R i t t e r) co więcej nawet wśród objawów ostrego zapalenia otrzewny (H a b e r e r).

Jestto szkodliwy i przemijający entuzjazm, oparty na chwilowo dobrych wynikach, który wcześniej czy później ustąpi miejsca *rozsądnemu indywidualizowaniu przypadków*.

Zanim przystąpimy do omawiania warunków, jakie musimy mieć na względzie przy rozstrzyganiu *za* względnie *przeciw* sączkowaniu — powiedzmy otwarcie, że w *dobie obecnej* żaden narząd jamy brzusznej nie wymaga tak skrupulatnego sączkowania jak drogi żółciowe. W czem leży możliwość usunięcia tegoż, czy w technice operacyjnej, czy ujęciu wskazań, czy w czem innem, trudno na razie powiedzieć.

Materjał Kliniki S c h r a m m a jest dość różnorodny i wcale obfity. W ostatnich 7-miu latach wykonano 191 zabiegów na drogach żółciowych, w tem 180 samego wycięcia pęcherzyka żółciowego.

Niestety — dokładna obserwacja naszych przypadków nie nastraja nas tak optymistycznie w sprawie pierwotnego zamykania jamy brzusznej, jak H a b e r e r a, P r i b r a m a, R i t t e r a i innych.

Z tego wynika, że albo klinika nasza ma materjał operacyjny cięższy i trudniejszy o długotrwałym przebiegu chorobowym, zaś wyżej wymienieni mają do dyspozycji przypadki wczesne a tem-samem łatwiejsze do zabiegu, wobec czego są w stanie wykonywać stosunkowo często „idealne wycięcie pęcherzyka żółciowego" z dobrymi wynikami albo jak twierdzi, P r i b r a m technika operacyjna u nas jakoteż w przeważającej większości klinik krajowych i zagranicznych — różni się tak znacznie od techniki zwolenników zamykania jamy brzusznej na głucho, że znaczna różnica w wynikach a zwłaszcza w częstości pooperacyjnego żółciotoku dałaby się usprawiedliwić chyba wadliwością techniki. I na ten temat wypowiedział B a k ě s cierpkie słowa do P r i b r a m a, uważającego się za chirurga, który przez stosowanie szeregu małych, niepozornych na oko szczegółów operacyjnych, nazywając je „małostkami operacyjnemi" otrzymuje idealny przebieg pooperacyjny, wobec czego może sobie pozwolić na pierwotne zamykanie jamy brzusznej. „Wszakże z małostek takich składa się postęp naszej techniki operacyjnej i od małostek zależy niejednokrotnie przy zabiegach życie chorego" — mówi P r i b r a m w obronie zajętego stanowiska. Jako przykład postępu techniki operacyjnej z obniżeniem śmiertelności przytacza wyniki wycinania żołądka.

Trudno uwierzyć, by P r i b r a m miał specjalną technikę operacyjną. Są przypadki i to nie rzadko, w których mimo doskonałej techniki jesteśmy zmuszeni zastosować sączkowanie. Przypuszczamy, że operuje on w znacznie lepszych od nas warunkach, mając do dyspozycji przypadki wcześniejsze.

Podsurowicze wycięcie pęcherzyka z pierwotnym zamknięciem jamy brzusznej wykonaliśmy zaledwie w 6-ciu przypadkach. Ich przebieg pooperacyjny był zupełnie zadawalniający jakkolwiek w dwu przypadkach wystąpiły lekkie dwudniowe nudności z wymiotami, które przeszły bez następstw. Pozatem nie odważyliśmy się częściej zamykać jamy brzusznej bez sączka, będąc do tego zmuszeni warunkami.

Dla usprawiedliwienia zaznaczamy, że w 65% przypadków znaleźliśmy bardzo silne zrosty skurczonego i zbliznowaciałego pęcherzyka z otoczeniem. Do jakich trudności podczas zabiegu jesteśmy przyzwyczajeni świadczy czas trwania tegoż, wynoszący często ponad godzinę. A czas trwania choroby? Sami chorzy w 40% podają, że choroba ich trwa więcej niż 5 lat. Nierzadko zdarzają się chorzy, którzy cierpią z powodu kamicy 20 i 30 lat.

Winę w tym przypadku ponoszą chorzy a jeszcze bardziej interniści, którzy przetrzymują chorych całemi latami. Dopiero gdy rozwinie się okres poważnych dolegliwości i powikłań, odstępują chorego chirurgowi. Następuje zabieg wśród znacznych trudności, nic więc dziwnego, że pewna odsetka chorych i po zabiegu będzie miała dolegliwości, z powodu zrostów czy zakażenia głębokich dróg żółciowych, które to powikłania nie są przecież następstwem zabiegu ale długotrwałości procesu chorobowego.

Nie będziemy przytaczali wyników operacyjnych kliniki S c h r a m m a; będą one tematem naszej późniejszej pracy.

Zastanówmy się teraz nad stosunkami podczas i po zabiegu.

Najbardziej niebezpiecznem powikłaniem po wycięciu pęcherzyka żółciowego to *żółciotok*.

Znane jest każdemu, że stosunkowo często po najczystszym choćby wycięciu pęcherzyka żółc., jakoteż po zupełnie prawidłowo założonej podwiązce na kikut przewodu pęcherzykowego, poczyna już kilka godzin po zabiegu wypływać żółć, która po kilku dniach znika, poczem następuje zupełnie prawidłowe gojenie się rany. W pewnej — wprawdzie — nieznacznej ilości przypadków obfitość takiego wypływu jest dość znaczna, mimo, że nie pochodzi ona z przewodu pęcherzykowego. Pochodzić ona może natomiast z przerwanych a nie zauważonych podczas zabiegu przewodów dodatkowych, z łożyska wątrobowego i ewentualnie z uszkodzonych miejsc miąższu wątrobowego poza łożyskiem.

Pierwsze może się zdarzyć zawsze, jakkolwiek rzadko bez winy operującego, ponieważ przewody takie mogą mieć znaczną średnicę to jednak mając ścianę bardzo cienką, ulegają przy „wyluksowaniu" wątroby spłaszczeniu stając się jeszcze bardziej niewidocznemi. Z powodu ich naciągnięcia względnie zagjęcia podczas „luksowania" wątroby żółć z nich mimo przecięcia nie wypływa. Po idealnem więc wycięciu pęcherzyka może nastąpić w takim razie żółciotok do wolnej jamy brzusznej z następstwami.

Drugie tj. *uszkodzenie łożyska wątrobowego* ma miejsce stosunkowo często mimo najlepszej techniki operacyjnej i najostrożniejszego postępowania, ponieważ jak wspomnieliśmy największą odsetkę stanowią pęcherzyki, które przebyły już wiele ciężkich napadów. Wówczas i dobra technika nie pomoże; chcąc pęcherzyk taki usunąć — nadrywa się tu i ówdzie tkankę wątrobową w łożysku.

Błędem operacyjnym jest już uszkodzenie tkanki wątrobowej poza łożyskiem. W każdym razie pozornie mała rana w miąższu może dać wcale obfity wypływ żółci.

Przecięcia dodatkowych przewodów żółciowych, jakoteż uszkodzenie wątroby poza łożyskiem, możemy praktycznie nie brać pod uwagę. Natomiast żółciotok z uszkodzonego łożyska może dawać w życiu codziennem wiele niemiłych niespodzianek.

Wiemy bardzo dobrze, że ten t. zw. żółciotok dobrotliwy jest nim rzeczywiście wtedy, gdy pozostawiony sączek gumowy od-

prowadza go na zewnątrz. Przy zamkniętej zaś jamie brzusznej żółć gromadzi się w łożysku choćby nawet pod surowicówką mogąc następnie przebić do wolnej jamy brzusznej lub też ulec zakażeniu z następczemi powikłaniami.

Zupełny choćby brak żółci na powierzchni łożyska podczas wacikowania nie jest wskaźnikiem do zamykania jamy brzusznej na głucho, bo częstokroć mimo wykonania zabiegu w łatwych warunkach i mimo dokładnego pokrycia łożyska otrzewną już w kilka godzin po zabiegu opatrunek przemaka żółcią.

Ścisła obserwacja operowanych u nas przypadków jest dla nas najlepszym wskaźnikiem jak ostrożnie należy w takich wypadkach postępować. Co trzeci nasz chory miał żółciotok trwający kilka dni który zupełnie słusznie można nazwać dobrotliwym. Pewna jednak odsetka chorych miała żółciotok wcale obfity, który jakkolwiek po kilku dniach ustawał, to jednak w razie braku sączka okazałby się dla pacjenta niebardzo dobrotliwym. Nie wliczamy tu — ma się rozumieć — przypadków, w których niespodziewanie spadła podwiązka z kikuta przewodu pęcherzykowego, mimo nieraz zupełnie łatwego zabiegu i mimo zdawałoby się skrupulatnego podwiązania przewodu. Ten żółciotok trwał znacznie dłużej. Najczęściej powstawał on dopiero w 4 — 5 dniu po zabiegu a nawet w 8 — 9-tym, w postaci nagłego przebicia dużej ilości żółci, na zewnątrz.

Co się w więc dzieje z taką żółcią jeśli zamkniemy jamę brzuszną na głucho? Bardzo często żółć ulega wchłonieniu bez następstw. Może jednak nastąpić z tego powodu zejście śmiertelne, jak to miało miejsce w przypadku O r t h a na 15 operowanych. Bardzo możliwe, że chodziło tu rzeczywiście o skąpą wydzielinę tylko zakażoną. Wprawdzie (według O r t h a) nie wiadomo, czy sączkowanie byłoby chorą uratowało, bo mimo sączkowania też się zdarzają wypadki śmiertelnego zakażenia otrzewny, to jednak należy podnieść, że jeden przypadek śmierci na 15 operowanych — to duża odsetka.

Jak wspomnieliśmy w naszych dwu przypadkach wystąpiły na drugi dzień po zabiegu lekkie nudności i wymioty jednak minęły bez następstw. Widocznie spowodował je drobny na szczęście wypływ żółci do jamy otrzewnej.

Zdanie jakoby sączek gumowy i gaziki po wycięciu pęcherzyka żółciowego nie tylko nie zapobiegały ale wprost pośredniczyły w zakażeniu otrzewny od zewnątrz (S c h o n b a u e r D e m e l) jest może słuszne, ale wówczas, gdy z jakiegokolwiek bądź względu dojdzie do zropienia powłok brzusznych. Wówczas olbrzymie ilości bakterji tkwiące w ranie, przez którą przechodzi sączek gumowy i gaziki mogą się dostać do wnętrza. Trudno jednak przypuścić by zakażenie tego rodzaju miało miejsce gdy zabieg wraz z opatrunkiem zakończono według ścisłych zasad jałowości. Jeśli miałoby ono następować w najbliższych dniach po zabiegu, to obserwowaliśmy często tuż po zabiegu objawy otrzewnowe. Trudno zaś przypuścić, by powstawało ono później gdy zlepy już dobrze ograniczają pole operacyjne. Przyznajemy jednak, że sączka nie należy przytrzymywać dłużej jak 4 — 5 dni, chyba że zachodzi specjalne wskazanie do tegoż.

My usuwamy gaziki po 2 — 3 dniach, zaś sączek gumowy po 4 — 5 dniach.

Nawiązując do sprawy zakażenia pola operacyjnego musimy podnieść, że zdanie niektórych autorów jakoby przez usunięcie pęcherzyka usuwało się zarazem siedlisko bakterji jest o tyle nieuzasadnione, że znajdują się one niewątpliwie w łożysku a często też przedostają się na pole operacyjne przy oddzielaniu pęcherzyka wypełnionego ropną zawartością, stanowiąc poważne niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny.

Pouczający jest przypadek S c h u l t z a uważającego się za zwolennika zamykania jamy brzusznej na głucho. Na 45 cholecystektomji 25 razy zamknął on brzuch bez sączkowania, w tem raz musiał ponownie otworzyć jamę brzuszną, z powodu ropnia jaki się wytworzył w łożysku (!). Jestto najlepszym dowodem, że zebrana podsurowicówkowo żółć czy też krew, może grozić zakażeniem, ponieważ o bakterje tu nie trudno.

Zupełnie już niesłuszne jest rozumowanie D e s m e r e s t a, porównującego stosunki operacyjne przy wycięciu pęcherzyka żółciowego ze stosunkami wyrostka robaczkowego. P y t a n i e: dlaczego tak często po ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, nawet gdy jest zlepiony i zrośnięty z otoczeniem, zamykamy jamę brzuszną bez sączka, jakoteż — czy jadowitość bakterji przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego jest większa niż w zapaleniu wyrostka robaczkowego — są bez podstawy, ponieważ:

wyrostek robaczkowy zwykle łatwiej daje się usunąć a jego kikut można dobrze zaopatrzyć i wpuklić,

po usunięciu wyrostka robaczkowego niema krwawiącego łożyska, które należy do narządu tak silnie ukrwionego jak wątroba, po wycięciu pęcherzyka żółciowego stosunkowo często wydziela się w operowanem polu żółć, będąc nawet w małej ilości dobrą pożywką dla bakterji i wreszcie

ropień, który się ewentualnie tworzy przy kikucie wyrostka robaczkowego niejednokrotnie bez naszej wiedzy otwiera się do kiszki po wycięciu zaś pęcherzyka tkwi w miejscu.

Do niedawna jeszcze wiele pisano o zaopatrywaniu kikuta przewodu pęcherzykowego widząc w dobrym jego zaopatrzeniu szczęśliwe wyjście i zabezpieczenie się przed pooperacyjnym żółciotokiem. Proponowano więc podwiązywać go w różny sposób — pojedynczo, podwójnie, przyszywać do tkanki otaczającej a nawet robić z niego węzeł, który już miałby być bezwzględnem zabezpieczeniem przed wypływem żółci. Tymczasem jak się przekonujemy, wypływ żółci z kikuta przewodu nie zdarza się tak często. Że powinno się go zaopatrzyć dokładnie i to najlepiej podwiązując go podwójnie w odległości $^1/_2$ cm to zrozumiałe, ale najważniejsze to zaopatrzenie łożyska. Jeśli usunęliśmy pęcherzyk podsurowiczo, zaopatrzenie łożyska nie sprawia żadnych trudności, jeśli nie — to musimy w łożysko włożyć dla bezpieczeństwa gumowy sączek. (Cystoklazy nie robimy).

W razie obecności kamieni w przewodzie wspólnym względnie wątrobowym postępujemy w dwojaki sposób:

jeśli rana w przewodzie po usunięciu kamieni nadaje się do szczelnego zeszycia a niema innych wskazań do sączkowania na zewnątrz, to stosujemy sączkowanie wewnętrzne, zszywając otwór w przewodzie kilkoma szwami strunowemi. Wyniki po takiem sączkowaniu mamy bardzo dobre;

jeśli natomiast przewód jest bardzo rozszerzony lub też założenie szwu na niego jest utrudnione, względnie jałowości żółci, która się ewentualnie stykała z polem operacyjnem — nie jesteśmy pewni — wówczas sączkujemy na zewnątrz. Używaliśmy do tego celu różnego rodzaju sączków gumowych, każdy jednak miał swe złe strony: jeśli dobrze odprowadzał żółć na zewnątrz i ku dwunastnicy, to był trudny do wyjęcia a jeśli wyjęcie jego było łatwe (zwykły sączek gumowy) to odpływ żółci był niedostateczny. Obecnie stosujemy z dobrem powodzeniem i ku zupełnemu naszemu zadowoleniu zwykły sączek gumowy, który w odległości 2—3 cm od końca posiada otwór. Koniec sączka wprowadzamy ku przewodowi wątrobowemu a otwór sączka znajduje się w miejscu jego zgięcia, tak by mógł przepuszczać żółć przez przewód wspólny do dwunastnicy. W razie chwilowej niedrożności przewodu cała żółć uchodzi na zewnątrz. W okolicy sączka pozostawiamy 2—3 setony z gazy a w razie potrzeby nawet cienki sączek gumowy. Otwór około sączka zmniejszamy o ile zachodzi potrzeba. Z tego sposobu jesteśmy zupełnie zadowoleni.

Zwężenia przewodu wspólnego po takim sposobie sączkowania nie obserwowaliśmy.

Wracając do właściwego tematu — zaznaczamy — że wprawdzie stosowaliśmy sączkowanie po wycięciu pęcherzyka żółciowego w przeważnej części naszych przypadków a tem samem mieliśmy może nieco przedłużone leczenie pooperacyjne, to jednak na tak znaczną stosunkowo liczbę przypadków operowanej kamicy pęcherzyka, nie mieliśmy ani razu pooperacyjnego zapalenia otrzewny mimo wykonywanych wielokrotnie zabiegów wśród ciężkich warunków. Przeciętna ilość dni szpitalnych na każdego chorego wynosiła 20.

Nie będziemy przytaczali wszystkich zwolenników zeszywania jamy brzusznej bez saczkowania, zaznaczamy tylko, że do grupy tej przyłączyły się ostatnie kliniki B i e r a i E i s e l s b e r g e r a.

Sprawa zamykania jamy brzusznej bez sączkowania jest najczęściej tematem prac niemieckich. Chirurdzy francuscy, włoscy, amerykańscy, polscy poza małymi wyjątkami (M a y o, D e s m e r e s t itd.) trzymają się bardziej stałych zasad postępowania.

Przyłączamy się w całości do oświadczenia De Q u e r v a i n a który pozostaje wiernym sączkowaniu po wycięciu pęcherzyka żółciowego.

Jeśli się znajdą przypadki, w których pęcherzyk daje się wyłuszczyć bezkrwawo i bez uszkodzenia łożyska, tak, że spodziewamy się gładkiego przebiegu pooperacyjnego — zamykamy brzuch na głucho.

Nie można chirurgji dróg żółciowych upodabniać do chirurgji żołądka czy też wyrostka robaczkowego, gdzie można postępować według pewnego określonego szablonu. W chirurgji dróg żółciowych musimy indywidualizować. Co przypadek to inne stosunki, wymagające coraz to innego postępowania.

Jakże nazwać nowy prąd za odrzuceniem sączkowania, jak nie przemijającym. Nie jeden zapewne chirurg próbował zamykać jamę brzuszną bez sączka, co mu się też niejednokrotnie udawało, aż poparzywszy się raz i drugi wracał do niego z powrotem. Wszak myśl zamykania jamy brzusznej bez sączka nie jest czemś nowem.

Dr. med. Zofja ANTONIAK-CZYŻEWSKA, Warszawa.
i Dr. med. M. PEKER.

Pepton jako środek przeciwkrwotoczny.

Z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Św. Ducha w Warszawie
Ordynator. Dr. Cz Otto

Klinika posiada obecnie cały szereg środków przeciwkrwotocznych: wapno, żelatynę, surowicę normalną końską, ergotynę, lecz żaden z tych środków nie odpowiada pokładanym w nich nadziejom. W poszukiwaniu środka energicznego i pewnego zwróciliśmy się do preparatów białkowych, jak mleko, pepton i t. p.

Zastrzykując obce dla ustroju białko, musimy zawsze liczyć się z możliwością wystąpienia anafilaksji, która w klinice jest zjawiskiem niepożądanem.

Pojęcie anafilaksji wprowadził po raz pierwszy do medycyny Ch. Richet i odtąd szeroką falą zaczęło ono ogarniać różne działy medycyny. Liczne badania, przeprowadzone celem poznania tego zjawiska, ostatecznego wyjaśnienia w tym kierunku nie dały. Zaobserwowano jedynie pewne przejawy, stale występujące u osobników uczulonych, ze strony krwi i naczyń krwionośnych (Biedl, Krauss, Arthus, Popielski).

Vidal stwierdził na wysokości napadu: 1) leukopenję, 2) procentowo wzmożoną ilość limfocytów, 3) obniżenie ciśnienia krwi, 4) obniżenie wskaźnika refraktometrycznego surowicy i 5) wzmożenie krzepliwości krwi. Według tegoż autora wstrząs świadczy nietylko o zmianach samej krwi, lecz jest wyrazem zakłócenia równowagi całego układu koloidowego ustroju.

Kopaczewski, Lumière i Couturier w pracach swych nad anafilaksją tłumaczą niektóre stałe zmiany ze strony krwi, występujące u osobników uczulonych, odchyleniami w budowie ciał koloidowych krwi.

W miarę posuwania się prac nad istotą zjawiska anafilaksji, coraz to dokładniejszego rozpoznawania jej przejawów oraz wyjaśnienia ich, zaczęto wyzyskiwać je w celach leczniczych. Do substancyj białkowych, wprowadzających zmiany w układzie koloidowym ustroju należy między innemi i pepton.

Proteinoterapja coraz bardziej rozszerza zakres swej działalności leczniczej, dając piękne wyniki, dziś powszechnie znane w dziedzinie schorzeń reumatycznych, chorób zakaźnych, wysięków opłucnych i otrzewnych, biegunkach, dychawicy oskrzelowej, chorobach konstytucyjnych, rozmaitych skazach i krwawieniach.

Na tem miejscu chcielibyśmy podnieść wpływ, jaki proteinoterapja wywiera na ten ostatni przejaw chorobowy. Szmidt pierwszy zaobserwował wybitny wpływ, jaki wywiera na krwawienia zastrzykiwanie substancji białkowych. Za nim poszedł Döllken, Van den Velden i inni. Wirth już w 1908 r. stosował proteinoterapję, jako środek przeciwkrwotoczny z bardzo dobrym wynikiem.

W klinice R. Szmidta przeprowadzono liczne badania nad istotą działania ciał białkowych w krwawieniach wszelkiego rodzaju.

Obserwacje przypadków chorobowych oraz przeprowadzone badania, które między innemi zmianami ze strony organizmu, wykazały wybitne zwiększenie krzepliwości krwi, dały wyniki bardzo zachęcające.

Rolę ciał białkowych, jako środków przeciwkrwotocznych, niejednokrotnie już podnoszono na łamach naszego piśmiennictwa; biorąc jednak pod uwagę doniosłość tego przejawu chorobowego, pragniemy się podzielić swemi obserwacjami, przeprowadzonemi na naszym oddziale.

Idąc za radami Zimmera, używaliśmy jako środka przeciwkrwotocznego nie mleka, które jest mieszaniną o niezupełnie ustalonym składzie oraz wielkiej drobinie białkowej, lecz peptonu firmy „L. Spiess i Syn", który całkowicie zadowolił nasze wymagania, a przyjąć pod uwagę należy, że przygotowanie Inject. peptoni, ze względów technicznych nie jest bynajmniej łatwe.

Obserwacje nasze uczą, że krzepliwość krwi wzmaga się po upływie 2—2½ godz. i na tej wysokości utrzymuje się do 12-tu godz., aby w tym czasie powoli zacząć opadać, a po 24 godz. dojść do stanu, jaki miał miejsce przed zastrzykiem.

Stosowaliśmy injekcje peptonu w ilościach 10, 5 i 3 cm^3, i otrzymywaliśmy we wszystkich przypadkach wzmożoną krzepliwość. Należałoby zatem z punktu widzenia klinicznego rozpatrzeć, czy minimalne ilości peptonu nie będą w stanie dawać takich rezultatów, jak większe ilości np. — 10 cm^3. Być może istota działania nie zależy od ilości wprowadzanego peptonu.

Opracowujemy obecnie rozwiązanie tego zagadnienia, spostrzeżonego pod koniec naszych obserwacyj klinicznych. W badaniu krzepliwości krwi posługiwaliśmy się szkiełkami zegarkowemi, obserwując pod lupą pobraną kroplę krwi, aby dokładnie, według sekundnika, oznaczyć początek i koniec krzepnienia. Wszystkie badania przeprowadzano w jednakowej temperaturze otoczenia.

Zapatrywania co do mechanizmu działania peptonu są podzielone. Jedni, jak Krauss i Biedl, uwzględniając anafilaktyczne działanie peptonu, uważają go za środek obniżający ciśnienie krwi, jaką drogą — to jeszcze leży w dziedzinie hipotez: działając wprost na mięśnie gładkie naczyń, czy też drogą układu nerwowego autonomicznego.

Pick i Whipple uzależniają spadek ciśnienia krwi, jak również zmniejszenie krwawienia, od skurczów drobnych naczyń krwionośnych w zakresie krążenia małego oraz żyły wrotnej, — stąd pośrednio mniejszy dopływ krwi do lewej komory.

Badacze angielscy, a z polaków Popielski, uzależniają spadek ciśnienia od rozszerzenia naczyń w zakresie nerwów trzewnych. Klinicysta Pollitzer zwrócił uwagę na rolę, jaką pepton odgrywa w przemianie wodnej ustroju wskutek skurczu zastawek żylnych w zakresie żyły wrotnej i małego krążenia: gromadzenie się wody w wątrobie oraz zaoszczędzenie wody przez ustrój. Zmniejsza się znacznie ilość wody, jaką rozporządzają jelita i stąd zmniejsza się liczba stolców.

Kroetz uważa, że pepton, jako produkt rozpadu obcogatunkowego białka, powoduje zwiększenie się ilości globulin we krwi, które przyciągają sole i wodę. Przewód pokarmowy w ten sposób ma mniejszą ilość wody do rozporządzenia i stąd wypływa zastosowanie peptonu we wszelkich schorzeniach, których objawem są biegunki.

Na naszym oddziale stosowaliśmy pepton w krwawieniach płucnych, jelitowych oraz z dróg moczowych.

Z pośród ogólnej liczby przypadków wybraliśmy kilka celem zilustrowania wyników, jakie mieliśmy po stosowaniu tego środka leczniczego.

Chory W. M., lat 27, student. Przybył na oddział 28. V. 28 r. Choruje od 2 lat. Kaszle, pluje dość dużo, miewa często stany podgorączkowe oraz bóle w piersiach. W dniu wczorajszym miał krwotok płucny; odtąd stale, za każdem odkaszlnięciem odpluwa krew. Rozpoznanie: *tbc. fibrocaseosa pulm. dextri et lobi sup. pulm. sin.* Mocz bez zmian. Ciśnienie krwi 110/60 mm^3 rtęci w/g Riva Rocci.

29. V. Ciepłota ciała 37,4. Osłabienie znacznego stopnia. Obfite krwioplucie. W płucach liczne rzężenia. Inject. Pepton 10% domięśniowo — 3 cm^3.

30. V. Krwawienie zmniejszyło się. C. 37,2, miejscowo niewielka bolesność. Ogólnego odczynu nie było.

31. V. Pepton domięśniowo 3 cm^3. Krwioplucie nieznacznego stopnia. Samopoczucie lepsze.

1. VI. Kilkakrotnie w ciągu doby chory odpluł krew w niewielkiej ilości. C. 37.

2. VI. Krwioplucie ustało. C. ciała 36,9. Rzężenia w płucach w cokolwiek mniejszej ilości słyszalne.

Chory pozostał na oddziale przez czas trzech tygodni. Krwotok nie powtarzał się. Wypisał się z poprawą.

II. Chory, R. Z., lat 36, handlowiec. Przybył na oddział z krwotokiem płucnym dnia 11. IV. 28 r. Choruje od roku. Kaszle, pluje, gorączkuje. W plwocinie wykryto prątki Kocha. Krwotok ma po raz trzeci. Czuje się ogromnie osłabiony. Od kilku dni ma ciepłotę powyżej 38.

Rozpoznanie: *tbc. pulm. destructiva ambilat. praecip. dextr.* Objawy jamy po stronie prawej w 2 miedzyżebrzu. Mocz bez zmian.

Ciśnienie krwi w/g Riva Rocci 100/54 mm^3.

12. IV. Początek krzepnienia krwi 2. 50 sek., koniec krzepnienia 6 m. 10 sek. Injekcja peptonu 10% — 10 cm^3.

W godzinę po zastrzyku początek krzepnienia 2 m. 25 sek., koniec krzepnienia 5 m. 47 sek.

W 2 godziny — początek krzepnienia 1 m. 35 sek., koniec krzepnienia 4 m. 13 sek.

W 4 godziny zdolność krzepnienia utrzymuje się na tym samym prawie co i w 2 godz. i trwa mniejwięcej do 12 godz., poczem zaczyna zmniejszać się, aby w 24 godz. po injekcji dać początek krz. 5 m. 51 sek., a koniec krz. 2 m. 39 sek.

13. IV. Krwioplucie cokolwiek mniejsze.

14. IV. Zastrzyk peptonu 10% — 10 cm^3.

15. IV. Nieznaczne bardzo krwioplucie.

16. IV. Zastrzyk peptonu 10 cm^3. W 10 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m. 0 sek., koniec krz. 5 m. 30 sek. Samopoczucie lepsze. Krwioplucie ustało.

17. IV. Krwioplucie nie powtarza się. Pocz. krz. w 24 godz. po inj. 2 m. 40 sek., koniec krz. 5 m. 50 sek.

Chory pozostał na oddziale jeszcze miesiąc, przez który to czas krwotok nie powtarzał się.

III. Chory M. P., lat 21 szewc. Przybył na oddział 23. VI. 28 r. Choruje od 10 miesięcy. Kaszle dużo. Odczuwa ból, zwłaszcza podczas kaszlu, pod prawą łopatką. Gorączkuje. Od trzech dni

pluje obficie krwią. Rozpoznanie: *tbc. pulm. dextri consumptiva et apicitis sin.* Mocz bez zmian. Ciśnienie krwi w/g Riva Rocci 117/62. Początek krzepnienia krwi 3 m. 24 sek. Koniec krz. 8 m. 21 sek. Zastrzyk peptonu 10% — 10 cm³.

W 2 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m. 6 sek., koniec krz. 5 m. 22 sek.

W 2½ godz. po zastrzyku pocz. krz. 1 m. 50 sek., koniec krz. 4 m. 50 sek.

W 6 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m., koniec krz. 4 m. 50 s.

W 12 godz. po zastrzyku pocz. krz. 2 m. 10 sek., koniec krz. 5 m.

W 24 godz. po zastrzyku pocz. krz. 3 m. 9 sek., koniec krz. 7 m. 53 sek.

Krwioplucie widocznie zmniejszyło się.

24. VI. Krwioplucie nieznacznego stopnia. Samopoczucie lepsze.

25. VI. Zastrzyk. pepton. — 10 cm³. Kilka razy w ciągu doby chory odpluwał krew.

26. VI. Krwioplucie ustało.

27. VI. Zastrzyk. pepton — 10 cm³. W 16 godz. po zastrzyku początek krzepnienia 2 m. 30 sek., koniec krz. 5 m. 45 sek. Samopoczucie dobre, osłabienie zmniejszyło się.

Po czterech tygodniach chory z nieznaczną poprawą, lecz bez krwawienia wypisał się ze szpitala.

IV. Chory F. W., lat 39, robotnik. Przybył do szpitala 30. V. 28 r. Od tygodnia odczuwa silne bóle brzucha. Stolce oddaje co 15—30 minut krwawe z dużą domieszką śluzu. Nie gorączkuje. Nie kaszle. Osłabiony ogromnie. Rozpoznanie: *colitis acuta haemorrhagica.* Bakt. Shiga Kruse w kale nie wykryto. Mocz normalny. Ciśnienie krwi 108/48 w/g Riva Rocci.

Chory otrzymuje tannalbinę z opium, oraz injekcją 30 cm³ surowicy normalnej końskiej — bez rezultatu w ciągu kilku dni. Stolce bardzo częste i krwawe za każdym razem.

4. VI. Zaczęto choremu stosować pepton w injekcjach domięśniowych, co drugi dzień w ilości 10 cm³ jednorazowo. Już po pierwszej injekcji peptonu po kilku godzinach chory uczuł poprawę: stolce stawały się mniej liczne, a parcie mniej dokuczliwe.

Po drugiej injekcji peptonu stolce kilka razy w ciągu dnia z niewielką domieszką krwi. Po trzeciej injekcji stolce trzy razy dziennie zaledwie podbarwione krwią. Po czwartej injekcji chemicznie i mikroskopowo w stolcu krwi nie wykryto. Po 10-ciu dniach stolec sformowany z normalną domieszką śluzu.

Chory pozostawał jeszcze na oddziale trzy tyg., aby wzmocnić się na siłach po przebytej chorobie i wypisał się z dużą poprawą stanu ogólnego.

V. Chory Z. S. lat 31 — robotnik. Przybył na oddział 5. IV. 1928 r. Dziedzicznie obarczony alkoholizmem. Przechodził zapalenie nerek, tyfus brzuszny, czerwonkę, a w 1927 r. lues. Obecnie czuje się bardzo osłabiony. Na twarzy, tułowiu i kończynach dolnych silne obrzęki. Tony serca głuchawe — 48 uderzeń na minutę. Tętno napięte. Wątroba powiększona, nieco zbolała. Śledziona — dolny brzeg wyczuwalny. Nerki na dotyk bardzo bolesne. Ilość dobowa moczu — 620 cm³, białka 4,8‰, w osadzie liczne wałeczki i leukocyty oraz 200—300 krwinek czerwonych w polu widzenia. WaR — ujemny. Azotu mocznikowego we krwi w litrze 64 mg. Ciśnienie krwi 210/160. Ciepłota ciała — 37,6. Rozpoznanie: *nephritis haemorrhagica.* Chorego poddano ścisłej diecie mleczno-jarzynowej oraz stosowano przez czas dłuższy szereg środków moczopędnych i przeciwkrwotocznych. Wobec wysokiego ciśnienia zrobiono upust krwi — 350 cm³. Diureza wzmogła się do 2100 cm³ na dobę, ilość białka w moczu zmniejszyła się do 2‰, azotu mocznikowego do 49 mgr. w litrze, jedynie krwawienie trwało bez zmian. Wobec tego, że wszelkie stosowane leki nie przyczyniły się do zmniejszenia krwawienia, dnia 1. VI. 1928 r. zaczęto choremu stosować pepton Spiessa 10% w dawkach po 5 cm³ jednorazowo. Początek krzepnienia krwi przed injekcją 3 m. 15 sek., koniec krzepnienia 5 m. 52 sek.

W 2½ godz. pocz. krz. 1 m. 50 sek., koniec krz. 3 m.

W 6 godz. pocz. krz. 2 m., koniec krz. 3 m.

W 12 godz. pocz. krz. 2 m. 5 sek., koniec krz. 3 m. 40 sek.

W 22 godz. pocz. krz. 2 m. 58 sek., koniec krz. 5 m. 5 sek.

W 26 godz. pocz. krz. 3 m. 5 sek., koniec krz. 5 m. 43 sek.

Ogółem zastosowano choremu 16 zastrz. peptonu 10% z rezultatem dodatnim: hematurja ustąpiła. Chory otrzymywał injekcje początkowo co parę dni, w zależności od tego, jak długo utrzymywał się odczyn ogólny pod postacią łamania w kościach, ogólnego niedomagania oraz lekkiego bólu głowy i wymiotów. Te ostatnie dwa objawy możnaby również wytłómaczyć niedomogą nerek. Po kilku zaś zastrzykach zaczęto je stosować co drugi dzień, albowiem odczyn ogólny nie występował.

Diureza po injekcjach wzmagała się — dobowa ilość moczu *doszła do 2300 cm . Ilość krwi w moczu stale się zmniejszała z 300—200 w polu widzenia do 100—50 i t. d., aż wreszcie chory zaczął oddawać mocz bezkrwawy — ani mikroskopowo ani chemicznie krwi nie wykryto. Stan ogólny chorego poprawił się znakomicie.* Od chwili rozpoczęcia kuracji peptonowej chory innych leków nie otrzymywał.

Powyżej wymienione przypadki ilustrują rolę peptonu, jako środka przeciwkrwotocznego.

Stosowaliśmy ten lek w czterdziestu kilku przypadkach, otrzymując każdorazowo wzmożoną krzepliwość krwi, przytem ani razu nie mieliśmy wyraźnego odczynu ogólnego i miejscowego, co właśnie, zdaniem Zimmera, warunkuje w proteinoterapji właściwości środka stosowanego na równi ze stałym jego składem.

Pepton, jako środek wzmagający krzepliwość krwi, w ostatnich czasach zaczął zwracać na siebie uwagę świata lekarskiego. W 1913 r. Pfeiffer wykazał, że małe dawki peptonu zastrzyknięte dożylnie, wywołują powiększenie się krzepliwości krwi.

Spostrzeżenia te potwierdził w 1922 r. Zunz. Obaj badacze nie potrafili sobie jednak zjawiska tego wytłumaczyć.

Dopiero Howell'owi udało się otrzymać z wątroby substancję, powodującą krzepnienie krwi, którą nazwał „heparina".

Według Oppenheimera „heparina" zawiera w znacznej ilości ciała, powodujące krzepnienie krwi, które znajdują się we wszystkich tkankach ustroju. Tem właśnie tłumaczy się, dlaczego Howell'owi udało się stwierdzić obecność „hepariny" nietylko we krwi, lecz i w innych organach.

Powstało zatem przypuszczenie, opierające się na powyższych badaniach, że właściwości peptonu zwiększania krzepliwości krwi, zależeć mogą od obecności w nim „hepariny".

Ostatnio Bothe E. Brüda, stosując metodę Howella w badaniach nad „heparina", otrzymał z peptonu substancję bardzo ze swych właściwości podobną do niej.

Biorąc zatem pod uwagę powyższe roztrząsania, stwierdzić musimy, że w szeregu środków przeciwkrwotocznych pepton niepoślednią odgrywa rolę.

Wygodny w stosowaniu, szybki w skutku, nie dający powikłań, powinien znaleźć szerokie zastosowanie w przypadkach tak poważnych objawów chorobowych, jak krwotoki.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI Lwów.
i Dr. Olga BALIKÓWNA.

Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) *).

Z pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie
Prymarjusz: Dr. Witold Lipiński

Jeszcze w roku 1925 na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie przedstawiłem po raz pierwszy wyniki pracy porównawczej nad odczynem Wassermanna a odczynem zmętnienia Meinickego. Badania te, wykonane w Instytucie Prof. Nowaka w Krakowie, obejmowały materjał 1000 surowic, przyczem stwierdziłem, że odczyn zmętnienia jest wysoce swoistym i przy łatwej technice daje szybko wyniki niezwykle przejrzyste. Odczynu Wassermanna nie może zastąpić; polecałem go natomiast każdej pracowni serologicznej, gdzie, wykonany równocześnie z odczynem Wassermanna, może oddać cenne usługi. Ówczesna zgodność z odczynem Wassermanna wynosiła 87,3%.

Wyniki badań obecnych opierają się na materjale pracowni bakterjologicznej lwowskiego oddziału zakaźnego. Obejmują one 4,778 surowic krwi, z którymi wykonano, w czasie od 1 stycznia 1926 do września 1928, odczyny Wassermanna, w stanie czynnym i unieczynnionym, co stanowi 9,556 odczynów Wassermanna. Równocześnie wykonywano w każdym przypadku odczyn zmętnienia Meinickego. Przy odczynie Wassermanna, zarówno z surowicą czynną jak i unieczynnioną, używaliśmy stale w naszej pracowni trzech wywoływaczy, posługując się metodyką uproszczoną Lipińskiego, polegającą, jak wiadomo, na użyciu trzech zmieszanych antygenów, uprzednio dokładnie wymiareczkowanych. W ten sposób otrzymywano wyniki jednolite i unikano rozbieżności. Jako dopełniacza używano dopełniacza świnki morskiej, konserwowanego 24%-wym roztworem soli kuchennej. Badania porównawcze, wykonane uprzednio w naszej pracowni, wykazały bowiem cenne zalety dopełniacza konserwowanego. Dopełniacz wiązano godzinę, w temperaturze lodowni, w temperaturze pokojowej i cieplarki (po

---

*) Podług wykładu, wygłoszonego na II Zjeździe Mikrobiologów i Epidemiologów polskich we Lwowie w r. 1928.

20 minut). Używano pięciokrotnej dawki amboceptora. Wyniki odczytywano po raz pierwszy w dwie godziny od chwili shemolizowania kontrol, po raz drugi i ostateczny dnia następnego, po kilkunastu godzinach trzymania w temperaturze lodowni.

Przy wykonywaniu odczynu zmętnienia Meinickego używano wyłącznie oryginalnego antygenu Meinickego. Wykonywano odczyn w połowie dawki, biorąc 0,1 ccm odwirowanej surowicy i 0,5 ccm rozcieńczonego antygenu. Wyniki odczytywano po raz pierwszy po dwóch godzinach, po raz drugi i ostateczny następnego dnia, w kilkanaście godzin później. Uważano za rozstrzygające skłaczkowanie. Zmącenia, występującego po kilkunastu godzinach, bez wykłaczenia, nie uważano za wynik dodatni.

Ponieważ już uprzednio podkreślano niejednokrotnie znacznie większą czułość odczynu Wassermanna z surowicą czynną, przestrzegając równocześnie przed nieswoistością, występującą w znacznym procencie w stanach fizjologicznych jak ciąża, połóg, lub w sprawach chorobowych jak gruźlica skóry, płuc i przydatków macicznych, przy raku i t. d., uważaliśmy za wskazane podjąć badania na znaczniejszym materjale surowic.

Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną.

Wykonano odczynów Wassermanna: ogółem	z surowicą czynną	z surowicą unieczynnioną	Otrzymano wyniki zgodne: ogółem	%	C. + N. +	C. − N. −
9.556	4.778	4.778	4.249	88,9	675	3.574

Otrzymano wyniki niezgodne: ogółem	%	C. + N. −	C. − N. +	Surowice samozwrotne (nieuwzględnione)
415	11,2	372 (7,7%)	43 (3,4%)	114

Jak wynika z przedstawionej tabelki, wykonano odczynów Wassermanna 9,556 a zatem, 4,778 z surowicą czynną i tyleż z surowicą ogrzaną w łaźni wodnej, przy temperaturze 56° przez pół godziny. Wyników zgodnych otrzymano 4,249, co daje 89.9% zgodności. Wyniki niezgodne otrzymano 415 razy, co stanowi 11,1% niezgodnych. Na tych 11,1% przypada 7,7% wyników dodatnich nieswoistych, gdzie odczyn Wassermanna z surowicą czynną dał wyniki dodatnie, przy ujemnym Wassermannie klasycznym. Wbrew ogólnemu twierdzeniu, jakoby czynny Wassermann był bezwzględnie czulszym od Wassermanna klasycznego, otrzymano 43 razy dodatnie wyniki z surowicami unieczynnionemi, przy ujemnym odczynie Wassermanna z surowicą czynną. Wassermann klasyczny okazał się zatem czulszym w 3,4% badanych przypadków.

Rozpatrując wyniki naszych badań porównawczych, stwierdzamy:

1) Znacznie większą czułość odczynu Wassermanna z surowicą czynną we wszystkich procesach kiłowych świeżych, jak również w okresie kiły utajonej.

2) Nieswoistość wyników dodatnich, dochodzącą do 7,7% przy czynnym Wassermannie, w stanach fizjologicznych jak ciąża, połóg i w schorzeniach, przebiegających z zaburzeniami przemiany materji, nie wykazujących żadnych zmian kiłowych ani klinicznie ani anamnestycznie, a zatem etjologicznie różnych od kiły.

3) Większą czułość odczynu Wassermanna klasycznego w pewnych przypadkach, dochodzącą, według naszych badań do 3,4%.

Wobec powyższych wyników musimy stwierdzić, że dodatni odczyn Wassermanna z surowicą czynną nie może żadną miarą posiadać rozstrzygającego znaczenia rozpoznawczego, o ile brak nam klinicznych objawów kiłowych lub dodatniej anamnezy w kierunku kiły. Wassermann czynny ujemny, jako przeważnie czulszy, przemawiać może w dużej mierze przeciwko etjologji kiłowej.

Odczyn Wassermanna z surowicą unieczynnioną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.).

Wykonano odczynów Wassermanna równocześnie z odczynem zmętnienia	Otrzymano wyniki zgodne: ogółem	%	W+ M+	W− M−	Otrzymano wyniki niezgodne: ogółem	%	W− M+	W+ M−
4.715	4.408	93,5	573	3.835	307	6,5	198 (4,2%)	109 (2,3%)

Jak wynika z przedstawionej tabelki, wykonano odczynów Wassermanna z surowicą unieczynnioną równocześnie z odczynem zmętnienia 4.715. Wyników zgodnych otrzymano 4.408, co stanowi 93,5% zgodności, przy 87,3% wyników zgodnych w roku 1925. Wyniki niezgodne otrzymano 307 razy, co daje 6 5% niezgodności. Wassermann klasyczny okazał się mniej czułym od odczynu zmętnienia w 4,2%, bardziej czułym natomiast w 2,3% badanych przypadków.

Odczyn Wassermanna z surowicą czynną a odczyn zmętnienia Meinickego (M T. R.).

Wykonano odczynów Wassermanna równocześnie z odczynem zmętnienia	Otrzymano wyniki zgodne: ogółem	%	W+ M+	W− M−	Otrzymano wyniki niezgodne: ogółem	%	W− M+	W+ M−
4.666	4.145	88,8	667	3.478	521	11,2	144 (3,2%)	377 (8%)

Jak wynika z przedstawionej tabelki, wykonano odczynów Wassermanna z surowicą czynną równocześnie z odczynem zmętnienia Meinickego 4,666. Wyników zgodnych otrzymano 4,145, co stanowi 88 8% zgodności. Wyników niezgodnych otrzymano 521, co daje 11,2% niezgodności. W 8% badanych przypadków Wassermanna z surowicą czynną okazał się czulszy od odczynu zmętnienia, ale i nieswoisty. W 3,2% badanych przypadków dawał odczyn zmętnienia wyniki wyraźnie dodatnie, przy lekkich zahamowaniach lub ujemnych wynikach odczynu Wassermanna z surowicą czynną.

Rzut oka na wyniki badań porównawczych nad odczynem Wassermanna a odczynem zmętnienia Meinickego wykazuje, że pod względem czułości na pierwszem miejscu idzie odczyn Wassermanna z surowicą czynną. Otrzymano bowiem na 4,788 badanych surowic, 947 dodatnich wyników, co stanowi 19,8%. Przy użyciu surowicy unieczynnionej otrzymano wyników dodatnich 718, co daje 15,2%. Odczyn zmętnienia Meinickego stoi pod względem czułości pośrodku, daje bowiem na 4,715 surowic w 771 przypadkach wyniki dodatnie, co stanowi 16,5%, względnie przy 4,666 odczynach a 811 wynikach dodatnich, 17,1%.

Porównanie wyników, otrzymanych przy poszczególnych odczynach, zbliży nas najbardziej do prawdy; byłoby zatem bardzo wskazanem, aby pracownie serologiczne wykonywały równocześnie, obok odczynu Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną, odczyn zmętnienia Meinickego.

Dr. Jadwiga GABSZEWICZ i Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

O działaniu radu w przypadkach zaćmy starczej.

Z Kliniki okulistycznej U. J. Prof. Dr. Majewskiego i Instytutu dla Curieterapji w Krakowie

Sprawa zaćmy postępującej i przyczyna jej powstawania zajmuje umysły uczonych od lat kilkudziesięciu, jednak do dnia dzisiejszego nie mamy dokładnego wytłumaczenia spraw, które przejrzystą soczewkę zmieniają w zaćmę.

Jeden z pierwszych zajmujących się tą sprawą, Otto Becker, podaje jako przyczynę zaćmy — sklerozę jądra, kurczenie

się takowego, rozluźnienie przez to włókien kory, w następstwie ich rozpad i zaćmienia soczewki.

Peters dowodzi, że dla dobrego, prawidłowego odżywienia soczewki, koniecznem jest, żeby miała ona większą zawartość soli (wyższe molekularne stężenie) aniżeli ciecz wodna. Wskutek zmian starczych w nabłonku ciałka rzęskowego zwiększa się molekularne stężenie cieczy wodnej, następują zaburzenia w odżywianiu soczewki i zwyrodnienie.

Badania nad zawartością wody (Deutschmann, Priestley, Smith) w soczewkach zaćmionych i przejrzystych, w jądrze i korze podczas postępowania zaćmienia soczewki nie dały żadnych wyników.

Spostrzeżenia Schön'a, że nadzwroczność i Vacher'a, że niezborność oczu bywa przyczyną zaćmy zupełnie nie znalazły potwierdzenia.

Więcej mają dziś zwolenników teorje, które tłumaczą, że przyczyną powstawania zaćmy są zmiany nie miejscowe, a ogólne: samo życie daje nam wiele zjawisk, potwierdzających pogląd np. zaćma u chorych na cukrzycę, zaćma po pewnych ogólnych zatruciach np. ergotaminą (Tepliaschin), zaćma po ciężkich chorobach zakaźnych (zapalenie opon mózgowych, dur), zaćma w charłactwie i w stanach wywołujących drgawki. Jedno wiemy z pewnością: *gdy w soczewce oka ludzkiego rozpocznie się zwyrodnienie, wywołujące zaćmienie, nie zatrzymuje się ono prawie nigdy, albo też* tylko w bardzo nielicznych przypadkach i prędzej czy później doprowadza do zupełnego zaćmienia soczewki i utraty wzroku.

Mamy wprawdzie moc przywrócenia wzroku przez operację zaćmy, ale jest to zawsze zabieg ciężki, na który nieraz jest trudno zgodzić się starcom, ponadto okres dojrzewania zaćmy bywa długi i przykry dla chorych. Zdarza się też zresztą nieraz, że pomimo całej umiejętności i wprawy, wysiłków i dobrej woli ze strony chorego, oko zabiegu nie zniesie i albo częściowo albo zupełnie ginie.

Tem samem uzasadnione są rozliczne poszukiwania sposobów innych, nie operacyjnych, które pozwoliłyby zatrzymać lub cofnąć rozpoczęte zwyrodnienie w soczewce.

Działanie promieniowań, jako to promieni świetlnych słońca, Roentgena i ostatnio radu na zdrową soczewkę z jednej strony, a stosowanie owej energji promienistej w celach leczniczych w zwyrodnieniach soczewki z drugiej strony, stało się przedmiotem badań w ostatnich czasach.

Co do wpływu promieni słońca na soczewkę, to Hirschberg spostrzegał, że w Indjach, w krainie palących promieni słońca, zaćma występuje przeciętnie o dwadzieścia lat wcześniej niż u nas, co wskazywałoby na ujemny wpływ promieni słońca na soczewkę.

Schwitzer i Schulek dowodzą, że pracownicy wiejscy, pracujący na roli, częściej zapadają na zaćmę niż mieszkańcy miast, wskutek szkodliwego działania ultrafioletowych promieni.

Birch-Hirschfeld zajmował się sprawą działania promieni Roentgena i radu na oko. Opisuje on kilka przypadków poważnego uszkodzenia oka przy stosowaniu leczniczem promieni Roentgena, w żadnym jednakże z tych przypadków nie stwierdzono zaćmień w soczewce. Próbował on również doświadczalnie działania promieni Roentgena i radu na oczy królików. Stosował przy tem dawki duże, które wywoływały obrażenia powierzchownych i głębokich części oka, nie udało się mu jednak nigdy wywołać zaćmień w soczewce.

Hippel stosując rad na brzuch ciężarnej samicy królika wywołał zaćmę u płodów.

Tribondeau i Belley naświetlali promieniami Roentgena oczy nowonarodzonych kotów przez pięć dni i w taki sposób wywoływali zaćmę, uwarunkowaną zmianami przedniej warstwy nabłonka soczewki.

Tribondeau i Lafargue wywoływali ją nawet u dorosłych zwierząt.

Spostrzegano wreszcie przedwczesne pojawianie się zaćmy u ludzi pracujących, zawodowo promieniami Roentgena.

Powyższe zjawiska dowodziłyby, że jednak energja promienista nie jest obojętna dla soczewki oka, ma jakiś wpływ na stosunki w soczewce, ale działanie promieni słońca i Roentgena jest raczej szkodliwe, niszczące.

Potężne działanie promieni radu na tkanki i komórki żywego ustroju, szczególniej zaś na tkanki schorzałe, tak szeroko stosowane już w wielu gałęziach medycyny, zachęciło nas do prób i badań w tym kierunku, czy nie możnaby uzyskać *przy pomocy energji promienistej radu,* zahamowania i cofnięcia zwyrodnienia prowadzącego do zaćmienia soczewki.

Pierwszym, który takowe próby podjął był amerykanin Koster. Próby leczenia zaćmy starczej radem na większą miarę prowadzili amerykanie M. Cohen i L. Levin (1919). Sprawozdanie ich obejmuje dwadzieścia przypadków, których czas obserwacji wynosił od trzech miesięcy do roku. Uzyskali oni w dwunastu wypadkach polepszenie, wyrażające się w poprawie wzroku i w zmniejszeniu zagęszczeń w soczewce. W dalszych trzech przypadkach była tylko poprawa wzroku bez zmniejszenia zaćmień w soczewce, w dwóch przypadkach tylko zmniejszenie zaćmień bez poprawy wzroku, a w trzech przypadkach stan pozostawał bez zmian.

Badania Cohena i Levina nie mogą się jednak ostać dokładniejszej krytyce: roczny czas spostrzegania jest tu zbyt krótki, gdyż znamy przypadki mające szereg lat, gdzie zaćmienie soczewki posuwa sią bardzo wolno. Zdarzają się nawet, chociaż nieliczne samoistne cofania się zaćmy. Z większem zaufaniem do wyników prób tych będziemy mogli się odnieść, gdy czas obserwacji uczynimy dłuższym i przeprowadzimy statystykę porównawczą z przypadkami, którymi jednocześnie się opiekowano, a które nie były leczone wcale.

Nasze badania prowadzimy w Klinice i w Instytucie leczenia radem od dwóch i pół lat.

Zdajemy sprawę z czternastu przypadków, których czas obserwacji od rozpoczęcia leczenia wynosi co najmniej siedm miesięcy (2 przypadki), dwa przypadki około półtora roku, a dziesięć około, albo dłużej niż dwa i pół lat, najdłużej 32 miesięcy. Jako poprawę stanu chorego uważamy polepszenie bystrości wzroku, sprawdzone na podstawie odczytywania tablic Snellena z odległości 6 metrów i z odległości 35 cm i wyjaśnienie zaćmień w soczewce na podstawie porównania rysunków zaćmień wykonanych przed i w ciągu leczenia. W sprawozdaniu naszem pomijamy przypadki, które były niewystarczająco spostrzegane, odnoszące się do chorych, którzy po jednorazowem zastosowaniu radu nie zgłosili się więcej do leczenia, ani do sprawdzenia tak, że ich dalszy los pozostał nam nieznany.

Wynik naszych prób leczniczych da się określić w sposób następujący: *polepszenie uzyskaliśmy w pięciu przypadkach, wstrzymanie sprawy w siedmiu, dalszy postęp zaćmień w dwóch, z tych jednak żaden nie posunął się tak, by zaćma dojrzała do operacji.*

Szczegółowy opis przytaczamy tylko tych przypadków, które wykazały wyraźną poprawę.

Przypadek 1. — M. S. l. 54 żona kupca zgłosiła się w kwietniu 1926 r. z powodu pogorszenia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/18, (33% normy), szkła nie poprawiają.

Z bliska odczytuje tablice Snellena 1,0: 0,8 ze szkłem sferycznem + 1,8.

Lewe oko: takież.

Przy prześwietleniu stwierdzono w obu oczach na obwodzie soczewki w pobliżu równika dość gęste zaćmienia, dochodzące prawie do samego równika.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens oculi utriusque.*

Chora otrzymała w ciągu dwóch lat 7 naświetlań radem.

Ostatnie badanie kliniczne 14. XII. 1928 wykazało:

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/8, (75% normy), — z bliska Snellen 0,5 ze szkłem sferycznem + 1,25.

Lewe oko: 6/18, (33% normy, — z bliska Snellen 1,5; 0,5 ze szkłem sferycznem + 0,5.

W przypadku tym bystrość wzroku podniosła się w prawem oku z 33% na 75%, lewe oko pozostało bez zmiany. W obu oczach zaćmienia pozostały ułożone jak poprzednio.

Czas obserwacji 32 miesiące.

Przypadek 2. — M. A. lat 54, kobieta, zgłosiła się 12 grudnia 1927 r. z powodu osłabienia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko: 6/36 (18% normy): z bliska Snellen 1,0 ze szkłem sferycznem + 4,0.

Lewe oko: takież.

W obu oczach w soczewce dołem obwodowe gęste zaćmienia, w środku obłoczkowate rozlane.

Rozpoznanie: *Cataracta nucleocorticalis oculi utriusque incipiens.*

Chora dostała trzy naświetlania radem.

Ostatnie badanie dnia 14. VII. 1927 wykazuje:

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/24 (25% normy), z blizka widzi jak poprzednio.

Lewe oko 6/18 (33% normy), z blizka jak poprzednio.

W przypadku tym bystrość wzroku podniosła się w prawym oku z 18% na 25%, w lewem oku z 18% na 33%. Zaćmienia centralne w soczewce znikły, pozostały zaćmienia obwodowe.

Czas obserwacji 7 miesięcy.

Przypadek 3. — E. L. lat 84 kobieta, zgłosiła się 4. III. 1926 z powodu osłabienia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko: liczy palce na dwa metry, szkła nie poprawiają.

Lewe oko: 6/60 (10% normy), ze szkłem sferycznem + 2 6/18 (33% normy). Z bliska Snellen 1,0, ze szkłem sferycznem + 6.

W prawem oku w soczewce obwodowe i centralne gęste zaćmienia, w lewem oku obwodowe gęste zaćmienia, środek przejrzysty.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens nucleo - corticalis oculi utriusque*. Chora dostała trzy naświetlania radem.

Ostatnie badanie 24. VII. 1927 wykazuje:

Bystrość wzroku: Prawe oko: 6/24 (18% normy) ze szkłem sferycznem + 2,5. Lewe oko takież. Z blizka jak poprzednio.

Poprawa w oku prawem wyraża się podniesieniem bystrości wzroku do 50% normy, a w lewem oku z 10% na 18% bez szkieł, a z 33% na 50% przy użyciu szkieł. Zaćmienia w soczewkach obu oczu mniej gęste.

Czas obserwacji 15 miesięcy.

Przypadek 4. — B. W. lat 58 kobieta, zgłosiła się dnia 20. VI. 1926 z powodu pogorszenia się wzroku oka prawego.

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/60; ze szkłem sferycznem — 5,5 6/8 (75% normy). Z blizka Snellen 0,5. Lewe oko 6/18; ze szkłem sferycznem + 1,25 6/6 (normalna).

W prawem oku w soczewce sektorowate zaćmienia obwodowe.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens oculi dextri.*

Chora dostała 5 naświetlań radem.

Ostatnie badanie 23. X. 1928 wykazuje:

Prawe oko: bystrość wzroku 6/60; ze szkłem sferycznem — 5,5 6/6 (normalna). Z blizka Snellen 0,5. W lewem oku jak poprzednio.

W tym przypadku bystrość wzroku podniesła się na chorem oku z 75% do normy. Chora cierpi od lat na cukrzycę z wysokim odsetkiem cukru w moczu.

Czas obserwacji 30 miesięcy.

Przypadek 5. — M. A. lat 67 kobieta, zgłosiła się dnia 13. X. 1926 z powodu pogorszenia wzroku.

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/12 (50% normy), szkła nie poprawiają. Z blizka Snellen 0.5 ze szkłem sferycznem + 1.75. Lewe oko: 6/24 (25% normy), szkła nie poprawiają. Z blizka Snellen 1,0 ze szkłem sferycznem + 3,0.

W obu oczach w soczewkach centralne i obwodowe drobne zaćmienia.

Rozpoznanie: *Cataracta incipiens oculi utriusque.*

Chora dostała 5 naświetlań radem.

Ostatnie badanie 7. V. 1928 wykazuje:

Bystrość wzroku: Prawe oko 6/36 (18% normy); ze szkłem sferycznem — 2 5 6/6 (normalna). Z blizka Snellen 0 5. Lewe oko: 6/36 (18% normy); ze szkłem sferycznem — 2, 75 6/8 (75% normy). Z blizka Snellen 1 0.

Zaćmienia w obu soczewkach drobniejsze.

W tym przypadku wzrok w dal bez korekcji pogorszył się, ale przy pomocy szkieł wklęsłych znaczna poprawa wzroku *(myopia e cataracta formanda)*. Wnioskujemy o poprawie, ponieważ zaćmienia wyraźnie zmniejszyły się.

Czas obserwacji 18 miesięcy.

Stosowaliśmy rad silnie sączony. Używaliśmy sączków platynowych grubości 0,5 mm i 1 mm. Aplikatory umocowywano przy zamkniętem oku na powiece górnej przylepcami i, zalepiano całe oko. W ten sposób powicka chroniła rogówkę przed bezpośredniem zadziałaniem radu. W niektórych przypadkach stosowaliśmy sączek odległościowy: (1 — 3 mm między aplikatorem i skórą).

Dawka obliczona była tak, że skóra powieki nie doznała zmian. Wynosi ona na powiece zależnie od wrażliwości chorych około 70 miligramgodzin. Zastosowanie na poszczególne oko trwało 6 — 10 godzin. Powtarzano je w odstępach 2 miesięcy. W żadnym przypadku nie stwierdziliśmy jakiegokolwiek ubocznego szkodliwego działania radu na inne części oka.

Z pośród chorych leczonych radem stwierdziliśmy w dwóch przypadkach że nie było ani poprawy, ani zatrzymania całkowitego procesu chorobowego. Dalszy postęp choroby nastąpił jednak bardzo nieznacznie, mianowicie w jednym przypadku wzrok podupadł w lewym oku z 33% na 25%, a w prawem pozostał bez zmiany. W drugim przypadku wystąpiła w prawem oku krótkowzroczność *(myopia e cataracta formanda)*, w lewem zaś wzrok polepszył się nieco.

Jednocześnie z naszemi próbami leczenia zaćmy radem zajmowaliśmy się w ciągu tego samego okresu czasu 45 chorymi z początkującą się zaćmą. jednak *nieleczonymi* wcale. Z tych przypadków *żaden nie wykazał poprawy*, 13 pozostało bez zmian, 32 uległo pogorszeniu, w tem 10 tak znacznemu że można je było operować.

Jeżeli więc *zestawimy i porównamy los przypadków zaćmy leczonych radem i nieleczonych* w tym okresie czasu, zauważymy znaczną różnicę.

	Dalszy postęp choroby	Stan bez zmian	Poprawa
14 przyp. leczonych radem	2 (14,2%)	7 (50 %)	5 (35,7%)
45 przypadków nieleczonych	32 (71,1%)	13 (28,8%)	0 (0%)

W wyciąganiu ostatecznych wniosków co do leczenia zaćmy radem musimy być bardzo ostrożni, gdyż, jak już wspomnieliśmy wyżej, znane są przypadki samoistnego wstrzymania sprawy, jednakże cyfry naszej statystyki porównawczej dowodzą, że *zatrzymanie postępu choroby w przypadkach leczonych radem nie jest czemś przypadkowem*, ale związanem z działaniem zastosowanego środka. Fakt, że żadna ze spostrzeganych przez nas zaćm, leczonych radem nie posunęła się wyraźnie naprzód, dalej, że w kilku przypadkach otrzymaliśmy polepszenie, świadczyłoby, że *mamy w radzie czynnik leczniczy dużej wartości, także przy leczeniu zaćmy.*

Na czem polega istota jego działania w soczewce nie wiemy, jak i nie znamy jej przy stosowaniu radu w innych gałęziach medycyny, w których tak wielkie oddaje usługi.

Czy zastąpi on nam kiedy metodę operacyjną, czy też oddali tylko od chorego czas utraty wzroku, tego dziś powiedzieć nie możemy; licznych i wieloletnich badań jeszcze na to potrzeba i udoskonalenia metody, aby działanie jej uczynić jaknajskuteczniejszem.

Piśmiennictwo:

Becker Otto: Pathologie und Therapie des Linsensystems. Graefe-Saemi I. Aufl. — Deutschmann: Untersuchungen zur Pathogenese der Katarakten. I. Aufl. Arch. f. Ophtalmol. Bd. 23. 3. Deutschmann: Fortgesetzte Untersuchungen zur Pathogenese der Katarakt. Arch. f. Ophtalm. Bd. 25. 2. — Schmid-Rimpler: Zur Aetiologie der Katarakten. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. S. 246. 1883 J. — Schmidt-Rimpler: Zur Aetiologie der Kataraktenwicklung im mittleren Lebensalter. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. S. 92. 1904. — Leber: Zur Pathogenese der Katarakt. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 43. 1. S. 380. — Peters: Zur Pathogenese der Katarakt. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 43. 1. S. 621. — Desbrières et Bargy: Un cas cataracte due a une décharge électrique industrielle. Ann. d'Ocul. 133. P. 118, 1905. Preindlsberger: 3 Fälle von Katarakt nach Blitzschlag. Wien. Klin. Wochenschr. S. 314. 1901. — Iwanoff: Les conséquences de la foudre sur la vision. Soc. franc. d'Ophtalmol. II P. 463. — Birch-Hirschfeld: Zur Wirkung der Roentgenstrahlen auf das menschliche Auge. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 46. 2 S. 129. 1908. — Birch-Hirschfeld: Die Wirkung der Roentgen — und Radiumstrahlen auf das Auge. Graefes. Arch. f. Ophtalm. Bd. 59. 1904. — Hans Meyer: Die Wirkung der Roentgenstrahlen auf das Auge. — W. Deane Butcher, M. R. C. S. London: Ueber die Grundlage der Roentgen und Radiumtherapie. — Cohen i Lewin: Journ. of. Amer. Medic. Assoc. 1919. — J. Lewin: Amer. Journ. of. Roentgenology 1920.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Warszawa.

Udział Rządu w walce z gruźlicą*).

Udział czynników rządowych w walce z gruźlicą w innych państwach jest bardzo różny, np. system angielski ześrodkowuje całą akcję przeważnie w ręku czynników urzędowych i wykazuje dążność do coraz większego jej ujednostajnienia w tym kierunku. System francuski w znacznej mierze opiera się na czynnikach społecznych, mając organizację napół oficjalną „Comité Nationale" na czele, uprawnioną do prowadzenia całości akcji. Prawdziwą mozaikę przedstawiają Stany Zjednoczone: niepodobna scharakteryzować w kilku słowach tamtejszej akcji przeciwgruźliczej; zdawałoby się jednak, że istnieje tendencja przejmowania czynności w zakresie walki z gruźlicą przez czynniki oficjalne. Prof. Freeman (un. John'a Hopkins'a), jeden z największych autorytetów w dziedzinie administracji i organizacji sanitarnej, uważa rolę czynników społecznych za konieczną dla rozbudzenia w społeczeństwie myśli o samoobronie przeciw klęskom społecznym. Z chwilą jednak, gdy społeczeństwo jest dostatecznie uświadomione, należy, zdaniem doświadczonego profesora, przekazać całą akcję organizacyjną czynnikom oficjalnym ze względu na większą sprawność i oszczędność w wydatkach.

---

*) Referat wygłoszony w dniu 30 czerwca 1928 na Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w Poznaniu.

Postaram się scharakteryzować pokrótce działalność państwową innych krajów w dziedzinie, nas obchodzącej.

1. W Danji rząd bierze bardzo znaczny udział finansowy w zakładaniu i utrzymaniu szpitali, sanatorjów, domów opiekuńczych itp. Opłata w tych zakładach waha się od 4—3 koron duńskich dziennie. Z tego państwo płaci $1/2$—$3/4$ utrzymania za niezamożnych. Jest to pojęcie bardzo szerokie. Do „niezamożnych" zalicza się wszystkich ubezpieczonych, w uznanych przez Państwo Kasach Chorych i ich dzieci poniżej lat 15, czyli mniej-więcej 60% całej ludności. Resztę opłaca Kasa, względnie za nieubezpieczonych gmina pochodzenia.

W ten sposób każdy gruźlik może być leczony.

2. Francja nie posiada wprawdzie ustawy, posiada natomiast rozporządzenie, odnoszące się do poszczególnych fragmentów walki z gruźlicą, a więc o organizacji przychodni z r. 1916, o sanatorjach z r. 1919 i dekret z r. 1920 również o sanatorjach.

a. Rozporządzenie o przychodni nadaje prefektowi prawo nadawania przychodniom praw instytucji publicznej oraz praw kontroli ich działalności. Rozporządzenie przewiduje różne źródła dochodu dla organizacji i prowadzenia przychodni; udział państwa nie jest określony.

b. Rozporządzenie o sanatorjach przewiduje udział państwa na urządzenie i prowadzenie sanatorjów tak zwanych publicznych, przyczem pomoc ta nie może przewyższać połowy kosztów. Prawo to przedstawia się dość niejasno: niewiadomo, kto ma obowiązek zakładania sanatorjów, zawiera jednak wyraźne omówienie, że jeśli taki departament nie ma własnego sanatorjum, to jest obowiązany zapewnić chorym gruźliczym, którym przysługuje prawo bezpłatnego leczenia, odpowiednią liczbę łóżek drogą umowy z innem sanatorjum publicznem lub prywatnem. Ponieważ samorządy departamentowe nie były w stanie zdobyć się na odpowiednią liczbę łóżek, państwo podnosiło subwencje rządowe, dochodzące w roku bieżącym do kwoty 60 miljonów franków na walkę z gruźlicą, w czem 24 miljony na budowę sanatorjów.

3. W Szwajcarji opracowano projekt kompletnej ustawy przeciwgruźliczej w roku 1925. Wprowadzenie jej w życie jest sprawą dłuższą wobec skomplikowanej procedury, tam obowiązującej. Wydatki na walkę z gruźlicą ponoszą kantony i gminy. Udział Federacji wynosi do 25% wydatków, przez co nabywa się prawo kontroli wydatkowania funduszów. W pewnych specjalnych wypadkach udział Rady Związkowej może wynosić do 33%.

4. Stany Zjednoczone przedstawiają, jak to było wyżej powiedziane, mozaikę różnorodną. Na jaknajwiększą uwagę zasługuje organizacja i prawodawstwo Stanu New-York. Gruźlica jest tam wydzielona z szeregu innych zagadnień, przepisy prawne są opracowane w najdrobniejszych szczegółach i przedstawiają całość logiczną, przejrzystą i wszechstronną. Główny nacisk położono na tworzenie szpitali — są to właściwie szpitale-sanatorja, ciężar budowy i utrzymania tychże spada na gminy (county). Każda gmina (county), mająca 35.000 lub więcej mieszkańców, jest obowiązana założyć szpital dla gruźliczych. Gminy, które tego nie zrobiły do roku 1918, zostały zmuszone przez stanowego komisarza do spraw zdrowia w ciągu 5-ciu lat do wykonania tego zarządzenia pod jego kierunkiem i kontrolą.

Wydział Zdrowia Stanu New-York poza tem prawem przymusu, prawem zatwierdzania planów instytucyj przeciwgruźliczych i prawem kontroli ich czynności jest obowiązany do prowadzenia statystyki gruźliczej, dostarczania możności bezpłatnego badania plwociny, prowadzi propagandę przeciwgruźliczą oraz ma bezpośredni nadzór nad sanatorjum Ray - Brook, ponadto jedynie lekarze urzędowi mają prawo kwalifikowania chorych do tego sanatorjum.

5. Rząd włoski wydał, jak wiadomo, ustawę o przymusowem ubezpieczeniu przeciw gruźlicy.

6. Anglja posiada obszerne ustawodawstwo, dotyczące zwalczania gruźlicy. Kierownictwo akcją spoczywa w rękach Ministerstwa Zdrowia, które posiada wydział walki z gruźlicą. Plany walki z gruźlicą, opracowane przez większe samorządy, są obowiązkowo przedstawiane do zatwierdzenia Ministerstwu zdrowia. Koszty są w połowie ponoszone przez państwo, w połowie przez samorządy; istnieje specjalny, dość wysoki, podatek od dochodu na zdrowie publiczne, z czego pewien procent jest przeznaczony zgóry na walkę z gruźlicą. Organizacje społeczne National Association for the prevention of tuberculosis, a więc NTA i jego członkowie zachowały sobie wyłącznie akcję wychowawczo-propagandową. W niektórych miejscowościach organizowane są komitety społeczne w celu dostarczenia pracy gruźlikom, którzy wyszli z zakładu. W ten sposób społeczeństwo interesuje się całą sprawą minimalnie, uważając, że spełnia obowiązek, płacąc podatek, powinno zatem otrzymać w zamian wszystkie świadczenia w postaci urządzeń rozpoznawczych, leczniczych itd. O skuteczności organizacji angielskiej mówią fakty i cyfry spadku umieralności na gruźlicę. Ponadto istnieje specjalny fundusz pomocy dla ubogich, oparty na t. zw. poor law, którego znaczna część idzie na opłatę kosztów leczenia ubogich, chorych na gruźlicę.

Muszę szczególnie podkreślić jedno spostrzeżenie, które mię uderzyło przy zwiedzaniu w roku ubiegłym szeregu instytucyj w hrabstwie Lancashire, dokąd, jako do wzorowego okręgu pod względem organizacji przeciwgruźliczej, zostałam skierowana przez Ministerstwo Zdrowia w Londynie.

Lancashire posiada małe zakłady lecznicze na 50—60 łóżek, rozrzucone po całej „county", ściśle związanemi z określonemi przychodniami i prowadzone przez urzędowych lekarzy, jednocześnie kierowników przychodni. Pomimo, że zakłady zapewniają odpowiednie wygody, dobrą opiekę, warsztaty pracy (personel jest b. dobrze wynagradzany) itd., są one tańsze, niż wielkie instytucje na setki łóżek. Tak przynajmniej twierdzi tamtejszy „tuberculosis officer" — coś w rodzaju komisarza do walki z gruźlicą.

Należy zwrócić uwagę na wysiłek, zrobiony w dziedzinie polepszenia sprawy mieszkaniowej w Anglji, która to sprawa jest uważana za najważniejszy czynnik zdrowotny, szczególnie w walce z gruźlicą. Rząd udziela na budowę tanich higjenicznych mieszkań bardzo znacznych zapomóg, wynoszących kilka miljonów funtów rocznie.

Władze państwowe sanitarne w Polsce wysunęły od początku istnienia sprawę walki z gruźlicą. W ówczesnych projektach nie brak ani jednego elementu, niezbędnego dla całości akcji przeciwgruźliczej. Działalność Rządu w ogólnych zarysach i w silnem skróceniu przedstawia się w roku 1917 w następujący sposób:

Departament Zdrowia Publicznego przy ówczesnem Ministerstwie Spraw Wewnętrznych uzyskał od okupantów zgodę na zarządzenie zgłaszania śmierci z powodu gruźlicy płuc i krtani. W tym samym roku okupacja austrjacka zgodziła się na zgłaszanie gruźlicy otwartej. Po przekazaniu spraw sanitarnych lekarzom polskim otrzymali ci ostatni polecenie zajęcia się sprawą walki z gruźlicą.

Rok 1918 stanowi pewnego rodzaju epokę: w tym roku utworzono w Ministerstwie Zdrowia referat walki z gruźlicą pod kierunkiem dra Stefana Rudzkiego. Wtedy to została wprowadzona rejestracja instytucyj przeciwgruźliczych oraz opracowany bardzo obszerny plan walki z gruźlicą i zapoczątkowano propagandę przeciwgruźliczą.

W maju tego roku został opracowany projekt ustawy przeciwgruźliczej, o którym Rada Lekarska wyraziła się z wielkiem uznaniem, uważając, że daje „mocne i trwałe" podwaliny do walki państwowej z gruźlicą i, jako taki, powinien wejść w życie jaknajprędzej.

W tym samym roku została wydana zajmująca odezwa do duchowieństwa, mająca na celu wciągnięcie tegoż do podkomisji walki z gruźlicą. Odezwa rozwija całkowity program akcji przeciwgruźliczej, kładąc nacisk na współdziałanie społeczeństwa w tej akcji.

W 1918 roku, jako skutek okólników i odezw Ministerstwa Zdrowia, stwierdza się b. znaczny ruch przeciwgruźliczy na obwodzie — wiadomości pochodzą z b. okupacji niemieckiej — a więc tworzenie oddziałów i sal dla gruźlicy w szeregu miejscowości.

Za inicjatywą lekarzy powiatowych w 28 miasteczkach przystąpiono do organizacji przychodni. Cały szereg sejmików (12) wstawił do swych budżetów fundusz na walkę z gruźlicą, zaczęto organizować kolonje letnie, zwykłe i lecznicze.

Magistrat Warszawy w tym roku zarządził wyodrębnienie gruźlików w osobnych oddziałach, tworzą się również sanatorja w Nieni i Otwocku.

Jeżeli weźmie się pod uwagę, że odnośne dane zebrane są tylko z b. zaboru niemieckiego i że akcja rozwija się w warunkach b. trudnych, należy ją podkreślić jako b. wielki krok naprzód.

W 1919 r. Ministerstwo Zdrowia zwróciło się okólnikiem do wszystkich okręgowych urzędów zdrowia (a przez nie do lekarzy powiatowych) z wezwaniem do prowadzenia intensywnej akcji przeciwgruźliczej przez zorganizowanie sieci poradni, oddziałów izolacyjnych, leżalni, uświadomienia najszerszych warstw przez propagandę. Okólnik zawiera obietnicę zwrotu $1/3$ kosztów prowadzenia poradni.

W tym samym roku wydano rozporządzenie w sprawie otwierania przy szpitalach oddziałów dla chorych gruźliczych oraz zakaz przyjmowania do pracy personelu nauczycielskiego, chorego na gruźlicę.

W tymże roku opracowano przepisy dla przychodni, obejmujące wymagania co do lokalu, urządzeń i wzoru budżetu oraz wzory sprawozdań. W tym roku również rozpoczęto inspekcje od Warszawy, gdzie zostały zwizytowane przychodnie oraz zatwier-

dzono program i organizację I-go kursu dla pielęgniarek-wywiadowczyń przeciwgruźliczych dla całej Polski. Urządzeniem kursu zajmowało się Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

Również w roku 1919 został opracowany obszerny memorjał w sprawie gruźlicy chirurgicznej. Należy zaznaczyć, że dotąd jest to sprawa najbardziej u nas zaniedbana.

W tym samym roku opracowano projekt budowy I-go ludowego sanatorjum.

W roku 1920, w celu przyciągnięcia społeczeństwa do akcji przeciwgruźliczej i zwiększenia dopływu pieniędzy społecznych, opracowany został projekt utworzenia związku towarzystw i instytucyj, pracujących na polu walki z gruźlicą. Centralą towarzystw miała być Główna Komisja walki z gruźlicą, któraby organizowała komisje wojewódzkie. Do składu Komisji Głównej wchodziłby Minister Zdrowia Publicznego, naczelnik Wydziału chorób zakaźnych i referent walki z gruźlicą. Do zadań komisji należałaby koordynacja działalności towarzystw społecznych, współdziałanie w tworzeniu instytucyj przeciwgruźliczych oraz propaganda. Dalsze tendencje przyciągnięcia sił społecznych do współpracy i najwybitniejszych znawców sprawy wyraziło się w utworzeniu Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy, do którego, między innymi, weszli najwybitniejsi lekarze-społecznicy: prof. Sokołowski, prof. Wiczkowski, Seweryn Sterling i inni. Zebranie organizacyjne przyjmuje b. szeroki i kompletny program działalności: a) wciągniecie do akcji przeciwgruźliczej samorządów, Kas Chorych, towarzystw społecznych, Tow. Czerwonego Krzyża, b) jako środki walki z gruźlicą komitet przyjmuje konieczność tworzenia przychodni, oddziałów izolacyjnych i sanatorjów, szczególnej opieki nad młodzieżą i dziećmi, organizację kursów dla lekarzy i pielęgniarek, utworzenie szkoły pielęgniarskiej, walkę z gruźlicą u bydła i szeroką propagandę drogą organizowania t. zw. dni przeciwgruźliczych. Jako schemat organizacyjny przyjęto tworzenie wojewódzkich komitetów, których regulamin opracowano. Za podstawę racjonalnej akcji komitet uznał konieczność wydania odpowiedniej ustawy. Ogólny kierunek pracy komitetu miał spoczywać w reku Ministerstwa Zdrowia.

Tendencja „uspołecznienia" walki z gruźlicą była wysuwana przez czynniki urzędowe od dawna. Projekt utworzenia Polskiego Związku Przeciwgruźliczego spotyka się już w roku 1919. Projekt ten przechodzi różne ewolucje, przyjmując wreszcie realne kształty w roku 1924, odkąd ówczesny Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Dr. Czesław Wroczyński jednocześnie prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego nadał akcji przeciwgruźliczej bardziej społeczny charakter i rozbudował budżet rządowy na walkę z gruźlicą. Uznając ważność udziału organizacyj społecznych, Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, późniejszy Departament Służby Zdrowia, usilnie popierał i popiera organizacje Polskiego Związku Przeciwgruźliczego moralnie i materjalnie. Mając tak dużą samodzielność, towarzystwa społeczne mają możność złożenia egzaminu dojrzałości w dziedzinie programowej akcji przeciwgruźliczej.

Rok 1926 przyniósł opracowanie projektu rozporządzenia Prezydenta o zwalczaniu gruźlicy. Projekt ten nie został zatwierdzony w charakterze rozporządzenia, konieczne przeto staje się wprowadzenie pod obrady izb ustawodawczych projektu ustawy przeciwgruźliczej.

Jeśli pierwszym i zasadniczym etapem akcji przeciwgruźliczej jest praca b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, która dała podwaliny i program zupełny, do którego możnaby dodać chyba szczegóły, jeśli drugim etapem jest pociągnięcie czynników społecznych do współpracy, to przyszła ustawa zapoczątkuje etap trzeci — obowiązek samorządów prowadzenia akcji przeciwgruźliczej na własnym terenie i własnemi siłami.

Do zakresu tego, co Rząd powinien i może uczynić dla walki z gruźlicą należy zatem: 1) ustawodawstwo, 2) legalizacja systemu walki z gruźlicą i zatwierdzanie planów, 3) nadzór, 4) finansowanie częściowe akcji.

1. Ustawodawstwo powinno uwzględnić: a) przymus zgłaszania przypadków śmierci i zachorzeń z gruźlicy, b) uprawnienie dostarczania aparatu rozpoznawczego, leczniczego i zapobiegawczego. Ustawa winna przewidzieć udział wszystkich b e z w y j ą t k u czynników, zainteresowanych w walce z gruźlicą, oraz określić ich udział finansowy. W odniesieniu do chorego należy przewidzieć możność uzyskania rozpoznania, bezpłatnego dla niezamożnych, możność leczenia każdego chorego, przytem jako kryterjum winno być przyjęte odzyskanie zdolności do pracy, zabezpieczenie chorego, niezdolnego do pracy, lub zmuszonego do zmiany zajęcia skutkiem przepisów ustawowych, wreszcie zabezpieczenie rodziny chorego na gruźlicę.

2. Do czynników rządowych winno należeć opracowanie planu polityki zdrowotnej w zakresie walki z gruźlicą przy udziale doradczym i opinjodawczym czynników fachowych. O ile akcja poradniana nie nasuwa prawie żadnych wątpliwości, o tyle sprawa lecznictwa gruźliczego nie ma określonego kierunku i charakteru. Zdawałoby się słusznem ze względów zasadniczych i oszczędnościowych popieranie leczenia domowego pod opieką lekarza przychodni. W Stanach Zjednoczonych zaznacza się silny prąd w tym kierunku; sanatorjum jest traktowane jako zakład w znacznej mierze instrukcyjny.

U nas natomiast ze względów mieszkaniowych i kulturalnych zakłady specjalne dla gruźliczych są niezbędne i należy dążyć do osiągnięcia teoretycznej liczby przynajmniej 1 łóżka na 1.000 mieszkańców.

Należy zdecydować się co do charakteru tych zakładów: czy mają to być oddziały szpitalne przy szpitalach istniejących, czy rozrzucona gęsta sieć małych specjalnych zakładów, jak tego chciał śp. prof. Sokołowski, dalej, czy te zakłady mają przedstawiać typ szpitali-sanatorjów, czy pozostaje status quo: koncepcja oddziałów izolacyjnych, które w gruncie rzeczy stają się umieralniami, i sanatorjów, do których skierowywani są chorzy bez poprzedniej obserwacji szpitalnej.

Stojąc na gruncie obecnej ustawy o zakładach leczniczych, „obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach, wydzielonych z powiatów, zaś szpitali specjalnych dla osób psychicznie chorych oraz dla innych kategoryj chorych, które oznaczą osobne ustawy, — na wojewódzkich związkach komunalnych".

Nasuwa się koncepcja tworzenia oddziałów obserwacyjno-izolacyjnych powiatowych, wystarczających dla powiatu, zaś jako dla kategorji „chorych specjalnych" zakładania przez związki wojewódzkie, obsługujące terytorjum województwa, wojewódzkich sanatorjów.

Wydaje się, że plan tego rodzaju, opierający się na regionaliźmie w dziedzinie lecznictwa gruźlicy, pokrywa się z zasadą terytorjalności, przyjętej w dziedzinie czynności poradni jak również znakomicie z zasadą lekarską leczenia we własnym klimacie.

Granice rejonu, obsługiwanego przez dany zakład, pokrywałyby się z granicą administracyjną, co ułatwiłoby finansowanie danej instytucji, kwalifikowanie chorych itp.

Oczywiście jest rzeczą zupełnie możliwą, że część innego województwa, ciążąca dzięki np. środkom komunikacyjnym lub warunkom terenowym czy etnograficznym, weszłaby w związek regjonalny z województwem, inicjującem budowę zakładu. Wyczuwa się tendencję Kas Chorych (co nie jest treścią mego referatu) wyodrębnienia się całkowitego w zakresie lecznictwa sanatoryjnego, byłoby jednak pożądane przystąpienie każdorazowe miejscowych oddziałów Kasy Chorych do związku celowego wojewódzkiego dla budowy sanatorjum wspólnego z czynnikami samorządowemi i społecznemi. Inicjatywa czynników oficjalnych w sprawie poczynań regionalnych w zakresie np. rolnictwa, planów rozbudowy itp. powinnaby znaleźć wyraz w pomyśleniu planu akcji zdrowotnej, której częścią najważniejszą jest walka z gruźlicą. Rząd winien podnieść tę inicjatywę przez władze II instancji, udzielając jej moralnego i materjalnego poparcia (o czem niżej). Rolę doradczą, niezmiernie ważną, mogą tu odegrać czynniki społeczne, zorganizowane w Wojewódzkiem Towarzystwie Przeciwgruźliczem, względnie tworzące radę do spraw wojewódzkiego sanatorjum (prewentorjum), w której prócz Twa wojewódzkiego byłyby reprezentowane czynne towarzystwa prowincjonalne prowadzące przychodnię (lub więcej), uznaną za posiadającą prawa publiczności. W ten sam sposób wyobrażam sobie utworzenie prewentorjów wojewódzkich.

Reasumując pkt. 2, uważam, że do Rządu należy inicjatywa takiego planu, opracowania go w szczegółach przy udziale czynników fachowych, zatwierdzanie poszczególnych projektów regjonalnych.

Do punktu 3-go włączam nadzór nad zakładami przeciwgruźliczemi, jako kontrolę ich działalności, oraz odpowiednie ich kwalifikowanie.

Nadzór nad zakładami leczniczemi określa rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. b. r. Do czynników rządowych należy prawo wydawania pozwoleń na otwarcie przychodni przeciwgruźliczych, szpitala, czy sanatorjum oraz nadawania im prawa publiczności, zależnie od tego, czy odpowiadają przepisom sanitarnym. Z chwilą wejścia w życie odpowiedniej ustawy zostanie wydane odnośne rozporządzenie wykonawcze.

Wymagania dla przychodni przeciwgruźliczych są prowizorycznie określone w okólniku Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z roku 1926. Należy podkreślić, że rola centralnych czynników rządowych polega nie na zatwierdzaniu planów poszczególnych objektów, lecz na współpracowaniu i aprobacie projektów, dotyczących

kompleksu urządzeń przeciwgruźliczych dla pewnych terytorjów, któremi powinny być jednostki administracyjne (województwa).

Plan ten powinien obejmować cały kompleks urządzeń, a więc przez przychodnie do prewentorjów i szkół specjalnych z jednej strony, i do szpitali, sanatorjów i warsztatów pracy z drugiej. Władza nadzorcza powinna być jednolita dla wszystkich tych instytucyj iześrodkowywać w jednych rękach niezależnie od tego, pod jaką firmą zarząd istnieje.

Pkt. 4. Sprawa finansowania dotąd przedstawiała się w formie udzielania subwencyj, które wynosiły dla przychodni średnio 3 do 7% ogólnych wydatków, dla zakładów leczniczych była bardzo różna. Akcja zapomogowa była rozproszkowana i bez określonego planu, nie mówiąc o tem, że przedstawia „kroplę w morzu" ogólnych potrzeb. Ta niedostateczność udziału finansów rządowych była przyczyną przeciągania budowy pewnych zakładów, trwającej latami i strat materjalnych, wynikłych z powodu wzrostu cen w budownictwie, przez co zakład, budowany kilka lat, kosztował znacznie więcej, niż gdyby został zbudowany w ciągu 1—2 sezonów.

Z organizacją i prowadzeniem przychodni samorządy powinny sobie dać radę pod względem finansowym, szczególnie wobec tendencji porozumienia się z niemi Kas Chorych i pewnego udziału towarzystw społecznych, chociaż ten ostatni udział jest zwykle płynny i stanowi nieznaczny odsetek. Oczywiście, że pewien udział Skarbu Państwa może tu być przewidziany. Wydaje się jednak, że nie będzie to stanowiło poważnego zagadnienia finansowego.

Rząd powinien wziąć b. wydatny udział w budowie zakładów leczniczych dla gruźliczych oraz prewentorjów. Drogą najracjonalniejszą byłoby stworzenie znacznego funduszu pożyczkowego, przeznaczonego na cele pożyczek dla samorządów (związków celowych) itp. dla budowy wymienionych zakładów. Utworzenie takiego funduszu stanie się sprawą palącą z chwilą wejścia w życie odpowiedniej ustawy.

Jest tendencją ustawodawstwa przerzucenie ciężarów zakładania i utrzymywania zakładów leczniczych na samorządy. W obawie, aby zarządzenie nie pozostało na papierze skutkiem trudnych warunków finansowych samorządów, należy tym samorządom przyjść z wydatną pomocą. Należy zaznaczyć również wydatny udział Rządu w finansowaniu budowy i utrzymania szkół pielęgniarskich.

Ponadto wysuwa się zagadnienie uzdrowisk dla chorych gruźliczych. Jest to sprawa niezmiernie ważna i dotad u nas nieuporządkowana. Departament Służby Zdrowia, uznając jej ważność, postawił ją na porządku dziennym pierwszego posiedzenia Naczelnej Państwowej Rady Zdrowia polecając mi opracowanie odpowiedniego referatu. Należy podkreślić, że władze centralne państwowej służby zdrowia potraktowały temat z całą otwartością, nie zamykając oczu na cały szereg niedomagań i braków w tej dziedzinie.

Streszczając krótko referat, przytoczę te postulaty, które uważać należy za najpilniejsze: 1) konieczność utworzenia okręgów sanitarnych dla grup uzdrowisk, względnie miejscowości, które mogą stać się uzdrowiskami. Okręgi podkarpackie mogłyby objąć np. pewne doliny, a więc 1. Dolina Prutu — Jaremcze, Worochta, Mikuliczyn, Delatyn, Tatarów, 2. Dolina Oporu — Skole, Hrebenów, Tuchla, 3. Dolina Dunajca — Szczawnica, Krościenko, Czorsztyn, Sromowce Wyżnie, 4. Okolice Zakopanego: Olcza, Poronin, Bukowina, Murza-Sichle.

2. Utworzenie komisyj uzdrowiskowych.

3. Opracowanie i zatwierdzenie planów regulacyjnych i regjonalnych uzdrowisk.

4. Opracowanie dla tych uzdrowisk szczegółowych przepisów sanitarnych.

5. Zaopatrzenie tych miejscowości w dobrze urządzone i zaopatrzone w środki diagnostyczne przychodnie.

6. Kontrola istniejących tam sanatorjów i ich regulaminów.

7. Uregulowanie sprawy transportu chorych gruźliczych do uzdrowisk.

Postulaty te są rozwinięciem postanowień znowelizowanej ustawy o uzdrowiskach z roku bieżącego.

Sprawą niezmiernie ważną, choć zdawałoby się związaną tylko pośrednio z zagadnieniem gruźlicy, jest sprawa mieszkaniowa. Rozporządzenie Prezydenta z dnia 16. II. 1928 r. o prawie budowlanem i zabudowaniu osiedli przewiduje plany zabudowania dla miast i miasteczek. Plany powinny uwzględniać wymogi zdrowotne.

Przepisy zarówno dla gmin miejskich i uzdrowisk, jak i dla gmin wiejskich, przewidują odpowiednią wysokość pomieszczeń, wielkość okien, wzniesienie podłóg nad powierzchnią itp. Należy oczekiwać, że to rozporządzenie będzie miało duży wpływ na podniesienie zdrowotności, a w szczególności na spadek liczby zachorzeń na gruźlicę. Doniosłą rolę odegra tu konsekwentne przeprowadzenie tej ustawy w życiu drogą kontroli rządowej i ułatwień finansowych.

Do zakresu czynności urzędowych należy wydawanie zarządzeń i wykonawstwo w dziedzinie kontroli mleka i zakażonego gruźlicą bydła.

Poważnem zagadnieniem jest sprawa pracy i zarobkowania dla gruźlików-chroników, których dalsze leczenie jest bezcelowe. Należy liczyć się z tem, że t. zw. „zdolny do pracy" chory na gruźlicę posiada zaledwie 50% zdolności do pracy. Zatrudnienie tych ludzi, danie im możności pozostawania pożytecznymi członkami społeczeństwa i utrzymania się o własnych siłach jest sprawą, nad którą powinno się zastanowić Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Tyle o roli czynników rządowych.

Zaznaczyć tu należy, że centralne władze państwowe służby zdrowia posiadałyby 2 organy doradcze: Naczelną Państwową Radę Zdrowia z odpowiednią komisją, na której obrady przychodziłyby pewne zagadnienia organizacyjne ogólnopaństwowego znaczenia ze względu na udział w Radzie przedstawicieli ministerstw, instytucyj naukowych i ubezpieczeniowych, oraz Polski Związek Przeciwgruźliczy do spraw fachowo-lekarskich, reprezentujący ważki głos społeczeństwa, zorganizowanego w towarzystwach o charakterze prywatnym, i prowadzący akcję propagandową na szeroką skalę i instrukcyjną w zakresie kształcenia personelu i techniki pracy przychodnianej.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. B. GRULEWSKI. Mor. Ostrawa.

Sprawozdanie z kongresu neurologów w Hamburgu (13. IX. — 15. IX. 1928.

Głównym tematem tegorocznego kongresu był: *wegetatywny układ nerwowy*. Referentami byli: W. Braeucker (Hamburg), E. Schilf (Berlin), I. P. Karplus (Wiedeń), E. P. Pick (Wiedeń), E. Frank (Wrocław), H. Curschmann (Rostock). W. Braeucker referuje *anatomję i chirurgję* systemu nerwowego. Omawia więc wszelkie, nowe zdobycze anatomiczne z punktu widzenia chirurga, który zabiegiem stara się usunąć chorobę względnie ból. I tak między innymi zajmuje się migreną z porażeniami ocznemi (Moebius), która ma swe źródło nie w n. współczulnym (części szyjnej), a w trigeminus, wreszcie przechodzi do etjologji neuralgji Sludera, która nie polega na schorzeniu ganglion sphenopalatinum, lecz części końcowej aparatu nerwowego szczęki górnej, a bóle stąd biegną przez trigeminus i sympatikus do centrum. Włókna wegetatywne, idące od sympatikus i vagus lub innych nerwów mózgowo-rdzeniowych tworzą na poszczególnych narządach osobne zwoje nerwowe, w których nie można już rozróżnić włókien współczulnych od innych. Zwoje te nerwowe z punktu anatomicznego są samoistnemi tworami, majacemi fizjologicznie zdolność samoistnego życia, nawet gdy tracą połączenie z centrum. Właściwość tę posiadają nawet przy braku komórek gangljowych. Morbus Basedowa nie da się chirurgicznie uleczyć z powodu szczególnego unerwienia gruczołu tarczykowego, podobnie i angina pectoris jakoteż i asthma bronchiale; kryzy zaś gastryczne, o ile zabieg wykonany jest centralnie, mają pewne widoki zdaniem Foerstera.

b) E. Schilf (Berlin), omawia *fizjologję roślinnego układu nerwowego*, a więc fizjologję obwodowych ganglików współczulnych, uwzględniając zdobycze histologiczne Stöhra młodszego. Następnie omawia nowe zapatrywania co do czynności obwodowych splotów nerwowych a więc szczególnie ich rytmiczność, mająca być właściwością organów roślinnych, czego jednak nie udowodniono dotychczas dostatecznie. Czynność narządów roślinnych regulują nietylko nerwy, ale i ciała we krwi się znajdujące, np. hormony (adrenalina, pituitryna), lub następowo powstałe związki histaminowe. Obecność tych związków chemicznych utrudnia — rzecz jasna — zbadanie czynności roślinnych nerwów: dzięki im też nie następuje zwyrodnienie organu po przecięciu odnośnego nerwu roślinnego. Wreszcie omawia szybkość przewodnictwa w nerwie roślinnym, która nie dorównuje szybkości w nerwach mózgowo rdzeniowych z wyjątkiem uczucia bólu narządów jamy brzusznej. Toż samo tyczy się i chronaksji; wreszcie zajmuje się referent unerwieniem naczyń, które powoduje ich rozszerzanie i zwężanie. Właściwość ta jest w związku z fizjologią humoralną.

c) I. P. Karplus (Wiedeń): *fizjologja ośrodków roślinnych*. Ośrodki te wywierają stały toniczny wpływ na narządy i działają regulująco przez swą odruchową pobudliwość. Istnieją ośrodki podniecające i zwalniające, a są podporządkowane ośrodkom rośli-

nym wyższego rzędu. Prawdopodobnie podniecającemu działaniu nerwu współczulnego towarzyszy zawsze zwalniające działanie nerwu parasympatycznego i naodwrót. W hypothalamus wykazano ośrodek regulujący równowagę ciepła i zapotrzebowanie wody. Stąd też i z rdzenia przedłużonego odbywa się regulacja przemiany materji. W rdzeniu przedłużonym jest ośrodek naczyniowy. Corpus striatum wywiera regulujący wpływ na liczne czynności wegetatywne. Nie wykazano dotychczas centrow troficznych, któreby wyłącznie służyły odżywczej przemianie materji. Wreszcie omawia referent zagadnienie snu. Konieczne są dalsze badania.

d) E. P. Pick (Wiedeń): *Farmakologja roślinnego układu nerwowego:* Istnieją środki lekarskie i trucizny które mają swoiste powinowactwo do ośrodków roślinnych i narządów końcowych. Działanie farmakologiczne zawisłe jest nadto od wielkości dawki od jej stężenia i czasu trwania działania, jakoteż od każdorazowej wrażliwości odnośnych części układu nerwowego. Nie da się więc ściśle przeprowadzić podział na środki sympatyczne i parasympatyczne, a nawet może być działanie odwrotne (amphotropiczne). Środki lekarskie, działające na zakończenie nerwów roślinnych (więc i na narządy końcowe) znamy lepiej niż te, które działają na ośrodki. Do pierwszych zaliczamy pobudzającą adrenalinę, porażającą ergotoksynę — co do sympatikus — jakoteż grupę muskarynową, — pobudzającą — i grupę atropinową — porażającą — co do parasympatikus. Nadto sole Ca, K, hormony nadnercza, gruczołu tarczykowego gl. parathyr., gruczołów płciowych itd. oddziaływują bezsprzecznie na system roślinny.

Wreszcie omawia referent działanie środków nasennych, narkotyków, antipiretyków, morfiny i atropiny itd. które w pewnych dawkach działają na pewną ściśle ograniczoną, część mózgu (nader ciekawe doswiadczenia z magnesium jako środkiem nasennym). Skoro środki te dłużej działają lub o silniejszych są dawkach wywołują i w innych częściach mozgu drugorzędne odczyny, powodując działanie mieszane, podniecające lub przytłumiające roślinne ośrodki. W ten to sposob można w przybliżeniu określić punkt zaczepienia środkow lekarskich, jakoteż i działanie pewnych miejsc w mózgu. Odpowiednie mieszanie środków lekarskich z róznymi punktami zaczepienia w centrum, moze różne celowe wywoływać skutki. Nadto środki lekarskie mogą pobudzić lub też hamować ośrodki roślinne nie tylko bezpośrednio ale i pośrednio na drodze odruchowej z obwodu. Wreszcie zawisła jest pobudliwość ośrodków od chemicznej i fizycznej jakości krwi (woda, sól, zawartość cukru i t. d.). Jako doświadczalnie udowodnionem przyjąć można, że w corpus striatum, thalamus, regio subthalamica, w tuber i hypophysis, w corpora quadrigemina, wreszcie w medulla oblongata i spinalis są ośrodki roślinne, na które możemy oddziaływać środkami lekarskiemi. W zwykłych warunkach są one w równowadze i mogą być pobudzone lub hamowane albo z kory mózgowej lub też z obwodu, jakoteż przez krew.

e) E. Frank, Wrocław: *Klinika i patologja roślinnego układu nerwowego:* Z całej pełni zagadnień, w grę tu wchodzących, omawia prelegent cztery: 1) Problem somatycznej wegetatywnej neurozy, 2) Znaczenie centrów w śródmózgowiu dla patologji, 3) Wrażliwość wegetatywną, 4) Schorzenia organiczne jako skutek czynnościowych zaburzeń układu roślinnego.

Ad 1) Przyjmując teorje Fr. Krausa (wielki system roślinny), jakoteż hipotezy Krausa i Zondeka i Howella Zondeka (sympatikus i adrenalina-calcium parasympatikus i acetylcholin-kalium), dochodzi do wniosku, że nieprawidłowe odczyny roślinne unerwionych narządów nie muszą polegać na stałym napięciu, lub na nadwrażliwości ośrodków i że farmakodynamiczne próby nie wystarczają, by wykazać wagotonję lub sympatikotonję, sensu strictiori. Odnosi się to zastrzeżenie szczególnie do pilokarpiny, atropiny i adrenaliny, które wcale nie działają na vagus ani na sympatikus lecz na wegetatywną część ruchową komórki. Za silny odczyn na farmakologiczne środki tak sympatiko- jak i parasympatikomimiczne jest znamieniem nienormalnej wrażliwości narządu. Pseudovagotoniczny zespół objawów stwierdzamy przy różnych postaciach tetanji (brak jonów Ca w sokach). Histamina wyzwalająca się z komórek wywołuje anafilaktyczny schock. Prawdziwą wagotonję widzimy po wymóżdżeniu, u ludzi zaś spotykamy ją w paralysis agitans i w parkinsionismie: ślinotok, łzawienie, hydrorrhea nasalis, poty, uczucie gorąca, zwyższona temperatura skóry z powodu rozszerzenia naczyń tętniczych, ograniczone obrzęki, supersekrecja gruczołów, bezwiedne oddawanie moczu i stolca. Sympatokoniczny kompleks widzimy w wielu przypadkach thyreotoksikozy.

Ad 2) Przyjmuje się istnienie szeregu ośrodków roślinnych w szarej części hypothalamus, i tak ośrodek regulujący ciepłotę, ośrodek dla utrzymania równowagi, wody, soli, węglowodanów, białka, tłuszczu, i ciał purynowych, itd. Referent przyjmuje tylko istnienie ośrodka ciepłoty, inne odrzuca lub kwestjonuje, przypisując ważny wpływ mechanizmowi humoralnemu. Ze stanowiska patologa jest rola ośrodków roślinnych bardzo wątpliwa. Choroba Basedowa, cukrzyca, diabetes insipidus, konstytucjonalne otłuszczenie — z punktu patogenezy — nie są neurozami. Pewnem jest jednak, że silne wyładowanie się centrow (na tle afektów) są jednym z momentow wywołujących chorobę. Możliwe, że z wiekiem przeważają zaburzenia w ośrodkach — esentionalna hipertonja, łagodna cukrzyca u starszych ludzi, zaburzenia przy przekwitaniu, — ale i tu podniety humoralne są ważnym czynnikiem, jakoteż i hormonalny brak równowagi.

Ad 3) Wrażenia z organów wewnętrznych idą drogami roślinnemi. Uczucie bólu, np. przy angina pectoris, kolkach, zdaje się odczuwamy za pośrednictwem n. współczulnego. Dają się one usunąć przez znieczulenie paravertebralne. Nie jest wykluczone, że i vagus pośredniczy w niektórych sensacjach, np. przy nudnościach, (jama brzuszna) lub przy uczuciu strachu i zniszczenia, przy nagłych uszkodzeniach mięśnia sercowego. Na przykładzie anginy pectoris widzimy jak trudno ocenić, co właściwie powoduje atak bólu, czy skurcz ścian naczyniowych, czy też ich rozciągnięcie, czy niedokrwienia.

Ad 4) Referent omawia kwestję powstawania organicznych schorzeń z czysto czynnościowych roślinnych zaburzeń np. przy chorobie Raynauda, wrzodzie żołądka, schorzeniu dróg żółciowych, przy samoistnych rozszerzeniach przełyku, i miażdżycy.

f) H. Curschmann (Rostock): *Somatyczna symptomatologja nerwic narządow.* Ilość nerwic kurczy się w miarę postępu nauki. Odpadły liczne, nerwice trawienne, gdy wykazano, że ich powodem jest wrzód żołądka lub dwunastnicy, lub gastritis praeulcerosa, schorzenia woreczka żółciowego, wiąd rdzenia, zatrucie ołowiem, itd., albo równoważnik migreny, lub thyreotoxikosa. Istnieją jednak schorzenia, które i dzisiaj uważamy za nerwice, gdyż ich psychiczna geneza i uleczalność, jakoteż brak somatycznych zmian przemawiają za monosymptomatyczną nerwicą, np. połykanie powietrza, przeżuwanie u dorosłych, kardiospasmus, pylorospasmus itd. Wiadomo jednak, że z wyjątkiem przeżuwania mogą one być objawem miejscowych zmian anatomicznych np. wrzodu lub zaburzeń roślinnych, stojących atoli poza kręgiem nerwic np. migreny alergicznej lub innych odczynów alergicznych, thyreotoksikozy, tetanji, i ich równoważników. Istnieją więc stany przejściowe od wyżej wspomnianych syndromów i wegetatywnych nerwic, — do nerwic narządów.

W dalszym ciągu omawia symptomatologję nerwic żołądkowych, których geneza może być bardzo różna, np. jako równoważnik migreny, tetanje, thyreotoksykozy, allergje, lub psychiczne działanie. Ta „polygenja" jest charakterystyczną właściwością wszystkich nerwic narządów, a więc spotykamy ją i przy angiospastycznych reakcjach mózgu, serca, w zakresie splanchnikus, nadto przy asthma, przy nerwowych obrzękach i innych wysiękowych sprawach. Prawdopodobnie znajdziemy analogje i w drogach żółciowych i w jelicie grubem, jakoteż i w nerwicach dróg moczowych (urina spastica, w padaczce, napadzie histerycznym lub migreny), również przy stanie podniecenia, strachu i odpowiedniej sugestji. Znane są nerwice pęcherza (incontinentia) nie mówiąc już o zaburzeniach w sferze seksualnej, gdzie trudnoby było wyemancypować się i skasować pojęcia nerwic. Wszystkie więc narządy, jakoteż czynności, pozostające pod wpływem układu współczulnego lub parasympatycznego, mogą być siedliskiem schorzeń. Niezupełnie jasnemi są schorzenia, które tłumaczymy „konstytucją", np. (dziedziczne przeżuwanie), jaśniejszemi zaś, o ile są następstwem „pozostałością" anatomicznych zmian, występujących w postaci fobji np. przymusowe oddawanie moczu, stolca lub przymusowe wymioty itd. Konieczne jest dokładnie śledzić poligenetyczną patogenezę każdej nerwicy narządu a da się wykryć często patologiczny refleks warunkowy. Na drodze więc psychoterapji przy równoczesnem stosowaniu leków systemu wegetatywnego da się usunąć nerwicę, chyba, że zaburzenia już zbyt długo trwały. To też pierwszym warunkiem uleczalności nerwic — kończy referent — jest wczesne rozpoznanie i wczesne stosowanie odpowiedniego leczenia.

W sprawie głównego tematu, przemawiali nadto, W. Cymbal, (Altona) i B. Gruenzweig (Mor. Ostrawa).

W. Cymbal: *Wegetatywny równoważnik stanów depresyjnych.* Wegetatywne neuresy występują często jako zamaskowane napady psychozy maniakalno - depresyjnej. Cymbal rozróżnia cztery formy: pierwsza — thymogeniczne stany depresyjne z typowymi polami Heada, nazywa ją neurozą neurasteniczną. Druga — endogeniczna, bez pól Heada występuje często u pykników ze zmianami w nerkach, żołądku, jelitach. (w Rentgenie często atonja żołądka), uczucia globus bardzo często zwisające górne powieki, stały ubytek na wadze, mocz bardzo wysycony, hipotonja. (Według Cymbała ciśnienie 80 do 100 maksimum i 40 do 60 minimum, występuje we wszystkich konstytucjonalnych, endokrinnych i endogenicznych

stanach depresyjnych. U neurasteników jest ciśnienie zmienne a nawet zwyższone. W okresie dojrzewania, jakoteż w praeklimakterjum wynosi ciśnienie 40 do 80 minimum, 130 do 150 maksimum. Amplituda mniejsza niż 30 przy maksimum, poniżej 100 występuje przy endogenicznych stanach depresyjnych i ich równoważnikach, jakoteż przy toksycznych schorzeniach wegetatywnego systemu i endokrynnych niedomogach. Trzecia forma: hormonalne i humoralne stany depresyjne, spotykamy np. w klimakterjum i w okresie po dojrzewaniu, a są przystępne dla fosforu i organoterapji. Czwarta forma: depresje poluetyczne i pogrypowe, przyczem stwierdzamy ogólną atonję, bóle w tyłoglowiu i karku, zawroty, brak apetytu, bezsenność, ataki migreny, okresowo występujące, bóle pod mostkiem, jakoteż zapowiedź aortitis. Geneza wegetatywnych równoważników jest tak przy endogenicznych, jak i przy thymogenicznych depresjach, psychicznie uwarunkowana. Psychopatyczne znaczenie przypadkowych objawów, można często wykazać, śledząc przeżycia badanego. Uświadomienie genezy schorzenia może działać leczniczo. Analiza przypadku jest w każdym razie ważnym wskaźnikiem krytycznym dla lekarza.

Dr. Gruenzweig (M. Ostrawa): *Leczenie zaburzeń układu wegetatywnego ciałami proteinowemi.* (Ukaże się w całości w Polskiej Gazecie Lek.).

Prócz tego wygłoszono cały szereg odczytów i tak między innymi: Kinnier Wilson (Londyn): *Patogneza ruchów mimowolnych ze szczególnem uwzględnieniem Chorei.* A. Wimmer (Kopenhaga) przedstawia dwa drzewa genealogiczne rodzin z zaburzeniami w gruczołach z wydzieliną wewnętrzną, (Basedow, hiperthyreozy, psychiczne zaburzenia, maniakalno-depresyjne itd. w pierwszej rodzinie), podczas gdy w drugiej liczne przypadki astenji, infantilismu (psychiczny i cielesny), Basedow, skrofulosa, tuberkuloza i zboczenia umysłowe. Foerster (Wrocław) mówi o *vasodilatorach w obwodowych nerwach i w tylnych korzonkach.* Hansen (Heidelberg) *o nierówności źrenic, jako symptomie chorób wewnętrznych,* a G. Steiner z Heidelbergu demonstruje *krętki w mózgu ludzkim przy sclerosis multiplex.*

OCENY.

J. Mackenzie i J. Orr: *Choroby serca* — zasady rozpoznawania i leczenia — z III. wydania angielskiego przetłumaczył Dr. J. W. Grott — z przedmową Prof. Dr. W. Orłowskiego, Trzaska, Evert i Michalski, Sp. Akc. Warszawa, 1928, str. 253.

Dzieła Mackenziego mają tyle cech praktycznie ważnych, że przyswojenie jednego z nich dla czytelników polskich należy powitać z wielkiem uznaniem. Konstrukcja dzieł M. ma przytem zawsze specjalne zabarwienie swoiste a właściwe temu znakomitemu angielskiemu kardjologowi i odbiega od schematów, do których jesteśmy przyzwyczajeni zwłaszcza w piśmiennictwie naukowem niemieckiem, tak, że może więcej pobudzić czytelnika do samoistnego myślenia niż cały szereg dzieł innych, traktujących o tym samym przedmiocie.

Główną zaletą omawianej książki stanowi przytem „ustawiczne podkreślanie doniosłości badania czynnościowego serca oraz opieranie rozpoznania stanów chorobowych serca na wynikach jego badania za pomocą zwykłych metod badania dostępnych każdemu lekarzowi „co słusznie podnosi Orłowski w przedmowie do tłumaczenia". A tłumacz wywiązał się doskonale ze swego niewdzięcznego zadania. Kto zna styl oryginalny Mackenziego ten wie dobrze jak trudno nieraz jest na język polski przetłumaczyć jego myśli i sposób rozumowania, ażeby nie dać zdań niejasnych i niezrozumiałych dla naszego czytelnika, który do oryginalnego sposobu przedstawienia nie jest przyzwyczajony. Grott potrafił wżyć się doskonale w sposób myślenia i dowodzenia M. i tem samem uprzystępnić dzieło ważne dla praktyka jak i teoretyka.

Treściowo dzieło same autor podzielił na cztery części. W I-ej omawia M. niedomogę sercową, podnosząc jej znaczenie w rozpoznaniu i leczeniu. W II-giej części przedstawia zaburzenia mechanizmu regulującego serce, zajmując się w niem obszernie rozmaitymi typami nieprawidłowego rytmu serca. W części III-ciej zatrzymuje się nad innemi schorzeniami serca, z wyjątkiem zaburzeń w mechanizmie regulującym, omawiając w krótkości powstanie i znaczenie szmerów sercowych, choroby mięśnia sercowego przewlekłe i ostre i znaczenie zaburzeń w ciśnieniu tętniczem krwi. W IV części krótko skreśla podstawy rokowania i leczenia chorób serca. Tu podnosi głównie znaczenie lecznicze spoczynku i naparstnicy. Warto przytem przytoczyć zdanie Mackenziego o działaniu leczniczem Nauheimu, które dla wielu naszych lekarzy będzie wprost zdawało się herezją. Zdaniem M. wpływ Nauheimu nie polega na jakichś szczególnych zaletach jego wód, używanych do kąpieli, ale korzystne działanie jest tu wynikiem systematycznie przeprowadzonego wypoczynku i spokojnej atmosfery uzdrojowiska jak i wzniecenia wiary w skuteczność leczenia. Rozgłos jaki mają naturalne kąpiele w Nauheim zdaniem M. zależy przedewszystkiem od ogłoszeń, więc dobrej reklamy. Nad działaniem innych środków, stosowanych w schorzeniach serca, autor zatrzymuje się dość krótko.

Nienużący sposób przedstawienia tematu, dobre polskie tłumaczenie, oto zalety, które powinny wielu zachęcić do przeczytania omawianego dzieła, a ono będzie mu nieraz drogowskazem do racjonalnego leczenia chorych w praktyce prywatnej.

M. Franke (Lwów).

Natalja Zandowa: *Splot naczyniasty.* Nakładem Warsz. Tow. Naukowego. 1928, str. 120.

Bardzo starannie i źródłowo opracowana monografja rozpada się na dwie części. W pierwszej autorka zestawia dane z embrjologji, anatomji i histologji splotu naczyniastego, następnie bardzo obszernie, bo na 54 stronicach omawia fizjologję splotu. Poddaje gruntownemu krytycznemu przeglądowi ogromną ilość niezmiernie rozbieżnych zapatrywań na główne zadanie splotu naczyniastego, tj. na produkowanie płynu mózgowo-rdzeniowego, poczem dochodzi do wniosku, że najlepsze będzie określenie płynu m.-rdz. jako wydzieliny splotu o cechach chializatu. Szczegółowo są zebrane dane odnośnie składu chemicznego oraz rozmaite poglądy na stosunki ciśnienia oraz krążenia płynu m. - rdz. Dużo miejsca poświęca autorka sprawie t. zw. barjery ochronnej, którą to rolę, jej zdaniem spełniają histiocyty, należące do układu siateczkowo-śródbłonkowego i rozmieszczone w obrębie opon mózgowo - rdzeniowych splotu i naczyń tkanki nerwowej. Oprócz barjery ochronnej zewnętrznej, wyróżnia autorka jeszcze barjerę wewnętrzną (membrana gliae limitans), która jednak wchodzi w grę jedynie w przypadkach uszkodzenia barjery zewnętrznej. Przepuszczalność barjery ochronnej, rozmaita dla różnych ciał, zarówno zawartych we krwi jak również jej obcych, zmienia się w stanach chorobowych.

Część druga, poświęcona patologji splotu naczyniastego, omawia kolejno ogólne zmiany chorobowe splotu i wyściółki, następnie rozpatruje szczegółowo zmiany splotu w zapaleniu opon nagminnem, gruźliczem, pneumokokkowem, w wągrowatości, kile i otępieniu wczesnem, w nowotworach, miażdżycy i alkoholizmie i t. p. Nagół zmiany spostrzegane w obrębie splotu naczyniastego dzieli autorka na dwie wielkie kategorje: na zmiany ostre, cechujące się pierwotnem zwyrodnieniem nabłonka, tkanka łączna może równocześnie wykazywać bądź bujanie komórek bądź objawy zwyrodnienia, oraz na zmiany przewlekłe, charakteryzujące się bujaniem składników tkanki łącznej komórek, włókien i histiocytów. Część druga jest bogato ilustrowana rysunkami z oryginalnych preparatów mikroskopowych. Niestety, wykonanie tych rysunków pozostawia, jak zresztą w większości wydawnictw polskich, bardzo wiele do życzenia, można powiedzieć, że praca traci ogromnie, gdyż na niektórych rysunkach nic absolutnie nie widać. Byłoby bardzo pożądane, aby autorowie, a zwłaszcza wydawcy dokładali więcej starań do strony ilustracyjnej, bo w obecnych warunkach trudno się zdecydować na ogłoszenie pracy, zawierającej rysunki czy mikrofotografje.

Choć poświęcona specjalnemu zagadnieniu z zakresu fizjopatologji mózgowej, książka ta zasługuje na jak najszersze rozpowszechnienie, a to ze względu, że porusza szereg spraw, posiadających znaczenie nietylko dla specjalisty neurologa, lecz dla każdego lekarza.

Dr. St. Leśniowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, rok II, nr. 49—50, z 22 grudnia 1928: St. Klein: Niedokrwistość złośliwa (Anaemia perniciosa). — J. V. Supniewski i S. Kruszczyński: Badania nad własnościami syntetycznych związków sympatikotonicznych. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 52—53, z 23 grudnia: D. Rucki: Chemiczne wykazywanie krwi przy analizach sądowych. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Gruźlica, rok III, nr. 5. za wrzesień - październik 1928: Sprawozdanie z III Ogólno-Krajowego Zjazdu przeciwgruźliczego

w Poznaniu. — L. Karwacki: O postaciach niekwasoodpornych jadu gruźliczego. — Paradistal: Organizacja szczepów przeciwgruźliczych. — Zeyland: Szczepienia przeciwgruźlicze sposobem Calmette'a w Poznaniu. — K. Jonscher: Ostre postacie gruźlicy płuc w wieku dziecięcym. — S. Popowski: Dokoła-ogniskowe nacieczenia u dzieci starszych. — M. Skokowska-Rudolfowa: Udział Rządu w walce z gruźlicą — Bogucki: O skoordynowaniu organów rządowych, samorządowych i społecznych w walce z gruźlicą. — H. Kłuszyński: Skoordynowanie organów państwowych, ubezpieczeniowych i społecznych w walce z gruźlicą i finansowanie tej walki. — L. Węgrzynowski: Rola czynnika obywatelskiego w społecznej walce z gruźlicą.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 12, z r. 1928: M. Stabrowski: Ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych u 4-miesięcznego dziecka na tle paciorkowcowem. — H. Danecki: O leczeniu pryszczycy. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka.

Dziecko i matka, rok III, nr. 12, z r. 1928: Choinka. — L. Krzemieniecka-Wolicowa: I tam także... — Al. Maliszewski: Kupujmy uważnie. — W. Borudzka: Saneczki. — M. Miłobędzka: Czy należy dzieciom wkładać śniegowce. — I. Prażmowska: Wychowanie estetyczne. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Higjena wzroku. — E. Pieracka: Znaczenie zakładów położniczych dla rodzących. — Dr. T. Ciosłowski: „Wiek szkolny". — Matki między sobą.

Zdrowie, rok XLIII, nr. 12, z grudnia 1928: Od redakcji. — W. Borkowski: Reglamentacja, czy abolicjonizm? — T. Załęski: Badanie słuchawek telefonów łódzkich na obecność laseczników gruźlicy. — Dział sprawozdawczy.

Wiedza lekarska, rok II, zeszyt XII, z grudnia 1928: A. Ceytlin: Znieczulenie miejscowe w małych zabiegach operacyjnych na macicy.

Archiwum historji i filozofji medycyny oraz historji nauk przyrodniczych, tom VIII, zeszyt 2, z r. 1928: A. Knot: Dwór lekarski Stefana Batorego. — Edward Loth: Gdańska szkoła anatomiczna (dok.). — Ludwik Zembrzuski: Działalność Izydora Kopernickiego w Rumunji w latach 1864—1871. — Jan Tur: Trzechsetlecie Harvey'a. — Bol. Namysłowski: Nieznane listy Jonstona z Szamotuł, wielkiego przyrodnika XVII wieku. — Stan. Trzebiński: Metoda wynajdowania wskazań lekarskich podług Chałubińskiego przed pół wiekiem i dzisiaj. — Adam Wrzosek: Józef Mianowski — Listy do Kazimierza Krzywickiego (c. d.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 45, z 27 grudnia 1928: E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica), do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego (dok.). — M. Prokopowicz-Wierzbowska: Poglądy na sprawę szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a (streszcz. zbior., dok.). — Lekarz z Górki: Kolonja lecznicza dziecięca im. Rektora Józefa Brudzińskiego.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VI, zeszyt 2, z r. 1928: S. Cytronberg: Badania nad wzajemnem ustosunkowaniem się ilości kwasów i zasad, wydalanych w przewodzie pokarmowym w różnych stanach chorobowych żołądka. — Z. Czeżowska i J. Goertz: Wpływ ergotaminy na poziom cukru we krwi u ludzi zdrowych i chorych. — J. W. Grott: Zawartość cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych. — J. Nussbaum: O wartości prób czynnościowych trzustki. — K. Rachoń i J. Walawski: Badania nad wpływem histaminy na wydzielanie soku żołądkowego u człowieka z przetoką żołądkową. — Z. Świder, N. Kon i M. Mancewiczówna: Badania nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików. Grupy krwi, a przebieg kliniczny gruźlicy. — Z. Tomanek: O przetaczaniu krwi. — J. Tumidajski: Roentgenodiagnostyka cierpień woreczka żółciowego i jej znaczenie dla kliniki. — M. Goldman (jun.): Układ roślinny i jego znaczenie w świetle współczesnych poglądów.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VI, zeszyt 4, z r. 1928: K. Dobrowolski: Przypadek zespołu Adams-Stockesa na tle zaburzeń przewodnictwa mięśnia sercowego. — J. Eisenfarb: Badania porównawcze nad ilościowem określeniem kwasów żółciowych w płynach ustrojowych zapomocą metod: kolorymetrycznej, fluorescyjnej i gazometrycznej. — P. Jacob, A. Soulas i St. Paradistal: Technika i znaczenie kliniczne bronchografji. — J. Laskowski i H. Gnoiński: Badania nad mechanizmem powstawania t. zw. poblokadowego przecukrzenia krwi. — H. Lubieniecki i L. Skubiszewski: Przypadek wrodzonego zwężenia stożka prawego tętniczego z jednoczesnym ubytkiem podaortowym przegrody międzykomorowej u osobnika 54-letniego, rozpoznany za życia, jako zwężenie ujścia żylnego. — J. Piechowska: Z kazuistyki poliglobulji. — B. Pohorecka-Leleszowa: Mikroanalityczne określanie siarki w cieczach ustroju. — L. Ptaszek i M. Szupersk i: Tarczyca a przemiana spoczynkowa. — E. Reicher: Wpływ ćwiczeń cielesnych na podstawową przemianę materji u sportowców wraz z uwagami o działaniu tych ćwiczeń na ustrój ludzki. — S. Cytronberg: Nowoczesne zdobycze w dziedzinie patogenezy i leczenia niedokrwistości złośliwej.

Położna, rok II, nr. 1, ze stycznia 1929: Dr. Steinberg: Co każda położna powinna wiedzieć o narkozie. — Dorawski: Znaczenie wychowania fizycznego dla przyszłości narodu i państwa.

Higjena życia codziennego, rok III, nr. 12, z 15 grudnia 1928: Rozmaite artykuły popularne z dziedziny higjeny życia codziennego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavske lekarske listy.

Nr. 7. 1928 r.

Dr. N. Šeparović: *Jajnikowy hormon w zastosowaniu praktycznem.* Jajnikowy hormon istnieje prawdopodobnie tylko jeden. Skład hormonu jest nieznaczny, jest on krystaloidem, rozpuszczalnym dobrze we wodzie i w lipoidach. Wytwarza go narząd pęcherzykowy. W okresach ciąży znajdujemy go w znacznej ilości w łożysku (tworzenie, czy tylko gromadzenie się?). Hormon ten — „follikulina" — przyczynia się do rozwoju pierwszorzędnych i drugorzędnych oznak płciowych i kieruje płciowym cyklem w płci żeńskiej. Wpływ na cały ustrój jest dotychczas mało zbadany. Tworzenie się follikuliny stoi pod budzącym wpływem wydzieliny przedniego płatu przysadki mózgowej. Hormon jajnikowy działa również przy obniżonej czynności jajnikowej, drogą doustną. Na klinice autora używa się „Valrosanu" firmy „Chionion". Oprócz przetworu jajnikowego zawiera on cenne nervinum „alboman" (isopropylbromacetylkarbamid). Wyniki osiągnięte tym przetworem są nadzwyczaj zadowalniające.

Nr. 9. 1928 r.

Prof. Dr. Jan Katelik: *Chemoterapja nowotworów.* W części pierwszej opisuje autor dotychczasowe chemolecznicze metody i omawia drogi, które odpowiadając naszym dzisiejszym doświadczeniom, zwracają na siebie baczną uwagę. A mianowicie stosowanie soli ciężkich metali, szczególnie ołowia, miedzi (Blair, Bell, Cunnigham, Girard), całej grupy tlenowej, introcydu (jodku ceru) (Levin, Pfeiler) i siarki. W drugiej części omawia przetwory tiosiarczanowe, wprowadzone przez niego do leczenia nowotworów, $Na_2S_2O_3$. Używa je również w połączeniu ze solami dopełniającemi ołowiu i miedzi. Postępuje on następująco: do pierwszego zastrzyku stosuje 2 g czystego tiosiarczanu, po przerwie dwudniowej 4 g. Miesza też tiosiarczan z cukrem gronowym. Odkaża tem ustrój chorego i poprawia jego samopoczucie. Podaje też tiosiarczan z ołowiem (0,5 — 0,01 Pb.) dożylnie w ilości 1 — 2 g. Te dawki znoszą chorzy dobrze nawet i najbardziej wycieńczeni. Po miedzi występuje w 6 — 8 godzin, lekka gorączka chłonna. Przy stosowaniu przetworów tiosiarczanowych poprawia się samopoczucie chorego, zmniejszają się bóle, które i po morfinie nie znikały (Dr. Pumperle), odkaża się ustrój, chory przybiera na wadze, często spostrzegane jest zmniejszanie się nowotworu i zanik przerzutów. Ponieważ leczenie nie kryje w sobie żadnych niebezpieczeństw, powinno się próby lecznicze wykonywać na jak najszerszej podstawie. O trwałości leczenia rozstrzygnie czas.

Nr. 7. 1928 r.

Dr. Salsa Frand: *Operacja Lerichea przy wrzodzie podudzia.* Na klinice skórnej przeprowadzono cały szereg okołotętniczych sympatektomji przy wrzodach podudzia w przypadkach opornych jako „ultimum refugium". Autor opisuje 8 przypadków, operowanych na klinice prof. Kostliwego przed 4 laty bez nawrotów. Reszta przypadków pozostaje pod obserwacją.

Dr. J. Gazarek: *Pleuritis exsudativa, jej leczenie i wyniki osiągnięte przy stosowaniu zastrzyków dożylnych urotropiny.* Na podstawie doświadczeń przedsięwziętych na klinice w Bratysławie twierdzi autor, że zarówno lekarz praktyczny jak i klinicysta w zastrzykach wśródżylnych urotropiny znajdzie dobrą broń nie tylko przy zakażeniach nerek, dróg moczowych i krwi, ale również i przy wysiękowem zapaleniu opłucnej (Loeper, Grosdidier). Podaje się 40% urotropinę, co drugi dzień w dawkach 5—10 cm³ przez okres 14—20-dniowy. Ciepłota spada do normy w przeciągu 10—15 dni, wysięk zmniejsza się szybko. Po podaniu urotropiny, według doświadczeń klinicznych, wysięk nie wraca do poziomu pierwotnego co świadczy o wstrzymaniu chorobowego procesu w opłucnej. Dalszą zaletą jest nieszkodliwość i łatwość zabiegu. Na leczenie urotropiną oddziaływują najlepiej początkowe okresy t. zw. idjopatycznych, wysiękowych zapaleń opłucnej. U chorych z powikłaniami — jak gruźlica płuc, kiła, wyniki są mniej zadawalniające, zawsze jednak osiąga się obniżenie ciepłoty. Na sprawy następowe np. zrosty i pozaciągania leczenie wspomniane, żadnego wpływu nie wywiera.

Ungar (Lwów).

Praktický lékař.

Nr. 21. 1928 r.

Doc. Dr. Jiri Diviš: *Początek gruźlicy prosówkowej, przebiegającej w postaci poronnego ropniaka podprzeponowego.* Autor opisuje przypadek chłopca 15-letniego, u którego wszystkie objawy przemawiały za ropniakiem podprzeponowym. Operacja przyniosła rozczarowanie. Powierzchnia wątroby i wewnętrzna ściana przepony pokryta była licznymi guzkami zserowaciałymi, umożliwiając już gołem okiem rozpoznanie choroby.

Nr. 19. 1928 r.

As. Dr. Miloslav Hel: *Szycie drutem i uproszczenie doszczętnej operacji przepuklinowej.* Na oddziele autora używa się drutu przy zeszywaniu ścian brzusznych po laparotomjach i przy doszczętnej operacji wolnych przepuklin pachwinowych. Autor uzasadnia używanie drutu następująco: Wyjaławianie jest bezpieczniejsze, drut działa jako metal ponickąd przeciwgnilnie, przeszkadza wytwarzaniu się krwiaków, odpada częste ropienie głębokich szwów miąższowych, ściągnięciem drutu można tamować krwawienie, nie używając zwykłego podwiązywania. Ponieważ drutem zeszywa się mięśnie wraz ze skórą, zapobiega się wytworzeniom jam, w których gromadzące się wydzieliny rany, lub krwiaki mogłyby zropnieć. Drutu używa również Mathon do swej uproszczonej, doszczętnej operacji przepukliny pachwinowej. Następuje szczegółowy opis operacji, którą osiąga się zwężenie całego kanału pachwinowego z równoczesnem wzmocnieniem jego górnej ściany.

Ungar (Lwów).

Časopis lékaru českych.

Nr. 50. 1928 r.

Doc. Dr. Vanysek: *Rak w lecznictwie wewnętrznem.* Emanacja radu wstrzyknięta podskórnie, w odpowiednim roztworze, w okolicy schorzałego narządu, leczy miejscowe zmiany naczyniowo-nerwowe; gdy przewlekłe zapalenia i wzmaga swoistą czynność naświetlanych komórek. Inokulacja radu, w ten sposób przeprowadzona upraszcza leczenie całego szeregu chorób wewnętrznych. Rad wstrzykuje się przy następujących chorobach; przy chorobie Basedowa, chorobach nerwu błędnego i współczulnego po bokach karku; przy gruźlicy płuc (bez gorączki) w okolicy jam; przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy na wrzód i jego najbliższą okolicę; przy zapaleniach trzustki i przy cukrzycy na ogon trzustki; przy chorobach, w których staramy się zwiększyć przeciwtrującą i utleniającą czynność n. p. raka, niedokrewności zgubnej, chorobach wątroby, dnie, wstrzykujemy rad podskórnie pod prawy łuk żebrowy, na wątrobę, przy przewlekłem zapaleniu pęcherza na pęcherz moczowy; przy moczniey wstrzykujemy emanację równocześnie na obie nerki; przy zapaleniach śródtętniczych i naczyniowo-nerwowych na kończynach bądź na przedramieniu lub w łydkę. Dawkowanie: Zmieszać stężoną emanację radu np. 5 milicurji w 15 ccm fizjologicznego roztworu soli kuchennej, następnie wstrzykuje się tygodniowo 1,5 ccm w 3 zastrzykach pro cura 8 zastrzyków.

Dr. B. Kadlec: *Ukąszenie żmiji (Działanie jadu żmiji na obraz krwi).* Obraz krwi u chłopca ukąszonego przez żmiję wykazywał w 5 godzin po ukąszeniu prawidłową ilość krwinek (5 680 tysięcy), leukocytozę obojętnochłonną z nieznacznem przesunięciem na lewo. Najwyraźniejsze zmiany były widoczne w ilości płytek. Liczba tychże w 5 godzin po ukąszeniu spadła na 12.500 (okres krwawienia (Duke) mimo znacznej trombopenji przedłużony nieznacznie do $3^1/_2$ m. Stephana symptom śródbłonkowy (Rumpell-Leeda) ujemny. Po dalszych 5 godzinach ilość płytek wzrosła do 30 000 (metoda Cesaris-Demela). Autor nie zna w literaturze przypadku, w którymby opisaną była trombopenja, powstająca pod wpływem jadu żmiji (wpływ sapotoksynu na szpik kostny).

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease. (An American of Neuropsychiatry).

Nr. 4. 1928 (120 str.).

H. E. Wolff i W. G. Lennox: *Zmiany w oddechaniu po zapaleniu mózgu.* Zmiany w oddechaniu po zapaleniu mózgu występują tak często, że zalicza się je do następstw tego samego zakażenia. Jelitfe opisał cały szereg nieprawidłowości w oddechaniu. Turner i Critchley na podstawie danych teoretycznych i badań własnych (7 przypadków) rozróżniają następujące nieprawidłowości w oddechaniu: 1) nieregularności w oddechaniu w postaci przyspieszonego i zwolnionego oddechu; 2) niemiarowości albo nieregularności rytmu oddechowego (Cheyne-Stokes, we formie postękiwania i głośnego wydechu, odwrotności wdechu i wydechu); 3) „Tic" oddechowy (w postaci ziewania, połykania, kurczowego kaszlu). Autorzy, celem rzucenia więcej światła w istotę tych nieprawidłowości oddechowych, zajmują się bliżej tą sprawą. Opisują trzy przypadki, wykazujące nieregularności w oddechaniu po zapaleniu mózgu. Pierwszy chory dostawał nagłych napadów przyspieszonego oddechu (bez bezdechu), połączonych z drgawkami, występującemi bądź niezależnie, bądź jako następstwa zmian w oddechaniu. Następne oba przypadki wykazywały napady bezdechu ze skurczem mięśni oddechowych, występujące po utracie przytomności i drgawkach. Autorzy sądzą, że drgawki wywoływane doświadczalnie u zwierząt przez ciągły wzrost ciśnienia w klatce piersiowej, przypominają objawy, spostrzeżone w obu ostatnich przypadkach. Kliniczne badania zdają się wskazywać, że stopień natężenia nagłych napadów nieregularności w oddechaniu, podobnie jak i drgawki im towarzyszące, mogą być zależne od zmian w chemicznym składzie krwi.

B. Sachs: *Zapobieganie chorobom umysłowym i nerwowym.* Autor zbiera przyczyny występowania całego szeregu chorób od niemowlęcych lat poczynając; roztrząsa każdą z osobna i podaje sposoby zapobiegawcze.

G. Zilboorg: *Schizophrenia, występująca po porodzie.* Autor przedstawia dwa przypadki schizophrenji, występujące po porodzie. W obu przypadkach napotkał autor typy o „charakterze mściwym" ze „zespołem kastracyjnym", powikłanym „kompleksem Edypa" (Freud). Czynniki te zaznaczone były już dawno przed wybuchem choroby. Poród zdaje się być głównym powodem konfliktu i „agent provocateur" choroby. Kobieta kulturalnie wyżej stojąca jest zdolną przez dłuższy okres czasu opierać się rozbieżności między jej osobowością, a chorobą. Najczęściej ulega chorobie pierwiastka, rzadziej natomiast wieloródka.

J. L. de Courcy: *Wycięcie wola u umysłowo chorych.* Autor podkreśla fakt, że istnienie choroby umysłowej powikłanej z wolem nie tworzy przeciwwskazania do operacji. Raczej wskazanem jest wycięcie wola w podobnych przypadkach z podwójnych względów, od kiedy w piśmiennictwie opisane są przypadki wyleczenia choroby umysłowej po wycięciu wola. (Berkley, Winslow, Jackson, Brys, Eastman, Weinberg). Autor na podstawie własnego doświadczenia potwierdza ten fakt.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa neurologicznego w New-Jorku. Przegląd bieżącego piśmiennictwa.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Rocznik 75. Nr. 47. 1928.

Prof. Dr. C. R. Schlayer (Berlin): *Angina pectoris.* Morawitz rozdziela dusznicę sercową prawdziwą, na dusznicę występującą przy pracy i na dusznicę występującą napadowo w spoczynku, przeważnie w nocy, o prognozie niepomyślnej. Autor dowodzi, że oba rodzaje dusznicy sercowej w równej mierze zagrażają życiu. Dobrotliwość przypadku zależy od: a) płci. U kobiet prognoza jest pomyślniejszą, b) wieku. Powyżej 65 lat stan choroby jest mniej niebezpieczny, c) ciśnienia. Ciśnienie niższe budzi więcej obaw, wyjąwszy powikłania z dną, d) pory roku. U niektórych chorych napady występują częściej na wiosnę i w jesieni, e) konstytucji. Typ pyknotyczny narażony jest bardziej, aniżeli typ

asteniczny, f) używania nikotyny. Przy różniczkowem rozpoznaniu prawdziwej dusznicy sercowej wyłączyć musimy w pierwszym rzędzie kiłę. U chorych, poniżej lat 40, radzi autor, nawet przy braku klinicznyh i serologicznych objawów kiły, przeprowadzić intenzywne leczenie przeciwkiłowe. W praktyce odróżnia prof. Schlayer następujące 4 obrazy kliniczne, przypominające swymi objawami dusznicę sercową: 1) „Neurosis vasomotorica" młodych kobiet. Przyczyną napadu jest moment psychiczny. 2) „Vasoneurosis climacterica" (leczy najpewniej „hormonum femininum"). 3) Napady u palaczy tytoniu. 4) Niekiedy występują napady u osobników młodych o miękkiej, wrażliwej naturze (najczęściej blondynów). (Warunkiem: dysproporcja między wolą a uczuciem). Niekiedy może lekarza w błąd wprowadzić grupa objawów „gastrokardjalnych" Römhelda. (Wzdęcie żołądka, wytłoczenie lewej strony przepony i serca). Niektórzy nazywają objawy, wywołane odruchowo chorobą narzadu drugiego, „diathesis anginosa". Niekiedy pod postacią dusznicy sercowej przebiegają choroby inne np. głęboko ukryty kamień nerkowy, skurczowy, niemacalny woreczek żółciowy. Lichtwitz uznaje t. zw. „alergię" pokarmową. Po spożyciu pewnych pokarmów występują objawy dusznicy sercowej.

Prof. Dr. H. Cramer (Bonn): *Zmiany psychiczne po odurzeniu wziewnem.* Na podstawie doświadczeń, zaczerpniętych u 10.000 narkotyzowanych chorych, po odurzeniu wziewnem występują następujące objawy: 1) pierwotna, dłużej trwająca utrata przytomności, 2) nadmierna pobudliwość, 3) przygnębienie, 4) osłabienie pamięci, 5) w niektórych przypadkach psychoza. Na te zmiany należy zwrócić baczniejszą uwagę. Ponieważ narkotyk wydziela się z ciała ta samą drogą, jaką dostaje się do ustroju, doradzał Witzel głębokie oddychanie w pierwszych dniach po operacji. Najpewniejszym środkiem, podrażniającym ośrodek oddychania w rdzeniu przedłużonym jest wdychiwanie dwutlenku węgla. Tym środkiem osiągniemy radykalną ekshalację odurzających gazów. Niektóre kliniki podawają do wdychiwania CO_2 tuż po ukończeniu zabiegu chirurgicznego.

Dr. R. Pirke (Monachjum): *Leczenie dermatozy wyciągiem śledziony.* Wyciąg śledziony nie tylko zmniejsza nadmiar eozynofilów we krwi lecz również leczy dermatozy, idące w parze z leukocytozą eozynofilją i swędzeniem. Używany jest przetwór „Nodunon" (Serumwerke, Saksonja). Podaje się go doustnie lub w zastrzykach domięśniowych. Polepszenie widoczne jest po 6—8 zastrzykach.

Prof. Dr. E. Haim: *Leczenie przerostu stercza.* Przy dobrym całkowitym stanie i prawidłowej czynności nerek używa autor kroczową pozamięśniową metodę. W przypadkach upośledzonej czynności nerek podwiązuje naczynia, zakłada trwały kateter, przepłukiwuje codziennie pęcherz a gdy praca nerek się polepsza, wyłuszcza stercz metodą pozamięśniową.

As. Dr. H. Bör (Monachjum): *„Arthropathia psoriatica" leczona wapniem.* Wapń firmy Sandoz (Norymbergja) okazał się świetnym środkiem leczniczym przy zapaleniach stawów na tle łuszczycy Podaje się wapń co drugi dzień dożylnie i domięśniowo 5—10 ccm. Celem uniknięcia nawrotów poleca się przez dłuższy okres czasu zażywać wapń doustnie (20—30 g tygodniowo).

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdania z posiedzeń Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego za czas od 18. IX. do 18. XI. 1928 r.

I. Na posiedzeniu w dniu 18. IX. kol. J. Arnsztajn wygłosił referat: *„O nerwicach serca".*

II. Posiedzenie dnia 4. X. 1928.

Dr. W. Drożdż i J. Morozowa: *„Badania nad zawartością żelaza w ścianach naczyń mózgowych u psychicznie chorych"* — doniesienie tymczasowe. Dr. Drożdż referuje dotychczasowe wyniki badań prowadzonych od 2 lat w lubelskiej Pracowni Anatomo-Patologicznej. Materjał zbadany obejmuje 32 przypadki rozmaitych schorzeń, wśród których pierwsze miejsca zajmują: schisophrenia (10 przyp.) i bezwład postępujący (9 przyp.). We wszystkich przypadkach wykonano całkowitą sekcję — badania zawartości żelaza w ścianach naczyń mózgowych przeprowadzano za pomocą reakcji barwnej z siarczkiem amonu. Wyniki badań różnią się od opisanych w r. 1926 w „Revue neurologique" badań Tretiakoffa i Caesar'a. Autorowie ci otrzymywali we wszystkich przypadkach schorzeń psychicznych rozlane zabarwienie kory, o zmiennem natężeniu, którego w badaniach Lub. Prac. Anat. Patol. nie obserwowano ani razu — natomiast w przypadkach bezwładu postępującego wyniki są częściowo zgodne: badanie wykazuje zawsze, jakkolwiek w różnej ilości, ziarnistości leżące w ścianach naczyń kory mózgowej i jąder podstawowych lub też około naczyń, śródkomórkowe, barwiące się pod wpływem siarczku amonu. Kol. Morozowa podaje następnie technikę badania mikroskopowego i szczegółowe wyniki badania w poszczególnych przypadkach. — Po referacie nastąpiła dyskusja.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr. M. Garbaczewski składa sprawozdanie z I Zjazdu Lekarzy i Działaczy samorządowych szpitalnych, który odbył się w Łodzi dnia 17. VI. b. r., a następnie porusza sprawę rozmieszczenia oddziałów zakaźnych szpitali lubelskich w obrębie miasta, wykazując złe strony rozmieszczenia tych oddziałów w gęsto zamieszkałych dzielnicach miasta. W dyskusji omawiano projekty rozbudowy poszczególnych szpitali, oraz sprawę zamierzonej budowy centralnego szpitala na jednem z dalszych przedmieść (Czechowie). W wyniku dyskusji uchwalono wniosek Dra Kujawskiego, że Lub. Two Lekarskie zastrzega sobie prawo wyrażenia swej opinji na wypadek zamiarów rozbudowy któregokolwiek z istniejących w mieście szpitali.

III. Posiedzenie w dniu 18. X. 1928 r.

1. Przewodniczący Dr. Drożdż poświęca krótkie przemówienie wspomnieniu zasług zmarłego niedawno członka honorowego Twa, ś. p. Dra Józefa Pollaka.

2) Demonstracje chorych: Dr. Drożdż i Dr. Brzozowski przedstawiają dwa przypadki bezwładu postępującego, leczone zimnicą. U pierwszego chorego, lat 30, rozpoczęto leczenie w kilka miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów. Chory przebył 13 ataków, poczem otrzymał chininę i neosalwarsan. Obecnie od 4 tygodni pracuje normalnie w swym zawodzie (jako krawiec), nie zdradzając żadnych objawów zaburzeń psychicznych. U drugiego chorego, l. 54, leczenie rozpoczęte w 2 lata po wystąpieniu objawów bezwładu postęp. nie dało już tak dobrych wyników: wprawdzie ostre objawy ustąpiły, jednak chory nadal orjentuje się bardzo słabo co do czasu i miejsca.

3) Kol. J. Freytag wygłasza referat p. t.: *„Przewód pokarmowy w patologji wczesnego dzieciństwa".*

Streściwszy zarys historyczny prac autorów francuskich i niemieckich nad symptomatologją i systematyką chorób przewodu pokarmowego, zmierzających do oparcia klasyfikacji na spostrzeżeniach anatomo-patologicznych i na danych bakterjologicznych, prelegent przechodzi do prac Czerny'ego i Finkelsteina, które są momentem przełomowym w rozwoju patologji przewodu pokarmowego, gdyż punktem wyjścia ich jest konstytucja. Po omówieniu pojęcia „Konstytucja dziecka", prelegent przytacza podział schorzeń według Finkelsteina, oraz omawia pokrótce kliniczne objawy zachwiania dobrostanu dziecka, niestrawności, wyniszczenia, zatrucia, oraz zaburzeń, powstałych na tle infekcji parenteralnej. Następnie przechodzi do przedstawienia tych schorzeń w ujęciu Langsteina, przytaczając jego podział na dystrofje i schorzenia biegunkowe, dalej omawia jednostki chorobowe, opisane przez tegoż autora, jak colica mucosa i eozynofilne kryzy jelitowe, oraz wspomina o infantylizmie Heubner-Nerta, poczem przechodzi do ogólnego scharakteryzowania obecnego stanu terapji powyższych chorób.

Posiedzenie w dniu 5. XI. 1928 r. odbyte w Szpitalu żyd.

1) Demonstracje preparatów: Dr. Prussak przedstawia preparaty operacyjne: 1) macica amputowana z powodu pęknięcia w czasie porodu. Chora była wieloródką, przebyła kilka porodów ciężkich, w tem jeden kleszczowy. Do szpitala przybyła skrwawiona, bez tętna i bólów, macica była mała, płód znajdował się w jamie brzusznej. Przy zabiegu znaleziono pęknięcie w tylnem sklepieniu, chora po kilku godzinach zmarła. Pęknięcie macicy musiało nastąpić wskutek tego, że brzuch zwisający utrudniał wejście płodu do miednicy małej; 2-gi preparat: graviditas tubaria rupta z zachowanem jajem płodowem; 3) cystis dermoidalis. Chora przybyła skrwawiona, w jamie brzusznej wyczuwało się guz. Przy zabiegu znaleziono guz, który uległ skręceniu wraz z jajowodem. Źródłem znacznego krwotoku był jajowód. Chora wyzdrowiała.

2) Demonstracje chorych: Dr. Cynberg przedstawia chorą, która przybyła do szpitala w stanie ciężkiego zakażenia połogowego z objawami zajęcia wsierdzia. Choroba rozpoczęła się przed 3 miesiącami w dwa tygodnie po porodzie. Na podstawie szeregu objawów można było przypuszczać że chodzi tu o endocarditis lenta, badanie bakterjologiczne wykazało jednak we krwi obecność pneumokoków.

Kol. Spiro przedstawia chorego, który przybył do szpitala z raną ciętą okolicy stawu nadgarstkowego ręki, przecinającą

ścięgna m. extensoris digitorum communis i m. extensoris carpi radialis. W ranie z trudem odszukano proximalne końce ścięgien, ścięgna zeszyto sposobem Langego, nerwy zeszyto perineuralnie. Obecnie rana zagojona, ruchy ręki i palców odzyskane w zupełności.

W dalszym ciągu posiedzenia omawiano przedstawiony przez Dra Cynberga naczelnego lekarza Szp. żydowskiego, projekt rozbudowy tegoż szpitala, wreszcie Dr. Jaczewski opisuje przebieg leczenia przypadków tocznia z rozległemi zmianami na kończynie górnej, a w drugim przypadku na kończynie dolnej, oraz przypadek erythema Bazin — we wszystkich trzech przypadkach zastosowanie tranu z jodyną w injekcjach oraz miejscowo, w postaci pędzlowania, dało b. dobre wyniki. Nakoniec Dr. Jaczewski zwraca się do kolegów z apelem, aby ograniczali zapisywanie specyfików zagranicznych do tych, które nie dadzą się zastąpić krajowemi.

Posiedzenie w dniu 19. XI. 1928 r.

W posiedzeniu tem wzięli udział goście Pp. mag. farm. inspektor Nartowski i członek zarządu Pol. Powsz. Twa Farmaceutycznego Tomaszewski.

Przewodniczący Dr. Drożdż udziela głosu p. insp. Nartowskiemu, który w przemówieniu swem podkreśla znaczenie wzmagającego się wciąż importu środków leczniczych zagranicznych dla ujemnego stanu bilansu handlowego naszego państwa, oraz wskazuje na trudność zwalczania nielegalnego przywozu tych środków, które nie są zarejestrowane, a jednak znajdują zbyt wskutek zapisywania ich przez lekarzy, wreszcie zwraca się do lekarzy z prośbą, aby nie zapisywali specyfików niezarejestrowanych, a stosowanie leków sprowadzanych legalnie ograniczali tylko do przypadków koniecznej potrzeby. Następnie podnosi dodatnie strony leków zapisywanych w formie recepturowej, które są tańsze, świeższe i dostępniejsze dla kontroli, niż specyfiki. — W tym samym duchu przemawia następnie p. Tomaszewski, który prosi ponadto o niezapisywanie gotowych mięszanek specjalnych firm, gdyż apteki nie mogą mieć na składzie podobnych wyrobów kilkudziesięciu fabryk, natomiast trzymają stale gotowe mięszanki przygotowane według przepisu P. P. T. F., których wykaz przedstawia obecnym. Po dyskusji uchwalono na wniosek Dra Drożdża nie zapisywać specyfików niezarejestrowanych, a stosowanie importowanych legalnie ograniczyć tylko do przypadków koniecznej potrzeby. Uchwalono również, na wniosek Dra Kujawskiego zwrócić się do Lub. Izby Lekarskiej z prośbą o rozszerzenie tej akcji na całym terenie działalności Izby, tj. w województwach lubelskiem, wołyńskiem i poleskiem, oraz zamieścić wzmianki o powyższej uchwale w miejscowej prasie codziennej.

Następnie kol. Bronsztajn referuje przypadek przesunięcia gałki ocznej ku górze i ku przodowi na skutek zmian w jamie Highmora, w której na podstawie rentgenogramów przypuszczać można istnienie nowotworu lub mucocele. W dyskusji Dr. Drożdż zaznacza, że w przypadkach zajęcia jam twarzowych należy zwracać uwagę na nerw wzrokowy, w którym mogą wystąpić zmiany wtórne.

Sekretarz *J. Morozowa.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Juljan Wimut.

Dnia 22 października 1928 r. zmarł w Warszawie na Nowem Brudnie, po długiej i ciężkiej chorobie dr. Juljan Wimut. Zmarły urodził się 24 grudnia 1848 r. w Żytomierzu na Wołyniu, jako syn emigranta powstańca 1831 roku. Po ukończeniu wydziału przyrodniczego na Uniwersytecie charkowskim i lekarskiego w Kijowie, ś. p. dr. J. W. w ciągu pięciu lat był lekarzem rządowym we wschodnich okręgach Rosji azjatyckiej, gdzie pewien czas pracował razem z naszym słynnym przyrodnikiem profesorem dr. B. Dybowskim, dla którego zbierał kolekcje przyrodnicze. Po powrocie z Dalekiego Wschodu, przez 25 lat pracował jako lekarz w Chersońskiem ziemstwie. Dopiero w 1911 roku ziściły się Jego marzenia i ś. p. dr. J. Wimut powrócił do kraju, gdzie pracował prawie do ostatnich dni. Po organizacji warszawskiej Kasy chorych, zajmował pewien czas stanowisko naczelnego lekarza dzielnicy Nowe-Brudno, ostatnie zaś lata zajmował się wyłącznie prywatną praktyką wśród najuboższej ludności tego przedmieścia. Zmarły do ostatniej chwili zachował żywość umysłu, oraz gorąco interesował się życiem społecznem i politycznem kraju.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z Polskiego Tow. Eugenicznego. Polskie Towarzystwo Eugeniczne (Sekcja walki ze zwyrodnieniem rasy i chorobami wenerycznemi) urządza wykłady dla lekarzy z dziedziny: „Syfilis a dziecko".

Wykłady odbędą się w czasie od dnia 18 do 28 lutego r. b. i program ich jest następujący:

1) Prof. Dr. Krzyształowicz: „Zagadnienia przenoszenia kiły na potomstwo w rozwoju historycznym i w świetle najnowszych badań". — 2) Prof. Dr. A. Czyżewicz: „Ciąża i poród a zakażenie kiłowe". — 3) Dr. R. Bernhardt: „Kiła wrodzona skóry i błon śluzowych". — 4) Prof. Dr. M. Michałowicz: „Kiła wrodzona narządów wewnętrznych u dzieci". — 5) Prof. Dr. Orłowski: „Gruczoły dokrewne a kiła wrodzona". — 6) Prof. Dr. J. Mazurkiewicz: „Schorzenia układu nerwowego w kile wrodzonej". — 7) Doc. Dr. Melanowski: „Schorzenia narządu wzroku w kile wrodzonej". — 8) Dr. Grocholski: „Schorzenia narządu słuchu w kile wrodzonej". 9) Dyr. Dr. Wł. Jarecki: „Zaburzenia mowy i słuchu w kile wrodzonej". — 10) Doc. Dr. Łapiński: „Schorzenia kości i stawów w kile wrodzonej". — 11) Prof. Meisner: „Zniekształcenie zębów w kile wrodzonej". — 12) Dr. A. Straszyński: „Serologja kiły wrodzonej". — 13) Dr. T. Trzciński: „Przebieg i rokowanie w kile wrodzonej". — 14) Dr. L. Wernic: „Leczenie kiły wrodzonej". — 15) Dr. Z. Zakrzewski: „Opieka nad dzieckiem i matką kiłową u nas i zagranicą". — 16) Dr. L. Wernic: „Ruch eugeniczny a walka z kiłą wrodzoną".

Informacyj udziela Kancelarja Kursów w godz. 1—2, Nowy Świat Nr. 1, m. 5, tel. 89-99.

Ze świata.

Jubileusz 100letniej rocznicy urodzin ś. p. Teodora Billrotha. W dniu 26 kwietnia 1929 roku przypada stuletnia rocznica urodzin ś. p. Teodora Billrotha, tego wielkiego człowieka, uczonego i myśliciela, którego szerokie kręgi ogarniający, niezmiernie czynny i płodny umysł wywierał wybitny wpływ na wszystkie niemal gałęzie wiedzy i sztuki lekarskiej w drugiej połowie XIX wieku.

Dla uczczenia pamięci ś. p. Teodora Billrotha, zawiązał się Komitet, na którego czele stoją: Wiedeńska Akademja Umiejętności, Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego i Towarzystwo Lekarskie Wiedeńskie.

Kurs dokształcający dla lekarzy we Wiedniu. Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego urządza w czasie od 18 lutego do 2 marca b. r. kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji, połączony z jednotygodniowem seminarjum, trwającem od 4 do 9 marca b. r. Wszelkich wyjaśnień tyczących się tego kursu udziela Sekretarz: Dr. A. Kronfeld, Wien, IX, Porzellangasse Nr. 22.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 3-cim „Polskiej Gazety Lekarskiej" z dnia 20 stycznia 1929 r., na stronie 45-tej pracy Doc. Dr. N. Gąsiorowskiego i H. Meisla p. t.: „Dalsze badania nad biologją pałeczek okrężkowych" w szpalcie drugiej, ustęp piąty od góry, oznaczony cyfrą 2), w wierszu trzecim między słowami „rozcieńczenie" i „powyżej" opuszczono następujące zdanie:

„1/25, odczyn zaś zlepny dopiero od rozcieńczenia powyżej 1/400".

Wobec tego ustęp ten ma brzmieć następująco:

2) „Wobec wyników z surowicami kontrolnemi, jako swoisty można przyjąć odczyn wiązania dopełniacza poczawszy od rozcieńczenia 1/25, odczyn zaś zlepny dopiero od rozcieńczenia powyżej 1/400".

Redakcja otrzymała.

S. Sterling-Okuniewski: „Ueber gewisse Tuberculoseformen und Beziehungen zum filtierbaren Virus". Odb. z „Wiener Klin. Wochenschrieft", 1928, Nr. 33.

S. Sterling-Okuniewski: „O samoistnem rozszerzeniu przełyku". Odb. z „Gastrologji Polskiej". Rok I, Nr. 2.

S. Sterling-Okuniewski: „Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla ftizjologji". Odb. z „Lekarza Wojskowego". Nr. 2—3, tom XII, 1928 r.

St. Progulski: Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę. Bibljoteczka higjeniczna powszechna Pol. Tow. higjenicznego we Lwowie, zeszyt 3. Lwów. Książnica-Atlas 1929.

Nr. 5. 3. lutego 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki, i Mieczysław SZAJNA, asystent zakładu. Lwów.

Bezpośredni wpływ jonów potasu, lobeliny, atropiny, kofeiny i strychniny na ośrodki oddechowe oraz ich wartość jako środków zapobiegających porażeniu ośrodków oddechowych przy znieczulaniu rdzeniowem.

Z Zakładu Fizjologji (Dyr. Prof. Dr. A. Beck) i z kliniki chirurgicznej (Dyr. Prof. Dr. H. Schramm) U. J. K. we Lwowie.

Regularna i sprawna czynność mechanizmu oddechowego wymaga odpowiedniej czułości i pobudliwości ośrodków oddechowych. Ośrodki te, znajdujące się, głównie w rdzeniu przedłużonym wysyłają według L. Hofbauera 1) rytmiczne bodźce oddechowe, podczas gdy wydech ma być w prawidłowych stanach aktem zupełnie biernym. Impuls wdechowy jest według wspomnianego autora rezultatem szeregu sumujących się podniet, które po osiągnięciu pewnego progu powodują niejako wyładowanie się ośrodków w formie wdechu. Podniety te stanowi — według słów H.: „Ernährungsreiz durch die in der Nervenzelle selbst entstehenden Stoffwechselprodukte". Zmiany częstości i głębokości oddechów zależne są od wysokości progu podniet, potrzebnego do wywołania impulsu wdechowego, oraz od stanu pobudliwości samych środków oddechowych odpowiadających na te podniety aktem wdechu.

Tak więc czynność oddechowa jest zależną od przemiany materji w samych komórkach nerwowych, z których składają się ośrodki oddechowe. Ponieważ zaś niewątpliwie przemiana materji komórek nerwowych, podobnie jak i innych elementów komórkowych w wysokim stopniu zależy od warunków zewnętrznych, przeto zmiany składu i reakcji płynu otaczającego komórkę muszą mieć wpływ na czynność komórek „oddechowych". Niezbędnym warunkiem potrzebnym do wywarcia przez daną substancję wpływu na czynność komórki jest wniknięcie jej do wnętrza komórki, względnie wywołanie przez nią zmiany w przepuszczalności błony komórkowej. Te same własności muszą niewątpliwie posiadać i substancje wywierające wpływ na czynność komórek oddechowych, to znaczy, że działanie ich odnosi się bądź to do samej pierwoszczy, bądź też do błony wspomnianych komórek. — Wpływ danej substancji na ośrodki oddechowe obserwować można dokładnie tylko wtedy, gdy działa ona bezpośrednio na komórki, z których składają się te ośrodki; podana bowiem dożylnie wywiera — zależnie od dawki — także wpływ na zakończenie nerwowe, wobec czego dokładne określenie miejsca działania stosowanego jadu staje się niemożliwe. I tak tylko przez bezpośrednie zadziałanie małemi dawkami chlorku potasu na rdzeń przedłużony mogliśmy wyraźnie zaobserwować i oddzielić wpływ jonów potasu na ośrodki oddechowe, naczynioruchowe i nerwu błędnego 2). Dożylne podanie małych dawek soli potasowych nie wywiera żadnego wpływu na oddechanie i krążenie a duże dawki jonów K, wskutek ich szybkiego działania porażającego nie pozwalają na określenie właściwego miejsca zadziałania potasu — w ośrodkach czy na obwodzie.

Przyśpieszenie i pogłębienie oddechania, które zauważyliśmy przy sposobności badania bezpośredniego wpływu jonów potasu na rdzeniowe ośrodki naczynioruchowe i nerwu błędnego, a które uważaliśmy za wynik podrażnienia ośrodków oddechowych, jest bardzo ważną i ciekawą własnością jonów potasu, której bliższe zbadanie wchodzi w zakres niniejszej pracy.

Bezpośrednie działanie jadów wprowadzonych podoponowo na ośrodki oddechowe ma znaczenie praktyczne przedewszystkiem dla znieczulania rdzeniowego. Wszystkie znane środki narkotyczne wywierają jak wiadomo szkodliwy wpływ na ośrodki oddechowe, które przy odpowiednio wysokiej dawce porażają szybko i bezpowrotnie. Przy znieczulaniu rdzeniowem, zwłaszcza o ile zostaje ono wykonane na wyższych odcinkach (t. zw. znieczulenie wysokie), zachodzi zawsze niebezpieczeństwo porażenia oddechania, w mniejszym lub większym stopniu. To też oddawna starano się uniknąć tego najgroźniejszego powikłania idealnego zresztą sposobu znieczulenia, bądź przez ograniczenie dopuszczalnej wysokości do niższych odcinków rdzenia, bądź przez odpowiednią technikę wstrzykiwania, dobór najodpowiedniejszego środka znieczulającego a wreszcie przez zmieszanie tegoż z jakąś substancją, któreby zapobiegało porażeniu ośrodków oddechowych. Tą ostatnią drogę wybrał Jonnescu 3), który posuwając wysokość znieczulenia rdzeniowego podobnie jak niegdyś Kader, aż do kręgów szyjnych starał się uniknąć porażenia ośrodków oddechowych przez zmieszanie środka znieczulającego (stowainy) zrazu ze strychniną a następnie z kofeiną, którą polecał w bardzo znacznych dawkach (do 0,5 g). Sposób Jonescu nie znalazł jednak dość śmiałych naśladowców, a podoponowe użycie wspomnianych dodatków szczególnie kofeiny spotkało się z ostrą krytyką z wielu stron (p. n.).

Zasada podoponowego stosowania środków, pobudzających ośrodki oddechowe przy znieczuleniu rdzeniowem jest samo przez się bardzo racjonalne. Działanie jadów wstrzykniętych podoponowo nie jest równoznaczne z ich działaniem śródżylnem; mogą one łatwo dostać się bezpośrednio do ośrodków oddechowych, działając tak, jak gdyby „komórki oddechowe" były izolowane i umieszczone w roztworze danego jadu, który wywiera wtedy wpływ na życiowe czynności komórek, jak przepuszczalność błony komórkowej, czynności fermentacyjnych, ilość jonów elektrolitów w komórce, stężenia jonów wodorowych i i.

Obok strychniny i koffeiny wymienić należy również lobelinę, stosowaną podoponowo po raz pierwszy na naszej klinice (Hilarowicz), atropinę oraz wspomniany wyżej chlorek potasu, którego wykazane przedtem własności wzmagające siłę znieczulania nowokainy oraz działanie na ośrodki naczynioruchowe wydały się nam szczególnie cennemi w zastosowaniu do znieczulania rdzeniowego.

Zbadanie porównawcze podoponowego działania wyżej wymienionych pięciu jadów na ośrodki oddechowe z uwzględnieniem ich wartości praktycznej jako środków zapobiegających porażeniu oddechania przy znieczuleniu rdzeniowem jest przedmiotem niniejszej pracy.

Doświadczenia nasze wykonywaliśmy na psach uśpionych weronalanem sodowym podanym w ilości 0.3 g na 1 kg wagi śródotrzewnowo. Po odpreparowaniu błony pomiędzy dźwigaczem a potylicą wstrzykiwaliśmy przez nią śródoponowo badany środek, po uprzedniem stwierdzeniu, że z igły wypływa czysty płyn mózgo-rdzeniowy. Oddech zapisywano przy pomocy bębenka Marey'a połączonego wprost z tchawicą, lub też z jamą nosową. — W pracy poniższej podane są jedynie zestawienia liczbowe dotyczące częstości i amplitudy, oddechów, odpowiadające oryginalnym krzywym *). Określenie „największa" i „najmniejsza" głębokość oddechów oznacza najgłębsze i najpłytsze oddechy zanotowane w ciągu 20 sekund.

Doświadczenie I (2. VIII. 1928).

Pies wagi 10 kg. Uśpienie, zapisywanie oddechu jak wyżej. Badany płyn wstrzyknięto przez błonę szczytowo-potyliczną.

A.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed inekcją		60—80	9	26—31
0—20	10	9—14	80—100	11	19—25
26	Inekcja 1cm³		100—120	12	23—27
	1% KCl		120—140	11	19—23
20—40	7	12—26	140—160	10	15—22
30—60	7	27—29	240—260	8	11—13

Jak z powyższego zestawienia widać, bezpośrednie działanie jonów potasu na ośrodki oddechowe spowodowało wybitny wzrost głębokości oddechów, występujący zaraz po wstrzyknięciu; wzrost ten trwał 260 sek., a po tym czasie ustąpił miejsca głębokości początkowej. Częstość oddechów w pierwszych 60 sek. uległa zmniejszeniu, poczem po nieznacznem wzniesieniu opadła na poziom nieco niższy jak przed wstrzyknięciem.

B. Po powrocie w częstości i głębokości oddechania do wartości początkowych wstrzyknięto w to samo miejsce 1 mg chlorku lobeliny (Ingelheim) w 1 cm³ fizjolog. roztworu NACl.

*) Wykresy oraz wyjątki z oryginalnych krzywych ukażą się w „Zeitschrift f. die ges. Exp. Med." w najbliższym czasie.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcją		80—100	12	10
0—20	10	9—10	100—120	12	12
20	Injekcja 1 mg lobeliny		100—120	12	12
2—40	9	9—10	120—140	12	14
40 60	10	6—8	140—160	14	12
60—80	11	7—9	160—180	18	11

Po wstrzyknięciu lobeliny nastąpiło nieznaczne zmniejszenie głębokości oddechów, które dopiero po 80 sekundach uległo niewielkiemu zwiększeniu; po 280 sekundach głębokość wróciła do stanu początkowego. Częstość oddechania wzrosła już w pierwszych 80 sek., osiągając po 160 sek. wartość około dwukrotną.

C. Gdy czynność oddechowa przez czas dłuższy nie uległa zmianom podano 0.5 cm³ 1.5%-go roztworu chlorku potasu.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
186	Injekcja 0·5cm³ 1·5% KCl		380—400	13	29—30
			400—420	16	26—29
180—200	23	12—14	420—440	15	24—29
200—220	17	15—19	440—460	16	26
220 240	12	20—24	460—480	14	26
240—260	11	21—27	480—500	17	23
260—280	11	28—31	500 -520	13	25
280—300	9	30—31	520—540	11	26
300—320	11	30—35	620—640	9	24—26
320—340	12	30—33	640—660	9	26
340—360	12	30—35	660—680	9	26
360—380	12	30	680—700	9	26

Zmiany częstości i głębokości oddechania uwidocznione powyżej są typowe dla działania jonów K na ośrodki oddechowe. Natychmiast po injekcji ulega zwiększeniu głębokość oddechów, która po około 160-ciu sekundach przewyższa wartość początkową prawie trzykrotnie. Ten wzrost trwa przez czas dłuższy, gdyż jeszcze w 520 sekund po wstrzyknięciu wynosi głębokość o 14 mm więcej jak przed injekcją (26—12 mm). Częstość oddechania natomiast po początkowym krótkotrwałym wzniesieniu opada następnie trwale (aż do 9 na 20 sek.).

Doświadczenie II. (3. VII. 1928).

Pies 8 kg wagi. Uśpienie, zapisywanie oddechu, wstrzykiwanie roztworów jak wyżej.

A.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed Injekcją		160—180	25	12—16
0—20	19	10—13	180 200	23	11—15
21	Injekcja 1mg lobeliny Ingelkim		200—220	22	7—13
			220—240	19	3—7
20—40	19	16 22	240—260	18	2—4
40 60	16	11—17	260—280	16	3
60—80	16	9—14	280—300	18	3—5
80—100	17	9—14	300—320	15	2—3
100—120	19	9—12	320—340	15	3
120—140	20	13—15	420—440	11	1—1 5
140—160	22	12—17	430—460	12	1—1,5

Głębokość oddechów wzrasta zrazu znacznie (z 13-tu na 22 mm), lecz już po dalszych 20 sek. maleje i wraca po 160-ciu do wartości początkowej, poczem zmniejsza się bardzo znacznie, tak, że w 460 sekundzie wynosi zaledwie 1.5 mm (10—13 mm przed injekcją). Częstość oddechania zrazu nieco obniża się, potem wzrasta aż do 22—25 oddechów na 20 sekund, a po 180 sek. opada powoli lecz stale równolegle z głębokością. Obniżenie częstości oddechania po lobelinie przebiega równocześnie ze zmniejszaniem się głębokości, a zatem przeciwnie jak po chlorku potasu.

B.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
510	Ponowna injekcja 1mg lobeliny		560—580	21	2—3
			580—600	21	3
520 540	12	1	600—620	16	1,5—2,5
540—560	15	1—2	620—640	31	1,5

Niewielkiemu zwiększeniu głębokości towarzyszy znaczny wzrost częstości oddechów, która zmniejsza się następnie wraz z amplitudą.

Typową różnicę między działaniem chlorku potasu i lobeliny przedstawia poniższe doświadczenie, w którem wstrzyknięto po sobie roztwór chlorku potasu i lobeliny.

C.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcja		440—460	8	12—16
0—20	13	1,5	460—480	9	12—13
22	Injekcja 0·5cm³ 15,% KCl		480—500	10	11—15
			500—520	14	16—17
20—40	12	1,5—2	520—540	14	16
40—60	11	1 5—2 5	540—560	15	15—17
60—80	10	1,5—2,5	560—580	16	14 16
140—160	8	4,5—5	580 600	17	13—16
160—180	8	5	600—620	16	13
180 - 200	8	5—6	620—640	15	14
280—300	7	26	640—660	16	14
300—320	7	26	660—680	16	13
320—340	7	28	680—700	16	14
340—360	6	30	700—720	15	14
360—380	6	27	720—740	15	13
380—400	6	27	740—760	14	12—14
400—420	7	26	760—780	16	12—13
420 - 440	7	21—23	780—800	15	12
448	Injekcja 1mg lobeliny		800—820	14	12

Znaczny *wzrost głębokości oddechania* wywołany podaniem KCl z równoczesnem jego *zwolnieniem* przechodzi po wstrzyknięciu lobeliny w silne *przyspieszenie* czynności oddechowej, któremu jednak towarzyszy ciągłe *zmniejszanie się* głębokości. Wybitne zwiększenie częstości oddechów bez, lub tylko z nieznacznym wzrostem ich głębokości, występowało zawsze po bezpośredniem zadziałaniu na ośrodki oddechowe.

Doświadczenie III (5. VII. 1928).

Pies 12 kg wagi. Uśpienie, zapisanie oddechu i wstrzykiwanie roztworów jak w doświadczeniach poprzednich.

A.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcją		460—480	12	10—11
0—20	17	7—6	480—500	11	10
22	injekcja 5mg lobeliny		500—520	11	10 12
			520 - 540	9	9—10
20—40	18	7—12	540—560	10	10—16
40—60	10	12—13	560 - 580	9	10—40
60—80	13	12	584	powtórna injekcja 5mg lobeliny	
80—100	18	11			
100—120	22	10	580—600	9	8
120—140	22	8—9	600—610	8	8—10
140—160	24	11—12	620—640	8	10—24
160—180	24	13	640—660	8	10—14
180—200	25	12	660—680	10	10—11
200—220	26	13	680—700	10	12
220—240	25	13	700—720	10	11—12
240—260	24	13	720—740	10	10—13
260—280	22	11—12	740—760	9	10—14
280—300	21	11—12	760—780	10	10—14
360—380	14	9	780—800	10	9—13
383	Injekcja 1cm³ 1% KCl		800—820	10	11—12
			820—840	10	6—14
380—400	15	9—10	840 860	9	6—12
400—420	15	10—11	860—880	10	7—11
420—440	15	10—11	880—900	10	12—13
440—460	14	7—12	900—920	11	12

Podanie podoponowo lobeliny w ilości przewyższającej pięciokrotnie dawkę poprzednio używaną, wywołuje zmiany podobne jak tamże, a mianowicie silny wzrost częstości oddechów z nieznacznem równoczesnem wzniesieniem ich głębokości. Działanie KCl jest tu podobne jak w doświadczeniach poprzednich, jednakże nie tak wybitnie zaznaczone.

Doświadczenie IV (26. IV. 1928).

Pies wagi 9 kg. Uśpienie, zapisywanie oddechu i wstrzykiwanie jak w doświadczeniach poprzednich.

A.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcją		340—360	4	35
0—20	6	20—23	420—440	5	25—32
23	Injekcja 20mg lobeliny		600	Ponowna injekcja 20mg lobeliny	
20—40	2	20	620-640	7	32
40—60	1	20	640—660	4	54
60—80	1	60	660—680	4	64
80—100	2	56	680—700	4	24—64
100—120	2	52	700—720	4	55—69
120—140	2	43	720 740	4	55—69
140—160	2	41	740—760	3	72
160—180	2	40	760—780	4	60—63
180—200	3	38	780—800	4	63
260 280	5	18-21	800—820	4	55—61
280—300	5	18 32	820—840	3	58—72
300—320	5	35—41	840—860	5	48—46
320—340	5	26—27			

W powyższem doświadczeniu chodziło o wykazanie bezpośredniego działania bardzo wielkich dawek lobeliny na ośrodki oddechowe. Wynik tego ostatniego różni się znacznie od działania dawek mniejszych. Natychmiast po wstrzyknięciu występuje bezdech, który trwa 20 sekund, poczem zjawia się nie przyspieszenie lecz silne zwolnienie czynności oddechowej. Głębokość zwiększa się bardzo znacznie, przyczem oddechy głębokie występują w grupach składających się z 3—4 ruchów oddechowych o równej głębokości przedzielonych pauzami, trwającemi zazwyczaj 10 sekund.

Doświadczenie V (14. VIII. 1928).

Pies wagi 7 kg. Uśpienie jak w innych doświadczeniach, oddechanie zapisywano za pośrednictwem rury wprowadzonej do nozdrzy. Wstrzyknięto 1 cm³ 8.2%-go roztworu KCl do żyły odpiszczelowej.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcją		300—320	12	8—9
0—20	10	2	360—380	12	3—4
24	Injekcja 1cm³ śródżylne 8,2% KCl		380—400	12	3—5
			400—420	11	3—4
20—40	23	6—16	420—440	12	3—4
40—60	20	7—16	440—460	12	3—4
60—80	18	6—7	460—480	13	3 4
80—100	15	6—7	480—500	12	4
100—120	14	6—7	500—520	12	4
120—140	14	6—7	520—540	14	2—4
140—160	15	5—7	540—560	12	2—4
160—180	15	6—7	560—580	11	2—4
180-200	14	6—7	580 600	11	3-3,5
200—220	14	6—7	600—620	11	2—3,5
220—240	13	6-7	620—640	11	2—3
240—260	13	7—9	640—660	10	3
260—280	12	8—9	660—680	10	2,5—1 5
280—300	12	9			2—1,5

Małe ilości chlorku potasu, odpowiadające dawkom stosowanym śródoponowo, nie okazują przy podaniu śródżylnem żadnego wpływu na czynność oddechową, o czem wspomniano już wyżej. Wielkie natomiast dawki KCl podane dożylnie powodują znaczne zwiększenie głębokości oddechania, która dopiero po 640 sek. wraca do stanu początkowego. Równolegle do wzrostu i zniżki głębokości zwiększa się i zmniejsza częstość oddechania, objaw którego nie zauważono przy podoponowem wstrzykiwaniu małych dawek chlorku potasu.

Doświadczenie VI (6. VII. 1928)

Pies 10 kg wagi. Uśpienie i zapisywanie oddechów jak w doświadczeniach I, II, III i IV. Przez błonę szczytowo-potyliczną wstrzyknięto 10 mg siarczanu atropiny w 1 cm³ fizjolog. roztworu NaCl.

A.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed Injekcja		200—220	5	7—10,5
0—20	8	3,5	220—240	5	7
21	Injekcja 10 mg Atropin. sulf.		240—260	5	7—11
			260—280	5	6—7
20—40	7	1,5—2,5	280—300	6	7
40—60	6	2	300—320	5	7—8
60—80	6	3	360—380	5	7—8
80—100	5	3—4	380—400	4	7
100—120	5	4 5	400—420	5	6—7
120—140	5	5 6	420—440	5	6—7
140—160	6	6	440—460	6	7
160—180	5	6—11	460—480	6	7
180—200	6	7—14	480—500	6	7

Bezpośredni wpływ atropiny na ośrodki oddechowe objawia się w zwiększeniu głębokości oddechów z niewielkiem zmniejszeniem się ich częstości. Wzrost głębokości poprzedzony jest przez zmniejszenie się jego trwające przez 60 sek. Po tym okresie głębokość wzrasta stale, osiągając najwyższą wartość po 240—260 sek., opada następnie zwolna, pozostając jednakże przez dłuższy czas na poziomie wyraźnie zwiększonym w porównaniu ze stanem początkowym. Częstość oddechów maleje odrazu i przez cały czas nie ulega zwiększeniu, przyczem najwybitniejsza zniżka odpowiada okresowi największej głębokości.

B. Gdy głębokość i częstość oddechów utrzymywała się przez czas dłuższy na tym samym poziomie, wstrzyknięto w dalszym ciągu w to samo miejsce 1 cm³ 1%-go roztworu KCl.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
503	Injekca 10 mg KCl		640—660	7	15
520—540	6	6	660—680	7	14
540—560	7	7—9	680—700	7	13
560—680	8	9—10	700—720	8	13
680—600	7	10—11	720—740	9	14
600—620	7	13—15	740—760	8	13
620—640	7	15—16	760—780	9	17

Chlorek potasu, podany śródoponowo po atropinie spowodował jak w poprzednich doświadczeniach znaczny wzrost głębokości oddechów, przy nieznacznym wzroście ich częstości. Ta zwiększona amplituda oddechów utrzymuje się dalej na prawie niezmienionym poziomie po powtórnem wstrzyknięciu 10 mg siarczanu atropiny, częstość zmniejsza się jednak stale, dochodząc do wartości przed podaniem chlorku potasu.

C.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20''	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Wartości przed Injekcja		180—200	6	15—16
0—20	9	16	200—220	7	15—16
33	Injekcja 10 mg atropiny		220-240	7	16—17
			240—260	7	16—17
20—40	9	15—16	260-280	7	15
40—60	9	15	280—300	7	15
60—80	8	15	300—320	6	14
80—100	9	15	320—340	6	15—16
100—120	9	15—16	340—360	6	16
120—140	7	15—16	360—380	6	16
140—160	7	15—16	380—400	6	16—17
160—180	7	15—16			

Wreszcie wstrzyknięto śródoponowo w to samo miejsce 1 mg azotanu strychniny w 1 cm³ fizjolog. roztworu NaCl; poczem w krótkim okresie czasu przed wystąpieniem skurczów zanotowano następujące zmiany w czynności oddechowej.

D.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
405	Injekcja 1 mg		420—440	7	28
	Strychninum nitricum		440—460	6	30—32
400—420	7	28	Skurcze toniczne		

Wartości powyższe świadczą o podobieństwie w działaniu strychniny i chlorku potasu na ośrodki oddechowe. Podobnie jak po KCl, występuje po strychninie znaczne zwiększenie amplitudy oddechów przy nieznacznie zmniejszonej ich częstości.

W dalszych doświadczeniach badaliśmy działanie śródoponowo podanej koffeiny, używanej przez J o n n e s c u *) jako dodatek przy znieczulaniu rdzeniowem.

Doświadczenie VII (9. VII. 1928).

Pies wagi 8 kg. Uśpienie i zapisywanie oddechu jak w doświadczeniu poprzedniem. Dwukrotne wstrzyknięcie przez błonę szczytowo-potyliczną 1%-go roztworu Coffeinum natr.-salic.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcją		224	Ponowna injekcja 1 cm³	
0—20	30	45		1% Coffeinum natr.-salic.	
33	Injekcja 1 cm³		220—240	14	32—41
	1% Coffeinum natr.-salic.		240—260	18	37 41
20—40	32	47	260—280	24	35—45
40—60	33	47—52	280—300	29	41—48
60—80	33	52 56	300—320	30	43—47
80—100	32	53—58	320—340	29	41—44
100—120	33	48—53	340—360	32	39—46
140—140	33	51—53	360—380	28	35—40
200—220	17	34—37			

Jak widać z powyższego zestawienia, pierwsza iniekcja koffeiny powoduje wzrost głębokości oddechów, który zjawia się natychmiast po wstrzyknięciu. Wysoki poziom głębokości nie trwa jednak tak długo jak po KCl, gdyż amplituda spada już po 200 sek. do poziomu niższego niż przed wstrzyknięciem. Częstość oddechania zwiększa się nieco po 200 sek. opada jednak znacznie. Po powtórnej injekcji koffeiny pogłębia się oddech jak po pierwszej, częstość oddechów wzrasta po początkowem zmniejszeniu się równocześnie z wzniesieniem ich głębokości poczem opada stale aż do 5 oddechów w 20 sek. (w porównaniu z 17 — przed drugiem wstrzyknięciem).

Doświadczenie VIII (11. VII. 1928).

Pies 7 kg wagi. Uśpienie i zapisywanie oddechu jak w dośw. poprzed. Przez błonę szczytowo-potyliczną wstrzyknięto 1 cm³ 1%-go roztworu kofeiny.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
	Przed injekcją		120—140	18	20—31
0—20	20	14—27	130	Ponow. injek. 1cm³	
21	Injekcja 1cm³			1% Cofeinum. n.-sal.	
	1% Cofeinum n.sal.		140—160	19	16—27
20—40	19	15—28	160—180	23	20—33
40—60	19	18	180—200	24	20—24
60—80	19	17—29	200—220	25	22—38
80—100	19	17—19	220—240	23	21—35
100—120	19	18—20	240—260	24	20—43

W tem doświadczeniu wzrosła głębokość oddechów po pierwszej injekcji koffeiny tylko nieznacznie, natomiast wybitnie po powtórnej. Częstość opadła po pierwszej injekcji o 1 oddech na 20"; po drugiej wzrosła o 1—5 oddechów na 20".

B. Gdy głębokość i częstość oddechów przez dłuższy czas pozostały niezmienione, wstrzyknięto w to samo miejsce 1 cm³ 0.8%-go, a po pewnym czasie 1 cm³ 1%-go roztworu KCl.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza g'ębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głękokość oddechów w mm
9—20	22	26—28	220—240	8	33—37
20—40	21	26—27	240—260	8	33—40
56	Injekcja 1cm³		260—280	9	33—38
	0,8% KCl		280—300	10	31—38
40—60	7	25—30	300—320	10	31—38
60—80	9	28—32	320—340	9	31—55
80—100	7	32	340—360	9	31—43
100—120	8	35—60	360—380	9	56—41
120—140	8	39—54	380—400	9	40—43
140—160	8	38—40	400—420	10	38—40
160—180	6	35—40	480—500	18	25
180—200	8	37	500—520	17	26
200—220	8	36	520—540	18	23—26

C.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
0—20	18	23—26	140—160	11	29—32
20	Injekcja 1cm³		160—180	11	28 32
	1% KCl		180—200	12	26—28
20—40	10	14—33	200—220	12	23—26
40—60	9	33	220—240	14	20—26
60—80	8	33	240—260	15	18—25
80—100	9	31—35	260—280	14	16—28
100—120	9	31—33	280—300	16	13—40
120 140	10	33			

Da się tu zauważyć typowe działanie jonów K na ośrodki oddechowe: zwolnienie rytmu oddechania i pogłębienie jego amplitudy, występujące natychmiast po wstrzyknięciu. Dokładny opis tych zmian byłby powtórzeniem opisu zmian w doświadczeniach podobnych.

D.

W dalszym ciągu doświadczenia podano podoponowo 0.5 mg azotanu strychniny.

Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm	Czas w sek.	Ilość oddechów w 20"	Największa i najmniejsza głębokość oddechów w mm
0—20	14	16—40	100—120	15	10—36
24	Injekcja 0·5mg		120—140	16	10—36
	Strychniny w 1cm		140—160	16	10—40
	roztworu		160—180	15	8—41
20—40	15	14—34	180—200	15	10—40
40—60	14	10—32	200—220	13	12—36
60—80	15	10—33	220—240	12	12—34
80—100	15	10—34	240—260	12	10—42

Podanie strychniny nie wywarło w tym wypadku wybitniejszych zmian w czynności oddechowej. Głębokość oddechowa jakkolwiek znaczna, przewyższa tu zaledwie nieznacznie (o 1—2 mm) amplitudę oddechu występującą po wstrzyknięciu KCl, charakterystyczne są jedynie duże różnice pomiędzy największemi i najmniejszemi amplitudami. Częstość oddechów wzrasta z początku nieznacznie, potem jednak ulega wyraźnemu zmniejszeniu. Powyższy stan oddechu trwał bardzo długo, gdyż mała dawka strychniny nie spowodowała kurczów.

Jak wynika z przytoczonych wyżej doświadczeń, działanie bezpośrednie jonów K na ośrodki oddechowe różni się od odnośnego działania innych, badanych w pracy niniejszej jadów. Chlorek potasu wstrzykiwany w małych dawkach podoponowo przez błonę szczytowo - potyliczną, względnie prowadzony na dno komory czwartej powoduje wybitne zwiększenie się głębokości oddechów z równoczesnem zwolnieniem ich rytmu. Ponieważ oddech

*) l. c.

głęboki i wolny jest korzystniejszy niż płytki i szybki, przeto to działanie jonów potasu musimy uważać za bardzo pożyteczne. Pogłębienie oddechu jako wynik bezpośredniego działania jonów K na ośrodki oddechowe jest dowodem wzrostu pobudliwości komórek oddechowych na bodźce, a równoczesne zwolnienie rytmu oddechowego przemawia za podwyższeniem się progu podniet potrzebnych do wywołania reakcji ze strony komórek oddechowych w formie wdechu. Te dwie zmiany w czynności komórek oddechowych pod wpływem jonów K są korzystne dla ośrodków oddechowych gdyż zapobiegają szybkiemu ich wyczerpaniu się, które nastąpiłoby w skutku długotrwałego przyspieszenia oddechania.

Wykazanie powyższych własności jonów K jest nietylko przyczynkiem do wyjaśnienia ich wpływu na ustrój, ale ma też znaczenie kliniczne dla zwalczania niekorzystnego działania znieczulania rdzeniowego na ośrodki oddechowe a może też zaburzeń oddechowych innego pochodzenia.

Omówienie różnic w sposobie działania chlorku potasu oraz pozostałych czterech jadów rozpoczniemy od *lobeliny*. Działanie tego środka używanego jako swoisty w zwalczaniu zaburzeń oddechowych jest znanem z obfitych prac klinicznych i doświadczalnych, których zestawienie znajdujemy w monografji J. Biberfelda 4) i w „Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie" 5). Według licznych danych klinicznych i doświadczalnych lobelina działa silnie pobudzająco na ośrodki oddechowe, wzmaga absolutną siłę ruchów oddechowych i podnosi czułość ośrodków oddechowych na zawartość CO_2 krwi. We wszystkich przypadkach i doświadczeniach z wyjątkiem prac Wielanda*), który stosował lobelinę wprost na ośrodki oddechowe gołębia, podawano jad ten najczęściej drogą dożylną, wskutek czego występowało działanie obwodowe lobeliny, podobne do działania atropiny. Silniejsze zaś dawki wywołują porażenie takie jak po zatruciu kurarą. Lobelinę podawaną śródoponowo stosował poraz pierwszy jeden z nas (Hilarowicz) na klinice chirurgicznej lwowskiej jako dodatek do nowokainy w ilości 0,003 a nawet 0,01 *(Lobelinum hydrochloric. Ingelheim)*. Na podstawie niewielu przypadków, w których, co prawda, nie zauważono zaburzeń oddechowych, nie możemy wypowiedzieć się co do ewentualnego korzystnego działania lobeliny podanej tą drogą. Jak wynika z naszych doświadczeń, zależy sposób bezpośredniego działania lobeliny na ośrodki oddechowe przedewszystkiem od wielkości wprowadzonej podoponowo dawki. Po wstrzyknięciu małych dawek, występuje jako główna zmiana czynności oddechowej przyspieszenie jej rytmu, podczas gdy wpływ na głębokość jest nieznaczny; po większych dawkach (5 mg) zjawia się również znaczne przyspieszenie obok niewielkiego pogłębienia oddechów. Istnieje tu zatem wyraźna różnica pomiędzy działaniem małych i średnich dawek lobeliny z jednej strony a jonów potasu z drugiej. Jony potasu, działając bezpośrednio na ośrodki oddechowe powodują zwolnienie i pogłębienie oddechów; lobelina przyspiesza je silnie, wpływając jednak bardzo nieznacznie na głębokość. Po bardzo wielkich dawkach lobeliny (do 20 mg) występuje bezdech, znany też Mayerowi i Wielandowi**). Po ustąpieniu tego zaburzenia, oddech pogłębia się i zwalnia znacznie, przyczem jednak okazuje inny charakter jak po zadziałaniu chlorku potasu. Tu oddechy są głębokie i spokojne, jednak rytm ich nie ulega zakłóceniu, co świadczy o stałem i miarowem powstawaniu impulsów oddechowych w ośrodkach. Po dużych dawkach lobeliny natomiast zjawiają się głębokie oddechy w grupach po 3 — 4, przedzielonych długiemi pauzami, co uważamy za wynik trującego działania lobeliny na ośrodki oddechowe. Analogiczny niekorzystny wpływ śródżylnych dawek lobeliny widziano kilkakrotnie na klinice chirurgicznej lwowskiej; po takiej injekcji 0,003 lobeliny u bardzo słabych i płytko oddechających chorych w czasie operacji, wystąpił momentalnie niepokój i bezdech, który przy zastosowaniu sztucznego oddechania po chwili przeminął i ustąpił miejsca szybkim oddechom. Podobnie i w doświadczeniach zwierzęta słabe za głęboko uśpione weronalem lub używane już zbyt długo do doświadczeń znosiły podanie podoponowe lobeliny na wysokości dźwigacza źle i ginęły wśród objawów trwałego porażenia oddechania.

Wyższość zatem jonów potasu nad lobeliną pod względem ich bezpośredniego działania na ośrodki oddechowe polega na *regulującym* wpływie jonów K na czynność oddechową, podczas gdy lobelina podana podoponowo zniża wskutek silnego przyspieszenia oddechania próg pobudliwości dla ośrodków i umożliwia szybkie ich wyczerpanie.

Działanie bezpośrednie atropiny przypomina działanie jonów K. Cechuje je również zwiększenie głębokości i zmniejszenie częstoci oddechów; zmiany te jednak są mniej wyraźnie zaznaczone i trwają krócej jak po chlorku potasu.

*) **) cytowane w. J. Biberfelda (l. c.).

Działanie dwu innych jadów, a mianowicie kofeiny i strychniny, polecanych jako dodatki do płynu znieczulającego przy znieczulaniu rdzeniowem możemy na podstawie naszych doświadczeń określić następująco:

Śródoponowe podanie kofeiny powoduje wyraźny wzrost głębokości oddechów trwający jednak krócej niż po KCl, oraz początkowo przyspieszenie oddechania, po którem jednak występuje znaczne zwolnienie.

Tak więc kofeina przypomina pod względem swego bezpośredniego działania na ośrodki oddechowe chlorek potasu. Działanie to nie jest jednak tak korzystnem jak po tym ostatnim z powodu swej krótkotrwałości i braku wpływu regulującego stosunek głębokości i oddechów do ich częstości.

Należy jeszcze wspomnieć iż śródoponowe stosowanie kofeiny spotkało się z ostrą krytyką ze strony kilku autorów (Guibald-Bezier 6) i in.), którzy zarzucają mu nietylko bezwartościowość w zwalczaniu zaburzeń oddechowych przy znieczulaniu rdzeniowem, ale i ze względu na możliwość różnych powikłań jak porażeń, odleżyn, zaburzeń pęcherzowych, trwałych znieczuleń, stanów podniecenia, trwałego uszkodzenia rdzenia i t. d., przestrzegają przed jej używaniem.

Co do strychniny wreszcie, to należało przypuścić że działanie jej bezpośrednie na ośrodki oddechowe musi być, podobnie jak na cały układ nerwowy, silnie pobudzającem. Śródoponowe wprowadzenie jednak tego jadu wydaje się być ze względu na możliwość skurczów tonicznych, które zjawiają się u psa już po 1 mg, nie całkiem pozbawione niebezpieczeństwa. Przed okresem kurczów oddech był w każdym razie znacznie pogłębiony i zwolniony, co przypomina bardzo działanie jonów K. Po wstrzyknięciu dwukrotnie mniejszej dawki t. j. 0,5 mg wystąpiło również znaczne pogłębienie oddechania, przyczem częstość ich po początkowem wzniesieniu silnie zmalała.

Tak więc wśród szeregu jadów podawanych śródoponowo w celu przeciwdziałania porażeniu ośrodków oddechowych przy znieczulaniu rdzeniowem, należy na pierwszem miejscu umieścić chlorek potasu. Oprócz korzystnego pobudzającego i regulującego działania na czynność oddechową posiada on jeszcze inną cenną własność w porównaniu z jadami z grupy alkaloidów, a mianowicie zostaje on szybko przez komórki związany jakoteż i wydzielony do krwi i moczu, przyczem nie wywiera żadnego ujemnego działania na komórki, co zostało histologicznie stwierdzone przez Astolfoniego 7). W naszych doświadczeniach wstrzykiwaliśmy 1% roztwór chlorku potasu podoponowo psom wielokrotnie, przyczem zwierzęta za każdym razem reagowały pogłębieniem i zwolnieniem oddechania, nie odnosząc przytem żadnej szkody, o ile pauzy pomiędzy pojedynczemi wstrzyknięciami nie były zbyt krótkie.

Opisany w innem miejscu korzystny wpływ chlorku potasu na ciśnienie krwi przy śródoponowem podaniu oraz zdolność potęgowania siły, znieczulającej nowokainy podnoszą jeszcze więcej jego wartość jako dodatku do tej ostatniej przy znieczulaniu rdzeniowem.

Zastosowanie praktyczne podoponowego podawania chlorku potasu w klinice jako środka bezpośrednio pobudzającego ośrodki oddechowe wymaga niewątpliwie ostrożności i obfitego materjału. Wyniki które uzyskaliśmy w naszych doświadczeniach na zwierzętach pozwalają wierzyć w pomyślny rozwój dalszych prób praktycznych, które może otworzą nowe drogi sposobom bezpośredniego działania na ośrodki nerwowe regulujące przemianę energji.

Streszczenie.

Oddech ulega pod wpływem działania chlorku potasu, lobeliny, atropiny, kofeiny i strychniny, wprowadzonych podoponowo przez błonę szczytowo - potyliczną następującym zmianom:

1) Wpływ jonów K na ośrodki oddechowe zależy od stanu w jakim czynność oddechowa znajdowała się w chwili ich zadziałania. Przy oddechu szybkim i płytkim powoduje *chlorek potasu* zwolnienie i pogłębienie, przy wolnym znaczne przyśpieszenie rytmu oddechowego. Ten rodzaj działania na czynność ośrodków oddechowych można określić jako *regulujący*.

2) *Lobelina* działając bezpośrednio na ośrodki oddechowe w małych i średnich dawkach, powoduje przyspieszenie oddechania, przyczem głębokość jego nie zmienia się wcale lub tylko nieznacznie. Duże dawki działają na ośrodki oddechowe trująco.

3) Działanie *atropiny* i *kofeiny* przypomina działanie chlorku potasu, przyczem jednak jest ono krótkotrwałe, mniej wybitnie wyrażone i nie posiada charakteru regulującego.

4) *Strychnina* powoduje znaczne pogłębienie oddechania nie posiada jednak również wpływu regulującego na ośrodki oddechowe.

Na podstawie powyższych wyników dadzą się ustalić następujące wnioski odnośnie do śródoponowego zastosowania wymienionych jadów jako środków wpływających dodatnio na czynność oddechową przy znieczulaniu rdzeniowem:

1) Najkorzystniejszem wydaje się być użycie jonów potasu w postaci chlorku potasu jako dodatku do nowokainy, gdyż prócz korzystnego działania na ośrodki oddechowe, wzmaga jej siłę znieczulającą.

2) Kofeina i atropina okazują wprawdzie działanie korzystne, jakkolwiek słabsze od chlorku potasu, na ośrodki oddechowe, wpływ ich jednak na komórki nerwowe nie jest dokładniej znany i prawdopodobnie szkodliwy. Przytem środki te działając pobudzająco na centralny układ nerwowy nie są korzystne dla samego znieczulenia.

3) Bezpośredni wpływ lobeliny na ośrodki oddechowe nie zachęcił nas do śródoponowego stosowania jej u ludzi.

4) Strychnina działa wprawdzie korzystnie na ośrodki oddechowe, użycie jej jednak śródoponowe nie zdaje się nam być polecenia godnem ze względu na jej wybitnie drażniący wpływ na układ nerwowy centralny i możliwe niebezpieczeństwo skurczów tonicznych, jakoteż niekorzystny wpływ na samo znieczulenie.

Piśmiennictwo.

1) L. Hofbauer: Handbuch der norm. u. path. Physiologie II Atmung B. I. Path. Phys. der Atmung. — 2) Hilarowicz i Szajna: Pol. Gaz. Lek. 1928. 33 i 34, Zeitschr. f. d. g. Exp. Med. 1928. — 3) Jonescu: La rachianaesthesie generale, Masson 1919. Presse méd. 10. 1926. — 4) J. Biberfeld. Erg. d. Physiol. 17. 1919 (Erg. d. exp. Toxik.). — 5) II Atmung B. I. — 6) Guibald-Bezier: Presse méd. 53. 1923. — 7) Astolfoni: Arch. internat. Pharmaco-dyn. 11. 1904.

WYKŁAD KLINICZNY.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

O prawie rozmieszczenia hemoglobiny.

Z Zakładu Fizjologji Uniwersytetu Jagiellońskiego
Dyrektor Prof. Dr. E. Majdell.

Dyskusja w nauce jest rzeczą niezmiernie pożądaną. Ale pod jednym koniecznym warunkiem: aby ci co głos w danej sprawie zabierają znali ją dobrze i gruntownie. W przeciwnym razie wytwarza się gołosłowna dyskusja, która zamiast do uzgodnienia poglądów, doprowadzić może tylko do kłótni, jak się to niestety zdarza.

Dobrej i gruntownej znajomości danej sprawy najczęściej dwie następujące przyczyny stoją na przeszkodzie: zbyt pobieżne obznajamianie się z piśmiennictwem oraz niedostateczne opracowanie spraw zasadniczych. Olbrzymia ilość prac, ogłaszana w różnych językach w dziesiątkach czasopism usprawiedliwia pewne uproszczenia w przeglądaniu piśmiennictwa. Autorzy piszący swe rozprawy, zamiast z oryginału, poznają niektóre prace ze streszczeń. Może się to stać przyczyną wielu nieporozumień.

Do takich nieporozumień nigdyby nie doszło, gdyby wszyscy chcieli zacząć nietylko od teoretycznego poznania danej sprawy, lecz również gdyby rozpoczynano wszystkie prace od doświadczalnego poznania. Dlatego też z uznaniem powitać należy gruntowne sprawdzanie danych dotyczących choćby pozornie najbardziej pewnych spraw.

Do takich gruntownych badań zaliczyć należy trzy prace, które świeżo ukazały się w ostatnim zeszycie 220 go tomu Archiwum Pflügera (1, 2, 3). W pracach tych znajdujemy szereg danych dotyczących krwi ludzkiej, otrzymanych zapomocą najnowszych sposobów badania. Autorzy badają przedewszystkiem liczbę ciałek czerwonych, ilość hemoglobiny i średnicę erytrocytów. Wyniki tych autorów tembardziej należy uważać za cenne, że badania powyższe zapoczątkował i pracą kierował znany hematolog K. Bürker. Prace te nie zostały podjęte jedynie celem zapoznania się z istotnemi danemi, lecz jak każda sprawa mają swoją historję.

Jak wiadomo do liczenia ciałek czerwonych używane są obecnie prawie wyłącznie dwa sposoby: Thoma-Zeissa i Bürkera. Sposób Thoma-Zeissa jest starszy, u nas o ile wiem w celach rozpoznawczych najczęściej używany. Sposób Bürkera, choć dający dokładniejsze wyniki, mniej jest u nas rozpowszechniony. Ostateczne udoskonalenie sposobu Bürkera nastąpiło dopiero w 1911 roku (4). Jak się z odnośnych badań tegoż autora okazuje, sposób Thoma-Zeissa daje stale wyniki zbyt wysokie i to w najlepszym wypadku aż o 7% większe od liczby właściwej. Bürker, przypuszczał, że przyczyną tej wady jest opadanie, mające miejsce w komorze Thoma-Zeissa po umieszczeniu kropelki na szkiełku środkowem, przed przykryciem jej szkiełkiem pokrywowem. Przedsięwzięto badania, mające na celu wyświetlenie bliższe tej sprawy.

Znaczeniem szybkości opadania ciałek czerwonych dla wielkości błędu, jaki otrzymuje się przy liczeniu w komorze Thoma-Zeissa, zajął się jeden z uczniów Bürkera, R. Marloff (5). Autor ten badał szybkość opadania krwinek czerwonych w płynie Hayema u różnych zwierząt, a także liczbę ciałek czerwonych sposobami Thoma-Zeissa i Bürkera.

W niżej załączonej tablicy (tablica 1) uwidocznione są wyniki badań Marloffa.

Jak z tej tablicy wnosić można fałszywe wyniki sposobu Thoma-Zeissa istotnie przypisać należy opadaniu. Im opadanie szybsze tem błąd większy. Na szybkość opadania wpływa wielkość i ciężar właściwy ciałek krwi. Ciężar właściwy zależy w dużym stopniu od zawartości hemoglobiny. Zwiększenie zawartości hemoglobiny zwiększa ciężar właściwy. Dlatego też Marloff w swych pomiarach uwzględniał też ilość hemoglobiny przypadającą na każde ciałko czerwone, co uwidocznione jest w tablicy.

Tablica I.

Rodzaj zwierzęcia	Liczba erytroc. w miljonach		Różnica w %	Ilość g Hb w 100 cm³ krwi	Ilość Hb w jednym ciałku w 10^{-12} g	Szybkość sedym. w milim. na sek.
	Bürker	Thoma-Zeiss				
Żaba . . .	0·452	1·066	136	14·6	322	0·375
Gołąb . .	2·80	3·79	39	15·2	54	0·120
Człowiek .	4·81	5·68	18	16·6	35	0·107
„ . . .	4·30	4·99	16	14·3	33	0·102
„ . . .	5·43	6·26	15	14·0	26	0·076
Pies . . .	6·65	8·21	23	16·9	25	0·088
Królik	5·85	6·35	9	12·1	21	0·065
Koń	7·32	8·19	12	14·3	19	0·061
Świnia . .	6·20	7·01	13	11·6	19	0·061
Bydło . . .	6·51	7·01	8	11·7	18	0·058
Koza	13·10	13·92	6	8·5	7	0·041

Gdy wyniki te zostały ogłoszone, okazała się potrzeba nowych pomiarów liczby ciałek czerwonych i białych u różnych zwierząt. Pod kierownictwem Bürkera pracują Kuhl 6)
zwierząt. Pod kierownictwem Bürkera pracują Kuhl (6)
Fritsch (7) i Welsch (8) i opracowują nowe dane dla szeregu nych sposobem Bürkera oraz ilość hemoglobiny sposobem Hüfnera, przyczem ujawniła się ciekawa zależność: liczba ciałek czerwonych okazała się zmienną, tak samo i ilość hemoglobiny: natomiast iloraz z ilości hemoglobiny przez liczbę ciałek czerwonych okazał się wielkością stałą dla danego gatunku. Innemi słowy liczba krwinek czerwonych zmienia się równolegle do ilości hemoglobiny. Zaś ilość hemoglobiny przypadająca średnio na jednego erytrocyta jest wielkością stałą dla danego zwierzęcia.

Oto np. dane dla psa:

Tablica II.

Nr. psa	Liczba ciałek w miljonach	Ilość hemoglobiny w 100 cm³ krwi	Ilość hemoglobiny przypadająca na 1 ciałko w 10^{-12} gramów
1	5·85	12·9	22
2	5·99	13·1	22
3	6·18	17·9	29
4	6·55	15·5	24
5	5·39	12·9	24
6	7·73	19·3	25
7	7·74	18·3	24
8	6·61	15·9	24
9	6 50	14·9	23
10	7·37	17·4	24

Porównywując ilość hemoglobiny przypadającą na jedno ciałko u różnych zwierząt, Bürker wpadł na pomysł zestwienia tej wielkości z powierzchnią ciałka czerwonego i w ten sposób przyszło do odkrycia prawa rozmieszczenia hemoglobiny. Okazało się mianowicie, że u wszystkich ssaków i u człowieka na jednostkę powierzchni erytrocyta przypada stale jednakowa ilość hemoglobiny. Tablica III oddaje powyższe stosunki.

Tablica III.

Rodzaj zwierzęcia	Ilość Hb przypadająca na 1 erytrocyt w 10^{-12} g	Średnica erytr. w mikronach	Powierzchnia erytr. w μ^2	Ilość Hb przypadająca na μ^2 powierzchni erytrocyta w 10^{-14} g.
Człowiek . . .	30	7·92	98·4	31
Pies	24	7·26	82·7	29
Świnia	22	6·60	68·4	32
Królik	20	6·60	68·4	29
Wół	19	5·94	55·4	34
Koń	18	5·94	55·4	33
Baran	11	4·62	33·6	·33
Koza	8	4·00	25·1	32

Tak więc u ssaków na μ^2 powierzchni ciałka czerwonego przypada przeciętnie 32, 10^{-12} g hemoglobiny (9). Prawo to nazwane przez Bürkera prawem rozmieszczenia hemoglobiny, należało potwierdzić zapomocą umyślnych pomiarów. Badania w tym kierunku przedsiębiorą Ohno (10) i Eisbrich (11). Ohno wykonuje szereg pomiarów na człowieku, przyczem potwierdza prawdziwość prawa Bürkera, wyznaczając $31 \cdot 10^{-12}$ g hemoglobiny na 1 μ^2 powierzchni. Eisbrich wykonuje podobne badania na kilku zwierzętach domowych i wyznacza jako średnią $30 \cdot 10^{-12}$ g na μ^2. Przy zmianie ilości hemoglobiny u danego zwierzęcia zmienia się też liczba erytrocytów tak, że stosunek powyższy nie ulega zmianie.

Jednak pomiary tych dwóch autorów okazały się nie bez zastrzeżeń. Mianowicie pomiar promienia ciałka czerwonego okazał się wadliwy. Przyczyną były tu z jednej strony niedość dokładne przyrządy optyczne. Prócz tego preparaty przyrządzone do mierzenia średnicy ciałek były częściowo zatopione w balsamie kanadyjskim, częściowo zaś były to preparaty warstwowe suszone lub barwione sposobem Pappenheima. Okazało się potem, że ciałka w balsamie kurczą się znacznie i okazała się potrzeba dokładnego sprawdzenia czy ciałka krwi w osoczu mają te same wymiary co i w preparatach warstwowych. Godną dokładniejszego sprawdzenia była też ilość hemoglobiny we krwi ludzkiej. Albowiem podawane powszechnie 13—14 g na 100 cm³ krwi okazały się wątpliwe wobec pomiarów Bürkera i in., które wskazywały stale większą jej ilość.

Wobec tego Bürker zapoczątkował nowe, badania, o których była mowa na wstępie. W pierwszym rzędzie Collatz (1) zajął się sposobem mierzenia średnicy erytrocytów. Przed nim opracowywano te sposoby wiele razy. Możnaby ze 20 autorów przytoczyć począwszy od Gullivera z r. 1847 aż do Pijpera i Siegenbecka z ostatnich lat. Na nowo musiano je jednak opracować ze względu na ważność tych pomiarów wobec prawa rozmieszczenia hemoglobiny.

Opracowanie dokładnych sposobów utrudnione jest przez to, że ciałka krwi bardzo łatwo zmieniają swój kształt i wielkość w zależności od warunków. Wobec tego najlepiej byłoby mierzyć ciałka zawieszone w osoczu. Tu jednak wchodzi w grę nowa trudność. Ciałka w osoczu poruszają się ustawicznie ruchem Browna. Trudność ta daje się jednak ominąć przy zastosowaniu momentalnej fotografji. Mimo to mierzenie ciałek w osoczu jest zabiegiem dość zawiłym. Ciałek w krwi jest tak dużo, że koniecznem okazuje się rozcieńczenie. Do rozcieńczania należy użyć osocza tegoż samego osobnika. Krew i osocze oraz preparat muszą być troskliwie ochraniane przed parowaniem, gdyż nastąpiłoby zagęszczenie płynu i skurczenie się ciałek czerwonych.

Dlatego też Collatz zajął się po pierwsze porównaniem wielkości krwinek zawieszonych w osoczu i krwinek rozpostartych w zwykłym warstwowym suszonym preparacie i wykazał że różnica w wielkości w obydwu wypadkach znajduje się w granicach błędu doświadczalnego. Preparaty barwione, a zwłaszcza zatopione w balsamie zawierają natomiast ciałka skurczone i nie powinny być stosowane do pomiarów średnicy ciałek czerwonych.

Wymiar erytrocytów (średni) u trzech zdrowych osób okazał się równy 8,26 μ w osoczu, zaś 8,42 μ w suszonym preparacie. Różnica wynosi 1,9% na korzyść ciałek w preparacie. Collatz zwraca uwagę na to, z jak wielką ostrożnością należy się posługiwać przyrządami optycznemi. Nawet przyrządy dostarczone przez najgłośniejsze firmy są niedokładne i mogą być źródłem błędów wynoszących kilka odsetek.

Na podstawie tych wyników rozpoczęli swe badania Horneffer (2) na 40 młodych mężczyznach (20 studentów i 20 żołnierzy zdrowych i dobrze odżywionych) i Börner na 35 oseskach. W tych badaniach chodziło głównie o dokładne pomiary normalnej liczby ciałek czerwonych, ilości hemoglobiny oraz wymiarów ciałek krwi. Powierzchnia erytrocytów obliczana była z wielkości promienia podług następującego wzoru:

$$O = \frac{D^2 \pi}{2},$$

w którym O — jest to powierzchnia, D — średnica erytrocyta. Trzeba tu zauważyć, że obliczanie powierzchni ciałka czerwonego tylko na zasadzie promienia jest oczywiście błędne, bowiem wchodzi tu w rachubę również grubość jego na obwodzie i w środku oraz charakter samych krzywizn. Są to jednak rzeczy trudne do uwzględnienia i to tak co do rachunku jak co do danych. Obliczanie dokładne powierzchni ciałka podług danych średnich wymagałoby dużej znajomości matematyki (którą, nawiasem mówiąc, przyrodnicy rzadko grzeszą, bo rachować nie lubią), zaś dokładne zmierzenie grubości erytrocytów na obwodzie i w środku oraz nachylenia krzywizn nastręczałoby z pewnością wielkie trudności i byłoby zadaniem znacznie cięższem do przeprowadzenia niż zmierzenie średnicy ciałka, a być może okazałoby się zgoła niewykonalnem. Dla tych to przyczyn autorzy robią pewne uproszczenia, powodujące jak się zdaje jedynie małe niedokładności, które oczywiście zmniejszą pewność danych dotyczących ilości hemoglobiny przypadającej na 1 μ^2 powierzchni ciałka czerwonego.

Wyniki Horneffera streszczone są w tablicy IV:

Tablica IV.

	Ilość Hb w 100 ccm krwi	Liczba erytrocyt. miljony	Ilość Hb na ciałka w 10^{-12} g	Średnica erytrocyta w μ^2	Powierzch. erytrocyta w μ^2	Ilość Hb na 1 μ^2 powierzch. w 10^{-12} g
Studenci	16·25	5·00	32.5	8·15	104·4	31
Żołnierze	15·80	4·92	32·2	8·14	104·0	31
Średnio	16·003	4·96	32·4	8·15	104·2	31

Doświadczenia tego autora potwierdzają z jednej strony prawo Bürkera, z drugiej zaś wykazuja, że ilość hemoglobiny i średnica ciałek czerwonych, jakie się powszechnie podaje, nie odpowiadają rzeczywistości. Mianowicie nie 13—14 g hemoglobiny, lecz 16 w 100 cm³ krwi trzeba przyjąć za normę. Średnicę erytrocyta należy uważać za równą 8 μ, a nie jak dotąd przyjmowano 7,5 μ.

Przy omawianiu powyższych danych, Bürker (12) podaje następujące ciekawe zestawienia. Obliczyć łatwo, że w 5 litr. krwi człowieka średniej wagi znajduje się 800 g hemoglobiny. Ogólna liczba ciałek czerwonych u człowieka wynosi 25 biljonów. Aby sobie uprzytomnić jak jest to dużo, można wyrachować, że jeśli ułożymy koło siebie wszystkie ciałka czerwone jednego osobnika rzędem jedno koło drugiego, wówczas otrzymamy szereg którego długość wyniesie 200.000 km. Szeregiem tym możnaby ziemię 5 razy dookoła równika opasać.

Powierzchnia wszystkich erytrocytów organizmu ludzkiego wynosi nie mniej niż 3200 metrów kwadratowych. Wielkość ta daje się zestawić z wewnętrzną powierzchnią naczyń włosowatych w ogólnym krwiobiegu i w płucach. Mianowicie jeśli się przyjmie, że przekrój aorty wynosi 8 cm² oraz, że suma przekrojów naczyń włosowatych w krążeniu wielkiem jest 500 razy większą (co można obliczyć z szybkości krążenia krwi) to, przyjąwszy za średnią długość promienia naczyńka włosowatego 5 μ, da się obliczyć, że krew płynie przez przeszło 5 miljardów naczyń włosowatych. Wspólna ich długość (średnio 0,5 mm) wynosić powinna 2,550 km, czyli $^1/_{16}$-tą obwodu naszego globu. Suma powierzchni naczyń włosowatych dużego krążenia równa jest około 80 m². Powierzchnia oddechowa płuc wynosi około 90 m².

Dalej da się obliczyć, że w naczyniach włosowatych mieści się normalnie 0,2 litr. krwi, czyli $^1/_{25}$ krwi całego organizmu. Powierzchnia ciałek czerwonych znajdujących się w tej ilości krwi

wynosi ok. 129 m². Tak więc powierzchnia ciałek czerwonych równa się 129 m² przebywa z jednej strony w zetknięciu z powierzchnią oddechową zewnętrzną równą 90 m², z drugiej zaś strony z powierzchnią oddechową wewnętrzną wynoszącą 80 m².

Można tutaj jeszcze dodać, że na to aby 1 mm³ krwi przepłynął przez jedno naczyńko o średnim przekroju przy średniej szybkości (0,8 mm na sek.) potrzeba 4 godzin i 27 minut czasu. Każde ciałko przebywa w naczyńku włosowatem okoł 0,6 sekundy, a więc w tym to czasie musi się odbyć przemiana gazowa.

Przechodząc do wyników Börnera(3) nad krwią osesków podamy, że badał on dzieci do 15 dni wieku, u których przewiązanie i przecięcie pępowiny miało miejsce dopiero po zniknięciu tętna w tejże i to tylko u zdrowych bez zastrzeżeń. Pomiary u oseskćw, u których pępowinę przewiązywano wcześniej, wykazały, że ilość hemoglobiny u tych ostatnich jest mniejsza. Dzieci zaraz po urodzeniu mają ilość hemoglobiny większą niż normalnie — do 23 g na 100 cm³ krwi. Ilość ta u dzieci starszych zmniejsza się i u 15-dniowych jest taka jak u dorosłych. Liczba ciałek czerwonych zaraz po urodzeniu jest również wyższa niż u dorosłych (6 miljonów), poczem też się obniża, aby po dwóch tygodniach spaść do 4 miljonów. Średnia wielkość przekroju erytrocytów waha się u wszystkich osesków między 8,24 a 9,12 μ, jest więc większa niż u dorosłych i nie wykazuje skłonności do spadku, jak wielkości poprzednio wymienione. Ilość hemoglobiny przypadająca na μ powierzchni erytrocyta obliczono na $33 \cdot 10^{-14}$ g (średnio).

I w danym wypadku znajdujemy więc potwierdzenie prawa rozmieszczenia hemoglobiny. Mimo, że różnice w ilości hemoglobiny i w liczbie ciałek czerwonych u dzieci różnego wieku są bardzo duże, to jednak na μ^2 powierzchni erytrocyta przypada stale, z małemi tylko odchyleniami, taż sama ilość hemoglobiny, którą poprzednio oznaczono nietylko dla ludzi, ale dla wszystkich ssaków.

Piśmiennictwo.

1) Pflügers: Archiv. t. 220, 1928, 691. — 2) Tamże: t. 220, 1928, 703. — 3) Tamże: t. 220, 1928, 717. — 4) Tamże: t. 142, 1911, 337. — 5) Tamże: t. 175, 1919, 369. — 6) Tamże: t. 176, 1919, 263. 7) Tamże: t. 181, 1920, 78. — 8) Tamże: t. 198, 1922, 37. — 9) Tamże: t. 195, 1922, 316. — 10) Tamże: t. 201, 1923, 376. — 11) Tamże: t. 203, 1924, 285. — 12) Handb. der norm. u. pathol. Physiol. 1928 t. VI/1 s. 25.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

M. FEJGIN i B. JOCHWEDS. Warszawa.

Przypadek przedwczesnych skurczów węzłowych. *(Escaped beats).*

Z I oddziału wewn. Szpitala Wolskiego. Kierownik: Dr. Anastazy Landau.

Chora lat 48, służąca, zgłosiła się do szpitala z powodu bólu w okolicy serca i osłabienia ogólnego, które wystąpiło podczas ciężkiej pracy na 3 dni przedtem.

Przed kilku miesiącami, w czasie letnich upałów chora odczuwała stałe i niezależne od jedzenia bóle w dołku, brak tchu i osłabienie. Z przeminięciem okresu upałów aż do obecnej choroby czuła się dobrze.

Przed 30 laty, przed 22-oma oraz przed 3-ma laty (3-krotnie w życiu) miała chwilowe napady zawrotów głowy, tak, że przy pierwszych 2-ch upadła na ulicy, 3-ci zaś był słabszy. Po przeminięciu napadów czuła się zupełnie dobrze. Od kilku lat jednakże miewała jakieś nieokreślone sensacje „lęku“ w okolicy serca zawsze we dnie, podczas pracy. Żadnych sensacji nowych, bólów, duszności etc. nie miała, od 5 lat nawet mieszka na 4-tem piętrze i wchodzi, jakoby bez odpoczynku. Przed 23 laty przebyła żółtaczkę, bez bólów, bez wymiotów; po 2-ch tygodniach wyzdrowiała. W dzieciństwie miała odrę i ospę. Przed 20 laty rodziła, dziecko żyje, zdrowe; nie roniła; perjody od 17-ego roku życia, regularne, trwają po 3 dni; ostatnio upławy.

Badaniem podmiotowem stwierdzono: osoba wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, stan odżywiania mierny, bladawa; w płucach nic szczególnego; tętno 52 na 1 min., na dotyk miarowe, nieźle wypełnione i napięte.

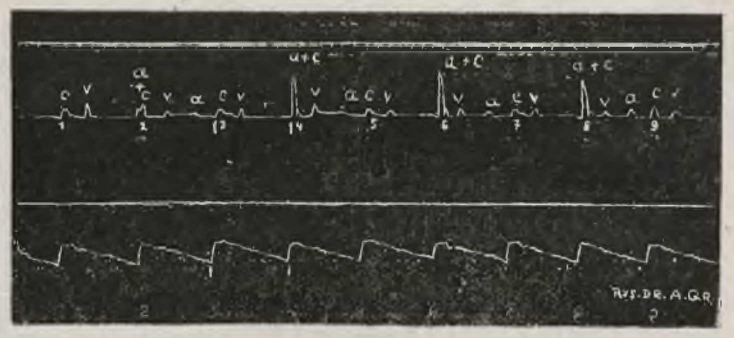
Uderzenie koniuszkowe serca w 5-ej przestrzeni m. ż. na linji środkowo-obojczykowej, nieco podnoszące; wymiary poprzeczne serca Ld — 3½ i Ls — 11 cm.

Wysłuchowo zwraca uwagę wyraźna niejednolitość akustyczna akcji serca: niektóre uderzenia słyszalne są znacznie wyraźniej, inne ciszej i o odmiennym zupełnie charakterze dźwiękowym; pozatem zaś na koniuszku I-szy ton dość głośny ze szmerem skurczowym, II-gi u podstawy nie nazbyt mocny, jednakowy nad t. płucną i główną. Przy dokładniejszem oglądaniu chorej stwierdza się, iż fale żylne na szyi są niejednakowej wysokości, a mianowicie, co 2 ga fala powoduje znacznie większe wzniesienie, aniżeli poprzednia. Zjawisko to występowało z niezmienną stałością i wyrazistością w ciągu całego kilkutygodniowego pobytu chorej na oddziale. W jamie brzusznej, poza wystającą na 1 palec i nieco bolesną wątrobą oraz lekko opuszczoną prawą nerką, nic szczególnego. Odruchy kolanowe i Achillesowe obecne, źrenice oddziaływują prawidłowo na światło i przystosowanie, odczyn Wassermanna i Sachs-Georg'ego w surowicy ujemny; mocz bez zmian patologicznych, ciśnienie tętnicze Mx 130, Mn 75; we krwi leukocytów 7000 w 1 mm³; wzór N 52%, I 42%, Mon. i przejść. 4%, Eozyn. 2%.

Dalsze spostrzeganie chorej wykazało stan bezgorączkowy, tętno stale 48—52, pod wpływem ruchu, zastrzyku 1 i nast. 1½ mg, atropiny dożylnie, podawania amylnitritu nie przyśpiesza się wcale, wzg. b. nieznacznie (do 60 np.), aby za chwilę powrócić do stanu poprzedniego; z biegiem czasu staje się jeszcze rzadsze i utrzymuje się pod koniec pobytu w szpitalu około 40—44 uderzeń na minutę, pozostając pozornie miarowem; dolegliwości subjektywne powtarzają się od czasu do czasu, szczególniej, kiedy chora próbuje nieco więcej chodzić po sali.

Cały ten obraz wykazywał tedy, iż pod pozornie miarowem rzadkiem tętnem, nie dającem się przyśpieszyć zupełnie, bądź też minimalnie za pomocą bodźców fizykalnych (ruch) albo farmakologicznych (atropina, amylnitrit), kryje się jakieś zaburzenie rytmu, którego dokładniejsza analiza wymaga zastosowania metod graficznych (poligrafji wzgl. elektrokardjografji). Niejednakowa wysokość fal żylnych na szyi oraz różny charakter akustyczny poszczególnych uderzeń serca pozwalały jedynie przypuszczać, iż mamy tu do czynienia z dwojakiego rodzaju skurczami mięśnia sercowego, z których jedne powstają normalnie, inne zaś niewątpliwie stanowią zjawisko nieprawidłowe.

I w rzeczy samej zdjęcie poligraficzne wykazało, iż chodzi tu o nader ciekawy i rzadki rodzaj niemiarowości tętna i powstawania skurczów nieprawidłowych (heterotopowych). Otóż odczytanie krzywej (Ryc. 1) wykazało, co następuje: Tętno promieniowe 42—44 na 1', miarowe; wznosi się niezbyt stromo, opada b. wolno; szerokie plateau; fala dykrotyczna o prawidłowym kształcie i umiejscowieniu.



Ryc. 1.

Żyła szyjna. Krzywa żylna składa się z dwóch grup załamków, występujących naprzemian zupełnie miarowo; jedna z tych grup (skurcze Nr. 1, 3, 5, 7, 9) ma przebieg i kształt naogół prawidłowy, zawiera wszystkie trzy załamki zwykłej krzywej żylnej: („a“, „c“, „v“ *), czas przewodnictwa przedsionkowo - komorowego (a—c) jest jednak zwolniony i wynosi 0,4“ zamiast normalnych 0,15—0,2“; skurcz komory (c—v) trwa 0,45“. Po załamku „v“ tej grupy t. zn. od chwili, kiedy kończy się skurcz komory, następuje dłuższa pauza, podczas której całe serce znajduje się w stanie spoczynku; uwidacznia to należycie poziomy, bez najmniejszych wzniesień, odcinek krzywej, mieszczący się pomiędzy „v“ powyższej grupy a początkiem skurczów Nr. 2, 4, 6, 8. Skurcz przedsionka („a“) nie przychodzi tu we właściwym czasie, który powinien odpowiadać połowie odległości dwóch sąsiednich fal „a“ (na krzywej znak *); dopiero w 1,7“—1,8“ po ostatnim skurczu przedsionka „a“, a w 1,3—1,4“ po ostatniej fali „c“ zjawia się wysoka fala synchroniczna z tętnem. Tego rodzaju fale powstają zwykle wskutek jednoczesnego skurczu dwóch odcinków serca — komory i przedsionka — co powoduje powstawanie w obrębie żył szyjnych

---

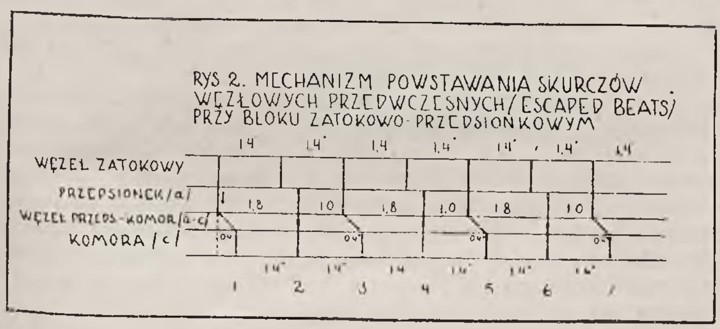
*) „a“ odpowiada skurczowi przedsionka, „c“ — fala tętnicy szyjnej, odpowiadająca początkowi skurczu komór, „v“ — początek rozkurczu komór, t. zw. „fala pograniczna skurczowo-rozkurczowa“ (systolisch-diastolische Grenzwelle Wintenberg).

zastoju znacznie większego, niż to ma miejsce podczas skurczu samego przedsionka lub też samej komory. W tych nieprawidłowych ewolucjach serca skurcz przedsionka może przypadać na początek lub też na koniec skurczu komory; w tym ostatnim razie na flebogramie powstanie nawarstwiona fala (v+a), odpowiadająca na krzywej tętniczej zagłębieniu, poprzedzającemu falę dykrotyczną; podobne zjawiska mają miejsce w ekstrasystoli przedsionkowej lub też w razie przyśpieszenia tętna b. znacznego stopnia.

W pierwszym przypadku, a więc w razie nawarstwienia się skurczu przedsionka na pierwszy okres skurczu komory, powstanie fala złożona (a+c), synchroniczna z początkiem fali głównej na tętnie, jak to ma miejsce na naszej krzywej.

Fala ta, nie poprzedzona normalnym załamkiem przedsionkowym, a więc niezależna od idącej drogą normalną (węzeł zatokowy, przedsionek, węzeł przeds., komorowy, komora) podniety, obejmuje jednocześnie przedsionek oraz komorę, a więc mogła powstać jedynie z pobudki, która zrodziła się w obrębie węzła przedsionkowo-komorowego (*„skurcz automatyczny"*) i stąd rozprzestrzeniła się ku górze i ku dołowi. Poza tem skurcz komory jest tu skurczem przedwczesnym, gdyż powstał, zanim komora otrzymała pobudkę od przedsionka. Czas trwania tych skurczów (odległość od początku skurczu „c" do końca skurczu „v") jest taki sam, jak skurczów normalnych, biegnących od zatoki żylnej (= 0,45"), dzięki czemu na krzywej tętna promieniowego poszczególne fale nie różnią się pomiędzy sobą. Natomiast już przy oglądaniu okolicy bocznej szyi rzucało się w oczy wielkie nabrzmiewanie żył, występujące co drugie uderzenie serca; odmienny był również charakter akustyczny tej nieprawidłowej ewolucji (p. historję choroby).

Mechanizm powstawania niemiarowości powyższej daje się wytłumaczyć w sposób następujący (Ryc. 2): węzeł przedsionko-



wo-komorowy, nie otrzymując w normalnym czasie pobudki, która powinna była nadejść od przedsionka, zaczyna działać samodzielnie (Mackenzie).

Wchodzą tu więc w grę dwa momenty patologiczne: po pierwsze, przerwa w dostarczaniu podniet z węzła Keith-Flacka do węzła Aschoff-Tavary; po drugie — autonomiczna (samodzielna), praca ośrodków drugorzędowych. Moment pierwszy mogą powodować:

1) zwolnienie tętna pochodzenia zatokowego: w naszym przypadku ilość bodźców wychodzących z zatoki żylnej, (fale, oznaczone na krzywej liczbami nieparzystemi) wynosiłaby 22—23 na 1, co jest zupełnie nieprawdopodobne,

2) blok przedsionkowo-komorowy, musielibyśmy wówczas przed falą nawarstwioną (a+c) podczas długiej przerwy na krzywej żylnej stwierdzić samotną falę „a" (zblokowaną) czyli daremny skurcz przedsionka, po którym nie następuje skurcz komory,

3) blok zatokowo-przedsionkowy a więc wskutek tego, że przewodnictwo bodźca tuż poza obrębem węzła Keith-Flacka jest upośledzone. Zupełnie poziomy przebieg krzywej żylnej w czasie pauzy pomiędzy grupami parzystemi i nieparzystemi, t. j. wypadnięcie całego okresu ewolucji serca wraz z załamkiem „a" przy zachowanym rytmie pozostałych (sąsiednich) skurczów, jak to widzimy w naszym przypadku, przemawia właśnie za podobnem umiejscowieniem bloku.

Ile podniet zatokowych ulega zblokowaniu w okresie czasu, dzielącym dwie prawidłowe fale przechodzące z węzła zatokowego na przedsionek (2,8"), tego powiedzieć nie jesteśmy w stanie, gdyż węzeł zatokowy nie daje odchyleń ani na elektrokardiogramie ani też na poligramie (na szemacie umieściliśmy tylko jedną podnietę, ale mechanizm nie zmieni się, jeżeli tych podniet będzie więcej — t. j. 2 lub 3).

Moment drugi t. j. stopień pobudliwości węzła przeds.-kom., można obliczyć na zasadzie t. zw. pauzy przedautomatycznej, a więc czasu jaki upływa od ostatniego skurczu normotopowego do powstania podniety w węźle; czas ten jest potrzebny, aby węzeł Aschoff Tawary mógł przejawić swą zdolność do wytwarzania samodzielnych bodźców. Czas ten wynosi na naszej krzywej 1,4", czyli ilość podniet przedsionkowo-komorowych na jedną minutę wynosi: 60/1,4=43; jest to stosunkowo niewiele, jeżeli wziąć pod uwagę, że przy bloku zatokowo-przedsionkowym, podniety wychodzą z najwyższych odcinków węzła Aschoff-Tavary, posiadających zazwyczaj największą pobudliwość.

Znaczne zwolnienie przewodnictwa przeds. kom. (a — c = 0,4") w okresach prawidłowej ewolucji serca (nieparzyste fale żylne) zależne jest z jednej strony od czynnościowego wyczerpania się węzła przez dopiero co powstałą w nim podnietę, z drugiej — od zmian organicznych w mięśniu sercowym.

U w a g a: po zastrzyknięciu 1,5 mgr atropiny dożylnie, jak również po wdychaniu amyli nitrosi, krzywa tętna i żyły nie uległa żadnej absolutnie zmianie. Należy również zaznaczyć, że chora nie otrzymała poprzednio naparstnicy ani też żadnych jej przetworów, a więc zaburzenia rytmu nie były sztuczne, lecz samoistne.

W n i o s k i: 1) krzywa poligraficzna przemawia — za istnieniem skurczów przedwczesnych (escaped beats) przedsionkowo-komorowych („węzłowych"), powstających wskutek niedostatecznego dopływu normalnych pobudek ruchowych, spowodowanego najprawdopodobniej przez blok zatokowo-przedsionkowy, oraz

2) wykazuje zwolnienie przewodnictwa przeds.-komorowego.

3) jednoczesne wystąpienie zaburzeń w przewodnictwie (dromotropowych) w dwóch odległych od siebie odcinkach układu ruchowego serca, zaburzeń nie cofających się pod wpływem środków leczniczych, dowodzi obecności rozległych zmian organicznych w mięśniu sercowym z uszkodzeniem jego ważnych ośrodków automatycznych.

Co się tyczy etjologji powstawania podobnych zmian, to wchodzi tu w grę najczęściej kiła, ewent. procesy miażdżycowe lub przewlekłe sprawy zakaźne w mięśniu sercowym (zakażenie reumatyczne). Niestety w naszym przypadku nie można było ustalić ściśle etjologji sprawy chorobowej. Nie mieliśmy absolutnie żadnych danych ani z wywiadów, ani z badania klinicznego, któreby przemawiały za obecnością zakażenia kiłowego; przeciw sprawie miażdżycowej przemawiał stosunkowo wczesny wiek, tembardziej, że pewne sensacje sercowe, mogące przemawiać za istniejącym jakimś procesem chorobowym, zjawiały się już przed kilku laty. Z drugiej zaś stony nie można było ustalić żadnej sprawy zakaźnej w wywiadach (poza przemijającą żółtaczką miąższową przed 23 laty), którąby można było powiązać przyczynowo z obecnem schorzeniem. Niejasne są również 3 napady zawrotów głowy, z których pierwsze dwa (przed 30-tu i przed 22-a laty) połączone były nawet z utratą przytomności. Nie jest wykluczone, iż wywołały je występujące już również przemijająco napady rzadkiego tętna wskutek jakiegoś nieznacznego czy utajonego zakażenia reumatycznego, które tylko w mięśniu sercowym pozostawiło pewne zmiany. Dziwnem się wydawało w takim wypadku tak długie „intervallum lucidum" — aż do obecnej choroby, kiedy pacjentka pomimo ciężkiej pracy fizycznej nie miała właściwie żadnych lub prawie żadnych dolegliwości sercowych, które właściwie rozpoczęły się dość nagle ostatniego lata przed przybyciem do szpitala. Ostatecznie więc przypuścić można, iż wchodzi tu w grę sprawa tocząca się w mięśniu sercowym, zajmująca ważne ośrodki automatyczne i drogi przewodnictwa — tembardziej, że już w czasie pobytu w szpitalu, pomimo spokoju, różnych środków i zabiegów leczniczych (wstrzykiwania strychniny, atropiny, podawanie bromatów, preparatów purynowych, kuracji wzmacniającej ogólnie) stan chorej nie ulegał poprawie, przeciwnie, tętno zwolniło się jeszcze z 52 do 40, sensacje niepokoju i nawet bólu w okolicy serca przychodziły nawet w spoczynku, pacjentka czuła się absolutnie niezdolną do najmniejszych wysiłków fizycznych. Niestety co do dalszego jej losu nie posiadamy żadnych informacji, gdyż straciliśmy ją z oczu, jak to zwykle bywa, po wypisaniu ze szpitala.

Dr. N. GRYNBERG. Stołpce.

Dosercowe zastrzykiwania adrenaliny.*)

Ze szpitala powiatowego w Stołpcach. Dyrektor: Dr N. Grynberg.

Nie jeden z nas w swojem życiu lekarskiem przeżywał ciężkie chwile, kiedy chory, który przedtem dobrze się miał, raptem przestaje oddychać, robi się trupio bladym, tętno zanika i pomimo wszelakich naszych zabiegów — stosowania różnych cardiaca podskórnie czy śródżylnie — chory ginie. Najczęściej takie smutne

*) Referat, wygłoszony na IV Zjeździe Lekarzy wojew. Nowogródzkiego 17. XI. 1928 r.

przypadki zdarzają się na stole operacyjnym, lecz takie przypadki mogą mieć miejsce nie tylko w praktyce chirurgicznej, przypomnę tu przypadki otrucia, choroby serca i naczyń, szok traumatyczny, porażenie prądem elektrycznym i t. p. Dlatego każdy nowy środek, który może uratować chorego w tak ciężkiej i, można powiedzieć, wprost beznadziejnej sytuacji, gorąco witamy; do takiego środka należy adrenalina, która, będąc wstrzyknięta dosercowo, może czasem wprost wykazać cuda, wskrzeszając, śmiało powiem, chorych, narażonych na śmierć. W piśmiennictwie można obecnie już znaleść około 100 przypadków pomyślnego zastosowania adrenaliny. Adrenalinę stosowali Welden, Folkmann, Wogt, Bachlechner, Sewent i inni. Na czem polega działanie adrenaliny, dotychczas dobrze nie ustalono. Pewna część autorów przypuszcza, że adrenalina pobudza nn. accelerantes serca i działa jako wasodilitator na naczynia obwodowe, niektórzy myślą, że adrenalina oprócz tego działa i na mięsień sercowy.

Ciekawe są pod tym względem doświadczenia na królikach, dokonane przez Körblera: wstrzykując królikom adrenalinę do mięśnia sercowego, Körbler mógł skonstatować już po kilku sekundach wzmożenie ekskursji serca, rytm serca przy tem robił się coraz bardziej miarowym: wstrzykując zaś tą samą ilość adrenaliny do komory sercowej prawej mógł skonstatować takie same działanie, jak i po domięśniowym zastrzyknięciu, lecz takowe działanie nastąpiło trzy razy później, niż po zastrzyknięciu domięśniowym. Co do techniki wymienionych zastrzykiwań, to takowa przedstawia się dość prostą: do tego jest potrzebna długa cienka igła, 8—10 cm długości i zwykła strzykawka Record'a na 2,0. Igła wkłuwa się w IV lewej przestrzeni międzyżebrowej, u górnego brzega V żebra tuż przy mostku po linji środkowej, po przejściu mniej więcej 2 cm igłę kierujemy nieco na wewnątrz, poczem igła spotyka pewną przeszkodę, którą jest mięsień sercowy, poczem igła, po przejściu mniej więcej 3 cm dostaje się do światła serca, co uwidacznia się przez wystąpienie kropli krwi przez igłę, lub drogą aspiracji przez strzykawkę. Wtedy wstrzykuje się polub drogą aspiracji przez strzykawkę. Wtedy wstrzykuje się powoli 1 cm Sol. Adrenaliny (1 : 1000). Klatka piersiowa winna być możliwie w stanie ekspiracji. Po zastrzyknięciu adrenaliny należy zaraz przystąpić do oddechu sztucznego. Ponieważ działanie adrenaliny nie jest długotrwałem zaleca się po niej wstrzykiwać później zwykłe cardiaca, jak Camphora, Coffeina i t. d. Co zaś do wskazań do wyżej wymienionych zastrzyków adrenaliny, to takowe stosujemy tam, gdzie zwykłe środki sercowe nie dają skutków; przystąpić jednak do dosercowych zastrzyków adrenaliny należy nie później, jak po 5—10 minutach po zatrzymaniu działalności serca. Działanie adrenaliny może być stałe, t. j. serce bardzo prędko po zastrzyknięciu adrenaliny zaczyna funkcjonować zupełnie prawidłowo, lub działanie może być tylko czasowe, t. j. serce zaczyna działać, ale to trwa niedługo, poczem działalność serca ustaje definitywnie. Nim zacząłem stosować adrenalinę dosercowo na chorych, takowe zastrzyki wykonywałem kilka razy na trupach, i przekonałem się, że stosując wyżej przytoczoną technikę, nie uszkadzamy żadnych narządów sąsiednich, jak opłucna, i że igła tkwi w prawej komorze serca. Sewent ogłosił niedawno wyniki stosowania adrenaliny w różnych przypadkach, które brzmią, jak następuje:

1) 25 przypadków znieczulenia lędźwiowego: w 20 wynik trwały, w 3 — przejściowy, w 2 — nihil;
2) 18 przypadków narkozy chloroformowej: w 10 wynik trwały, w 2 — przejściowy, w 6 — nihil;
3) 6 przypadków narkozy eterowej: w 3 — trwały wynik, w 2 — przejściowy, w 1 — nihil;
4) 7 przypadków narkozy mieszanej: w 4 — wyniki trwałe, w 1 — przejściowy, w 2— nihil;
5) 6 przypadków szoku traumatycznego: w 5 przypadkach — wynik trwały, w 1 — nihil.

Teraz przejdę do własnych spostrzeżeń. W ciągu 1927 r. i w r. 1928, miałem możność 3 razy zastosować dosercowo adrenalinę. Ilość przypadków naturalnie jest znikomo mała i na nich nie można osnuć jakich pewnych wniosków, jednak wyniki są tak zachęcające, że ośmielam się podać je do wiadomości kolegów.

Pierwszy przypadek dotyczy chorego, lat 60, u którego przed operacją wykazano nowotwór kiszki grubej. U chorego stwierdza się nieznaczna miażdżyca, ciśnienie krwi 150, ze strony serca nic nienormalnego, jak również ze strony moczu. Operacja w narkozie eterowej. Po rozwarciu jamy brzusznej skonstatowano tumor esicy; dokonano resekcji kiszki i przystąpiono do entero - anastomozy, która już dobiegała końca, gdy raptem chory przestaje oddychać, robi się trupio blady i po chwili narkotysator z przerażeniem ogłasza, że nie wyczuwa tętna, które nb. było od samego początku operacji do ostatniej chwili dobrze napięte i miarowe. Przystąpiono natychmiast do sztucznego oddechu, wstrzyknięto 5,0 O. Camphor. podskórnie, Strychnina, Lobelina, ale bez skutków, wtedy wstrzyknięto dożylnie 2,0 Cardiasoli, ale również bez żadnych skutków. Od początku zatrzymania działalności serca przeszło już około 6 minut. Wtedy rzucam instrumenty, biorę za strzykawkę i wstrzykuję zgodnie z wyżej opisaną techniką 1,0 Sol. Adrenaliny. Ku wielkiemu memu zdziwieniu i satysfakcji po 45 sekundach po zastrzyknięciu zjawia się tętno w art. radialis i wyraźnie zaczynają wysłuchiwać się tony serca. Tętno robi się coraz lepsze, bladość zmniejszyła się i po 10 minutowem stosowaniu sztucznego oddechania, chory zaczyna oddechać. Operację kontynuowałem w dalszym ciągu i skończyłem ją pomyślnie. Operowany był przeniesiony do łóżka i pozostałem przy nim, obserwując jego jeszcze w ciągu 3 godzin. Po operacji chory około godziny był bardzo podniecony, poczem obudził się i przemówił; tętno cały czas było bardzo dobre. Pooperacyjny przebieg był bardzo pomyślny i pomimo, że aseptyka w końcu operacji ze zrozumiałych przyczyn nie była odpowiednia, rana zagoiła się per primam, i chory na 20 dzień opuścił szpital w bardzo dobrym stanie.

Drugi przypadek dotyczy kobiety lat 45, z ogromnym mięśniakiem macicy. Chora bardzo blada, skrwawiona. Erytrocytów 3,000.000. Extirpatio uteri totalis w narkozie eterowej. Operacja trwała 45 min., eteru użyto 105,0. Godzinę po operacji chora raptem przestała oddychać, tętno nitkowate. Zastosowano sztuczny oddech, cardiasol śródżylnie, lecz bez żadnych skutków, wkrótce tętno zupełnie znikło, chora strasznie blada, tony serca nie wysłuchują się. Wstrzyknięto 1,0 Sol. Adrenalini (1 : 1000) dosercowo, po 2 minutach zjawia się tętno w art. radialis coraz lepszego napięcia. Sztuczny oddech w dalszym ciągu, po pół godzinie chora zaczyna oddychać. Podskórnie Ol. Camphor., wlewanie fizjologicznego roztworu soli. W ciągu 1½ godziny tętno było zupełnie zadawalniające, poczem raptem znowuż pogorszyło się i wkrótce zupełnie znikło. Exitus letalis.

Trzeci przypadek dotyczy donoszonego noworodka, wydobytego zapomocą kleszczów w stanie ciężkiej asphyxia pallida. Były zastosowane wszystkie znane dotychczas środki — Schulce'go, sztuczny oddech podług Silwestra, trzymanie dziecka za nóżki z opuszczoną głową, zastrzyk lobeliny, ale bez żadnych skutków, od chwili urodzenia dziecka przeszło 9 minut, wstrzyknięto 0,5 Sol. Adrenalini i ku wielkiemu memu zdumieniu po 30 sekundach dziecko zaczęło krzyczeć, zjawiło się tętno i oddech, i dziecko zostało wyratowane.

Na zakończenie powtarzam raz jeszcze, że taki szczupły materjał nie daje podstawy do stawiania jakichkolwiekbądź wniosków, lecz wyniki są jednak tak ciekawe i zachęcające, że radziłbym kolegom spróbować wyżej opisane dosercowe wstrzykiwania adrenaliny w przypadkach rozpaczliwych.

Dr. ZIENKIEWICZ Aleksander, kierownik szpitala. Łokacze.

Całkowite zarośnięcie oddźwiernika.

W dniu 25 września 1928 r. przybyła do szpitala, skierowana przez jednego z kolegów, chora D. N., która przed miesiącem usiłowała otruć się prawdopodobnie kwasem solnym o nieznanej koncentracji.

Zbadana w tymże dniu chora oświadczyła, iż wymiotuje po każdem przyjęciu pokarmu, a nawet wypiciu wody, że z każdym dniem opada na siłach i że wszelkie dotychczasowe sposoby leczenia nie przyniosły jej najmniejszej ulgi.

Status praesens.

Osoba D. N., lat 20, panna, budowy słabej, odżywiania upośledzonego, bez tkanki tłuszczowej pod skórą. Ciepłota ciała 36,5, tętno 96; skóra sucha. Podniebienie miękkie, migdałki i tylna ściana przełyku bez zmian. Brzuch zlekka zapadnięty; żołądek na ucisk niebolesny; w okolicy oddźwiernika wyczuwa się guz podłużny, wielkości do 5 cm, nieco bolesny przy ucisku, ruchomy. Płuca i serce bez znaczniejszych zmian.

Badanie moczu wykazało: kolor czerwony, odczyn alkaliczny, ślady białka, brak cukru, w osadzie bardzo dużo krwinek czerwonych, znaczna ilość nabłonka miedniczek, kilka leukocytów i śluz.

Po lewatywie stolec bardzo skąpy, żółtawo-brunatny (badania szczegółowego nie robiono).

Chora połyka zupełnie dobrze. Sonda żołądkowa weszła lekko. Z żołądka wydobyto nieznaczną ilość śluzu.

Treści żołądkowej nie można było zbadać, gdyż próbne śniadanie chora natychmiast oddała.

Anamneza chorej.

Wypicie jakiegoś kwasu, stałe wymioty, ogólne wyczerpanie organizmu, wyczuwalny guz oddźwiernika — uzasadniały przypuszczenie, iż mamy do czynienia z silnem zwężeniem oddźwiernika, względnie z całkowitem jego zarośnięciem.

W dniu 27 września chora była operowaną w uśpieniu eterowem.

Po rozcięciu powłok brzusznych po linji środkowej ciała stwierdziłem: żołądek prawidłowego kształtu i rozmiarów o prawidłowem unaczynieniu bez żadnych blizn i zwężeń. Część oddźwiernikowa na przestrzeni koło 4 cm przedstawia się, jako twardy guz koloru nieco brunatnego, nigdzie nie zrośnięty. Dwunastnica, jelita cienkie i okrążnica puste i opadnięte. Tylko w dolnym odcinku colon descendens, jelita grubego, nieco więcej rozszerzone. Sieć mała, cienka, przeźroczysta, niezawierająca wcale tłuszczu.

Przeprowadzona typowo gastroenterostomia retrocolica posterior cum entero - anostomosi.

Powłoki zeszyłem nagłucho. Przebieg pooperacyjny bez żadnych komplikacyj za wyjątkiem jednego razu wymiotów na czwarty dzień. W wymiotach okazała się glista, która prawdopodobnie wywołała wymioty. Ciepłota ciała przez cały czas pooperacyjny normalna: na szósty dzień — bez żadnej pomocy — normalny stolec; na siódmy dzień zdjęto szwy. Rana zagoiła się per primum. Wobec stwierdzonego zapalenia miedniczek nerkowych podawałem Urotropinę z papaveryną i Dec. fol. Uvae ursi.

Powtórne badanie moczu na dziesiąty dzień pobytu w szpitalu wykazało zmniejszenie ilości czerwonych krwinek do 15 w polu widzenia i nieznaczną ilość śluzu.

Na piętnasty dzień chora opuściła szpital w stanie zupełnie dobrym.

W dniu 20 listopada chora wypadkowo była w szpitalu — czuje się doskonale.

W opisanym przypadku jest wielce ciekawym ten fakt, iż kwas nie zrobił żadnych uszkodzeń ani w jamie ustnej ani w przełyku, nie uszkodził śluzówki żołądka, natomiast, niszczac śluzówkę oddźwiernika, spowodował całkowite jej zbliznowacenie.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

O czystość w ustępach.

Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecena Publicznego. Warszawa. Dnia 5 października 1928 roku. Nr. O. H. fiz. 932/28.

Wizytacje szkół na różnych terenach Rzeczypospolitej wykazały, że okólnik Ministerstwa z dn. 9 marca 1923 r. (L. 88/23. H. Dz. Urz. 1923 Nr. 6, poz. 45) w sprawie zaopatrzenia szkół w ustępy został w znacznej mierze zrealizowany. Natomiast stan ustępów pod względem higjenicznym w bardzo wielu szkołach jest wysoce niezadawalający.

Jeżeli budynek szkolny podlega gruntownemu remontowi zwykle raz na kilka lat, a bielenie ścian i korytarzy odbywać się winno raz do roku, to ściany w ustępach winny być bielone ewent. smołowane dwa razy lub trzy razy do roku a, jeśli są malowane olejno, powinny być zmywane co kilka tygodni.

Podłogę i siedzenie w ustępach należy jak najczęściej szorować wodą gorącą z dodatkiem szarego mydła (10 deka na garniec wody), basen zaś zmywać wodą z dodatkiem nieoczyszczonego kwasu siarczanego lub solnego. W budynkach nieskanalizowanych należy czuwać nad systematycznem opróżnianiem dołów ustępowych.

Żadnych napisów, rysunków o treści nieprzyzwoitej na ścianach ustępowych tolerować nie wolno. Należy je natychmiast usuwać.

Należy koniecznie zaopatrywać miejsca ustępowe w papier. Szkoły zamożniejsze niech nabywają rolki lub paczki papieru klozetowego, szkoły mniej zamożne niech zaopatrują ustępy w kartki z czystego papieru, wreszcie z gazet lub zużytych zeszytów, przytwierdzone na gwoździach.

W szkołach o wyższym typie organizacyjnym z większą liczbą uczniów należy, przy dostatecznej liczbie tych pomieszczeń, poszczególne ustępy przeznaczać do użytku poszczególnych klas i powierzać opiece, wytwarzając w ten sposób wśród nich rywalizację co do stopnia dbałości o stan higjeniczny ustępów.

Polecam przeto PP. Kuratorom podanie powyższego do wiadomości dyrekcyj i kierownictw szkół i ogółu nauczycielstwa z żądaniem, by na sprawę czystości ustępów w szkołach zwrócono szczególną uwagę, a pp. wizytatorzy szkół, inspektorowie szkolni w żadnym przypadku wizytacji szkoły nie powinni zaniedbać zwizytowania stanu ustępów pod względem higjenicznym. Stan ustępu w szkole jest poniekąd miernikiem dbałości kierownictwa o ogólny poziom w szkole.

Za Ministra *S. Czerwiński,* Podsekretarz Stanu.

Otrzymują: PP. Kurtorzy Okr. Szkoln. P. Wizytator Liceum Krzemienieckiego. P. Naczelnik Wydz. Ośw. w Woj. Śląskiem. W. 289/28.

Noszenie książek i zeszytów w tornistrach.

Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicz.

Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Warszawa, dnia 17 listopada 1928. Nr. O. H. fiz. 1029/28.

Obserwacje nad dziatwą szkolną wykazały, że noszenie książek i zeszytów w teczkach, w paskach, pod pachą, przynosi szkodę organizmowi dziecka, gdyż, zwłaszcza przy większym ciężarze książek i przy noszeniu jednostronnem, sprzyja skrzywieniu kręgosłupa, pozatem zajęcie w tych razach rąk tamuje swobodę ruchów np. przy wchodzeniu do tramwaju, do wagonu, w razie pośliźgnięcia się, a podczas mrozów ręce w tych przypadkach łatwo ulegają odmrożeniu.

Wobec tego polecam przedsięwzięcie wszelkich środków, by dziatwa nie potrzebowała nosić z domu do szkoły i z powrotem zbyt dużej liczby książek i zeszytów, by, o ile to okaże się możliwem, część pomocy naukowych, zbędnych w domu, pozostawała w klasie w zamykanych szafach (w budynkach murowanych można do tego wykorzystać specjalne wgłębienia w ścianach, zamykane jak szafy).

Co się tyczy sposobu noszenia książek i zeszytów, to nauczyciele na konferencjach rodzicielskich powinni uświadamiać opiekę domową o szkodliwościach płynących dla zdrowia dziatwy wskutek niewłaściwego noszenia książek i zeszytów, i zalecać, by zaopatrywała dzieci w tornistry (z grubej tektury, ceraty, skóry i t. p.). Przy zalecaniu tego sposobu noszenia książek podnieść należy, że noszenie tornistra ewent. plecaka sprzyja równomiernemu obciążeniu kręgosłupa i czynności jego mięśni wyprostnych, ułatwia zachowanie prawidłowej postawy, umożliwia swobodne używanie rąk, a w razie zbyt niskiej ciepłoty powietrza na zabezpieczenie ich od odmrożenia.

Zechcą pp. Kuratorowie podać powyższe zalecenie do wiadomości dyrekcyj i kierownictw szkół, pp. inspektorów szkolnych oraz ogółu nauczycielstwa, zaznaczając, iż noszenie tornistrów powinno dotyczyć głównie dziatwy szkół powszechnych oraz ginmazjum niższego.

Podsekretarz Stanu: (—) *Czerwiński.*

W sprawie kwalifikacyj zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich.

Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Warszawa, dnia 6 grudnia 1928 roku. Nr. O. H. fiz. 1019/28.

Jako uzupełnienie § 2 (punktu 2) i § 4 rozporządzenia z dnia 19-go maja 1926 r. w sprawie regulaminu przyjmowania uczniów do państwowych seminarjów nauczycielskich (Nr. I - 7499/26. Dz. Urz. 1926 r. Nr. 10 poz. 114) oraz punktu 6 instrukcji z dnia 24 marca 1928 r. w sprawie wykonania ustawy z dnia 1 lipca 1926 r. o stosunkach służbowych nauczycieli w brzmieniu rozporządzenia z dnia 3 lutego 1928 r. (Dz. Urz. 1928 r. Nr. 5, poz. 90) wyjaśniam i zarządzam, co następuje:

Jeżeli kandydat do seminarjum nauczycielskiego wykazuje takie braki i wady cielesne, które zdaniem lekarza szkolnego mogą same ustąpić lub być usuniętemi w ciągu niezbyt długiego przeciągu czasu (np. drobne wady wymowy, drobne zeszpecenia twarzy, dające się usunąć na drodze operacyjnej, przejściowe nieżyty dróg oddechowych i t. p.), to ze względu na stan zdrowia może on być przyjęty do seminarjum warunkowo na jeden rok.

Przy końcu roku szkolnego dyrekcja seminarjum na podstawie opinji lekarza szkolnego rozstrzyga o pozostawieniu kandydata w seminarjum na stałe.

Jeżeli u ucznia podczas pobytu na trzech niższych kursach seminarjum wystąpiły braki i wady cielesne, bezwzględnie go dyskwalifikujące do zawodu nauczycielskiego (np. gruźlica płuc w stanie utajonym, gruźlica gruczołów śródpiersiowych, rzadkie

ataki padaczki nocne, ciężka wada serca po przebytym ostrym reumatyzmie stawowym, nagle powstałe wybitne upośledzenie słuchu lub jakieś inne kalectwo), wówczas dyrekcja na wniosek lekarza szkolnego usuwa go przy końcu roku szkolnego.

Jeżeli powyższe braki i wady cielesne, uniemożliwiające pełnienie zawodu nauczycielskiego, wystąpiły u ucznia dopiero na 4 lub 5 kursie seminarjum, wówczas uczeń, o ile mu ogólny stan zdrowia na to pozwala, może pozostać w seminarjum i może przystąpić do egzaminów ostatecznych. Przed wydaniem mu świadectwa dojrzałości Dyrekcja przekreśla na niem ustęp, uprawniający do pełnienia obowiązków nauczycielskich oraz zaznacza, że świadectwo to nie uprawnia do pełnienia obowiązków nauczycielskich ze względu na brak wymaganej przydatności fizycznej.

O ile stan zdrowia abiturjenta poprawi się, może on nie wcześniej niż po roku i nie później niż w ciągu pięciu lat zgłosić się ze świadectwem lekarskiem do dyrekcji zakładu, którego był uczniem, celem ponownego orzeczenia o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego. W razie stwierdzenia przez lekarza szkolnego tej przydatności, dyrekcja seminarjum wydaje mu normalne świadectwo dojrzałości.

Powyższe zarządzenie co do pozostawienia ucznia w seminarjum z brakami i wadami cielesnemi nie ma zastosowania do ucznia, który przez swą chorobę stał się niebezpieczny dla otoczenia; takiego ucznia należy niezwłocznie na wniosek lekarza szkolnego usunąć z zakładu.

Podsekretarz Stanu: *S. Czerwiński.*

Otrzymują: PP. Kuratorzy Okręgów szkolnych. P. Wizytator Liceum Krzemienieckiego. P. Naczelnik Wydziału Oświecenia w Wojew. Śląskiem. W. 380/28.

OCENY.

Aleksander Kozieradzki: *Pamiętnik prowincjonalnego lekarza.* Wydał Adam Wrzosek. Poznań, nakładem wydawcy 1928 r. Str. 140. Skład Główny — Księg. Uniwersytecka (Fiszer i Majewski) w Poznaniu. Cena 4 zł 40 gr.

Niestrudzony autor i wydawca, profesor historii i filozofji medycyny Uniwersytetu Poznańskiego, Dr. med. Adam Wrzosek wydobył z Bibljoteki Jagiellońskiej niewyzyskany dotąd rękopis wyżej przytoczonego pamiętnika i wydał własnym nakładem jako odbitkę „Nowin Lekarskich". We wstępie Szanowny wydawca zaznacza, że Pamiętnik cechuje niezwykła szczerość autora. Prócz tej szczerości wypada podkreślić dokładność opisów faktów i zdarzeń, przeżywanych przez pamiętnikarza lub przesuwających się przed jego oczami. Pochodzi to stąd, że część pamiętnika, którą wydał prof. Wrzosek, (mianowicie część 3-cia), obejmująca przeżycia Kozieradzkiego od r. 1853 do 1859 z czasów jego praktyki lekarskiej w Krzemieńcu, spisywana była przez autora współcześnie, bezpośrednio, nie zaś retrospektywnie, jak to miało np. miejsce ze wspomnieniami prof. W. Szokalskiego, który przystąpił do ich pisania dopiero w wieku podeszłym, kiedy to pamięć już często zawodzi i kiedy wyrazistość i ścisłość faktów przesłania już zbyt gęsta mgła perspektywy czasu.

Pamiętnik Kozieradzkiego stanowi bardzo ciekawy przyczynek do dziejów stosunków wołyńskich z końca panowania ces. Mikołaja I i z okresu wojny krymskiej. Lwia jego część — to osobiste przeżycia i wrażenia autora, lekarza prowincjonalnego, borykającego się z przeciwnościami losu i z ciężkiemi warunkami bytu materjalnego. Okazuje się, że Kozieradzki za młodu walczył 1831 r. w korpusie Dwernickiego pod Boremlem, gdzie dostał się do niewoli rosyjskiej, która już wówczas znacznie podkopała jego zdrowie, że następnie z wielkiemi trudnościami ukończył studja lekarskie w Wilnie, poczem osiadł w Krzemieńcu. Odtąd życie jego możnaby nazwać pasmem po części nieurojonych, po części urojonych udręczeń: schorowany, alkoholik, pesymista z natury, trochę niedołęga, trochę pechowiec życiowy, lecz poczciwiec, wyzyskiwany przez pacjentów, choć z drugiej strony dający dowody wielkiej troskliwości o chorych, oraz sumienności i bezinteresowności, — często winę swych zawodowych niepowodzeń materjalnych przypisuje innym, nie wnikając w to, że może nieraz wina ta tkwiła w nim samym, w jego charakterze, usposobieniu i pewnej niezaradności. Cechuje go natomiast ogromnie dobroć, prawość, wielka religijność i wiara w potęgę i łaskę Boga przy braku woli, zwłaszcza w stosunku do nieszczęsnego nałogu (pociągu do alkoholu), o którym zapewne wszyscy naokół wiedzieli, co nie mogło mu przysparzać powagi i poszanowania, a który z drugiej strony wpływał ujemnie na jego stan zdrowia pod względem fizycznym, nerwowym i psychicznym. Pomimo to Kozieradzki toczył walkę wewnętrzną z tym nałogiem, którego złe strony boleśnie i z całą świadomością odczuwał; wreszcie jednak walka ta pod koniec jego życia uwieńczona została pewnem powodzeniem, co mu nawet pozwoliło na pracę na polu piśmiennictwa lekarskiego.

W pamiętniku przesuwają się ponadto przed oczami czytelnika postacie ówczesnej arystokracji i szlachty wołyńskiej, głównie z jej przywarami, które autor ostro piętnuje, dalej — osobistości ze świata urzędniczego polskiego i rosyjskiego, osoby cesarzów Mikołaja I i Aleksandra II, stosunki małomiasteczkowe i wiejskie, wreszcie życie prywatne, domowe autora, nacechowane głębokiem jego uczuciem rodzinnem.

Kozieradzki miał też sposobność zetknąć się pomiędzy innemi z matką Juljusza Słowackiego, panią Becu, oraz z uczestnikiem spisku Szymona Konarskiego, lekarzem Antonim Baupré, których sylwety kreśli dosadnie, z pewną dozą kostyczności.

O poglądach politycznych autora Pamiętnik mówi niewiele, co zrozumiałem jest, zważywszy na ciężkie położenie ówczesne społeczeństwa polskiego w zaborach rosyjskich; Kozieradzki wydaje się być pozornie oportunistą, lecz pamiętnik jego trzeba czytać między wierszami. Do najciekawszych bodaj ustępów należą, dotyczące: praktyki lekarskiej autora, wyjazdów jego na prowincję dla udzielania porad, metod leczenia różnych spraw chorobowych, zwłaszcza duru, zimnicy, czerwonki, cholery i t. p., wreszcie stosunków z kolegami, których przytacza niemal wszystkich z imienia i nazwiska.

Ciekawa to, interesująca i pouczająca książka, którą powinien przeczytać każdy lekarz, zwłaszcza praktykujący na prowincji; z niemniejszem też zaciekawieniem weźmie ją zapewne do ręki niejeden psycholog i historyk.

Prawdziwa wdzięczność należy się Profesorowi Wrzoskowi za wydobycie tego niezwykłego pamiętnika i za podanie go do publicznej wiadomości.

Należy się spodziewać, że również dwie pierwsze części wspomnień Kozieradzkiego, chociaż nie odnoszące się bezpośrednio do medycyny gdyż dotyczą lat młodzieńczych i niewoli autora, ujrzą z czasem światło dzienne, co byłoby nader pożądanem dla całokształtu charakterystyki tego sui generis typu lekarza-polaka na naszych kresach wschodnich XIX wieku.

L. Zembrzuski.

Katalog wystawy rękopisów i druków przyrodniczo-lekarskich XIII — XVII wieku, Kraków 1928, str. 29 + IX tablic z podobiznami rękopisu i drzeworytów.

Z okazji IV Zjazdu Polskich Historyków Medycyny w Krakowie urządziła Bibljoteka Jagiellońska wystawę niektórych swych źródeł do dziejów medycyny w Polsce odnoszących się (rękopisy i druki) oraz wydała katalog tejże. Spis eksponatów sporządzony przez A. Birkenmajera i K. Piekarskiego w pięknej szacie, zawierający liczne odnośniki bibljograficzne jest nietylko cennym upominkiem dla uczestników Zjazdu ale też i źródłem dla badacza historji medycyny, wskazuje bowiem na materjały dotychczas nieznane (np. Nr. 68).

Wartości tej publikacji nie ujmują drobne usterki z których wymienię dwie a mianowicie przy Nr. 80 Walenty z Lublina, str. 144-5 „...porada dla Polaka Macieja „Zesz". Porada ta nie odnosi się do Polaka, albowiem Zesz był Czechem, jak to zresztą sam Walenty z Lublina poprawił, zapodając iż „erratum vero hoc nominis notarius intulit" (por. J. Fritz: Wiadomości o polskich pacjentach w Consiliach lekarzy włoskich Arch. Hist. i Fil. Med. V; zeszyt 1-szy), zaś drzeworyty, których podobizny z Herbarza Siennika na tabl. II — IX podano, wszystkie pochodzą z Familierza, gdzie były po raz pierwszy i o kilkadziesiąt lat wcześniej użyte. Tabl. II = (F) alimierz fol. 1-a O Wodkach ziol rozmagitich etc., III = F. 8-b w odbitce późniejszej t. j. w Herbarzu Siennika z oficyny Szarffenberga, dokąd dostał się materjał drukarski Unglera wypadła tablica zawierająca: „Pondera medicinalia sic scribuntur" etc., IV = F. list 95-b „Lekarzstwa doświadczone" na początku Nauki Barwierzkiej. V = F. „O znamionach w ludzkich niemoczach". VI = F. Nauka o pulsie i t. d.

Józef Fritz (Lwów).

Auguste Lumière: *La vie, la maladie et la mort — Phenomènes colloidaux.* Paris Masson et Cie. 1928. XXIII + 515 str. 8°.

Autor wyszedłszy z założenia popartego licznemi doświadczeniami, iż stan kolloidalny warunkuje wszelkie życie, zaś tegoż zaburzenie, skłaczkowanie jest chorobą, zestarzeniem się, śmiercią, stara się wyjaśnić niem najzawilsze zjawiska i tajniki z dziedziny przyrody żywej i martwej. W pracy tej nagromadzono obfity materjał dowodowy, ujmując go w przystępną formę, dotknięto jednak

tylu przeróżnych zagadnień, że szczegółowsze sprawozdanie jest pomimo ściśle logicznej struktury dzieła trudne. Część pierwsza zajmuje się analizą stanów kolloidalnych, druga związkami jakie zachodzą między objawami życia a właściwościami kolloidów, trzecia zmianami i zniszczeniem struktury kolloidalnej a objawami patologicznymi, czwarta bliższem ich omówieniem. Z pośród ciekawych zapatrywań autora zasługują na uwagę: interpretacje zjawisk wstrząsu, objawu Arthusa i reakcji skórnej, działania promieni Roentgena, wylęgania chorób, uodpornienia, zakażenia, schorzeń samych jak padaczki, wola, cukrzycy, astmy, oraz terapji opartej o zasady teorji kolloidów. Na str. 505 — 15 zestawił autor zjawiska, które z pomocą wyłuszczonych w dziele obecnem zasad i wyników z łatwością wytłumaczyć się dają. Z dzieła bije wiara w słuszność głoszonych poglądów. W czasach obecnych, gdy krótkowzroczność naukowa i rozdrobnienie w medycynie sięgają zenitu, podkreślić należy z całem uznaniem dążność autora do ujęcia wielu różnorodnych zjawisk w wielką syntezę, w niej bowiem nierzadko znajdziemy „dicta, aurea, perpetua semper dignissima vita".

Józef Fritz (Lwów).

Internationale Beiträge zur Geschichte der Medizin, Festschrift zur Feier des 60 Geburtstages M a x N e u b u r g e r gewidnet von Freunden, Kollegen und Schülern, Wien 1928. VIII + 333 str. 8° z 17 rycinami.

Dla historyka medycyny wiąże się nazwisko Neuburgera z licznemi badaniami rozwoju zagadnień lekarskich i rzuceniem tychże na tle historji kultury. Spis prac Neuburgera sporządzony przez Ghinopoula, pomieszczony na końcu publikacji świadczy wymownie jak szerokie dziedziny zdołał objąć ten wśród żyjących historyków medycyny bezsprzecznie pierwsze dzierżący miejsce umysł, który nietylko umiał w śmiałych rzutach ująć w biegu wieków cele myśli lekarskiej ale też i krytycznie gromadzić źródła dla następnych badań i konstrukcji. 50 prac przynosi mu w darze ta jubileuszowa księga w różnych językach od przyjaciół, kolegów i uczniów z Europy i Ameryki, a w nich poruszono całe bogactwo zagadnień z dziedziny obecnie na czoło nauk lekarskich wybijającej się, z historji i filozofji medycyny.

Źródłami do jej dziejów zajmują się badania Allersa (Wiedeń), Andela (Gorinchen), Haberlinga (Düsseldorf), J. Fritza (Lwów), Hübottera (Berlin), Mayerhofa (Kairo), biografją i historją Bologi (Cluj), Castiglioniego (Padwa), Costa (Lizbona), Fronza, Ortnera, Sternberga (Wiedeń), Grossa (Budapeszt), Hulta (Stockholm), Martinetti'ego (Bologna), Wehrli'ego (Zurych), Wickersheimera (Strasburg), dziejami poszczególnych nauk lekarskich Berzellera, Boraka, Freunda, Freya, Glasera, Hochsingera, Holzknechta, Jellinka, Laubera, Marescha (Wiedeń), Bernharda (St. Moritz), Ebsteina (Lipsk), Graya (Brooklyn), Johnssona, Strömgren (Kopenhaga), Levinsona (Chicago), Meyera - Steineg (Jena), Robinsona (New York), Guiarta (Lyon), metodyką nauczania i filozofją medycyny: Aschnera (Wiedeń), Hemmetera (Baltimore), Kocha (Frankfurt n. M.), Siegerista, Temkina (Lipsk), Tesdorpfa (Monachium), stanem lekarskim i literaturą medyczną Fischera (Wiedeń), Garrisona (Washington).

Przebogata treść nie pozwala na jej omówienie choćby nawet ogólne, wydawnictwo znajdzie się z pewnością nietylko w ręku fachowca, ale też i lekarza przywiązanego do swej wiedzy i sztuki, z której dziejów zaczerpnąć będzie można zawsze wiele wskazówek w czasach jak obecnie dla medycyny krytycznych tem cenniejszych.

Józef Fritz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 1, z 1 stycznia 1929 r.: W. O r ł o w s k i: Leczenie zdrojowiskowe skazy dnawej. — M. M i ł a s z e w s k i: Operacja wyboru przy wrzodach dziurawiących żołądka i dwunastnicy. — Z. D z i e m b o w s k i: Wrażenia z pobytu na klinikach francuskich, niemieckich i szwedzkich. — K e m p i ń s k i: Sprawozdanie z wycieczki naukowej do Jugosławji, Węgier i Niemiec.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 1, z 6 stycznia 1929: W. F i l i p o w i c z i M. R o s t a f i ń s k i: Przyczynek do badań nad ziółkami „Galtol". — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, tom VII, nr. 101, z grudnia 1928 r.: R u n g e S.: Przypadki chorobowe wśród zwierząt ogrodu zoologicznego w Poznaniu. — K. M.: Międzynarodowy Kongres weterynaryjny w Londynie.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 1, z r. 1929: K. S t o j a n o w s k i: Moment rasowy w wieku fizycznym. — E. P i a s e c k i: Wychowanie fizyczne w uniwersytetach europejskich. — W. P r a ż m o w s k a: Boiska dla dzieci i młodzieży w Stanach Zjednoczonych. — W. S i k o r s k i: Skoki. — Centralny Instytut Wychowania Fizycznego na Bielanach pod Warszawą.

Przemysł Chemiczny, rok XIII, zeszyt 1, z 1 stycznia 1929 r.: W. Ś w i ę t o s ł a w s k i, B. R o g a i M. C h o r ą ż y: O brykietowaniu miału węglowego bez użycia lepiszcza. — L. H o z e r: O t. zw. liczbie gudronowej olejów. — T. N o w o s i e l s k i: Ze studjów nad charakterystyką i klasyfikacją benzyny. — Z. L e p p e r t: Olej lniany krajowy i z La Plata.

Klinika oczna, rok VI, zeszyt 3, z 31 października 1928 r.: K. N o i s z e w s k i: Akomodacja czyli przyogniskowanie do odległości. — J. G a b s z e w i c z: O stosowaniu ekstraktu embrjonalnego w niektórych schorzeniach oka. — M. S z a f n i c k i: Kilka spostrzeżeń w sprawie zapalenia współczulnego. — M. S e i d l e r: Odosobnione porażenie zwieracza tęczówki jako jedyny objaw kiły wrodzonej. — J. T r ó s z y ń s k a: Teratoma orbitae congenitum. M. E l j a s b e r g: Elektromagnes własnego pomysłu z arrêt na 5 mm. — W. H. M e l a n o w s k i: Własna modyfikacja cięcia spojówkowego w operacji Lagrange'a. — E. T e r l e c k i: Sprawozdanie z przychodni przeciwjagliczej w Ostrzeszowie.

Medycyna, rok II, nr. 51 — 52, z 29 grudnia 1928: A. R u d o l f: O wadliwem i właściwem leczeniu ciężkich ostrych zapaleń gardła (angin). — J. M a y: Z kazuistyki powikłań przy płonicy. — W. K e s s l e r: Neobornyval w schorzeniach dróg moczowych. — St. S r o c z y ń s k i: Inowrocław jako zdrojowisko. — W. Z a w a d o w s k i: Drugi Międzynarodowy Zjazd Radjologów w Sztockholmie (lipiec 1928).

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 1, z 3 stycznia 1929 r.: K. D ł u s k i: O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych). — E. H e r m a n: Rwa nerwu trójdzielnego jako początek stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia. — M. G o l d m a n: O splenomegaljach (streszczenie zbior.). — L. W ł o d o w e r ó w n a: Leczenie przewlekłych schorzeń stawowych szczepionką Paula (Cutivaccin). — N. B l u m e n t a l ó w n a: O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie liczb m. st. Warszawy w latach 1924 — 1926.

Gastrologja Polska, tom I, nr. 2, z listopada 1928: Fr. N i e w i a d o m s k i: Dr. Aleksander Zawadzki (wspomnienie pośm.). — H. S t r a u s s: Podstawy leczenia ciężkiego zapalenia okrężnicy (Colitis gravis). — L. J u s t m a n: Gruźlica płuc a przewód pokarmowy. — St. S t e r l i n g - O k u n i e w s k i: O samoistnem rozszerzeniu przełyku. — Streszczenia. — Sprawozdanie z VIII Zjazdu gastrologów w Amsterdamie. — Protokoły posiedzeń Pol. Tow. Gastrologicznego.

Kronika dentystyczna, rok XXIII, nr. 11 — 12, za listopad i grudzień 1928 r.: J. K a p ł a n: Czy wyjmowanie zębów w przebiegu ropnia jest wskazane?

Wiedza lekarska, rok II, zeszyt 10, z października 1928 r.: W. H. M e l a n o w s k i: Ważniejsze dla praktyka choroby spojówki. A. L u m i e r e i R. H. G r a n g e: Badania porównawcze nad jadowitością surowicy krwi tętniczej i żylnej. — Streszczenia.

Wiedza lekarska, rok II, zesz. 11, z listopada 1928: H. V i o l e t: W sprawie niepłodności pochodzenia macicznego i zabiegów wewnątrzmacicznych. — L. Z a m e n h o f: W sprawie statystyki zboczeń mowy i słuchu w szkołach w Polsce. — J. I r r g a n g: Walka z gruźlicą. — Streszczenia.

Medycyna, rok III, nr. 1, z 5 stycznia 1929 r.: K. D ą b r o w s k i i A. I r l i c h t: Skrzywienie tchawicy o objawach rzekomo jamistych. — M. P e k e r: Z patogenezy i leczenia dny. — F. A. J ę d r z e j o w s k a: Metody oznaczania czynników dopełniających „witamin" w preparatach leczniczych i produktach spożywczych. L. Z e m b r z u s k i: Szkoła w Salerno jako pierwsza wyższa uczelnia lekarska w Europie.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 1, z r. 1929: Pan i sługa (wiersz). K. L.: Poczucie prawne u dzieci. — A. P. Duch czasu. — J. K i e w n a r s k a: Haluncia. — M. C z e r k a w s k a: Sport łyżwiarski dla dzieci. — M. M i ł o b ę d z k a: „Zoologiczny ogród". — H. D u n i n ó w n a: Czem zająć dzieci. — J. P.: Wychowanie estetyczne. M. W ą s o w i c z - S o p o ć k o w a: Higjena porodu. — W. L. J a-

strzębski: Palaczki papierosów zabijają własne dzieci. — P. Gleich: Błonica (dyfterja), (dok. n.). — Matki między sobą.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 1, z 1 stycznia 1929 r.: J. Fegler: Badania nad rodzajem działania na oddech i układ krążenia niektórych arsinów chlorowanych. — M. Rosnowski: Przypadek raka główki trzustki. — B. Cejtlin: Przypadek dwukretnego zapalenia przyusznic nagminnego.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 12, z grudnia 1928 r.: W. Humnicki: Ś. p. Szymon Dzierzgowski. — J. R. Poplewski: Studja prozologiczne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lékaru českych.

Nr 51. 1928.

As. Dr. Pollak: *Leczenie chirurgiczne wola, powikłanego akromegalją.* Autor referuje przypadek akromegalji, z typowemi zmianami na szkielecie czaszki i kończyn, powikłanego wolem o histologicznym zwyrodniałym charakterze. Z powodu trudności w oddechaniu, wywołanej uciskiem wola na tchawicę, stała się konieczną obustronna resekcja i wyłuszczenie guzów, celem zmniejszenia wola. Chory zniósł zabieg chirurgiczny dobrze. W okresie wyzdrawiania wystąpiło postępujące charłactwo, opierające się wszelkiemu leczeniu, a ustępujące jedynie po leczeniu tyreoidyną. Przypadek ciekawy jest z 2 przyczyn: z jednej strony z powodu rzadkiego powikłania akromegalji z wolem hypofunkcjonalnym, które według Andersa i Jamesona występuje o połowę rzadziej, aniżeli akromegalja z hyperfunkcją tarczycy (Basedowem). Z drugiej strony nasuwa się pytanie, czy należy przy rozwijającej się akromegalji operatywnie zmniejszyć wydzielający miąższ tarczycy. W przypadku opisanym było to koniecznem z powodów mechanicznych. W przypadkach, w których brak powikłań mechanicznych, należy być ostrożnym w stosowaniu tego zabiegu, by nie pogorszyć wzajemnej zależności tarczyco-przysadkowej.

Dr. J. Stolz (Strassbourgh): *Morfologja zmian, wywołanych przesączem prątków gruźliczych u morskiej świnki i królika.* Na podstawie doświadczeń dochodzi autor do przekonania, że przesącz prątków gruźliczych wywołuje pierwotne bujanie układu siateczkowo-śródbłonkowego, głównie w gruczołach chłonnych i w śledzionie, jedynie u morskich świnek; u królików doświadczenia dały wynik ujemny. Zmiana w układzie siateczkowo-śródbłonkowym odbywa się bez wytworzenia t. zw. pierwotnego ogniska *(chancre d'inoculation).* Ten proces można oznaczyć zgodnie z Kageyamą, jako pierwowzór miernego odczynu, bujającego bez pierwotnego rozkładu. *(Alterierende Umsetzung des Protoplasmas Weigert).* Do tego dołącza się niekiedy myleoidalna metaplazja śledziony, występująca po zakażeniach u morskich świnek. Odczyn tuberkulinowy, zaznaczony silnie u większości zwierząt, wykazuje, że rozchodzi się o alergiczne zmiany, wywołane jadem gruźliczym. Ułamkowe długie włókna nieprawidłowo kwasoodporne i ziarniste formy kwasoodporne znaleziono jedynie w 2 przypadkach (na 6), po zastrzyku wśródotrzewnowym. Autor zalicza je do zwyrodniałych postaci prątka gruźlicy. Przypominają one postacie ziarniste i ułamkowe, otrzymane hodowlą bakcyla czerwonki u prosiąt (Legroux). Według poglądu całego szeregu autorów są to drobnoustroje zmienione bakterjofagiem, które wraz z nim przeszły przez sączek, a jako zwyrodniałe postacie poczęły wraz z nim róść i rozmnażać się w odżywczem środowisku. Zmiany wywołane przesączem prątków gruźliczych, uważa autor na podstawie licznych badań własnych, za dobrotliwe. Rozdziału schorzenia, wywołanego przesączem prątków gruźliczych, na 3 formy: (Arloing i Dupourt) 1) gruźlicę postępową, serowaciejącą, 2) postępowe śmiertelne charłactwo z nieznacznem powiększeniem gruczołów chłonnych, 3) przemijającą tuberkulinizację dobrotliwą, gojącą się bez leczenia, — badania autora nie potwierdziły. Zawsze znajdował autor formę trzecią z wyżej podanemi zmianami histologicznemi. Histologiczny obraz nie wykazuje nic ze zwykłego morfologicznego obrazu gruźlicy. (Myeloidalną metaplazję śledziony uważa autor za wyraz obecności jadu, albo obcych proteinów). Nie znalazł też zmian w stawach, wywołanych zdaniem niektórych autorów przesączem prątków gruźliczych. Ujemne hodowle gruczołów chłonnych i narządów zwierząt szczepionych przesączem prątków gruźliczych, nie potwierdzają przypuszczenia Vandremera, że mycelium prątka gruźlicy prawidłowo kwasoodporne traci wskutek przesączenia swoje morfologiczne i chorobotwórcze właściwości, by je bądź po zaszczepieniu na odpowiednie podłoże odżywcze (glycerynowe i żółtkowe), bądź przez pasaż zwierzęcy, z powrotem odzyskać. Ostateczny sąd o przypuszczeniu Vandremera będzie można wydać, na podstawie wyników, osiągniętych z postępującego pasażu zwierzęcego.

Dr. K. Vujtěch: *Leczenie jaglicy roztworem Dakina.* Autor po stosowaniu roztworu Dakina u 19 pacjentów, dotkniętych jaglicą, przekonał się, że leczenie roztworem Dakina nie może zastąpić mieszanego leczenia, ogólnie używanego.

Ungar (Lwów).

Prakticky lékar.

Nr. 23. 1928.

Dr. B. Feierband: *Szczepienie przeciwpłonicze.* Do szczepienia zdrowych dzieci używa się jadu, wyrabianego z paciorkowców płonicy metodą Dicka. Siłę jadu określa się t. zw. najmniejszemi dawkami skórnemi *(dosis cutanea = med.).* Jedna med. równa się dawce jadu, który wstrzyknięty wśródskórnie wywołuje u dziecka rumień wielkości przynajmniej 2 × 2 cm. Celem osiągnięcia odporności u dziecka przeciw płonicy należy wstrzyknąć ogółem 25.000 med., dla większej pewności więcej. Wstrzykuje się domięśniowo. Zastrzyków daje się 5 — 6 w przerwach tygodniowych.

	Schemat minimalny med.:	Schemat maksymalny med.:
1) zastrzyk	— 300	— 500
2) zastrzyk	— 800	— 2.000
3) zastrzyk	— 1.500	— 5.000
4) zastrzyk	— 3.000	— 12.000
5) zastrzyk	— 7.000	— 25.000
6) zastrzyk	— 12.000	

Zawsze powstaje odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i bolesności; te objawy znikają po 1 — 4 dni. Rzadko występuje odczyn ogólny: wyższa ciepłota, ból głowy, niepokój. Autor radzi szczepić około godz. 4-tej po południu, by dziecko szczyt ewent. odczynu przespało. Odporność trwa kilka lat. Przed szczepieniem można przy pomocy odczynu Dicka poznać skłonność względnie odporność dziecka. Odczyn Dicka przypomina odczyn Schicka przy błonicy. (Wstrzykuje się 1 med. wśródskórnie, dla kontroli wstrzykuje się równą ilość ogrzanego jadu do ręki drugiej). Dla praktyka odczyn ten nie ma znaczenia, gdyż zdarzały się wypadki, że zapadały na płonicę też dzieci z ujemnym odczynem Dicka. Jedno u osób dorosłych można na odczynie tym polegać.

Dr. K. Koldowsky: *Wzmożone ciśnienie bez jaskrowego zagłębienia i jaskrowe zagłębienie bez wzmożonego ciśnienia.* O powstawaniu jaskrowego zagłębienia istnieją dwa poglądy. Elschnig, zwolennik Schnabla, broni samodzielności i niezależności obu zjawisk: wzmożonego ciśnienia i zagłębienia. Autor opisuje dwa przypadki, które wytłumaczyć może jedynie twierdzeniem Schnabl-Elschniga. U jednego chorego występowały nawroty wysokiego ciśnienia IV/2 Schiötza bez zagłębienia. Przy napadach oko nigdy nie było podrażnione, czynność oka była nieznacznie osłabiona. Bystrość wzroku obniżyła się z 6/4 na 6/6. U drugiego chorego wystąpiło zagłębienie jaskrowe bez wzmożonego ciśnienia.

Dr. K. Koštál: *Kojące działanie kamfory przy leczeniu gruźlicy kości i stawów.* Kamfora działa w znacznym stopniu bakterjobójczo (Binz) zwłaszcza na niektóre gatunki dwoinek płuc (Stein). Kamfora jeszcze w stężeniu 1 : 30.000 zmniejsza żywotność bakcyla Löflera. Działanie roztworu Chlumskégo przy róży jest znane. Šamberger używa 1 — 5% kamforę, jako środka kojącego ból i świąd w chorobach skórnych. Petlach radzi używać kamfory zewnętrznie, zwłaszcza z powodu nieznacznej jej jadowitości i minimalnego drażnienia. (Łączy się z kwasem glukuronowym w niejadowity kwas kamforo-glukuronowy, wydzielany drogą nerkową). Szczególnie dobrze działa kamfora w połączeniu z octanem ołowiu: *Rp. Plumbi acet. bas. sol. 25,0, Spir. camph. 50,0, Aqu. dest. ad 500,0.* M. D. S. do okładów. Watę, zmoczoną w roztworze, przykłada się niewyciśniętą na zapalne lub bolesne miejsce. Na watę kładzie się batyst Billrotha. Okład nie powinien być zdejmowanym przed 2 — 3 godzinami. Sposobu tego używał autor u 30 chorych, cierpiących na gruźlicę kości i stawów, z zadawalniającym wynikiem. *(Coxitis tbc. c. fist., fungus genus, osteomyelitis c. fist., thrombophlebitis extrem, i in.).* Kamfora okazała się w połączeniu z octanem ołowiu, świetnym lekiem również przy ropieniach i zanogcicach. Autor doradza używanie tego połączenia szczególnie w leczeniu ubogich, z powodu nizkich kosztów i owocnego wyniku, albo w przypadkach, w których niechętnie sięgamy po morfinę, a zależy nam na szybkiem usunięciu bólów.

Ungar (Lwów)

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 48. 1928.

Oskar Löwinger: *Przewlekłe podawanie koraminy.* Energiczne działanie cucające i nie powodowanie objawów ubocznych koraminy skłoniły autora do wyczerpujących badań. W ciągu 2 lat obserwacji L. nie widział tak wybitnego działania wykrztuśnego, jak to opisuje Rosenberg, który stosował koraminę doustnie i dożylnie, a wskutek tego nie podziela w zupełności jego wniosku o spazmolitycznym wpływie tego leku na mięśnie oskrzelek, a skutek w zapaleniu oskrzeli, podany przez R. widzi bezpośrednio w przebiegu choroby, wzgl. w poprawie krążenia.

Wpływ koraminy na serce przy doświadczeniach autora był tak wybitny, że z początku posiłkował się nią dla podtrzymania działania naparstnicy, poczem stwierdził w tem zestawieniu znakomite współdziałanie i spotęgowanie digitalizacji. Ze względu na tak pomyślne skutki w różnorodnych zmianach chorobowych w sercu stosowano przewlekle i z dobrym wynikiem samą koraminę w licznych przypadkach, przeważnie u osób starszych w całym szeregu przypadków wad serca z dekompensacją i obrzękami. W jednym z przypadków zbioru objawów Cheyne-Stokesa bez podawania leków moczopędnych w ciągu 14 dni zdołano zapomocą koraminy z digifoliną odwodnić ustrój aż do pozostania nieznacznej opuchliny w kostkach. Podawano + 1 ccm koraminy w ciągu 5 dni, a następnie po 1 ccm digifoliny z + 2 ccm koraminy 2 razy dziennie.

W groźnych stanach wstrzykiwano dożylnie koraminę, często w jednej strzykawce z roztworem cukru gronowego. Nigdy nie powodowano niepożądanych objawów miejscowych lub zakrzepów żylnych, natomiast zawsze obserwowano wpływ na serce w zwolnieniu i pogłębieniu tętna zaraz po lub nawet już podczas samego zastrzyku.

Stałą niemiarowość i zwyrodnienie mięśnia sercowego leczono zwykle naparstnicą, chininą i strychniną. Często już po kilku dniach obserwowano zastój w wątrobie, utratę łaknienia wobec wyraźnego zwolnienia tętna, tak iż należało zaniechać tego leczenia, które zwykle w innych przypadkach bez podłoża w stwardnieniu tętnicy oddawało autorowi cenne usługi.

Przypadek opisany przez autora znakomicie reagował na koraminę, podawaną do wewnątrz po 25 kropli z 2 tabletkami kalcjum diuretyny.

Tak samo w szeregu przypadków, traktowanych poprzednio naparstnicą stosowano w ciągu wielu tygodni, a nawet miesięcy koraminę 1—3 razy dziennie po 25 kropli. Nigdy nie zauważono szkodliwych wpływów ubocznych na układ nerwowy lub żołądek, a osiągano tensam skutek co po długiem podawaniu po 0,1 g naparstnicy i to bez obawy o szkodę dla serca lub o następstwa nadmiernej digitalizacji pomimo małych dawek naparstnicy. Skutek, wyrażony w trwałem podnieceniu serca, w zupełności dorównywał następstwom stosowania poprzednich metod leczenia.

Autor wnioskuje, że koramina w obu postaciach bywa dobrze znoszoną i tylko w znikomo rzadkich przypadkach powoduje podniecenie. Nadaje się ona przeto w formie kropli do przewlekłego, nawet wiele miesięcy trwającego leczenia zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Archiv für Gynäkologie.

Band. 130. Heft 3.

Halban: *W sprawie cech płciowych.* Autor opisuje przypadek obojnactwa wrzekomego męskiego, zewnętrznego (Pseudohermaphroditismus masculinus externus). Po obu stronach w wargach większych znajdowały się dobrze rozwinięte jądra a pozatem narząd rodny kobiecy zupełnie typowy. Drugorzędne cechy płciowe i habitus psychicus kobiece. Operacja polegała na usunięciu jąder a w jakiś czas później rozszerzeniu za wąskiej pochwy.

Przypadek ten przemawia za tem, że drugorzędne cechy płciowe mogą występować zupełnie samoistnie i niezależnie od gruczołu płciowego. Znane są również analogicznie przypadki obojnactwa, gdzie obok jajników istniały wszystkie możliwe cechy płciowe osobnika męskiego. Przypadki te, jak również przypadki wrodzonego braku jąder i jajników, a w których mimo braku gruczołu płciowego tak pierwotne jak i wtórorzędne cechy płciowe były zupełnie dobrze wykształcone, potwierdzają zapatrywanie autora, który nie uznaje wpływu gruczołu płciowego na wykształcenie się cech płciowych (formativen Einfluss) i hormonów gruczołów płciowych nie uznaje za swoiste. Zarzutu przeciw temu zapatrywaniu a mianowicie, że w przypadkach obojnactwa ma się do czynienia z zawiązkiem dwupłciowym (ovotestis) nie potwierdziły badania drobnowidowe autora. Badał on mianowicie w 2 przypadkach obojnactwa wrzekomego żeńskiego jajniki a w opisanym wyżej przypadku jądra jaknajdokładniej i w żadnym przypadku nie mógł znaleść ani śladu gruczołu płci przeciwnej. Doświadczenia Steinacha przemawiające rzekomo za przestrojeniem (Umstimmung) płci zapomocą przeszczepienia gruczołu osobnika płci innej, tylko pozornie zdają się zbijać to zapatrywanie, gdyż dotychczas udawały się one tylko u osobników męskich, przyczem uderzać musi, że przerost sutków u tych osobników występował wyraźnie tylko w przypadkach nieznacznego wszczepienia jajników, podczas gdy był bardzo słaby w przypadkach, w których inplantacja zupełnie dobrze się udała.

Nie bez znaczenia wreszcie jest okoliczność, że doświadczenia Steinacha dotychczas udawały się tylko u świnek morskich, natomiast nigdy nie udały się u szczurów i królików. Nie można wreszcie zapominać o tem, że sutek, który w doświadczeniach Steinacha o przestrojeniu płci był głównym przedmiotem badań, jest organem nadzwyczaj wrażliwym i dającym się bardzo łatwo uczulić. Przerost sutka nie dowodzi zatem wcale swoistego wpływu gruczołu przeszczepionego.

Dotychczasowe doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne nie przemawiają zatem przeciwko zapatrywaniu autora o nieswoistem działaniu gruczołów płciowych.

Drobnowidowe badania usuniętych jąder w opisanym przypadku autora wykazało nadzwyczaj obfitą ilość tkanki śródmiąższowej. Z uwagi na okoliczność, że w przypadku tym nie istniały najmniejsze nawet cechy męskości, wnosi autor, że tkanka śródmiąższowa jąder nie wywiera żadnego swoistego wpływu na płeć danego osobnika. W omawianym przypadku po usunięciu jąder wszczepiono jajnik. Chociaż później wprawdzie u osoby tej wystąpiły libido i voluptas, to mimo to nie uważa autor objawu tego za działanie hormonów przeszczepionego jajnika, gdyż osoba ta poprzednio miała usposobienie kobiece a wzmożenie się tej kobiecości dostatecznie można wytłumaczyć poprawą stanu ogólnego a zwłaszcza psychicznego. Pamiętać bowiem należy, że i u kobiet zupełnie normalnych przeszczepienie jajnika może spowodować wystąpienie podniecenia płciowego.

Terruhn: *O rozluźnieniu muskulatury macicy w czasie ciąży.* Na przekroju macicy ciężarnej widać wyraźnie, że przez zewnętrzną i wewnętrzną warstwę mięśni podłużnych przebiegają poprzeczne mostki, stanowiące warstwę środkową ściany macicy. Utkanie tej warstwy środkowej występuje wyraźnie gdy ścianę macicy rozciągniemy w kierunku poprzecznym. Wówczas widać dobrze wspomniane mostki poszczególnych blaszek mięsnych, których włókna przebiegają skośnie przez warstwę wewnętrzną i zewnętrzną. Mostki te są zwykle delikatniejsze i słabiej rozwinięte aniżeli włókna mięsne przebiegające podłużnie. Dokładnie stwierdzić to można na preparacie rozciągniętym w poprzek, gdyż wówczas wyraźnie występuje sieć utkania warstwy środkowej pod postacią czworoboków, których boki podłużne są dłuższe aniżeli poprzeczne. Autor porównuje to utkanie do utkania luźnej maty, na której widać zdala tylko przebieg włókien podłużnych i dopiero przy silniejszem jej rozciągnięciu występują również włókna poprzeczne.

Rozluźnienie utkania ściany macicy zwiększa się z biegiem ciąży coraz bardziej a w 10-tym miesiącu ciąży występuje ono również w szyi z wyjątkiem jej najniższego odcinka, w którym przeważa utkanie łącznotkankowe. Rozluźnienie to nie zależy jedynie od przerostu włókien mięsnych jakoteż od zwiększonego unaczynienia ścian macicy. Główną rolę gra tu rozpulchnienie ciążowe macicy a nadto rozciąganie i przesuwanie poszczególnych warstw mięsnych w kierunku podłużnym.

Kraul: *W sprawie fizjologji połogu. (Badania wpływu karmienia na cały ustrój i na narząd rodny).* U 30 położnic badał autor obraz ilościowy i jakościowy ciałek białych i to najpierw przed karmieniem, następnie w czasie karmienia trwającego 5—20 minut i wreszcie 10—15 minut po odjęciu dziecka od piersi. Wynik tych badań był następujący: W początkowych 5 minutach po przyłożeniu dziecka do piersi w przeważnej liczbie przypadków następuje spadek liczby ciałek białych. Objaw ten występuje przedewszystkiem u kobiet, które okazują wyraźne cechy vagotonji. Następnie prawie zawsze występuje zwiększenie liczby ciałek i to ponad stan pierwotny. W czasie karmienia liczba ciałek białych stale wzrasta i utrzymuje się na tej samej wysokości jeszcze $^1/_4$—$^1/_2$ godziny po karmieniu, poczem dopiero następuje zmniejszenie ich liczby.

Wahania i różnice indywidualne zależą przedewszystkiem od intenzywności aktu karmienia. Obliczenia różniczkowe wykazały, że wspomniane zwiększenie liczby ciałek białek dotyczy głównie ciałek wielokształtnych i wielojądrzastych jakoteż eozynofilnych, podczas gdy ciałka bazofilne żadnych zmian nie okazują.

Ciałka duże, jednojądrzaste zachowują się najczęściej jak eozynofilne t. zn., że liczba ich się zwiększa.

Liczba limfocytów ulega również zwiększeniu wskutek karmienia lecz nie w takim stopniu jak leukocytów. W bardzo wielu przypadkach wykazać się daje choć nieznaczne ale wyraźne przesunięcie jąder na lewo.

Objawy te zdają się przemawiać za tem, że wspomniana leuko- względnie limfocytoza jest pochodzenia rdzeniowego i uważać ją należy za zjawisko korzystne wobec zwiększonego zapotrzebowania ustroju, spowodowanego aktem karmienia. Spadek liczby leukocytów po odstawieniu dziecka od piersi uważać należy za objaw podrażnienia nerwu błędnego.

U 25 położnic przeprowadził autor 84 badań odnośnie do krzywej ciśnienia krwi po injekcji adrenaliny. Okazało się, że te kobiety, u których przed karmieniem stwierdzono zwiększoną pobudliwość naczynioruchową na adrenalinę, badane w czasie karmienia, okazywały względnie zmniejszoną pobudliwość na ten środek. Okoliczność ta jakoteż występujące równocześnie zwolnienie ruchów serca przemawiają za tem, że wspomniany objaw zależy nie od jednostronnej sympatykohipertonji lecz od wzmożonej pobudliwości vasomotorów.

Badania, dotyczące oddziaływania skóry na śródskórne wstrzykiwania różnych środków, wykazały, że pęcherzyki powstałe w czasie karmienia z małymi wyjątkami zawsze występowały mniej wyraźnie i również szybciej znikały aniżeli przed karmieniem lub przynajmniej w czasie pół godziny po karmieniu. Odczyn po koffeinie zachowuje się u kobiet karmiących wprost przeciwnie jak odczyn po adrenalinie (rozszerzenie wzgl. zwężenie naczyń).

Zdolność wzmożenia krążenia limfy badał autor między innemi za pomocą śródskórnych wstrzykiwań morfiny. W tym kierunku nie stwierdził żadnych różnic między kobietami karmiącemi a temi, które nie karmiły.

Wszystkie te odczyny występowały najwyraźniej w czasie porodu, wyraźnie w czasie ciąży a najsłabiej w połogu a więc odpowiednio do pobudliwości naczynioruchowej.

Badania nad obecnością cukrumoczu przemawiały za tem, że sutki karmiące do pewnego stopnia wywierają wpływ hamujący odnośnie do cukromoczu a dzieje się to już wskutek wzmożonego zapotrzebowania i zużycia cukru już to na drodze nerwowej.

Dalsze badania autora dotyczyły pytania, czy karmienie wywiera jaki wpływ na gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu i czy zmieniona niewątpliwie wskutek karmienia przemiana materji a mianowicie soli, tłuszczów, białka i węglowodanów znajduje swój wyraz w zmianie czynności gruczołów dokrewnych. W tym kierunku badał autor przedewszystkiem czynność przysadki mózgowej w okresie karmienia, a badania te zdają się przemawiać za upośledzeniem czynności tego gruczołu. Upośledzenie czynności jajników znajduje swój wyraz w braku regularności. Statystyczne zestawienie 1000 kobiet karmiących wykazało brak regularności u 78%. Gra tu atoli niewątpliwie rolę i czynnik konstytucyjny, gdyż okazało się, że brak regularności występował u tej samej kobiety karmiącej w każdym połogu inaczej. Vagotonja położnic występuje między innemi również wskutek karmienia (pobudzenie nerwów trzewnych przez ssanie).

Nie należy atoli przez vagotonję rozumieć koniecznej przewagi odnośnego układu, gdyż nie istnieje bezwzględny antagonizm między nerwem błędnym a współczulnym. Pobudzenie jednego układu przechodzi zawsze z równoczesnem, wyrównawczem, wzmożeniem napięcia w układzie drugim.

Lundwall: *W sprawie powstawania wrodzonych ubytków skóry.* Piśmiennictwo położnicze notuje dotychczas 50 przypadków wrodzonych ubytków skóry na czaszce noworodków. Rzadsze są ubytki skóry na tułowiu i kończynach, gdyż dotąd ogłoszono 16 takich przypadków.

Autor podaje 2, które szczegółowo opisuje. Ubytki te charakteryzują się ostremi brzegami a pod mikroskopem tak ubytki świeże, pokryte jeszcze ziarniną jak i zbliznowaciałe, okazują brak włosów, gruczołów potnych i łojowych a często także tkanki tłuszczowej. Omawiając przyczyny tychże ubytków, dopatruje się autor związku ich ze zrostami owodni. Ślady tychże nie zawsze są widoczne i dopiero dokładne badanie wykazuje np. wybroczyny krwawe lub nabłonek płodowy na owodni. W jednym przypadku autora np. istniały luźne postronki, które bezwątpienia uważać należy za resztki zrostów. Geneza powstawania zrostów owodni nie jest wyjaśniona. Nic nie przemawia za przyczyną urazową. Nieprawdopodobne jest tło zapalne, wobec tego, że owodnia nie ma naczyń. Zrosty wspomniane powstają z początkiem ciąży najpóźniej w 4-tym miesiącu. W przeważnej liczbie opisanych dotąd przypadków stwierdzono małą ilość wód płodowych, często bliźniaki i względny niedorozwój macicy. Lokalizacja ubytków odpowiada miejscom wystercząjącym ponad powierzchnię ciała.

Schumacher: *Mechanizm porodowy w przypadkach miednic ścieśnionych (miednica poprzecznie ścieśniona).* W przypadkach miednic poprzecznie ścieśnionych główka układa się szwem strzałkowym w wymiar prosty wchodu, jako najdłuższy i w ten sposób wstępuje w niższe płaszczyzny miednicy. Jeżeli wymiary dolnych płaszczyzn miednicy są mniejsze aniżeli wymiar ciemieniowy główki, wówczas główka ustawia się w położeniu czaszkowem średniem lub też powstaje położenie ciemiaczkowe. W tych warunkach poród odbyć się może w dwojaki sposób. Albo wychód miednicy ulega rozszerzeniu, co jest rzeczą dość częstą, lub też główka ulega odpowiedniej konfiguracji. W czasie wytaczania się główki wielką rolę gra zwężenie i ustawienie łuku łonowego pod ostrym kątem. Podstawa miednicy i krocze ulegają wówczas silnemu napięciu a w następstwie pęknięciu.

Miednice osób garbatych okazują wyraźne skrócenie również prostego wymiaru wychodu. W czasie wytaczania się główka może pokonać istniejący opór jedynie wówczas, jeżeli ulegnie bardzo silnemu zgięciu (flexji).

Jeżeli główka we wchodzie ustawi się ciemiaczkiem małem ku tyłowi, to w przypadkach znaczniejszego ścieśnienia miednicy w czasie przechodzenia przez miednicę nie może już dokonać zwrotu ciemiączka małego do przodu i odpowiednio do tego główka rodzi się w położeniu ciemieniowem lub czaszkowem tylnem. Jeżeli główka wstąpi do miednicy w położeniu ciemieniowem tylnem a ścieśnienie miednicy jest znaczne, wówczas położene to jeszcze wybitniej się zaznacza, zwłaszcza jeśli kości łonowe tworzą kąt ostry. Wyjątkowo może poród odbyć sie siłami natury i w tym mechaniźmie.

Jeżeli u osób garbatych wyrównawcze wygięcie kręgosłupa w części lędźwiowej jest znaczne, to wchód miednicy zostanie tak nakryty, że wstąpienie główki do miednicy jest niemożliwe. Jeżeli jednak kręgi lędźwiowe wyginają się niezbyt silnie ku przodowi, to zaistnieć może tylko nieznaczny niestosunek porodowy a wówczas poród siłami natury jest możliwy przez to, że kręgosłup płodu w części szyjnej wygina sie silnie na bok, co umożliwia wstąpienie główki do miednicy kością boczną przednią.

Weinzierl: *Całkowita zgorzel macicy w połogu.* Przypadek dotyczy pierwiastki, którą rozwiązano przy pomocy operacji kleszczowej. W połogu objawy septyczne. Pod koniec 2-go tygodnia poprawa. Nagle 17-go dnia połogu ostre objawy peritonealne. Przypuszczano pęknięcie ropnia. Natychmiastowa laparatomja wykazała zgorzel całej macicy, która luźno leżała pod otrzewną. W otrzewnej stwierdzono otwór, przez który zakażenie przeszło na całą otrzewną. Chora zmarła. Badanie drobnowidowe martwaka macicy okazywało tkankę bezkształtną, zmartwiałą a wśród niej większe i mniejsze jamy. Jamy te nie były wysłane nabłonkiem, uważać je więc należy za wyraz rozpadu tkanek. Badanie bakterjologiczne wykazało gronkowce (złociste), paciorkowce, prątki nibybłonicze i wreszcie prątki okrężnicy i błonicze.

Omawiając powyższe cierpienie, zauważa autor, że rozpoznanie zazwyczaj jest możliwe dopiero po wydaleniu martwaka macicy. Leczenie wobec niepewnych objawów z konieczności bywa wyczekujące.

Obraz chorobowy odpowiada posocznicy. Etjologja dotąd niewyjaśniona. W przypadku autora jako momenty przyczynowe wchodziły w grę: przedwczesne pęknięcie pęcherza, długotrwały poród, duże, sączące kłykciny, nacięcie ujścia, ciężka operacja kleszczowa, dość duże dawki preparatów przysadki mózgowej, podawane w połogu. Nie bez znaczenia wreszcie mogło być zapalenie gardła, na które położnica cierpiała.

Krüger-Franke, Haagen i Ockel: *Systematyczne badania obrazu krwi w ciąży, w poronieniach, w czasie porodu i w połogu.* W normalnej ciąży obraz krwi zachowuje się podobnie jak w przypadkach bardzo lekkiego zakażenia, wykazuje więc lekką leukocytozę neutrofilną z okresem przesilenia, która w połowie przypadków posiada również przesunięcie obrazu na lewo. Różnicy w poszczególnych miesiącach ciąży, jakoteż pomiędzy pierwiastkami i wieloródkami nie zauważono. Nasilenie zmian waha się zależnie od osobniczych właściwości ciężarnej i zależy wyraźnie od warunków, w jakich ona się znajduje.

W czasie porodu wspomniana zmiana występuje bardzo wyraźnie, tak, że odpowiada obrazowi krwi w przypadkach silnego, ostrego zakażenia. I tutaj nasilenie zmian waha się wyraźnie zależnie od konstytucji rodzącej i odpowiada przebiegowi porodu. W połogu obraz krwi odpowiada okresowi wyzdrowienia po ostrem zakażeniu. Wszelkie zaburzenia w przebiegu połogu znajdują swój wyraz w obrazie krwi, który zmiany te wykazuje już wówczas, kiedy zwykłe metody badania klinicznego na to nie pozwalają. Z natury rzeczy wynika, że dzisiaj nie jesteśmy jeszcze

w stanie wykazać z całą ścisłością i pewnością przyczyny tych wszystkich często nieznacznych zmian w obrazie krwi.

W przypadkach poronień gorączkujących jakoteż zakażeń połogowych daje obraz krwi bardzo ważne wskazówki co do rokowania w każdym poszczególnym przypadku. W przypadkach tych każda zmiana ma wartość i winna być należycie uwzględniona. Pojedyncze badania mogą mieć wartość tylko w przypadkach skrajnych tj. tam, gdzie zmiany te są albo bardzo znaczne, albo tylko bardzo małe. W przeważnej liczbie przypadków tylko kilkakrotne badanie obrazu krwi pozwala na pewne wnioski.

Przypadków zatruć ciążowych badali autorowie niewiele, lecz i te zdają się przemawiać zatem, że nie każdy przypadek zatrucia ciążowego tłumaczyć można jedynie obecnością większej ilości w ustroju ciężarnej tych samych substancyj trujących, które w normalnych warunkach wywołują wspomniane na wstępie zmiany obrazu krwi w ciąży.

Co się tyczy ciąży zewnątrzmacicznej a mianowicie o ile idzie o rozpoznanie różniczkowe, to wartość obrazu krwi jest tu niewielka i tylko w poszczególnych przypadkach ma zastosowanie praktyczne.

Schäfer: *O wpływie liczby ciałek czerwonych na chyżość ich opadania.* Doświadczenia, polegające na rozcieńczeniu osoczem krwi osób badanych, wykazały, że chyżość opadania tak u osób zdrowych jak i chorych zależy w wysokim stopniu od koncentracji ciałek czerwonych. Im większa liczba ciałek czerwonych w jednym cm krwi, tem opadanie jest wolniejsze i naodwrót. Zgodnie z wynikami badań Fahraeusa ten związek czynnościowy przedstawia się graficznie pod postacią krzywych, charakterystycznych swym przebiegiem a mianowicie początkowo prawie poziomo a następnie silnie skośno.

Dolną krzywą graniczną dla normy oblicza się empirycznie a w zakresie przyspieszonego opadania wprowadza autor podział na 4 stopnie przyspieszenia. Dla celów praktycznych podaje tabelę, z której można wyczytać, czy czas opadania przy danej liczbie ciałek czerwonych odpowiada granicy normalnej, czy też jednemu z 4-ech stopni przyspieszenia.

Ponieważ liczba ciałek czerwonych nawet u osób nieanemicznych waha się w dość szerokich granicach, należy w każdym przypadku ilość ich badać dokładnie i kontrolować kilkakrotnie.

Jako metody badania używa pierwotnej metody Linzenmeiera i poleca przy próbach z większą liczbą ciałek czerwonych aniżeli 4,5 miljony odczytywać już przy przedziałce 12 mm, a wynik pomnożyć przez 3.5.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 21 kwietnia 1928 r.

Przewodniczy prezes Tow. kol. Rożkowski.

Przewodniczący wita przemówieniem prelegentów z Warszawy Doc. M. Erlichównę i Dr. Brokmana, zaznaczając ich zasługi naukowe; następnie wygłasza zwięzłe wspomnienie pośmiertne z powodu zgonu prof. Tadeusza Browicza i Doc. Dra Władysława Janowskiego. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

I. Doc. M. Erlichówna wygłosiła odczyt ilustrowany pokazami tablic na temat: *„Z diagnostyki spraw gorączkowych wczesnego dzieciństwa“.*

Na wstępie w imieniu kol. Brokmana i swojem prelegentka dziękuje Zarządowi za zaszczyt przemawiania w Częstochowskiem Tow. lekarskiem i wyraża wzruszenie z powodu, iż przyjazd ich łączy się z uczczeniem pamięci Władysława Janowskiego, któremu oboje tak wiele zawdzięczają. Temat, omawiany przez prelegentkę, jest tak obszerny, iż świadomie opuszcza kilka ważnych działów, jak gruźlica, posocznica, zapalenie płuc i krwi. Na podkreślenie zasługuje fakt, że nie wszystkie sprawy, przebiegające z ciepłotą 37° do 38°, mają tło gruźlicze, to też często musimy odrzucać rozpoznanie lekarzy, gruźlicy gruczołowej. Stany te, poza gruźlicą, dzieli prelegentka na 3 kategorje: 1) dzieci zdrowe, mające stale ciepłotę powyżej 37° i dzieci z wahaniami ciepłoty pod wpływem zmęczenia, podniecenia, biegania i t. p., 2) gorączkujące w okresie zaparcia lub w związku z wyrośIami, nieżytami, nosa i gardła i jamy noso-gardzielowej i 3) podostre lub przewlekłe zapalenie wyrostka lub miedniczek nerkowych: obecność ciałek ropnych z powodu upławów u dziewczynek bywa źródłem mylnego rozpoznania.

Ponieważ cały szereg ostrych spraw gorączkowych przedstawia obraz chorobowy, podejrzany co do zapalenia opon, prelegentka opiera ich omówienie na tablicy, na której podaje objawy, występujące w cierpieniach opon z jednej strony par excellence oponowe, z drugiej strony — nie patognomoniczne, występujące także i w innych sprawach. Po dokładnem zanalizowaniu tych objawów omawia diagnostykę poszczególnych jednostek, podkreślając m. inn. punkty następujące: trudność rozpoznania anginy 3-go migdałka, zapalenie głębokich gruczołów szyjnych; różnobarwność obrazu ostrego zapalenia ucha średniego, jak ciężkie objawy ogólne przy małych zmianach i odwrotnie, wybitna bolesność lub jej brak; postać zapalenia miedniczek, przebiegającą jak sprawa oponowa lub mózgowa; nietypowy obraz drętwicy karku u niemowląt; omawia szczegółowo trudności rozpoznawcze choroby Heine-Medina. Podkreśla zasadę, że u drobnych dzieci gorączka bez innych objawów typowych każe myśleć o durze brzusznym. (Streszczenie własne).

II. Dr. Brokman wygłosił odczyt: *„Nowsze zdobycze w dziedzinie nauki o chorobach zakaźnych wieku dziecięcego“.*

Prelegent zastanawia się nad pytaniem, czy ostre choroby wieku dziecięcego, jak odra, błonica i płonica, są rzeczywiście cierpieniami, które nawiedzają przeważnie ustrój dziecięcy, dzięki właściwościom fizjologicznym tego ostatniego. Dochodzi do wniosku, że tak nie jest, rzadkie zaś zapadanie na te choroby osób starszych zależy głównie od przebycia ich w wieku dziecięcym. Przy tem na odrę chorują dzieci zawsze w postaci jawnej, na płonicę zaś i błonicę — w postaci jawnej lub też utajonej. W tym ostatnim przypadku mamy do czynienia w znaczeniu klinicznem nie z chorobą, lecz jedynie z zakażeniem. Wśród warstw ubogich, żyjących w skupieniu, płonica i błonica występują zazwyczaj u dzieci najmłodszych, i zabierają tutaj liczne ofiary. To też w celu uniknięcia zbędnych ofiar, należy poddać dzieci szczepieniom zapobiegawczym, które nie są połączone z żadnem niebezpieczeństwem a posiadają zgodnie ze spostrzeżeniami epidemjologicznemi bardzo duże znaczenie zapobiegawcze. Prelegent uważa za wciąż jeszcze aktualną walkę z samemi zarazkami błonicy i płonicy, pochodzącemi ze źródła chorego lub ozdrowieńca. Walka z nosicielami zdrowemi jest bezcelowa. Zgodnie z nowym poglądem na etjologję i epidemjologję płonicy prelegent uważa za konieczne zreformowanie oddziałów płoniczych w szpitalach w postaci podziału chorych na świeżych i ozdrowieńców. W zakończeniu omawia sposoby ochrony otoczenia chorego za pomocą metod uodporniania biernego (surowicą) i czynnego (szczepionkami). (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem Doc. Erlichówny przemawiali kol. Wasilewski, Szaniawski i Batawia.

Kol. Wasilewski wylicza niektóre postaci gorączkowe, o których prelegentka nie mówiła: pneumonie wierzchołkowe pozorować mogą zapalenie opon mózgowych, czasami zapalenie wsierdzia bywa również trudne do rozpoznania; w zapaleniu wyrostka robaczkowego — o ile się rozpozna glistnicę robaczkową jako przyczynę choroby — można uniknąć operacji.

Kol. Szaniawski sądzi, że sama istota sprawy podniesienia się ciepłoty nie jest wyjaśniona; zapewne mają tu wpływ gruczoły dokrewne, sam obserwował dzieci z hypothyreoidismus o przebiegu pomyślnym; u dzieci nadwrażliwych można wywołać stan podgorączkowy wstrzykiwaniem roztworów soli; przypomina dalej, że czasem przymiot w okresie przed wysypką może powodować stan gorączkowy.

Kol. Batawia spostrzegał stany podgorączkowe na tle spraw w migdałkach, pytanie — czy to samo bywa i u małych dzieci. Gorączkę może powodować tak zw. angina lingualis, kiedy są naloty na podstawie języka a także sprawy w uszach. Zbadanie ucha u dzieci jest b. trudne: bębenek jest ułożony prawie poziomo, a nadto w uchu może nic nie być, tylko w wyrostku sutkowym.

W odpowiedzi prelegentka zaznacza, że nie miała zamiaru omawiać wszystkich spraw gorączkowych trudnych do rozpoznania. Objaw poruszania skrzydełek nosa w rozpoznaniu spraw płucnych u niemowląt jest wielce pomocny przy braku innych objawów. Postaci anginae lingualis nie zna, mastoiditis u niemowląt nie bywa, ponieważ wyrostek nie jest rozwinięty.

W dyskusji nad odczytem Dr. Brokmana przemawiali koledzy: Batawia, Konar, Szaniawski, Doc. Erlichówna, Wasilewski.

Zdaniem kol. Batawii śmiertelność w płonicy 10% jest to cyfra wysoka.

Zdaniem kol. Konara szczepienie przeciwpłonicze ma dużo stron ujemnych po 1) pozyskana odporność do roku jestto okres nie długi, po 2) po szczepieniu bywają zadrażnienia nerek; zapytuje, czy po upływie roku należy wykonywać szczepienie powtórnie.

Kol. Szaniawski zauważył, że u nas złośliwość błonicy wzmaga się z roku na rok i śmiertelność się zwiększa. Szczepienie przeciwbłonicze ma strony ujemne: w roku ubiegłym stosowano je w szkołach, w r. bieżącym nikt nie zgłasza się do szczepienia.

Doc. Erlichówna sądzi, że winę tu ponoszą lekarze, ponieważ ich sceptycyzm udziela się społeczeństwu.

Zdaniem kol. Wasilewskiego stosowanie surowicy w leczeniu płonicy jest zupełnie bezpieczne, są dwie postaci płonicy: ściśle toksyczna i druga bakteryjna; surowica jest wskazaną przeważnie w postaci pierwszej, toksycznej.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że sprawy leczenia płonicy surowicą nie poruszał; o szkodliwości szczepień przeciw płonicy, zdaniem jego, nie może być mowy. Czy uodpornienie jest trwałe, zależy to od okresu, w jakim będziemy szczepić (im wcześniej, tem lepiej) — oraz od tego, czy ustrój dziecka jest zdolny do wytworzenia odporności. Są jednak przeciwnicy szczepień.

Posiedzenie w dniu 19 maja 1928 r.

Kol. Wrześniowski wygłosił krótkie przemówienie z powodu śmierci Andrzeja Ciechomskiego i Aleksandra Zawadzkiego. Pamięć Zmarłych uczczono przez powstanie.

I. Kol. Szaniawski pokazał dziecko 3 miesięczne, obarczone poniższemi wadami rozwojowemi: wodogłowie (hydrocephalus internus) — obwód główki 46 cm, na grzbiecie guz — tarń dwudzielna i przepuklina rdzeniowa (meningo-myelocele), nóżki szpotawe. Dziecko tegoż dnia przyjęte do szpitala, dodatkowe badania i odczyn Wassermanna nie zostały wykonane. Wywiady przemawiają przeciwko przymiotowi i obciążeniu dziedzicznemu. Wodogłowie prawdopodobnie powstało e vacuo, to zn. wskutek braku pewnych części mózgowia. Połączenie niedorozwoju mózgowia z tarnią dwudzielną opisują często neurolodzy.

II. Kol. Rożkowski i Wrześniowski omawiają niezwykły, ze względu na przebieg przypadek pyopneumothorax u chłopca 14 letniego. Zachorował przed 2 tygodniami, stan był gorączkowy, stwierdzono ognisko w płucach, rozpoznawano zapalenie płuc grypowe; w dalszym przebiegu wobec stłumienia wypuku w okolicy płatów dolnych przypuszczano wysięk; nakłucie wykazało po stronie prawej ciecz mętną, chory wypluwał *od czasu do czasu* w dużej ilości plwocinę ropną i cuchnącą. Kol. Rożkowski w dalszej obserwacji stwierdził: stłumienie nad grzebieniem łopatki prawej, niżej — opuk jawny a ku dołowi stłumienie na ograniczonej przestrzeni i znaczne osłabienie szmeru oddechowego nad całem płucem; w pozycji leżącej chorego— przydźwięk metaliczny; przy zmianie ułożenia chorego zmieniała się górna granica stłumienia. Kol. Rożkowski rozpoznaje obecność gazu w opłucnej, spowodowaną ewent. ropniem płuca i prawdopodobnie przyrost częściowy dalszego płata. Kol. Wrześniowski znalazł wypuklenie prawej strony klatki i trzeszczenie podskórne; nakłucie próbne dało ciecz ropną, cuchnącą; operacja (resekcja 9 żebra) potwierdziła rozpoznanie i wykazała jamę płuca, łączącą się otworem z jamą opłucnej.

III. Kol. St. Kon odczytał obszerny referat: *„O zatruciach ciężarnych w świetle badań najnowszych"*.

Podczas ciąży następują pod wpływem specyficznych hormonów zmiany w całym szeregu narządów i w układzie współczulnym. Zmienia się całokształt krwi, zmienia się koncentracja jonów i stan koloidalny krwi. Zmiany zachodzą w tarczycy, która w 70 do 80% przypadków rozrosła się, w trzustce, nadnerczu, przysadce mózgowej, w jajnikach. Zawartość we krwi w dużej ilości cholesteryny i lecytyny przyjmujemy jako ciała ochronne; zwiększoną zawartość kwasu węglowego w naczyniach żylnych i wzmożoną zawartość ciał chemicznych— przyjmujemy jako czynne hormony we krwi. Ciała te powstają na skutek przenikania ciał białkowych od płodu i łożyska do krwiobiegu matki, i muszą być zobojętnione przez specyficzne zaczyny. W ten sposób tłumaczymy sobie odczyn Abderhaldena. Te same przyczyny powodują zmiany w nerwie współczulnym, co uwidocznia się w pierwszym rzędzie w układzie wazomotorów. Poza tem wywoływują one zmiany w pobudliwości nerwu błędnego (wymioty ciężarnych, ślinotok, wzmożona działalność komórek wątroby i t. d.).

Ponieważ zmiany ciążowe są obserwowane u wszystkich ciężarnych, — muszą być uważane za zjawisko prawidłowe, i bez nich ustrój ciężarnych nie byłby w stanie podołać wszystkim wymaganiom, związanym z ciążą. Do dziedziny patologji zaliczyć musimy tylko te przypadki, gdzie omówione zjawiska nie odbywają się harmonijnie, gdzie następuje dysharmonja stojących z sobą w zgodzie i uzupełniających się wzajemnie substancyj i narządów. Perturbacje te nazywamy dyskrazją, i mówimy wtedy o toksykozach lub gestozach Freunda lub toksonozach. Dyskrazje te wywierają niekorzystny wpływ na cały szereg zmian chorobowych, niezależnych od ciąży, na które ustrój kobiety już dawno chorował.

Odróżniane są 3 główne postacie dyskrazji:

1) uszkodzenia układu wegetatywno-nerwowego,

2) uszkodzenia poszczególnych narządów lub całego ich układu,

3) zbiór puchlinowo-nefrotyczny czyli eklampsia.

A. W pierwszej grupie uszkodzeń odróżniamy uszkodzenia ośrodków nerwowych i części obwodowych. Niezależne od naszej świadomości, za pomocą wegetatywnych ośrodków zapotrzebowanie pewnych komórek co do właściwych im składników pokarmowych — daje się tłumaczyć podrażnieniem ośrodków w okolicy 3-ciej komory mózgowej i rdzenia przedłużonego. Naprzykład, chęć do kwasów, chęć do kredy lub wapna, do świeżych jarzyn lub owoców, wstręt do mięsa i t. p. Oprócz tego spostrzegamy zmiany na skutek uszkodzeń dróg oddechowych układu współczulnego, zmiany w wazomotorach: skurcz naczyń włosowatych i wzmożone ciśnienie krwi. Aminy i peptony są to specyficzne toksyny, oddziaływające na wazomotory. Zmiany zależne od nerwu błędnego, są to wymioty lub niepohamowane wymioty, ze zmianami destrukcyjnemi komórek wątroby.

B. Zatrucia ciążowe, spowodowane uszkodzeniem poszczególnych narządów lub całego ich układu.

Należą tu: dermotopatje ciążowe, haematopatje ciążowe, hepato- i cholecystopatje ciążowe, choroby dróg żółciowych aż do kamicy włącznie, arthro- i osteopatje ciążowe (arthropathia ovaripriva graviditatis, akromegalja, osteomalacja), neuro- i psychopatje ciążowe. Ciąża wywiera też wpływ na psychę kobiety, prowadząc niekiedy do obłąkania.

C. Zatrucia puchlinowo - nefrotyczne i eklamptyczne, gestozy Freunda i hydrops gravidarum, nefrosa i eklampsiae.

Hydrops gravidarum powstaje na skutek zwiększonej ilości fibrin - globulin na niekorzyść albumin we krwi, rezultatem czego — zmniejszone ciśnienie osmotyczne w osoczu krwi i zwiększone przesiąkanie do tkanek. Obok tego jeszcze zwiększone ciśnienie filtracyjne (teorja Rungego i Kabitza).

Nefroza — bez zmian histologicznych i ze zmianami histologicznemi komórek nabłonka kanalików i naczyń kłębuszków (tubulo-glomerulo-nephrose). W bardzo ciężkich przypadkach — przewlekłe nefrozy.

Eklampsia. W dzisiejszem pojęciu definicja eklampsji ściśle łączy się ze zmianami ośrodków psycho-motorycznych kory mózgowej lub pnia, w którym sąześrodkowane centra wegetatywne — i nie należy utożsamiać je ze zmianami nefrotycznemi, któremi Schmorl, Lubarsch i Fahr tłumaczyli eklampsję. W dzisiejszem pojęciu eklampsję cechują zmiany ośrodków nerwowych — przeczulica tych ośrodków na skutek zmian komórkowo-humoralnych podczas ciąży przy równoczesnem schorzeniu innych narządów lub bez nich. W grę wchodzi tu skurcz wazomotorów i wzmożenie wskutek tego ciśnienia krwi. Przy nadmiernej pobudliwości — przeczulicy na skutek bólów — występuje zaatakowanie centrów psychicznych i wegetacyjnych.

Co się tyczy leczenia zapobiegawczego przeciwko zatruciom ciążowym, to jedynie racjonalna dieta może w dużej mierze przyczynić się do zapobiegania wybuchom choroby, nawet wobec istniejącej nefrozy. Podczas wojny światowej liczba przypadków eklampsji zmniejszyła się na skutek zmniejszonego zużywania tłuszczów i białka. Badania przemiany materji ciężarnych niezbicie wykazały, że przemiana białka i tłuszczów jest utrudniona; należy przeto potrzeby ustroju zaspokajać dietą węglowodanową z witaminową, jak również i mineralną. Poza tem wskazany jest spokojny tryb życia lub leżenie w łóżku przy pierwszych objawach obrzęków. Przewidzieć zgóry, które kobiety szczególnie są narażone na niebezpieczeństwo zatrucia ciążowego — nie można. Najwięcej jednakże narażone są kobiety o upośledzonym systemie gruczołów dokrewnych, upośledzonej przemianie materji, często osoby niedorozwinięte i psychicznie słabe. (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: Łokczewski, Rozen i prezes Rożkowski.

Kol. Łokczewski zwraca uwagę na mało znane objawy ciążowe u zwierząt domowych.

Kol. Rozen spostrzegał podczas ciąży impetigo herpetiformis z wynikiem pomyślnym.

Kol. Rożkowski podnosi wszechstronne ujęcie tematu przez prelegenta; zaznacza, że poród jest jedynem zjawiskiem fizjologicznem połączonem z bólem; wzmożone ciśnienie tętnicze nie można tłumaczyć wyłącznie skurczeniem kapilarów, sprawa ta nie jest dostatecznie wyjaśniona, również wątpliwem jest twierdzenie, że *podświadomy* układ wegetatywny kieruje instynktem odżywiania. Co do obrzęków w ciąży odróżnić należy nefrotyczne i zależne od niedomogi tarczycy. W końcu kol. R. omawia szczegółowiej różnice między mocznicą i rzucawką.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 2 maja 1928 r.

1) Kol. Grosglik przedstawia 45-letniego mężczyznę *z białaczką limfatyczną*. Cierpienie rozpoczęło się podobno przed 11 laty stopniowem powiększeniem gruczołów. 6/4 1926 r. wszystkie gruczoły, dostępne dla badania, znacznie powiększone; w dolnej części jamy brzusznej nad wiązadłem Pouparta z obu stron duże guzy. Śledziona wyczuwa się na dwa palce pod łukiem żebrowym. Wątroba niewyczuwalna. Krew: 68,000—72,000 białych ciałek: jeden obojętnochłonny leukocyt przypadł na 99 limfocytów. Wysypka świerzbiączkowa i swędzenie. I. naświetlanie: 6/7, — 22/7 26 r.; tylko gruczoły 24/7 — 26. Śledziona cofnęła się pod łuk żebrowy i dotychczas (2 lata) niepowiększona. Swędzenie i wysypka ustąpiły. II. naświetl. 17/9 — 26 r. 2/10 — 26 — tylko gruczoły, choć znacznie zmniejszone, oraz guz wielkości pomarańczy w okolicy wyrostka robaczkowego. III. naświetlanie 18/11 — 26 r. — tylko prawa pachwina, gdyż inne guzy bardzo się zmniejszyły. IV. naświetlanie jak I. 7/7 — 27, 27/7 — 27 r. z powodu ponownego powiększenia się gruczołów, — 30/12 — 27 r. gruczoły znacznie zmniejszone, natomiast w jamie brzusznej rozmaitej wielkości guzy rozsiane na dużej przestrzeni. Chory do naświetlania nie zgłosił się i stawił się dopiero d. 28/4 — 28 r. z gruczołami znacznie zmniejszonemi w porównaniu ze stanem pierwotnym, ale z guzami w jamie brzusznej, z których jeden dla swej wielkości łatwo mógł niewtajemniczonemu nasunąć rozpoznanie guza złośliwego. Śródpiersie — cały czas wolne. Osobliwości powyższego przypadku: 1) zniknięcie powiększonej śledziony jedynie pod wpływem rentgenizacji gruczołów; 2) zniknięcie wysypki i swędzenia; 3) powstawanie potężnych guzów w jamie brzusznej; 4) względnie mały tylko wpływ rentgenizacji na obraz białych ciałek, pomimo znacznego ustąpienia guzów i poprawy stanu ogólnego (niekiedy tylko od 8 do 20 obojętnochłonnych i przeważnie jeden neutrofil na 100 limfocytów).

2) Kol. Grosglik przedstawia 40-letnią kobietę *z twardzielą nosa, oraz bliznami rozległemi gardzieli i miękkiego podniebienia po nawiedzeniu tych okolic przez proces twardzielowy*. Cierpienie rozpoczęło się w 19 roku życia od lewego nozdrza. W 30 roku życia operacja, po której nastąpiła recydywa, oraz przejście sprawy na prawe nozdrze. Widziany poraz pierwszy latem 1924 roku przypadek wprawdzie imponował jako twardziel, ale blizny gardzieli uniemożliwiające wejście zgłębnikiem do retronasum, blizny na szyi i lewem ramieniu, oraz podobieństwo guzów w nozdrzach i na górnej wardze do lues tuberosa, która często obiera sobie siedlisko w tej okolicy, skłoniły kol. Grosglika do wyłączenia sprawy kiłowej; pomimo ujemnego Wassermanna, przystąpiono do próbnego leczenia przeciwkiłowego. Dziwnym zbiegiem okoliczności leczenie to spowodowało cofanie się guzów. Po roku, gdy guzy zaczęły rosnąć ponownie, powtórna kuracja przeciwkiłowa również dość pomyślna. Dopiero w maju 1927 roku, gdy chora zgłosiła się znowu z nawrotem, przystąpiono do badania histologicznego i bakterjologicznego, które wykazało obraz twardzieli. Chorą poddano leczeniu promieniami Roentgena. 1) 18/7 — 27 r., 2) 17/10—19/10 1927 r., 3) 19/1 — 28 r., 21/1 28 r.; pod wpływem naświetlania guzy zaczęły się cofać, ustępując ostatecznie 30/1 28 r. Wydzielina cuchnąca znikła, węch powrócił w prawem nozdrzu, oddech swobodny, szerokości nosa $1^1/_2$—2 cm, zamiast $2^1/_2$—4 cm. Wyzdrowienie kliniczne utrzymuje się dotychczas (2/5 28 rok); zatkanie lewej strony nosa tkanką bliznowatą trwa pomimo leczenia. Po dłuższej przerwie kol. Grosglik zamierza spróbować ponownego leczenia lewej połowy nosa Roentgenem.

3) Kol. Artyfikiewicz przedstawia chorą W. B. W dniu 13/4 28 roku przywieziona została na pogotowie do Szpitala miejskiego. Przy badaniu stwierdzono: Ciąża 5-miesięczna, sinica, oddech utrudniony, tętno 120. W szóstem międzyżebrzu lewem w linji pachowej przedniej rana kłuta klatki piersiowej z wypadnięciem sieci, druga rana poprzez sutkę prawą w 5 międzyżebrzu drąży do opłucnej, trzecia nad prawym obojczykiem żylnie krwawiąca, czwarta rana mięśnia dwugłowego prawego; krwioplucia niema. Operacja (jedna godzina i 30 minut); narkoza eterowa. Laparatomia nad pępkiem, cięcie dodatkowe przez rectus sin. Dwa szwy na ranę wątroby; ligatura omenti, zeszyto ranę diaphragmy od strony jamy brzusznej. Zeszyto ranę lewej opłucnej. Cięciem okrążającym odsunięto sutkę prawą ku wewnątrz i zeszyto ranę prawej opłucnej. Haemostasis w ranie nad obojczykiem. Szew musculi bicipitis dextr. Rany per primam, przebieg pooperacyjny powikłany gorączką, która spadła 10 dnia po otwarciu ropnia na prawem udzie, powstałym po injekcji soli fizjologicznej; 26/4 zdjęcie Roentgenologiczne wykazało: nieznaczny pneumothorax obustronny; ruchy przepony lewej zachowane; obecnie stan chorej dobry, ciąża trwa dalej.

4) Kol. A. Goldman wygłosił odczyt pod tytułem: *leczenie kamicy żółciowej z punktu widzenia internisty i chirurga*. Prelegent omówił postępowanie przy kamicy żółciowej, a mianowicie kiedy należy do łańcucha wewnętrznych środków włączyć operację, aby najlepiej i najkorzystniej dla chorego przeprowadzić leczenie, przyczem odróżnia trzy grupy zachorowań: a) kamica z nietypowemi objawami, t. zw. kamica utajona; b) kamica żółciowa przewlekła z typowemi napadami; c) ostre przypadki kamicy żółciowej z ciężkiemi objawami. Wnioski: 1) Wskazania do zabiegu przy kamicy żółciowej zależą od rodzaju i okresu zachorowania i mogą być względne i bezwzględne. 2) Przy utajonej postaci kamicy należy bezwzględnie zastosować przedewszystkiem leczenie wewnętrzne. 3) Przy silnych często się powtarzających napadach należy wykonać zabieg w międzyczasie (intervalloperation) przy dobrym stanie narządów wewnętrznych (serce, płuca, nerki) 4) Przy typowych napadach kamicy żółciowej należy operować w międzyczasie, jeśli chory jest stale niezdolny do pracy. 5) Wszelkie cierpienia chorego, a przedewszystkiem otyłość winny być ściśle oceniane, jako ewentualne przeciwskazanie do zabiegu. 6) Ostry napad stanowi wskazanie do zabiegu tylko w ciężkich przypadkach. 7) Ocena ciężkości napadu zależy od zachowania się ciepłoty, tętna, obrazu krwi i stanu pęcherzyka żółciowego (palpacja). 8) Ostre zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, jest wskazaniem do natychmiastowego zabiegu. 9) Przy przewlekłem zatkaniu przewodu żółciowego należy uprzednio próbować leczenie konserwatywne (wlewanie przez zgłębnik dwunastniczy środków leczniczych) a w razie nieskuteczności — bezwzględnie wskazanym jest zabieg.

Prelegent ilustruje swój referat pokazem szeregu preparatów po dokonanych operacjach woreczka żółciowego.

W dyskusji kol. Szyfman podkreśla, że nawroty po operacji niestety są, jak wynika z naszego doświadczenia i z danych piśmiennictwa — bardzo częste; sięgają bowiem podług niektórych autorów do 40%; wprawdzie w wielu tych przypadkach niema nawrotów w ścisłem tego słowa znaczeniu, a istnieją dolegliwości, spowodowane przez zachodzące zmiany w przewodach żółciowych po usunięciu pęcherzyka (rozszerzenie choledochus, skurcz Sphincter Odii, wydzielanie żółci do trzustki z następczem zapaleniem tejże. Należy pamiętać, że rozpoznanie kamicy jest w niektórych przypadkach bardzo utrudnione, albowiem tak zwane dyskinezje dróg żółciowych, zależne od zaburzeń w układzie roślinnym, dają wszelkie objawy kamicy, a wycięcie w takich przypadkach pęcherzyka tylko pogarsza sprawę. Jeżeli do tego dodać jeszcze, że często chorzy po operacji cierpią z powodu zrostów pooperacyjnych, to przyznać należy, że na razie skutki zabiegu operacyjnego są mało zachęcające.

Kol. Dengel nie widział tak częstych nawrotów, jak podaje kol. Szyfman; kol. Dengel jest zwolennikiem cholecystotomji; zazwyczaj pozostawia woreczek, usuwa go tylko przy obecności dużej ilości kamyków. Do wskazań operacyjnych, o których wspominał dr. Goldman, dołącza jeszcze wskazania natury społecznej. Kol. Gliksman zna przypadki, leczone środkami wewnętrznemi przed 20-laty i które przez cały czas nie sprawiały żadnych dolegliwości, z drugiej strony widział przypadki, leczone metodami chirurgicznemi, które dawały częste nawroty, dlatego też uważa za wskazane bezwzględne do operacji — ropne zapalenie pęcherzyka, oraz zatkanie przewodów żółciowych, kamica żółciowa bez powikłań winna być leczona przez internistę.

Kol. Kalisz podkreśla, że kamica żółciowa jest skazą i operacji podlegają jedynie stany, które w następstwie tej skazy powstają. Najczęstszem powikłaniem kamicy jest zapalenie woreczka żółciowego. Zabieg operacyjny ma na celu usunięcie tych następstw, z wykonaniem zabiegu niekończy się jednak postępowanie lecznicze. Jako skutek operacji występują stany skurczowe, lub rozkurczowe w przewodzie żółciowym, które wymagają leczenia. Wyniki operacyjne są na ogół dobre przy uwzględnieniu postępowania pooperacyjnego; wypowiada się za wykonaniem usunięcia woreczka, ponieważ założenie przetoki z usunięciem samych kamieni jest niewystarczające z powodu nawrotów.

W odpowiedzi kol. Goldman zaznacza, że w zabiegu nie widzi panaceum na wszystkie przypadki; chirurg musi współpracować z internistą, chirurg nie powinien otrzymywać przypadków za późno, w stanie rozpaczliwym; postępowanie lecznicze nie kończy się na zabiegu.

Protokół posiedzenia z dnia 16 maja 1928 r.

Kol. L. Szajerowicz wygłosił odczyt pod tytułem: *„Fizjologiczne podstawy balneoterapji w świetle najnowszych poglądów i stanowisko Druskienik wśród innych uzdrowisk solankowych"*. (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Załęski zapytuje, w czem wyraża się klinicznie odczyn ogniskowy.

Kol. Szajerowicz odpowiada, że odczyn ogniskowy wyraża się w uczuciu bólu i podniesieniu ciepłoty.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Towarzystwo lekarskie lwowskie. Na Walnem Zgromadzeniu odbytem w dniu 18 stycznia br. wybrano nowy zarząd Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego o następującym składzie: Przewodniczący: Kol. Gąsiorowski Napoleon. — Zastępca przewodniczącego: kol. Mikołajski Szczepan. — Sekretarz doroczny; kol. Legeżyński Stanisław. — Podskarbi: kol. Stobiecki Zygmunt. — Gospodarz: kol. Serbeński Walerjan. — Bibljotekarz: kol. Ziembicki Witold. — Zastępca bibljotekarza: kol. Szumowski Kazimierz. — Przewodniczący Komitetu budowy domu: kol. Rencki Roman. — Przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej: kol. Ruebenbauer Henryk. — Komisja redakcyjna Polskiej Gazety lekarskiej: kol. Bednarski Adam, Bocheński Kazimierz, Dobrzański Antoni, Domaszewicz Aleksander, Franke Marjan, Groer Franciszek, Gruca Adam, Koskowski Włodzimierz, Lenartowicz Jan, Nowicki Witold, Pisek Wilhelm, Rothfeld Jakób, Sochański Henryk, Ziembicki Witold. Rada Zawiadowcza Tow. lekarzy b. Galicji: kol. Rencki Roman, Świtalski Mieczysław. — Delegaci na Walne Zgrom. Tow. lekarzy b. Galicji: kol. Bocheński Kazimierz, Grek Jan, Gąsiorowski Napoleon, Lipski Kazimierz, Mączewski Stanisław, Mikołajski Szczepan, Ostrowski Tadeusz, Pohorecki Andrzej, Ruff Salomon, Sabatowski Antoni, Sołowij Adam, Zabłocki Stanisław, Ziembicki Witold. — Zastępcy: kol. Bühm Stanisław, Duczymińska Stanisława, Fels Izrael, Ostrowski Stanisław, Sochański Henryk, Tyszka Kazimierz, Zaorski Bronisław. — Komisja rewizyjna: kol. Kuhn Adolf, Zaorski Bronisław.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. I Posiedzenie naukowe w bieżącym roku administracyjnym odbyło się dnia 25 stycznia z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Prof. Zalewski: Przypadek plastycznej przetoki pcantrotomijnej. — 2) Kol. Prof. Bocheński: Dwa przypadki ciąży w rogu szczątkowym macicy. — 3) Kol. Jurimowa: Przypadek żółtaczki hemolitycznej wrodzonej. — 4) Kol. Prym .Ziembicki: Odma w ropniu płuc. — 5) Kol. J. Aleksiewicz: Proteza nosa z celluloidu. — W dyskusji zabierali głos Kol.: Pisek, Nowicki, Czernecki, Węgrzynowski, T. Ostrowski, Elmer, Gąsiorowski, Dynin, Wieczyński.

Poznań.

W sprawie zatargu lekarzy Okręgu Wielkopolskiego z Związkiem okręgowym Kas chorych w Poznaniu. Zarząd Okręgu Lwowskiego Związku lekarzy P. P. otrzymał z Zarządu głównego w sprawie zatargu lekarzy Okręgu Wielkopolskiego ze Związkiem okręgowym Kas chorych w Poznaniu pismo następujące: W sprawie zatargu Związku Lekarzy Polski Zachodniej (Okręgu Wielkopolskiego naszego Związku) ze Związkiem Okręgowym Kas chorych w Poznaniu zaznaczyć należy, że ma ono swe źródło w faktach następujących:

1) w Polsce zachodniej stosowany był dotychczas w lecznictwie ubezpieczonych kasowych system „gabinetowy" i wolny wybór lekarzy;

2) do leczenia ubezpieczonych prezentował lekarzy Zarządom Kas Związek Lekarzy P. Z. i za rekomendowanych przez sie odpowiadał moralnie i materjalnie;

3) z liczby lekarzy, uprawnionych do praktyki na terenie województw poznańskiego i pomorskiego 90—95% należy do Związku Lekarzy i z tych 80%, zgłosiwszy chęć przyjmowania u siebie chorych ubezpieczonych, leczyło tych chorych;

4) lekarze zatrudnieni w leczeniu chorych kasowych (80% ogółu lek.) pobierali z Kas wynagrodzenie ryczałtem, mianowicie sumę od 15—18% ogólnej sumy dochodów Kasy. Ten ryczałt dostawał Związek lekarzy i dzielił go pomiędzy lekarzy stosownie do liczby wyrobionych punktów.

5) Wobec powszechności, energji i dyscypliny Związku Lekarzy P. Z. system ten trwał ku ogólnemu zadowoleniu, także ku zadowoleniu Kas Chorych.

Jednakże w latach ostatnich lekarze mogli stwierdzić następujące objawy, przedtem nieznane:

a) przy odnawianiu umów zbiorowych między powiatowemi, względnie miejskiemi Kasami Chorych a Zarządami Obwodowymi Związku, Kasy te powoływały się raz poraz na instrukcje Zarządu Okręgowego Kas Chorych w Poznaniu, nakazujące im to a to, zaś po zawarciu już umowy uzależniały wejście jej w życie od zatwierdzenia tegoż Związku Okręgowego Kas Chorych w Poznaniu.

Instrukcje te i wskazówki szły naogół w kierunku osłabienia autorytetu Związku Lekarzy i pogorszenia warunków pracy lekarskiej.

b) Na skutek tych instrukcyj Kasy uczyniły krok zasadniczy w kierunku zmiany systemu leczenia, mianowicie, zostały wybudowane wielkim kosztem gmachy ambulatoryjne nietylko w Toruniu, mieście wojewódzkim Pomorza, lecz i w drobnych mieścinach prowincjonalnych, jak Mogilno, jak Strzelno; zaś Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu nie tail się z tem, że zamierza wybudować 25 gmachów na ambulatorja w różnych miastach Wielkopolski i Pomorza.

Realizowana na taka skalę, zmiana systemu podjęta została bez zgody i nawet bez zasięgnięcia opinji świata lekrskiego obu województw.

Wobec powyższego Zrząd Okręgu Wielkopolskiego Związku postanowił przeprowadzić zasadniczą rozmowę z Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Poznaniu:

a) co do umowy zbiorowej, któraby, objąwszy cały teren Związku Kas, ułatwiła i uprościła zawieranie umów z Kasami powiatowemi, względnie miejskiemi;

b) co do systemu lecznictwa ubezpieczonych.

Aby zaś w rozmowach tych mieć wszelką swobodę ruchów Związek Lekarzy wymówił dnia 30 września r. ub. Kasom dotychczasowe umowy, wygasające dnia 31 grudnia r. ub.

Uczyniwszy to, zawiadomił Związek Lekarzy pismem z dnia 4. X. r. ub. Związek Kas Chorych o swej gotowości podjęcia rozmów ze Związkiem Kas celem zawarcia nowej umowy. Do rozmowy tej Zarządowi Okręgowemu Kas nie było jednak spieszno. W czasie zaś rozmów Związek Kas zakwestjonował dotychczasowe uprawnienia Związku Lekarzy do prezentowania lekarzy, postawił niższy ryczałt wynagrodzenia lekarzy i t. d. Przy tej postawie Związku Kas chorych układy, mimo interwencji p. Wojewody poznańskiego, nie doprowadziły do porozumienia — i od 1 stycznia r. b. w woj. poznańskiem i pomorskiem doszło w stosunkach między lekarzami a Kasami Chorych do stanu bezkonttraktowego.

Powyższe wskazuje, że stan bezkontraktowy wynikł:

a) z dążenia Okręgowego Związku Kas Chorych do poderwania autorytetu i praw nabytych Związku Lekarzy, oraz do obniżenia stanowiska i warunków pracy lekarskiej;

b) z zapatrywania Okręgu Wielkopolskiego Związku Lekarzy, że w sprawach systemu lecznictwa na terenie Wielkopolski i Pomorza mają prawo głosu także lekarze tamtejsi.

Obecnie Kasy Chorych przez ogłoszenia nawołują lekarzy innych dzielnic do obejmowania na Pomorzu i w Wielkopolsce stanowisk kasowych: „na korzystnych warunkach i na umowy długoletnie", Związek lekarski przestrzega ogół lekarzy przed obejmowaniem tych stanowisk.

Dla orjentacji Szanownych Kolegów (zależy nam, aby Okrąg Lwowski był należycie zorjentowany) pragniemy podkreślić, że:

1) opinja publiczna Polski Zachodniej jest w olbrzymiej większości po stronie lekarzy;

2) również p. Wojewoda poznański;

3) także znaczna ilość Kas Chorych, że

4) na miejscu wśród lekarzy brak materjału na łamistrajków (lekarze Niemcy są solidarni z lekarzami polakami) i że

5) wobec znanej solidarności społeczeństwa poznańsko-pomorskiego gromadny przyjazd tam lekarzy z terenów wschodnich Polskibyłbypołączony z różnorodnemi dla nich przykrościami, albowiem

6) zapewne niebawem dojdzie między skłóconymi Zarządami Okręgowymi (Lekarzy i Kas Chorych) do kompromisu i zgody, gdyż na walce z lekarzami tracą wiele w opinji, zaś lekarze nie są wcale przeciwni tworzeniu dla chorych kasowych koniecznych instytucyj leczniczych, jak sanatorja, poradnie przeciwgruźlicze i przeciwjaglicze i t. d. zasady fizjoterapji, polikliniki specjalistów.

Mimo zatargu ubezpieczeni są tam obsługiwani bez przerwy przez lekarzy.

Staraliśmy się możliwe wyczerpać temat, aby dać Sz. Zarządowi Okręgu Lwowskiego materjał dla poinformowania lekarzy Małopolski Wschodniej i oszczędzić ewentualn. kandydatom na posady w Wielkopolsce przykrości i rozczarowań.

Następują podpisy prezesa i sekretarza.

Redakcja otrzymała.

Marja Duszyńska: „Alkohol nieszczęściem człowieka i narodu". Bibljoteczka higjeniczna powszechna Pol. Tow. higjenicznego we Lwowie. Zesz. 2. Lwów, Książnica - Atlas 1929.

Nr. 6. 10. lutego 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Bożenna KOKALJ-KOWALEWSKA, Warszawa
kierownik przychodni przeciwgruźliczej na Żoliborzu.

Zanik gruczołu mlecznego u kobiet z gruźlicą płuc w świetle pomiarów.

Z przychodni przeciwgruźliczej na Żoliborzu i z uzdrowiska dla chorób płucnych w Otwocku.

W pracy niniejszej zamieszczam wyniki pomiarów, dotyczące gruczołu mlecznego u kobiet z gruźlicą płuc. Zmiany zanikowe i przerostowe w obrębie klatki piersiowej były już kilkakrotnie opisywane w piśmiennictwie. Najwięcej uwagi jednak poświęcili im autorowie włoscy, gdyż oko południowca jest szczególnie wrażliwe na budowę nagiego ciała w jej prawidłowych i patologicznych przejawach.

F r e d e r i c i opisał jako wczesny objaw zajęcia szczytów większe wklęśnięcie i obniżenie mięśnia czworobocznego po stronie chorej. B o e r i zwraca uwagę na bolesność mięśnia czworobocznego w początkujących sprawach w szczytach. B o e r i i C o n c a t o stwierdzili hipoplazję mięśnia czworobocznego po chorej stronie. B a c e l l i wykrył objaw łopatkowy. Mianowicie znalazł on u chorych gruźliczych nierównomierną ruchomość górnego wewnętrznego kąta łopatki w pozycji siedzącej. Ruchomość po stronie chorej jest upośledzona. B e n a s s i podaje opis odstającego skrzydła — *scapulae alatae* — w schorzeniach płucnych. Za przyczynę uważa zanik mięśnia zębatego i czworobocznego. C r a i g zauważył u dzieci w sprawach wnękowych zanik skóry i tkanki podskórnej między łopatkami na przestrzeni od 2-go do 5-go kolca piersiowego. W przypadkach zajęcia szczytów zmiany troficzne obejmowały górną część klatki piersiowej do 2 żebra od przodu i do grzebienia łopatki od tyłu. Podobne zmiany mogą powstać i w dolnych częściach klatki piersiowej w stanach zapalnych opłucnej. Z pośród 82 chorych z gruźlicą początkową 64 wykazywało zmiany spastyczne w obrębie mięśni szyjnych i piersiowych. A. S p i n d l e r znalazł w schorzeniach wierzchołkowych u chorych zmiany dystroficzne w mięśniu czworobocznym i kręczaczach, nieco mniej często w mięśniach piersiowych i międzyżebrowych. W sprawach przewlekłych mięśnie w obrębie ogniska zanikają i twardnieją, w świeżych procesach następuje skurcz mięśni. P o t t e n g e r przypisuje pewną wartość rozpoznawczą skurczowi mięśni pochyłych, kręczaczy, mięśni piersiowych dużego i małego, mięśnia czworobocznego, dźwigacza łopatki, mięśni równoległobocznych i przepony. Spastyczny stan tych mięśni stanowi nieraz najwcześniejszy objaw w schorzeniach szczytów. W przewlekłych sprawach płucnych odpowiednia część skóry staje się cienką, wiotką i mało sprężystą. D e l m e g e J. i T i n k e r widzieli, jako wczesny objaw gruźlicy, obniżenie ramienia i podobojczykowe spłaszczenie klatki piersiowej, przebiegające niekiedy w kierunku pachy. D e l m e g e A. znalazł pozatem spłaszczenie i zwiotczenie mięśnia naramiennego w razie zajęcia górnej części płuc. W e i n b e r g i H i r s c h przytaczają opis 4 przypadków przewlekłej choroby płuc z połowicznym zanikiem twarzy i objawem okulopupilarnym po stronie chorego płuca. W dwóch przypadkach dopiero po stwierdzeniu hemiatrofji twarzy poszukano i znaleziono cierpienie płucne po odpowiedniej stronie.

Badając chorych w 1926 roku w Warszawskiem Uzdrowisku dla chorych płucnych w Otwocku, a ostatnio w przychodni Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego na Żoliborzu, zwróciło moją uwagę, iż u kobiet gruźliczych piersi są często niejednakowej wielkości. Spostrzeżenie to skłoniło mnie do badania stosunku między zmianami w płucach a zachowaniem się gruczołu mlecznego. Aby możliwie dokładnie określić stan gruczołu piersiowego, co do jego wielkości i umiejscowienia, wprowadziłam tak zwany *pomiar skośny*, oparty na dwóch względnie stałych punktach wyjścia. Pomiar skośny przebiega od dolnego kąta stawu mostkowo-obojczykowego ku środkowi brodawki sutkowej. Długość tego pomiaru rośnie z wielkością gruczołu sutkowego i jego obniżeniem. Wiemy zaś, iż rozwój gruczołu piersiowego idzie w parze z jego obniżeniem, gdyż powiększona pierś wskutek własnego ciężaru opada ku dołowi. Pomiary wykonywałam u chorych w pozycji siedzącej, przy kręgosłupie normalnie wyprostowanym przy ramionach symetrycznie ustawionych.

Na ogół wykonałam pomiary gruczołu piersiowego u 166 kobiet z gruźlicą płuc. Nieznaczne zmiany początkowe stwierdziłam u 83 kobiet, gruźlicę rozwiniętą u 69 kobiet, wreszcie gruźlicę wyniszczającą u 14 chorych. Obustronne zmiany o prawie równem natężeniu mieliśmy u 77 kobiet. Zmiany w płucach z praktycznie jednostronnem umiejscowieniem stwierdzono u 89 kobiet.

Z pośród 166 kobiet pomiary skośne wypadły jednakowo po obu stronach piersi u 71 kobiet, co stanowi 42,7%. Na tem miejscu muszę zaznaczyć, iż drobnych różnic w długości pomiaru prawo- i lewostronnego, wynoszących mniej niż 1 cm, nie uwzględniano, jako wchodzących jeszcze w zakres fizjologicznej asymetrji ciała ludzkiego. Znaczniejszą różnicę w długości między pomiarem skośnym prawo- i lewostronym wykazywało 95 kobiet, co stanowi 57,2%. Długość pomiaru skośnego wahała się u pojedyńczych chorych od 10 cm do 28,5 cm zależnie od wieku, wzrostu, budowy i narodowości chorej, od dziewictwa lub też poporodowego rozkwitu jej piersi.



Ryc. 1.
. . . oznacza pomiar skośny

Uwagę moją pochłaniało jednak przedewszystkiem zachowanie się gruczołu mlecznego u kobiet ze zmianami jednostronnemi w płucach. Z pośród 89 kobiet z przewagą zmian płucnych po jednej stronie znalazłam u 67 czyli 75,2% chorych skrócenie pomiaru skośnego po chorej stronie. Różnica w pomiarach wynosiła od 1,25 cm do 2,25 cm. U 3 kobiet (3,3%) pomimo wybitnie zaznaczonej jednostronności zmian w płucach długość pomiaru skośnego prawo- i lewostronnego była jednakowa. Wreszcie u 19 kobiet (21,3%) stwierdziłam skrócenie pomiaru skośnego po zdrowej stronie klatki piersiowej.

Co się tyczy kobiet z przewagą zmian po jednej stronie klatki piersiowej, choroba rozpoczęła się:

u 22 kobiet przed kilkoma miesiącami,
u 16 kobiet przed rokiem,
u 18 kobiet przed 2 laty,
u 9 kobiet przed 3 laty,
u 5 kobiet przed 4 laty,
u 5 kobiet przed 5 laty,
u 5 kobiet przed 6 laty,
u 4 kobiet przed 7 laty,
u 1 kobiety przed 8 laty,
u 2 kobiet przed 10 laty,
u 2 kobiet przed 15 laty.

Wysięk opłucny jednostronny podany był w wywiadach lub też stwierdziłam go w chwili badania u 15 kobiet. Odmę sztuczną jednostronną miało 6 kobiet. Kilka z tych chorych obserwowałam blizko 3 lata. Dołączam krótki opis 5 takich przypadków.

Przypadek I.

Adolfina J., polka, lat 17, pończoszkarka. w 1925 roku zapalenie lewostronne opłucnej. Od tego czasu kaszle i gorączkuje. W chwili przyjęcia do Uzdrowiska w Otwocku w 1926 r. rozpoznano klinicznie zajęcie lewego szczytu.

We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 18 cm, lewy $16^3/_4$ cm.

W styczniu 1928 r. pomiar skośny prawy wynosił 18 cm, lewy $16^3/_4$ cm. U chorej tej sprawa w płucach w ciągu $1^1/_2$ rocznej obserwacji nie uległa zmianie, jak również nie zmieniły się pomiary skośne gruczołu piersiowego.

Przypadek II.

Filomena K., lat 27, polka, bez zajęcia. Choruje od 1919 r. Klinicznie zmiany włóknistoserowate górnego i dolnego płatu lewego oraz zajęcie prawego szczytu.

We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 23 cm, lewy 21 cm.

W styczniu 1928 r. pomiar skośny prawy wynosił 24 cm, lewy 22 cm.

W przypadku tym, pomimo gwałtownego rozwoju piersi wskutek ciąży oraz znacznego przytycia chorej zanik gruczołu mlecznego po stronie lewej jest nadal wyraźnie zaznaczony.

Przypadek III.

Marja Cz., lat 28, polka, nauczycielka. Początek choroby datuje się od r. 1921 r. Przy przyjęciu do uzdrowiska stwierdzam u niej zmiany włókniste górnego prawego płatu. Pomiar skośny wynosił we wrześniu 1926 r. po stronie prawej 20 cm, po lewej 21 cm. W styczniu 1928 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 23 cm. Stan ogólny chorej w sanatorjum uległ poprawie, waga wzrosła o 4,5 kg. Pierś lewa zaokrągliła się i wypełniła w znaczniejszym stopniu niż prawa.



Ryc. 2.
Przypadek II.

Przypadek IV.

L. Karolina, lat 26, starozakonna, urzędniczka. Zachorowała w drugiej połowie 1925 r. W 1926 r. badanie kliniczne płuc wykazuje zmiany włóknistoserowate obustronne w górnych płatach Obserwacja kliniczna w latach 1926 i 1927 wykazuje powolne gojenie się zmian w prawym górnym płacie. W lewem płucu natomiast zmiany włóknistoserowate postępują, zajmując oba płaty. We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 21 cm. W kwietniu 1927 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 19,75 cm. Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę ze względu na zupełną równoległość między postępowaniem zmian w płucach, a zachowaniem się pomiarów skośnych. Lewa pierś chorej, że się wyrażę nieco przesadnie, kurczyła się poprostu w naszych oczach, tak jak się z dnia na dzień zmieniały szmery pod naszem uchem.

Przypadek V.

Anna E., niemka, lat 19, uczennica gimnazjum. W 1925 r. krwotok płucny. W 1926 r. chora przybyła do sanatorjum w Otwocku. Badanie wstępne wykazuje zmiany włóknistoserowate w prawym górnym płacie. W ciągu rocznego pobytu chorej w uzdrowisku zmiany w prawem płucu ustąpiły prawie całkowicie; w lewem płucu natomiast zjawił się rozpad z powstaniem kilku jam. We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 21,5 cm, lewy 21,5 cm. W kwietniu 1927 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 19,75 cm. U chorej tej wynik pomiarów skośnych był w początku sprzeczny ze zmianami w płucach. W dalszym ciągu choroby jednak wystąpiło skrócenie pomiaru skośnego po stronie więcej zaatakowanej gruźlica.

W długotrwałym procesie w płucach:

1) Stosunek między pomiarami skośnemi może nie ulegać zmianie (przypadek I).

2) Gruczoły sutkowe mogą się rozwijać, lecz różnica w długości pomiarów skośnych zostaje zachowana (przypadek II).

3) Przy poprawie ogólnego stanu chorej piersi mogą się powiększyć, lecz gruczoł mleczny po zdrowej stronie klatki piersiowej powiększa się w znaczniejszym stopniu niż po chorej (przypadek III).

4) Gruczoł piersiowy po chorej stronie zanika, po zdrowej stronie zostaje bez zmian (przypadek IV).

5) W razie chudnięcia wskutek ciężkiego stanu ogólnego piersi mogą się zmniejszać, lecz gruczoł sutkowy po stronie większych zmian w płucach zanika wyraźniej (przypadek V).

Jak wspominałam już, u 3 kobiet (3,3%) pomimo jednostronnego umiejscowienia zmian w płucach długość obu pomiarów skośnych była jednakowa. U 19 kobiet (21,3%) pomiar skośny był krótszy po zdrowej stronie klatki piersiowej.

Z pośród 19 kobiet z zanikiem gruczołu mlecznego po zdrowej stronie klatki piersiowej stwierdziłam u 4 zniekształcenie klatki piersiowej, 3 kobiety karmiły dzieci prawie wyłącznie piersią po chorej stronie klatki piersiowej. W ten sposób powstał pozornie paradoksalny przerost gruczołu mlecznego po chorej stronie. U 1 chorej stwierdziłam zniekształcenie klatki piersiowej po wycięciu żeber w następstwie prawostronnego ropnego zapalenia opłucnej. Gruczoł sutkowy po zdrowej stronie klatki piersiowej wykazywał liczne i głębokie blizny po ropniach i nacięciach.

U 6 chorych sprawa w płucach trwała zaledwie parę miesięcy. Możliwe jest, iż tak świeże choć rozległe zmiany nie zdołały jeszcze dostatecznie wpłynąć na troficzny stan gruczołu mlecznego. Wreszcie u 5 chorych nie udało mi się wykryć przyczyny, któraby mogłaby spowodować przerost gruczołu sutkowego po chorej stronie klatki piersiowej. Być może, iż w tych kilku przypadkach istniały kiedyś zmiany po obecnie zdrowej stronie płuc, które jednak dały w rezultacie zanik gruczołu piersiowego.

Wykonując pomiary u 166 kobiet zauważyłam, iż prawa pierś fizjologicznie jest nieco lepiej rozwinięta oraz niżej obsadzona niż lewa. Różnica w długości pomiarów skośnych wynosiła od 0,25 cm do 1 cm na korzyść pomiaru prawostronnego. Fizjologiczny przerost prawego gruczołu sutkowego należy uważać za wynik lepszego przekrwienia i odżywiania prawej górnej połowy klatki piersiowej w następstwie wzmożonej pracy prawej kończyny górnej. Z przyczyn powyższych posiada skrócenie pomiaru skośnego prawostronnego wobec równoczesnych zmian prawostronnych w płucach większą wartość patognomoniczną niż skrócenie pomiaru lewostronnego.

U kobiet, które karmiły, zależność gruczołu sutkowego od zmian w płucach uwidacznia się mniej lub wcale. Przerasta u nich przeważnie lewa pierś, gdyż do lewej piersi matka zazwyczaj najpierw przykłada dziecko. Niemowlę wysysa najgruntowniej lewą pierś, która jest ciągle pobudzana do wydzielania nowych zapasów mleka i w następstwie wzmożonej funkcji przerasta.

Z pośród 24 kobiet ze zmianami początkowemi po jednej stronie płuc pomiar skośny był skrócony po stronie zajętej wnęki lub szczytu w 20 przypadkach, co stanowi 83,3%. Zanik gruczołu piersiowego i skrócenie pomiaru skośnego po chorej stronie płuc posiada zatem pewną wartość rozpoznawczą we wczesnych okresach gruźlicy płuc.

W jednym przypadku z równomiernem zajęciem wnęk, rentgenologicznie stwierdzonem, wykryłam jednak wyraźne skrócenie prawego pomiaru skośnego. Dopiero po kilku tygodniach wystąpiły rzężenia wilgotne w prawym szczycie. W tym przypadku skrócenie pomiaru skośnego było niejako zwiastunem przyszłych zmian w płucach, które udało mi się stwierdzić klinicznie dopiero po paru miesiącach.

Wpatrując się w nagą anatomję coraz to nowych zastępów kobiet, zrobiłam ciekawe spostrzeżenie, że u kobiet zniekształcenia kręgosłupa są nadzwyczaj częstem zjawiskiem. Z pośród 166 kobiet badanych wykryłam u 27 czyli u 16,2% skrzywienie kręgosłupa, poczynając od ledwie zaznaczonego odchylenia w jednym z trzech kierunków aż do zupełnego zniekształcenia klatki piersiowej. Chore z nieznacznem skrzywieniem kręgosłupa częściowo nawet nie wiedziały o wadzie swojej budowy.

U 1 chorej znalazłam w jamce nadobojczykowej po stronie zajętego szczytu plamę barwikową skóry o kształcie podłużnym. Chora podała, iż zauważyła pigmentację na szyi dopiero przed paru laty i że dawniej tej plamy nie posiadała. Skłonna jestem przypuszczać w tym przypadku, iż wskutek długotrwałego procesu w prawym szczycie wystąpił zanik i zwyrodnienie skóry szyi po tejże stronie z wzmożonem odkładaniem się barwika.

Pomiar skośny, zastosowany u mężczyzn, wykazał analogicznie jak u kobiet skrócenie po chorej stronie klatki piersiowej wskutek zaniku mięśni piersiowych, skóry oraz tkanki podskórnej.

Jak należy tłumaczyć zanik gruczołu sutkowego w przewlekłych schorzeniach w płucach? Czy należy go uważać za następstwo bezczynności i zatrucia specyficznego, czy też za odruch ze strony chorego płuca, który przebiega drogą nerwu współczulnego od rdzenia ku mięśniom i tkance gruczołowej. Uszkodzenie neuronu, regulującego odżywianie tkanek i zmieniony dopływ krwi do tkanek w przewlekłej gruźlicy płuc, są to również czynniki, które wpływają ujemnie na troficzny stan tkanki gruczołowej i podskórnej, mięśni i skóry.

Wnioski:

1) Pomiar skośny oznacza stan gruczołu sutkowego co do jego wielkości i umiejscowienia.

2) W razie zaniku gruczołu piersiowego pomiar skośny jest skrócony.

3) U $^3/_4$ kobiet ze zmianami jednostronnemi w płucach znalazłam pomiar skośny skrócony po chorej stronie klatki piersiowej.

4) Fizjologicznie prawy gruczoł sutkowy jest nieco większy od lewego.

5) Skrócenie pomiaru skośnego jako wyraz zaniku gruczołu mlecznego posiada pewną wartość rozpoznawczą w okresach początkowych gruźlicy płuc.

6) Pomiar skośny u mężczyzn posiada podobne znaczenie jak u kobiet.

Piśmiennictwo.

Ponticaccia Luigi e Pampuri: Il segno di Frederici. Giorn. di clin. med. Nr. 12, 1923. — Margreth G.: Per la diagnosi precose della tuberculosi apicale. Rif. med., Nr. 34, 1921. — Benassi S.: Interno al determinismo della scapola alata nelle affezioni polmonari. Gazz. d. osp. e. d. cin., Nr. 30, 1925. — Craig-Macgon: On muscular changes occurring in pulmonary tuberculosis. British Journal of Tuberculosis, Vol. 14, Nr. 3, 1920. — Spindler A.: Veränderungen der Muskeln bei Lungentuberculose. Zentralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung, B. XXI, 1924. — Pottenger F. M.: The importance of a knowledge of reflexes in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Med. Journ., Vol. 119, Nr. 4, 1924. — Delmege J.: Dropped shoulder as a sign of early phthisis. Tubercle, Vol. 3, Nr. 1, 1921. — Delmege A.: A note of deltoid flattening in early phthisis. Tubercle, Vol. 7, Nr. 8, 1926. — Weinberg u. Hirsch: Hemiatrophia facialis progressiva bei chronischen Lungenaffektionen, ein Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese des Leidens. Dtsch. Zeitschr. f. Nervnheilk. Bd. 66, Heft 3/4, S. 204, 1920.

Fr. KMIETOWICZ, jun. Lwów.

Wchłanianie bezwodnika węglowego przez skórę.

Z Zakładu Farmakologji Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

Wiadomą jest rzeczą, że podanie CO_2 w postaci wód mineralnych kwasowęglowych t. zw. szczaw powoduje wzrost tego gazu w ustroju wskutek wchłonienia w przewodzie pokarmowym. Efekt podobny sprowadzają suche kąpiele w CO_2, przyczem drogą wejścia gazu do ustroju jest skóra.

Większe zebranie się CO_2 w ustroju prowadzi z jednej strony do pewnych efektów fizjologicznych, z drugiej zaś do pewnych zmian chemicznych.

Chcąc tedy przekonać się *o ile i kiedy* zwiększa się ilość CO_2 w ustroju w czasie kąpieli kwasowęglowej, kąpałem ludzi od 5 minut do 1 godziny w szczelnej wannie blaszanej, wypełnionej gazowym bezwodnikiem węglowym. Badany od góry zakryty był grubem prześcieradłem gumowem. Chcąc uniknąć sumowania się wzmożonej ilości CO_2 w powietrzu atmosferycznem w czasie kąpieli z CO_2 wydechowem, doprowadzałem badanemu systemem rur gumowych z wentylami powietrze z poza budynku wprost do ust. Wydechane powietrze zbierałem do worów gumowych i oznaczałem skład jego w aparacie Haldane'a. Jako częściowy wykładnik wchłaniania CO_2 przez skórę uważałem ilość CO_2 wydaloną w 1 minucie przez płuca.

Z obliczeń tych wynikło, że ilość procentowa CO_2 w powietrzu wydechowem rosła zwykle z 3,35% nawet na 3,9%, przy zwiększonej jednak wentylacji płuc często malała np. z 3,5% na 3,1%.

Ilość kubiczna CO_2 rosła natomiast stale i to przy dłuższej kąpieli ponad 100%. Granicą dla wzmagania się procesu eliminacyjnego CO_2 przez płuca była kąpiel trwająca około 12 — 15'. Przekroczywszy ten czas znajdowaliśmy już bardzo wysokie cyfry, równocześnie obserwując i drugie zjawisko, a mianowicie przyrost ogólnej pojemności powietrza wydechowego.

I tak ilość powietrza w litrach na 1' obliczonych rosła:

Kąpiel	0'	15'	25'	30'	50'	1 h	Odpoczynek	
							1 h	2 h 15
19/III litrów	6·75	9·1	—	9·4	—	—	—	—
23/ „ „	7·8	—	11·3	—	15·5	—	—	8·9
26 „ „	8·25	—	—	14·75	—	15·1	14·6	7·6
2/IV „	8·55	10·8	13·5	—	—	—	—	—
13/ „ „	7·3	9·5	11·3	—	—	—	—	—
20/ „ „	7·5	10·8	12·4	—	—	—	—	—

Ilość kubiczna CO_2 rosła po długich kąpielach bardzo znacznie i tak np.:

Kąpiel	0'	15'	25'	30'	50'	1 h	Odpoczynek		
							1 h	1 h 30	2 h 15
14/III cm³ CO_2	34·47	33·66	—	56·06	—	—	—	—	—
23/ „ „	26·13	—	44·07	—	54·11	—	—	—	—
26/ „ „	33·83	—	—	54·58	—	51·34	36·48	—	30·40

Zwiększona wentylacja płuc w czasie kąpieli pochodziła naturalnie przedewszystkiem od pogłębienia się oddechu, ale i ilościowo oddech zawsze bywał nieco przyspieszony i rósł:

Kąpiel	0'	15'	30'	1 h	Odpoczynek	
					1 h	2 h 15'
19/III oddechów	12	15	18	—	—	—
14/ „ „	13	16	20	—	—	—
26/ „ „	15	—	20	23	19	15
2/IV „	15	16	19	—	—	—

Jak zachowywał się równocześnie przytem tlen? Otóż procentowo zużyty tlen w powietrzu wydechowem zawsze malał,

Kąpiel	0'	15'	30'	1 h	Odpoczynek	
					1 h	2 h 15'
19/III % tlenu	4·63	3·83	3·13	—	—	—
14/ „ „ „	3·58	3·23	2·73	—	—	—
26/ „ „ „	4·63	—	2·63	2·33	4·23	4·63
24/IV „ „	3·98	3·33	3·03	—	—	—

a kubiczna jego objętość wahała się zasadniczo w bardzo szczupłych granicach czyli, że CO_2 zwiększał się z resorbcji, a nie powstawał z przemiany materji:

Kąpiel	0'	15'	30'	1 h	Odpoczynek	
					1 h	2 h 15'
19/III cm³ tlenu	31·25	34·85	29·40	—	—	—
14/ „ „ „	36·50	32·85	44·55	—	—	—
26 „ „ „	38·18	—	38·76	30·16	40·62	35·19
24/IV „ „	30·00	35·97	37·59	—	—	—

Gdybyśmy teraz obliczyli iloraz oddechowy, dostalibyśmy cyfry jak przy bardzo intenzywnym procesie spalania się węglowodanów, tem wyższe im dłużej trwała kąpiel kwasowęglowa i im więcej wessało się CO_2.

Kąpiel	0'	15'	25'	30'	50'	1 h	Odpoczynek		
							1 h	1 h 30'	2 h 15'
19/III Iloraz	0·85	0·98	—	1·19	—	—	—	—	—
23/ „ „	0·82	—	1·16	—	1·32	—	0·91	—	—
26/ „ „	0·88	—	—	1·41	—	1·46	0·90	—	0·86

Iloraz oddechowy zdawałoby się nieprawdopodobny. Płuca jako droga eliminacyjna dla CO_2, funkcjonalnie zmieniają swój mechanizm jaskrawo tylko przy równoczesnym procesie utleniania. Gdy mają jednak tylko eliminować, iloraz może być nawet zbyt wysoki, nie jest jednak wskaźnikiem, za jaki zwykliśmy go normalnie uważać, t. zn. nie jest wskaźnikiem jakości przemiany chemicznej, działanie mechanizmu płuc nie objawia się stanem, jaki zwykle spostrzegamy przy dużym ilorazie oddechowym.

I jeszcze jedną zrobiliśmy obserwację a mianowicie przyzwyczajania się do bezwodnika węglowego.

Kąpiąc tego samego człowieka dzień po dniu, zaobserwowaliśmy, że jednak po kilku już kąpielach różnice w ilości wydalo-

nego CO_2 z dnia na dzień maleją, aż efekty chemiczne przestają się prawie różnić od cyfr wyjściowej normy.

25/IV Kąpiel	Litry	CO_2 %	CO_2 cm³	Oddechy	O %	O cm³	Iloraz
0	6·9	3·5	24·15	14	4·33	29·88	0·81
15'	8·25	3·6	29·70	16	4·53	37·37	0·80
20'	8·65	3·5	31·14	16	4·03	34·86	0·90

Z obliczeń tego doświadczenia przekonaliśmy się, że właściwie nie rośnie ani ilość powietrza wydechowego, ani ilość CO_2 i tlenu, tak, że współczynnik oddechowy nie zmienia się, następuje prawdopodobnie przyzwyczajanie się skóry na bezpośrednie działanie CO_2, a wyraża się ono zmniejszonem wchłanianiem tegoż.

Patrząc na dłoń swoją spostrzegamy jakby marmurkowanie skóry; widzimy małe plamki białe a obok nich w bezpośredniem sąsiedztwie plamki różowe. Są to obszary jednej małej tętniczki skórnej z rozszerzonemi lub zwężonemi naczyńkami włosowatemi. Plamka biała ma w komórkach dość tlenu, więc zamknęła jego dowóz, czyli zwężyła kapilary; plamka różowa rozszerzyła je natomiast, gdyż wyprodukowany w przemianie materji komórkowej CO_2 musi zostać wydalony nazewnątrz, a wprowadzonym musi być tlen, warunkujący jej życie. Po kilku zaledwie minutach kolor plamek się zmienia. Różowe bledną, białe czerwienieją.

Jeśli teraz cała skóra badanego zostanie sztucznie zanurzoną w kwas węglowy, następuje zatrucie chemiczne całej skóry; niema plamek białych na dłoni; biała skóra ramion, ud, piersi etc. różowieje, czerwienieje, a po wyjściu z wodnej kąpieli kwasowęglowej odrzyna się ostro granica, jak głęboko było ciało w CO_2 zanurzone. Trzeba kilku a nawet kilkunastu minut zanim skóra zblednie, zanim naczynia włosowate się zwężą, czyli zanim CO_2 nie zostanie wywiezionym a komórki z powrotem dostatecznie nie zostaną zaopatrzone w tlen.

I rzeczywiście eliminacja CO_2 wchłonionego po długiej kąpieli kwasowęglowej odbywa się powoli, po ustaniu kąpieli, jak również powoli wyrównują się i inne objawy:

26/III Kąpiel	Litry	CO_2 %	CO_2 cm³	Oddechy	O %	O cm³	Iloraz
„ 0'	8·25	4·1	33·83	15	4·63	38·18	0·883
„ 30'	14·75	3·7	54·58	20	2·63	38·79	1·407
„ 1 h	15·1	3·4	51·34	23	2·33	30·16	1·459
Odpoczynek 1 h	14·6	3·8	36·48	10	4·23	40·62	0·900
„ 2 h 15'	7·6	4·0	30·40	15	4·63	35·19	0·864

względnie:

23/III Kąpiel	Litry	CO_2 %	CO_2 cm³	Oddechy	O %	O cm³	Iloraz
0'	7·8	3·35	26·18	19	4·08	31·83	0·82
25'	11·3	3·9	44·07	18	3·43	38·76	1·16
50'	15·15	3·6	54·11	22	2·73	41·36	1·32
Odpocz. 1 h 30'	8·9	3·7	32·73	17	4·08	35·91	0·91

Praktycznie więc należałoby:

1) Kąpać w kąpielach kwasowęglowych *wogóle krótko* do 15', aby uniknąć zwiększenia ilości CO_2 we krwi, a przez to zadziałania na ośrodek naczynio-ruchowy bezpośrednio.

2) Kąpać stopniując czas od 7' do 15' nie dłużej, ze względu na przyzwyczajenie sie do CO_2

3) i ze względu na przyzwyczajenie się kąpać raczej co drugi dzień, niżli codziennie;

4) wypoczywać leżąco bezpośrednio po kąpieli w dobrze przewietrzonych ubikacjach, aby ustrój mógł łatwo eliminować drogą płuc wchłonięty przez skórę w czasie kąpieli CO_2, który długo jeszcze zalega w ustroju po wyjściu z wanny;

5) i dlatego należy *bezwzględnie* ekshaustorami elektrycznemi lub niską wentylacją spustową usuwać nagromadzony w czasie kąpieli CO_2 z kabin. Rośnie on bowiem ponad 2% w powietrzu atmosferycznem na wysokości ust kąpiącego się, tak że obok wchłaniania CO_2 przez skórę, przychodzi jeszcze do matematycznego wprost sumowania się tegoż w płucach z powodu oddechania powietrzem bogatem w CO_2, a więc przychodzi do łatwiejszego i szybszego działania szkodliwego na ośrodki naczynio-ruchowe;

6) Aby tem bardziej jeszcze umniejszyć możliwość wdechania CO_2 z powietrzem kabiny, należy przykrywać wanny nieprzepuszczalnemi dla CO_2 prześcieradłami gumowemi.

W końcu muszę dodać, że w Karlsbadzie zostały zbudowane w ostatnich miesiącach kosztem 4 miljonów koron czeskich, łazienki z kabinami do suchych kąpieli w gazowym bezwodniku węglowym.

Przed dwoma już przeszło laty domagaliśmy się odpowiednich łazienek do suchych kąpieli kwasowęglowych z CO_2, wydobywającego się z szybu Zubera. Dotąd niestety jednak mimo, że zrealizowanie postulatów tych otwierzyłoby nowy zabieg leczniczy i ekonomicznie dałoby wyniki korzystne — nie zostały one zrealizowane.

Dr. Franciszek GOEBEL, st. asyst. Zakładu. Warszawa.

Nowy sposób oznaczania aktywności preparatów tarczycy.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. W.
Kierownik Prof. Dr. F. Venulet.

Coraz szersze zastosowanie w lecznictwie preparatów z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, pociąga za sobą konieczność badania preparatów takich na aktywność. Odnośnie tarczycy np. farmakopea niemiecka uważa, że głównym sprawdzianem preparatów jest zawartość w nich jodu, która powinna wynosić conajmniej 0,18% substancji suchej.

Jak wiadomo, wiemy, że pomiedzy jodem a hormonem tarczycy istnieje ścisły związek. Jednak brak tutaj równoległości między zawartością jodu a substancji czynnej.

Stąd K o c h e r naprzykład uważa, że sama ilość jodu nie może być miernikiem biologicznej wartości preparatu. Starano się więc na innej drodze znaleść sprawdzian aktywności preparatów z gruczołu tarczowego.

Metody odnośne oparte są na charakterystycznych własnościach tarczycy wywołania wzmożonej przemiany materji (badanie podstawowej przemiany materji u zwierząt po podaniu tarczycy) dalej na przyspieszeniu przemiany materji (spadek wagi ciała met. K r e i t m a r a), wreszcie na pobudzeniu rozwoju. Jak wiadomo, G u d e n a t s c h zauważył charakterystyczne zmiany we wzroście i rozwoju kijanek, karmionych gruczołem tarczowym. Działanie to uwarunkowane jest ilością i jakością podanych gruczołów, względnie przetworów z tychże.

R o g o f f, a później i inni, zastosowali właśnie to spostrzeżenie G u d e n a t s c h a do oznaczania wartości leczniczej preparatów tarczycy.

Metoda G u d e n a t s c h'a, jakkolwiek prosta w założeniu, jednak w wykonaniu nasuwa trudności z powodu wielkiej wrażliwości kijanek na zmianę otoczenia, np. nawet wielkość naczynia lub ilość umieszczoych w niem kijanek wywołuje już różnice we wzroście i metamorfozie. Pozatem metoda ta ma jeszcze tę ujemną stronę, że może znaleść zastosowanie tylko na wiosnę, to jest wtedy, kiedy są kijanki. Lepszą już jest metoda Z a w a d o w s k i e g o, stosowana na aksolotlach.

Istnieje jeszcze metoda, oparta na spostrzeżeniu H u n d t a, iż myszy białe są mniej wrażliwe na działanie acetonitrylu, o ile podaje się im przedtem tarczycę.

P o r t podnosi jednak, iż myszy białe zachowują się wogóle bardzo indywidualnie wobec acetonitrylu. A zatem wyżej wymienione metody oznaczania wartości biologicznej tarczycy posiadają pewne niedogodności a nawet niedokładności.

W pracy, znajdującej się w druku p. t. „Wpływ tarczycy na „blokadę" układu siateczkowo śródbłonkowego", stwierdziłem, że zawiesina koloidowa srebrna, podana dożylnie psom pozbawionym tarczycy, nie wywołuje podniesienia poziomu cukru we krwi, stale stwierdzanego u psów normalnych, a następnie, że podanie dożylne zawiesiny koloidowej srebra psom pozbawionym tarczycy, ale otrzymującym równocześnie wysuszoną tarczycę, daje hyperglikemję bardzo wybitną.

Po stwierdzeniu tego faktu na większym materjale, okazało się, że podawany psom, pozbawionym tarczycy, inny preparat tarczycy nie powodował „poblokadowej" hyperglykemji, przedtem stale stwierdzanej, równocześnie psy zamiast tracić na wadze, jak to poprzednio stwierdzano, przybywały.

Wobec czego preparat tarczycy przesłano do zbadania do Państwowego Instytutu Farmaceutycznego skąd otrzymano następującą odpowiedź: „w nadesłanej próbce „Gl. Thyreoidea" oznaczono jod przez spalenie odważonej ilości z ługiem sodowym, wydziele-

Nr. psa	Waga psa	Data	Ilość cukru we krwi w 1000 gr. przed podaniem „Argentolu"	Ilość cukru we krwi po podaniu „Argentolu" w ½ godz.	Procent spadku lub przyrostu	w 1 godz.	%	w 2 godz.	%	w 3 godz.	%	w 4 godz.	%	Uwagi i objaśnienia
1	7·8	14/4	1·0	1·12	+12	1·16	+16	1·26	+26	1·2	+20	1·12	+12	przed usunięciem tarczycy, przecukrzenie krwi wybitne
1	7·3	21/4	1·1	1·1	0	1·1	0	1·1	0	1·09	−0·9	1·15	+ 4	w 5 dni po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
1	6·5	27/4	0·9	1·1	+22	1·3	+44	1·0	+11	1·4	+55	1·3	+14	po 6 dniach podawania tarczycy »Gl. Thyreoid« sic. pulv. Spiess, hiperglikemja wybitna
4	7·6	4/5	0·91	0·97	+ 7	1·12	+23	1·15	+26	1·25	+37	1·25	+37	przed usunięciem tarczycy, hiperglikemja wybitna
4	7·4	9/5	0·87	0·87	0	0·87	0	0·87	0	0·81	0	0·87	0	w 5 dni po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
4	7·3	16/5	0·9	1·05	+16	1·05	+16	1·05	+16	1·05	+16	1·05	+16	po 4 dniach podaży »Thyroksyny«, niezbyt znaczna hiperglikemja
4	6·9	22/5	0·85	0·85	0	0·97	+14	1·27	+49	1·03	+21	1·03	+21	po 12 dniach podaży »Thyroksyny«, hiperglikemja wybitna
8	11	15/5	1·1	1·2	+ 9	1·25	+13	1·15	+ 4	1·55	+28	1·2	+ 9	przed usunięciem tarczycy, wyraźna hiperglikemja
8	12	22/5	1·2	1·2	0	1·2	0	1·2	0	1·2	0	1·2	0	po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
8	10	29/5	0·81	0·97	+19	1·03	+27	1·13	+39	1·52	+87	0·81	0	po 10 dniach podawania tarczycy »G. Thyr«. pul. sic. Merck, b. wybitna hiperglikemja
8	10	3/6	0·97	0·94	— 3	1·06	+ 9	1·02	+ 5	1·01	+ 4	0·97	0	w dni 5 po ustaniu podawania tarczycy; hiperglikemja nieznaczna
7	13	6/5	0·78	0·88	+12	0·95	+21	1·00	+28	1·2	+52	1·1	+41	przed usunięciem tarczycy, hiperglikemja wybitna
7	13	11/5	0·78	0·78	0	0·80	+ 2	0·82	+ 5	0·78	0	0·76	— 2	po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
7	14	19/5	0·78	0·78	0	0·75	— 4	0·78	0	0·80	+ 2	0·76	— 2	po 8 dniach podawania »tarczycy«, firmy K. w W-wie brak hiperglikemji
6	7·2	11/9	0·81	0·92	+13	1·1	+35	0·87	+ 7	—	—	—	—	przed usunięciem tarczycy, hiperglikemja wyraźna
6	8	29/9	0·81	0·84	+ 4	0·84	+ 4	0·84	+ 4	0·81	0	—	—	po usunięciu tarczycy i podawaniu preparatu firmy K. w W-wie, brak hiperglikemji
9	8·7	4/6	0·90	0·96	+ 6	1·1	22	1·2	+33	1·0	+11	0·98	+ 8	przed usunięciem tarczycy przecukrzenie krwi wybitne
9	8·8	14/6	0.87	0·88	+ 1	0·86	— 1	0·84	— 3	0·86	— 1	0·83	— 4	po usunięciu tarczycy, brak przecukrzenia
9	7·3	21/6	0·90	0·96	+ 6	0·96	+ 6	0·98	+ 8	1·2	+33	0·98	+ 8	po 8 dniach podawania preparatu »Thyroid« Parke, Davis et Comp., hiperglikemja wybitna

nie jodu z utworzonego jodku sodowego i mianowanie go thiosiarczanem. Znaleziono jodu 0,1013%. Większa część jodu znajduje się w przetworze w stanie zjonizowanym. Krochmalu i cukru w przetworze niema. Przeciętnie przyjmując, że świeży gruczoł zostawia zazwyczaj 25% suchej pozostałości, a 1 g świeżego gruczołu zawiera około 0,0006 g jodu w preparacie suchym bywa około 0,24% jodu, związanego organicznie. Z powyższego wynika, że nadesłana „Gl. Thyroidea" nie odpowiada powyższym normom, tembardziej, że niemal całkowita ilość znajdującego się w preparacie jodu, nie znajduje się w nim pod postacią jodu związanego organicznie.

Jodu zjonizowanego gl. thyreoidea nie powinny zawierać zupełnie".

Z powyższego widać, że używany preparat był zafałszowany. Powyższe spostrzeżenie nasunęło myśl zastosowania „blokady" u psów beztarczycznych, karmionych tarczycą, celem stwierdzenia aktywności preparatów tarczycy.

Badania przeprowadzam w sposób następujący: najprzód psom normalnym podawano dożylnie zawiesinę koloidową srebra (1 cm³ „Argentolu" na 1 kg wagi zwierzęcia) poczem stwierdzano u nich podniesienie się poziomu cukru we krwi. Następnie psom tym w znieczuleniu miejscowem usuwano tarczyce, pozostawiając gruczoły przytarczowe. W 5—7 dni po usunięciu tarczycy ponowne podanie dożylne zawiesiny koloidowej srebra nie spowodowało w ciągu 4-ch godzin hyperglikemji.

Następnie psom tym w ciągu 6—10 dni podawano doustnie w dawkach od 0,25 do 0,5 g rozmaite preparaty wysuszonej tarczycy różnych wytwórni krajowych i zagranicznych oraz „Thyroxynę" Scheringa w dawkach po 0,001 dziennie. Wyniki zestawione są na tablicy.

Okazało się, że po podawaniu preparatów: krajowego Spiessa, zagranicznych Mercka, Parke Davis et Co i „Thyroxyny" u psów pozbawionych tarczycy występowała hiperglikemja, po podaniu dożylnem koloidowego preparatu srebra, wyjątek stanowił wspomniany bezwartościowy preparat firmy K.

Z powyższego wynika, że:

1) U psów beztarczycznych a karmionych preparatami tarczycy różnego pochodzenia, po podaniu dożylnem srebra koloidowego występuje wybitne przecukrzenie krwi,

2) nie występowanie przecukrzenia w tych warunkach świadczy o bezwartościowości danego preparatu tarczycy.

3) Metoda powyższa nadaje się do szybkiego określania wartości biologicznej wypuszczanych na rynek preparatów tarczycy lub preparatów zastępczych, syntetycznych.

Piśmiennictwo.

Kreitmar H.: Jodgehalt u. Schilddrüsenwirkung Zeit. f. d. ges. exp. Mediz. 61, 1928, str. 202. — Kroszczyński S. i Sikorski: Działanie niektórych organopreparatów na kijanki. Med. społ. i dośw. 2, 1924, str. 191. — Nobel E. und Freud P.: Auswertung d. Thyroidins am Meerschweichen. Klin. Wochenschr. 41, 1924. — Zawadowski i Lipschina: Ueber die Anwendung der Metamorphosereaktion bei Axolotl zur Standarisierung des Hormons der Schilddrüse. Zeit. f. exp. Med. 62 Z. 1/2, 1928.

Dr. Stanisława ADAMÓWNA. Lwów.

Ruchy przymusowe powiek w stanach po śpiączce nagminnej. Współruch górnej powieki z dolną szczęką.

Z Kliniki Chorób nerwowych U. J. K. we Lwowie
Dyr. Prof. Dr. H. Halban.

O ile różnego rodzaju kurcze, począwszy od kurczów w poszczególnych mięśniach i grupach mięśniowych a skończywszy na uogólnionych kurczach o charakterze torzyjnym, jako następstwo po nagminnem zapaleniu mózgu nie należą do rzadkości, o tyle kurcze w zakresie mięśni gałek ocznych, w szczególności powiek są bardzo rzadkie.

Apert i Vallery-Radot (cyt. Alpers-Patten) przedstawiali dziecko 14-letnie, u którego w rok po (ostrem) zapaleniu mózgu wystąpił spazm w prawej połowie twarzy łącznie z kurczem prawej powieki, bez innych objawów pośpiączkowych.

Papastratigakis ogłosił przypadek dotyczący 24-letniego mężczyzny z objawami parkinsonizmu, które wystąpiły bezpośrednio po nagminnem zapaleniu mózgu. W jakiś czas później pojawiły się kurcze powiek. Występowały one po dowolnem zamykaniu powiek i były tak silne, że chory nie mógł przez około 30 sekund oczu otwierać.

Souques i Blamoutier przedstawiali chorego, — u którego przebycie zapalenia mózgu jest możliwe ale nie pewne — a u którego prócz innych rzadkich objawów jak tachypnoe, tachymikrografia, tachyphemia wystąpiło napadowe, powtarzające się kilkakrotnie w ciągu dnia zamykanie powiek. Przez kilka minut oczy pozostawały zamknięte. Potarcie palcem powieki koło zewnętrznego kąta oka ułatwiało otwarcie oczu.

Ogłoszony przez Cantaloube'a chory z parkinsonizmem mógł otwierać oczy tylko po zawołaniu „ma mére".

W przypadku Lemos'a (cyt. Alpers-Patten) istniały obok objawów parkinsonizmu skurcze innych grup mięśniowych i skurcze powiek.

Paulian (cyt. Alpers-Patten) ogłosił 4 przypadki skurczów w powiekach. W pierwszym pojawiły się w dwa tygodnie po ostrem śpiączkowem zapaleniu mózgu spazmy powiek, trwające około 1 min. połączone z rytmicznymi ruchami powiek, nadto inne objawy jak drżenie, zaburzenia oddechowe. Drugi przypadek wykazywał prócz parkinsonizmu dwa objawy ze strony mięśni oczu i powiek, mianowicie albo pojawiał się silny skurcz powiek — chory wtedy nie mógł otworzyć oczu dopóki skurcz nie minął — albo występowały napady uniesienia gałki ocznej wraz z powieką ku górze. W trzecim przypadku objawy były podobne. Czwarty chory na polecenie zamknięcia oczu czynił to z łatwością, ale powieki popadały w skurcz tężcowy, trwający minutę lub dłużej, dopiero po zwolnieniu skurczu chory mógł otworzyć oczy.

Ostatnio autorowie angielscy Alpers i Patten opisali chorego z parkinsonizmem i objawami zajęcia dróg piramidowych, u którego występowały skurcze toniczne obu powiek, trwające $^1/_2$ do 2 minut, powtarzające się do 25 razy w ciągu dnia. Skurcze te nazwali „Paroxysmal spasm of the eyelids". Wszystkie te objawy wystąpiły w trzy lata po ostrym okresie nagminnego zapalenia mózgu. Kurcze powiek były tak silne, że w czasie ich trwania chory nie był w stanie otworzyć oczu. Po pewnym czasie nauczył się otwierać zaciśnięte powieki przez przesunięcie palcem ku górze lewej brwi; wtedy po kilku sekundach otwierało się lewe oko a z niem i prawe. Chory podnosił tak zwykle lewą powiekę, gdyż ta mniej silnie była zaciśnięta niż prawa.

Przypadek obserwowany w tutejszej klinice dotyczy 20-letniego osobnika. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przebył odrę, ospę wietrzną, płonicę. Potem był zdrów. W marcu 1920 r. pozostawał w obserwacji ambulatoryjnej tutejszej kliniki z powodu nagminnego zapalenia mózgu z objawami: gorączką, bólami głowy, łamaniem w kończynach, ślinotokiem, bezsennością, przejściowem podwójnem widzeniem, upośledzoną reakcją źrenic na światło i akomodację. Chorował wtedy przez trzy miesiące. Potem czuł się zupełnie zdrów, poza lekkim ślinotokiem nie miał żadnych dolegliwości.

Do kliniki zgłosił się ponownie 10. I. 1927 z powodu tego, że od 4 tygodni, — a więc w 7 lat po ostrym okresie choroby — wystąpiło ciągłe zamykanie powiek, powtarzające się co kilka minut tak, że przez dłuższą chwilę oczy miewał zamknięte. Bólów żadnych w oczach nie miał, odczuwał to zamykanie powiek jako wielką przykrość, przeszkadzało mu ono w czytaniu, pragnął się z tego wyleczyć. Poza lekkim bólem w okolicy czoła i uczuciem „ciągnienia" w nogach nic skarżył się na nic więcej. Przedmiotowo stwierdzono: przymusowe zamykanie i zaciskanie powiek powtarzające się co $^1/_2$ do 2 minut, przyczem obraz tych ruchów powiek w kilku odmianach stale się powtarzał. Przy dokładnej obserwacji można stwierdzić następujące odmiany kurczów: czoło, często — ale nie stale — ma chory zmarszczone, wydatniej w prawej połowie. W pewnej chwili powieki powoli opadają, obie równo-



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.

cześnie, albo naprzód jedna potem druga. Przez chwilę oczy pozostają zamknięte (jakby chory spał). Chory próbuje je otworzyć, zwykle marszczy przytem silniej czoło, brwi podnosi w górę, po dłuższej chwili z trudem otwiera oczy, równocześnie, lub naprzód jedno potem drugie. Innym razem: szpary powiekowe zwężają się powoli skutkiem opadania powiek, lewe oko zamyka się zupełnie, prawa połowa czoła silniej zmarszczona niż lewa, lewa brew się obniża. W dalszym ciągu zamyka się prawe oko. Po chwili prawe oko się otwiera, równocześnie lewe oko silniej się zaciska. W tym momencie: prawa połowa czoła zmarszczona, brew podniesiona w górę, lewa brew obniżona, lewa połowa czoła wygładzona, lewy mięsień okrężny oka w skurczu tonicznym. Tworzy się skośna bruzda u nasady nosa, fałd nosopoliczkowy lewy pogłębiony, lewy kąt ust lekko uniesiony do góry. Po kilkunastu sekundach znika skurcz lewej powieki, obie brwi podnoszą się w górę, całe czoło się marszczy, lewe oko otwiera się, przyczem widoczny jest w pierwszej chwili objaw Bella po stronie lewej. Po chwili oczy są już otwarte. Odtąd albo jeszcze kilkakrotnie w powolnem tempie powtarza się skurcz lewej powieki w powyżej opisany sposób, albo

w czasie skurczu powoli otwiera się i zamyka prawe oko, albo skurcz m. okrężnego oka występuje obustronnie. Równocześnie z zaciskaniem się powiek widać pod zamkniętemi powiekami przesuwanie się gałek ocznych ku wewnątrz i przy otwieraniu oczu ruch gałek na zewnątrz i w górę. Takie zamykanie i zaciskanie oczu powtarza sie ciągle, zachodzi tylko pewna różnica co do trwania jakoteż kolejności poszczególnych faz.

W ciągu dnia miewa chory okresy kilkunastominutowe, nawet i dłuższe wolne zupełnie od ruchów przymusowych powiek. W czasie snu skurczów niema.

Między napadami stwierdza się: bardzo nieznaczny ale stały skurcz lewej powieki widoczny koło wewnętrznego kąta oka. Dowolna innerwacja wszystkich trzech gałązek n. twarzowego obustronnie dobra. Ruchomość gałek ocznych prawidłowa, bez oczopląsu. Źrenice okrągłe, nierówne, leniwa reakcja na światło, upośledzona na akomodację. Nieco żywsze odruchy kończyny dolnej lewej. Odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowo - rdzeniowym ujemny. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ujemne.

Druga obserwacja dotyczy 22-letniego mężczyzny, przeniesionego z kliniki okulistycznej, dokąd zgłosił się z powodu skurczów powiek. Chory podaje, że w roku 1924-tym przeszedł śpiączkę ze wzmożoną sennością, która utrzymywała się kilka tygodni, z podwójnem widzeniem i ślinotokiem. Do tych objawów dołączyło się mruganie powiek, powtarzające się wiele razy w ciągu dnia, zwłaszcza gdy chory żywiej się czemś zajmował lub gdy wpatrywał się w jakiś przedmiot. W spokoju, podczas czytania, gdy nie zmieniał kierunku patrzenia, mrugania nie miał; ustępowało ono też po przetarciu ręką oczu. Chory miał wtedy uczucie, że „czołem przytrzymuje powieki", które skutkiem tego nie opadają całkowicie. Podczas gdy objawy chorobowe inne ustąpiły w ciągu kilku tygodni, to objawy ze strony powiek utrzymywały się dalej. Od wiosny 1927 r. zmieniły się o tyle, że mruganie ustąpiło miejsca opadaniu powiek, których chory nie mógł podnieść tak, że przez 2 — 3 minut musiał mieć oczy zamknięte. Często opadnięte powieki silniej się zaciskały, przez kilka minut trwał skurcz tężcowy mięśni okrężnych oczu, poczem nagle znikał. To zamykanie oczu powtarzało się co kilka minut. Gdy chory miał wzrok ustalony np. przy czytaniu, wtedy przez dłuższy czas oczy sie nie zamykały, natomiast po skierowaniu wzroku na inny przedmiot powieki opadały. Początkowo udawało się choremu po kilkakrotnych próbach przy pomocy uniesienia czoła z wysiłkiem otwierać oczy, później jednak i to nie pomagało, chory miał uczucie jakby skóra na czole była za długa i dlatego zmarszczenie jej nie wystarczało do otwarcia oczu. Nauczył się więc pomagać sobie ręcznie przez „masaż" brwi palcami. Zamykanie oczu występowało niezależnie od pory dnia, niezależnie od światła i ciemności, znikało we śnie.

Przedmiotowo stwierdzono u chorego: opadnięcie lewej górnej powieki (od urodzenia). Przy szybkiem skierowaniu gałek ocznych na boki oczopląs. Ruchomość gałek ocznych prawidłowa. Prawidłowa dowolna innerwacja i pobudliwość elektryczna mięśni twarzy. Na dnie oka prawego objawy neuritis. Pozatem ujemny stan neurologiczny. Brak objawów parkinsonizmu. W płynie mózgowo - rdzeniowym: 7/3 limfocytów. Pandy +. Odczyn ze złotem koloidowem wykazał odbarwienie w lewej połowie do drugiego i trzeciego stopnia.

Przy kilkunastuminutowem oglądaniu chorego widać jak od czasu do czasu opadają górne powieki, chory marszczy wtedy silnie czoło i wysila się aby otworzyć oczy, przyczem nieraz otwiera usta. Po kilku takich próbach w ciągu kilkunastu sekund oczy się otwierają. Często po opadnięciu powiek występuje nadto skurcz mięśni okrężnych oczu, trwający 1 — 2 minut, po którym to czasie kurcz ten nie maleje lecz znika nagle. To zamykanie i zaciskanie powiek powtarza się stale jednakowo w krótkich przerwach. Sposób, którego używa chory dla otwarcia oczu polega na silnem pocieraniu górnego brzegu oczodołu z unoszeniem brwi w górę i równoczesnem ściąganiem dolnej powieki w dół. Po kilku sekundach takiego pocierania nagle przestaje chory „masować", czując, że skurcz zaraz minie, w następnej chwili oczy szybko się otwierają. Niekiedy to pocieranie trwa tak krótko, że ma się wrażenie, iż samo dotknięcie palcem wystarcza do otwarcia powiek. Druga osoba może też przez krótkie przesunięcie palcem po górnym brzegu oczodołu przerwać skurcz.

Jak widać z powyższego opisu mamy tu do czynienia z objawami analogicznymi jak w pierwszym przypadku, t. j. ruchami przymusowymi powiek u chorego z przebytą śpiączką.

Przy dokładnej obserwacji ruchów mimowolnych w pierwszym przypadku, zwracają uwagę pewne szczegóły charakterystyczne. Ruch przymusowy dotyczy głównie dwu mięśni, a to: mięśnia unoszącego powiekę i mięśnia okrężnego oka, w których to mięśniach ruchy mimowolne występują najwyraźniej i najczęściej. Mięśnie czoła odgrywają również pewną, jednak mniejszą rolę. Efektem każdego takiego ruchu mimowolnego jest zamknięcie szpary powiekowej, co przychodzi do skutku albo przez samo opadanie powiek, albo przez opadanie powiek wraz ze skurczem mięśni oczu, przyczem jednak ta druga składowa ruchu nigdy nie przychodzi do skutku bez pierwszej. Mamy więc zwolnienie napięcia mięśnia unoszącego powiekę a skurcz — i to skurcz tężcowy — w mięśniach okrężnych oczu. Nie zdarza się natomiast nigdy kurcz mięśnia unoszącego powiekę i zwiotczenie (hypotonia) m. okrężnego oka, czyli nie przychodzi nigdy do patologicznego rozwarcia szpary powiekowej względnie do niemożności zamknięcia oczu. Cechą charakterystyczną dla skurczów w mięśniach okrężnych oczu jest tężcowe



Ryc. 4.



Ryc. 5.



Ryc. 6.

przetrwanie skurczu do kilkunastu lub kilkudziesięciu sekund, często nagłe znikanie ich po tym czasie. Marszczenie czoła, unoszenie brwi jest ruchem raczej dowolnym, pomocniczym dla otwarcia oczu. Ruchy gałek ocznych są ruchami skojarzonymi z zamykaniem i otwieraniem oczu. Przymusowe zamykanie i zaciskanie powiek odbywa się za każdym razem w tempie bardzo powolnem, najczęściej nie równocześnie na obu oczach, powtarza się w krótkich nagół, nieregularnych odstępach czasu, w sposób stały ale nieidentyczny (pewną różnicę co do kolejności, trwania i powtarzania się skurczów w zajętych mięśniach w obrębie jednego pełnego ruchu, zauważa się przy oglądaniu kilku po sobie następujących ruchów). Dalszym szczegółem ważnym jest znikanie ruchów we śnie, ustępowanie nawet nieraz na kilka godzin w zupełnym spokoju, niezależność ich od afektów.

U drugiego chorego, podobne jak w pierwszym przypadku ruchy przymusowe w powiekach dawały prostszy obraz. Zamykanie oczu polegało nie tylko na równoczesnem opadaniu ale i zaciskaniu powiek. Na pierwszy plan wysuwa się jako cecha charakterystyczna tężcowy skurcz mięśni okrężnych oczu bez tej rozmaitości jaką spostrzegaliśmy u pierwszego chorego. W drugim przypadku też spostrzegano trwanie długie skurczów i następowe szybkie ich znikanie; chory umiał — przy użyciu specjalnie przez siebie wypróbowanego chwytu — zwalniać skurcz powiek. Ruchy przymusowe znikały we śnie. Naogół w drugim przypadku całość stanu chorobowego tworzyła część cech charakterystycznych obserwowanych w przypadku pierwszym. Tu przeważają spazmy tam ruchy.

Nie ulega wątpliwości, że w obu przypadkach mamy do czynienia z hyperkinezą postencephalityczną, za czem przemawia przebyte śpiączkowe zapalenie mózgu. Nieuzasadnionem byłoby doszukiwanie się innej przyczyny chorobowej, gdy ta jest i najbliższa i najprawdopodobniejsza. Bez dokładniejszego różniczkowania można wykluczyć tic, spasme facial. Objawy u naszych chorych podobne są bardzo do opisanego przez Rochon-Duvigneaud blépharospasme i „spasme facial médian" Meige'a polegającego na kurczach w mięśniach okrężnych oczu z udziałem innych mięśni twarzy, leżących przy linji środkowej (stąd nazwa). Przyczynę tej choroby lokalizuje autor w mesencephalon.

W rozpoznaniu nie może wchodzić też w grę tło funkcjonalne dla braku jakichkolwiek objawów i stigmatów hysterycznych, jak i ze względu na sam charakter ruchów.

Włączając opisane ruchy przymusowe w powiekach do grupy hyperkinez pośpiączkowych nie potrafimy ich całkiem dokładnie zróżniczkować ani zlokalizować. Klinicznie są one czemś pośredniem między kurczami a powolnymi ruchami atetotycznymi. Z samej obserwacji klinicznej wnioskować można — nie przesądzając gdzie i jakie ośrodki czy drogi zostały uszkodzone — że zmiana chorobowa dotyczy bardzo małej przestrzeni, że mamy do czynienia z drobnem ogniskiem. Naruszony jest centralny mechanizm aparatu ruchowego powiek przy nieuszkodzonych mięśniach i zaopatrujących je nerwach (dowolna funkcja nerwu okoruchowego i twarzowego i odnośnych mięśni jest niezmieniona). Wiadome jest, że wszelkiego rodzaju hyperkinezy bądź uogólnione, bądź ograniczone do pewnych grup mięśniowych są wyrazem zmian toczących się w jądrach u podstawy mózgu. W którym ze zwojów podstawowych lokalizuje się obserwowany objaw trudno rozstrzygnąć, przy braku dotąd zupełnie pewnych danych o ruchach pozapiramidowych. Hypotetyczne rozumowanie nie rozwiąże pytania, na które można będzie znaleść odpowiedź dopiero w preparatach histologicznych. Ogłoszenie takich nieczęstych obserwacyj klinicznych, przy braku przypadków sekcyjnych ma znaczenie narazie tylko dla symptomatologji hyperkinez postencephalitycznych. Nasze przypadki zasługują tem bardziej na uwagę, że u tych chorych poza ruchami mimowolnymi w powiekach nie było ani parkinsonizmu, ani zmian psychicznych postencephalitycznych, niezwykle rzadki jest też fakt wystąpienia opisanych objawów po 7-letnim okresie wolnym od dolegliwości podmiotowych.

Niezależnie od przymusowych ruchów pośpiączkowych obserwowano u drugiego chorego inny jeszcze objaw. Istniał u niego współruch polegający na podnoszeniu i opuszczaniu lewej górnej powieki — od urodzenia opadniętej — równoczasowo z ruchami żuchwy. Gdy chory jadł względnie tylko wykonywał ruchy żwania, otwierało się do normalnej szerokości lewe oko, przysłonięte zwykle opadniętą powieką. Im szerzej chory otwierał usta, tem szerzej otwierało się lewe oko. W prawem oku żadnych współruchów widać nie było. Także wysunięcie żuchwy do przodu i przesunięcie jej w prawo wywoływało rozszerzenie lewej szpary powiekowej. Ruchy w mięśniach twarzy bez równoczesnych ruchów szczęką objawu tego nie dawały. Żadnym innym sposobem nie udawało się wywołać ruchów w lewej powiece (poza dowolnem zamykaniem).

Synkineza górnej powieki z ruchami żuchwy, opisany w r. 1883. Marcus Gunn Phenomen angielski Jaw-winking spotyka się naogół rzadko. Objaw ten nie wywołuje żadnych dolegliwości, nie przeszkadza zupełnie osobnikowi u którego występuje, nie jest powodem szukania porady lekarskiej. Nasz chory też nie z tego powodu znalazł się w klinice, synkineza była objawem spostrzeganym ubocznie. Souques w r. 1909 zebrał w piśmiennictwie około 40 opisów tego objawu, później notowane są tylko tu i ówdzie analogiczne przypadki. Prawdopodobnie chodzi tu o anomalję anatomiczną w unerwieniu mięśnia podnoszącego górną powiekę przez włókna motoryczne nerwu trójdzielnego. Jest to połączenie albo centralne albo obwodowe, najbliższą byłaby gałązka dla *musculus pterygoideus externus*, gdyż przedewszystkiem ruchy w tym mięśniu kojarzą się z ruchem powieki.

Piśmiennictwo.

Alpers-Patten: Paroxysmal spasm of Eyelids. Archives of Neur. a. Psych. 18, 1927. — Cantaloube: Syncinésies chez le Parkinsonien. Revue neur. Tome 1, Nr. 1. 112, 1924. — Guillain: Contracture spasmodique des Paupières provoquée par l'occlusion volontaire des yeux. Revue neur. Nr. 1, 77, 1922. — Cantonnet et Vincent: Spasmes et tics des paupières. Revue neur. Tome 1, Nr. 5, 680, 1926. — Meige: Les convulsions de la face. Revue neur. II, Nr. 21, 437, 1910. — Rochon-Duvigneaud et Weill: Blépharospasme. Revue neur. Nr. 24, 1926, 1907. — Souques et Blamoutier: Syndrome Strié probable: Spasmes de la face avec Tachyphémie, tachymicrographie et tachypnée. Revue neur. Tome II. Nr. 1, 43, 1923. — Souques: Mouvements d'élévation de la Paupière sup. associés aux mouvements d'abaissement de la Machoire. Revue neur. Nr. 10, 655, 1909.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Henryka GOTTLIEBOWA. Kraków.

Psychoanaliza i psychoterapja w ginekologji.

Wygłoszono na Zjeździe Ginekologów Polskich w Poznaniu dnia 29 maja 1928 r.

W medycynie przednaukowej, kiedy chorobę pojmowano, jako dzieło złego lub rozgniewanego bóstwa, w medycynie Hipokratesa, który przyczynę choroby widział w nieodpowiedniej mieszaninie soków ustroju, wreszcie we wszystkich późniejszych szkołach i systemach lekarskich do końca XVIII wieku, czynnik psychiczny odgrywał w lecznictwie ważną bardzo rolę.

Dopiero w początkach XIX wieku wraz ze zmianą poglądów na istotę choroby, zmienia się również kierunek lecznictwa. Pod wpływem licznych prac anatomo-patologicznych ustala się zasada, że istotę każdej choroby stanowią zmiany anatomiczne w narządach i tkankach, *zaburzenia zaś czynności* są tylko, bezpośrednim lub pośrednim następstwem zmian anatomicznych w ustroju.

Anatomo-patologiczne pojęcie choroby wysuwa czynnik materjalny lecznictwa na pierwszy plan. Lekarz staje się uczonym przyrodnikiem, przygląda się i bada chorobę, jako zjawisko przyrodnicze, pozostawiając najczęściej sprawę leczenia siłom natury; wychodzi bowiem z założenia, że środki lecznicze, farmaceutyczne, zmian anatomicznych, nie są w stanie usunąć.

Ten nihilizm leczniczy sprzeciwiał się zadaniom medycyny praktycznej, powołanej do niesienia pomocy chorym i leczenia ich, dlatego już w połowie XIX wieku daje się zauważyć odruch, powstaje leczenie t. zw. *racjonalne*, wyrozumowane, którego istota polega na stosowaniu środków leczniczych, mających naukowe a więc anatomo-patologiczne uzasadnienie, psychoterapja zaś jako czynnik leczniczy nadal nie była brana pod uwagę, ponieważ naukowego dla niej uzasadnienia nie widziano.

Doktryna medycyny, jako nauki czysto przyrodniczej, a lekarza jako *jedynie* przyrodnika przetrwała bez istotnych zmian do czasów ostatnich.

Dopiero wyniki najnowszych badań naukowych obudziły znowu zaciekawienie medycyny dla jej strony filozoficznej i skierowały uwagę na wzajemny stosunek ciała i duszy. Psychofizyczną bowiem zależność potwierdziły zarówno badania biologiczne jak psychologiczne.

Fizjologja doświadczalna gruczołów dokrewnych wykazała między innemi wpływ hormonów na charakter i usposobienie człowieka.

Znane zaś badania Pawłowa na psach potwierdziły odwrotnie: wpływ psychiczny na czynność wydzielniczą przewodu pokarmowego t. j. na ilość i jakość wydzielanych soków trawiennych.

Badania z dziedziny psychologji wykazały podobnie psychologiczną korelację ustroju. Kretschmer w pracy swej: „Körperbau u. Charakter" rozróżnia dwa zasadnicze typy psychiczne t. zw. cyklothymików i schizothymików. Każdemu z tych typów psychicznych odpowiada w myśl doświadczeń Kretschmera właściwy mu typ pod względem budowy ciała.

Cyklothymicy — ludzie pogodni, optymiści, zrównoważeni mają budowę ciała o cechach kobiecych, *schizothymicy* zaś — ludzie, którzy psychicznie tak jednolitego typu nie wykazują, różnią się jednak pod każdym względem duchowo — od cyklothymików — mają budowę ciała o typie męskim.

W dziedzinie patologji, badania etjologiczne niektórych chorób jak n. p. sclerosis multiplex disseminata, moczówki cukrowej, choroby Basedowa, wykazują, że często jedynym, dającym się stwierdzić czynnikiem poprzedzającym wystąpienie objawów chorobowych — są wstrząsy psychiczne lub ciężkie zmartwienia.

Spostrzeżenia w zakresie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, wykazały wpływ psychiczny na przebieg, leczenie a nawet jak to w czasach epidemij zauważono — na wystąpienie choroby.

Tak więc czynnik psychiczny, zlekceważony w lecznictwie przez medycynę anatomo-patologiczną zdobywać zaczyna właściwe mu znaczenie, psychoterapja zaś stała się dziś środkiem leczniczym aktualnym we wszystkich dziedzinach medycyny praktycznej.

W ginekologji, jako nauce o chorobach organów płciowych kobiety, psychoterapja ma doniosłe bardzo znaczenie, przedewszystkiem dlatego, że życie płciowe człowieka, znajduje się w ścisłej korelacji z jego życiem duchowem, powtóre dlatego, że osobnik chory szukający pomocy ginekologji, to zawsze kobieta. Jej bowiem wrażliwa organizacja psychiczna — biogenetycznie uzasadniona; jej zawiłe życie płciowe, z miesiączkowaniem na czele, które mniej więcej od 12-tego roku życia co cztery tygodnie sprowadza w ustroju jej stany patologiczne, trudna i odpowiedzialna rola w naturze, hodowania w łonie i rodzenia potomstwa; kolizja interesów osobistych zmysłowych kobiety, z dobrem rodziny, jako jednostki społecznej — ciężkie w dzisiejszych czasach warunki ekonomiczne, zmuszające najczęściej kobietę do pracy zarobkowej poza domem i zarządzania gospodarstwem oraz wychowania dzieci — wszystko to razem stanowi brzemię, pod którego ciężarem załamuje się życie psychiczne kobiety częściej niż mężczyzny. Konflikty powstające w duszy kobiety z przyczyn wymienionych bywają ośrodkiem wyjścia czynnościowych zaburzeń ustroju, często właśnie sadowiących się w jej organach płciowych.

Usadowienie to ma swe fizjologiczne uzasadnienie; jak bowiem Tigerstaed zauważa, skupienie uwagi naszej na jakiejkolwiek części ciała, wywołać może w tem miejscu sensacje, których nie spostrzegamy, jeżeli uwagi naszej tam nie zwrócimy. Sensacje te powstają zdaniem Tigerstaeda z powodu rozkurczu naczyń podczas systoli, przylegania ubrań i t. p.

Uwzględniając okoliczność, że już fizjologiczne czynności narządów płciowych kobiety, skupiać muszą jej uwagę na tych narządach, a uczucia trwogi, oczekiwania, radości, swobody osobistej, związane są z ich czynnością — usadowienie to jest wytłumaczone. Autorzy niemieccy Walterd, Füth, Liepmann stwierdzają, że cierpienia ginekologiczne należy zawsze rozpatrywać przedewszystkiem pod kątem widzenia psychologicznego, wyrażają oni przekonanie, że z czasem nauka ginekologji stanie się nauką o psychofizycznych dynamizmach kobiecych.

Waltard pierwszy, stworzył w Frankfurcie oddział psychologiczno-ginekologiczny i do lecznictwa w ginekologji wprowadził psychoterapję. Sellheim, Füth, Liepmann, Mathes, Mayer i Kehrer są rzecznikami tego kierunku lecznictwa w ginekologji. W podręczniku „Gynäkologische Psychotherapie“ stwierdza Liepmann, że liczne zaburzenia ginekologiczne są w 80% przypadków pochodzenia psychicznego. Na pierwszym miejscu wylicza on *Fluor albus*. Jego badania wykazały, że objaw ten ma przyczynę przeważnie psychogeniczną. Mianowicie podświadome czynniki mają na drodze odruchowej pobudzać gruczoły pochwy i szyjki do wzmożonego wydzielania. Liepmann otrzymywał drogą sugestji fluor u osób zupełnie zdrowych. *Metropathia haemorrhagica* — choroba z którą spotykamy się często u kobiet w okresie zbliżającego się klimakterjum, przekrwienie macicy, prowadzące tu do przerostu i zgrubienia ścian jest często psychogeniczne i powstawać ma drogą tych samych mechanizmów, które wywołują rumieniec na twarzy pod wpływem wzruszenia lub rozdrażnienia psychicznego.

Amenorrhoe psychiczna — powstaje zawsze jako odczyn na bodziec psychiczny — najczęściej z powodu obawy ciąży. Miesiączka zazwyczaj wraca, jak tylko chora upewni się, że nie jest w ciąży.

Grossesse nerveuse — pod wpływem czynników psychicznych jak n. p. gorącego pragnienia ciąży — powstaje szereg objawów somatycznych, przypominających obraz prawdziwej ciąży.

Kehrer w monografji swej o przyczynach bezpłodności stwierdza, że tak zw. dyspareunia t. j. brak orgazmu może stać się przyczyną licznych zaburzeń w narządach płciowych. Obok bezpłodności, wylicza wiele jednostek chorobowych jak n. p. hipersekrecja gruczołów pochwy i szyjki, metritis, salpingitis i wiele innych. Wszystkie te zaburzenia powstawać mają wskutek zmiany krążenia krwi i limfy w miednicy małej wywołanej dyspareunią.

W przypadkach tych zaburzeń wymienieni autorzy stosują psychoterapję jako środek przyczynowy z bardzo dobrym wynikiem.

Psychoterapja — ten pozornie łatwy i mało odpowiedzialny zabieg leczniczy przedstawia dla lekarza praktyka, najlepiej skądinąd do zawodu przygotowanego trudności znaczne, i nie bez przyczyny.

Wiemy dobrze, iż poznanie zjawisk patologicznych organizmu badanego, zrozumienie mechanizmu ich powstawania i leczenia staje się dostępne dla tego przedewszystkiem, kto poznał prawa życia normalnego. Dlatego też naukę o patologji i terapji ustroju ludzkiego, poprzedzają zawsze systematyczne studja biologji, anatomji i fizjologji ciała.

Jeżeli zastosujemy te same kategorje myślenia do zjawisk patologicznych życia psychicznego, a mamy do tego prawo, to stwierdzić musimy, że braki w przygotowaniu wstępnem psychologicznem — utrudniają nam w znacznem stopniu zrozumienie psycho-patologji, jak również właściwe stosowanie psychoterapji. Lekarz stosując psychoterapję, nienależycie w tym kierunku przygotowany kieruje się najczęściej tylko dobrą wolą i intuicją i choć są to czynniki bardzo cenne, zazwyczaj jednak nie wystarczają.

Koniecznej podstawy naukowej, któraby dała możność lekarzowi wniknąć w istotę zaburzeń psychicznych, któraby pozwoliła zrozumieć mechanizm tych zaburzeń — lekarz praktyk najczęściej nie posiada.

Jednym z najcenniejszych środków, które do celu tego prowadzą, to metoda analitycznego badania zjawisk psychicznych t. zw. psychoanaliza.

Metoda ta mało jest u nas znana, zwłaszcza wśród lekarzy nie zajmujących się neurologją i psychjatrją. Omówienie zasad psychoterapji do którego zmierzam, poprzedzę dlatego skreśleniem w najogólniejszych zarysach istoty i dziejów powstania psychoanalizy.

Jej twórcą, jak wszystkim wiadomo jest Freud. O wielkiej roli, jaką odegrać miał w dziejach rozwoju nauk psychologicznych zadecydował przypadek. Mianowicie znany lekarz wiedeński Breuer opowiedział Freudowi historję interesującego przypadku histerji wyleczonego za pomocą hipnozy. Chora cierpiała od szeregu lat na porażenia kończyn górnych i dolnych, duszność, utrudnienia w połykaniu i t. d. Wszelkie środki zawodziły, wreszcie stosując hipnozę zauważył Breuer, że chora w śnie hipnotycznym opisuje sceny i fakty ze swego życia o których na jawie nie wiedziała. Zbudzona z hipnozy i poinformowana o szczegółach zwierzeń ku zdziwieniu Breuera, wszelkie tak dotąd uporczywe objawy chorobowe stopniowo traciła.

Przypadek ten ciekawił bardzo Freuda, postanowił również stosować u swych chorych hipnozę. Początkowo wspólnie z Breuerem leczone przypadki, potwierdziły w zupełności spostrzeżenia Breuera. Chorzy wprowadzeni w sen hipnotyczny, z nakazu hipnotyzera opowiadali dzieje swych przeżyć, zwłaszcza z dzieciństwa, poinformowani po zbudzeniu się o treści ich wynurzeń — tracili objawy chorobowe.

Freud postanowił wyśledzić, jaki jest związek przyczynowy między owemi przeżyciami chorego, znanemi mu tylko w hipnozie, a ich objawami chorobowemi.

Hipnozę jako środek często zawodzący postanowił Freud zastąpić inną metodą, którą to zdecydował się odszukać.

Pierwsze próby polegały na tem, że chorego ułożonego w spokoju — zmuszał natarczywie, by ten przypomniał sobie cośkolwiek z życia, co mogłoby mieć związek z obecną chorobą. Freud zauważył bowiem niejednokrotnie, że szczegóły które pozornie były przez niego zapomniane — przypominały mu się, skoro się wysilił, by je sobie przypomnieć.

Jego chorzy, początkowo z wielkim trudem, żądaniom tym zadość mogli uczynić, powoli jednak przypominali sobie szczegóły z życia, sięgające najczęściej do okresu najwcześniejszego dzieciństwa. Freud, otrzymawszy w ten sposób materjał, zbierał i notował; z czasem technikę badania zmienił, zastępując sposób poprzednio opisany — metodą swobodnego kojarzenia myśli, polegającej na tem, że badany odpowiada, na rzucone mu słowo lub myśl, bez zastanawiania się t. j. z wyłączeniem krytycznego myślenia, to, co mu się bezpośrednio na myśl nasuwa.

Dziesięć lat zbierał Freud materjał, który miał mu służyć do zbudowania nowych prawd.

I z tych pozornie chaotycznych wiadomości, zbieranych wyżej opisanemi sposobami, z obserwacji zjawisk psychicznych, życia codziennego i na podstawie wyczerpujących studjów nad istotą marzeń sennych — genjalny i twórczy umysł Freuda zbudował teorję, która w dziejach psychologji, takiem stała się zdarzeniem, jakiem była teorja Darwina w dziedzinie nauk przyrodniczych.

Freud stwierdził bowiem, że życiem psychicznem rządzą tesame prawa, co życiem organicznem, *niema przypadku*, że zatem każden objaw psychiczny, ma nietylko swą przyczynę, ale i genezę powstania. Dzięki temu genetycznemu ujęciu zjawisk życia psychicznego, Freud dostrzegł to, czego nikt przed nim nie widział t. j. ewolucję życia psychicznego.

I jak ewolucjoniści życia organicznego Lamark i Darwin, śledząc genealogję człowieka, tego najwyżej uorganizowanego stworzenia — aż do jednokomórkowego pierwotniaka, wykazali jej drabinę rozwojową i poszczególne formy przeobrażeń, tak samo Freud, śledząc życie psychiczne od jego najwyższych, świadomych przejawów, aż do instynktu, tego pierwotnego źródła energji psychicz-

nej — wykazał linję rozwojową i poszczególne formy przeobrażeń życia psychicznego.

Freud stwierdził, że energja psychiczna jest podobnie, jak energja fizyczna, niezniszczalna, że zupełnego zapomnienia dusza ludzka nie zna i wszystko cokolwiek zrodziło się w niej od najwcześniejszego już dzieciństwa — przechowuje się przez cały ciąg jej życia.

Śledząc linję rozwojową życia psychicznego, Freud przeniknął głąb duszy ludzkiej, sięgnął do jej dna i stwierdził, że życie psychiczne *świadome* jest zaledwie *cząstką całego* życia duchowego; bogatsze i żywotniejsze jest życie psychiczne *podświadome*. Ono jest jakgdyby zbiornikiem, w którym gromadzi się energja psychiczna od najwcześniejszego dzieciństwa, w niem żyją niezaspokojone pragnienia, w niem przechowują się ślady nietylko ontogenetycznego rozwoju psychicznego ale i filogenetycznego. Freud wykazał bowiem analogję w sposobie symbolicznego wypowiadania myśli *człowieka pierwotnego* i w marzeniach sennych oraz w psychoneurozach, posługujących się również symboliczną formą wypowiadania się. Życie psychiczne świadome znajduje się według teorji Freuda pod nakazem licznych obowiązków, które człowiek spełniać musi, jako członek zorganizowanego społeczeństwa już od początków swego życia. Wychowanie kształci go w myśl pewnego ideału, wzorowanego na panującej etyce i religii. W duszy człowieka powstaje pewien *ideał*, strzeżony przez cenzurę, która *tłumi* każdą myśl lub uczucie niezgodne z wytworzonym ideałem. Stłumione uczucia *nie znikają*, znajdują się one w podświadomości, stanowiąc czynną energję psychiczną, skłonną do ujawniania się.

W pewnych warunkach życia psychicznego udaje im się dotrzeć do świadomości, są one sprzeczne zawsze prawie z ideałem jaźni, dlatego ujawniają się w formie zmienionej, symbolicznej, w celu zmylenia cenzury stale czuwającej nad świadomością.

Podświadome myśli spotykamy naprzykład w roztargnieniu jako t. zw. *pomyłki czynnościowe* (Fehlleistungen) jak: niewłaściwe powtórzenie znanego wyrazu, w pomyłkach czytania, pisania w zapominaniu dobrze znanych nazw, imion i t. d. Pomyłki te zdaniem Freuda nie są przypadkowe — podyktowane podświadomą myślą, zdradzają one zawsze istotne intencje mylącego się.

W marzeniach sennych ujawniają się również pragnienia i myśli *podświadome*. We śnie cenzura świadomości jest znacznie osłabiona, dlatego łatwiej przekradają się do świadomości pragnienia tłumione, podświadome. Ażeby zmylić osłabioną cenzurę, pragnienia te przyjmują formę symboliczną. Dlatego istotna treść marzeń sennych zrozumiałą staje się dopiero po umiejętnym jej odcyfrowaniu. Freud porównywa marzenia senne z rebusem: połączenie poszczególnych zgłosek i obrazów na które składa się rebus dają razem tylko logiczną całość. Wreszcie podświadome myśli ujawniają się w najbliżej nas tu obchodzących objawach chorobowych neuroz i psychoneuroz. Geneza i mechanizm tworzenia się tych objawów stają się zrozumiałe przez poznanie teorji Freuda dotyczącej rozwoju instynktu seksualnego człowieka: według Freuda bowiem neurozy i psypchoneurozy są w przyczynowym związku z życiem seksyalnem chorego.

Ten sam *genetyczny pogląd*, który stał się punktem wyjścia badań Freuda nad zjawiskami życia psychicznego — zastosował Freud do instynktu seksualnego i stwierdził, że z instynktem seksualnym przychodzi dziecko na świat, tak samo, jak z instynktem samozachowawczym. Ujawnia się on w innej niż u dorosłego człowieka formie; dziecko jest *autoerotyczne*, szuka zaspokojenia swych potrzeb seksualnych w obrębie pewnych *stref* swego ciała t. zn. zonae erotogenes. Między 2—3 rokiem życia budzą się w dziecku skłonności *biseksualne;* ostateczną genetyczną postacią instynktu seksualnego jest jego postać *genitalna*, która przypada dopiero na okres dojrzewania genitaliów i w tym też czasie popęd seksualny tam ma punkt wyjścia.

Wychowanie tłumi wzruszenia płciowe dziecka, które ujawniają się często w postaci niesfornych wybryków. Dziecko zdrowe podporządkowuje się rygorom wychowania; tłumione wzruszenia nie przestają jednak w duszy jego istnieć, stanowią one t. zw. kompleksy t. j. energję psychiczną, która wywiera wpływ swój na ukształtowanie się duszy człowieka. W procesie zaś powstawania objawów psychoneurozy odgrywają ważną bardzo rolę.

Popęd płciowy może w poszczególnych okresach swego rozwoju genetycznego ulec zahamowaniom lub zaburzeniom, nie dosięgając np. swej ostatecznej *genitalnej* postaci. Powstaje wówczas obraz seksualizmu *pozagenitalnego* t. j. potrzeba zaspakajania libido sexualis w postaci dziecięcej; jest to znana nienormalność płciowa: *perwersja*. Zaburzenia rozwojowe popędu płciowego mogą ujawnić się również w postaci *psychoneurozy*.

Jeżeli bowiem takiemu zahamowaniu w rozwoju popędu płciowego uległ człowiek, którego jaźń, popęd pozapłciowy *tłumi*, jako niezgodny z pojęciami etyki i prawa, a tłumienie to jest *niedostateczne* — to niedotłumione pragnienia, podobnie jak w marzeniach sennych przedostają się do świadomości, ale i tu w postaci zmienionej, symbolicznej; są to właśnie *objawy chorobowe* — psychoneuroz. Na zadane więc sobie pytanie, jaki jest przyczynowy związek między objawami chorobowemi histerji, a przeżyciami chorych z czasów dzieciństwa, znanemi im tylko w śnie hipnotycznym, znalazł Freud odpowiedź: objawy chorobowe są symbolem owych przeżyć. Znalazła się również odpowiedź na pytanie, dlaczego znikają objawy chorobowe, po ujawnieniu owych przeżyć? Chory bowiem z objawami psychoneurozy, dotknięty jest wadą rozwojową popędu płciowego. Pragnąc zaspokojenia swego libido *pozagenitalnego*, reprodukuje w swych objawach chorobowych *symbolicznie* swe przeżycia seksualne po to, aby pozostać one mogły dla cenzury świadomości — niezrozumiałe. Z chwilą ujawnienia znaczenia tych symboli, za pomocą hipnozy lub psychoanalizy, objawy chorobowe znikają, stają się bowiem bezcelowe.

Tak brzmi w schematycznem ujęciu, teorja Freuda o psychoneurozach. Te wielkie zdobycze wiedzy stworzyły dopiero podstawy psychologji lekarskiej. Umożliwiły one poznanie mechanizmów psychicznych zdrowej i chorej duszy, a psychoterapji wskazały jej właściwą drogę.

Psychoanaliza stosowana jako zabieg leczniczy — wymaga dużego doświadczenia lekarza i inteligencji chorego; technika tego zabiegu trudna, leczenie długie — dlatego zastosowania w szerokiej praktyce lekarskiej mieć nie może.

Niezmiernie atoli doniosłą jest wiedza psychoanalityczna dla każdego lekarza bez względu na jego specjalność dlatego, że z jej pomocą zdobywamy niejako klucz do duszy ludzkiej. Ona pozwala nam na lepsze i głębsze wyzyskanie rozmowy z chorym. Dzięki stosowaniu swobodnego kojarzenia myśli chorego i analizy jego marzeń sennych, udaje nam się wniknąć w głębsze, podświadome warstwy duszy chorego, w których kryje się najczęściej istotna przyczyna objawów chorobowych.

Częste zastosowanie w celowej psychoterapji ma hipnoza i suggestja. Środki te zaliczyć raczej można do rzędu środków psychoterapeutycznych, *objawowych*, które jako takie, oddają często znakomite usługi. Lekarz stosując hipnozę czy suggestję narzuca wolę swą choremu; ból zniknąć może pod wpływem tego leczenia, podobnie, jak usuwa się ból, za pomocą morfiny. Słusznie twierdzi Kronfeld, że środki te zmieniają tylko fasadę symptomatologiczną choroby nie wpływając na jej istotę.

Do rzędu środków psychoterapeutycznych przyczynowych należą obok psychoanalizy, która z wspomnianych przyczyn szerokiego zastosowania mieć nie może — kształcenie woli chorego, mające według Junga dużą wartość terapeutyczną. T. zw. „perswazja" stosowana przez Dubois, polega na przyjacielskich radach i tłumaczeniu choremu, znaczenia jego psychicznych konfliktów, przyczem chory powołany jest tu do czynnej współpracy, przy rozwiązywaniu jego konfliktów podświadomych. Adler, twórca indywidualnej psychologji, stwierdza, że wzmacnianie ducha chorego, który cierpi najczęściej na t. zw. „Minderwertigkeitsgefühl" i kształcenie we właściwym kierunku jego charakteru stanowi właściwą terapję psychiczną.

Wszystkie te środki, któremi rozporządza psychoterapja, muszą być oczywiście dobierane, zależnie od przypadku i indywidualności chorego. O ich skuteczności, rozstrzyga nietylko wybór środka, ale przedewszystkiem sposób jego stosowania. Serdeczny stosunek lekarza do chorego, zdolność współczucia z jego stanem, przyczyniają się częstokroć w znacznej mierze do ulżenia cierpień chorego, daje zatem dodatnie wyniki lecznicze.

Wreszcie dokładne, bezstronne zbadanie chorego, jego konstytucji i poznanie warunków życia — są czynnikami niezbędnymi również i w psychoterapji.

Liepman na zakończenie podręcznika swego „Gynäkologische Psychotherapie" podaje dziesięcioro przykazań, obowiązujących psychoterapeutę w ginekologji. Ujmują one całokształt stawianych wymagań ściśle i dobrze, dlatego przytoczę je i ja tu w dosłownem ich brzmieniu.

1) Zachowanie powagi lekarza.

2) Zdobycie *zaufania* chorej.

3) Umiejętność stosowania metody swobodnego kojarzenia myśli i analizy marzeń sennych (psychoanaliza).

4) Znajomość metody Dubois t. j. stosowania perswazji jego sposobem.

5) Dekoncentracja chorej przez nadawanie jej myślom innego kierunku, stwarzanie chorej nowego światopoglądu; polecanie sportu, podróży i t. p.

6) Znajomość teorji i systemu Adlera, ujawniania chorej jej „Minderwertigkeitsgefühl".

7) Pośrednicza rola lekarza w usterkach rodzinnych chorej, które często są powodem bezpośrednim neuroz.

8) Pouczanie męża o psychicznych właściwościach chorej zwlaszcza w przypadkach jej „frigiditas".

9) Wybór pracy zgodnej z psychicznemi właściwościami i warunkami chorej.

10) Wreszcie lekarz ma posiadać rozległe wykształcenie ogólne, często bowiem podejmuje rolę spóźnionego pedagoga chorej.

Czyniąc zadość tym wszystkim warunkom, może psychoterapeuta ze spokojem i pewnością liczyć na dodatnie wyniki jego leczenia.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBOW LECZENIA.

Dr. Bolesław MILEWSKI. Ćmielów.

Śmiertelne zatrucie Somnifenem „Roche".

W Nr. 41, 1928 r. Polskiej Gazety Lekarskiej Dr. L. Berger (Lwów), opisując przypadek zatrucia Somnifenem „Roche" ze szczęśliwym przebiegiem, mówi, że w polskiem piśmiennictwie nikt zatrucia Somnifenem nie opublikował. Wobec tego pozwalam sobie dla kontrastu opublikować przypadek śmiertelnego zatrucia tym środkiem nasennym.

Urzędniczka Fabryki porcelany w Ćmielowie, K. H., lat 28, panna, ze zgęszczeniem obu szczytów płuc, w celu samobójstwa wypiła 3 marca u. r. około 9 godziny wieczorem 2 flakony Somnifenu „Roche" i zapadła w tak mocny sen, że aż chrapała, co zwróciło uwagę sąsiadów, którzy jednak nie podejrzywali w tem nic złego. Około godziny 11 rano nazajutrz spostrzeżono, że H. nie stawiła się do zajęcia i posłano po nią do mieszkania. Posłaniec znalazł jej pokój zamknięty od wewnątrz, po otworzeniu którego znaleziono H. tak „mocno śpiącą", że nie można było jej obudzić. Posłano po lekarza. Około godziny 12 znalazłem chorą w następującym stanie: twarz chorej zasiniona, chora leży bezwładnie na łóżku, brak jakichkolwiek odruchów, źrenice zwężone średnio, nie reagują na światło i dotyk, oddech głęboki, 24 na minutę, puls mocno napięty 88 na minutę, ciepłota 37.2. Przy łóżku na krześle stały 2 puste flakoniki Somnifenu „Roche". Przystąpiłem niezwłocznie do przemywania żołądka (po 15 godzinach po zażyciu Somnifenu — więcej ut aliquid videatur fieri), oraz wstrzyknąłem 3 krotnie w odstępach 3-godzinnych po 0,002 atropini sulfurici — bez najmniejszych wyników, chora spała w dalszym ciągu. Procedura przemywania żołądka, jak również kilkakrotne i obfite injekcje podskórnie solutionis Ringeri, nie mówiąc o zastrzykach najrozmaitszych cardiaca nie wywoływały najmniejszego odruchu, chora nadal była w głębokiej komie, która pozostawała aż do zejścia, które nastąpiło po 70 godzinach od zażycia Somnifenu. Ciepłota podnosiła się, w dzień śmierci doszła do 41,5°, puls 160 filiformis, i przy objawach postępującego osłabienia serca chora zmarła 6-go marca o godzinie 7 wiecz. Sekcja zwłok nie była wykonana, gdyż fakt samobójstwa nie ulegał wątpliwości na podstawie pozostawionego listu samobójczyni.

K. H. zażyła 2 flakony Somnifenu „Roche" po 12,0 każdy, licząc 25 kropel na 1 cm^3 — 600 kropli na raz, czyli 20 razy większą dozę, niż zwykle. Nic więc dziwnego, że taka ilość środka nasennego wywołała tragiczne następstwa.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Zdzisław TOMANEK. Lwów.

O zagranicznych sanatorjach i urządzeniach przeciwgruźliczych.

Z II kliniki chorób wewn. U. J. K. we Lwowie
Dorektor: Prof. Dr R. Rencki.

Korzystając z naukowej wycieczki do Włoch na Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Rzymie z końcem września u. r., miałem sposobność rzeczowego zapoznania się ze stanem walki z gruźlicą oraz z urządzeniami sanatoryjnemi we Włoszech, w Szwajcarji i w Austrji.

Sumując wrażenia, jakie odniosłem w tej naukowej podróży, mogę stwierdzić, że wprawdzie urządzenia przeciwgruźlicze włoskie nie dosięgły jeszcze w zupełności poziomu wzorowych urządzeń nowoczesnych szwajcarskich, stawianych często za przykład, jako najkorzystniej wyposażonych, to jednak podniosły się one w tym względzie wysoko, przewyższając je nawet praktycznością. Jeżeli jednak mało o tem dotychczas wzmiankowano, działo się to dlatego, że szereg tych ośrodków i urządzeń przeciwgruźliczych oraz planowa akcja przeciwgruźlicza powstały tamże dopiero w czasach ostatniej doby. Osiągnięcie tej wyżyny, na której stanęły dziś Włochy w powyższym względzie pozostanie bezsprzecznie zasługą społeczeństwa, które złożyło dostateczne dowody należytego zrozumienia, grożącego mu niebezpieczeństwa. Z drugiej zaś strony jest ono wynikiem potrzeby wobec dużych odsetek śmiertelności na gruźlicę, która szerzy się pomimo piękna i zdrowotności tamtejszego klimatu. Jest bowiem rzeczą dziwną, na którą oddawna zwracano uwagę, a którą ostatnio na Zjeździe w Rzymie podnosił także i Maher: Włochy obdarzone z natury niezwykle hojnie, wyposażone prawie we wszystkie zasadnicze warunki życiowe, które lekarz zaleca niejednokrotnie jako najlepszą profilaktykę przeciw chorobom wogóle, a zwłaszcza w gruźlicy, a więc zalety klimatyczne, słońce, powietrze, pożywienie pełne witamin i t. p., są niemniej, jak i inne kraje nawiedzane gruźlicą, a ten odsetek jest znaczny. Z zestawień statystycznych wynika, że na 100.000 ludności umiera we Włoszech 117 osób na gruźlicę płuc, natomiast w ogólności na gruźlicę umiera rocznie 59.829 ludzi. Jeżeli chodzi o płeć, to śmiertelność na gruźlicę przeważa u kobiet w stosunku 100 : 110. Wiek od 13—20 lat jest najniebezpieczniejszy u kobiet, u mężczyzn zaś wiek powyżej lat 15. Stwierdzono, że u mężczyzn między 15—45 r. życia gruźlica stanowi 25% zgonów. W późniejszym wieku odsetek ten spada. Pozatem odsetki śmiertelności na gruźlicę ulegają pewnym wahaniom w zależności od kraju i rasy. Statystyka tamtejsza wykazuje, że stosunek liczbowy zgonów na gruźlicę zmniejsza się ku Włochom południowym, czyli ku okolicom zamieszkałym do 95% przez rasę śródziemnomorską (homo mediterraneus). To zmniejszanie się śmiertelności na gruźlicę dotyczy zwłaszcza jej postaci z zajęciem przewodu pokarmowego, otrzewnej, a dalej stawów i kości. O ile w dobie ostatniej zaznaczył się wogóle wyraźny kierunek spadku śmiertelności, dzieje się to dzięki energicznej walce, jaką we Włoszech podjęła Narodowa federacja faszystowska, która objęła naczelne kierownictwo nad wszystkiemi gałęziami tej akcji, wznosząc szereg nowych urządzeń przeciwgruźliczych oraz sanatorja, mogące pomieścić całe tysiące chorych na gruźlicę płuc i chirurgiczną. Liczne, planowo rozmieszczone po kraju i dobrze zorganizowane przychodnie z centralnem ich kierownictwem (t. zw. Centro antitubercolare), oraz instytucje lekarskie, które zajęły się losem dzieci matek chorych na gruźlicę (Preventivo), to potężne urządzenia, dzięki którym efekt jest ten, że śmiertelność we Włoszech zmalała.

Sanatorja przeciwgruźlicze włoskie, co do swego położenia można podzielić na 2 typy. Do pierwszego należą sanatorja rozmieszczone na nizinach, do drugiego sanatorja położone w górach, wśród tych zaś niektóre wyróżniające się od innych specjalnem pięknem okolicy, jak np. L'Abetina, lub Sanatorjum Narodowe Umberto I. w pobliżu Sondrio. W budowie ich można rozróżnić 2 sposoby. A więc bywa tu spotykany sposób budowy przypominający system koszarowy, oraz pawilonowy. O ile system pierwszy przyjął się najwięcej, o tyle system pawilonowy spotyka się w niektórych sanatorjach wojskowych, jak np. w Anzio, nad morzem (Sanatorio Militare), lub też w nowo otworzonej kolonji tzw. posanatoryjnej w Porta Furba, położonej kilka mil poza Rzymem. Niektóre ze wspomnianych urządzeń posiadają często także system przejściowy. Polega on na tem, że szereg części składowych aparatu sanatoryjnego, jak dezynfekcja, pralnia, kuchnia, mieszkania, leżalnie znajdują pomieszczenie w budynkach oddzielnych, natomiast chorzy zajmują osobny większy budynek, niejednokrotnie podzielony lub nawet oddzielny dla każdej z płci. Typem takiego sanatorjum jest S. Cesare Battisti, położone w pobliżu Rzymu. Sanatorjum Narodowe Umberto I. w Prasomaso (Sondrio) przypomina budowę koszarową. Położone na wysokości 1250 m ponad p. m. składa się z jednego obszernego budynku 4-ro piętrowego, ustawionego wśród wysokich gór, a do którego zdąża droga serpentynowa. Od wiatrów północnych i zachodnich posiada zabezpieczenie, do którego prócz gór przyczyniają się lasy. Panuje tu klimat umiarkowany, jednostajny i łagodny. Sanatorjum urządzone w myśl wszelkich zasad wzorowej higieny jest przeznaczone na 174 łóżek. W parterze po obu stronach budynku rozmieszczono 2 obszerne leżalnie, osobne dla mężczyzn i kobiet z przedziałami dla łóżek. Sam budynek jest podzielony na oddział żeński i męski. W obu oddziałach od strony południowej znajdują się sale chorych 1, 2 i 6 łóżkowe, ponadto zaś salon, biuro, pokój do badań i pokój lekarski. Od strony północnej przedzielonej od poprzedniej długim korytarzem mieszczą się ustępy, umywalnie i ubikacje kuchenne. W części środkowej parteru, która z resztą budynku posiada

komunikację tylko w parterze i posiada osobne schody, mieści się lodownia, przechowalnia nabiału, wina i t. p. Na pierwszem piętrze od strony południowej mieszczą się same sale chorych, wśród których znajdujemy salki 4 łóżkowe. W części środkowej piętra znajduje się obszerna jadalnia, komunikująca z dużą kuchnią. Tutaj spotykamy pokoik dla dezynfekcji naczyń, oraz pokoik dla służby. Na drugiem piętrze mieści się prócz sal jadalnia przeznaczona dla kobiet. Pokoje przeznaczone dla chorych są jasne, o oknach szerokich, wychodzących na werandę. Podłogi wyścielone linoleum ściśle przylegającem do ścian. Sufity białe, ściany pokryte tapetą, łatwo dającą się zmyć, przechodzą ku sufitowi łagodnie, są zaokrąglone. Szerokie drzwi jednoskrzydłowe, lakierowane na biało ze szkłem matowem u góry tworzą dostęp do tych separatek. We wnętrzu spotyka się pewną odmianę w ich urządzeniu, zamiast szafek nocnych umieszczono tu półki drewniane. Rzeczy chorych mieszczą się w specjalnych oddzielnych szafach, ustawionych w długim i widnym korytarzu, malowanym na kremowo.

Odmiennemu celowi służy sanatorjum L'Abetina, gdyż stanowi ono instytucję prywatną pod dyrekcją Prof. Morellego. Położone jest ono w Sondalu na wysokości 1110 m. Wyboru miejsca dokonano tu bardzo stosownie. Wśród lasów i gór z widokiem na dolinę, przez którą przepływa jedna z górskich rzek, oraz na łąki pełne zieleni i uprawne wzgórza pokryte w całości winem, wytwarzają szczególny nastrój psychiczny, a usuwając ponurość szpitalną budynku sanatoryjnego, działają na chorych kojąco. Krajobraz tu bardziej plastyczny i ożywiony, aniżeli np. w Szwajcarji, w Davos, chociaż i ten tak bardzo jest piękny. Znajdują się tutaj urządzenia pomocnicze, a to: pralnie, dezynfekcja, ogrzewania centralne, lodownie. Na następnem piętrze znajdują się urządzenia dalsze a to: kaplica, poczta, telegraf, telefon, fryzjernia oraz doskonałe wyposażenie lekarskie a to: sala operacyjna, pokój dla odmy, pracownie, Roentgen, ambulatorjum dentystyczne i pokój dyrekcyjny. Sanatorjum zawiera 130 łóżek, z których 20 należy do separatek 2 łóżkowych, przeznaczonych dla chorych z osobą towarzyszącą, lub pielęgniarką. System długiego korytarza zachowany jest tutaj także. Dobrze oświetlony i wentylowany dzieli on budynek na część północną oraz południową. Od strony północnej prowadzą schody do ubikacyj przeznaczonych dla służby, łazienek, miejsc ustępowych i t. p. celem zarezerwowania jaknajwięcej miejsca w stronie południowej dla chorych. Urządzenie wewnętrzne poszczególnych separatek różni się nieco od rygoru sanatorjów ludowych. Żelazne łóżka lakierowane, spotykane zresztą prawie wszędzie, zastąpiono może mniej stosownymi, więcej zaś pięknymi sprzętami z drzewa gładko lakierowanego. Pokoiki wysokości około 3 m, więcej za to obszerne z podłogą pokrytą szczelnie linoleum mają ściany gładkie, dające się zmyć. Użyto w tym celu kafli do 1½ m wysokości, czego w innych sanatorjach włoskich ani też w szwajcarskich nie spostrzegałem. Ściany w rogach schodzą się pod kątem prostym. Oświetlenie podwójne, wiszące i kontaktowe, w pokoikach umywalnie z wodą bieżącą ciepłą i zimną. Pokoje narożne łączą się bezpośrednio z łazienkami. Budynek w całości podzielony jest osobno na oddział żeński i męski. Podziału tego dokonano tu ze względów zapewnienia kobietom większej swobody, czego np. w sanatorjach prywatnych szwajcarskich nie spotkałem. Wyjątek naturalnie stanowi tu rodzina towarzysząca, dla której dyrekcja sanatorjum udzieliła w tym względzie wyjątek. Na jednem z niższych pięter urządzono gustowną jadalnię z parkietową posadzką, sposobem stolikowym dla wytworzenia większej wygody, a oprócz tego do niej przyległe oddzielne saloniki zdobnie upiększone oraz większa sala stanowiąca ogród zimowy. Bilard, bibljoteka i t. p. wszystko umieszczone w lewem skrzydle budynku stanowią miejsce rozrywkowe i odpoczynku. Werandowania wspólnego tutaj poniechano, rozwiązując tę kwestję w ten sposób, że dla każdego pokoju przeznaczono osobną werandę, dostatecznie obszerną dla pomieszczenia łóżka, krytą i zabezpieczoną zasłoną płócienną. Przed budynkiem rozciąga się piękny ogródek, a od frontu na wysokości pierwszego piętra przebiega portyk kryty, tworzący łączność z ogrodem. Stąd rozpościera się przecudny widok na winem pokryte stoki górskie i ośnieżone szczyty (Monte Serottini). Warunki pobytu w tem sanatorjum są stosunkowo bardzo tanie, wynoszą bowiem około 20 zł dziennie.

System pawilonowy znalazł zastosowanie w budowie sanatorjum wojskowego położonego wśród lasu, palm i pinji w pobliżu wybrzeża morskiego Anzio, (Riviera di Ponente). Obejmuje on 30 pawilonów systemu Dökera, malowanych na zielono, rozmieszczonych we wspaniałym ogrodzie, na obszarze 300.000 m², o stanie przeznaczonym na 250 łóżek, prócz tego posiada liczne murowane budynki. Pawilony zamierzają przebudować na murowane. Na pierwszy rzut oka sprawiają one wrażenie wiedeńskich baraków szpitalnych Neumanna Odstępy jednak między pawilonami są większe, a wygląd ich znacznie ładniejszy. Każdy taki pawilon składa się z 2—3 pokoików i mieści salę chorych złożoną z 8—10 łóżek w 2-ch rzędach. Naokoło każdego pawilonu znajduje się osobny ogródek, którego pielęgnacją zajmują się ozdrowieńcy. W sanatorjum tem leczą lżejsze postacie gruźlicy płuc oraz gruźlicę chirurgiczną. Wyposażenie sanatorjum jest doskonałe. W osobnych pawilonach rozmieszczono: kuchnie, pomywalnie, pralnie, aptekę, laboratorja chemiczne, bakterjologiczne, biologiczne, inhalatorja, terapję fizykalną, Roentgen, salę ortopedyczną, operacyjną, odmową, ponadto zaś teatr, bawialnię i zakład hodowli kwiatów. Pod względem higjeny posiada owe sanatorjum szereg zalet. Do zbierania plwociny używają tutaj, jak wogóle we wszystkich prawie sanatorjach włoskich dwóch typów spluwaczek, a to t. zw. nocne i na werandę oraz kieszonkowe, typu Mendesa, używane na zmianę. Pierwsza jest spluwaczką szklanną ujętą w obręcz niklową ze sprężynową nakrywką. Do wnętrza jej wkłada się łatwo papierowy kubek nasycony parafiną. Zużyty ten papier dezynfekuje się przez spalanie. Drugi typ stanowi owalną, płaską flaszeczkę z 2-ma lub z jednym otworem. Wyjaławianie tych naczyń oraz dezynfekcja plwociny odbywa się w ten sposób, że te papierowe kubki zbiera się razem w dużym papierowym worku i spala się. Dla dezynfekcji spluwaczek kieszonkowych problem również został pomysłowo rozwiązany. Jeden z wyznaczonych chorych zbiera co rana te spluwaczki, wkłada je do dużego naczynia i zanosi do specjalnego pawilonu dla odkażania. Aparat dezynfekcyjny jest obszerną skrzynią o podwójnej ścianie z rurami na wodę i parę, prowadzącemi do wnętrza. Skrzynię napełnia się wodą, do której dodaje się na każde 100 litrów 1 kg węglanu sodowego. Następnie zanurza się otwarte spluwaczki i zamyka wieko. Potem puszcza się parę. Pod wpływem działania soli sodowej oraz gorąca odrywa się plwocina od ścian spluwaczek i już jako zupełnie płynna unosi się ku górze, jak oliwa. Prątek gruźliczy jak wiadomo traci swoją żywotność w ciepłocie 80° C, a przy 100° C ulega zniszczeniu po 45 minutach. W ośrodku wilgotnym dzieje się to jednak prędzej np. w 1 minucie przy 95° C, a przy 70° C po 10 minutach. Jeżeli zarazki są zawarte w środowisku białkowem a więc jak np. w plwocinie, wpływ niszczący gorąca jest powolniejszy, a dezynfekcja przy 70° C powinna trwać 30 minut. Natomiast przy wrzeniu wody 10 minut zupełnie wystarcza do wyjałowienia. Po kwandransie gotowania się wody doprowadza się zwolna wodę chłodniejszą, a potem puszcza się silniejszy prąd wody, ażeby mechanicznie spłukać zawiesinę z plwociny. Popłuczyny schodzą do rynsztoku. Puszczając ponownie prąd pary celem uzyskania ciepłoty 100° C można już wyjąć spluwaczki ze siatkowatej wkładki, do której zostały włożone, poczem same one wysychają. Jest to modyfikacja metody Guinarda, bardzo prosta, wygodna a pewna. Co się tyczy dezynfekcji rzeczy, a więc bielizny, pościeli i t. p., to zostają one poddane działaniu pary pod ciśnieniem w komorze według systemu Geneste - Herschera, zmodyfikowanego jeszcze przez dodanie wentylu. Kocioł parowy jest oddzielony od komory, która składa się z dużego cylindra poziomego z nakrywką na zawiasach. Do jego wnętrza dochodzi serpentynowo para pod ciśnieniem 3-ch atmosfer utrzymując równomiernie ciepłotę. Cylinder ten posiada wentyl. Ma on to znaczenie, że zapewnia przepływ świeżego powietrza po dezynfekcji, zapobiegając tem samem uszkodzeniu rzeczy przez działanie suchego gorąca. Zaraz po dezynfekcji oddają rzeczy do pralni, umieszczonej w tym samym pawilonie. Wyjaławianie naczyń odbywa się tutaj w dwukomorowych skrzyniach metalowych, do wnętrza których wprowadza się naczynie w koszach drucianych. Tutaj podobnie jak to działo się z plwociną zostają one poddane działaniu sody i gotowaniu, przy mechanizmie elektrzycznym, a więc bardzo uproszczonem i szybkiem.

Do sposobu urządzeń o typie przejściowym należy piękne sanatorjum „Elena di Savoia". Zasługuje ono także i z tych względów na specjalną uwagę, że jest ono przeznaczone dla personalu fabrycznego, dużego przemysłu tekstylnego Włoch w Legnano, dając mu możność korzystania z opieki lekarskiej w przypadkach zakażenia gruźlicą. Opieka ta nie ogranicza się tylko do obowiązku przyjęcia chorego do sanatorjum, lecz także polega ona na udzielaniu porad lekarskich gruźliczym, w specjalnie ku temu urządzonej przychodni.

Bardzo pomysłowe, a przytem prawie luksusowe urządzenie owego zakładu, odróżnia go od innych, chociaż jest ono, jak wspomniałem tylko sanatorjum fabrycznem. Położone w pięknym parku angielskim, częściowo szpilkowym, obejmuje budynek złożony z części centralnej dwupiętrowej i z części bocznych jednopiętrowych. Mieścić może 100 chorych obojga płci. Po obu bokach głównego budynku w odległości kilkunastu metrów znajdują się obszerne leżalnie osobno dla mężczyzn i dla kobiet. Uwagę zwraca tutaj ich szczególna budowa: Posiadają mianowicie tę zaletę, że są podzielone na 2 części, służąc do werandowania zimowego i let-

niego, zresztą według wymagań urządzeń podobnych, położonych na równinie. W środkowej części leżalni przebiega na wzdłuż korytarz kryty, gdzie można przechowywać pościel oraz leżaki. W poprzek korytarza przebiegają szyny łączące południową stronę leżalni z północną, a przeznaczone dla przesuwania leżaków. Te ostatnie posiadają praktyczne druciane zasłony u wezgłowia, umieszczone na zawiasach, a chroniące twarz przed słońcem i owadami. Izby chorych są 1, 4, 6 i 8 łóżkowe. Posadzka wszędzie kamienna, ściany w rogach u góry zaokrąglone białe, pokryte u dołu lakierem do wysokości jednego metra. Okna w salach chorych obszerne, często we wielkości całej prawie ściany danego pokoju, są raczej drzwiami, które posiadają jeszcze boczne nieruchome skrzydła. Prowadzą one na werandy, przeznaczone dla użytku chorych z odnośnej sali. We wnętrzu sal chorych wyposażonych w minimum potrzeby spotykamy nieduże, białe stoliczki do siedzenia, stanowiące równocześnie przyrząd służący do transportu oraz zmiany bielizny. Umywalnie nieseperatkowe urządzono oddzielnie w dużych salach. Obejmują one 2 rzędy podwójnych urządzeń, złożonych w każdym rzędzie z 14 porcelanowych umywalni z wodą bieżącą. W ten sposób każdy z chorych może mieć osobną umywalnię, oraz używać osobnych naczyń toaletowych, jak kubki, szklanki i t. p. Bezpośrednio do tej ubikacji przylega pokój przeznaczony na fryzjernię, a dalej łazienki i ustępy. Luksusowo urządzone sale jadalne są oddzielne dla mężczyzn i kobiet. Komunikują one z obszernym pięknym salonem, wychodzącym na werandę z widokiem na park zakładowy. Jest to miejsce zebrania oraz rozrywek dla chorych, dla których ponadto urządzono teatr i kinematograf. W dolnej części budynku mieszczą się dostatnio wyposażone kuchnie, oraz ogrzewanie centralne. Do tych ubikacyj prowadzą oddzielne wejścia ze skrzydeł budynku, jedno z nich specjalnie przeznaczone dla dostawy żywności. W obszernych kuchniach, dobrze oświetlonych, spotyka się naczynia niklowe. W pokoju przyległym znajdują się wyżej opisane urządzenia, służące do sterylizacji naczyń kuchennych. Dezynfekcja ich odbywa się we wodzie wrzącej z dodatkiem 10—50% węglanu sodowego, przyczem stosowny aparat pozwala na dezynfekję oraz wymycie naczyń w ilości około 600 talerzy w ciągu godziny. Magazyny ubrań, a dalej pralnie i dezynfekcja (formalinowa) bielizny mieszczą się w oddzielnym pawilonie niedaleko wejścia. Tam też znajdują się paleniska dla nocnych spluwaczek parafinowych. Dzienne spluwaczki aluminjowe z pokrywką wyjaławia się zapomocą specjalnych pompek z roztworem bakterjolizy, którą dezynfekują także bieliznę przed oddaniem jej do prania. Co wieczór sami chorzy składają spluwaczki na jedno miejsce, a rano odbierają je już jako czyste. Dozór nad tem wszystkiem pełnią specjalnie wyszkolone siostry. Poza budynkiem głównym znajduje się jeszcze kaplica oraz dom jednopiętrowy przeznaczony dla personalu, a więc dla lekarzy, sióstr i dla służby, połączony galeryjką podziemną z budynkiem głównym. Personal lekarski tego sanatorjum składa się z dyrektora i 3-ch lekarzy zakładowych. Doskonałe wyposażenie sanatorjum w urządzenia lekarskie pozwala tu także na uwzględnienie w leczeniu gruźlicy płuc większych zabiegów chirurgicznych. W leczeniu gruźlicy stosują odmę, frenikotomję oraz torakoplastykę. Gruźlicę innych narządów również tutaj przyjmują do leczenia. Statystyka tego zakładu za ostatnie 3 lata (1924—1927) swierdziła 18% dobrych wyników leczniczych, 40% z poprawą, 20% bez zmian, 12% z pogorszeniem i 10% śmiertelności.

Jeżeli natomiast scharakteryzować ogólnie wyniki leczenia gruźlicy w sanatorjach przeciwgruźliczych, można niestety powiedzieć, że wystarczalność tego leczenia daje dziś jeszcze rezultaty małe. Ze statystyk ludowych sanatorjów szwajcarskich wynika, że osobnicy gruźliczy opuszczający sanatorja okazują w okresie czasu 10 lat 91% śmiertelności. W sanatorjach włoskich również podobne dane statystyczne dadzą się stwierdzić. Te ujemne wyniki zawisłe są w dużej mierze od zmian, jakie zachodzą w życiu tych chorych, którzy jako rekonwalescenci opuszczając sanatorja przystępują zaraz do ciężkiej pracy. W tych warunkach pozbawieni opieki lekarskiej i wyczerpani trudami, najczęściej niestosownej pracy, giną lub stają się nieużytecznymi dla społeczeństwa. W tym celu poczyniono starania we Włoszech, ażeby tych ludzi mieć nadal w pewnej opiece, dając im równocześnie możność pracy, lecz dobranej indywidualnie, bez szkody dla ich zdrowia. Ten sposób może im zapewnić tryb życia oraz warunki, mogące stanowić dalszy ciąg leczenia sanatoryjnego. Wprawdzie Cassa Nazionale we Włoszech nie zdołała dojść pod tym względem do perfekcji, uzyskanej przez doświadczenie Anglików (w kolonjach Papworth), to jednak przyszła z wydatną pomocą swoim członkom, dając im umieszczenie w t. zw. kolonjach posanatoryjnych. Tutaj bywają przyjmowane osoby, które już odbyły leczenie w sanatorjum, i to każda osoba pracująca, która conajmniej przez ½ roku płaciła wkładki ubezpieczeniowe. Jest to więc pewien rodzaj Kasy chorych dla gruźliczych, choć system tego urządzenia jest odmienny, a właściwej instytucji tego rodzaju we Włoszech niema zupełnie.

Z okazji Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego dokonano otwarcia nowozałożonej kolonji pracujących w Porta Furba, położonej w pobliżu Rzymu w odległości 3½ km od rzymskich wałów Cezara Augusta na obszarze 80.000 m², zajętym przedtem przez starożytną fortecę tejże nazwy, a która jeszcze w czasie ostatniej wojny służyła za szpital wojskowy. Z terasy jednego z budynków owej kolonji rozpościera się prześliczny widok na pagórki Kampanji Latyńskiej i Rzymskiej urozmaicony pięknym zabytkiem starożytnych rzymskich wodociągów. Kolonja składa się z szeregu pawilonów jednopiętrowych. We większym budynku środkowym znajdują się kompletne urządzenia lekarskie, na górze zaś mieści się obszerna sala rekreacyjna. W budynku położonym u wejścia, mieści się dyrekcja, salon, oraz sala wystawowa prac chorych. W pawilonie następnym mieszkają ozdrowieńcy ubezpieczeni, których skierowano do kolonji, stanowiąc tutaj niejako „przyrost" jeszcze nie kontrolowany, a który dopiero po zbadaniu zostaje odpowiednio skwalifikowany do pracy oraz jej rodzaju. Ubikacje mieszkalne są tutaj 1, 2 i 4 łóżkowe. Każda z nich jest wyposażona w nowoczesne urządzenia higjeniczne oraz instalacje sanitarne. Umeblowanie składa się z łóżek żelaznych, ustalonych w ogniu łatwo dających się dezynfekować. Obok łóżek umieszczono umywalnie z wodą bieżącą. W pobliżu tych pokoików sypialnych znajdują się obszerne laboratorja, w których ubezpieczeni uczą się rozmaitej pracy. Stąd łatwy jest dostęp do kuchni oraz pięknie urządzonej jadalni. Pomyślano tu również i o urządzeniu specjalnej izby chorych, mieszczącej 16 łóżek, przeznaczonych dla ozdrowieńców w razie potrzeby, na wypadek choroby. Resztę ogrodzonego obszaru zajmują domy mieszkalne dla kierownika oraz lekarzy, a dalej dla sióstr i dla księdza, oraz kaplica. Wspaniały ogród kwiatowy, otaczający poszczególne zabudowania, poprzecinany wygodnemi ścieżkami, wygodne leżalnie, a dalej szereg miejsc zabawowych dla najmłodszych ubezpieczonych dopełniają estetycznego wyglądu i wzorowego urządzenia tej kolonji, uprzyjemniając życie tym, którzy niejednokrotnie przebywają tu do końca swojego życia.

Liczne prace wykonywane przez tych ludzi przynoszą społeczeństwu pożytek. W pracy tej dobranej indywidualnie, zależnie od zdrowia i zdolności osobnika, są tutaj specjalnie oni szkoleni. Bywają tu sporządzane plecionki, torebki, tania biżuterja, bielizna i t. p. Materjał ten następnie zostaje poddany dezynfekcji, a potem bywa sprzedawany. W ten sposób chorzy pod kontrolą lekarską mogą się tutaj stopniowo przyzwyczajać do nowego trybu życia, a nawet wydatnie pracować.

Mówiąc o urządzeniach przeciwgruźliczych włoskich wypada jeszcze wspomnieć o sanatorjach, położonych w jednej z najpiękniejszych okolic Włoch, a mianowicie nad jeziorem Garda, względnie w jego sąsiedztwie. Pomijając opis sanatorjów, nie mających zresztą większego znaczenia, jak np. w Arco, lub w Fasano, wspomnę o t. zw. „domie słonecznym" Casa del Sole. Znajduje się on na południowem wybrzeżu jeziora w Disenzano, skąd rozpościera się malowniczy widok na równinę, góry i jezioro. Jest to budynek 3-piętrowy w ten sposób wzniesiony, że promienie słoneczne mają doń dostęp ze wszystkich stron, a więc i do sal chorych. Zakład ten przeznaczony jest wyłącznie dla leczenia gruźlicy kostnej oraz stawowej i urządzony jest na wzór lecznicy Rolliera. Zbudowany w kształcie dużego czworoboku, posiada na piętrach odkryte obszerne werandy, z których najobszerniejszą jest umieszczona najwyżej, na dachu zupełnie płaskim, służąca do helioterapji. Tutaj uwagę zwraca tekturowy heliograf, umieszczony na poręczy dachu, opatrzony w specjalne szpary, przepuszczające promienie świetlne, które padając na papier światłoczuły, znaczą godziny słoneczne. Urządzenia wnętrza są stosunkowo skromne, wyposażone są jednak w cały niezbędny aparat sanitarny. Obszerne sale chorych 8 łóżkowe, pozatem separatki 1 i 2 łóżkowe mieszczą chorych obojga płci a także dzieci. Według zapodania kierownika tegoż sanatorjum Dra Garry wyniki lecznicze tam uzyskane przez stosowanie helioterapji mają być nadzwyczajne.

Wyszczególnienie oraz opis przedstawionych sanatorjów i urządzeń przeciwgruźliczych nie wyczerpują oczywiście całości materjału, z jakim miałem sposobność się zapoznać bawiąc na tej naukowej wycieczce we Włoszech. Należą tu piękne sanatorja w Meranie, wśród których na szczególniejszą uwagę zasługuje wspaniałe sanatorjum naszego rodaka Dra Bindera. Jednakowoż w czasach ostatnich przyjmuje się tutaj coraz raz rzadziej gruźlicę otwartą, natomiast chętniej postacie gruczołowe, chociaż klimat tamtejszy przedstawia bardzo korzystne warunki dla leczenia wszelkich postaci gruźlicy, a to dzięki jego łagodności, wynikłej ze samego położenia miejscowości, które wprawdzie wynosi tylko 320 m. n. m. p., to jednak znajduje się w bezpośredniem otoczeniu gór

o wysokości dochodzącej nawet do 3000 m. Charakter tego klimatu łączy zatem zalety klimatu wysoko-górskiego z zaletami okolic położonych na wysokościach średnich.

Doskonale wyposażonym jest tutaj wielki zakład lecznictwa fizykalnego (stabilimento di cure fisiche e di bagni). Prócz kąpieli wszelkiego rodzaju znajdują się w tym instytucie wzorowe urządzenia dla elektroterapii, termoterapii, aparaty Zanderowskie, emanatorja radowe, komory pneumatyczne oraz inhalatorja. Te ostatnie znalazły pomieszczenie w szeregu oddzielnych kabin oraz we większej wspólnej sali. Podziału tego dokonano tu także ze względu na możność stosowania środków inhalacyjnych w rozmaitym rodzaju i stężeniach.

Z leków tutaj używanych, to są: sól kuchenna, olejek sosnowy, eukaliptol, mentol, tymol, przetwory kreozotu i jodek potasu. Leki te rozpylają specjalne aparaty systemu Clar-Bulinga z odpowiedniemi modyfikacjami tych przyrządów dla zastosowania ich w leczeniu chorób nosa, gardła lub krtani według Hoesslego-Bullinga.

Kilka słów jeszcze należy poświęcić urządzeniom włoskiej przychodni przeciwgruźliczej, przedstawiającej pewien typ stały. Mieszczą się one w domkach parterowych o jednem wejściu i urządzone są bardzo praktycznie. Poza wzorowem wyposażeniem mogą się one poszczycić dobrze wyszkolonym personalem. Rozkład wnętrza takiej przychodni składa się z poczekalni, z pokoju wywiadowczego, ordynacyjnego, roentgenologicznego i laboratorjum, ponadto zaś z ubikacyj przeznaczonych dla dezynfekcji i ustępów.

Z koleji rzeczy przejdę do naszkicowania urządzeń szwajcarskich, a mianowicie w Davos i w Arozie. Obie te miejscowości, tak blisko siebie położone, jednak z komunikacją wzajemną bardzo utrudnioną ze względu na niedostępność tych górzystych okolic, posiadają dziesiątki sanatorjów, przeznaczonych przeważnie dla gruźlicy płuc i to zwłaszcza otwartej, rozpadowej. Rozmieszczenia ich dokonano tu niezbyt trafnie, zwłaszcza w Davos, które stanowi dziś, że tak powiem, niejako kolonję sanatoryjną, gdyż wszystkie te sanatorja stoją przeważnie obok siebie. Pomimo tego cieszą się one znaczną frekwencją i są prawie stale przepełnione. Wielkością i luksusem w urządzeniu góruje w Davos sanatorjum „Schatzalp", położone 300 m powyżej doliny, w której leży Davos, a która znajduje się na wysokości około 1560 m. n. p. m. Dostęp do tego sanatorjum ułatwia kolejka linowa, przebywająca tę drogę w 10 minutach. Zwraca tutaj uwagę bardzo korzystny dobór miejsca, gdyż góry otaczają budynek od strony północnej, podczas gdy wolna strona południowo-wschodnia zabezpiecza dłuższą insolację. Budynek 3 piętrowy, 100 metrowej długości, wykonany z żelazo-betonu, jak większość tamtejszych sanatorjów, zajmuje wraz z parkiem 40 hektarów powierzchni ziemi. Wzdłuż fasady budynku przebiega portyk 4 metr. szerokości, łączący leżalnie położone na skrzydłach gmachu. W podziemiach mieszczą się spiżarnie, piwnice, magazyny oraz dezynfekcja. W parterze ku lewej stronie wejścia następują kolejnie salon, czytelnia, bibljoteka, sala bilardowa i t. p. — w dalszym zaś ciągu poczekalnia dla chorych, pokój ordynacyjny, apteka, bibljoteka lekarska, pracownie, sala operacyjna, odmowa, Roentgen, lampa kwarcowa i laboratorjum fotograficzne. Poczta i telegraf również mieści się w parterze. Obszerna luksusowa jadalnia urządzona sposobem stolikowym, zajmuje prawą stronę parteru, z którą znowu komunikuje kuchnia. Na wyższych piętrach, do których prowadzi winda, znajduje się 75 separatek dla chorych od strony południowej, reszta zaś w liczbie 40 separatek wychodzi na północ. Pokoje południowe posiadają we większej części kryte, oddzielne werandy 2½ metr. głębokości, zaopatrzone w instalację elektryczną. Dla chorych zajmujących ubikacje bez werand, przeznaczono leżalnie, umieszczone na dole. Ściany i sufity wysokich, jasnych i powietrznych separatek wyłożono drzewem, pokrytem farbą olejną, łatwo dającą się zmyć. Parkietową posadzkę przykryto specjalnym gatunkiem linoleum. Dezynfekcję przeprowadzają tutaj najpierw zapomocą par formalinowych, a następnie zmywają ściany zapomocą wody mydlanej, co odbywa się zwyczajnie co 4 tygodnie. W urządzeniu wewnętrznem pokoju nie pominięto najdrobniejszych wygód, a więc telefonu, a nawet aparatu radjowego. W skrzydłach długiego korytarza znajdują się łazienki, umywalnie i ustępy. Ponadto na każdem piętrze mieści się podręczna kuchenka. W tem sanatorjum leczą wszystkie postacie gruźlicy płuc, oraz gruźlicę pozapłucną. W leczeniu jej stosują odmę piersiową, frenikoeksherezę, torakoplastykę, torakokaustykę, oraz plombowanie kawern.

Pod względem komfortu dorównywa opisanemu zakładowi sanatorjum narodowe, również położone w Davos, t. zw. „Turganisch-Schaffhausische Heilstätte". Olbrzymi ten budynek 6 piętrowy z osobno urządzonemi leżalniami oraz szeregiem dodatkowych zabudowań posiada obecnie stan 150 łóżek separatkowych. Oglądając wnętrze tego sanatorjum trudno jest wierzyć w to, że jest to sanatorjum tylko ludowe. I rzeczywiście, stało się to tylko dzięki przypadkowi, gdyż te wspaniałe urządzenia były do niedawna w rękach pewnego angielskiego kapitalisty, obecnie zaś odstąpiono je za bardzo niską sumę Kantonom Thurgau i Schaffhausen, którego mieszkańcy dotknięci gruźlicą, mają prawo do leczenia się w tem sanatorjum. Ponadto korzystają z niego także i mieszkańcy Kantonu lucerneńskiego, choć z pewnemi ograniczeniami, wreszcie zaś i z innych kantonów, o ile miejsca starczy.

Również pięknem i godnem uwagi jest t. zw. sanatorjum leśne (Waldsanatorium), położone w południowej części Davos wśród gór i lasów, a dalej t. zw. Parksanatorium (przedtem Turbana), Schweizerhof i szereg innych mniejszych, jak np. Alexanderhaus i t. p. — Godnem uwagi jest specjalne urządzenie parku sanatorjum Turbana. Wzdłuż niego przebiegają liczne serpentynowe ścieżki, bardzo wolno wstępujące pod górę. Przeznaczone są one dla chorych, dla których stanowią one pewien rodzaj ćwiczeń fizycznych. Sąsiednia miejscowość Davos-dorf mieści również szereg sanatorjów, z których część powstała tam w latach ostatnich, a prócz tego wiele dopiero się buduje. W bliskości Davos leży Arosa, która do niedawna była małą wioską, obecnie zaś podniosła się do znaczenia pierwszorzędnej stacji klimatycznej, gdzie z roku na rok powstają duże zakłady lecznicze, wszystkie konstrukcji żelazo-betonowej. Sanatorjum „Altein", położone nad jeziorem, będące zarazem wzorem piękna i estetyki architektonicznej, wyposażone jest we wszystkie nowoczesne urządzenia i doskonałe aparaty lekarskie. Na uwagę zasługuje tu urządzenie, służące do przenoszenia spluwaczek z plwociną. Jest ono podręczną małą windą elektryczną, która przewozi plwocinę ze wszystkich piąter do miejsca, w którem przeprowadza się dezynfekcję, zabezpieczając w ten sposób schody i windę osobową od zanieczyszczeń plwociną zakażoną. W tem sanatorjum przyjmują do leczenia głównie lżejsze postacie gruźlicy płucnej, a dalej chirurgicznej, przyczem wszelkie zabiegi wykonują we własnym zakresie.

Pozatem znajdują się w Arosie jeszcze dwa większe sanatorja dla chorób płucnych, są to „Parksanatorium" i „Waldsanatorium". Opis wytwornych ich urządzeń, położenia i wyglądu stanowiłby tylko zbyteczne powtarzanie tego, co dotychczas przedstawiłem. Trudne są jednakże warunki leczenia we wspomnianych sanatorjach szwajcarskich, a to ze względu na koszta, gdyż ceny leczenia są drogie. W ten sposób np. we większych sanatorjach kosztuje pobyt dziennie od 30 — 50 franków szwaj., w mniejszych zaś, urządzonych skromniej od 20 — 35 fr. Prócz tego dolicza się osobne taksy kuracyjne oraz za dezynfekcję i t. p. — Jeżeli je porównać z warunkami sanatorjów włoskich, gdzie podobne ceny liczone są w lirach, to są one 2 — 3 krotnie wyższe od włoskich.

Pewną odmianę w systemie budowania sanatorjum spotyka się w Austrji. Miałem tutaj sposobność zwiedzenia tamtejszych dwóch ważniejszych ośrodków przeciwgruźliczych a mianowicie sanatorjum w Alland niedaleko Wiednia oraz t. zw. „Baumgartner Lungenheilstätte" w Steinhof koło Wienerwaldu. Pierwsze z nich niema zupełnie nowoczesnych urządzeń. Brak tu przedewszystkiem systemu separatkowego, który obecnie tak szeroko jest rozpowszechniony. Zakład ten składa się z 3-ch głównych budynków, mieszczących osobno oddział męski, kobiecy i dziecięcy i obejmuje stan około 160 łóżek. Leczą tu głównie gruźlicę płuc oraz krtani. Specjalnych urządzeń dezynfekcyjnych tutaj nie spotkałem. Dezynfekcje plwociny przeprowadzają w ten sposób, że najpierw poddają ją działaniu odkażającemu zapomocą lysolu, następnie zaś spalają ją wraz z trocinami w piecach.

Sanatorjum Baumgartena (ludowe), którego kierownikiem jest Poindecker, wyposażone jest znacznie lepiej. Składa się ono z całego szeregu murowanych dwupiętrowych budynków, rozrzuconych na większym obszarze wśród angielskiego parku. Przeznaczone jest ono na 500 łóżek i to tylko dla kobiet i dzieci. Sale chorych są 3, 7 i 12 łóżkowe. Z urządzeń dodatkowych należy tutaj wymienić obszerną salę przeznaczoną dla rozrywek, a więc teatr i kinematograf, ponadto zorganizowano tu szkołę dla dzieci. Uwagę zwraca niezwykle duża i obszerna kuchnia, pomieszczona w oddzielnym budynku, skąd transport żywności do pawilonów dla chorych odbywa się zapomocą kolejki motorowej na szynach. Oprócz gruźlicy płucnej leczą tu także gruźlicę krtani. W ostatnich czasach przystąpiono do rozszerzenia tego zakładu oraz do szeregu nowoczesnych ulepszeń, które z każdym dniem podnoszą jego znaczenie, jako ważnego ośrodka przeciwgruźliczego we Wiedniu.

Kończac mogę powiedzieć, że w państwach, które zwiedziłem, wysiłek do walki z gruźlicą wzrasta ustawicznie. Wynikiem tego jest postępujące zmniejszanie się umieralności na gruźlicę.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 22271/28.

W sprawie szkolenia kontrolerów sanitarnych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że dnia 11 lutego 1929 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny II-gi 4-miesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania inspekcji otoczenia (t. zn. ustępów, studzien, podwórzy, domów, mieszkań i t. p.), dokonywanie nadzoru nad produktami spożywczemi, wytwórni i miejsc sprzedaży ich, pobierania prób do analizy wody, produktów spożywczych i t. p., dokonywanie dezynfekcji, desynsekcji i t. p.

Czas trwania kursu — 4 miesiące.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia praktyczne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucyj i urzędów sanitarnych i t. p.

Program kursu składa się z czterech działów:

I — ogólno - przygotowawczy: niezbędne wiadomości z fizyki i chemji, kreślenie i zdjęcia z natury, wiadomości z prawa sanitarnego, biurowość urzędowa, higjena ogólna i osobista.

II — dział higjeny publicznej: statystyka, choroby zakaźne, higjena społeczna, dezynfekcja, dezysekcja i deratyzacja, sanitarna inspekcja warsztatów pracy.

III — dział techniki sanitarnej: higjena wody i urządzeń wodnych, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budownictwa, higjena osiedli, mieszkań, zakładów użyteczności publicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wentylacja, kąpieliska, badania sanitarne na terenie, sporządzanie sprawozdań.

IV — Dział dozoru nad żywnością, ustawodawstwo i organizacja dozoru, przepisy sanitarne dla miejsc wyrobu i miejsc sprzedaży artykułów żywności, mleko i nabiał, produkty pochodzenia roślinnego, używki, przedmioty użytku, środki kosmetyczne.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwa z ukończenia 4-ch klas gimnazjalnych, lub conajmniej 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby, już pozostające w służbie rządowej lub samorządowej na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych.

Urzędy sanitarne, zainteresowane w odpowiedniem wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonarjuszy, w drodze udzielenia im płatnego urlopu dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł.

Słuczacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z Bursy Państwowej Szkoły Higjeny za opłatą kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi 5 zł. 50 gr dziennie).

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, oraz odpisów świadectw szkolnych i względnie z poprzedniej pracy, należy nadsyłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 25 stycznia 1929 roku.

Wobec tego, że liczba słuchaczy ze względu na ćwiczenia praktyczne nie może przekraczać 35, należy zawczasu nadsyłać zgłoszenia, gdyż podań, nadesłanych po 25 stycznia, Państwowa Szkoła Higjeny nie będzie mogła uwzględniać.

Warszawa, dnia 5 stycznia 1929 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
(Podpis nieczytelny).

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 5050/28.

W sprawie przychodni przeciwwenerycznych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Podstawą walki z chorobami wenerycznemi jest uświadamianie ogółu społeczeństwa o zgubnych skutkach chorób wenerycznych dla jednostki, społeczeństwa i rasy, oraz udostępnienie leczenia dla wszystkich.

Przychodnia przeciwweneryczna, urządzona i prowadzona na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22. III. 1928 o zakładach leczniczych (Dz. U. Nr. 38 poz. 382), będzie właśnie tą organizacją podstawową, która odpowie wyżej wyłuszczonym zasadom walki przeciwwenerycznej.

Wzorowa przychodnia przeciwweneryczna posiadać winna: 1) personel lekarski i pielęgniarski, odpowiednio wykwalifikowany, 2) odpowiedni lokal, 3) urządzenie, umożliwiające prawidłowe i wczesne rozpoznawanie choroby oraz stosowanie leczenia nowoczesnego, lecz nie eksperymentalnego, wreszcie przychodnia ta 4) winna zapewnić choremu jaknajwiększą dyskrecję osobistą.

W celu zapewnienia chorym tej dyskrecji osobistej oraz w celu obniżenia kosztów urządzenia i prowadzenia przychodni, przychodnie przeciwweneryczne należy, o ile możności, zakładać łącznie z innemi przychodniami, a w szczególności w ośrodkach zdrowia. Powyższe dotyczy zarówno i przychodni przeciwwenerycznych, istniejących na terenie, gdzie panuje kiła endemiczna i w miastach portowych. Inicjatywa otwierania nowych przychodni przeciwwenerycznych zasadniczo powinna należeć do samorządów i pożądane jest, by koszty utrzymania przychodni były preliminowane w budżecie samorządów.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych celem umożliwienia względnie ułatwienia poszczególnym samorządom otwierania wspomnianych przychodni udzielać będzie subwencyj na ich prowadzenie i urządzenie w granicach swego rozporządzalnego budżetu.

Warunkiem uzyskania subwencji rządowej na przychodnie przeciwweneryczne jest zadeklarowanie przez samorząd lub organizację społeczną obowiązku ponoszenia kosztów administracyjno-gospodarczych, związanych z utrzymaniem przychodni, oraz zobowiązanie się prowadzenia jej według wskazówek i zarządzeń Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia).

Zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) wystąpić z odpowiednią inicjatywą do samorządu na terenie podległego mu Województwa, by niezwłocznie przystąpiono do organizowania przychodni przeciwwenerycznych i preliminowania odpowiedniej pozycji budżetowej na cel powyższy.

O wynikach swej inicjatywy zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) powiadomić Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia).

Warszawa, dnia 7 listopada 1928 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
(Podpis nieczytelny).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, Nr. 2, z 10 stycznia 1929: K. Dłuski: O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych), (c. d.). — R. Szabad-Gawrońska: Leczenie ropnego zapalenia opłucny rivanolem u niemowląt i dzieci do 2 lat. — M. Goldman: O splenomegaljach (Streszcz. zbior.). — L. Włodawerówna: Leczenie przewlekłych schorzeń stawowych szczepionką Paula (Cutivaccin) (dok.). — N. Blumentalówna: O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie liczb m. st. Warszawy w latach (1924—1926) (dok.).

Lekarz Polski, rok V, Nr. 1, z 1 stycznia 1929: Nowy Rok. — K. Lipski: Wyjaśnienia w sprawach szpitalnictwa małopolskiego. — S. Mikołajski: Ośrodek Zdrowia i Opieki Społecznej w powiecie sanockim. — Z. Rudolf: Sprawa mieszkaniowa, a gruźlica. — Higjena wsi w Jugosławji, na Węgrzech i w Niemczech. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 2, z 13 stycznia 1929: J. Poratyński: W sprawie wznowienia Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. — Sprawy zawodowe.

Ginekologja Polska, tom VII, rok 1928, za październik—grudzień, zeszyt X—XII: Wspomnienia pośmiertne: ś. p. Dr. Stanisława Kwiatkiewicza i ś. p. Dr. Jana Gromadzkiego. — T. Keller: Badania doświadczalne nad hormonami jajnikowemi. — T. Keller: Kapilaroskopja w położnictwie. — M. Seidler i H. Lenartowski: O znaczeniu badania rentgenologicznego w rozpoznaniu torbieli skórzanych. — J. Niewoła: Próby uodpornienia rodzących nukleinianem sodu. — T. Zawodziński: Wartość kli-

niczna histerosalpingografji. — St. Liebhardt: Partus insensibilis. — J. Doliński: Przypadek wady rozwojowej łuski kości potylicowej. — H. Newlińska: O podwiązaniu pępowiny. — A. Ceytlin: Znieczulenie miejscowe w małych zabiegach operacyjnych na macicy. — B. Grankowski: Przypadek zgorzeli sromu i pochwy w czerwonce. — F. Hłasko: W sprawie krwotoków jajnikowych, klinicznie naśladujących pękniętą ciążę pozamaciczną. — L. Lorentowicz: O kierunku zachowawczym lecznictwa ginekologicznego.

Lekarz Wojskowy, tom XII, Nr. 4, z października 1928: H. Szczodrowski: Porządek badania męskiej cewki moczowej w przewlekłych jej zapaleniach. — J. Fegler: O efekcie chemicznego podrażnienia czuciowych zakończeń nerwowych w płucach. Wł. Jamrusz: O działaniu tlenu w zastosowaniu podskórnem. Sterling-Okuniewski St. i Rosnowski M.: Przyczynek do epidemjologji i kliniki włośnicy. — Fr. Białokur: Materjały do historji służby zdrowia w powstaniu styczniowem.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 2, 15 stycznia 1929: R. Arend: Zmiękninie kości a przekwitanie. — Z. Dziembowski: Autotransfuzja krwi naświetlanej promieniami X. — Z. Grudziński: O klinikach i oddziałach szpitalnych radjologicznych. — A. Karwowski: Przemówienie na otwarcie uroczystości 40-lecia „Nowin lekarskich" i 10-lecia pracy społeczno-lekarskiej. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 3, z 20 stycznia 1929: J. Poratyński: W sprawie wznowienia Oddziału farmaceutycznego Uniw. Jana Kaz. we Lwowie (dok.). — Synteza morfiny. — Odżywianie się Japończyków. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, Nr. 2, z 15 stycznia 1929: A. Huszcza: Medycyna na usługach lotnictwa. — Z. Żołędziowski: Powikłania przy podspojówkowych zastrzykach hipertonicznych rozczynów soli kuchennej. — H. Levitteux: Przypadek odosobnionego pęknięcia panewki stawu biodrowego. — O. Bujwid: Zwalczanie chorób zakaźnych i pasorzytniczych w Brazylji.

Medycyna, rok III, Nr. 2, z 12 stycznia 1929: Z. Michalski: Materjały do badan nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem. — B. Kokajl-Kowalewska i Z. Chrempińska: Badania porównawcze nad odczynami skórnemi po zastosowaniu starej tuberkuliny, normalnej surowicy końskiej, zawiesiny Kocha i Propidonu. — R. Wierzbicki: Stan bezkontraktowy. — W. Zawadowski: Drugi międzynarodowy Zjazd radjologów w Sztokholmie (lipiec 1928) (dok.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, Nr. 3, z 17 stycznia 1929 r.: J. Kuczyński: Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle Prawa Stworzenia. — K. Dłuski: O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych) (c. d.). — J. Typograf: Przyczynek do leczenia stanów obrzękowych. — B. Goldstein: Dietetyka z punktu widzenia równowagi jonów (Streszcz. zbior.) J. Babecki: Opieka lekarska w szkole.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo rosyjskie.

Wraczebnaja Gazieta.

Nr. 3, r. 1928.

M. Akułow: *Leczenie żółtaczek insuliną.* Autor wychodząc z założenia, że w przebiegu schorzeń wątroby występują poważne zaburzenia przemiany węglowodanowej wypróbował działanie insuliny w najrozmaitszych postaciach żółtaczek nieżytowych. Zastrzykiwał on mianowicie 10—30 jednostek insuliny takim chorym, podając im jednocześnie 50 do 100 g cukru per os. U wszystkich 9-ciu leczonych tak chorych, nastąpiło zupełne uzdrowienie a przebieg choroby trwał ledwo jeden tydzień miast dotychczasowych 3—6 tygodni. Glikogen występujący w zwiększonej ilości w wątrobie pod wpływem insuliny przyczynia się, zdaniem autora, do wzmożenia się obronnej czynności wątroby. Insulina przedstawia zatem cenny środek leczniczy w przebiegu żółtaczek.

L. Sokolski i P. Kenis: *Parenteralne leczenie za pomocą ichtyolu stanów zapalnych najądrza.* W roku 1926 Struszyński a obok niego Kuszelewski ogłosili drukiem nader pomyślne wyniki leczenia niektórych chorób skórnych i wenerycznych za pomocą ichtyolu. Autor stosował wspomniane leczenie w 25 przypadkach zapalenia najądrza a równocześnie w celach kontrolnych w innych 11 przypadkach takiego samego schorzenia zastrzykiwał gonowakcynę. Technikę leczenia stosował następującą: 2% rozczyn ichtyolu, sporządzony w aptece — wyjaławiano przed użyciem pod ciśnieniem a następnie zastrzykiwano 1 g wspomnianego rozczynu w okolicę pośladkową. Ciepłota stale następnego dnia wznosiła się do 37,9° a jedynie w 2-ch przypadkach zanotowano 38° Dodatnie samopoczucie chorych utrzymywało się przez cały czas leczenia. Miejsce zastrzyknięcia zazwyczaj bezbolesne są również wolne od nacieków. Po 2 ch lub 3-ch dniach od ustania wszelkiej reakcji ustroju powtarzał autor śródmięśniowe podawanie ichtyolu, zwiększając dawkę o jeden gram. Już po czterykrotnych zastrzyknięciach omawiane schorzenie zapalne ustępowało. Prócz tego równocześnie stosował autor miejscowe okłady z ichtyolu. Leczenie więc zasadzało się na wśródmięśniowem podawaniu 2% ichtyolu oraz na stosowaniu okładów.

W ostrzejszych przypadkach już następnego dnia zaznaczała się wybitna poprawa: najądrza wielkości pięści klęsły wydatnie a 5-go lub 6 go dnia chory był w stanie opuścić szpital. W sprawach przewlekających się stan uzdrowienia trwał nieco dłużej a przecież był o wiele krótszy niż podczas leczenia gonowakcyną.

Działanie ichtyolu w istocie swej stanowi niejako odmianę proteinoterapji. Ichtyol zawiera około 10% siarki. Ichtyol należałoby stosować we wszystkich takich schorzeniach, w których posługujemy się zazwyczaj proteinoterapją, ichtyol jednakowoż posiada większe zalety od mleka a to dzięki łagodnemu działaniu na cały ustrój, nie powodując nadto żadnej bolesności. Sam ten środek zasługuje niewątpliwie na wyróżnienie w praktyce codziennej.

Nr. 5, r. 1928.

A. Krasnopolski: *Odczyn Davis'a i jego ustosunkowanie się do odczynu Obermeyer'a.* Odczyn Davis'a, zalecany w celach rozpoznawczych w przebiegu schorzeń rakowych, chociaż utracił w ostatnich czasach swe decydujące znaczenie, to jednak wciąż jeszcze bywa uwzględniany jako odczyn *sui generis*. Istota jego polega na pojawianiu się w moczu odrębnych ciał, świadczących o wybitnem zaburzeniu przemiany wewnątrzkomórkowej u chorych cierpiących na nowotwory złośliwe z objawami wyraźnego charłactwa. W pracy swojej opiera się autor na systematycznem badaniu cierpiących w poliklinice chorób przewodu pokarmowego. Badania jego dowiodły, że 1) omawiany odczyn Davis'a u jednego i tego samego chorego daje czasami wynik dodatni, czasami ujemny, 2) dodatni wynik tego odczynu najczęściej występuje w przebiegu zaburzeń przewodu pokarmowego, cechujących się wzmożeniem procesów gnilnych bądź i w takich okolicznościach, w których przetwory rozpadu gnilnego z łatwością przedostają się w większej ilości do krwi (zaparcie, hipertoniczne nieżyty jelit grubych w szczególności w przypadkach obfitego żywienia się białkami). Stopniowe usuwanie owych zaburzeń (za pomocą lekarstw przeczyszczających w przypadkach zaparcia) wpływa zawsze na zmianę w ten sposób, że dodatni odczyn Davis'a zamienia się na ujemny, 3) w tych samych przypadkach wypada również stale dodatnio inny odczyn a mianowicie wykazujący obecność indykanu w moczu.

Równoległe stosowanie próby Davis'a oraz odczynu Obermeyer'a, mającego na celu wykazanie indykanu dowiodło, że między wspomnianemi próbami zachodzi pewien ścisły związek i to zarówno w przypadkach dodatniego jakoteż ujemnego odczynu. W tych razach mianowicie, w których próba Davis'a wypadła dodatnio wynik próby Obermeyer'a jest również taki sam. Ujemny wynik próby pierwszej pociągał za sobą stale ujemny wynik próby drugiej. Jednakowe wyniki obydwóch prób wykazywały zarazem jednakowy stopień nasilenia i zabarwienia się wspomnianych odczynów. Próby te skontrolował autor na 118 chorych. Technikę badania moczu sposobem Davis'a oparł autor na zasadzie Braunа, który dowiódł, że odczyn ten daje wynik dodatni w przypadkach, w których z moczu usunięto barwniki za pomocą *plumb. acetic.*, odpowiednio do tego zastosował on nadto następujące odmiany badania: 1) Mocz, wykazujący wyraźną obecność indykanu był zużyty przez niego do celów próby Davis'a. Wyciąg eterowy, zawierający czerwony barwnik oddzielano, pozostałą zaś część badano według Obermeyer'a. Wynik w tych razach wypadał ujemnie, 2) dokonywanie tej próby w odwrotnym porządku dawało ujemny wynik odczynu Davis'a. Powyższe fakta przeczą istnieniu jakichś hipotetycznych barwników, właściwych chorym rakowym, wysnuwając zarazem bardziej dostępne wyjaśnienia istoty odczynu Davis'a. Zdaniem autora treść zabarwienia zależy od indygo, które z granatowego przybiera kolor czerwony (indyrubina). Pod tym kątem widzenia próba Davis'a może być uważana jeno za pewną odmianę odczynu mającego na celu wykazać obecność indykanu.

Tego rodzaju wyjaśnienie nakreśla znaczenie owej próby w praktyce codziennej.

G. Rożdiestwieński: *Śródżylne stosowanie 1% emetyny w przebiegu dychawicy oskrzelowej.* Dodatnie wyniki stosowania 1% emetyny w leczeniu dysenterji oraz nieżytowych stanów jelit grubych — skłoniły autora do wypróbowania tego środka leczniczego, usuwającego toniczny skurcz mięśni gładkich właśnie w przypadku dychawicy oskrzelowej. Poprzednio wzmiankowanego chorego leczono z przemijającym wynikiem w instytucie fizjoterapeutycznym, następnie otrzymał 42 injekcyj atropiny i stale palił papierosy przeciwastmatyczne, jednakowoż napady duszności nie ustępowały. Dnia 8. I. 1928 autor dokonał śródżylnego podania 1% emetyny w ilości 1,0. Dnia 11. I. chory oznajmił, że napady duszności ustąpiły, co skłoniło autora do ponownego zastosowania tego środka w ilości 2,0, choremu zaś polecono, aby po upływie 2-ch dni zgłosił się do lekarza. Chory jednakowoż przybył dopiero 18. I., uzasadniając spóźnione przybycie ogólną poprawą a w czasie tym objawy duszności ustąpiły w zupełności i nie doznał on ani jednego napadu a nawet jest w stanie sypiać na lewym boku, co było dotychczas niemożliwe. Podczas badania fizykalnego stwierdzono u niego jeno poszczególne suche świsty, gdy przedtem dawały się słyszeć wyraźne rozlane furczenia. Dnia 23. I. zastrzyknięto choremu ponownie 2 g 1% rozczynu emetyny. Chory uważa się za wyleczonego.

Nr. 18, r. 1928.

G. Amfiteatrow: *O odmiennym sposobie przerywania wczesnej ciąży.* Częste ujemne następstwa tak zwanej skrobanki są powszechnie znane zwłaszcza o ile przeprowadzają ją niewprawne ręce młodych lekarzy. Okoliczności te skłoniły autora do znacznego udostępnienia i uproszczenia wspomnianego zabiegu zwłaszcza pod względem technicznym. Już przed paru laty prof. Mizonow polecił stosować t. zw. fizjologiczny sposób przerywania ciąży, polegający na wykorzystywaniu do tego celu przyrodzonych właściwości ustroju. Poleca on mianowicie zastrzykiwać do jamy macicy ciężarnej 2—5 ccm nalewki jodowej powyżej wewnętrznego ujścia w ciągu 3—5 dni. Działanie jodyny potęgują nadto podrażniające płukania, które wywołują intensywniejsze skurcze macicy, mające na celu usunięcie przez rozwarte ujście zewnętrzne już to całego jaja płodowego, już to jego części. W tym ostatnim przypadku zachodzi konieczność dodatkowego wyskrobania resztek jaja płodowego. Sposób ten posiada jednakże tę wadę, że skurcze macicy następują dopiero 3—5-go dnia a niekiedy dopiero po jedenastu dniach a często również pojawiają się silne krwotoki, wymagające interwencji lekarskiej *in extremis.* Autor zmierza więc do udoskonalenia wspomnianego bardzo cennego, zdaniem jego, sposobu „fizjologicznego" przerywania ciąży a metoda jego zasadza się na następujących odmianach: danej chorej zastrzykuje się według wskazówek prof. Mizonowa za pomocą strzykawki Brauna 2—3 ccm nalewki jodowej w czasie od 1-go aż do 3 dni poprzedzających skrobankę. Już po pierwszem, częściej jednak po drugiem zastrzyknięciu po upływie 6—10 godzin występują bóle kurczowe oraz nieznaczne krwawienia. Nazajutrz po dodatnim wyniku zastrzyknięcia stosuje autor zwykłe wyskrobanie. Część pochwowa macicy staje się wówczas miękką i soczysta, ujście zaś zazwyczaj napoły rozwiera się i jest łatwo drożne dla małego palca. Szyjka daje się bez żadnego oporu rozszerzać rozszerzadłami Hegara a rękoczyn ten jest zupełnie bezbolesny. W wielu przypadkach już po usunięciu rozszerzadła Hegara wydzielają się z macicy gęste masy krwawe, składające się z rozpulchnionego i krwią przepojonego jaja płodowego. Sondowanie 10-ym a nawet 12-ym numerem rozszerzadła może spowodować conajwyżej nieznaczne uszkodzenia błony śluzowej, samo zaś wyskrobanie odbywa się zupełnie gładko. Łyżeczka okienkowa bez trudu usuwa zmienione jajo a zabiegowi temu nie towarzyszą nigdy większe krwawienia. W przypadkach, w których przedwstępne przygotowania były niedostatecznie przeprowadzone mogą wprawdzie wystąpić krwawienia, są one jednak nieznaczne a ustają już po upływie 15—20 minut.

Wewnątrzmaciczne zastrzykiwania jodyny w okresie 7—12 tygodniowej ciąży są przeważnie zupełnie bezbolesne, a nieliczne tylko kobiety odczuwają nieznaczne tępe bóle w dolnej części brzucha; trwają one atoli bardzo krótko, bo zaledwie 10—15 minut. Na zgórą 2000 przypadków, w których autor stosował wyżej wymieniony sposób, żadna z poddanych zabiegowi temu kobiet nie skarżyła się na jakąś większą bolesność, jak również nie zauważył autor, u żadnej z nich objawów wstrząsu. Znaczna pojemność macicy ciężarnej zabezpiecza od przedostawania się wstrzykniętej jodyny w jajowody oraz do jamy brzusznej. Autor przestrzega przed stosowaniem jego sposobu w okresie sześciotygodniowej ciąży bądź też wcześniejszej, albowiem wtedy występują najczęściej silne bóle oraz stany omdlenia.

Dzięki nowemu sposobowi skraca się co najwyżej do 4-ch dni ewentualny pobyt chorej w szpitalu. Sam zabieg zresztą niemal bezbolesny jest nader prosty pod względem technicznym, a wszelakie niebezpieczne rękoczyny stają się zgoła zbędne. Zastrzyknięta jodyna powoduje tak poważne zmiany w jaju płodowem (rozpulchnienie i przepojenie krwią), że dalszy rozwój ciąży jest wogóle niemożliwy. Oczywiście, że przestrzeganie najściślejszej aseptyki jest konieczne zarówno w czasie wyskrobywania jakoteż w czasie zastrzyknięcia jodyny.

Pomyślne stosowanie omawianego zabiegu nietylko bez jakiegokolwiek wypadku śmiertelnego, lecz wogóle bez wszelkich powikłań — upoważnia autora do polecenia go wszystkim lekarzom jako sposobu bardzo prostego, celowego i najbardziej racjonalnego.

W. Fainberg: *W sprawie pochodzenia ciąży zewnątrzmacicznej.* W okresie lat od 1911—1925 autor spostrzegał w szpitalu gubernjalnym 237 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, stwierdzonych na stole operacyjnym. Liczba przypadków tych, zdaniem jego, niewątpliwie znacznie wzrosła w cyfrach niestosunkowych. Dzisiejsze precyzyjne metody rozpoznawcze a zwłaszcza badanie drobnowidowe oraz coraz bardziej ożywiająca się działalność chirurgiczna pozwalają ustalać ten fakt. Kliniczne spostrzeżenia autora stwierdzają, że w pochodzeniu ciąży zewnątrzmacicznej najważniejsze znaczenie mają pozapalne zmiany ścian trąbek, występujące po odbytych połogach. Mniejszy wpływ na powstawanie omawianej sprawy wywierają poronienia oraz rzeżączka. W mechanizmie utkwienia jaja w trąbce prócz *migratio ovi externa* oraz właściwości samego jaja i przypadkowych okoliczności najważniejsza rola przypada znacznemu upośledzeniu ruchowej czynności jajowodów.

Z.

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitpflege.

5—6. 1928.

Prof. Dr. med. L. Schwarz: *Nowe doświadczenia przy gazowaniu sinowodorem.* W ostatnich 9 latach ilość dokonanych w Niemczech odpluskwień za pomocą sinowodoru wzrosła przeszło 16-krotnie. Stosuje się dwie metody: starszą, t. zw. kadziową i nowszą cyklonową. Przy metodzie kadziowej wywiązuje się sinowodór przez zadziałanie kwasu siarkowego na sinek sodu w blokach lub kulach ułożonych w kadziach. Cyklon B jest to płynny sinowodór w ziemi okrzemkowej z ustalaczem, umieszczony w hermetycznych puszkach blaszanych. Do tego dodaje się często substancyj drażniących powonienie, a to celem zwrócenia uwagi na niebezpieczeństwo przebywania w pobliżu miejsca dokonywanego odpluskwienia. Używa się różnych stopni zagęszczenia sinowodoru zależnie od rodzaju przedmiotów odpluskwianych, jakoteż od rodzaju szkodników, które się chce zniszczyć. Budynki stałe opróżnia się zupełnie z mieszkańców aż do oddania budynków do użytku, na skrętach zostawia się straż, która ma się znajdować na pokładzie. Dotychczas nigdzie władze nie zezwalają na stosowanie sinowodoru w częściach budynków z pozostawieniem lokatorów w reszcie mieszkań, bo nawet przy zastosowaniu wspomnianych wyżej substancyj drażniących niebezpieczeństwo zatrucia nie jest wykluczone. Nadzór państwowy nad stosowaniem sinowodoru wykonuje w Hamburgu na okrętach lekarz portowy, na lądzie zaś osobna komisja, w której skład wchodzą dwaj członkowie państwowego zakładu higjeny. Ta komisja bada przed wydaniem zezwolenia, czy dany budynek może być poddany działaniu sinowodoru i jakie należy wydać zarządzenia dla ochrony otoczenia. Staranne wykonanie tych zarządzeń podlega kontroli rzeczoznawców z państwowego zakładu higjeny. Za nienaganne przeprowadzenie czynności odpowiada przedsiębiorstwo, które ją przeprowadza. Ze względów gospodarczych przeprowadza się zazwyczaj gazowanie budynków od soboty popołudniu; w niedzielę się wentyluje budynek, a w poniedziałek oddaje się go do użytku, o ile na to pozwalają rzeczoznawcy i o ile stosunki atmosferyczne oraz rodzaj przegazowanego materjału nie wymagają dłuższego przewietrzania. Przed oddaniem budynku musi przedsiębiorstwo dokonać próby w przegazowanych i w sąsiednich ubikacjach, czy nie pozostała reszta sinowodoru. Próba ta polega na tem, że wykłada się bibułę do filtrowania napojoną mięszaniną równych części octanu benzydynowego i octanu miedziowego. Jeżeli ta wilgotna bibuła w 7 sekundach błękitnieje, natenczas jeszcze jest obecny sinowodór i nie wolno oddawać budynku do używania. Próba wykazuje jeszcze obecność 15 do 20 mg sinowodoru na 1 metr sześcienny powietrza. Ludzie mogą dłuższy czas przebywać w atmosferze za-

wierającej 50 mg sinowodoru w metrze sześciennym powietrza. Takie ilości bardzo silnie wonieją, ale też dają silne zabarwienie błękitne papierków napojonych octanem benzydynowo miedziowym. Dawka trująca dla człowieka wynosi około 1 mg na kilogram wagi ciała, czyli dla dorosłego mężczyzny około 70 mg sinowodoru. Nawet przy ujemnym wyniku próby żąda się dla niektórych objektów trzymania okien otworem jeszcze przez następny dzień, bo każdy znawca gazowania sinowodorem wie, że niektóre materjały, jak poduszki, materace i odzież wchłaniają znaczne ilości sinowodoru, zatrzymują je, a potem w pewnych warunkach znów wydzielają. Autor przeprowadził szereg badań dla stwierdzenia jak długo różne materjały zatrzymują wchłonięty sinowodór. Okazało się, że np. materace pomimo przewietrzenia jeszcze po 48 godzinach zawierają znaczną ilość sinowodoru. Trzepanie częściowo tylko wydala gaz, ale mimo to winno być stosowane. Natomiast ogrzewanie działa w tym kierunku bardzo wydatnie, tak, że nawet ogrzanie przez ciało ludzkie może spowodować wydzielenie znacznej ilości sinowodoru z przegazowanego materaca i w niekorzystnych okolicznościach spowodować śmiertelne zatrucie. Mimo to wszystko ilość nieszczęśliwych przypadków przy stosowaniu sinowodoru jest znikomo mała.

W ostatnim roku uruchomiono w Hamburgu kilka komór sinowodorowych dla zabijania moli w dywanach i wyściełanych meblach. Po 24 godzinnem gazowaniu otwiera się tylko jedną komorę. Ludzie uzbrojeni w maski gazowe, wyjmują przedmioty z komory i układają je pod zadaszeniem ze wszystkich stron otwartem. Po opróżnieniu jednej komory otwiera się drugą i t. d. — Ten porządek zaprowadzono w tym celu, ażeby przy równoczesnem otwarciu kilku komór nie wydostały się naraz za duże ilości sinowodoru, któreby przy niekorzystnych warunkach atmosferycznych mogły rozejść się w sąsiedztwie zakładu. Po 24 godzinnem wietrzeniu trzepie się gruntownie przegazowane przedmioty na wolnem powietrzu i oddaje się je właścicielom dopiero po kilku dniach, o ile próba na pozostałość sinowodoru wypadła ujemnie. Przy niskiej ciepłocie powietrza postępuje się szczególnie ostrożnie, bo — jak już wspomniano ciepło sprzyja wydzielaniu sinowodoru z przegazowanych przedmiotów. Do tępienia szkodników w inspektach używa się do gazowania, połączenia kwasu pruskiego z wapnem Autor uważa to postępowanie za bardzo skuteczne a mało niebezpieczne, żąda tylko, aby wykonywanie spoczywało w rękach odpowiednio wyszkolonych osób.

Dr. Weinsberg (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 23 maja 1928 r.

1) Kol. Schweig przedstawia 9-cio miesięczne dziecko R. L. N. Na pierwszy rzut oka widoczny *oczopląs poziomy*, oraz ustawienie lewej gałki ocznej w zezie zbieżnym. W pierwszej chwili chciałoby się te objawy przypisać wyłącznie albinizmowi dziecka (zupełnie płowy włos jasno niebieskie tęczówki). Dokładniejsze badanie wykazuje kompletną raryfikację tkanki tęczówkowej, w której brak zupełnie warstwy barwikowej, a w stratum proprium we wielu miejscach widać duże luki kształtu trójkątnego z wierzchołkiem przy circulus iridis major, tak, że luki te ograniczają się do pars ciliaris iridis. Przy rzucie światła do gałki ocznej widać zatem prócz czerwonego refleksu ze źrenicy po kilka czerwonych refleksów naokoło źrenic. Dziecko otrzymało okulary w których w szkłach ciemnym papierem podklejonych znajdują się małe otwory, przepuszczające światło tylko na przeciw źrenicy (otwór stenopeiczny).

2) Kol. Schweig przedstawia chorą D. D. lat 15: chorowała jako pięcioletnie dziecko na obustronne zapalenie miąższu rogówki na tle wrodzonej kiły. Przechodziła wtedy specyficzną kurację rtęciową. Od tego czasu nie znajdowała się pod obserwacją lekarską. Teraz widzimy u chorej w całej pełni rozwinięty *nawrot keratitis parenchymatosa*. Wassermann we krwi ++++. Chora zasługuje na demonstrację z dwóch powodów. Primo — sam fakt nawrotu keratitis parenchymatosa należy do rzadkości. Sekundo - zdania co do wartości specyficznego leczenia przeciwkiłowego dla przebiegu keratitis parenchymatosa są podzielone, zdaje się jednak, że do nawrotów lgną przypadki niedostatecznie specyficznie leczone.

3) Kol. Schweig przedstawia chorą Gucię L. lat 19, niezborność na obu oczach 4 dptr. Krótkowzroczność 8 dptr. Visus po korekcji — 6/24, na dnie oczu chorioretinitis. Wassermann we krwi ++++. Badanie w Sekcji do Walki z Gruźlicą: O. B. 335, Mantoux 1/100,000 +++, Wassermann we krwi rodziców ujemny. Chodzi zatem o zachorowanie dna oczu przy niewyjaśnionej etjologji wskutek koincydencji kiły i gruźlicy. Przeprowadzono kurację przeciwkiłową, obecnie Wassermann we krwi ujemny.

4) Kol. Justman przedstawia przypadek rzadko spotykany t. zw. *myotonicznej reakcji źrenicy na zbieżność*. Pani A. F., lat 63, zgłosiła się w początku maja r. b. ze skargami na „kurcze" w łydkach, trwające od 4-ch lat, a zwiększające się podczas chodzenia. Bóle w piersiach miewa już od dawna, z początku zjawiały się przy zmęczeniu, od dwóch miesięcy zaś, t. j. od czasu śmierci syna, nawet w łóżku. Mąż chorował 20 lat temu na wiąd rdzenia, zmarł 6 lat temu, rzekomo, z powodu paraliżu jelit. Dwoje dzieci zdrowych, jedna córka zmarła na płonicę. Poronień nie było. St. Ob. szczupła, prawidłowej budowy. Stłumienie na rękojeści mostka, tony serca czyste. Brzeg wątroby na wysokości pępka, niewrażliwy. Brak zmian czucia zarówno powierzchownego, jak i głębokiego. Odruchy ścięgniste kończyn górnych normalne, kolanowe żywe, Achilesowy lewy słabszy od prawego normalnego. Łydki obie tkliwe szczególnie prawa. Źrenica lewa rozszerzona, zniekształcona skośnie z góry i z zewnątrz ku dołowi i na wewnątrz, na światło nie oddziaływuje wcale, *przy badaniu na zbieżność powoli zwęża się i staje się węższą, niż prawa;* zwężenie to trwa do 15-tu sekund i w ciągu następnych 30—40 sekund powoli przechodzi, poczem źrenica lewa znów staje się szerszą od prawej. Deformacja elipsoidalna i skośny kierunek stają się na zwężonej źrenicy jeszcze widoczniejsze, niż na rozszerzonej. Prawa źrenica okrągła, na światło oddziaływuje żywo, na ustawienie normalnie. Próby palcónosowa i pięto - kolanowa z obu stron wypadły normalnie, zarówno przy otwartych, jak i zamkniętych oczach. Objawu Romberga brak. Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi ujemny, gardziel normalna. Na drugim palcu stopy prawej powierzchowne owrzodzenie. Powyższy zbiór objawów daje się rozpoznać *jako początkowy wiąd rdzenia.*

5) Kol. Uryson przedstawia przypadek *tętna paradoksalnego*. Chory Z., lat 25, jedenaście miesięcy temu zachorował na odmę samoistną. W przebiegu choroby nastąpiło zapalenie opłucnej wysiękowe surowicze, po dłuższem leczeniu szpitalnem i klimatycznem objawy opłucnowe ustąpiły; choremu przybyło na wadze 22 kg. Od dwóch miesięcy chory narzeka na duszność przy najmniejszym wysiłku fizycznym i na znaczne osłabienie. Przy badaniu stwierdzono podczas głębokiego wdechu zupełny obustronny (przepadanie) zanik tętna na tętnicach promieniowych. Roentgen wykazał w kącie sercowo-przeponowym lewym zrost, który podczas wdechu naciąga się, jak cieniutka cięciwa łuku, hamując ruchy serca, tak, że lewa komora jest spłaszczona i podczas skurczu w fazie wdechowej wyrzuca mniej krwi niż podczas skurczu w fazie wydechowej. Choremu zaproponowano zastrzyknięcie fibrolizyny, ewentualnie zabieg operacyjny (kardiolizę).

6) Kol. Sterling protestuje przeciwko podawaniu, w obecności osób trzecich, danych z wywiadów chorych demonstrowanych; o wywiadach, zwłaszcza o obarczeniu dziedzicznem kiłą lub gruźlicą, wogóle o rozpoznaniu cierpienia, należy mówić przed wprowadzeniem chorego na salę.

7) Kol. Załęski w odpowiedzi zaznacza, że te przykre dla chorego fakty ustaną z chwilą otrzymania dla Towarzystwa Lekarskiego jeszcze jednego pokoju.

8) Kol. Barciński wygłasza odczyt pod tytułem: *„Nieoperacyjne metody leczenia raka"*. Nowotwory złośliwe nie są schorzeniem czysto lokalnem, są one wyrazem ogólnego cierpienia, skazą organizmu. Bodźce zewnętrzne nie są warunkiem koniecznym przy powstawaniu nowotworów złośliwych. W klinice raków bardzo często obecność bodźca zewnętrznego nie da się wykazać. Nowotwory te należy cenić jako produkt czynnika wewnętrznego, którego istota tkwi najprawdopodobniej w konstytucji ustroju. Cały szereg spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych wskazuje na kolosalną rolę w powstawaniu guzów złośliwych — układu gruczołów dokrewnych. Tem się tłumaczy, dlaczego wyłącznie miejscowe leczenie guzów, jak np. zabieg operacyjny, daje tak mały odsetek trwałych wyleczeń. Leczeniu poddać należy nietylko guz sam jako taki, lecz również patologiczny stan czynnika natury ogólnej. Miejscowe leczenie nowotworów złośliwych ma swe teoretyczne uzasadnienie w pracach Watermana, Warburga i innych. Tkanka nowotworowa pod względem fizykochemicznym stanowi wybitnie niestały system, łatwo ulegający znacznym wahaniom pod wpływem zewnętrznych zmian fizykalnych, jak naprzykład przez zmiany koncentracji jonów otaczającego środowiska. Komórki nowotworowe w przeciwieństwie do komórek normalnych, czerpią swą energję żywotną nie z procesów oksydacyjnych, a z procesów glikolitycznych dość dużej mocy. Te własności specyficzne komórek nowotworowych i ich wahania zależne

od koncentracji jonów środowiska otaczającego, są wykorzystane dla celów leczniczych. Bezpośrednie wprowadzenie jonów np. drogą iontophorezy lub pośrednio drogą dożylną w postaci soli metali ciężkich nie dały jednak wyników zupełnie zadawalających. Związki metali ciężkich aczkolwiek wywołują duże zmiany tkanki nowotworowej, autolizę, to jednak niebezpieczeństwo zatrucia organizmu produktami szybko rozpadającego się guza i samym związkiem metalicznym w dużej mierze ogranicza ich stosowanie praktyczne. Działania związków metali w postaci kolloidalnej, co znakomicie zmniejsza ich toksyczność, niewiele różni się od zwykłej proteinoterapji. Ogólne leczenie nowotworów, jako skazy ustrojowej, również nie dało zadawalających rezultatów. Specyficzne surowice przeciwnowotworowe, które powstały w myśl słynnych doświadczeń Erlicha i Apolanta w działaniu swojem nie odbiegają zasadniczo od proteinoterapji stosowanej pod tą lub inną postacią. Takie same działanie, jak doświadczalnie stwierdzono, posiadają, również promienie Roentgena, radu i gorące powietrze otaczające. Stosowane leczenie wyciągami gruczołów dokrewnych i operacje odmładzające w najlepszym wypadku dają tylko przejściowe polepszenie się stanu ogólnego. Leczenie promieniami Roentgena i radu, ze względu na ich działanie miejscowe i ogólne, najbardziej odpowiada praktycznym wymogom terapji nowotworów złośliwych, nie nadających się do zabiegów krwawych. Przyczyna niepowodzeń leczenia energją promienistą tkwi w wyczerpaniu sil obronnych cierpiącego ustroju.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Sterling, Klozenberg, Uryson, Załęski i Gliksman. Dyskusja toczyła się dookoła pytania, zadanego przez kolegę Sterlinga: jakie jest zasadnicze działanie promieni Roentgena. Na pytanie to prelegent odpowiada, że promienie Rontgena wpływają zasadniczo na wszelkie przejawy życiowe komórek deprymująco, przy przejściu swem przez ustrój kierowane są prawami optycznemi. Organizm sam jest bez wpływu na podział energji promienistej. To odróżnia promienie Roentgena od innych stosowanych leków, na które przemiana materji ustroju i krwiobieg ma wpływ w sensie równomiernego podziału. Prawo Arndt-Schultza w stosunku do promieni Roentgena nie jest dowiedzione. Nie jest dowiedzione, również istnienie tak zwanej „Reizdosis", dawki bezpośrednio pobudzającej do żywszej czynności.

P r o t o k ó ł   p o s i e d z e n i a   k l i n i c z n e g o w szpitalu św. Anny-Marji z dnia 20 czerwca 1928 r.

1) Kol. Józef K o n przedstawia 7-mio letnią dziewczynkę *z porażeniem podniebienia miękkiego,* powstałem w trzy tygodnie po tonsylotomji; przypadek należy do bardzo rzadkich.

2) Kol. P o l a k o w przedstawia *przypadek pląsawicy (chorea mollis)* o bardzo ciekawym przebiegu, cierpienie zaczęło się od mieszkowatego zapalenia migdałków (angina lacunaris). Po czterech dniach czuła się zupełnie dobrze. Na piąty dzień chora zeszła boso na podłogę i zachorowała powtórnie na anginę lakunarną, a po dwu dniach wystąpiły objawy gośćca stawowego. W 10 dniu zachorowania stwierdzono zapalenie wsierdzia, następnie stwierdzono objaw Gordona i wytworzyły się objawy chorea mollis. Pod wpływem leczenia salicylem i bromem stan chorej stopniowo stawał się coraz lepszy.

3) Kol. W o ź n i a k ó w n a przedstawia 7-mio letnie dziecko *z tężcem.* Dziecko zachorowało nagle bez widocznej przyczyny. Po czterotygodniowem mieszanem leczeniu surowicą i siarczanem magnezu nastąpiło wyleczenie.

4) Kol. O r y ń s k a przedstawia dziecko *z torbielą uda prawego.*

5) Kol. B i a ł a s z e w i c z ó w n a (wraz z kol. B e r n s z t a j n ó w n a) wygłosiła referat pod tytułem: *Próby czynnościowe nerek w pląsawicy.*

6) Kol. B i a ł a s z e w i c z ó w n a wygłosiła referat, napisany wspólnie z kol. B e r n s z t a j n ó w n ą pod tytułem: *„Obraz krwi w pląsawicy".*

7) Kol. Bronisław F r e n k i e l wygłosił odczyt pod tytułem: *„Patogeneza pląsawicy".* Wywiady i badania poszczególnych przypadków pląsawicy oraz różne dane statystyczne ustalają ścisły związek tej choroby z ostrem zapaleniem infekcyjnem stawów i pozwalają ją zaliczyć do t. zw. reumatoz. Poszukiwania bakterjologiczne nie ustaliły swoistości zarazka. Badania anatomopatologiczne Aschoffa ustaliły obecność w mięśniu serca pląsawiczych zarówno jak po przebytem zapaleniu stawów — wyłącznie w tych dwóch cierpieniach spotykane węzełki (twory nacieczeniowe).

Najważniejszym jednakże argumentem na korzyść ścisłego związku 2-ch wspomnianych chorób są badania doświadczalne dawniejsze (Westphal i Wassermann) i nowsze (Dick i Rotstein, Rosenow), z których wynika, że szczepy wyhodowane z krwi pląsawiczych zdolne są do wywołania zapalenia stawów. Badania anatomopatologiczne układu nerwowego pląsawiczych wykrywają zmiany typu przeważnie degeneracyjnego, z rzadka tylko zato septyczne.

Wyzdrowienie zupełne po dość częstych i burzliwych nawrotach, rozważanie pląsawicy ciężarnych — przemawiają za toksycznem pochodzeniem w układzie nerwowym.

Uzyskanie zespołów pląsawiczych na drodze eksperymentu (Faks-guanidyną, Mannini — alkoholem i Demme — jodoformem) i wreszcie najnowsze i bardzo podstawowe badania doświadczalne Lewyego w Berlinie zdaje się ostatecznie rozstrzygają to zagadnienie, tak, że teza, iż pląsawica jest cierpieniem infekcyjno-toksycznem w związku z zakażeniem reumatycznem może być uznaną za udowodnioną.

Badania Levyego, Heymana i Ostertaga nad szczepami dyfterycznemi i streptokowemi wskazują, że tylko niektóre z nich mają zdolność wywołania pląsawicy (u myszy). Nasuwa się przypuszczenie, że ważną tu jest obecność pewnych grup toksycznych, albo haptoforных, za pomocą których obecna w organizmie toksyna może być związana z poszczególnemi partjami ośrodkowego układu nerwowego.

Okazało się, że niektóre okolice tego układu są specjalnie wrażliwe na wyżej wspomniane toksyny, są to układy pozapiramidowe. Do nich w pierwszym rzędzie należą komórki zwojowe neostriatum i jądra podwzgórkowe. Analiza fizjologiczna objawów pląsawiczych w związku z ustalonemi zmianami histologicznemi uprawniła autorów do patrzenia na zespół pląsawicy jako objaw t. zw. odhamowania bladawcowego (Vogt). Nieulega przecież wątpliwości że w poszczególnych przypadkach występują również i objawy podrażnieniowe, co jest zrozumiałe, bo jednakże we wszystkich prawie partjach układu nerwowego znajdywano zmiany histologiczne.

Nie małą rolę w patogenezie pląsawicy gra pierwiastek konstytucji osobnika, chodziłoby tu o podatność organizmu w całości do infekcji, o jego siły opornościowe ogólne i swoiste, i wreszcie o wrażliwość układu nerwowego, a może o pewne poszczególne cechy układu pozapiramidowego. Duża rola przypada w tym kierunku gruczołom wydzielania dokrewnego; jednakże pogląd Morriniego, który uważa pląsawicę poprostu za dysfunkcje przytarczycy uważam za zupełnie niezgodny z codziennem naszem klinicznem doświadczeniem i eksperymentem. W ścisłym związku z naszemi zapatrywaniami na patogenezę pląsawicy pozostawić muszę usiłowania lecznicze.

8) Kol. I w a s z k i e w i c z wygłosił referat pod tytułem: *„Przebieg i leczenie pląsawicy w Szpitalu Anny-Marji".*

W dyskusji ogólnej nad wszystkiemi referatami wygłoszonymi zabierali głos koledzy: Józef K o n, P o l a k o w, K r y s z e k, T o m a s z e w s k i, F r e n k i e l, M o g i l n i c k i, T e n e n b a u m i I w a s z k i e w i c z.

Sekretarz *A. Tenenbaum.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W Klubie Lekarzy Polskich dnia 21. I. odbyło się zebranie na którem Prof. Dr. Z. Szymanowski wygłosił odczyt p. t.: „Sprawa reformy nauczanie higieny w dydaktyce uniwersyteckiej" po odczycie była dyskusja. Wstęp dla członków i wprowadzonych gości był wolny.

Dnia 30. XII. 1928 r. z pośród członków Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej został wybrany Zarząd tejże Izby w składzie następującym: Chodźko Witold (Naczelnik), Bujalski Jerzy i Szenajch Władysław (Zastępcy Naczelnika), Blay Jerzy (Skarbnik), Wowkonowicz Marjan (Pisarz), Goebel Franciszek, Jarecki Władysław, Kohan Dawid i Miklaszewska Janina (Członkowie).

S t u d e n c i   w e t e r y n a r j i   w   w a l c e   z   p a r t a c t w e m   w   l e c z e n i u   z w i e r z ą t. W ub. roku minister rolnictwa wydał rozporządzenia, na mocy których do zarobkowego leczenia i trzebienia zwierząt oraz do oględzin sanitarnych zostali dopuszczeni ludzie nieposiadający dyplomu lekarza weterynarji. Te rozporządzenia są niepokojące i godzą w stan lekarzy weterynarji.

Przeciwko fuszerce w lecznictwie i oddaniu prawa leczenia zwierząt w ręce ludzi niewykwalifikowanych zaprotestowali warszawscy i lwowscy studenci weterynarji, przyjmując prawie analogiczne uchwały, które skierowali do rad wydziałowych z prośbą

„o wzięcie w obronę kształcącej się młodzieży i całego zawodu lekarsko-weterynaryjnego, wprowadzenia ustawowej ochrony zawodu lekarsko-weterynaryjnego" i wyjednanie anulowania niekorzystnych rozporządzeń.

Konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku". Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku". Praca ta winna stanowić samodzielny i nieogłoszony dotąd przyczynek do poznania przyczyn i warunków szerzenia się alkoholizmu w wojsku, względnie jego skutków. Praca ma być oparta na samodzielnych badaniach i obserwacjach i może mieć charakter kliniczny, statystyczny, higieniczno-społeczny, wreszcie może dotyczyć zagadnienia przestępczości w wojsku pod wpływem zatrucia alkoholowego.

Praca w zasadzie powinna obejmować przynajmniej 1 arkusz druku. Przy wyjątkowych zaletach może być nagrodzona jednak praca mniejszych rozmiarów. W końcu pracy należy umieścić krótkie streszczenie, względnie wnioski w języku polskim i francuskim, niemieckim lub angielskim.

Termin nadesłania pracy 1-go października 1929 r. Prace winny być adresowane do p. Komendanta Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie (Górnośląska 45). „Praca na konkurs".

Praca powinna być zaopatrzona godłem bez podania nazwiska autora. Do pracy należy dołączyć zapieczętowną kopertę, zaopatrzoną w godło, zawierającą wewnątrz imię i nazwisko, szarżę względnie stanowisko i dokładny adres autora.

Za najlepszą pracę nagroda wynosi 500 zł, II-ga nagroda — 300 zł, III-cia 200 zł. W razie wyjątkowych zalet nadesłanej pracy może być przyznana łącznie I i II, a nawet wszystkie 3 nagrody razem, jeśli inne prace nie będą zasługiwały na wyróżnienie.

Szkoła Podchor. Sanit. nabywa prawo drukowania nagrodzonych prac w „Lekarzu Wojskowym", przyczem autor otrzymuje należne mu honorarjum autorskie.

Drugi konkurs Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Poza konkursem na pracę naukową p. t.: „Alkoholizm w wojsku", którego warunki podaliśmy wyżej, Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza drugi konkurs na dziełko propagandowe p. t.: „Alkoholizm, jego znaczenie i walka z nim, z uwzględnieniem warunków życia wojskowego".

Praca winna ująć w zwięzłym, treściwym i dostępnym dla ogółu inteligentnych czytelników wykładzie całokształt kwestji alkoholizmu, t. j. dać jasne pojęcie o wpływie alkoholu na ustrój człowieka i o znaczeniu, jakie ma alkoholizm dla społeczeństwa i narodu, a w szczególności dla wojska, a także wskazać na główniejsze przyczyny szerzenia się alkoholizmu i na skuteczne środki do jego zwalczania.

Praca ta, chociaż w ujęciu popularnem, nie powinna jednak odbiegać od danych i spostrzeżeń ściśle naukowych, ponieważ przeznaczona jest dla czytelników inteligentnych i jako pomoc dla lekarzy i oficerów, którzy mają prowadzić dla żołnierzy wykłady i pogadanki o alkoholizmie i zgubnym jego wpływie. Najwięcej pożądane są prace, w których szczegółowo i wyczerpująco rozważane będzie znaczenie alkoholizmu dla żołnierza indywidualnie i dla armji wogóle.

Praca winna obejmować 3—4 arkusze druku (40—60 lub więcej stron pisma maszynowego) i powinna być pisana czytelnie na jednej stronic arkusza (recto).

Prace należy nadsyłać pod adresem: Szkoła Podchorążych Sanitarnych, ul. Górnośląska 45. „Praca na konkurs". Termin nadsyłania prac — 1 października 1929 r.

Nadsyłane prace winny być zaopatrzone w godło bez podania nazwiska autora. Do pracy ma być załączona zapieczętowana koperta, zaopatrzona w godło i zawierająca wewnątrz imię i nazwisko i dokładny adres autora.

Za najlepsze dwie prace będą przyznane nagrody: I nagroda wynosi 600 zł, II — 200 zł.

Szkoła Podchorążych Sanitarnych nabywa prawo ogłoszenia drukiem prac nagrodzonych.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny klimatoterapji i balneoterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. — I. Serja. W piątek, dnia 1 lutego, godz. 20.30. — dr. Kazimierz Ciągliński: Jakie miejsce należy się Ciechocinkowi w rzędzie zdrojowisk polskich? — Dr. Ignacy Dembicki: Ciechocinek w przededniu nowych form swego rozwoju. — Doc. Dr. med. Leonard Lorentowicz: Ciechocińskie kąpiele borowinowe. — W czwartek, dnia 28 lutego, godz. 20,30. — Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów): Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych.

Kraków.

Otwarcie pracowni psychotechnicznej. Dyrekcja miejsk. Muzeum przemysłowego i dyrekcja krakowskiej kolei elektrycznej, otwarły w gmachu Muzeum przemysł. pracownię psychotechniczną. W pracowni tej odbywać się będzie badanie kandydatów do służby tramwajowej, na wzór podobnych instytucyj zagranicznych.

2) Badanie mięsa na obecność włośni. Pod powyższym tytułem wyszła książka Ludwika Röhrenschefa naczelnego miejskiego lekarza weterynaryjnego w Krakowie. Książka ta z licznemi rysunkami w tekście, jest doskonałym podręcznikiem dla oglądaczy mięsa. Do książki dołączony jest wyciąg z rozp. Prez. Rzeczyposp. z 22 marca 1928 o badaniu zwierząt rzeźnych i mięsa.

Kursa uzupełniające dla lekarzy. Podobnie jak w latach ubiegłych, organizuje Uniwersytet Jagielloński w Krakowie także i w nadchodzącym terminie wiosennym kursa uzupełniające dla lekarzy w czasie od 11 do 20 marca 1929 r. Opierając się na spostrzeżeniach, zebranych w latach poprzednich, Komisja kursów uwzględniła tym razem możliwie szeroko zagadnienia z zakresu medycyny społecznej, profilaktyki, poradnictwa zawodowego, z któremi to zagadnieniami spotyka się w życiu każdy lekarz, czy wolno praktykujący, czy też lekarz wojskowy lub lekarz pracujący w Kasach chorych. Informacyj w sprawie kursów udziela Dr. Łuka, klinika neurologiczna, Kraków, Kopernika 48. Program wykładów szczegółowy podano w Polskiej Gazecie Lekarskiej z r. 1929, Nr. 2.

Subwencje na badania chorób raka i chorób wenerycznych. Polska Akademja Umiejętności rozda w końcu lutego b. r. z funduszu ś. p. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1929 na badania przyrodnicze i lekarskie, przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Ubiegający się o te subwencje mają wnosić podania do P. A. U. do 20 lutego 1929 r. z wymienieniem, jakie badania zamierzają prowadzić i jaka kwota na nie byłaby potrzebna, oraz wykazać, iż zajmowali się już poprzednio badaniami naukowemi.

Wilno.

Na dorocznem zebraniu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich. Zarząd koła na rok 1929 został wybrany w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wiceprezes: Dr. H. Rudziński, Sekretarz: Dr. M. Świda, Skarbnik: Dr. J. Klukowski. Do komisji rewizyjnej weszli: Dr. W. Bądzyński, Dr. A. Kapłan i Dr. L. Toczydłowski.

Redakcja otrzymała.

Henryk Szczodrowski: „Choroby weneryczne jako klęska społeczna i walka z niemi". Warszawa 1928. Nakładem „Lekarza Wojskowego".

Wł. Mikułowski: „Encéphalite coquelucheuse a l'age infantile". Odb. z Revue française de pédiatrie, tome IV, nr. 5, 1928.

Wł. Mikułowski: „Emiplegia spastica e lue congenita nell'infanzia". Estratto dalla Rivista di Clinica Pediatrica. Anno XXVI, nr. 11, Firenze.

Olbrycht J. Ueber die Pathogenese des Verbrühungstodes. Odbitka z „Neljas Eesti Arstidepäev Haapsalus". Tartu. 1926.

Olbrycht J. Une complication insolite de l'ulcère peptique de l'estomac. Odbitka z „Bulletin de l'Académie de Médecine". Paris. 1926. Tome XCVI. Nr. 36 (wspólnie z A. Maciągiem).

Olbrycht J. Mikroskopische Untersuchungen von Lungen verbrannter Neugeborener zum Nachweis ihres Gelebthabens, nebst Bemerkungen über die forensische Bedeutung der histologischen Lungenprobe. Odbitka z „Deutsche Zeitschrift f. die gesamte gerichtliche Medizin". Berlin. 1927. Bd. 9. H. 5.

Olbrycht J. Gewaltsamer Tod durch verbrecherische Kastrierung oder natürlicher Tod durch Aortaruptur. Odbitka z „Beiträge zur gerichtlichen Medizin". Wien. 1928. Bd. VII. (wspólnie z L. Wachholzem).

Nr. 7. 17. lutego 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Fr. GROER i A. CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Rodzime solanki potasowe w lecznictwie dziecięcem.

Z Kliniki Pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Kąpiele w solankach potasowych oddawna już są w użyciu w lecznictwie, szczególniej w Niemczech. Stosuje się tam tak zw. sól Stassfurcką, jako dodatek do kąpieli, z najrozmaitszemi wskazaniami. Mechanizm działania tych kąpieli dotychczas nie jest należycie wyświetlony. Empirja wskazuje jednak wyraźnie na ich dobroczynne działanie w całym szeregu schorzeń, szczególniej u dzieci. Zazwyczaj przedkładamy solanki potasowe nad solanki sodowe, choć brak również eksperymentalnych danych, któreby nam mogły wytłumaczyć wybitniejsze działania potasu.

Polska jest jak wiadomo, trzecim producentem soli potasowych na świecie (Niemcy, Francja, Polska). Posiadamy bogate złogi potasowe w okolicach Kałusza i Stebnika, w których pierwiastek ten spotyka się w różnych postaciach, przedewszystkiem jako *Kainit* ($KCl. MgSO_4 3H_2O$) i *Langbajnit* ($K_2SO_4 2MgSO$) ponadto zaś jako *Sylwin* (KCl) oraz *Syngenit* ($CaSO_4 K_2SO_4 H_2O$). Kopalnie Kałusko - Stebnickie dostarczają tych minerałów w dwu rodzajach produktów kopalnianych, jako *„Kainit“* i *„Sole potasowe“*. „Kainit“ zawiera 20% kainitu, 17% langbajnitu, 6% syngenitu. W „Solach potasowych“ zaś znajdujemy 20% kainitu, 17% Sylwinu. W obu produktach znajdujemy ponadto 35—45% soli kamiennej (NaCl), oraz 0,25 — 6,0% Anhydrytu ($CaSO_4$) w nierozpuszczalnej zaś części 16% piasku wraz z substancją ilastą oraz 0.5% węglanu wapnia i 2.75% węglanu magnezu, (wedle analiz Prof. Dr. Juljana Tokarskiego).

Znając dobroczynne działanie kąpieli stassfurckich w krzywicy oraz zołzach i innych postaciach gruźlicy, niedokrewnościach różnego pochodzenia i t. d. jeden z nas już od roku 1920 rozpoczął stosować kąpiele kainitowe w lecznictwie pedjatrycznem. Próby takiego stosowania rodzimych soli potasowych sięgają — jak dowiedzieliśmy się później — jeszcze dalej wstecz. Jednakowoż usiłowania te nie przeszły — o ile mogliśmy to stwierdzić — do piśmiennictwa, tak, że w doświadczeniach naszych nie mogliśmy się opierać na żadnych danych ściślejszych. Z czasem doszliśmy empirycznie do ustalenia tak metodyki leczniczych kąpieli potasowych, jak i do wskazań. Osiągnięte przez nas wyniki uprawniają nas do zwrócenia uwagi szerszego ogółu lekarskiego na ten dział lecznictwa, łatwo u nas dostępny, a mogący, przy szerokiem zastosowaniu, na jakie bezwzględnie zasługuje, przyczynić się do rozwoju naszego własnego przemysłu potasowego. Dlatego już dziś chcemy poświęcić temu zagadnieniu kilka przedwstępnych uwag, odkładając szczegółowe traktowanie tej sprawy na później, gdy toczące się obecnie na Klinice naszej doświadczenia nad wpływem kąpieli potasowych na ustrój dobiegną końca.

Działanie kąpieli solankowo - potasowych zależy od 3-ch czynników: *stężenia, ciepłoty* i *czasu trwania* **kąpieli.** Zmieniając je dowolnie możemy zatem dokładnie dawkować wpływ bodźca kąpielowego na ustrój.

Dotychczas używamy przeważnie „Kainitu“ do naszych solanek, stosując stężenie roztworów kainitowych od 1—5%. Ponieważ duża wanna (dla dorosłych) posiada przeciętnie pojemność około 100 litrów, wanienka niemowlęca zaś około 30—40 litrów, przeto dodajemy na dużą wannę od 1 do 5 kilogramów, na małą wanienkę zaś od ½ do 2 kg kainitu. Te kąpielowe roztwory kainitu oddziaływują słabo zasadowo (PH około 7,8), są ciemne i mętne, na skutek przymieszki piasku i iłu, które to składniki pozostawiają osad, nie psują jednak nawet metalowych wanien.

Ciepłota naszych kąpieli kainitowych waha się od 18—30° R, czyli, że stosujemy zarówno chłodne, jak letnie i bardzo ciepłe kąpiele, zależnie od wskazań i pory roku.

Czas trwania kąpieli podlega również znacznym wahaniom: od krótkotrwałych zanurzań, do przedłużonego 15-to minutowego pozostawania w wannie.

W pewnych warunkach kombinujemy kąpiele potasowe z działaniem gazu, nasycając nasze solanki dwutlenkiem węgla, albo tlenem.

Ponieważ dotychczasowe doświadczenia wskazują nam na to, że działanie kąpieli solankowych opiera się w pierwszym rzędzie na łagodnem pobudzeniu odczynowości ustroju (działanie ergotropowe) przeto stosujemy je wszędzie tam, gdzie taki bodziec jest wskazany w postaci łagodnej a długotrwałej. Dlatego też — pomijając pewne swoiste wskazania, kąpiemy w kainicie nie codzień, lecz zazwyczaj co drugi dzień, lub 3 razy na tydzień przez 4 do 6 tygodni. W ten sposób otrzymujemy 12—18 razowe serje. Jeżeli kuracja składa się z kilku seryj, to pozostawiamy 1—2 miesięczne pauzy, pomiędzy poszczególnemi serjami. 24-ro wzgl. nawet 48-o godzinne interwale pomiędzy poszczególnemi kąpielami uważamy za konieczne ze względu na potrzebę uniknięcia sumowania się ujemnych faz odczynu ustroju na bodziec kąpielowy.

Jeżeli teraz chodzi o poszczególne *wskazania* solanek potasowych, jako kąpieli, to podnieść należy, że główną domeną tych zabiegów są cierpienia przewlekłe.

1) *Rachitis.* Mamy wrażenie, że kąpiele kainitowe wspierają wybitnie swoiste leczenie krzywicy lampą kwarcową wzgl. naświetlaną ergosteryną (Vigantol, Vitavit). Dodajemy do kąpieli ½ kg kainitu na małą, niemowlęcą wanienkę i kąpiemy niemowlęta 3 razy na tydzień przy ciepłocie 28½° R. przez 5—6 minut. O ile równocześnie naświetlamy lampą kwarcową, to stosujemy naświetlania również 3 razy na tydzień, ale w dni wolne od kąpieli, czyli przeplatamy naświetlania kąpielami kainitowemi. Zazwyczaj wystarcza skombinowana serja 12 naświetlań i 12 kąpieli, w ciągu 4-ch tygodni. Kąpiele kainitowe w krzywicy są przedewszystkiem wskazane tam, gdzie z powodów zewnętrznych (prowincja) nie możemy leczyć krzywicy naświetlaniami, a stosujemy naświetlaną ergosterynę. Przy leczeniu ergosteryną odpada zupełnie czynnik ergotropowy naświetlania lampą kwarcową, bezwątpienia bardzo pożądany i pożyteczny, który możemy łatwo wprowadzić do leczenia Vigantolem czy Vitavitem przez kąpiele kainitowe.

2) *Gruźlica.* Najważniejszą domeną leczniczych kąpieli kainitowych i langbajnitowych stanowią dzieci z dodatnim odczynem Pirquet'a, a nie wykazujące żadnych widocznych objawów gruźlicy, po za objawami ogólnemi (niedokrewność, astenja, brak łaknienia). Kąpiele te działają tu tak wybitnie, że nawet laik spostrzega ich dobroczynny wpływ na ustrój. Spostrzegamy tu przedewszystkiem wyraźne działanie na stan psychiczny chorego. Wkrótce po rozpoczęciu kąpieli — o ile nie nastąpiło przedozowanie — o którem później — możemy spostrzegać u chorego euforję, oraz zwiększenie się elastyczności i turgoru. Łaknienie polepsza się albo już w ciągu kuracji, albo przy jej końcu, względnie w interwalu, po pierwszej serji kąpieli. Warunkiem ujawnienia tego działania kąpieli jest oczywiście jednoczesne umiejętne leczenie dietetyczne przedewszystkiem zaś stojąca na wyżynie ***technika podawania pożywienia.*** Zjawiska te przypominają analogiczne działanie naświetlań promieniami pozafjołkowemi. Można je też przez równoczesne, lecz alternujące naświetlania lampą kwarcową spotęgować (serje po 12—18 kąpieli i 12—18 naświetlań). W przeciwieństwie jednak do naświetlań lampą kwarcową możemy stosować bez obawy kąpiele kainitowe nawet w przypadkach uczynniającej się sprawy gruźliczej (podwyżki ciepłoty!), w których przejściowo wolimy rezygnować z intenzywniejszych bodźców ergotropowych. Przeprowadzamy wtedy kąpiele kainitowe aż do osiągnięcia bezgorączkowego stanu, poczem przerywamy wszelkie zabiegi na 4—6 tygodni, by wreszcie powtórzyć serję kąpieli, kombinując je tym razem z ostrożnemi naświetlaniami.

Mamy wrażenie, że niezależnie od wymienionych wyżej dobroczynnych tych zabiegów na ogólny stan naszych chorych, osiągamy tą drogą przyspieszenie biologicznego skompensowania sprawy gruźliczej oraz wzmożenie ogólnego oporu ustroju w stosunku do objawów *parallergicznych* t. j. znanej powszechnie gotowości i skłonności osobników gruźliczych do banalnych zakażeń kataralnych i tak zwanych (fatalnie!) „zaziębień“. To też stosujemy bardzo chętnie kąpiele kainitowe w tym specjalnie celu w lecie, dla osiągnięcia u naszych dzieci jaknajwyższego stopnia naczynioruchowej sprawności skóry i błon śluzowych („zahartowanie“). Zalecamy wtedy kąpiele kainitowe na otwartem powietrzu i słońcu w sposób następujący: Do dużej balji lub drewnianej wanienki, wkopanej najlepiej w ziemię, nalewamy wody i rozpuszczamy w niej 2—5 kg kainitu. Roztwór ten wystawiony na operację

słoneczną przybiera ciepłotę wody stojącej (około 13—16° R.). W wodzie tej polecamy zanurzać naszych chorych na przeciąg kilkudziesięciu sekund, poczem pozwalamy im bawić się na słońcu, nago wzgl. w majteczkach kąpielowych, dopóki nie obeschną. Procedurę tę powtarzamy 2—4 razy w ciągu przedpołudnia, w zależności od ciepłoty powietrza i stanu chorego. W upały pozwalamy dzieciom zanurzać się tak często, jak tego odczuwają potrzebę. Takie kąpiele kainitowe na otwartem powietrzu w połączeniu z działaniem insolacji wpływają niesłychanie dobroczynnie na ogólny stan zdrowia, wzmagają opaleniznę, podnoszą opór ustroju na banalne zakażenia, usuwają męczące działanie upału. Podobne są w swem działaniu do kąpieli morskich i zabawy na plaży. Można je powtarzać aż do nastania dni chłodniejszych i w ten sposób stopniowo przyzwyczajać dzieci do coraz to brutalniejszych zmian ciepłoty powietrza i wody. U dzieci wątłych i bardzo delikatnych rozpoczynamy podobną kurację od stopniowego naświetlania słońcem całego ciała i zmywania wyżętym ręcznikiem, zamaczanym w roztworze kainitu. Uważać naturalnie należy na gatunek i właściwości skóry, gdyż kainit posiada własności drażniące i na przeróżne sprawy skórne może wpływać ujemnie.

Kąpiele kainitowe na otwartem powietrzu zasługują zdaniem naszem na szczególną uwagę wszędzie tam, gdzie wyjazd nad morze lub do kąpielisk solankowych jest niemożliwy lub niewskazany, nadając się do stosowania na szeroką skalę na kolonjach letnich, w miejscowościach piaszczystych, a pozbawionych pewnego miejsca do kąpieli, dalej w miejscowościach klimatycznych górskich i podgórskich, pozbawionych solanek naturalnych. Mamy wrażenie, że dzięki naszym kąpielom kainitowym, szczególniej w okolicach podgórskich (do 500 m ponad poziom morza) osiągamy wyniki lepsze, niż w kąpieliskach położonych wyżej lub nad morzem, gdyż kombinujemy tu działanie podgórskiego klimatu z intenzywnem działaniem solanki kainitowej, jednej z najczynniejszych, jakiemi możemy rozporządzać.

3. *Neuropathia, Asthenia, Anorexia idiopathica, Status lymphaticus.* Zupełnie analogiczne usługi oddają nam kąpiele kainitowe w postępowaniu z dziećmi wątłemi, niedożywionemi, blademi, astenicznemi, o wybitnych cechach neuropatycznych i na tem tle występującym braku łaknienia, lecz wolnych od zakażenia gruźliczego. Umiejętne dawkowanie, zastosowane do właściwości osobniczych chorych jest tu również bardzo ważnym warunkiem powodzenia. Chodzi nam przecież w tych przypadkach przedewszystkiem o tonizowanie systemu nerwowego przez łagodne, ogólnie działające bodźce. Przedawkowanie zatem może tu wywołać skutek wręcz przeciwny. Ważnem bardzo wskazaniem dla energiczniejszych już kąpieli solankowo-kainitowych jest również przerost migdałków i przerosty adenoidalne. Jesteśmy zdecydowanymi zwolennikami konserwatywnego leczenia przerostu migdałków i tylko pod bezpośrednim nakazem absolutnych wskazań decydujemy się na polecenie operacji. W olbrzymiej więc większości takich przypadków stosujemy najpierw kilka seryj kąpieli lub natrysków kainitowych, kombinując je z naświetlaniami lampą kwarcową w zimie, lub działaniem słońca i klimatu w lecie. Wyniki mamy tak zadawalniające, że nie żałujemy nigdy powstrzymania rodziców od radykalnego zabiegu. Stosujemy tu jednak przeważnie maksymalnie stężone kąpiele kainitowe, bliskie granicy tolerancji.

4) Nie ulega dla nas najmniejszej wątpliwości, że skala wskazań kąpieli kainitowych da się jeszcze znacznie rozszerzyć, a z pewnością także przenieść na cierpienia dorosłych. Może doświadczenia nasze zainteresują internistów i spowodują wypróbowanie kąpieli kainitowych w schorzeniach analogicznych, jak również w wielkim dziale schorzeń przemiany materji oraz cierpień reumatycznych i artretycznych. Już dzisiaj istnieje szereg danych, pozwalających przewidywać, że kainit i tu stanie się poważnym czynnikiem leczenia fizykalnego i balneologicznego. Intenzywność działania na ustrój, taniość soli potasowych oraz łatwość ich użycia wszędzie i we wszystkich warunkach każą przypuszczać, że stosowanie solanek kainitowych i langbajnitowych znajdzie niebawem bardzo szerokie zastosowanie.

W ciągu tych kilku uwag kładliśmy ciągle nacisk na racjonalne dawkowanie kąpieli solankowych. Skutki przedawkowania wywierają wyraźnie szkodliwy wpływ na ustrój. Dowodzi to, że kainitowe kąpiele nie są środkiem obojętnym i potwierdza naszą tezę o wartości leczniczej owej soli.

Przedawkowanie objawia się przedewszystkiem przez uczucie osłabienia, zmęczenia, depresji psychicznej, utratę łaknienia, lub znaczne podrażnienie nerwowe, zły sen i ból głowy. I te zjawiska przypominają objawy przedawkowania działań ergotropowych. Aby ich uniknąć należy kierować się nie tylko absolutnemi ogólnemi wskazaniami, lecz dostosowywać technikę kąpieli kainitowych do właściwości osobniczych pacjenta, szczególniej do ogólnej pobudliwości nerwowej. Dzieci pobudliwe, należące do typu eretycznego — według starej a bardzo pożytecznej terminologji — należy traktować oględniej, unikając przedewszystkiem wyższych stężeń solanek oraz wyższej ciepłoty kąpieli. Dokładna obserwacja efektów pierwszych kąpieli dać nam może cenne wskazówki o sposobie reagowania danego ustroju na bodziec kąpielowy i spowodować ściślejsze dostosowanie się do warunków osobniczych. Pamiętać jednak należy, że ostateczne efekty zabiegów kąpielowych mogą ustalić się dopiero po przebyciu pewnej ujemnej fazy działania, nie rzadko dopiero w okresie interwalu po ukończonej serji. Ewentualne, nie dające się uniknąć objawy ujemnej fazy można skompensować czy to przez zalecenie unieruchomienia pacjenta na pewien czas w ciągu dnia, podczas trwania kąpieli, czy też przez podawanie bromu w małych ilościach. Ten ostatni sposób jest wielce polecenia godny w przypadkach dzieci neuropatycznych, ruchliwych, o wysokim poziomie podstawowej przemiany materji i daje doskonałe wyniki.

Teoretyczne uzasadnienie powyżej naszkicowanych spostrzeżeń da się ustalić z całą ścisłością dopiero po przeprowadzeniu szczegółowej analizy eksperymentalnej działania kąpieli kainitowych na ustrój oraz wykazaniu różnicy w działaniu kainitu w porównaniu do innych solanek. Badania takie muszą dotyczyć tak bezpośrednich efektów poszczególnych zabiegów kąpielowych w najrozmaitszych warunkach, jak też wyników całych seryj kąpieli.

Piśmiennictwo na ten temat, szczególniej jeżeli chodzi o działanie solanek potasowych jest niesłychanie ubogie, tak, że niepodobna skonstruować sobie zadowalniającej teorji działania kąpieli kainitowych tylko na podstawie danych piśmiennictwa. Dlatego prowadzimy obecnie na klinice na szerszą skalę zakrojone badania eksperymentalne nad mechanizmem działania kąpieli kainitowych, które z pewnością doprowadzą nas do ustalenia najważniejszych podstaw teorji kąpieli potasowych.

Tymczasem ograniczamy się jedynie do wskazania trzech dróg któremi może kroczyć mechanizm działania kąpieli solankowych. Pierwsza — to działanie bodźca kąpielowego na zakończenia nerwów, które musi wpływać tak na obraz krwi, jak na równowagę zasadowo-kwasową ustroju (F ö l s c h oraz H i l l e), poziom cukru we krwi, pobudliwość odruchową (B e h r m a n n i K o c h m a n n, T r a u t w e i n), gotowość naczynioruchową (S t a h l — metodą G r ö e r a) napięcie wegetatywnego systemu nerwowego (G l a s e r i V o l l m e r) wielkość przemiany materji (H e u b n e r, L a n g s t e i n i R i e t s c h e l).

Drugą drogą, którą może działanie kąpieli osiągnąć podobne wyniki jest bezpośredni, drażniący wpływ na tkankę skóry, powodujący pewne zmiany w ustroju drogą krwi i soków tkankowych (działanie chemiczne, wedle systematyki wpływów na skórę G r ö e r a).

Trzecią wreszcie — jest możliwość na którą zwrócili uwagę L e y oraz F r a n k e n h ä u s e r. F r a n k e n h ä u s e r wykazał, że podczas kąpieli solankowych przyskórek nasyca się solami, których obecność na skórze wpływa na wydzielanie wody przez skórę i w ten sposób także na gospodarkę wody i ciepła ustroju. Obecność soli kąpielowych w skórze, które po seryjnych kąpielach solankowych utrzymują się wedle L e h m a n n'a przez czas dłuższy po ukończeniu zabiegów — nie może być bez znaczenia dla odczynowości skóry, szczególniej w stosunku do wpływu wahań bodźców cieplnych. L e y przypuszcza, że taka impregnacja przyskórka przez sole musi wpływać na stan jonów w skórze i w ten sposób zmieniać pewne czynności chemiczne skóry, jak również wpływać na jej elementy nerwowe. Wszystkie te możliwości są w badaniach naszych uwzględnione pod kątem widzenia specjalnie intenzywnego działania jonu potasu na odczynowe elementy skóry, za którem przemawiają doświadczenia H e c h t'a i W a g n e r a.

Możliwości działania soli potasowych na skórę, a przez nią na cały ustrój jest tak wiele, że nie potrzebujemy się wcale uciekać do przypuszczenia radioaktywności kainitu i langbajnitu, aby wyjaśnić leczniczy wpływ tych solanek. Podkreślamy to dlatego, że radioaktywność naturalnych soli potasowych jest jeszcze przedmiotem sporu, a rzekomy brak własności radioaktywnych — powodem sceptycyzmu w odniesieniu do skuteczności solanek kainitowych. Tymczasem nasze rodzime sole potasowe bez uciekania się do sztucznie skonstruowanych przypuszczeń na temat mechanizmu ich działania stanowią bardzo wartościowy środek leczniczy, zasługujący na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Piśmiennictwo.

B e h r m a n n i K o c h m a n n: Ther. d. Gegenwart 1903. — F ö l s c h: Zeitschr. f. Wiss. Bäderkd. 1922. — F r a n k e n h ä u s e r: B. Kl. W. 1903. Nr. 28. — H i l l e: Arch. f. Kinderh. — L a n g-

stein u. Rietschel: Z. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoff. 1908. Lehmann: cyt. według Bischoff'a, Arch. f. Kinderh. 86. 1928. Ley: cyt. wedle Bischoff'a. — Stahl: Med. Kl. 1923. Nr. 50 i D. med. Wochenschr. 1924. Nr. 35. — Trautwein: cyt. wedle Bischoff'a. — Vollmer: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 40. 1924. — Wagner i Hecht: Ibid. 33. 1923.

Kazimierz PELCZAR, asyst. zakł. pat. og. i eksp. U. J. Kraków.

Badania nad odpornością w raku.

Rozliczne prace lat ostatnich nad tzw. odpornością ustroju w raku, nie wyświetliły w zupełności istoty tej sprawy, nie potrafiono nawet do tej pory ustalić, czy chodzi o jakąkolwiek odporność, zrozumianą jako obecność niweczników w ustroju na raka odpornym skierowanych przeciw komórce rakowej, czy też o brak w ustroju odpowiednich warunków, któreby wzrost i rozwój raka wspierały lub wogóle umożliwiały.

Że odporność pewnego rodzaju w stosunku do raka istnieje, tego dowodzą rozliczne prace doświadczalne zwłaszcza nad rakiem przeszczepialnym i nad rakiem smołowym, przyczem odporność taka, jak się okazało, jest związana nietylko z jakiemiś nieznanemi właściwościami gatunkowemi, ale i osobniczemi zwierząt.

Opierając się na wynikach badań Lignac'a 1) i współpracowników Roskin'a 2), Brüda 3), możemy sądzić, że za pomocą oddziaływania na t. zw. układ siateczkowo śródbłonkowy czy to przez t. zw. zaczopowanie za pomocą barwików, koloidów i t. p., czy też przez usunięcie śledziony udaje się z jednej strony wywołać odporność na nowotwory przeszczepialne w obrębie tego samego gatunku, z drugiej zaś doprowadzić do usunięcia odporności gatunkowej. Doświadczenia te dowodzą również pewnego rodzaju związku między układem siateczkowo śródbłonkowym, zwłaszcza jego niektóremi elementami t. j. makrofagami a powstawaniem i wzrostem nowotworów. Świadczą o tem również liczne prace, w których posługiwano się hodowlą tkanek nowotworowych *in vitro*. Pozatem niektóre sposoby leczenia, jak stosowanie przy nowotworach zawiesiny koloidów, metali, dalej leczenie promieniami, związane są również z pewnymi odczynami w układzie siateczkowo-śródbłonkowym.

Z prac Bielinga i Izaaka nad związkiem jaki zachodzi między odpornością wogóle, a układem siateczkowo śródbłonkowym, wynika, że układ ten odgrywa pewną rolę nietylko w odporności wrodzonej ale i przy powstawaniu ciał odpornościowych, a tem samem też i w innych sprawach związanych ze sprawami allergji. Biorąc pod uwagę z jednej strony stosunek niektórych elementów układu siat. śródbłonkowego do powstawania nowotworów, co ostatnio zwłaszcza Bostroem 5) podnosi, z drugiej znowu rolę układu siat. śródbł. w różnych sprawach związanych z odpornością lub z jej stanami, zbadaliśmy z H. Auler em 6), 7), sprawę wzrostu i przeszczepialności nowotworów, czyli sprawę odporności nowotworowej w różnych okresach uodpornienia.

Badania przeprowadzaliśmy na myszach w trzech grupach. W pierwszej grupie przeszczepialiśmy w kilku pokoleniach nowotwór mięsaka 37 raka 63 z myszy prawidłowej na myszy *uodparniane surowicą końską, drogą dożylną*. Przeszczepianie nowotworów odbywało się stale w okresie uodparniania a więc w okresie, w którym nie doszło jeszcze do wytworzenia niweczników przeciwko surowicy końskiej.

W drugiej grupie uodpornialiśmy zarówno myszy z nowotworami jak i normalne *surowicą szczurzą*, następnie guzy ze zwierząt normalnych przenosiliśmy na zwierzęta uodparniane i z nich znowu na takie same kilkakrotnie. Doświadczenia tej grupy odpowiadają doświadczeniom grupy pierwszej.

W trzeciej grupie doświadczeń przenosiliśmy guzy ze zwierząt normalnych na zwierzęta już *uodpornione* na białko obcogatunkowe, tj. tak surowicę końską jak szczurzą.

W tym szeregu przenosilśmy też nowotwory ze zwierząt uczulonych na zwierzęta normalne.

Z doświadczeń pierwszego i drugiego szeregu wynika, że guzy w okresie zastrzyków wśródżylnych białka obcogatunkowego rosły inaczej niż nowotwory na zwierzętach normalnych i łatwo ulegały rozpadowi. O ile jednak nowotwory takie przeszczepialiśmy w okresie uodporniania białkiem na inne zwierzęta znajdujące się również w okresie uodporniania, to nowotwory rosły początkowo dość szybko, cofały się jednak następnie. Dalsze przeszczepianie nowotworów jeszcze w okresie ich wzrostu dawało te same wyniki, t. j. początkowo silny wzrost z późniejszem cofaniem się i to zarówno przy przeszczepianiu na zwierzęta normalne jak i uodparniane, jednakowo w przypadkach raka i mięsaka jak i w przypadkach guzów powstałych ze śledziony zwierząt nowotworowych przeszczepianej metodą Blumenthala, Aulera i Soleckiej 8). Wzrost dość silny tych guzów trwał przeważnie około 12 dni, następnie wszystkie guzy się cofały przy równoczesnem zabliźnieniu, przyczem zwierzęta pozostawały przy życiu.

Badanie śledziony zwierząt w okresie zastrzyków białka obcogatunkowego wykazało w okresach początkowych znaczne jej powiększenie i przekrwienie.

Z trzeciej grupy doświadczeń, w których przenosiliśmy nowotwory na zwierzęta *uodpornione* lub też z *uodpornionych* na *normalne* stwierdziliśmy, że nowotwory takie nie przyjmują się zupełnie, o ile stopień uodpornienia zwierząt jest znaczny, to znaczy jeżeli przeszczepianie ze zwierząt normalnych odbywało sie na zwierzęta uodpornione wieloma zastrzykami białka i to po dłuższym okresie czasu od ostatniego wstrzyknięcia. Guzy, które przyjęły się na zwierzętach *słabo uodpornionych* i które po pewnym czasie po ostatniem wstrzyknięciu, takim jaki jest potrzebny dla powstawania odporności, zdołały się utrzymać, przeniesione na zwierzęta normalne nie przyjmowały się. Z tej grupy doświadczeń wynika, że można za pomocą uodpornienia ustroju białkiem obcogatunkowem wywołać stan, który uniemożliwia przyjmowanie się nowotworów z tego samego gatunku zwierząt, lecz nie uodpornionych. Stan ten równałby się więc nabytej odporności nowotworowej.

Z wszystkich tych trzech grup doświadczeń, wynika, że stopień przyjmowania się i wzrostu nowotworu zależy jedynie od okresu uodpornienia białkiem obcogatunkowem w jakim nowotwory były przeszczepione, nie zależy od rodzaju białka. Dalej, że sprawy związane z powstawaniem niweczników toczące się w ustroju, a tem samem i w podłożu, (stroma), na którym się rak rozwija, wpływają na wzrost nowotworu i zmieniają jego charakter, powodują zmiany w jego wzroście przy dalszem przeszczepianiu niezależnie od tego czy chodzi o zwierzę uodparniane czy nie. Czy chodzi tutaj o pewne sprawy fermentacyjne w ustroju, jakie podczas stosowania pozajelitowego białka obcogatunkowego mogą wchodzić w rachubę, tego stwierdzić na razie nie można. W okresie tym przychodzi zwykle do przekrwienia i wzmożonej czynności śledziony, które jak z doświadczeń grupy pierwszej i drugiej wynika wpływa ujemnie na wzrost nowotworu, nie przeszkadza jednak jego przyjęciu się.

Inaczej ma się sprawa z przeszczepianiem nowotworów ze zwierząt normalnych na zwierzęta już uodpornione, albowiem w tym okresie nie można już mówić o wzmożeniu czynności ustroju w myśl teorji Weichardta 9), jest to bowiem okres ustalenia się odczynów, w któ ym niweczniki już istnieją. Możnaby więc przypuścić, że wytworzenie się pewnych ciał odpornościowych, które nie są skierowane przeciwko nowotworowi, stanowi o przyjmowaniu się nowotworów. Świadczyłoby to więc o tem, że odporność nowotworowa nie jest sprawą swoistą, nie jest związana z istnieniem ciał skierowanych przeciwko nowotworowi, ale, że nowotwór w danym ustroju nie może znaleźć odpowiedniego środowiska dla swego wzrostu. Jest więc rzeczą możliwą, że inne czynniki niż w ustroju normalnym nieuodpornionym, z którego guzy przeszczepialiśmy mogły stanowić przeszkodę w przyjęciu się guzów na zwierzętach uodpornionych.

Doświadczenia te stałyby w pewnym związku z pracami Lignaca i współpracowników, którzy zauważyli pewną zależność przeszczepialności nowotworów od stopnia zaczopowania układu siat. śródbł. barwikami koloidalnemi. Wyniki ich doświadczeń były podobne do tych, jakie otrzymaliśmy przy przeszczepianiu guzów ze zwierząt normalnych na zwierzęta uodpornione i naodwrót. Może więc w tym przypadku zachodzić jakiś osobliwy związek między układem siateczkowo śródbłonkowym, a obecnością niweczników i nowotworami. Możnaby w tym przypadku przypuścić obecność nieswoistych niweczników komórkowych związanych z komórkami układu siat. śródbłonkowego, któreby wzrost nowotworu wspierały lub wstrzymywały.

Na związek taki wskazują również prace Roskina nad heterotransplantacją nowotworów, który blokując zwierzęta przez dłuższy czas, mógł na nie przeszczepiać nowotwory ze zwierząt innego gatunku. Wyniki tych doświadczeń stałyby w pewnem przeciwieństwie do wyników doświadczeń Lignaca. Z jednej bowiem strony jak u Lignaca pod wpływem zaczopowania wytwarzałaby się odporność w obrębie tego samego gatunku, z drugiej zaś jak w pracach Roskina zaczopowanie znosiłoby odporność obcogatunkową. Sprzeczności te można jednak tłumaczyć tem, że w obu tych pracach autorowie nie posługiwali się temi samemi gatunkami zwierząt, oraz tem, że różny stopień

i okres t. zw. zaczopowania są czynnikami, które w bardzo wielkim stopniu mogą różnie wpływać na bieg i wynik doświadczeń.

Z licznych prac nad przeszczepianiem nowotworów z jednego gatunku zwierząt na drugi, wynika, że przeszczepianie takie (heterotransplantacja) udaje się tylko w pewnych osobliwych warunkach.

Shirai 10) przenosił mięsaka szczura wszczepiając go do mózgu myszy, królików, świnek morskich; przeszczepianie do innych organów było bezskuteczne.

Murphy 11) przenosił mięsaka Jensena na zarodki kurze Nather 12) raka myszy na króliki, których odporność zmieniał przez wielokrotne szczepienie uprzednie.

Są to więc oprócz jeszcze nielicznych udanych przeszczepień przypadki wyjątkowe, wywołane osobliwymi warunkami, bądź też miejscowymi, bądź ogólnymi ustroju na który przenosimy. To też Maisin i Sturm 13) uważają, że odporność na nowotwory obcogatunkowe związana jest ze swoistym odczynem układu chłonnego podłoża a Fischer-Vasels 14) słusznie stwierdza, że nie znamy jeszcze dotąd żadnego sposobu, któryby pozwalał przeszczepiać nowotwory obcogatunkowe za wyjątkiem mięsaka Rousa.

Prace nasze nad odpornością skierowaną przeciwko nowotworom przeszczepialnym obcego gatunku wykonaliśmy stosując podobnie jak w poprzednich doświadczeniach wstrzykiwania śródżylne surowicy z tą różnicą, że wstrzykiwaliśmy zwierzęciu na które przenosiliśmy nowotwory surowicę z tego gatunku z którego pochodził przeszczepiony nowotwór.

W doświadczeniach naszych uodparnialiśmy szczury surowicą mysią i na szczury takie przeszczepialiśmy nowotwory t. j. mięsak 37 i rak 63 mysie. Zależność wzrostu nowotworów i ich przyjmowania się od stanu uodpornienia zaznaczyła się i w tym szeregu doświadczeń, o ile bowiem w żadnym przypadku nie udało się przeszczepić nowotworu z myszy normalnej na szczura będącego w okresie uodpornionego słabo, o tyle zdołano je przeszczepić na szczury uodpornione silnie, a więc takie, które otrzymały 6—7 wstrzyknięć surowicy mysiej. W 3—6 tygodni po ostatniem wstrzyknięciu przychodziło do powstania nowotworów w 60%. Nowotwory przeszczepione różniły się nieco o ile chodzi o budowę histologiczną od guzów pierwotnych. Guzy te przeszczepione dalej na szczury normalne t. j. nieudpornione na białko mysie nie przyjmowały się z wyjątkiem dwóch przypadków, w których można było stwierdzić wśród powstałej po przeszczepieniu guza tkanki ziarninowej ograniczone bujanie śródbłonków naczyń.

W przypadkach, w których zwierzęta były dostatecznie uodpornione na surowicę mysią jest to o tyle ciekawe, że w warunkach tych tkanka mysia w ustroju szczurów uodpornionych na surowicę mysią, powinna ulegać cytolizie. W tym przypadku mogliśmy przypuszczać, że przy przyjmowaniu się nowotworów mysich w ustroju szczura, obecność niweczników skierowanych przeciwko białku mysiemu nie tylko nie przeciwdziałała rozwojowi raka mysiego w ustroju szczura, ale wspomagała jego wzrost. W tym więc przypadku mogłoby chodzić o jakiś odczyn swoisty. Jest jednak rzeczą prawdopodobną, że liczne po sobie następujące wstrzyknięcia białka mysiego mogły sprowadzić w organizmie szczura pewne głębsze zmiany może w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, które umożliwiały przyjmowanie się nowotworu nawet obcogatunkowego.

Doświadczenia Brüdda, który zdołał przeszczepić nowotwory obcogatunkowe na zwierzęta pozbawione śledziony, ale tylko w pewnym okresie czasu po jej usunięciu, wskazują na to, że wzrost i rozwój nowotworu w ustroju innego gatunku jest związany z pewnym tylko stanem układu siat. śródbłonkowego. Nie możemy więc przyjąć teorji Karla Lewina 15), który w heterotransplantacji widzi jedynie czynnik wzbudzający.

Możemy więc twierdzić, że przeszczepialność nowotworu zmienia się wskutek różnych spraw odpornościowych nieswoistych. Jest więc związana tylko z istnieniem pewnych odczynów czy też stanów w ustroju, które dla rozwoju i wzrostu lub też wogóle przyjęcia się *danego typu komórki* nowotworowej nie są odpowiednie lub je wspierają.

II.

Prace nad przemianą materji komórki nowotworowej wskazują dobitnie, że oprócz różnic jakie zachodzą między przemianą materji komórki nowotworowej i normalnej a polegających na różnicy składu białek, soli oraz na innej przemianie węglowodanowej, zachodzą także zasadnicze różnice w składzie i gospodarce jej lipoidów.

Różnice w składzie lipoidów komórki nowotworowej polegają wedle prac Bullocka i Cramera 16), Roffo i innych na zwiększonej naogół ilości fosfatydów, przyczem stosunek ich do sterynów jest większy niż normalnie.

Sprawa ta podniesiona ostatnio w badaniach Watermana 17) ma wedle niego przyczyniać się do tego, że stała polaryzacyjna komórki nowotworowej jest inna niż komórki normalnej, a tem samem i jej przepuszczalność dla rozmaitych katjonów jest zasadniczo różna od komórki normalnej.

To też w biologji komórki nowotworowej zaznacza się jej pewna niezależność od reszty ustroju, określona jako t. zw. autonomja komórki nowotworowej. Niezależność ta według prac Kaminera i Freunda 18) polegałaby na tem, że komórki nowotworowe są odporne na działanie czynników litycznych ustroju chorego na raka. Właściwości te mają polegać na obecności w ustroju rakowym pewnych połączeń nienasyconych kwasów dwukarbonowych, oraz jak to Waterman podkreśla na specjalnym składzie lipoidów samej komórki nowotworowej.

Dalej jest rzeczą znaną z prac Rony i Lasnitzky'ego, Brahn'a 19), Buxtona i Schaffera 20), Falka, Sugiury i Noyesa 21) i innych, że zawartość zaczynów lipotycznych komórki nowotworowej jest mniejsza niż komórki normalnej, a nawet ma ich w niej zupełnie nie być.

Z drugiej strony zdołano stwierdzić pewien wpływ lipoidów, tak sterynów jak i fosfatydów, na wzrost i rozwój nowotworu zwierząt doświadczalnych. Prace Bernsteina 22), Morawecka 23), dawniejsze prace P. Rondonie'go 24) i innych nie dają jednak dostatecznej odpowiedzi na rolę lipoidów w tej sprawie. Badali oni wpływ wstrzykiwań lipoidów jak i wpływ karmienia niemi na wzrost nowotworów, zarówno jednak metody zastosowane jak i wyniki badań nie były zgodne.

W ostatnim roku ukazały się prace Surányiego 25), w których autor dowodzi pewnego antagonizmu sterynów l fosfatydów na bieg spraw odpornościowych w ustroju. Wynik tych prac jak i wynik prac Goebla i Gnoińskiego 26), oraz Leitesa 27), nad stosunkiem przemiany lipoidów do układu siateczkowo śródbłonkowego wskazują na to, że lipoidy prawdopodobnie przez elementy ukł. siat. śródbł. odgrywają znaczną rolę w sprawach odpornościowych ustroju. Gdy przyjmiemy do tego jeszcze, że według ostatnich badań Fuchsa, Hartmana, von Falkenhausena 28) istotą różnic serologicznych a tem samem i istotą specyficznych odczynów w różnych sprawach chorobnych a między innemi i w raku są różnice w lipoidach adsorbowanych przez białka w surowicy, to można tem słuszniej przypuścić ich znaczną rolę we wielu sprawach związanych z odpornością.

To też postanowiliśmy zbadać, w jakim stopniu wpływają lipoidy na wzrost i przeszczepialność nowotworów szczepionych u szczurów i myszy. Opierając się na naszych uprzednich badaniach, w których mogliśmy stwierdzić pewną zależność biologiczną komórki nowotworowej od różnych stanów uodpornienia w ustroju, wykonaliśmy badania nad odpornością nowotworową posługując się lipoidami wraz z białkiem. Prace Landsteinera, Sachsa, Klopstocka i innych wykazały, że lipoidy w połączeniu z białkiem mogą działać jako wywoływacz. Jakkolwiek nie zdołano jeszcze określić roli białka w tych sprawach, to jednak można wnioskować z prac powyższych autorów, że gra ono w nich rolę zasadniczą, t. j. sprawia swoją obecnością w mieszaninie z lipoidami to, że ustrój wytwarza niweczniki lipoidowe. Nie jest jednak rzeczą wiadomą w jakim stopniu różne białka odpowiadają temu zadaniu. Używana przez Klopstocka surowica świńska była najodpowiedniejszą w tym wypadku.

W pracach naszych posługiwaliśmy się mieszaniną białka i fosfatydów, które w postaci zawiesiny w fizjologicznym roztworze soli wstrzykiwaliśmy wśródżylnie zwierzętom. Doświadczenia wykonaliśmy na trzech grupach zwierząt.

W pierwszej grupie doświadczeń szczepiliśmy nowotwór tj. mięsaka Jensena szczurom, które otrzymały przed szczepieniem 2 i po szczepieniu 5 wstrzyknięć zawiesiny.

W drugiej grupie szczepiliśmy ten sam nowotwór szczurom po uprzedniej 7-krotnem wstrzyknięciu zawiesiny.

W trzeciej grupie wstrzykiwaliśmy zawiesinę szczurom, które miały rozwinięte nowotwory: mięsaka Jensena, raka Flexnera, lub raka Delta.

Z danych pierwszej grupy wynika, że guzy zaszczepione w okresie wstrzykiwania zawiesiny lipoidów z białkiem rosły b. szybko i przerastały kontrolę, jednak już w 6—8 dniu po ostatniem wstrzyknięciu guzy zaczęły się cofać, tak, że w ciągu 2 do 3 tygodni znikały zupełnie, przyczem zwierzęta pozostawały przy życiu. U zwierząt zabitych w okresie początkowym wstrzykiwań znajdowaliśmy jedynie bardzo znaczne przekrwienie i powiększenie śledziony. Guzy ze zwierząt zabitych w okresie największego wzrostu miały budowę histologiczną dość zatartą, komórki jak gdyby obrzękłe, przyczem wcale nie można było stwierdzić

zmian martwiczych. Tu i ówdzie znajdowaliśmy komórki olbrzymie, ze złogami barwika brunatnego. U zwierząt, u których guzy cofnęły się zupełnie, znajdywaliśmy wyłącznie złogi barwika brunatnego w miejscu guza. Śledziona ze zwierząt, u których guzy się cofnęły, przeszczepiona zwierzętom z guzami rosnącemi, przeszkadzała wzrostowi guza i doprowadzała w ciągu krótkiego czasu do jego wessania.

Doświadczenia grupy drugiej dowodzą, że wstrzyknięcia zawiepo upływie pewnego czasu, dwu tygodni, powodują pewną odporność na mięsaka. Stwierdziliśmy bowiem nieprzyjmowanie się guzów na takich zwierzętach podczas gdy na zwierzętach kontrolnych normalnych guzy z tego samego szczepienia rosły zupełnie dobrze.

W trzeciej grupie doświadczeń wstrzykiwaliśmy dożylnie mieszaniny lipoidów z białkiem zwierzętom z rozwiniętym już mięsakiem lub rakiem. Wyniki były odmienne. Mięsak w okresie wstrzyknięć wykazywał pewne upośledzenie wzrostu, które jednak po krótkim czasie mijało. W niektórych przypadkach jednak, o ile guzy nie były zbyt wielkie, można było doprowadzić do zatrzymania wzrostu i następnie wessania guza. W przypadkach gdzie guzy rosły dalej, chodzi tutaj główne o mięsaki, mogliśmy przy sekcji zwierzęcia stwierdzić w guzie znaczne zmiany martwicze. Ponowne wstrzyknięcie po upływie pewnego czasu doprowadzało do gwałtownego przekrwienia w obrębie guza i do powstania znacznych wybroczyn. Zwierzęta takie ginęły w ciągu 12 godzin po wstrzyknięciu.

U szczurów z rakiem Flexnera lub Delta stwierdziliśmy w czasie wstrzykiwań rozmiękczenie i cofanie się guza. Guzy wykazywały zwyrodnienie torbielowate, przyczem można było wyciągnąć z torebki guza płyn rzadki, brunatny, jałowy. Częstokroć mogliśmy również zauważyć b. znaczny obrzęk naokoło torebki guza. Nie mogliśmy jednak stwierdzić w niej histologicznie żadnych śladów komórek nowotworowych. Guzy te w innych przypadkach cofały się, przy równoczesnem znacznym obrzęku śledziony. W przypadkach mięsaka, w których mogliśmy stwierdzić wzrost guza, śledziona była zwykle mała i niepowiększona, również mogliśmy stwierdzić stłuszczenie wątroby miernego stopnia. W żadnym z tych wszystkich przypadków nie zauważyliśmy skrobiawicy śledziony. Z danych tych trudno wysnuć wnioski o roli lipoidów w tej sprawie; można jednak stwierdzić, że zastosowane w tej formie t. j. w mieszaninie z białkiem wpływają w znacznym stopniu na wzrost nowotworów przy braku głębszych zmian organicznych w ustroju.

Wiadomo z prac Traubego i J. Loeba, że lipoidy są jednym z bardzo ważnych czynników fizyko - chemicznych, które regulują sprawy rozwojowe komórki, związane z jej wzrostem i przemianą.

Lillie 29) uważa, że lipoidy nie same przez się, ale w połączeniu z białkiem komórkowem, które stanowi jakoby zrąb, są dopiero tym czynnikiem, który reguluje sprawy życiowe komórki. Ostatnio Dresel i Sternheimer 30) zwrócili uwagę na stosunek wzajemny lipoidów w komórce w związku ze sprawami układu wegetacyjnego. Zmiany bowiem w stosunku lipoidów mogą prowadzić według Clowesa 31), do odwrócenia ich fazy, co w następstwie mogłoby wpłynąć na odwracalność odczynów, wychodzących z układu współczulnego. Lipoidy komórkowe bowiem względnie ich skład i stosunek byłyby pośrednikiem i regulatorem odczynów komórki ustrojowej na bodźce wychodzące z układu współczulnego. Zmiany w ich układzie bądź to pod wpływem różnicy stężenia jonów czy też czynników humoralnych ustrojowych mogłyby prowadzić do odwrócenia pobudliwości komórki, względnie do t. zw. paradoksalnych odczynów wegetacyjnych.

Biorąc pod uwagę, że wprowadzone do ustroju lipoidy w związku z białkiem mogły działać jako wywoływacz i tem samem wywołać powstawanie swoistych niweczników, można było przypuszczać, w myśl teorji Abderhaldena zwiększenie ilości zaczynów hydrolitycznych.

Mogliśmy jednak też przypuszczać, że po wstrzyknięciu lipoidów obcogatunkowych powstają w ustroju ich produkty rozkładowe więc ciała jak kwasy tłuszczowe oraz cholina i jej pochodne. Mogły więc działać w tym wypadku z jednej strony uwolnione kwasy tłuszczowe zmieniając napięcie powierzchniowe, którego obniżenie według badań Erwina Bauera 32) ma być jednym z rozstrzygających czynników przy wzroście raka w ustroju, z drugiej strony działanie choliny jako wybitnego jadu wegetacyjnego mogłoby powodować zmiany w napięciu układu współczulnego, które jak wynika z prac Tinozziego, Heima, Aulera mają pewien bliżej nieokreślony wpływ na wzrost raka przeszczepionego.

Przypuszczając, że wzmożenie zaczynów lipolitycznych w ustroju może również wszystkie te sprawy związane z rozpadem fosfatydów sprowadzić, używaliśmy w tej serji doświadczeń nad rakiem przeszczepialnym umyślnie przygotowanych wyciągów z jelita i śledziony, które jak stwierdził Sommer w pracowni chemicznej w Grünau rozkładały fosfatydy.

Doświadczenia te przeprowadziliśmy na 40 myszach z CA 37 i SA 63 Blumenthala i 20 szczurach z nowotworami. W ten sposób wyciąg z jelita — rozcieńczony każdorazowo świeżo w roztworze fizjologicznym soli wstrzykiwany dożylnie zwierzętom w ilości 0,1 cm^3 nie sprowadzał następstw ujemnych. Dawka większa np. $^1/_2$ cm^3 5% roztworu zabijała jednak mysz po upływie 12 godzin. We wszystkich przypadkach występował w nowotworze odczyn w postaci silnego przekrwienia w 12 godzin po wstrzyknięciu, poczem guz w ciągu 3 — 4 dni rozpadał się zupełnie przedstawiając martwiczą masę ze śladem rozpadniętych komórek nowotworowych. Po okresie tym o ile guz nie był zbyt wielki przychodziło zwolna do wessania mas nowotworowych, przyczem zwierzę pozostawało przy życiu (44%). W przypadku jednak, gdy guz był stopniowo wielki, masy nowotworowe nie wsysały się, a zwierzę ginęło po upływie 2 — 3 tygodni wśród objawów znacznej chery. Śledziona zwierząt takich jak i nawet śledziona zwierząt zabitych w 3 — 4 dni po wstrzyknięciu przedstawiała bardzo znaczną skrobiawicę.

W doświadczeniach grupy tej można było stwierdzić jako skutek wstrzyknięć rozpad komórek nowotworowych szybki i gwałtowny, bez skłonności jednak do szybkiego zabliźnienia się i cofania rozpadniętych mas nowotworowych przyczem w przypadkach gdy masy rozpadnięte cofały się powoli i były dość znaczne, przychodziło na obwodzie do ponownego rozrostu nowotworu. W przypadkach tych znajdywaliśmy b. znaczne zwyrodnienie skrobiowate śledziony.

Na podstawie wyników tych doświadczeń nie możemy mówić o powstaniu w ustroju jakiejkolwiek odporności przeciwko nowotworowi, a jedynie o zupełnie swoistym wpływie zaczynów lipolitycznych na rosnący guz. Zmiany te występowały szybko i doraźnie, były więc bezpośrednim skutkiem wstrzyknięć, przyczem zarówno wstrzykiwania dożylne jak i wstrzykiwania podskórne, choć nieco wolniej odnosiły ten sam skutek.

* * *

Nie można na podstawie tych badań zdać sobie dokładnie sprawy z mechanizmu tych spraw. Nie byliśmy w stanie stwierdzić, czy lipoidy z białkiem działały tu jako wywoływacz i czy sprawy wywołane w ten sposób nosiły jakikolwiek charakter odporności skierowanej przeciwko nowotworowi.

Wnioskując z doświadczeń w których używaliśmy białka obcogatunkowego lub lipoidów w połączeniu z białkiem, możnaby sądzić, że tak jedne jak i drugie zjawiska, w różnym jednak stopniu, noszą charakter pewnych odczynów nieswoistych, które zmieniają w znacznym stopniu podłoże rosnącego nowotworu, uniemożliwiając jego wzrost i powodując jego wessanie.

W przypadku wstrzyknięcia wyciągów zawierających zaczyny hydrolityczne, możemy sądzić, że chodzi tutaj o działanie czynników skierowanych wyłącznie przeciwko komórce nowotworowej, przyczem jednak odczyn ogólny ustroju nie ulega zmianom, któreby uniemożliwiały dalszy wzrost lub rozwój nowotworu. Działanie zaczynu nosiło więc charakter doraźny i było skuteczne tylko w tych przypadkach, kiedy martwicze masy nowotworowe w niewielkiej ilości mogły ulec wessaniu bez objawów kacheksji.

W ostatnich czasach P. Rondoni 33) ogłosił szereg wyników nad wpływem wstrzykiwań lipoidów z narządów myszy, jak i też z guzu raka, w połączeniu z białkiem, na wzrost nowotworów mysich. Mógł przytem potwierdzić ujemny wpływ tej mieszanki na wzrost nowotworów. Działanie to było o wiele korzystniejsze, niż działanie lipoidów samych lub też samego białka, lecz nie może Rondoni podobnie jak i my na podstawie tych doświadczeń wysnuwać dalszych wniosków o istocie zmian zachodzących w ustroju.

Piśmiennictwo.

1) Lignac: E. u. E. Kreuzwendedich. Krankheitsforsch. 5. H. 2. 1927. — 2) Roskin: Gr. Zt. f. Krebsforsch. 24. H. 6. s. 551. 1927. — 3) Brüda Botho E. Kl. Woch. 7. Nr. 1. S. 27. 1928. — 4) Bieling: 13 Versaml. der Deutsch. mikrob. Gesell. in Bern 1928. — Bostroem, wedł. Otto Strauss: Med Klin. Nr. 45. S. 1687. 1928. — 6) Auler H. u. Pelczar K.: Zt. f. Krebsforsch. Bd. 27. H. 1 u. 2. S. 104. — 7) Pelczar C. et H. Auler: Etude sur l'hétérotransplantation des tumeurs malignes. Annales de la Soc. Scient. de Bruxelles. T. 48. 1928. — 8) Blumenthal,

Auler u. Solecka: Zt. f. Krebsforsch. 25. 229. 1928. — 9) Weichardt, Wolfgang: Method. der Erforsch. unspezif. Beeinfl. Handb. biol. Arbeit. Abt. XIII. Teil 2. H. 5. Urban, Schwarzenberg 1927. — 10) Shirai: Jap. Med. World. Bd. 1. S. 15. 1921. — 11) Murphy: Journ. of. exp. Med. Bd. 17. Nr. 4. S. 483. 1913. — 12) Nather: Klin. Woch. 1923. S. 1499. — 13) Maisin et Sturm: Cpt. rendu de séances de soc. de biol. T. 88. S. 1216. 1923. — 14) Fischer-Vasels B.: Allgemeine Geschwulstlehre. Handb. der Norm. u. Pathol. Physiologie. XIV. B. 1598 S. — 15) Sewin Karl: Zt. f. Krebsforsch. Bd. 27. 1928. H. 1/2. S. 138. — 16) Bullock a. Cramer: Proc. of. the roy. soc. of. London. 87. 1913. — 17) Waterman N.: Zt. f. Krebsforch. Bd. 27. H. 3. 1928. 18) Freund u. Kaminer: Biochemische Grundlagen der Disp. f. Carcinom. Wien Julius Springer 1925. — 19) Brahn: Zt. f. Krebsforsch. Bd. 16. S. 112. 1917. — 20) Buxton u. Schaffer: Journ of Med. Research. Bd. 13. Nr. 5. 1905. — 21) Falk G., H. Noyes u. K. Sugiura: Journ. of. biol. Chem. 59. Nr. 1. 1924. — 22) Bernstein u. Elias: Med. Klin. Nr. 42. 1616. 1927. 23) Moravek V.: Arch. of Clin. Canc. Research Vol. III. Nr. 2. 1927. — 24) Rondoni P.: Zt. f. Krebsforsch. 25. 445. 1927. — 25) Surányi L.: Zt. f. Immunit. f. u. exp. therap. 57. 3/4 1928. — 26) Goebel i Gnoiński: Med. Doświad. i Społ. 8. 1/2. — 27) Leites S.: Bioch. Zt. 186. H. 5/6. S. 436. 1927. — 28) Fuchs H. J. Hartman, v. Falkenhausen: Ueber proteolytische Fermente im Serum od I — IX. Bioch. Zt. Bd. 175. H. 1/3. Bd. 176. 1/3. 178. 1/3. 181. 4/6. — 29) Lillie: Protoplasmatic a. nervous action. Univ. of Chicago press 1923. — 30) Dresel: K. u. R. Sternheimer: Zt. f. Klin. Med. 108. Bd. 1/3. H. 1928. — 31) Clowes: Journ. of. physicl. Chem. 20, 407. 1916. — 33) Bauer E.: Zt. f. Krebsforsch. Bd. 20. S. 358. 1923. — 33) Rondoni P.: Zt. f. Krebsforsch. Bd. 27. H. 5/6. 1928.

Klemens GERNER, asystent. Warszawa.

W sprawie antypeptycznych własności surowicy krwi.

Z I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego
Dyrektor: Prof. E. Żebrowski.

Zagadnienie antypepsyny zamiast przez długi czas pozostać w dziale czystej biologji, zbyt wcześnie weszło do kliniki i zostało powiązane ze sprawą wrzodu trawiennego. Nie dziw jednak, że klinika tak skwapliwie uchwyciła się nowej myśli, łączy się ona bowiem z zagadką biologiczną, którą można wyrazić w zdaniu: dlaczego żołądek nie trawi siebie samego, skoro jest w stanie strawić białko zwierzęce.

Wszedłszy na szeroką drogę nauki o wrzodzie trawiennym, antypepsyna zagubiła się w mnóstwie przypuszczeń, dotyczących patogenezy wrzodu i w nieskończonej liczbie spostrzeżeń klinicznych. W latach ostatnich rozlegają się głosy, że żadnej antypepsyny niema. Jakiż jest istotny stan zagadnienia antypepsyny w świetle starych i nowych spostrzeżeń? Aby dać odpowiedź na ostatnie pytanie, naszkicujemy krótką historję zagadnienia i podsumujemy wynik prac dawnych i nowych.

Przypuszczenie tedy o istnieniu antypepsyny wypowiedział Frentzel[1]) w r. 1891. Danilewski[2]) (1901) poszukiwał jej w warstwie nabłonkowej i w śluzie, pokrywającym śluzówkę żołądka psów. Heusel[3]) poprowadził dalej badania nad antypepsyną i znalazł ją w rozmaitych warstwach ściany żołądka, jednak najwięcej w śluzówce. Weinland[4]) w r. 1903 pierwszy przeniósł sprawę antypepsyny na grunt wrzodu żołądka. Schwarz[5]) w r. 1905 pierwszy stwierdził obecność antypepsyny w rozmaitych narządach ustroju zwierzęcego, z czego wnioskował, że musi ona być obecna i we krwi. W sprawie obecności antypepsyny we krwi pisali: Schnappauf, Camus i Clay, Hahn, Zuntz, Jakoby, Morgenroth, Jochmann i Kantorowicz, Sachs i inni. Pierwszą próbę, która miała określić ilościową zawartość antypepsyny we krwi, podał Oguro[6]). Próba polegała na mieszaniu rozczynu suchej pepsyny z surowicą krwi badanego osobnika. Próbę tę ulepszyli początkowo Jochmann i Kantorowicz[7]), a następnie Liebleiu[8]), wreszcie Kohler[9]) w r. 1923 poprawił próbę Lieblein a. W ostatnich latach przed wojną światową zajęli się sprawą antypepsyny chirurdzy. Pierwszym, który posługiwał się eksperymentem chirurgicznym na zwierzętach celem wykazania antypepsyny był Katzenstein[10]) (1908). Badacz ten wszywał pętlę dwunastnicy i jelit cienkich do żołądka i spostrzegał szybkość ich strawienia. Z doświadczeń tych wynikało, że jelito cienkie ulega strawieniu, dwunastnica zaś opiera się bardzo skutecznie. Katzenstein posunął się dalej w poszukiwaniach. Wykonał on następujące doświadczenie: Do soku żołądkowego, w którym znajdowały się rurki Metta, dodawał on cząstkę śluzówki żołądka i okazywało się, że najbardziej czynny sok żołądkowy nie powodował trawienia białka. Jako kontrolę, autor wykonywał podobną próbę z dodaniem śluzówki jelita czczego i strawieniu ulegało zarówno białko, jak i śluzówka jelita. Katzenstein w pracach swych zebrał przykłady istnienia antypepsyny u czerwi, które pasorzytują w żołądku zwierząt (Nematodes, Cestodes, Akantocephales) i nie ulegają strawieniu. Na oporność czerwi przeciw trawieniu ich w żołądku wzgl. dwunastnicy zwracał uwagę i Weinland[11]). Śladem Katzensteina poszli i inni chirurdzy, jak Kathe[12]) Hotz, Paolo Fiori[13]) i inni. Jako ostatnią z prac, która zapomocą wszywania narządów do żołądka usiłowała wyjaśnić oporność narządów na jego siłę trawiącą, należy wymienić żmudne i pracowite doświadczenia Dragstadta i Vanghu[14]), którzy wszywali rozmaite narządy (jelito czcze, śledzionę, nerki) i nie uzyskali ich strawienia nawet po rocznym pobycie w żołądku. Wniosek autorów: prócz żołądka i inne tkanki są odporne na trawienie, jeśli są dobrze odżywiane. Ten wniosek wyzierał z niejednej pracy z przed 1914 roku (Paolo Fiori, Rusca) lecz nigdzie nie znalazł tak pewnego dowodu.

Praca Dragstadta i Vanghu przemawiałaby za twierdzeniem Johna Huntera[15], iż wyrazem pierwiastka życiowego jest to, że żywe tkanki nie mogą być strawione Jednak sprawa tego opierania się trawieniu nie jest tak prosta, skoro Claude Bernardowi udało się sprowadzić strawienie łapki żywej żaby w przetoce psa. Doświadczenie to wielokrotnie zostało powtórzone z tym samym wynikiem. Wbrew doświadczeniu Claude Bernarda, Neumann[16]) nie mógł spowodować strawienia żabiej łapki, wciągniętej do żołądka innej żaby, gdyż po 5 — 24 godzinach łapka była zupełnie nietknięta trawieniem, mimo że soki żołądkowe posiadały wybitną siłę trawienną. Pavy[17]) z tych doświadczeń wyciągnął zasadę, że żywa tkanka nie może być strawiona przez sok tego samego zwierzęcia, natomiast może być strawiona przez sok zwierzęcia innego gatunku.

Z dorobku po r. 1918 umyślnie już wymieniłem prace Kohlera i Dragstadta i Vanghu, a to w tym celu, aby dać całokształt najważniejszych zdobyczy z dziedziny nauki o antypepsynie. Okres powojenny jest naceechowany rozwojem chemji fizykalnej, która znalazła gorących zwolenników wśród badaczów-lekarzy. Pod kątem tej chemji rozpatruje się obecnie mnóstwo zjawisk. To też prace dotyczące i antypepsyny nie są wolne od tego wpływu. Do takich należy praca Poppera[18]), która odmawia wszelkiej wartości próbie Kohlera, służącej do określania antypepsyny. Dalej praca Mozołowskiego i Hilarowicza[19]), którzy wręcz twierdzą, że niema w ustroju ludzkim żadnej antypepsyny, a jako czynnik obronny przeciw samostrawieniu żołądka wymieniają stężenie jonów wodorowych we krwi. Pośrednio tej samej teorji o funkcji Ph w ustroju trzyma się i Rudolf Balint[20]), który utrzymuje, że wrzody powstają w ustrojach, których tkanki są niedość alkaliczne. Wyjątek w tej grupie powojen-

---

[1]) Przytocz. według Lieblein a V. Mitt. Grenzgeb. 25, str. 391.
[2]) Tamże.
[3]) Tamże.
[4]) Zeitschr. f. Biologie. T. 44, cz. I, str. 1 i cz. II, str. 45.
[5]) Przytocz. według Lieblein a V. Mitt. Grenzgeb. 25, str. 391.
[6]) Przytocz. według Lieblein a V. Mitt. Grenzgeb. 25, str. 391.
[7]) Tamże.
[8]) Tamże.
[9]) Mitt. Grenzgeb. 37 str. 87. 1923.
[10]) Berlin. klin. Wschr. Nr. 39. 1908; Arch. f. klin. Chir. T. 100, str. 939 i T. 101, str. 1 i D. med. Wschr. Nr. 39. 1925.
[11]) Zeitschr. f. Biologie T. 44, cz. I, str. 1 i cz. II, str. 45.
[12]) Berl. klin. Wschr. Nr. 48. 1908.
[13]) Zentrbl. f. Chir. 1911, str. 139; Zentrbl. f. Chir. 1911, str. 890; Zentrbl. f. Chir. 1912, str. 272 i Zentrbl. f. Chir. 1912, str. 544.
[14]) Archives of Surgery VII/3. 1924. — Streszcz. w Pol. Gaz. Lek. Nr. 3. 1925.
[15]) Przytocz. według Katzenstein a M. Berl. klin. Wschr. Nr. 39. 1908.
[16]) Zentrbl. f. alg. Path. u. Path. Anat. 1907.
[17]) Przytocz. według Kathe H. Berl. klin. Wschr. Nr. 48. 1908.
[18]) W. klin. Wschr. Nr. 47. 1925.
[19]) Przegl. chir. 1925 Zesz. 3; Pol. Gaz. Lek. Nr. 22. 1928.
[20]) W. kl. Wschr. Nr. 1. 1926.

nych badaczów — stanowi Einstein[21]), który stara się udoskonalić próby, służące do wykrywania antypepsyny we krwi. W tym celu wprowadza on do swej próby czynnik adsorbcji. Moje prace[22]), dotyczące wrzodu żołądka, zdążają również po drodze hipotezy o antypepsynie.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach historja badań nad antypepsyną. Wróćmy teraz do pytania: jaki jest istotny stan nauki o antypepsynie. Otóż należy z naciskiem podkreślić, że nauka o antypepsynie nie pozbawiona jest kilku faktów, stanowiących dla niej mocną podporę. Za pierwszy taki fakt uważam spostrzeżenie co do pasorzytów przewodu pokarmowego, że nie ulegają one strawieniu w żołądku. W myśl doświadczenia Claude Bernarda winny one ginąć tak, jak łapka żywej żaby. Mam wrażenie, że Ph pasorzytów roli tutaj nie gra, przynajmniej nie wystarczy do objaśnienia zjawiska oporności przeciw sokom trawiennym żołądka. Możnaby jednak roztrząsać zagadnienie pasorzytów w innej płaszczyźnie, mianowicie dowieść, że sok żołądkowy nie działa na nie wskutek ich krótkiego przebywania w żołądku. Tutaj zwolennikom antypepsyny przychodzą z pomocą spostrzeżenia botaników, poczynione nad roślinami białkożernemi. Otóż pokazało się, że te rośliny również są trapione przez swe pasorzyty. W dzbaneczku np., którego zaczyn trawienny rozwija swe działanie w kwaśnem środowisku, wykryto 9 gatunków pasorzytów, które mogą z całą swobodą tam przebywać. Badacz Jensen[23]), który przeprowadzał badania nad temi pasorzytami, stwierdził dalej, że płyn wytłoczony z nich i dodany do mieszaniny, składającej się z pepsyny, HCl i białka, hamuje w sposób zdecydowany trawienie, lecz jeszcze wyraźniejszemu zahamowaniu ulega trawienie w mieszaninie, zawierającej trypsynę i białko. Chyba to spostrzeżenie dwustronnego hamowania trawienia nie nasuwa wątpliwości, że Ph wytłoczyn nie gra tu roli.

Za drugą podporę antypepsyny uważam doświadczenie Katzensteina[24]) z rurkami Metta. Jeśliby ktoś pomyślał, że po dodaniu cząstki śluzówki żołądka trawienie nie wystąpiło tylko wskutek zmiany ph w sposób niekorzystny dla pracy pepsyny, to nie może tego utrzymywać co do próby kontrolnej z dodaniem cząstki jelita czczego, które tem więcej powinno obniżyć ph. Jestem zdania, że próbę tę należy przekontrolować zapomocą ścisłej metody określania ph, jak to w swej pracy uczynili, lecz na innym materjale, Hilarowicz i Mozołowski.

Trzeciem, uzasadnieniem istnienia antypepsyny są wszystkie prace chirurgów, oparte na wprowadzaniu żywych narządów do żołądka. Do tych zaliczam i pracę Claude Bernarda. Zwłaszcza pożyteczna jest przytoczona wyżej zasada Pavy. Póki podpory, o których była mowa, nie zostaną podważone, trudno mówić o upadku teorji o antypepsynie. Stężenie jonów wodorowych nie pozostaje bez wpływu na samoobronę żołądka, lecz nie jest istotą tej samoobrony. Zresztą w ustroju zwierzęcym mamy jeszcze jeden zaczyn trawienny, silniejszy od pepsyny, trypsynę, która rozwija swe działanie w środowisku słabo alkalicznem, właśnie takiem, jakie posiada krew. Czy i tutaj Ph krwi chroni śluzówkę dwunastnicy od strawienia? Sięgnijmy jeszcze po przykłady ze świata pierwotniaków, tych istot, które w jednej komórce jednoczą wszystkie czynności ustrojów wysoce zróżniczkowanych. Wiadomo z prac Nirensteina[25]) (Die Verdauungsvorgänge bei Protozoen), że w wodniczkach niektórych pierwotniaków można wykryć HCl o stężeniu Ph 1,4. Wiadomo dalej, że zaczyny niektórych pierwotniaków wywiązują swą pracę w środowisku o Ph, równem takowemu samej zarodzi. W pierwotniakach odpada wszelka dyskusja na temat ściany żołądka, gdyż wodniczki żadnych specjalnych otoczek nie posiadają. Zaródź tedy mogłaby z łatwością ulec nadtrawieniu, a jednak nie ulega. Ponieważ Ph jej nie chroni, należy myśleć o jakimś antyenzymie.

Może ktoś wysunąć zarzut, że co innego jest pepsyna, a co innego trypsyna lub jakikolwiek zaczyn proteolityczny pierwotniaków, i że przeciwko różnym zaczynom ustrój różnie się broni. Otóż na takie ujęcie sprawy trudno przystać, jeśli się zważy, że w ustroju ludzkim zazwyczaj mamy pewne jednolite sposoby przeciwdziałania podobnym czynnikom. Weźmy dla przykładu choroby zakaźne, w których analiza objawów uwydatnia rażące podobieństwo środków do walki z wrogiem (gorączka, tworzenie przeciwciał i t. d.). Zresztą badanie zaczynów trawiennych istot niższych naprowadza nas na myśl, że wszystkie zaczyny trawienne ustroju ludzkiego wyszły chemicznie z jednego pnia, takie bowiem fakty, jak wykrywanie w jednej wodniczce zaczynu, który trawi i białko i tłuszcz i skrobie, ba nawet błonnik mogą usprawiedliwić podobne przypuszczenie. Pod takim kątem widzenia tem łatwiej zrozumieć, że ustrój przeciw wszystkim swym zaczynom proteolitycznym jednakowo się broni.

Wracając jeszcze do stężenia jonów wodorowych, jako obrony przeciw samostrawieniu żołądka, (Hilarowicz i Mozołowski) jestem zdania, że teorja ta operuje tylko faktami negatywnemi i to chwiejnej natury, gdyż utrzymywanie, że próba Kohlera jest mało dowodna z punktu widzenia dzisiejszej chemji fizykalnej nie jest jeszcze stwierdzeniem, że istotą samoobrony żołądka jest gra stężenia jonów wodorowych. Jeśli zaś chodzi o poglądy dzisiejszych badaczów na rolę Ph w samoobronie ustroju, to niech dla ilustracji posłuży takie zestawienie dwóch sprzecznych faktów: Balint[26]) utrzymuje, że wrzód powstaje dlatego że ustrój jest zakwaszony, w tym samym prawie czasie Sauerbruch[27]) twierdzi, że chorym na gruźlicę należy podawać pokarmy zakwaszające ustrój, gdyż wtedy będą się dobrze goiły ubytki tkanek. Jeśli teraz wziąć zaczyny ustrojowe i ich stosunek do Ph, to przytoczona przez Hilarowicza i Mozołowskiego praca Ege[28]) budzi poważne wątpliwości, gdyż swe subtelne wyniki opiera na tak mało subtelnej próbie na pepsynę, jaką jest próba Fulda.

Mam wrażenie, że tylko szeroko biologiczne ujmowanie sprawy może przybliżyć nas do rozwikłania zagadnienia obrony żołądka przeciw samostrawieniu, a pośrednio do patogenezy wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy.

Dr. K. APPERMANÓWNA — Dr. A. LIEBESMANN. Lwów.

Występowanie paciorkowców hemolitycznych w poszczególnych okresach płonicy na podstawie spostrzeżeń Oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie *).

Z pracowni bakterjolog. Oddziału Zakaź. Państw. Szpit. powszech. we Lwowie.
Prym.: Dr. Witołd Lipiński.

Etjologja płonicy pozostała dotychczas kwestją otwartą, jakkolwiek problemem tym zajmował się cały szereg znakomitych uczonych. Zagadnienie to jest może jednem z najbardziej zajmujących i aktualnych, ponieważ płonica, jako bardzo rozpowszechniona choroba, zwłaszcza wieku dziecięcego, jest schorzeniem ciężkiem i nie zawsze mija bez śladu. Nie chcemy wymieniać tych wszystkich bakterjologów i klinicystów, którzy zajmowali się etjologją płonicy, gdyż pojęcia o patogenezie płonicy ulegają w miarę postępu nauk stałej ewolucji, a omówienie tych licznych doświadczeń, teorji i hipotez przekraczałoby zakres naszej pracy.

Wymienimy tylko nazwiska badaczy amerykańskich małżeństwa Dick'ów, gdyż prace ich rzuciły ostatnio nowe światło na etjologję szkarlatyny i wysunęły ten problem na czoło zagadnień. Według badań Dick'ów, opartych na doświadczeniach na ludziach, zarazkiem, który wywołuje płonicę, jest paciorkowiec hemolityczny — streptococcus haemoliticus. Teorja ta, wprawdzie nie nowa, wywołała ożywioną dyskusję w świecie naukowym. Jakkolwiek nie wszyscy autorzy podzielają zdanie Dick'ów co do swoistości paciorkowca hemolitycznego, to jednak wszyscy zgadzają się z poglądem, że paciorkowiec odgrywa rolę pierwszorzędną w zakażeniu i przebiegu płonicy.

Pierwszym, który z końcem XIX wieku odkrył w nalotach, przy płoniczem zapaleniu gardła paciorkowce hemolityczne był Löffler. Nieco później Gabryczewski i Palmirski widzieli w paciorkowcach prawdziwe zarazki płonicy. Dick'owie potwierdzili jedynie pogląd Gabryczewskiego, opierając jednak swe badanie na doświadczeniach, wykonanych na ludziach. Dick zastrzykiwał podskórnie ludziom surowicę i krew chorych na płonicę, pobrane w pierwszych dniach choroby. Otrzymywał wyniki ujemne i na tej podstawie wnioskował, że w pierwszych dniach płonicy zarazki nie znajdują się we krwi chorego. Następnie robił doświadczenia z przesączami hodowli. Wydzielinę jamy nosowo-gardłowej, przepuszczoną przez świeczkę Chamber-

---

[21]) Med. Klin. Nr. 45. 1924.

[22]) Pol. Arch. Med. Wewn. T. III, Z. 2; Pol. Arch. Med. Wewn. T. IV, Z. 4; Arch. f. Verdauungskrankheiten T. XL, Z. 5/6; Pol. Gaz. Lek. Nr. 8, 1928.

[23]) Przyt. według Suessenguth a. Handb. d. normal. u. pathol. Physiologie T. III. Berlin J. Springer. 1927.

[24]) Berl. klin. Wschr. Nr. 39. 1908.

[25]) Handb. d. normal. u. pathol. Physiologie. T. III. Berlin. J. Springer, 1927.

[26]) W. kl. Wschr. Nr. 1. 1926.

[27]) M. med. Wschr. Nr. 2—3. 1926.

[28]) Zeitschr. f. phys. Chemie T. 143, str. 159. 1925.

*) Referowane na II Zjeździe Epidemjologów i Mikrobiologów we Lwowie, dnia 4 listopada 1928 roku.

landa lub Berkefelda, podawał podskórnie ludziom zdrowym, a na podstawie uzyskanych wyników ujemnych twierdził, że zarazek płoniczy nie należy do grupy zarazków ultramikroskopowych, przechodzących przez świeczkę. Po tych doświadczeniach zakażał migdałki ludzi zdrowych szczepami paciorkowca hemolitycznego, wyhodowanymi z migdałków chorych na płonicę. Otrzymując stale wyniki dodatnie stwierdza, że płonica jest chorobą zakaźną, wywołaną przez paciorkowce hemolityczne, a wszystkie objawy kliniczne powstają przez zadziałanie jadów paciorkowca płoniczego.

Dick, podobnie jak Schick przy błonicy, badał wrażliwość na zakażenie płonicą, wstrzykując wśródskórnie drobną ilość jadu płoniczego, który otrzymywał z 24 godzinnej hodowli bulionowej paciorkowców hemolitycznych z wydzieliny migdałków chorych płoniczych. W pewnych przypadkach otrzymywał wyniki dodatnie, manifestujące się powstawaniem zaczerwienienia, względnie naciekiem w miejscu podania jadu. Jest to t. zw. odczyn Dick'ów.

Przez podskórne podawanie toksyny względnie anatoksyny, uzyskano uodpornienie na zakażenie płonicą u osób z dodatnim odczynem Dick'ów. Szczepienie ochronne przeciw płonicy, jest dziś uznawane przez prawie wszystkich klinicystów. Badania Gąsiorowskiego i Lipińskiego, wykonane we Lwowie na znacznym materjale ludzkim przed dwoma laty, wykazały niezbicie, że odczyn Dick'ów jest doborowym wskaźnikiem wrażliwości na zakażenie płonicą, a szczepienia ochronne mogą wywołać odporność na tę ciężką chorobę.

Opierając się również na doświadczeniach, że toksyna płonicza ulega zneutralizowaniu przez antytoksynę, zawartą w surowicy ozdrowieńców po płonicy lub w surowicy koni szczepionych jadem płoniczym, zaczęto ogólnie stosować surowicę płoniczą w celach leczniczych, uzyskując wyniki bardzo korzystne. Prace Dick'ów, zostały potwierdzone przez cały szereg badaczy, jak Zingher, z naszych przez Brokmana, Hirschfeldową, Mayznera, Przesmyckiego, Celarka, Sparrow, Gąsiorowskiego i Lipińskiego.

Ponieważ na oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala powszechnego mamy bardzo obfity materjał, a przedewszystkiem, prócz spostrzeżeń klinicznych we wszystkich okresach, mamy możność równoczesnego badania bakterjologicznego i serologicznego, przystąpiliśmy do badań nad paciorkowcami płoniczemi. Postępowaliśmy w sposób następujący:

Wyjałowionym wacikiem, umieszczonym na drucie względnie patyczku, pobieraliśmy materjał z gardzieli, a zwłaszcza z migdałków chorych płoniczych, wykonując kilkakrotnie lekki ucisk na migdałki, celem lepszego wydobycia treści. Materjał otrzymany wysiewaliśmy, przy pomocy uszka platynowego na płytkach Petri'ego, na 1% agarze cukrowym z dodatkiem 5% krwinek barana. Krwinki otrzymywaliśmy, pobierając jałowo krew z żyły jarzmowej barana do specjalnych naczyń, w których przez 10-cio minutowe wstrząsanie pozbawialiśmy krew włóknika. Płytki pozostawialiśmy następnie przez 24 godzin w termostacie w temperaturze 37° C. Po upływie tego czasu wyrastały na płytkach kolonje paciorkówców hemolizujących szarawo-białe, nieco nieregularnie okrągłe, wielkości małej główki od szpilki otoczone jasnem polem, o średnicy 1—3 mm. W preparatach stwierdzaliśmy mikroskopowo gramo-dodatnie paciorkowce, układające się w typowe mniejsze lub większe łańcuszki.

U chorych płoniczych wczesnych i w okresie zdrowienia wykonano ogółem badań 5.852, otrzymano wyników dodatnich 1.529 (26.1%).

Płonica.

Ilość wykonanych badań	Ilość dodatnich wyników	Procent dodatnich wyników	Ilość dodatnich wyników w procentach z końcem					
			1 tyg.	2 tyg.	3 tyg.	4 tyg.	5 tyg.	6 tyg.
5852	1529	26·1	W 1-szych dniach do 100% z końcem tyg. 37·3	26	20·2	13·7	21·2	14

Spostrzeżenia nasze opierają się na znacznym materjale, obejmują bowiem ogółem 6.472 badań bakterjologicznych wykonanych w czasie od grudnia 1926 do 1 października 1928 roku. Badania w kierunku obecności paciorkowców hemolitycznych w gardzieli robiono zarówno u chorych na płonicę, jakoteż dla porównania u chorych na inne choroby zakaźne.

Występowanie paciorkowców hemolitycznych przy innych chorobach zakaźnych

Wykonano badań 620. Wyników dodatnich otrzymano 80 (12.9%).

Błonica			Odra			Angina follicularis			Krztusiec		
Zbadano	dod. +	%	Zbadano	dod. +	%	Zbadano	dod. +	%	Zbadano	dod. +	%
431	64	15	84	11	13·5	4	1	25	16	1	6·2

Róża			Wiatrówka			Dur brzuszny		
Zbadano	dod. +	%	Zbadano	dod. +	%	Zbadano	dod. +	%
6	1	16·6	18	2	15·4	6	0	0

Jak wynika z przedstawionej tablicy, ilość wyników dodatnich zmniejszała się w miarę postępu choroby. Badania nasze wykazały niejednokrotnie, że ozdrowieniec po płonicy, wolny od paciorkowców hemolitycznych, ulegał ponownemu zakażeniu paciorkowcem, znalazłszy się w pobliżu chorego wczesnego. Tem można wytłumaczyć stosunkowo wysoki procent wyników dodatnich w 5-tym tygodniu choroby.

Ozdrowieńców wypuszczano z odziału po sześciu tygodniach, po trzykrotnym ujemnym wyniku badania i zupełnem złuszczeniu się skóry. Wprawdzie Friedeman i Deicher twierdzą, że ozdrowieńców płoniczych można do domu wypuszczać, jeśli tylko trzykrotne badanie nie wykaże paciorkowców hemolitycznych, bez względu na łuszczenie, to jednak inni autorzy, przedewszystkiem badaczka rosyjska Kanewskaja wykazywali paciorkowce w łuskach ozdrowieńców płoniczych w 60% przypadków.

Niejednokrotnie mogliśmy łączyć z dużem prawdopodobieństwem w związek przyczynowy powstanie nowego zakażenia płonicą w domu z obecnością ozdrowieńca, wypuszczonego ze szpitala po sześciu tygodniach z dodatniemi paciorkowcami. Wskutek przepełnienia oddziału zakaźnego zmuszeni byliśmy bowiem niejednokrotnie wpuszczać ozdrowieńców mimo dodatnich wyników paciorkowców hemolitycznych.

Obecność paciorkowców hemolitycznych na salach płoniczych stwierdzaliśmy na płytkach krwawych, ustawionych obok chorego, w środku sali i w sąsiednich kurytarzach na przeciąg 15 do 30 minut.

W 70% przypadków wyrastały po upływie 24 godzin na płytkach, umieszczonych w cieplarce w temperaturze 37° C paciorkowce hemolityczne. Płytki wystawione na innych oddziałach chorób zakaźnych np. na salach durowych, odrowych, nie wykazywały obecności paciorkowców hemolitycznych. Doświadczenia te zgadzają się ze spostrzeżeniami Vaasa i innych autorów. Pozatem polecaliśmy kaszleć chorym płoniczym na otwarte płytki w różnych okresach choroby. Wyniki tych badań odpowiadają procentowo, otrzymanym przy pobieraniu materjału zakaźnego z gardzieli.

Wyniki naszych badań streszczamy następująco:

1) Paciorkowce hemolityczne stwierdzaliśmy u chorych płoniczych w różnych okresach płonicy w rozmaitym procencie. Znajdywaliśmy je również w gardzieli chorych na inne schorzenia zakaźne, jak również w całym szeregu przypadków u osób, które pozostawały w styczności, przez krótki chociaż okres czasu z chorymi płoniczymi.

Wobec tego znalezienie paciorkowca hemolitycznego w gardzieli nie może być rozstrzygającym momentem dla rozpoznania płonicy, jako takiej, przy braku objawów klinicznych.

2) Brak paciorkówców hemolitycznych w pierwszych dniach płonicy nie może przemawiać stanowczo przeciw rozpoznaniu płonicy, ponieważ stwierdzono, że paciorkowce mogą znikać z gar-

dzieli w wielu przypadkach już w pierwszych dniach niewątpliwej płonicy.

3) Nagłe pojawienie się paciorkowców płoniczych u ozdrowieńców po płonicy, u których uprzednie, kilkakrotne badania nie wykazywały paciorkowca, świadczy o możliwości ponownego zakażenia gardzieli paciorkowcami przez chorych we wczesnym okresie płonicy, umieszczonych na tej sali. Spostrzeżenie to powinno dać powód do odosobnienia chorych wczesnych od ozdrowieńców wolnych od paciorkowców płoniczych.

4) Pojawianie się nowych zakażeń w rodzinie, po wypuszczeniu ozdrowieńców z dodatnim wynikiem paciorkowców hemolitycznych, powinno dawać wskazanie do odosobnienia ozdrowieńców aż do ujemnych wyników badania na paciorkowce hemolityczne.

5) Stwierdzenie w dużym procencie paciorkowców hemolitycznych na salach chorych, a nawet w kurytarzach, oddziałów płoniczych, świadczy o łatwości zakażenia płonicą.

6) Wobec pojawienia się paciorkowców hemolitycznych u osób zdrowych, które pozostawały w styczności z chorym płoniczym, należy się również liczyć z możliwością zakażenia płonicą, za pośrednictwem osób trzecich, jak to ma miejsce przy błonicy. Największą jednak rolę w epidemjologji płonicy należy przypisywać bezpośredniemu zetknięciu się z chorym płoniczym.

Piśmiennictwo.

Friedemann: Kritisches zur Spezifität der Scharlachstreptokokken. ((Klin. Wochen. Nr. 227 J.). — Rother Wilhelm: Ueber die Haemolyse der Streptokokken. (D. M. W. 1925. S. 522). Stevens Franklin: A. and Dochez, A. R. (J. of exper. M. 1924. 40 p. 493). — Zlatogoroff S. I., Derkatsch W. S., Nasledyschewa S. J.: Der Experimentelle Scharlach. (Zbl. f. Bakt. I. Orig. 1926, 97, S. 152). — Szirmai F. und Jakobovics B.: Experim. Untersuch. zur Frage d. Aetiol. des Scharlachs. (Jahrbf. Kinderh. 1926. 111. S. 33). — Silcock F. A. E.: (Lancet 1925. II. p. 1324). — Di Cristina G. e Carenia G.: L'Etiologia della scarlatina. (La Pediatra, Archivio di Pathol. e Clin. Pediatr. 1925). — Zlatogoroff: Ueber den gegenwärtigen Stand der Aetiologie und der Prophyl. des Scharlachs (Seuchenbekämpf. 1925 S. 261). — Friedemann u. Deicher: Ueber die Aetiologie und specyf. Ther. des Scharlachs (D. M. W. 1925. S. 1893 u. 1938). — Dick G. F. and Dick G. H.: Therapeutic Resultas with concentrated scarlet fewer antitoxin. (J. of Americ. med. ass. 1925. 85 p.). — Sysak Nicolaus: Beitrag zu patholog. Veränderungen beim Scharlach. (Virch. Arch. 1926. 259 S. 647). — Vas B.: Ueber das Vorkommen vom Scharlachstreptokokken in der Luft. (Zbl. f. Bakt. Abt. I. Orig. 1926, 98 S. 159). — Zlatogoroff S., Kordriavitzeva V. et Palante B.: Le l'etiologie de la scarlatione. (C. r. Soc. de Biol. 1927. 96. p. 1220). — Kanewskaja M. I.: Streptokokken in den Hautschuppen bei Scharlachkranken. (Mikrob. Journal 1927. 4. H. 3. (res.). — Friedemann u. Deicher: Weitere klin. Mitteilungen über Scharlach VIII. (D. M. W. 1927. S. 1163). — Smirnowa, Zamkowa: Weitere Untersuchungen zur Frage nach dem Scharlacherreger. (Virch. Arch. 1927. 265. S. I.). — Photinos: Le Streptococ de la peau normale. (Bul. Soc. franc. S. Dermatol. et de Syphil. 1927 p. 494). — Sedallian P. et Gaumont: Le phases de lévolution du streptoc. (Presse med. 1927 p. 1313). — Manelbaum: Die Aetiologie des Scharlachs. (M. m. W. 1927. S. 1903). — Fejgin B. (Warszawa): Au sujet de la transmission de la fievre scarlatine par les livres. (C. r. soc. de Biol. 1928. 98). — Fox and Stern D. M.: (J. of path. a Bact 1927 30. p. 377). — Korobkowa Mitin: Die Verbreitungswege des Scharlachstreptococcus. (Westnik microb. i epidemiol. 1927. 6. H. 4. — ros.). — Reich E. und Teichmann: Ueber den Nachweis der Scharlachstrept. bei Kranken u. Reconvaleszenten. (W. Kl. W. 1927. S. 521). V. Jettmar H. M.: Studien über die Vitalität der Scharlachstr. (Zschfr. f. Hyg. 1927. 107. S. 265). — Brokmann: Warszawskie Czasop. Lek. 1927. Nr. 3, str. 99. — Lipiński: Medycyna doświadczalna i społeczna. V. 369. 1926. — Ławrynowicz: Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 28. — H. Brokmann, H. Hirszfeldowa, Mayzner, Przesmycki: Warsz. Czas. Lek. 1925, str. 463. — H. Brokmann, H. Hirszfeld, Feigin, Mayzner et Przesmycki: Comp. red. Soc. Biol. 1925. T. XCIII., str. 944. — H. Brokmann i H. Hirszfeldowa: Pedjatrja Polska 1925. T. V., str. 103. — J. Celarek i Saski: Pol. Gaz. Lek. 1925. T. IV. Nr. 22. — Celarek i Sparrow: Medycyna doświadczalna i społeczna 1926. Nr. 3—4. — Gąsiorowski i Lipiński: Pol. Gaz. Lek. 1927. Nr. 13. — N. Friedeman u. Deicher: D. Med. Woch. 1926 Nr. 51. — Gabritschewsky: Zentralblatt f. Bact. Bd. 41. S. 719 u. 844. — Kacprzak i Adamowiczowa: Med. Dośw. i Społ. 1926. — Ławrynowicz: Pol. Gaz. Lek. 1927. Nr. 21. — Z. Bohdanowiczówna i A. Ławrynowicz: „Medycyna". Nr. 17. 1928. — Przesmycki: Warsz. Czas. 1925. — Przesmycki: Pol. Gaz. Lek. 1925. 12. — Sparrow i Kaczyński: Warsz. Czas. lek. 1927. Nr. 6.

Roman J. LESZCZYŃSKI. Poznań.

O obwodowem działaniu sparteiny.

Z Zakładu Farmakologji Uniwersytetu Poznańskiego
Kierownik: Prof. A. Trzecieski.

Sparteina, alkaloid mrzygłodu *(Spartium scoparium s. Cystisus scoparius)* była podawana dawniej niejednokrotnie jako środek nasercowy w miejsce naparstnicy i ta strona działania była głównie przedmiotem badań eksperymentalnych. Późniejsze doświadczenia na zwierzętach wyjaśniły, że środek ten niema cech wspólnych z naparstnicą. Heinz zalicza sparteinę do grupy koniiny i lobeliny, które w dawce małej pobudzają zakończenia parasympatyczne serca, w dawce dużej zaś je porażają. Dixon znowuż utrzymuje, że sparteina przyśpiesza czynność serca przyczem najpierw pobudza, a potem poraża komórki zwojowe, wtrącone w przebieg nerwu błędnego. Same zakończenia nerwu błędnego nie są tem porażeniem dotknięte. Według Dixona naparstnica i sparteina nie wykazują podobieństwa, gdy chodzi o działanie ich na serce. W ostatnich czasach niektórzy autorzy jak Hildebrandt(1), zwrócili uwagę na fakt, że sparteina sprowadza na izolowanem sercu zaburzenia przewodnictwa, wywołując częściową, a nawet całkowitą blokadę serca. Automatyzm serca niema ulegać zaburzeniu. Gdy chodzi o inne narządy sparteina była przedmiotem niewielu badań.

Autorzy japońscy Nagasaki, Okamoto i Goro Tamba (2, 3, 4) zajmowali się kwestją działania sparteiny także na izolowane narządy jamy brzusznej. Doszli oni do sprzecznych wyników i nie dali dostatecznej analizy obserwowanych zjawisk.

Celem niniejszej pracy było stwierdzenie, jaki jest stosunek sparteiny do czynności izolowanego żołądka żaby, oraz izolowanych jelit, pęcherza moczowego, macicy królika i świnki morskiej. Ponadto wykonano kilka doświadczeń na izolowanej tętnicy wołu. Badania przeprowadzono z preparatem *Sparteinum sulfaricum* firmy E. Merck w Darmstadzie. Doświadczenia na izolowanym żołądku żaby wykazały, że sparteina pobudza w dawce (1:7000 do 1:8500) skurcze samoistnie kurczącego się żołądka. Dokładniejszej analizie poddano następnie działanie sparteiny na izolowane (według metody R. Magnusa) jelita królika i świnki morskiej.

Z badań tych wynikało, że sparteina w dawce małej (dla królika 1:6600 do 1:5000) — dla świnki morskiej (1:6600 do 1:2000) pobudza ruch robaczkowy jelit. Atropina, dodana potem, nie znosi tego działania, lecz nawet wybitnie pobudza jelita do większych skurczów. Z tego powodu nie można porównać pobudzenia, wywołanego przez sparteinę z pobudzeniem po pilokarpinie. Nie działa ona przeto pobudzająco na zakończenia parasympatyczne, jak pilokarpina. Z drugiej zaś strony sparteina niema też podobieństwa farmakologicznego do atropiny gdy chodzi o zakończenia parasympatyczne, gdyż jelito pobudzone pilokarpiną nie traci widocznie na sile swych skurczów pod wpływem dodania sparteiny. Pozostaje zatem możliwość, że sparteina pobudza jelito przez działanie na zwoje Auerbacha lub na same mięśnie gładkie. Okazuje się w związku z tem, że pomiędzy sparteiną a strofantyną (jadem pobudzającym tkankę mięsna gładką) zachodzi wyraźny antagonizm czynnościowy. Jelito pobudzone strofantyną traci swe skurcze pod wpływem sparteiny. Jelito królika po dawce sparteiny 1:3300 wykazuje coraz słabszą czynność peristaltyczną i wtedy reakcja mechaniczna jelita jest osłabiona tak, że trzeba przypuścić, iż większe dawki sparteiny osłabiają tonus mięśni gładkich.

Wracając do kwestji pobudzenia ruchu robaczkowego przez sparteinę należy zaznaczyć: pobudzenie samych mięśni gładkich przez sparteinę jest mało prawdopodobne, gdyż sparteina na izolowanej tętnicy wołu znosi działanie adrenaliny. Po sparteinie (1:2000) strofantyna jest na takim preparacie nieczynna. 2) Sparteina nie wpływa zasadniczo na skurcz jelit, wywołany pilokarpiną; gdyby działała na same mięśnie pobudzająco, to wtedy należałoby raczej oczekiwać, że jeszcze wzmocni skurcz pilokarpinowy. Analogicznie na mięśniu sercowym, biologicznie pokrewnym mięśniom gładkim, stwierdzali niektórzy autorzy po sparteinie (jak Hildebrandt, Cristina) osłabienie przewodnictwa mięśniowego lub zmniejszenie pobudliwości mięśnia sercowego.

Na izolowany pęcherz moczowy królika i świnki morskiej posiada sparteina (w dawce 1 : 10.000 do 1 : 5.000) wpływ pobudzający. Ponieważ atropina tego stanu nie znosi, działanie zatem sparteiny nie polega na pobudzeniu zakończeń parasympatycznych. Na izolowanej macicy królika i świnki morskiej stwierdza się po dawce sparteiny 1 : 10.000 pobudzenie. Atropina nie usuwa tego działania. Natomiast gdy macica była pobudzona strofantyną, wtedy stwierdzamy po sparteinie spadek skurczów, jako dowód antagonizmu między sparteiną a strofantyną. Sparteina ma inny punkt zaczepienia, gdy chodzi o skurcz macicy, niż adrenalina, działająca na zakończenia sympatyczne.

W związku z tem trzeba przytoczyć badania T. Sugimoty, który dowiódł, że macica świnki morskiej reaguje na adrenalinę we wszystkich okresach życiowych (dziewiczą, ciężarną, taką, która już rodziła) tylko osłabieniem skurczów, natomiast sparteina u tego samego zwierzęcia we wszystkich okresach życiowych, sprowadza zawsze wzmocnienie skurczów. Sparteina przeto nie działa za pośrednictwem odnośnych zakończeń sympatycznych.

Porównując dane, otrzymane na różnych izolowanych narządach, stwierdzamy, że sparteina *w dawce małej pobudza układ metasympatyczny* (ośrodki ruchowe), *w dawce zaś większej osłabia tonus mięśni gładkich.* Zgodnie z tem wyraził Hildebrandt zdanie w swojej pracy (l. c.), że sparteina i strofantyna działają na serce antagonistycznie. Niniejsze badania pozwalają na stwierdzenie tego antagonizmu na różnych izolowanych narządach z umięśnieniem gładkiem. Z tego powodu nie możnaby znaleść potwierdzenia poglądu o podobieństwie sparteiny i naparstnicy.

Szczegóły doświadczeń z tablicami krzywych zostaną podane w osobnej publikacji.

Piśmiennictwo.

1) F. Hildebrandt: Ueber die Herzwirkung des Sparteins. Archiv. für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. T. 101, str. 136, oraz H. Bohnenkamp u. F. Hildebrandt. T. 102, str. 244. 2) Nagasaki: Kyoto Igaku Zassi. T. 5, str. 203, według Goro Tamba Acta Scholae medicinalis univers. imper. in Kioto. T. IV., zesz. 1. — 3) Okamoto: Kinki Fujinkagakkai Zassi. T. 5, str. 171, według Goro Tamba Acta Scholae medicinalis univers. imper. in Kioto. T. IV, zesz. 1. — 4) Goro Tamba: Beitrag zur Kenntniss über die periphere Wirkung des Coniins, Sparteins und Gelseminins. Acta Scholae medicinalis univers. imper in Kioto. T. IV, zesz. 1, str. 85.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. A. LIDZKI. Wilno.

Zakrzepy i zatory pooperacyjne.

Rozróżniamy zakrzepy czerwone, białe i mieszane. W zakrzepach czerwonych składniki krwi znajdują się w tym samym stosunku, co we krwi płynnej. Czerwone zakrzepy wyjątkowo tylko powstają pierwotnie, zwykle tworzą się wtórnie przez krzepnięcie krwi w części ogonowej zakrzepu białego. Zakrzepy białe powstają we krwi płynącej, przyczem najpierw sklejają się (aglutynują) płytki krwi, następnie krzepnie fibryna. Niektórzy jednak badacze stwierdzili, jako pierwszy akt powstawania zakrzepu, tworzenie się, w określonem miejscu wewnętrznej ściany naczyniowej, pewnego osadu galaretkowego, „pierwotnej blaszki włóknikowej". Fibryna tworzy się (Aleksander Szmidt, 1861) ze znajdującego się stale we krwi fibrynogenu pod wpływem trombiny, która, swoją drogą powstaje z protrombiny (= trombogenu) pod działaniem trombokinazy. Ta ostatnia powstaje z płytek krwi i nabłonka naczyń. Tromby mieszane mają białą głowę, pstrą (białą i czerwoną naprzemian) szyję, i czerwony ogon. Zakrzepy osiągają czasami znacznej długości np. od głowy do żyły czczej dolnej. Klinicznie z białymi lub mieszanymi zakrzepami prawie zawsze mamy do czynienia, gdyż, jak widzieliśmy, są zakrzepy czerwone prawie zawsze zjawiskiem wtórnem. Każdy biały zakrzep składa się bądź z samych płytek, bądź z płytek, białych ciałek i włóknika. W tętnicach zakrzepy występują mniej więcej pięć razy rzadziej, niż w żyłach. W dalszym ciągu swego rozwoju zakrzepy kurczą się i wysychają, bądź organizują się (kanalizują się), bądź ulegają martwicy rozpływowej bez udziału bakterji, bądź — zropieniu w obecności drobnoustrojów. Największe niebezpieczeństwo zakrzepu tkwi w tem, iż może spowodować zator. Staje się to z dziesiątą częścią zakrzepów.

Na powstanie zakrzepu składają się czynniki następujące: 1) Zmiany szybkości krwi, 2) zmiany ścianki naczyniowej, 3) zmiany w samej krwi. Pierwszy czynnik sam przez się nie jest w stanie spowodować zakrzep, jak tego dowodzą próby podwiązania naczynia w dwóch miejscach, między któremi krew w ciągu dłuższego czasu pozostaje płynną. Zakrzepy jednak powstają najczęściej nie w tętnicah, lecz w żyłach dolnej części ciała, gdzie prąd krwi jest powolniejszy. Ulubionem miejscem powstawania trombów są zastawki żylne, gdzie powstają wiry. Fakty te przemawiają za tem, iż zmiany szybkości prądu krwi odgrywają pewną rolę w powstawaniu zakrzepów, jednak nie samodzielną.

Zmiany śródbłonka naczyń (jak np. miażdżyca), zdawałoby się, mogłyby same przez się wywoływać zakrzepy. Pogląd ten nie jest słuszny, spostrzegano bowiem wielokroć pęknięcia i znaczne ubytki śródbłonka bez zakrzepów. Nie można jednak zmianom śródbłonka naczyń odmówić znaczenia czynnika usposabiającego w powstawaniu zakrzepów. Według niektórych autorów, którzy zmianom śróbłonka przypisują znaczenie dominujące, śródbłonek ma posiadać własność wydzielania pewnych substancyj, podnoszących zdolność krwi do tworzenia zakrzepów.

Udoskonalone w czasach najnowszych metody badania krwi pozwoliły na dokładniejsze zaznajomienie się z dynamiką jej składników. Mając na względzie, iż, jak tego dowodzą liczni badacze, zakrzep biały rozpoczyna się od sklejania się (aglutynacji) płytek krwi, zrozumiemy doniosłość tego zjawiska. Niektórzy widzą w sklejaniu się płytek zjawisko elektryczne, przy którem zachodzi zmniejszenie ładunku ujemnego płytek, który powoduje wzajemne ich odpychanie się, naskutek czego płytki zbliżają się do siebie i zlepiają się. Szereg badaczy, obserwując zmiany we krwi pooperacyjne, przypisuje zmianom tym znaczenie czynnika przyczynowego. Do takich zmian należą: znaczne przesunięcie koloidów białka krwi w stronę cząsteczek większych, jak globuliny i fibrynogenu; zwiększenie się chyżości opadania krwi; zwiększenie się lepkości krwi; zwiększenie się azotu resztkowego; zwiększenie się ilości płytek; podniesienie szybkości krzepnięcia krwi; zaburzene równowagi kwasowo - zasadowej; zmniejszenie zawartości wapnia; zmiany ilości czerwonych ciałek; leukocytoza obojętnochłonna; przesunięcie obrazu krwi w lewo; zmiany zawartości kwasów tłuszczowych. Nie możemy jednak przypisać określonej zmianie we krwi znaczenie czynnika przyczynowego, musimy przyjąć raczej, iż na powstawanie zatoru składa się zespół objawów zarówno ze strony składników krwi, jej szybkości, jak i własności śródbłonka.

Porównywując materjały klinik wewnętrznych i chirurgicznych, widzimy że ilość zakrzepów i zatorów, przypadających na choroby wewnętrzne, znacznie przywyższa ilość tychże po zabiegach operacyjnych. Wielkie statystyki oceniają częstość zakrzepów pooperacyjnych na 1,5%. Jeżeli wziąć pod uwagę, że nie jest łatwo w wielu wypadkach określić, czy zakrzep powstał na skutek zabiegu operacyjnego, czy istniał w stanie ukrytym już przed zabiegiem, przyjdzie się odsetek ten zmniejszyć. Ciekawem jest pod tym względem sprawozdanie jednego klinicysty, który stwierdził większy odsetek zatorów śmiertelnych pośród chorych na mięśniaka macicy, wymagających zabiegu operacyjnego, aniżeli pośród operowanych z powodu tejże choroby — po operacji. Częstość zejść śmiertelnych po zatorach pooperacyjnych określa się w 0,3%. Zatory, nie kończące się śmiertelnie, bądź uchodzą naszej uwagi, bądź występują pod postacią inną. Tak, np., zatory płuc pooperacyjne są klinicznie rozpoznawane jako zapalenie płuc i opłucnej. Źródłem zatorów pooperacyjnych mogą być zarówno zakrzepy w obrębie zabiegu (miejscowe, jak i zakrzepy odległe). (Ma się rozumieć, że nie mamy tu na względzie zakrzepów, powstających na skutek przecięcia naczyń i nie dających źródła zatorom). Do tych ostatnich należą, np. zatory płucne, towarzyszące często operacjom na przewodzie pokarmowym. Ponieważ krew, płynąca stąd, wpada do żyły wrotnej, która nie stoi w związku bezpośrednim z żyłą czczą, zatory takie nie mogły powstać bezpośrednio z rany operacyjnej. W jakiej mierze poszczególne momenty zabiegu operacyjnego (cięcie, podwiązka naczyń, znieczulenie miejscowe, uśpienie) wpływają na powstawanie zakrzepów i zatorów, nie jest ustalone. Gdy jedni uśpieniu lub znieczuleniu miejscowemu przypisują rolę znaczną w powstawaniu zakrzepów, inni wpływ ten zaprzeczają. Dużo badań przeprowadzono celem wyjaśnienia roli zakażenia w powstawaniu zatorów i zakrzepów. Na ich podstawie, musimy się odnieść z wielką rezerwą do znaczenia zakażenia w powstwaniu zakrzepów i zatorów. Wielu wybitnych anatomo - patologów i klinicystów nie uważa zakażenia za warunek konieczny do powstawania zakrzepu. Niezaprzeczalnym jest wpływ wieku na powtsawanie zakrzepów; zatorów. — Rola otyłości nie jest bynajmniej wyświetlona. — Zauważono, iż najczęściej zatory powstają po operacjach gruczołu krokowego, zaś najbardziej po operacjach na strumach. (Dlatego też stosują zapobiegawczo preparaty gruczołu tarczowego). Znaczną uwagę udzielają pewnej słabości konstytucyjnej, mającej usposabiać do powstania zakrzepów i zatorów. W ciągu ostatnich kilku lat za-

uważono zwiększenie się ilości zatorów zarówno pooperacyjnych jak i w przypadkach wewnętrznych. Przyczynę tego widzą niektórzy w szerokiem stosowaniu wstrzykiwań dożylnych wogóle i niektórych środków, podnoszących krzepliwość krwi (n. p. afenilu) w szczególności. Znaczna część badaczy znaczenie to zaprzecza. Jeden z autorów widzi w nagłej śmierci przez zator w chorobach sercowych — triumf leczenia środkami dożylnemi, które dają możność choremu sercu pracować aż do wyczerpania kiedyto zator życie nagle obrywa. Nadzwyczaj rzadkie występowanie zatorów w obrębie krwiobiegu wątrobowego, częstość natomiast zatorów w tętnicy płucnej tłumaczy się własnością wątroby tamowania krzepliwości krwi i zdolnością płuc przyśpieszenia tej krzepliwości. Co do środków zapobiegawczych, zaproponowano ich dużo. Przed zabiegiem operacyjnym radzą wytworzyć krwiak, który ma spowodować powstanie antytrombiny w organizmie. Starają się zmniejszyć krzepliwość krwi przez podawanie odpowiednich środków, n. p. znacznych ilości lemoniady cytrynowej. Zalecają wzmożenie czynności serca przed operacją przez podawanie środków nasercowych i wczesne ruchy po operacji, przez co wytwarzają się dobre warunki odpływu krwi. (O ile jednak zakrzep wystąpił, musi być zachowany bezwzględny spokój). Podawanie środków czyszczących przed zabiegiem operacyjnym nie jest pożądane ze względu na następne unieruchomienie jelit. Pozycja Trendelenburga na stole operacyjnem ma sprzyjać powstaniu zakrzepów. Należy unikać podwiązywania en bloc, przecinania tkanek narzędziami tępemi, miażdżenia tkanek. Przy zabiegach operacyjnych należy przestrzegać jak najściślej aseptyki. Podawanie znacznej ilości płynów ma hamować krzepliwość krwi przez jej rozrzedzenie (krzepliwość krwi i gotowość, zakrzepowania są jednak pojęciami równoznacznemi). Wszystkie te środki nie są w stanie zabezpieczyć przed powstaniem zakrzepów i zatorów, gdyż skutecznych środków zapobiegawczych nie posiadamy. Wobec zatorów, które wystąpiły, nie jesteśmy zupełnie bezradni, o ile niezwłocznie zastosujemy zabieg operacyjny. I tak są znane przypadki operacji Trendelenburga (usunięcie zatoru z tętnicy płucnej) z wynikiem pomyślnym. Embolektomję zaczęto w ostatnich czasach stosować przy zatorach kończyn. Z opublikowanych dotychczas embolektomji przy grożącej zgorzeli kończyn, $^{1}/_{3}$ część skończyła się pomyślnie. Embolektomja musi być dokonana w ciągu pierwszych 10 godzin po wystąpieniu zatoru.

Reasumując wszystko, musimy powiedzieć, iż, chociaż nie jesteśmy jeszcze wtajemniczeni w proces tworzenia się zakrzepów i zatorów, i nie posiadamy na razie skutecznych środków zapobiegawczych, — nauka o zakrzepach i zatorach robi coraz dalsze postępy.

Piśmiennictwo.

Deutsche Med. Woch. 1927, str. 946, 1349, 1755, 1928, str. 1903. Klin. Wochenschr. 1924, str. 682, 1927, str. 741, 1662, 2179. — Münch. Med. Woch. 1928, str. 683. — Zentralbl. f. Chir. 1926, str. 1131, 1927, str. 233, 2080, 2921, 1928, str. 224. — Arch. f. klin. Chir. 1928, T. 149. — Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1928, T. 207, 208, 210. — Presse Méd. 1928, str. 66. — Journ. de Chir. 1928, T. XX, XXIII, XXV, i inne.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. F. 36/29.

Warszawa, dnia 9 stycznia 1929 r.

W sprawie wydawania z aptek eteru na zapotrzebowanie felczerów.

Okólnik Nr. 8.

Do Panów Wojewodów: Białostockiego, Kieleckiego, Lubelskiego, Łódzkiego, Nowogródzkiego, Poleskiego, Warszawskiego, Wileńskiego i Wołyńskiego i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Wobec tego, że w myśl przepisów ustawy z dnia 1 lipca 1921 roku o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 64, poz. 396), rozciągniętej na Ziemię Wileńską rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 1 lipca 1922 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 64, poz. 569), i rozporządzenia z dnia 22 marca 1922 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 29, poz. 233) felczerzy są uprawnieni do szczepienia ospy i robienia wstrzykiwań podskórnych, a do wykonywania tych zabiegów niezbędny jest eter etylowy, zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) zawiadomić zarządzających aptekami, aby felczerom, uprawnionym do wykonywania praktyki, wydawali do tego celu eter na ich pisemne zapotrzebowania.

Piestrzyński
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 4796/ 28.

Warszawa, dnia 17 października 1928.

W sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności.

Pismo okólne.

Do Panów Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z okólnikiem Pana Ministra Nr. 173 z dnia 25. IX. 1928 r. I in. 1246/Zdr/28/1 w sprawie podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju, w rozwinięciu p. 6 tego okólnika należy przy sprzedaży artykułów żywności przestrzegać następujące wymagania sanitarne:

I. S k l e p y s p o ż y w c z e:

1. Sklepy spożywcze winny być utrzymane czysto. Ściany pomalowane jasną farbą olejną lub bielone i pokryte do wysokości, na jakiej mają być układane produkty spożywcze, lamperją olejną, tafelkami względnie innym, łatwo dającym się myć materjałem. Podłoga winna być szczelna, z materjału nieprzepuszczalnego lub tafelkowa. Blaty stołów jednolicie marmurowe, szklane lub z drzewa niesmolistego, bez szczelin i szpar, stale utrzymywane w czystości.

W sklepach z nabiałem produkty spożywcze powinny być odgrodzone od publiczności

2. Sklepy spożywcze nie mogą łączyć się bezpośrednio z mieszkaniem i nie mogą służyć ani za miejsce mieszkania, ani za miejsce noclegu.

3. We wszystkich sklepach spożywczych winny być spluwaczki, codziennie oczyszczane, oraz umywalnie z wodą bieżącą, mydło i ręcznik.

4. Produkty spożywcze, przeznaczone do bezpośredniego spożycia, t. j. bez uprzedniego mycia względnie gotowania (masło, ser, wędliny napoczęte, wyroby cukiernicze bez opakowania itp.) należy umieszczać pod szkłem (szafki, gablotki, klosze) dla zabezpieczenia ich przed zanieczyszczeniem (pył, kurz, owady), oraz przed dotykaniem rękami kupujących.

5. Umieszczenie produktów spożywczych w oknach wystawowych dopuszczalne jest tylko w specjalnem opakowaniu lub pod warunkiem zabezpieczenia ich od wszelkich zanieczyszczeń.

Worki i naczynia, zawierające mąkę, kasze, sól, cukier i t. p., powinny być umieszczane na podstawach wysokości 20—30 cm.

6. W sklepach spożywczych nie wolno z reguły przechowywać i sprzedawać artykułów, wydzielających specyficzną woń, jak nafta, mydło, skóry i t. p. Jedynie w małych osiedlach o niewielkiej liczbie sklepów może być dopuszczona sprzedaż tych artykułów pod warunkiem całkowitego oddzielenia ich od artykułów żywności.

Sprzedaż wyrobów tytoniowych w sklepach spożywczych dopuszcza się o tyle, o ile są one w opakowaniu i umieszczone w oddzielnych oszklonych szafkach.

7. Produkty spożywcze mogą być zawijane tylko w czysty, niezadrukowany i niezapisany papier, najlepiej woskowany.

8. Osoby, zatrudnione przy sprzedaży produktów spożywczych, winny być zdrowe, nosić przy pracy białe fartuchy z długiemi rękawami, mieć zawsze czyste ręce i przestrzegać przy sprzedaży bezwzględnej czystości.

II. P l a c e t a r g o w e i r y n k i.

9. Sprzedaż produktów spożywczych ze straganów i budek na placach targowych (rynkach) winna się odbywać w miejscach, wyznaczonych na ten cel, oraz w określonych godzinach. Place te winny być utrzymane w czystości i zaraz po skończonym targu teren ich winien być oczyszczony.

10. Produkty, sprzedawane z wozów, jak masło, ser, twaróg itp., powinny być trzymane w czystych naczyniach i zawijane w papier, o ile możliwe, woskowany; zawijanie tych produktów w szmaty i drukowaną makulaturę powinno być wzbronione. Do próbowania produktów tych przez kupujących należy używać patyczków.

11. Owoce w sprzedaży hurtownej powinny być trzymane w koszach lub skrzyniach. Jarzyny nie mogą być rozkładane bez-

pośrednio na ziemi, lecz na podstawach. Płókać można je tylko w wodzie czystej, zdatnej od picia.

12. Budki i stragany winny być utrzymywane w czystości a produkty spożywcze zabezpieczone przed zanieczyszczeniem.

Wymagania, wyszczególnione w p. p. 4, 5 ust. 2, 7, 8, obowiązują również przy sprzedaży produktów spożywczych w budkach i straganach.

III. Przewóz artykułów żywności.

13. Przewożenie produktów spożywczych (chleb, bułki i t. p.) z wytwórni do miejsc sprzedaży, powinno się odbywać w krytych, czysto utrzymywanych wozach lub skrzyniach, względnie w koszach, których nie można używać do żadnego innego celu, przewożenie mięsa również w krytych wozach, szczelnie zamkniętych podczas przewozu, i pomalowanych zewnątrz farbą olejną.

Wozy, służące do przewożenia jarzyn, nie mogą być używane do przewożenia śmieci, odpadków gospodarczych, naczyń z pomyjami, szmat i t. p.

Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. St. ŚWIERCZEWSKI, zarządzający oddziałem. Warszawa.

IX. Sprawozdanie z działalności Oddziału Obserwacyjnego Szpitala Dzieciątka Jezus w roku 1927.

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 302 (112 m. + 190 k.), z oddziałów szpitalnych przeniesiono chorych podejrzanych o choroby zakaźne 23 (9 m. + 14 k.). Pozostało chorych z roku ubiegłego 12 (6 m. + 6 k.). Razem leczono chorych 337 (127 m. + 210 k.). Chorzy przebyli ogółem 2542 dni szpitalne. Przeciętna liczba dzienna chorych wynosiła 7,5 — największa 20 — najmniejsza 1.

Z ogólnej liczby były 242 przypadki zakaźne (94 m. + 148 k.). Najwięcej przypadków dostarczyła odra — 56 (20 m. + 36 k.). Zapalenia gardła 51 (8 m. + 43 k.), dur brzuszny — 43 (17 m. + 26 k.), gruźlica płuc — 18 (12 m. + 6 k.), błonica — 9 (4 m. + 5 k.), zimnica — 8 (6 m. + 2 k.), płonica — 5 (3 m. + 2 k.), róża 5 (1 m. + 4 k.), zapalenie opon mózgowych — 4 (1 m. + 3 k.), czerwonka 4 (3 m. + 1 k.), trychinoza 4 k., ogólne zakażenie — 3 (1 m. + 2 k.), dur plamisty, tężec i zapalenie wsierdzia po 1.

Przypadków niezakaźnych było 89.

Z liczby tej było najwięcej chorób żołądkowo - jelitowych 25 (13 m. + 12 k.), zapalenie płuc 17 (7 m. + 10 k.), zapalenia miedniczek nerkowych 6 k.

Zapaleń nerek 5 (1 m. + 4 k.), różnych spraw ropnych 5 (3 m. + 2 k.), zapaleń gruczołów chłonnych 4 (2 m. + 2 k.), nieżytów oskrzeli 3 (1 m. + 2 k.), histerji 3 k., raka narządów wewnętrznych i zapalenia jajników po 2, niedomogi serca, rozedmy, niedokrwistości złośliwej, zapalenia opłucnej, zapalenia macicy, zapalenia wyrostka sutkowego, moczówki prostej, przepukliny, żylaków, rozedmy płuc, wstrząsu mózgu, zatrucia weronalem i sublimatem, zatrucia pokarmowego, uwiądu starczego po 1 przypadku.

Do szpitali dla zakaźnych przewieziono 35 chorych (13 m. + 22 k.), na inne oddziały szpitalne przeniesiono chorych 51 (17 m. + 34 k.), wyleczonych lub z poprawą wypisano 219 (85 m. + 134 k.).

Zmarło przed upływem 24 g. od chwili przybycia na oddział 2 (— m. + 2 k.), po upływie 24 g. 23 (9 m. + 14 k.).

Badań chemiczno - bakterjologicznych w pracowni centralnej szpitala wykonano 426.

Badań krwi wykonano 354: Widala 129, na dur brzuszny A i B po 45, morfologji 66, posiewów 34, Wassermanna 16, Weil - Felixa 9, na moczník 5, na pełzaki zimnicy 3, Betello 2.

Badań nalotu z gardła dokonano 47, płynu mózgowo - rdzeniowego 9, kału 8, płynu z opłucnej 6, moczu 5, plwociny 3, ropy 2, płynu z jamy brzusznej 1.

Pozatem b. dużo badań moczu i krwi dokonano w podręcznej pracowni na oddziale.

Wśród przypadków zakaźnych duża liczba chorych na odrę i błonicę tłumaczy się przyjmowaniem na Oddział Obserwacyjny wyłącznie tych przypadków od początku sierpnia do grudnia r. b., a to z powodu remontu w tym czasie odnośnych oddziałów zakaźnych w szpitalu starozakonnych na Czystem.

Chorych na odrę pomieszczono w oddzielnych pokoikach, mieszczących się na parterze domu oddziału obserwacyjnego.

Po zwinięciu oddziału odrowego i błoniczego poddano cały budynek oddziału obserwacyjnego między 15 — 20 grudnia gruntownej dezynfekcji.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 4, z 24 stycznia 1929: K. Dłuski: O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych), (dok.). — M. Płońskier: O grzybicy śledziony. — B. Goldstein: Djetetyka z punktu widzenia jonów (streszczenie zbiorowe). — J. Babecki: Opieka lekarska w szkole (dok.).

Medycyna, rok III, nr. 3, z 19 stycznia 1929: Zdz. Michalski: Materjały do badań nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem (c. d.). — A. Galewski: Indykanemja i indykanurja. Cz. Jaworski: Metoda i leczenie róży błękitem metylenu.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 4, z 27 stycznia 1929 r.: Witanowski: Nadnercza. — Sprawy zawodowe.

Trzeźwość, nr. 12, z r. 1928: Sprawozdanie z obrad VIII Polskiego Kongresu przeciwalkoholowego w Lublinie (8 — 9. XII. 1928). St. Biernacki: Tramwaj na Powiślu. — M. Skiba: Prasie Polskiej pod rozwagę. — E. Wyrobek: Jak to króla Popiela zjadły myszy? — Polskie koleje państwowe w walce z alkoholizmem. — Tydzień propagandy trzeźwości.

Wiadomości lekarskie, rok II, nr. 1, za styczeń 1929 r.: Wł. Medyński: O zapobieganiu chorobom zawodowym. — St. Bühn: O wartości praktycznej odczynu Biernackiego. — J. Weinbaum: Kasa chorych a ochrona pracy. — W. Janusz: Statystyka spopielonych zwłok w światowych krematorjach w r. 1927. — Wiadomości ubezpieczeniowe.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 2, z r. 1929: Konst. J. Gaczyński: Srebrne i złote. — N. Jastrzębska: Nasze dziecko jest już człowieckiem. — Ewa Szelburg: Fotografja Renusi. — Zarembina: Nasz konkurs fotograficzny. — B. Potasińska: Dzienniczek matki. — St. Szuman: Początki ubierania się dziecka. — M. Wąsowicz - Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — T. Ciosłowski: O kile utajonej. — Fr. Ks. Cieszyński: O skórze noworodka. — P. Gleich: Błonica (dyfterja) (dok.).

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 1, za styczeń 1929: Al. Stępowska: W sprawie leczenia zaburzeń mowy. — J. Węgierko: Istota i leczenie żółtaczki. — Fr. Sienicki: Jak otwierać ropień migdałowy? — Streszczenia.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLV/5. 1927.

Giffin Z.: *Wycięcie śledziony.*

Nowak E.: *Pojedyncze torbiele śledziony.*

Schwartz J.: *Pierwotne zapalenie otrzewny przez gronkowca u dzieci.* Autor stwierdza na podstawie swego materjału klinicznego, że w tytule wymienione zapalenie otrzewny nie jest schorzeniem rzadkiem, stanowiąc 7% wszystkich chorób chirurgicznych u dzieci poniżej 5-ciu lat.

Ponieważ w dziesięciu jego przypadkach początkowe zakażenie wyszło z dróg oddechowych, przyjmuje, że zajęcie otrzewny odbyło się w tych przypadkach drogą krwionośną. Autor dodaje, że zapalenie pochwy w następstwie bezpośredniego postępowania sprawy wzdłuż dróg moczowych obserwował tylko w dwu przypadkach.

Wczesne rozpoznanie sprawy jest trudne, ponieważ objawy są często nieznaczne. Przy rozpoznawaniu można sprawę pomieszać z ostrem zapaleniem wyrostka rob. Dla postawienia pewnego rozpoznania należy wykonać nakłucie brzuszne.

Natychmiast po ustaleniu rozpoznania należy zastosować leczenie chirurgiczne.

Rokowanie jest bardzo niepomyślne. Śmiertelność wynosi 79%. Inni autorowie przyjmują jeszcze wyższą, bo 80 — 100%.

Starsze dzieci wykazują nieco lepsze widoki wyleczenia.

Cohen M.: *Ostre schorzenia chirurgiczne u dzieci.*

Leonard V. i Feirer W.: *Hexylrosorcinol jako środek antyseptyczny.* Roztwór zawierający 30% gliceryny i 70% wody, w którym rozpuszczony jest 1 mg hexylresorcinolu posiada następujące własności:

jest trwały i nietrujący,

jest silnym antyseptykiem, ponieważ niszczy większość znanych drobnoustrojów w przeciągu 15 sek.,

jego siła bakterjobójcza zaznacza się już w rozcieńczeniu bezwzględnie nieszkodzącym najbardziej delikatnej tkance.

Obserwacje kliniczne autor poda w następnej pracy.

Johnsohn H.: *Badania nad zapobieganiem pooperac. zapaleniu otrzewny i zrostom brzusznym.* Celem naturalnym płynu amniotycznego jest zapobieganie zrostom między workiem amniotycznym a płodem.

Płyn ten wyjałowiony na filtrze Berkenfelda może być używany zupełnie bezpiecznie po zabiegach jamy brzusznej, jako środek zapobiegawczy przeciw zrostom otrzewnowym.

Jego działanie polega na wytworzeniu się warstwy włóknika na powierzchni otrzewny z następową miejscową leukocytozą. W następstwie tego przychodzi do szybkiego zniknięcia plast. wysięku przy pomocy proteolitycznego działania fermentów.

Wilson R.: *Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jako powikłanie porodu i połogu.*

Pugh W.: *Uchyłek pęcherza moczowego.*

Cox H.: *Zwichnięcie krzyżowo-biodrowe (niezupełne) jako powód bólu w krzyżach.*

Mc Mullin: *Znieczulenie lędźwiowe.*

Tarnowsky G.: *Miejscowe używanie eteru w ginekologji.*

Mosher G.: *Cięcie cesarskie.*

Chirurgja kliniczna.

Lower: *Technika usunięcia kamieni z górnych dróg moczowych.*

Wolsey: *Technika zespolenia żołądkowo-jelitowego bez zaciskadeł.*

Sloan: *Nowe cięcie w górnej części brzucha.*

Harris: *Nadłonowe wycięcie gr. krokowego.*

Stephens: *Ileocaecalne wgłobienie u dzieci.*

Sweck: *Nowy i praktyczny abdominoskop.*

Sonnenschein: *Złamania kości udowej u dzieci.*

Bacon: *Nowy sposób podotrzewnowego sączkowania.*

Rulison: *Pooperacyjne postępowanie przy płatkach Terscha.*

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské lekarské listy.

Nr. 7. 1928.

Prof. J. Bečka: *Wodorotlenek magnezowy w lecznictwie zewnętrznem i wewnętrznem.* Autor omawia chemiczne właściwości wodorotlenku magnezowego, stosunek jego do drobnoustrojów i wyniki własnych badań laboratoryjnych. „Polysan" (jak autor nazwał swój przetwór), wstrzymuje ropienie, zmniejsza obrzęk miejscowy i bolesność w ciągu 24 godzin, przy ropniakach, wywołanych doświadczalnie naftą u zwierząt. „Polysanu" używa się przy leczeniu ran, czyraków, ropniaków, ropowic, przy wrzodzie goleni, poparzeniach i róży. W przypadkach powyższych następuje szybki zanik objawów zapalnych, ropienia i rychłe gojenie. Przy chorobach skórnych również są opisywane wyniki pomyślne. Wewnętrznie zastosowany w przypadkach, w których się używa magnezji palonej, daje wodorotlenek magnezowy wyniki lepsze, ponieważ rychlej się łączy z tkanką i mniej drażni (w postaci zawiesiny przy gastritis, ulcus ventriculi i duodeni). Dożylnie wstrzykiwano przy sprawach gorączkowych i zapaleniach stawów. (Dr. Rapaut — 5 ccm).

Dr. M. Križan: *Odczyn Kabelika i Valtisa na odchylenie dopełniacza.* Badanych było 193 przypadków metodą Kabelika (plazma), a 83 równocześnie metodą Valtisa*) (surowica). Materjał badanych składał się przeważnie z przypadków gruźlicy płucnej, o dodatnim wyniku bakterjologicznym. Odczyny często wypadały ujemne też i przy gruźlicy „dodatniej". Odczyn Valtisa okazał się lepszym od odczynu Kabelika. Autor nie poleca stosowania odczynu, jako czynnika rozstrzygającego w przypadkach, gdzie zachodzi potrzeba sztucznego przerwania ciąży.

---

*) Odczyn używany do rozpoznania gruźlicy w instytucie Pasteura.

Nr. 9.

Dr. J. Mourek: *Rozstępy ran po laparotomjach.* Autor uważa przyczyny, podawane przez rozmaitych chirurgów, za niewystarczające. Supponuje pewnego rodzaju skłonność do rozstępu rany. Skłonność tę tworzą bądź warunki podmiotowe operowanego, bądź warunki wewnętrzne. Wielkie znaczenie ma również technika operacyjna, w której głównie rozstrzyga wybór cięcia i zeszycie rany. Zwłaszcza rozmaite uchybienia w zeszywaniu rany są często przyczynami jej rozstępu. Znaczną rolę odgrywa w podobnych przypadkach otyłość. Dalszym warunkiem niezbędnym jest zachowanie aseptyki i odpowiednie leczenie pooperacyjne.

Dr. Ungar (Lwów).

Nr. 10.

Dr. A. Partoš: *Regulacja przemiany węglowodanowej. (Rola kwasu mlekowego w pośredniej przemianie węglowodanowej).*

Autor wykazuje licznemi doświadczeniami, że kwas mlekowy in vitro przyśpiesza rozszczepienie glikogenu. Działanie kwasu mlekowego na glikogen odbywa się drogą djastatycznego zaczynu. Wyciągi nadnercza, przysadki mózgowej i jajnika przyśpieszają, insulina hamuje, zaś wyciąg tarczycy wywiera nieznaczny wpływ na rozszczepienie glikogenu in vitro. Kwas mlekowy podawany równocześnie z powyższymi wyciągami przyśpiesza zawsze rozszczepienie glikogenu. Podany równocześnie z insuliną kwas mlekowy zwiększa niedocukrzenie, wywołane insuliną in vitro. Wyciągiem nadnercza, przysadki mózgowej i jajnika wywołane przecukrzenie — kwas mlekowy obniża, względnie przeprowadza w stan niedocukrzenia. Nie ma on natomiast wpływu na przecukrzenie, wywołane tyrotoksyną. Autor stara się wytłumaczyć to paradoksalne zachowanie się kwasu mlekowego in vivo.

Časopis lékaru českych.

Nr. 52. 1928.

As. Dr. St. Kopač: *Bakterjologiczny obraz przy zapaleniach środkowego ucha po płonicy i błonicy.* W ciągu 7 miesięcy napotkał autor w 198 przypadkach płonicy powikłania uszne w zaledwie 8 przypadkach t. j.w 4%. (Odsetek znacznie mniejszy od liczby Mayera (23%) i Nagera (30%), zbliżony natomiast do cyfry Urbantschitscha (5%), w 139 przypadkach płonicy powikłanej błonicą znalazł powikłania uszne w 10 przypadkach (7,2%). Na 450 przypadków błonicy zaobserwował autor powikłania uszne w 4 przypadkach (0.88%). Badanie bakterjologiczne ropy usznej wykazało jadowite prątki Löfflera w 45,5%, a mianowicie: 50% w płonicy niepowikłanej, 50% przy płonicy powikłanej błonicą, 25% przy błonicy; przyczem we wszystkich tych przypadkach proces uszny przebiegał pod obrazem zwykłego zapalenia ucha środkowego (Lewin, Kobrak, Szmurło). Koniecznem jest badanie bakterjologiczne ropy, jak przy zapaleniach ucha środkowego płoniczych i błoniczych, ponieważ tylko tym sposobem można poznać prawdziwy ich charakter i w odpowiedni sposób ograniczyć rozprzestrzenianie się zakażenia.

As. Dr. J. Ungar: *Szczepienie ochronne przeciwko ospie i powikłania po niem powstające.* Sprawa, tycząca się możliwości powikłania w postaci zapalenia mózgu po szczepieniu przeciwko ospie nie jest jeszcze ostatecznie załatwioną. Ze względu zaś na fakta, wypływające ze statystyki amerykańskiej i holenderskiej, nie jest zapalenie mózgu następstwem szczepionki (encephalitis vaccinica Luckscha), lecz raczej można przypuścić przypadkową współrzędność obu zakażeń, na co wskazuje również występowanie zapalenia mózgu u starszych dzieci w wieku szkolnym, gdzie możliwość zarażenia, choćby utajona, jest częstsza przez wzajemne stykanie się dzieci. Szczepienie, następnie przeprowadzone w tym czasokresie, aktywuje ten utajony zarazek. Sposób szczepienia podskórnego, używanie zarazka osłabionego i surowicy szczepionkowej daje porękę zupełnego bezpieczeństwa szczepienia przeciw ospie.

Dr. K. Kunc: *Nowa metoda leczenia postępującego niedosłyszenia przy trwałej niedrożności trąbki słuchowej Eustachego.* Przy trwałem zamknięciu trąbki słuchowej (artresja, zwężenie), celem polepszenia czynności przewodzącego narządu środkowego ucha, skonstruował autor aparat, nazwany przez niego „insuflatorem". Aparat składa się ze zwykłej, wydrążonej igły chirurgicznej, 8—10 cm długiej, przy końcu $1^1/_2$—2 mm szerokiej, o ostrzu o 45° zeszlifowanem. Igła nasadzoną jest na balonik z wężem gumowym. Igłą przebija się bębenek przy obrączce bębenkowej kości skroniowej (annulus tympanicus) a balonikiem wdmuchuje się powietrze do jamy bębenkowej. Brzegi świeżego przedziurawienia polewa się 50% kwasem chromowym. Tym sposobem otrzymuje się trwałe, sztuczne przedziurawienie bębenka i dość znaczne polepszenie słuchu w przypadkach postępującego niedosłyszenia, przy

których rokowania, o ile się tyczą czynności jamy bębenkowej i narządu słuchowego, były dotychczas bardzo niepomyślne.

Dr. J. Jung: *Odczyn Davisa, Roffa i Wiganda u kobiet, dotkniętych rakiem narządów rodnych.* Na podstawie własnych badań, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) mimo, że odczyn Davisa i Wiganda daje w przypadkach raka cały szereg wyników dodatnich, jest jednak różniczkowa ich wartość mała, ponieważ i ciężarne kobiety, jakoteż kobiety, cierpiące na zapalenie narządów rodnych wewnętrznych, wykazują w znacznym odsetku odczyn dodatni. 2) Odczyn Davisa i Wiganda zwodzi bardzo często w początkowych okresach raka, w których właśnie ich różniczkowa wartość miałaby doniosłe znaczenie. 3) Odczyn Roffa okazał się z powodu nieznacznego odsetku wyników dodatnich, do końca i przy rozwiniętym raku praktycznie zupełnie bez wartości.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspflege.

Zeszyt 5—6 ex 1928)

W. Heerdt: *Tępienie pluskiew.* Zapluskwienie mieszkań jest spowodowane złym stanem budowlanym, a nietyle niechlujstwem. Jeżeli właściciel domu lub lokator nie posiada środków na utrzymanie budynku względnie mieszkań w takim stanie, ażeby nie było zaułków do składania jaj przez pluskwy, natenczas wystarczy przypadkowe zawleczenie jednej zapłodnionej samiczki do zapluskwienia bez możności pozbycia się tej plagi. Użycie kwasu siarkowego przez spalanie siarki, lub dwusiarczku węgla, najczęściej nie wystarcza. O tym środku należy powiedzieć, że: 1) musi być wytworzona w przestrzeni jednostajna mięszanina powietrza i bezwodnika siarkawego w zgęszczeniu 5%; 2) działanie na jajka stale znajdujące się w schowkach przeważnie nie jest dostateczne; 3) pewne barwiki, tkaniny i metale ulegają uszkodzeniu; 4) jednorazowe użycie tego środka nigdy nie odnosi zupełnego skutku; 5) wysiarkowanie większych budynków wymaga bardzo długiego czasu. Natomiast sinowodor uznany jest conajmniej w 27 państwach jako środek skuteczny, a jego używanie jest uregulowane rozporządzeniami państwowemi i samorządowemi. Powszechnemu używaniu tego sposobu przeszkadza kilka powodów, w pierwszym rzędzie obawa przed niebezpieczeństwem dla ludzi. Jednakże technika dokonywania zabiegu sinowodorem w ostatnich czasach tak się udoskonaliła, że należy ją uważać za pewną. Drugim powodem jest wysokość kosztów. O ile się jednak uwzględni, że tylko 100-procentowe wytępienie pluskiew i ich jaj może się opłacić, okaże się, że odpluskwianie sinowodorem jest najtańsze. Jednorazowe wysiarkowanie kosztuje połowę z tego, co użycie sinowodoru, a ponieważ siarkę trzeba stosować kilkakrotnie i w dodatku ze skutkiem bardzo wątpliwym, przeto w rezultacie sinowodór okazuje się daleko tańszym. Trudność sprawia często skwalifikowanie danego przedmiotu budowlanego t. j. orzeczenie, czy taki przedmiot wymaga odpluskwienia sinowodorem. Niestety odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa. Już niejednokrotnie się okazało, że objekt uznany przez władze jako wolny od pluskiew był zapluskwiony. Pluskwa naogół nie opuszcza swej siedziby i nie ginie, gdy budynek przez pewien czas stoi pustką. Wytrzymałość pluskwy na głód przez dwa lata (!) zwłaszcza przy niskiej ciepłocie, jest dowiedziona. W niektórych przypadkach stwierdzono jednak wędrówkę pluskiew z budynków opuszczonych do zamieszkanych. Wobec tego nie można liczyć ani na wygłodzenie pluskiew, ani na ich przywiązanie do siedziby, należy je zatem czynnie tępić. Oczywiście trzeba przytem pamiętać, że przed użyciem sinowodoru niewolno z zapluskwionych budynków wynosić żadnych przedmiotów, by na nich nie przenieść pluskiew. Odpluskwianie używanych mebli i innych przedmiotów przy dzisiejszym stanie techniki jest łatwe i niedrogie. Dlatego autor żąda przymusowego odpluskwiania dobytku ludności w razie stwierdzenia zapluskwienia przed przeprowadzeniem się do nowego mieszkania. W Lincu nad Dunajem i w Innsbrucku przepis ten znajduje zastosowanie. W końcu podnosi autor, że stosowanie siarki w postaci dwusiarczku węgla nie jest wcale pozbawione niebezpieczeństwa ze względu na możliwość wybuchu, jak świadczą ostatnio trzy nieszczęśliwe wypadki w Monachjum, Tempelhof i Budapeszcie, przy których powstały poważne szkody w życiu i mieniu ludzkiem.

Dr. Weinsberg (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 27. III. 1928.

Przewodniczący: Prezes T-wa Kazimierz Zieliński.
Obecnych członków T-wa 59. Wprowadzonych gości 46.

I. Po odczytaniu, przyjęto protokół posiedzenia z dnia 20 marca ub. roku.

II. Sekretarz Stały T-wa oddaje hołd pamięci prof. Browicza Tad. jako wielkiego lekarza, człowieka i członka honorowego T-wa Lekarskiego Warszawskiego.

III. Do książnicy T-wa wpłynęły następujące prace:
1) Kwartalnik Statystyczny r. 1928 T. V. zesz. 1.
2) Higjena życia codziennego. 1928 r. Nr. 1 i 2.
3) Rocznik Statystyczny Warszawy r. 1926—1928.
4) Wiadomości statystyczne głównego urzędu statystycznego Rocznik VI. Zesz. 1, 2, 3, 4, 5 i 6 1928 r.
5) Dr. med. Franciszek Głuziński, komisarz rządu narodowego na powiat Kolski. Dr. Fr. Białokur. 1928.
6) Operationslose Behandlung der Krampfadern durch künstliche Verödung. C. Siebert i E. Wreszyński. 1928.
7) Leczenie zaparć nawykowych chininą. E. Wajs i H. Wasserman. 1928.
8) Badania nad płonicą. J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch. 1928.
9) Badania anatomo - patologiczne nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt (żołądek i jelita). S. Mahrburg. 1928.
10) Bibliographie des livres français de médecine et de sciences. 1919—1928. Baillière, Doin. Maloine, Masson, Vigot.

IV. Kol. Dębicki: *Przypadek urazowego tętniaka tętniczo-żylnego tętnicy udowej.*

Kol. Dębicki przedstawił chorego, który przed 8-ma miesiącami otrzymał postrzał w okolicę prawej pachwiny poniżej więzadła Pouparta na przebiegu wielkich naczyń. Bezpośrednio po urazie tętno w tętnicy grzbietowej stopy było wyczuwalne, toteż nie wkraczaliśmy operacyjnie. Po paru dniach w okolicy rany postrzałowej pojawiło się wzniesienie, nad którem wysłuchiwało się wybitny szmer skurczowy. Rozpoznaliśmy wówczas tętniak zwykły i zaleciliśmy choremu zgłosić się po upływie paru miesięcy. Obecnie stwierdzono wybitny szmer bulgocący „thrillement" w okolicy pachwinowej promieniujący powyżej i poniżej miejsca urazu. Szmer ten ginie po uciśnieniu tętnicy biodrowej zewnętrznej. Tętno 80—96. Wybitnie zaznaczone tony serca i powiększenie jego granicy. Parcie tętnicze Mx = 120 Mn = 55 skali Vaquez'a.

Pozatem zniesienie czucia na zewnętrznej powierzchni prawego podudzia, opuszczenie stopy i jej zewnętrznego brzegu. Zgięcie grzbietowe i uniesienie zewnętrznego brzegu zniesione.

Podobnych spostrzeżeń dostarczyła bardzo dużo doba powojenna. W roku 1927 sprawa tętniaków urazowych była programowym tematem posiedzeń Francuskiego Towarzystwa chirurgów. Świetne są obserwacje Leriche'a poparte doświadczeniami na psach.

Leriche zauważył, że u jednego z chorych na pierwszy plan wysuwały się zmiany w ośrodkowym układzie naczyniowym. Po uważniejszem badaniu chorych stwierdził, że jest to prawie stałe zjawisko. Badania na psach wykazały: że po założeniu przetoki tętniczo - żylnej występuje stopniowo przerost całego serca *(hyperthrophia totalis cordis)*, że tętno jest częstsze, a po uciśnięciu tętnicy aż do zniknięcia szmerów opada do 60 i mniej uderzeń na minutę, że przerwanie farmakologiczne albo mechaniczne ciągłości nerwu błędnego żadnego wpływu na te zmiany niema, że zmiany w sercu są często czynnościowe i że po upływie 6 miesięcy trwania przetoki już się nie cofają. Wszystkie te zmiany przyżyciowe możemy wykazać dosadnie na naszym chorym, a więc podczas badania chorego przed ekranem widzimy rzadsze skurcze serca po uciśnieniu tętnicy biodrowej. Zdjęcia wykonane w tych samych warunkach wykazują zmniejszenie się wymiarów o 1,2 cm tętno spada z 96 na 60. Ciśnienie początkowo zmienia się: Mx = 115, Mn = 70 by po chwili powrócić do poprzedniego poziomu t. j. Mx = 120, Mn = 55.

Fakt, że zmiany w sercu postępują, że mogą stać się główną dolegliwością chorego, nakazuje wkroczenie operacyjne. Dowiodło tego doświadczenie dwóch wielkich wojen — japońskiej i europejskiej.

Mogą tu być zastosowane trzy typy zabiegów:

1) W razie istnienia przetoki łączącej oba pnie naczyniowe, podwiązanie jej od strony obu naczyń. Zabieg ostrożny, ale niepewny co do trwałości skutku.

2) Idealne odtworzenie tętnicy przez t. zw. aneurysmorrhaphię — sposób podany przez M a b o s a, bardzo trudny technicznie. Daje się on wykonać w nielicznych przypadkach.

3) Radykalny — podwiązanie obu pni naczyniowych powyżej i poniżej przetoki. Ze względu na trudności, jakie stwarza przerwanie światła naczyń wielkich dla układu naczyniowego, L e r i c h e zaleca obok tego przecięcie obu pni. Ma to wpływać dobroczynnie na cały układ naczyniowy kończyny.

Samo podwiązanie naczyń przeważnie nie grozi zgorzelą kończyny. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. G l u z i ń s k i mówi o niezrozumiałym wpływie pokazanego tętniaka na tętno i parcie krwi. Mowca przypuszcza, że odgrywa tu rolę przedostawanie się krwi do układu żylnego i tą drogą powstały wpływy toksyczne.

V. Kol. H i g i e r H.: *Rzadka postać rodzinno - dziedzicznego porażenia napadowego wszystkich kończyn.*

Pokaz rodziny, której drzewo genealogiczne wykazuje, iż 12 osób, przeważnie mężczyzn, w 4-ch pokoleniach dotkniętych jest tem bardzo rzadkiem cierpieniem, opisanem po raz pierwszy przez W e s t p h a l a, dokładnie zaś zbadanem przez G o l d f l a m a i O p p e n h e i m a, ostatnio zaś przez K. A. S c h m i d t a. Napady trwają kilka dni, zaczynają się już od czwartego roku życia, przygasają w tej rodzinie w 50-tym roku. Występuje porażenie wiotkie wszystkich kończyn z zupełnym brakiem wszystkich odruchów oraz wszelkiej pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni i nerwów przy zachowanem czuciu i czynności zwieraczy. Usilne ruchy, taniec, gorące napoje, z wyjątkiem wyskokowych, czasem przerywają napad, który zjawia się przeważnie po obfitej wieczerzy (zwłaszcza białe pieczywo) lub we śnie nad ranem w odstępach nierównych.

H i g i e r w pięciu — sześciu rodzinach, które bliżej zna, widział napady kilkudniowe i kilkugodzinne, ale nie spotykał porażenia śmiertelnego nerwów opuszkowych, chociaż znane mu są tego rodzaju przypadki innych lekarzy. H i g i e r zwraca uwagę: 1) na zupełnie podobne; a) porażenia występujące w chorobie. L a n d r y, zazwyczaj fatalnie kończące się, które obserwował niejednokrotnie z objawami opuszkowemi (opisał je w r. 1912); 2) na porażenia wiotkie z arefleksją w zatruciu siarczanem magnezu, stosowanym przezeń obficie dolędźwiowo w tężcu (opisał je w roku 1916); 3) na zupełnie podobne do obserwowanych porażenie napadowo - wiotkie i przemijające (opisał je w roku 1922), jako zatrucia ciężkiemi solami baru, któremi była zafałszowana droga mąka pszenna podczas wojny i tuż po niej.

Omawiając dość ciemną patogenezę (autointoksykacja, napady naczyniowo - ruchowe, napady podobne do padaczki okresowej, związek z zachorzeniem tarczycy), H i g i e r dość sceptycznie zapatruje się na poprawę, którą sobie pacjent chwali po śródmięśniowo stosowanej adrenalinie w okresach międzynapadowych. Z środków, które on wypróbował uważa tyreoidynę za szkodliwą, gdyż wyzwala napady. O r z e c h o w s k i widział napady po adrenalinie. Wiele danych przemawia za wielogruczołowem pochodzeniem tego wielce ciekawego cierpienia. (Streszczenie własne).

VI. Kol. B r o n o w s k i Szczepan: *Leżenie w łóżku jako metoda lecznicza.*

Na wstępie prelegent zaznacza, że leżenie w łóżku w otoczeniu jednakowego ciepła uspokaja psychikę oraz układ nerwowy, zmniejsza przemianę materji, oraz sprzyja budowie i odbudowie tkanek. W dalszym ciągu zaoszczędza i zwiększa pożyteczną pracę serca, nerek, czyli jest prawdziwem *cardiacum et diureticum*, w końcu ochrania narządy jamy brzusznej od nadmiernego ruchu i oziębienia i również sprzyja pomyślniejszemu przebiegowi wszelkich spraw zakaźnych w jamie brzusznej oraz w całym ustroju.

Klinicznie prelegent pokrótce wymienia te stany chorobowe, w których leżenie w łóżku więcej znaczy, niż liczne leki i inne stosowane sposoby lecznicze. A więc stosowanie tej metody leczniczej w skrytych postaciach zapalenia osierdzia, w endocarditis lenta, w zapaleniu ścian tętnicy głównej, w miażdżycy tejże, w rozmaitych stanach zapalnych narządu oddechowego, a zwłaszcza w gruźlicy czynnej, w zapaleniu miedniczek nerkowych, w zapalnych stanach otrzewny i narządów jamy brzusznej, we wszystkich sprawach zakaźnych, stanach wyniszczenia ustroju, w błednicy, w stanach wyczerpania nerwowego lub psychicznego i w końcu w stanach podgorączkowych niewiadomego pochodzenia, noszących nazwę „gorączek nerwowych".

Zbyt długie leżenie w łóżku nie jest wskazane:

a) po przebytych chorobach zakaźnych, b) w niektórych postaciach bólu głowy, c) u niektórych chorych obarczonych neuropatycznie lub psychopatycznie. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. W e r t e n s t e i n podnosi, że stanowisko prelegenta w kwestji stosowania metody leżenia w łóżku u rekonwalescentów zgadza się z nowoczesnemi poglądami ginekologji na leżenie w łóżku kobiet w okresie normalnego porodu. Normalne położnice są bowiem także rekonwalescentkami. Dawniej zabraniano im wszelkich żywych ruchów i trzymano w łóżku bardzo długo. Przekonano się atoli, że nieczynność mięśni jest przyczyną wielu dolegliwości poredowych, a nawet, że osłabiona vis a tergo może spowodować powstawanie aseptycznych zakrzepów w kończynach dolnych. Należy tedy zalecić położnicom już od 3-go dnia przewracanie się w łóżku (samej lub z cudzą pomocą), w następnych dniach siadanie w łóżku bez pomocy rąk, przejście do pobliskiego fotelu, leżenie przez kilka godzin na kozetce i t. d., co bardzo ułatwia ostateczne porzucenie łóżka w dzień i powrót do normalnego trybu życia, i do wyrównania doznanych podczas porodu uszkodzeń. (Streszczenie własne).

Kol. O r ł o w s k i W. mówi, iż leżenie w łóżku w ostrem zapaleniu nerek powoduje przekrwienie ich zgodnie z prawem Marath - Dastra, wprowadzając nietylko wzmożoną ilość moczu, lecz jak wykazują doświadczenia D e b r e f f a również ilościowy wzrost mocznika, fosforanów i siarczanów w moczu. Wreszcie leżenie w łóżku oszczędzająco działa na serce, którego stan ma duże znaczenie w zapaleniu nerek.

Kol. T u c h e n d l e r A. Ideałem naszego postępowania leczniczego zawsze było, jest i będzie zadośćuczynienie wskazaniom przyczynowym, ale niestety rzadko kiedy udaje się nam wypełnić te wymagania, płynące z indicatio causalis. Chirurdzy są pod tym względem w szczęśliwem położeniu, kiedy wypada im wyciąć chory wyrostek, owrzodzenie żołądka lub woreczek żółciowy, wypełniony kamieniami. My terapeuci zmuszeni jesteśmy w licznych przewlekłych cierpieniach ograniczyć się do oszczędzania danego narządu lub jego czynności zapomocą dostarczenia temu narządowi spokoju przedewszystkiem, a to najpewniej osiągamy przez zastosowanie leżenia w łóżku. Większość dolegliwości i objawów u chorego — to rezultat rozmaitych bodźców życiowych, które dają się usunąć przez leżenie w łóżku. Że tak jest, mamy na to moc przykładów z naszej codziennej praktyki no i cały szereg dowodów teoretycznych.

Kol. T u c h e n d l e r przytacza przykłady z praktyki wyleczenia przewlekłych wrzodów żołądka i dwunastnicy (przypadków z niszami) jedynie zapomocą długiego leżenia w łóżku.

I wielkim błędem sztuki lekarskiej jest zaniedbanie tego środka — jako ważnej metody leczniczej.

Kol. B r o n o w s k i ma tedy zupełną rację, że przypomina nam ją w swoim dzisiejszym odczycie. (Streszczenie własne).

Kol. G l u z i ń s k i A. pochwala wysiłek prelegenta, który zechciał przypomnieć, że należy pamiętać o metodzie leczniczej, jaką jest leżenie w łóżku. Mówca zastanawia się dalej nad szkodliwością zbyt długiego leżenia. Przytacza przypadek zakrzepów poporodowych, które dotąd trwały, dopóki chora nie opuściła łóżka. Ułożenie i położenie chorego w łóżku również odgrywa rolę. Mówca podaje jeden przypadek ze swej praktyki, w którym chora, pozostająca przed porodem stale w łóżku w pozycji na wznak doszła do niezwykłych obrzęków i przestała oddawać mocz. Mówca zdecydował wówczas, aby chorą ułożono na brzuch. Obrzęki ustąpiły, prawie natychmiast, mocz zaczął obficie odchodzić. W zakrzepach poporodowych chorą należy przez pierwsze 6 tygodni pozostawić w łóżku, aby nastąpiła konsolidacja skrzepu.

Kol. G r o t t J. W odczycie swym prelegent poruszył znaczenie leżenia w łóżku, jako głównej metody leczenia, a mimochodem tylko dotknął leżenia jako środka pomocniczego w innych metodach leczniczych. Tymczasem codzienna obserwacja wykazuje, że cały szereg zabiegów leczniczych tylko wtedy przynosi pożądane skutki, gdy się je łączy z krótkotrwałem położeniem chorego do łóżka choćby tylko na 1 — 2 godz.

W pierwszym rzędzie do tego rodzaju zabiegów należy zaliczyć wszelkiego rodzaju kąpiele. Chory bardzo często po kąpieli otrzymanej ambulatoryjnie nie leży albo dlatego, że niema gdzie, albo też dlatego, że nie wie o tem, gdyż lekarz nie wytłumaczył mu tego należycie.

Bardzo często nienormalne pod tym względem warunki spotykamy w naszych uzdrowiskach, gdzie szczególniej po kąpielach borowinowych, wskutek braku odpowiednich urządzeń oraz braku odpowiedniego pouczenia chorych, niejednokrotnie lekarz i uzdrowisko sami niechcący niweczą korzystne działanie, jakie bezwątpienia powoduje kąpiel borowinowa połączona z leżeniem.

Rozszerzenie ram odczytu w druku i bardziej mocne podkreślenie przez prelegenta znaczenia leżenia w łóżku nietylko jako metody leczniczej głównej, lecz przedewszystkiem dodatkowej należałoby powitać jako rzecz wielce pożyteczną. (Streszczenie własne).

Kol. B r o n o w s k i dawał odpowiedzi mówcom.

VII. Kol. D ą b r o w s k i K. i G l a s s M.: *Gruźlica płuc a ciąża.*

Prelegenci po ogólnem rozpatrzeniu powyższego zagadnienia, podają 45 przypadków gruźlicy płuc, oraz współistniejących ciąży, na zasadzie których dochodzą do następujących wniosków:

1) Ciąża bezwzględnie wywiera wpływ ujemny na przebieg jawnej i czynnej gruźlicy płuc, i wpływ ten jest tem większy, im bardziej jest rozwinięte cierpienie.

2) Przypadki gruźlicy wyleczonej lub utajonej, bez objawów ogólnych i prątków K o c h a w plwocinie, aczkolwiek mogą czasem pod wpływem ciąży ulec pogorszeniu — są jednak rzadkie. Przerywanie ciąży w tych razach jest niewłaściwe, i nie powinno być przeprowadzane.

3) W okresie początkowym gruźlicy płuc, winno być przeprowadzone poronienie, niezależnie od tego, czy sprawa jest umiejscowiona, czy ma charakter postępujący, przyczem zespół objawów ogólnych, czynnościowych i fizykalnych, świadczący o sprawie gruźliczej czynnej wraz z konieczną, obecnością prątków w plwocinie, będzie jedyną dostateczną podstawą do przerwania ciąży, które winno być przedsięwzięte przed upływem 3-ch miesięcy jej trwania.

4) Każdy przypadek gruźlicy rozwiniętej winien być rozpatrzony indywidualnie. Przypadki z przeważającemi zmianami włóknistemi, jak również włóknisto - serowate, które do pojawienia się ciąży były umiejscowione względnie postępowały przewlekle, będą się również nadawały do zabiegu. W tych zaś przypadkach, które przed ciążą, w ciągu dłuższego czasu ostro postępowały, przedstawiając rokowanie złe, nie należy przerywać ciąży w interesie dziecka.

5) W przypadkach gruźlicy wyniszczającej, przeprowadzone poronienie nie wiele będzie mogło zdziałać, wobec tego troska nasza winna być skierowana do otrzymania zdrowego potomka.

6) Jeśli matka, pomimo, iż cierpienie płucne daje wskazanie do przerwania ciąży, na zabieg powyższy się nie zgadza, pragnąc mieć dziecko, wówczas należy ją umieścić w jaknajlepszych warunkach zdrowotnych i uczynić dla niej wszystko, co może wpłynąć dodatnio na polepszenie stanu zdrowia i na rokowanie.

7) Śmiertelność dzieci matek gruźliczych, można w przybliżeniu określić na 60%.

8) Należy zapobiec zakażeniu dziecka, przez odłączenie go od chorej matki.

9) Karmienie winno być cierpiącej matce bezwzględnie zakazane. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. B r o n o w s k i Szczepan podkreśla, że ponieważ dotąd nie zostało w nauce ustalone, w jakim stopniu ciąża wpływa szkodliwie na rozwój sprawy gruźliczej i w jakich warunkach, przeto posiłkuje się swojem doświadczeniem, a mianowicie: w przypadkach gruźlicy czynnej stanowczo doradza sztuczne poronienie, o ile chora daje gwarancję, że po dokonanym zabiegu będzie się nadal leczyła i secundo o ile nie będzie uprawiała sztucznego przerwania ciąży stale co kilka miesiecy. (Streszczenie własne).

Kol. W e r t e n s t e i n zwraca uwagę, że sztuczne przerwanie ciąży nie jest zabiegiem niewinnym nawet wtedy, gdy wykonane jest w najidealniejszych warunkach aseptycznych i przeszło bez żadnych powikłań. Spostrzegamy bowiem po niem bardzo poważne zaburzenia czynnościowe (bez zmian anatomo - patologicznych) narządów płciowych jako to: czasowa lub zupełna *amenorrhoea*, dłuższa lub zupełna bezpłodność, albo samoistne poronienia, z drugiej znów strony nieprawidłowe częste miesiączkowanie, nadmierne utraty krwi *(menorrhagiae)* katary macicy i t. d.

Należy także liczyć się z psychiką ciężarnej, dotkniętej gruźlicą czynną, ale pragnącej zostać matką. Taka i cięższą formę gruźlicy lepiej zniesie, niż lżej chora, a czująca się wskutek ciąży nieszczęśliwą i pełną troski.. Dostarczenie jednak tej kategorji ciężarnych znośnych warunków życia zachowa niejedno życie ludzkie bez uciekania się do sztucznego poronienia. (Streszczenie własne).

Kol. C h m i e l e w s k i J. uważa tezy prelegenta naogół za słuszne. W rokowaniu u chorej na gruźlicę w okresie ciąży należy uwzględniać stanowisko społeczne, warunki życiowe, stan majątkowy, gdyż inny przebieg będzie u kobiety znajdującej się w dobrych warunkach materjalnych, inny zaś u robotnicy, obciążonej liczną rodziną, zmuszoną do ciężkiej pracy. Statystyka F o r s t n e r'a, która zrobiła tak silne wrażenie na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym, nie jest bez zarzutu i ma mniejszą doniosłość, niż to się pierwotnie wydawało. Nie można zgodzić się z prelegentem, że dla przerwania ciąży niezbędną jest obecność laseczników K o c h a w plwocinie. Często chorzy z wyraźną gruźlicą płuc w ciągu pierwszych miesięcy plwociny nie oddają, w innych wypadkach wielokrotne badanie plwociny laseczników nie wykrywa. Laseczniki często zjawiają się i znikają okresowo. W ciągu 1 — 2 miesięcy, które ma lekarz dla przerwania ciąży można ich nie znaleść, gdy stan ogólny, dane fizykalne, R o e n t g e n, nie pozostawiają wątpliwości co do istoty choroby. (Streszczenie własne).

Kol. O r ł o w s k i W. Rok temu, mianowicie 24 maja 1927 r. miałem zaszczyt przedstawić na posiedzeniu Warsz. Tow. Ginekologicznego wskazania do przerwania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. Udzieliłem wtedy dużo uwagi gruźlicy i krytycznie oświetliłem wszystkie dane przytaczane na dowód szkodliwego działania ciąży na gruźlicę. Wykazałem, że dane statystyczne, na których opiera się to zapatrywanie, nie wytrzymują krytyki naukowej. Materjał statystyczny jest przedewszystkiem przeważnie zbyt szczupły. Ponadto nie czyni zadość wymaganiom dokładnego spostrzegania. Istotnie, nie można wysnuwać żadnych wniosków ze statystyki, operującej przypadkami, w których ciążę przerwano odrazu, gdy się rozpoznało gruźlicę, zwłaszcza, gdy przerwanie ciąży wykonano we wczesnym okresie ciąży, wiadomo bowiem, że gruźlica sama przez się i bez przerwania ciąży może dać w dalszym przebiegu poprawę i nawet przejść w stan nieczynny. Dotychczas nikt nie udowodnił dodatniego wpływu przerwania ciąży na przebieg gruźlicy. Przytaczają na dowód szkodliwego działania ciąży na gruźlicę fakt częstego wybuchu gruźlicy podczas pierwszej ciąży. Jeżeli jednak przypomnimy, że mamy tu do czynienia przeważnie z kobietami w wieku, który niedaleko odbiega od okresu dojrzewania płciowego a w tym wieku często gruźlica ujawnia się, i bez ciąży, to siła dowodząca tego faktu staje się wątpliwa. Bez znaczenia dla naszego zagadnienia jest również fakt, że gruźlicę płuc spostrzega się rzadko wśród wieloródek, znaczna bowiem ilość chorych na gruźlicę umiera i bez ciąży w ciągu paru lat od samej gruźlicy. Spostrzeżenia poszczególnych przypadków gruźlicy w okresie ciąży również nie rozwiązują zagadnienia, ciąża bowiem trwa 10 miesięcy, a wiemy przecież, że w tak długim okresie gruźlica wykazuje i sama przez się pogorszenie i poprawę. Do rozstrzygnięcia zagadnienia, czy ciąża wywiera wpływ szkodliwy na gruźlicę, trzeba przeprowadzić badania na materjale obfitym, należącym do jednej warstwy społecznej, a obejmującym chore na gruźlicę, które zachodziły w ciążę obok chorych, które w ciążę nie zachodziły. Wielką zasługą F o r s t n e r'a stanowi zebranie właśnie takiego materjału. Dowiódł on, że ciąża sama przez się nie pogarsza gruźlicy. Zarzut uczyniony przez prelegenta, że statystyka F o r s t n e r'a niema dla nas znaczenia, bo dotyczy narodu żyjącego wśród warunków, bez porównania lepszych niż nasze, nie jest słuszny, bo przecież obydwie grupy kobiet F o r s t n e r a znajdowały się w warunkach jednakowych. Dane F o r s t n e r a dla nas mają doniosłe znaczenia i dlatego, że wykazują, że odpowiedniem postępowaniem można zniwelować szkodliwy wpływ porodu. Obowiązkiem Tow. Lek. Warsz. jest podkreślić dla rządu i społeczeństwa prawidłową drogę postępowania w rozwiązaniu zagadnienia ciąży u kobiet gruźliczych przez odpowiednie ustawodawstwo społeczne i przeciwstawić się postępowaniu bezwątpienia łatwiejszemu mianowicie: przerywaniu ciąży. W końcu przemówienia mówca skreśla wskazania do przerwania ciąży u kobiet gruźliczych tak, jak je ujął w Tow. Warsz. Ginekologicznem. (Streszczenie własne).

Kol. S o b i e s z c z a ń s k i. W gruźlicy ciężarnych na podstawie pewnych wskazań doradza się poronienie, jako zabieg nieszkodliwy, lecz, że zabieg ten nie jest niewinny pouczają dane statystyczne.

Więc: C r e d e - H ö r d e r (100 przypadków) przytacza po poronieniu u gruźliczek 19% śmierci i 33% pogorszeń.

S c h e r e r u 72 chorych po poronieniu notuje 74% pogorszeń, u 31 chorych bez poronienia 9.7% pogorszeń.

Warto się nad tem zastanowić, gdyż są to liczby autorów niemieckich, a w Niemczech naogół znacznie liberalniej patrzy się na poronienie, niż u francuzów.

Przypisać to należy mniejszemu znacznie przyrostowi ludności Francji, bowiem:

gdy w Niemczech w 1905 r. przyrost wynosił 910.000, w 1928 roku przyrost wynosił 491.00 J. Wolf,

we Francji w 1905 r. przyrost wynosił 380.000, w 1926 roku przyrost wynosił tylko 53.000. (Streszczenie własne).

Kol G r o m a d z k i H. zaznacza, że z punktu widzenia położnika z wielką radością powitać może zdanie referenta w sprawie wzajemnego ustosunkowania się ciąży i gruźlicy płuc, a nadewszystko w sprawie istotnej konieczności przerywania ciąży wobec współistniejącej gruźlicy płuc. Zdanie to wypowiedziane zresztą w może bardziej stanowczej formie przez prof. O r ł o w s k i e g o na jednem z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest wyrazem wieloletnich dążeń położników do ograniczenia wskazań lekarskich do poronień sztucznych. Przerwanie ciąży jest zabiegiem ciężkim i bardzo niebezpiecznym wbrew twierdzeniu tych, którzy przerywają ciążę z lekkiem sercem. Jako zabieg ciężki, operacja przerwania ciąży winna być stosowana nader oględnie i tylko tam, gdzie chodzi istotnie o ratowanie zagrożonego życia, jeżeli są rzeczywiście widoki, że ratunek ten jest możliwy. Co się tyczy wielokrotnie podtrzymywanego zdania, że przerwanie operacyjne ciąży jest mniej niebezpieczne w pierwszych trzech miesiącach jej rozwoju, niż później, to zdaniem G r o m a d z k i e g o jest to pogląd niesłuszny. Ciążę

można przerwać w każdej chwili jej rozwoju, z jednakowem m. w. ryzykiem, trzeba tylko w odpowiednich okresach jej rozwoju stosować odpowiednie metody operacyjne. Bowiem skrobanie po uprzedniem rozszerzeniu kanału szyi do trzeciego miesiąca ciąży, dające się stosunkowo łatwo wykonać wprawnemu operatorowi, może być dla niego niewykonalne w późniejszych okresach ciąży. *Hysterotomja vaginalis anterior* podług Dührsona usuwa w znacznym stopniu niebezpieczeństwo rozszerzania kanału szyi zapomocą rozszerzaczy Hegara, lub zakładania Bougies wobec ciąży zaawansowanej.

W odpowiedzi kol. Chmielewskiemu, Gromadzki podnosi, że dowodem ciężkości i nieobliczalności zabiegów operacyjnych zdążających do przerwania ciąży może posłużyć fakt, że nawet najbardziej wprawni operatorowie nie są w stanie ręczyć za to, czy podczas operacji nie przebiją ściany macicy i nie spowodują temsamem ciężkich powikłań do zejść śmiertelnych włącznie. Fakty takich perforacyj nie są odosobnione i winny w zupełności wystarczyć na potwierdzenie słuszności zapatrywania na sprawę ciężkości i nieobliczalności sztucznego poronienia.

Słuszne żądanie referenta, żeby przerywanie ciąży wobec gruźlicy płuc było podejmowane po odpowiedniej obserwacji klinicznej, jest zdaniem Gromadzkiego w warunkach warszawskich niewykonalne. To samo się tyczy propozycji kol. Dąbrowskiego w sprawie gromadzenia materjału statystycznego z tego zakresu. Przypadki, w których istotnie zachodzi potrzeba przerwania ciąży z powodu gruźlicy płuc są nader rzadkie. W większości przypadków po dokonanej obserwacji klinicznej wypada odrzucić konieczność interwencji operacyjnej. Ponieważ w liczbie zgłaszających się kobiet do przerwania ciąży z powodu gruźlicy płuc jest dużo takich, które chcą pozbyć się ciąży za wszelką cenę, a gruźlicę płuc traktują jako pokrywkę sankcjonującą przerwanie ciąży, nie udają się one tam, gdzie sprawa będzie dokładnie i wszechstronnie oceniona przez obserwację, ale wolą iść do instytucyj, gdzie sprawa zasadniczo bywa rozstrzygana bez obserwacji, a tylko na zasadzie jednorazowych, ale komisyjnych oględzin.

Kol. Chmielewski. Wbrew temu co powiedział przedmówca ginekolog, zdaje się, że w Warszawie, szczególnie w praktyce prywatnej stosuje się *abortum arteficialem larga manu*, jakgdyby to był zabieg lekki. Nie można się zgodzić z tem, że ocena społeczna t. j. warunków życia i otoczenia kobiety ciężarnej nie należy do lekarza, nie jest rzeczą nauki lekarskiej i że lekarz niema nawet środków do sprawdzenia słów pacjentki. I przychodnie przeciwgruźlicze i ambulatorja Kasy Chorych środki te posiadają. Wszak lekarz przy rokowaniu i ustaleniu leczenia chorego na gościec lub dnę uwzględnia warunki bytowania i możliwości ekonomiczne chorego i dostosowuje do nich swoje zlecenia oraz uzależnia rokowanie; dlaczego więc niema tego robić u kobiety chorej na gruźlicę? Kwestja kliniczna zazębia się o kwestję społeczną. Zamiast wykonywania poronień, naukowo uzasadnionych lepsze byłoby zapobieganie ciąży i lekarz ma prawo dawać odpowiednie wskazówki. Sprawa ta staje się aktualną na zachodzie i prędko stanie się paląca i u nas. (Streszczenie własne).

Kol. Dąbrowski K. dawał odpowiedzi i wyjaśnienia mówcom.

Klemens Gerner, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXII Posiedzenie naukowe z dnia 5. października 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Dr. Stanisławowi Kwiatkiewiczowi. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) Kol. Grzędzielski przedstawia chorego *z stwardnieniem pierwotnem w załamku spojówki* powieki dolnej; krętki blade stwierdzone.

2) Kol. Gruca przedstawia 20-letnią chorą *z obustronnem wrodzonem zwichnięciem biodra.* Przed półtora rokiem zjawiły się bóle w biodrze lewem w początku przy chodzeniu, a następnie także w nocy. W zimie b. r. chora przestała zupełnie chodzić. Przyjęto ją na klinikę chirurgiczną w styczniu po stwierdzeniu, że przyczyną bólów są zmiany zniekształcające główki. Wykonano więc na biodrze lewem t. zw. bifurkację sposobem Lorenza - Harva. Bifurkacja polega na tem, że przecina się kość udową skośnie na wysokości panewki. Górny koniec odcinka obwodowego, wprowadza się do panewki i ustawia w odwiedzeniu. Odcinek dośrodkowy zrasta się z dolnym pod kątem rozwartym na zewnątrz. Po zdjęciu gipsu po trzech miesiącach i zmniejszeniu odwiedzenia krętacz wielki odchyla się od miednicy i napina się przez to mięśnie pośladkowe i stąd objaw Trendelenburga znika, a z nim i charakterystyczne kulenie. Miednica zyskuje pomost podparcia w miejscu anatomicznie prawidłowem, a kończyna przez odwiedzenie i pochylenie miednicy wydłuża się. Bóle arthrytyczne znikają, gdyż główka traci kontakt z kością miednicową. Jedną z ujemnych stron tej operacji jest czasem ograniczenie ruchomości uda. Sam zabieg jest technicznie, poza wprowadzeniem odcinka dolnego, łatwy i nie wywołuje wstrząsu operacyjnego — u przedstawionej chorej wszystkie wyżej wymienione zalety zabiegu są bardzo wyraźne. Objaw Trendelenburga znikł, podobnie jak bóle, chora chodzi bez kulenia. Z wyniku jest zupełnie zadowolona i zgłosiła się z prośbą o taki sam zabieg po drugiej stronie.

W dyskusji kol. Barącz zapytuje o technikę zabiegu w obrębie panewki.

Kol. Gruca wyjaśnia, że zabieg cały wykonuje się pozastawowo. Torebka stawowa nie zostaje otwarta a tylko jej dolnoprzednia blaszka wgłobiona do panewki przez górny koniec dolnego odcinka.

3) Kol. Leszczyński i Blatt wygłaszają odczyt p. t.: *Metoda chromohormonalna badania czynnościowego gruczołów dokrewnych* (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Grabowski podnosi: W doświadczeniach swych prelegenci użyli czerwieni Kongo, która, wstrzykiwana dożylnie, służy jako próba czynnościowa układu śródbłonkowo - siateczkowego. Zależnie od chwilowego stanu tego układu zostaje barwik w mniejszym lub większym stopniu przezeń wychwytany. Prelegenci nie brali całkowicie pod uwagę zawartości barwika w surowicy krwi co musi mieć przecież duże znaczenie dla zabarwienia pęcherzyków. Układ siateczkowo - śródbłonkowy pozostaje w zależności od układu wkrewnego, czego dowodzą choćby doświadczenia nad stosunkiem do nadnerczy (Singer). Należałoby więc w ocenie wyników doświadczeń wziąć i ten czynnik pod rozwagę.

Ponadto przemawiali kol.: Liebhart, Gąsiorowski, Sabatowski, Salpeter, Marischler i Leszczyński.

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

III. Posiedzenie z dnia 30 listopada 1928 r.

Przewodniczący: Prof. L. Skubiszewski.
Obecnych: 39.

1) Przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 22 czerwca 1928 r.

2) Dr. Zeyland referuje pracę wykonaną z Dr. Piasecką-Zeylandową p. t.: *„O przenikaniu prątków poprzez ścianę przewodu pokarmowego na podstawie badań pośmiertnych dzieci szczepionych doustnie zapomocą BCG".*

Ref. omawia trzy przypadki dzieci szczepionych doustnie sposobem Calmette'a w ciągu pierwszych dziesięciu dni życia, a zmarłych w 41 do 75 dni po ostatniem szczepieniu z powodu różnych chorób (zapalenie odoskrzelowe płuc, zatrucie pokarmowe, róża). Zmian gruźliczych nie stwierdzono ani makroskopowo, ani mikroskopowo. Świnki szczepione miazgą gruczołów chłonnych nie wykazywały żadnych zmian chorobowych. Prątków nie znaleziono ani w tkankach chorobowo zmienionych, ani w gruczołach chłonnych krezki, ani w szpiku kostnym. Dopiero posiewy miazgi gruczołów chłonnych krezki, zastosowane tytułem próby w 12 przypadkach sekcyj dzieci szczepionych zapomocą BCG, dały w wyżej wymienionych przypadkach wyniki dodatnie: wyhodowano sposobem Hohna prątki kwasoodporne, których dalsze badanie biologiczne na świnkach morskich wykazało właściwości identyczne z prątkami BCG.

Ref. podkreśla znaczenie tych pierwszych tego rodzaju spostrzeżeń dla oceny działania szczepień ochronnych sposobem Calmette'a, dla sprawy doustnego wchłaniania szczepionki oraz dla zagadnienia nawrotu zjadliwości prątków w ustroju ludzkim i dla mechanizmu zakażenia gruźliczego.

W dyskusji zabierają głos: prof. Padlewski, prof. Jezierski, doc. Łabendziński, prof. Skubiszewski, prof. Jonscher, dr. Zeyland.

Następują pokazy:

3) Dr. Czyżak przedstawia przypadek *guzka z przedniej ściany pochwy* u kobiety 28-letniej. Jest to twór torbielowaty wielkości jajka kurzego, zawierający żółtą, gliniastą maź. Badanie histologiczne pozwala na rozpoznanie *epidermoidu.* Ref. zaznacza niejednolity charakter procesu chorobowego, zwracając uwagę na *odczyn śródbłonkowy.* Na pewnej przestrzeni pas nabłonka płaskiego staje się węższy, równocześnie występuje na zewnątrz od niego tkanka obfitująca w naczynia włosowate oraz podobne do limfocytów komórki okrągłe. Tkanka ta rozrasta się kosztem nabłonka, który znika zupełnie. Komórki jej powiększają się, szeroki pas protoplazmy otacza pęcherzykowate jądro, stają się one po-

dobne do nabłonków, występują zawsze w bezpośredniem sąsiedztwie naczyń krwionośnych lub tworzą wprost ścianę naczyń, czyli pełnią czynności śródbłonka. W wielu miejscach zawierają one żółtobarwny barwik, dający odczyny tłuszczowe. Cały układ mikroskopowy odpowiada pozatem obrazowi przedstawionych na posiedzeniu z dnia 23 kwietnia 1928 r. guzów krwotocznych wargi większej. Ref. podkreśla jeszcze jeden szczegół: w małych ogniskach w ścianie torbieli, które przechodzą takie same zmiany, przekształca się nabłonek płaski w kostkowy, potem walcowy, tworząc miejscami typowe gruczoły śluzowe, spotykane w części pochwowej macicy. Przypadek zdaje się przemawiać za jakiemś zaburzeniem w równowadze między tkanką nabłonkową i podścieliskową. Równomiernie z zanikiem tkanki nabłonkowej buja odczynowo układ siateczkowo-śródbłonkowy. Co jest bodźcem do tego odczynu, trudno powiedzieć. Cały proces przypomina poniekąd sprawy ksantomatyczne.

4) Dr. Stocki przedstawia:

a) przypadek *przewlekłego samoistnego śródmiąższowego zapalenia nerek,* dotyczący 19-letniej kobiety, która zmarła wśród objawów krwotoku mózgowego. Na sekcji stwierdzono stare i zupełnie świeże ogniska krwotoczne w mózgu, silny przerost lewego serca i wybitne zmiany ze strony nerek. W tych ostatnich mikroskopowo stwierdzono silny rozrost tkanki łącznej dokoła torebek kłębuszków, lub też naczyń kłębuszka, z zupełnem nieraz zniszczeniem normalnej budowy tegoż. Prócz tego w drobnych naczyniach zgrubienie błony wewnętrznej, nieraz bardzo znaczne, i rozrost tkanki łącznej okołonaczyniowej. Ref. omawia swój przypadek w świetle poglądów różnych autorów.

b) przypadek *obustronnej kamicy nerkowej* u mężczyzny 59-letniego z bardzo dużym kamieniem prawej nerki, stanowiącym odlew mocno rozszerzonej miedniczki.

c) *zawał gruźliczy nerki* u kobiety 56-letniej, który zajmował całą piramidę sięgając aż do brodawki nerkowej.

W dyskusji zabierają głos: doc. Nowakowski, dr. Witkowski, doc. Łabendziński, dr. Zeyland.

5) Dr. Mierzejewski przedstawia:

a) przypadek *mięsaka różnokomórkowego kości miednicowej* prawej z licznemi przerzutami (płuca, tarczyca, kręgosłup) u mężczyzny lat 63. Utkanie mikroskopowe mięsaka składa się z ogromnej liczby komórek olbrzymich z licznemi bryłowatemi jądrami, z protoplazmą tworzącą długie i liczne wypustki, które przeplatają się z sąsiedniemi komórkami. Niektóre z komórek olbrzymich leżą w jamkach.

b) przypadek *mięsaka wrzecionowatokomórkowego strzałki* lewej u kobiety lat 18.

c) rentgenogram oraz preparaty makroskopowe i mikroskopowe *mięsaka okrągłokomórkowego kości skokowej lewej z przejściem na kości,* wchodzące w skład stawu skokowego oraz na kości, tworzące staw kolanowy u kobiety lat 50.

d) preparaty makroskopowe i mikroskopowe *mięsaka okrągłokomórkowego sutka lewego* u kobiety lat 41. Mięsak wychodzi w postaci grzybka z dolnego zewnętrznego kwadratu sutka.

W dyskusji zabierają głos: dr. Bederski i prof. Skubiszewski.

6) Dr. Barlik przedstawia przypadek *licznych wrzodów dwunastnicy* u kobiety 72-letniej. Po omówieniu poglądów, podkreślających tło zapalne wrzodów (Nawerk, Konjetzny, Puhl, Büchner i Knötzke) przechodzi ref. do szczegółowego opisu przypadku. W wywiadzie nic nie przemawiało za wrzodem dwunastnicy. Badanie pośmiertne ustala tuż za odźwiernikiem ubytek o brzegach nieznacznie podminowanych, wałowatych. Drugi, 1,5 cm od zwieracza, o średnicy 2 cm, znajduje się na główce trzustki. Na przedniej ścianie dwunastnicy ubytek o średnicy 1 cm, drążący do jamy otrzewnowej, pokryty przez dolną powierzchnię wątroby. Pozatem jeszcze kilkanaście powierzchownych zupełnie nadżerek kształtu nieprawidłowego. Badanie histologiczne wykazało we wszystkich ubytkach sprawę zapalną, doprowadzającą do owrzodzeń.

Etjologja tego przypadku jest dosyć ciemna. Możnaby przypuścić albo tło zapalenia nieswoistego, albo działanie soków trawiennych. Za pierwszem przemawia wynik badania histologicznego, za drugiem to, że owe liczne owrzodzenia kończą się na wysokości brodawki Vatera, t. zn. tam, gdzie zaczyna działać sok trzustkowy oraz żółć w sensie zobojętniania zawartości żołądka.

W dyskusji zabiera głos : doc. Łabendziński.

7) Prof. L. Skubiszewski przedstawia:

a) preparat *zgorzeli* 1-go członu 4-go palca prawej ręki kobiety 26-letniej.

b) preparat z *zakrzepem w tętnicy nerkowej* prawej w bardzo wczesnym okresie rozwoju i z początkowemi zmianami martwiczemi w całej nerce i preparat *zakrzepu* w głównym pniu i w rozgałęzieniach *tętnicy płucnej* u 72-letniej kobiety.

(—) *J. Zeyland,* sekretarz.

IV Zjazd członków Twa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego.

W dniach 17 i 18 listopada r. b. odbył się w Słonimie zjazd członków Twa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego. Na Zjazd przybyło około 40 członków Towarzystwa i zaproszeni goście z Warszawy i Wilna.

Obrady Zjazdu odbyły się w dużej sali Domu Ludowego; w bocznej sali urządzono pokaz lekarskich aparatów elektrycznych i preparatów farmaceutycznych.

Zagaił zjazd lekarz powiatu słonimskiego Dr. Malinowski, jako przewodniczący słonimskiego oddziału Towarzystwa, poczem na przewodniczącego Zjazdu obrano Dra Domańskiego, Naczelnika Wydziału Zdrowia Województwa Nowogródzkiego.

W imieniu władz centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał Zjazd Inspektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Hryszkiewicz, a w imieniu władz miejscowych — Starosta Słonimski p. Henszel. W pierwszym dniu Zjazdu z 20 zgłoszonych referatów wygłoszono 10, a mianowicie: 1. Dr. Grünberg (Stołpce): „Wśródsercowe zastrzyki adrenaliny przy zniknięciu tętna", opisał 3 przypadki oraz technikę dokonanych przez siebie zabiegów, z których dwa uwieńczone zostały pomyślnym rezultatem; 2. Dr. Sobieniecki (Baranowicze): „W sprawie organizacji walki z gruźlicą" — przedstawił plan walki za pomocą szeregu instytucyj, tworzących jakby ogniwa jednego łańcucha, składającego się z propagandy, poradni społecznej, szpitali, sanatorjów i kolonij; 3. Dr. Zarcyn (Lida): „Wrzód pełzający rogówki i organizacja walki z nim", zwrócił uwagę na konieczność zgłaszania tego cierpienia, prowadzącego często do utraty wzroku, ponieważ jego zdaniem cierpienie to spotyka się daleko częściej, niż to jest przyjęte; 4. Dr. Jelska (Słonim): opowiedziała pokrótce wrażenia, które odniosła ze zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie; 5. Dr. Wolfson (Baranowicze): „Przyczynek do zagadnienia gorączki połogowej" wzywał do pouczenia personelu położniczego w sprawie unikania przy badaniu położnic zbędnych rękoczynów, będących przeważnie przyczyną tej choroby; 6. Dr. Jelec (Lida): „O zwalczaniu alkoholizmu" stanął na stanowisku prohibicyjnem i wzywał, szczególnie młodzież, do absolutnej abstynencji; 7. Dr. Szeps (Baranowicze): „Niedomoga oddechowa nosa" wskazał na jej przyczyny i ujemne skutki dla rozwoju młodych organizmów, wzywając do zwracania baczniejszej uwagi na to cierpienie szczególnie w szkołach i zakładach opiekuńczych; 8. Dr. Zienkiewicz (Rubieżewicze): „Szkic organizacji rejonu lekarskiego" omówił wyczerpujące warunki, niezbędne dla normalnej pracy rejonów; 9. Dr. Blausztejn (Nowogródek): „Fazy rozwoju gruźlicy" w treściwym referacie ujął najnowsze badania, przeprowadzone w tym kierunku, i 10. Dr. Ginzburg (Nieśwież): „Hipertonja pierwotna i pierwotna marskość nerek" opisał przyczyny powstania choroby i warunki dla jej zapobieżenia.

W drugim dniu zjazdu, t. j. dnia 18 listopada r. u. odbył się szereg wykładów, które rozpoczął Prof. Dr. Szymanowski wykładem o szczepieniach zapobiegawczych Calmette'a i ich naukowem uzasadnieniu. Następnie Radca ministerjalny Sikorski (Warszawa) omówił w obszernym referacie rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych, Prof. Dr. Wroczyński (Warszawa) zobrazował organizację na terenie m. st. Warszawy ośrodków zdrowia w związku z walką z gruźlicą, wreszcie Prof. Dr. Jakowicki (Wilno) omówił zaburzenia w narządzie moczowym w związku z czynnością rozrodczą.

Zarówno wszystkie wykłady, jak też i referaty stały na wysokim poziomie, a ożywiona dyskusja, która wywiązywała się po każdym referacie, świadczyła o głębokiem zainteresowaniu, które omawiane tematy wzbudziły wśród uczestników Zjazdu.

Dr. W. J.

Zjazd lekarzy powiatowych w Tarnopolu.

Dnia 16 stycznia r. b. odbył się w Tarnopolu zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego.

Zjazd, na który przybyli wszyscy lekarze powiatowi, zagaił p. Wojewoda Moszyński, wzywając lekarzy powiatowych do energicznej działalności głównie w dziedzinie sanitarno-porządkowej,

która aczkolwiek znacznie się poprawiła, pozostawia jednak jeszcze dużo do życzenia.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, Inspektor Państwowej Służby Zdrowia, przyczem zaznaczył, że tendencja Rządu, ażeby na przyszłość zjazdy odbywały się kolejno w miastach powiatowych, ma na celu z jednej strony zapoznawanie się na miejscu wszystkich lekarzy powiatowych Województwa z urządzeniami społeczno-lekarskiemi (jak: ośrodki zdrowia, stacje opieki nad matką i dzieckiem, sierocińce i t. p.), oraz leczniczemi (szpitale, sanatorja, uzdrowiska i t. p.), a z drugiej strony pobudzenie lekarzy powiatowych do emulacji przez wzmożoną inicjatywę i działalność w tym kierunku.

Przystępując do wykonania porządku dziennego, p. Wojewoda, jako przewodniczący zjazdu, udzielił głosu wojewódzkiemu inspektorowi lekarskiemu p. Fejtowi, który w zwięzłym referacie o walce z chorobami zakaźnemi omówił sprawy, wymagające uregulowania, mianowicie sprawy izolacji chorych i ich otoczenia, sprawy aparatów dezynsekcyjnych i dezynfekcyjnych, sprawy wykrywania źródeł infekcji i t. p.

Następnie Dr. Gąsiorowski, Kierownik Państwowego Zakładu Higjeny we Lwowie, wygłosił odczyt o wodzie pod względem epidemiologicznym i kilka uwag o dezynsekcji i dezynfekcji.

Referaty sprawozdawcze o walce z chorobami społecznemi wygłosili: Dr. Nieć (Brody), Dr. Ławrowski (Brzeżany) i Dr. Zimmermann (Przemyślany). Jak z referatów wynika, daje się zauważyć duży postęp akcji zapobiegawczej, mianowicie w roku 1927 było na terenie Województw zaledwie 5 miejscowości z 5 poradniami społecznemi, a w roku 1928 było już 18 miejscowości z 47 poradniami. W każdej miejscowości jest lekarz, prowadzący poradnię, i wykwalifikowana higjenistka-wywiadowczyni. Akcja dożywiania dzieci i rozdawnictwo tranu (w szkołach przez nauczycieli), jest już prowadzona w większości powiatów. Stale wzrastająca frekwencja poradni dowodzi o zaufaniu, jakie te placówki potrafiły sobie zaskarbić u ludności.

Ciekawa jest próba rozwiązania akcji zapobiegawczej we wsiach, będących w znacznem odaleniu od stałych ośrodków zdrowia, zapomocą „lotnych poradni przeciwgruźliczych i przeciwjaglicznych". Mianowicie lekarz powiatowy wspólnie z higjenistką objeżdża takie wsie w pewnych odstępach czasu, zatrzymując się w nich po kilka dni w zależności od potrzeby, robi przegląd wszystkich dzieci w szkołach, ochronkach, sierocińcach i t. p. zakładach, segreguje chorych na gruźlicę i jaglicę stosownie do ciężkości ich stanu, skierowuje ich do odpowiednich zakładów, względnie udziela pomocy lekarskiej na miejscu i jednocześnie poleca higjenistce dokonywanie wywiadów w rodzinie chorych i udzielanie odpowiedniego pouczania. Sposób ten daje dobre rezultaty, przyczynia się bowiem do wyławiania chorych, niebezpiecznych dla otoczenia, i do zapewnienia im opieki lekarskiej, a z drugiej strony pozyskuje zaufanie ludności do akcji zapobiegawczej.

W dalszym ciągu Dr. Salak, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, referował o projekcie rozwinięcia instrukcji dla lekarzy okręgowych i o inspekcji Kas Chorych przez lekarzy powiatowych pod względem lecznictwa.

W końcu, w związku z przedstawionemi przez lekarzy powiatowych sprawozdaniami o ich działalności w roku 1928, zabrał głos Dr. Hryszkiewicz, stwierdzając duży postęp zarówno w dziedzinie zapobiegania chorobom społecznym, jak i w sprawie polepszenia warunków higjenicznych w miastach, oraz wzywając lekarzy powiatowych do skierowania swych wysiłków dla uporządkowania spraw sanitarno-porządkowych szczególnie we wsiach.

Dr. W. J.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Wydział Wykonawczy Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce na posiedzeniu organizacyjnem w dniu 4 b. m. uchwalił zwrócić się do Towarzystw i Czasopism lekarskich z następującą odezwą:

Na tle szybkich i znakomitych postępów, jakie osiągnął rozwój medycyny lotniczej w ciągu ostatniego dziesięciolecia w całej Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej — przedstawia się więcej niż skromnie nasz dotychczasowy dorobek na tem polu. Dopiero bowiem przed dwoma laty powstało z rozkazu M. S. Wojsk. t. zw. „Centrum Badań Lotniczo Lekarskich", wyposażone w odpowiedni personel lekarski i powołane do przeprowadzenia badań personelu lotniczego oraz kandydatów do lotnictwa, jako jedyny tego rodzaju instytut badawczy na całe Państwo.

Łączy on w sobie zarówno praktyczne zadania oceny stanu zdrowia badanego, jak i pracę naukowo-doświadczalną nad zagadnieniami z dziedziny medycyny lotniczej. Zakres tych działań jest pomyślany w założeniu bardzo szeroko i ma odpowiadać naogół obecnemu poziomowi i natężeniu pracy tego rodzaju w ośrodkach badań lotniczo-lekarskich w innych krajach. Niestety jednak współczesne metody tych badań wymagają nieraz bardzo kosztownych przyrządów i narzędzi laboratoryjnych, o które nie można się kusić przy nader skromnym budżecie naszego Centrum. To też zdajemy sobie sprawę, że trzeba kilku lat mozolnych wysiłków budżetowych i naukowych, aby osiągnąć faktycznie ten poziom wiedzy i doświadczenia, na jakiem stoją obecne analogiczne instytucje zagranicą.

Wysiłki nasze nie mogą być jednak odosobnione i muszą znaleźć oparcie — zarówno naukowe w świecie lekarskim, jako też moralne i materjalne w szerszych warstwach oświeconego społeczeństwa, rozumiejącego całą doniosłość badań tego rodzaju dla pomyślnego rozwoju rodzimego lotnictwa.

Kierowane tą myślą sfery wojskowo-lekarskie zapoczątkowały utworzenie „Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce" którego zadaniem byłoby uświadamianie ogółu i zdobywanie coraz szerszych kół zwolenników i wyznawców tej pożytecznej idei o znaczeniu ogólno-państwowem. Komitet ten został zawiązany w dniu 13 grudnia 1928 r. i wyłonił Wydział Wykonawczy (w myśl 5 art. Statutu), jako swój organ kierowniczy.

Przesyłając Statut Komitetu do wiadomości Wielce Sz. Pana, pozwalamy sobie zwrócić się niniejszem z gorącem wezwaniem o poparcie naszych usiłowań na tej drodze po której oddawna już kroczą inne kraje z wielkim dla siebie pożytkiem, rozwijając coraz potężniejsze linje komunikacyjne i znakomicie podnosząc swą siłę obronną.

Ufni w zainteresowanie i czynną pomoc naszego społeczeństwa a zwłaszcza świata lekarskiego, wzywamy Wielce Sz. Pana Redaktora do zapisania się na listę członków Komitetu i przesłania w tym celu swej deklaracji na ręce Sekretarza ppułk. dr. Kawińskiego pod adresem: Warszawa, M. S. Wojsk., Depart. Zdrowia.

Równocześnie prosimy o otworzenie listy składek na rzecz Komitetu wśród prenumeratorów Pańskiego poczytnego pisma.

Wydział Wykonawczy:
(—) gen. br. dr. St. Roupert, przewodniczący
(—) płk. dr. A. Huszcza — wiceprzewodniczący
(—) płk. dr. K. Vacqueret — skarbnik
(—) płk. dr. W. Horodyński — członek Wydziału
(—) ppłk. dr. J. Kawiński — sekretarz.

Statut Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce.

Art. 1. Komitet nosi nazwę: Komitet propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce. Siedzibą Komitetu jest m. stoł. Warszawa. Terenem działalności Rzeczpospolita Polska.

Art. 2. Celem Komitetu jest stworzenie jaknajlepszych warunków dla rozwoju i postępów medycyny lotniczej w Polsce, jako trwałej podwaliny racjonalnego doboru personelu latającego i rękojmi osiągnięcia największej sprawności naszego lotnictwa.

Art. 3. Do zadań Komitetu należy:

a) propaganda wprowadzenia naukowej organizacji pracy w lotnictwie, opartej na wskazaniach medycyny lotniczej i jej najnowszych zdobyczy;

b) popieranie rozwoju wszystkich gałęzi medycyny lotniczej, zarówno teoretycznej jak i praktycznej, nie wyłączając praktycznych zadań lotnictwa sanitarnego;

c) przeznaczenie funduszów dla zapewnienia jaknajwiększej wydajności badań naukowych w Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, przez dostarczenie odpowiednich środków i przyrządów.

Art. 4. Komitet powstał z inicjatywy wojskowości i składa się z mianowanych przedstawicieli armji czynnej, przedstawicieli zarządu L. O. P. P., delegatów centralnych władz państwowych oraz przedstawicieli społeczeństwa i organizacyj.

Art. 5. Organami Komitetu są: a) Wydział Wykonawczy, b) Komisja Rewizyjna.

Wydział Wykonawczy składa się z 5-ciu osób: przewodniczącego i 2-ch członków wojskowych, mianowanych przez Pana Mi-

nistra Spraw Wojskowych, oraz 2-ch członków cywilnych, wybieranych przez Walne Zebranie Komitetu na przeciąg jednego roku.

Komisja Rewizyjna składa się z 3-ch członków i 2-ch zastępców, wybieranych przez Walne Zebranie na przeciąg jednego roku.

Art. 6. Środki Komitetu składać się będą z ofiar, wpływających od osób i instytucyj, popierających cele Komitetu.

Art. 7. Walne Zebranie Komitetu odbywa się raz na rok w 4 kwartale. O zwołaniu Walnego Zebrania Komitetu, Wydział Wykonawczy zawiadamia członków Komitetu pisemnie na 14 dni przed terminem zebrania.

Do kompetencji Walnego Zebrania Komitetu należy:
a) wybór członków Wydziału Wykonawczego,
b) wybór Komisji Rewizyjnej w składzie 3-ch osób,
c) zatwierdzenie planu czynności i preliminarza budżetowego,
d) zmiana statutu,
e) likwidacja Komitetu,

Art. 8. Nadzwyczajne Zebrania Komitetu zwołuje w miarę potrzeby Wydział Wykonawczy z inicjatywy własnej lub na żądanie Komisji Rewizyjnej.

Art. 9. Walne i Nadzwyczajne Zebrania Komitetu są prawomocne przy obecności przynajmniej połowy członków a uchwały zapadają zwykłą większością głosów z wyjątkiem wypadków, przewidzianych w art. 12.

W razie niedojścia do skutku Zebrania Komitetu w przewidzianym terminie z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków, Zebranie zostaje zwołane w drugim terminie i wówczas jest prawomocne bez względu na ilość obecnych.

Art. 10. Wydział Wykonawczy zbiera się w miarę potrzeby: reprezentuje on Komitet nazewnątrz, organizuje całokształt pracy, wydaje pełnomocnictwa i decyzje, kooptuje członków Komitetu i rozporządza funduszami.

Posiedzenia Wydziału Wykonawczego są prawomocne przy obecności przynajmniej 3-ch członków. Zebranie decyduje zwykłą większością głosów. Wydział Wykonawczy prowadzi biurowość, księgowość i rachunkowość, zgodnie z przepisami prawa i przyjętemi zwyczajami, zbiera pieniądze i przechowywa w jednym z banków państwowych wzgl. w P. K. O. na koncie czekowem.

Korespondencję zwykłą, zobowiązania, umowy, pełnomocnictwa, czeki i inne akta prawne podpisuje przewodniczący i sekretarz wzgl. upoważnieni przez nich zastępcy. Wydział Wykonawczy składa sprawozdanie ze swej działalności na Walnem Zebraniu Komitetu.

Art. 11. Komisja Rewizyjna dokonywa kontroli rachunkowości i kasowości, według swego uznania, przynajmniej raz do roku i przedstawia swoje sprawozdania Walnemu Zebraniu Komitetu.

Art. 12. Zmiana statutu oraz likwidacja Komitetu może być uchwalona na Walnem lub Nadzwyczajnem Zebraniu większością $^2/_3$ głosów przy obecności połowy członków Komitetu.

Założyciele:
(—) Dr. Władysław Gorczycki płk.
(—) Dr. Adam Huszcza płk.
(—) Dr. Feliks Jan Różycki ppłk.

Lwów.

W klinice Oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie, odbędzie się w dniach od 1—28 marca 1929 r. Kurs Oto-laryngologji dla lekarzy, pod osobistem kierownictwem Dyrektora Kliniki Prof. Dra T. Zalewskiego.

Opłata za kurs wynosi 200 zł. Maksymalna ilość słuchaczy 10-ciu. Zgłoszenia przyjmuje Klinika Oto-laryngologiczna, Lwów, ul. Pijarów 6.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. II posiedzenie naukowe odbyło się dnia 1 lutego b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) kol. H. Mierzecki: Przypadki wrzodu miękkiego i powikłań leczonych szczepionką (pokaz);

2) kol. St. Mączewski: Badania doświadczalne nad zachowaniem się błony śluzowej wszczepionej do jajnika (wykład);

3) kol. W. Elmer i M. Scheps: Nowa metoda leczenia ciężkich postaci tężyczki (wykład).

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Gąsiorowski, Legeżyński, Goldschlag, Nowicki, Wieczyński, Meisels E., Griffel.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. III Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 8 lutego b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. H. Szusterówna: Pokazy anatomo-patologiczne;

2) Kol. Prym. W. Ziembicki: Kilka słów na temat przypadków żółtego zaniku wątroby.

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Opieński, Pisek, Sołowij, Arend, Fels, Sechański, Gąsiorowski, Hilarowicz.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Dla przestrogi przed urządzaniem kursów dla techników dentystycznych, mających poddać się egzaminom na „uprawnionych techników dentystycznych", uchwala Komisja wybrana do tego na zebraniu odbytem dnia 18. 12. 1928, że zakres wiadomości, wymagany w szczegółowym programie egzaminów dla techników dentystycznych jest tak olbrzymi, że podejmowanie się wyuczenia tegoż ludzi nieprzygotowanych w dorywczych kilkutygodniowych kursach sprzeczne jest z normami etyki zawodowej lekarzy obowiązującemi.

Dlatego też Wydział Związku ostrzega Kolegów przed organizowaniem takich kursów. Koledzy, członkowie Związku, którzyby mimo tego ostrzeżenia podjęli się organizowania kursów lub współdziałali w takich kursach, narażą się na statutowo przewidziane konsekwencje, a niecziłonkowie Związku zostaną przez Wydział Związku podani do Izby Lekarskiej i mogą się narazić na postępowanie dyscyplinarne.

Dr. Z. Stobiecki, sekretarz. *Dr. H. Allerhand*, prezes.

Wilno.

Sekcja pedjatryczna XIII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, 26—29. IX. 1929 r. Na XIII-ym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się w Wilnie od 26—29 września 1929 r. utworzona zostanie, podobnie jak na poprzednich zjazdach, odrębna sekcja pedjatryczna.

Temat główny, zaproponowany przez Komisję Uchwał III-go Zjazdu Pedjatrów polskich ma objemować „Odrębności przebiegu chorób w wieku dziecięcym".

Temat ten będzie omówiony ogólnie oraz będzie ilustrowany w referatach, dotyczących szeregu poszczególnych jednostek chorobowych, jak: zapalenie płuc i opłucnej, gościec stawowy, nieżyt jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Tematy te zajmą prawdopodobnie jeden dzień (2 posiedzenia) Zjazdu. Dalej przewidywany jest temat główny z zakresu higjeny społecznej, dotyczącej walki ze śmiertelnością niemowląt w opracowaniu pedjatry i higjenisty na wspólnem (3-ciem) posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej i Sekcji Higjeny z Mikrobiologją.

Czwarte posiedzenie będzie wspólne z Sekcją Chorób wewnętrznych, a to w celu zapoznania się z tematem głównym tej sekcji p. t.: „Układ siateczkowo-śródbłonkowy i jego patologja".

Wreszcie na osobnem posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej omówione będą tematy luźne, o ile takowe zostaną zgłoszone.

Zapowiedziane dotąd odczyty nie wyczerpują całokształtu odrębności chorób w wieku dziecięcym — pożądanem byłoby opracowanie materjału klinicznego i szpitalnego, dotyczącego poszczególnych jednostek chorobowych — bądź jako odrębne tematy, bądź jako udział w dyskusji.

Pożądane są również tematy z zakresu Higjeny Społecznej, które umieszczone będą na wspólnem z Higjenistami posiedzeniu Sekcji.

Układ siateczkowo-śródbłonkowy jest dotychczas mało opracowany w patologji dziecięcej. Ze względu na zapowiedziany udział pedjatrów w posiedzeniu internistów cenne będą przyczynki w tej sprawie z zakresu pedjatrji.

Wreszcie chętnie widziane będą luźne tematy.

Zarząd Sekcji prosi o zgłaszanie prac pod adresem sekretarza Sekcji.

Adres: Wilno, Klinika chorób dziecięcych U. S. B., Wilno, Antokol.

Gospodarz Sekcji: *Prof. Dr. W. Jasiński*, Sekretarz Sekcji: *Dr. H. Kaulbersz-Marynowska.*

Redakcja otrzymała:

Olbrycht J. Forensische Untersuchungsmethoden von Mekoniumspuren. Odbitka z „Beiträge zur gerichtlichen Medizin". Wien. 1928. Bd. VIII.

Olbrycht J. Anatomical changes in epidemic influenza. Odbitka z „Pamiętnika IV Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji Wojskowej". Warszawa. 1928.

K. W. Majewski: „Syndesmoplastie épicornéeme a l'usage de l'épiprothèse". Odb. z Archives d'ophtalmologie. T. XLV, Nr. 11. November 1928.

L. Regmunt-Sobieszczański: „Badania nad guzkiem Carabellego".

Nr. 8. 24. lutego 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Warszawa.

Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.

Doniesienie I.

O znaczeniu obniżonego ciśnienia tętniczego (hypotensji) w powstawaniu i rozpoznawaniu wrzodu przyodźwiernikowego.

Z I oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. Anastazy Landau.

I.

Zagadnienie patogenezy wrzodu żołądka, dotąd jeszcze nie rozstrzygnięte jest ciągle jeszcze polem niezliczonych koncepcyj, hipotez i poglądów. Z roku na rok mnożą się badania doświadczalne, spostrzeżenia kliniczne, studja anatomo-patologiczne, bakterjologiczne i fizyko-chemiczne, przenoszące punkt ciężkości tego zagadnienia na coraz to nowe płaszczyzny.

Wśród tej powodzi faktów i spostrzeżeń jedno staje się coraz bardziej pewnem, a mianowicie, że sprawy tej nie można w żaden sposób rozważać z jednego puktu widzenia. To też coraz bardziej ugruntowuje się pogląd, że zagadnienie to da się rozwiązać jedynie w sposób kompromisowy, eklektyczny. Żadna teorja nie jest w stanie wytłumaczyć sama przez się wszystkich własności wrzodu, jego sposobu powstawania, umiejscowienia, okresowości, dziedziczności, przejścia we wrzód przewlekły i t. d.

To też w pracach nowszych niektórzy badacze, jak v. Bergmann, v. Redwitz, starają się uzgodnić szereg poglądów na pozór sprzecznych i zagadnienie to rozwiązać w sposób kompromisowy.

Mechanizm powstawania pierwotnego ubytku wrzodowego, jak to wynika z niezliczonych spostrzeżeń klinicznych, anatomicznych i badań doświadczalnych, może być wieloraki. Staje się to zrozumiałem, o ile wziąć pod uwagę, że odczyn ustroju jest zwykle bardziej jednostajny, aniżeli podnieta, która go wywołuje. Bodźce chorobotwórcze mogą być różne, cieplne lub mechaniczne, toksyczne lub bakteryjne, a odczyn ustroju gorączkowy lub zapalny jest mniej więcej jednakowy. Ta własność odczynu ustrojowego tłumaczy dostatecznie, dlaczego mechanizm powstawania wrzodu może być wielopostaciowy.

W ramach niniejszego artykułu nie sposób jest nawet wymienić wszystkich spostrzeżeń i badań doświadczalnych, tyczących się patogenezy wrzodu żołądka. Ograniczymy się jedynie do najważniejszych danych.

Wrzód żołądka prosty, będący według określenia v. Redwitza martwicą kompleksu komórek w obrębie ściany żołądka, rozwija się, jak to wynika z klasycznych badań Hausera i Payra, najczęściej jako typowy zawał krwotoczny. Stąd cały szereg teoryj, uzasadniających naczyniowy mechanizm powstawania wrzodu.

A więc zatory septyczne, bakteryjne, tłuszczowe, zakrzepy zakaźne, zmiany miażdżycowe i kiłowe tętnic żołądkowych, zwyrodnienie skrobiowate ścianki tętniczej (Kyber, Hauser), ucisk naczyń przez naciek nowotworowy lub zapalny, przewężenie ortostatyczne naczyń zależne od opuszczenia żołądka (Strauss, Krempelhuber), wreszcie zastój żylny — wszystkie te zboczenia anatomiczne przyczynić się mogą do wytworzenia zawału, którego dalszą ewolucją będzie ubytek wrzodowy.

Do zawału prowadzić mogą nietylko trwałe zmiany anatomiczne ale i czynnościowe: tu należy wymienić teorję zmian naczyniowo-ruchowych Harta, teorję skurczu miejscowego tętnic żołądkowych (angiospazmu) Benekego, v. Bergmanna i Westphala, i pogląd Talmy i v. Yjzerena co do możliwości zaciśniętych drobnych tętniczek przez skurcz warstwy mięśniowej żołądka.

Obok koncepcji naczyniowej powstaje teorja zapalna o nieżytowem pochodzeniu wrzodu żołądka. Od czasów Korczyńskiego, Jaworskiego i Matthieu zwracano uwagę na związek, jaki zachodzi między nieżytem a wrzodem żołądka. Nauwerck tworzy pojęcie t. zw. *gastritis ulcerosa chronica.* Teorja nieżytowa podtrzymywana jest obecnie głównie przez Konjetznego, który we wszystkich przypadkach wrzodu stwierdza mikroskopowo nacieki zapalne dookoła ogniska wrzodowego. Łącznie z teorją nieżytową wymienić tu należy koncepcję Zaorskiego, który przyjmuje, że pod wpływem długotrwałego, przewlekłego nieżytu błony śluzowej żołądka powstają zmiany w samej ścianie żołądka i w jej zwojach nerwowych, i dzięki tym zmianom każde następcze przypadkowe zranienie śluzówki, pod wpływem siły trawiennej soku żołądkowego, dać może ubytek wrzodowy. Nie jest jednak rzeczą ostatecznie ustaloną, czy zmiany nieżytowe są pochodzenia pierwotnego, czy też tylko zjawiskiem dodatkowem, które wpływa ujemnie na gojenie się ubytku wrzodowego.

Trzecią teorją, która obecnie zdobywa sobie coraz więcej zwolenników, jest t. zw. teorja zakaźna, bakteryjna, wysunięta ostatnio przez szkołę amerykańską. Zgodnie z poglądami Rosenowa, Roberta, Dudgeona i Sergenta, Helmholtza i innych, — wrzód żołądka ma powstawać drogą przerzutu zakaźnego, bakteryjnego, którego źródłem są ogniska zakaźne w ustroju, przeważnie utajone (zęby, migdałki i t. d.).

Nowsze badania autorów francuskich (Moutier, Duval, J. Ch. Roux) nie potwierdzają naogół tych poglądów, świadczą natomiast o donioslości czynnika zakaźngo w dalszej ewolucji ubytku wrzodowego, w powstawaniu wrzodu przewlekłego i w jego nasilaniu się okresowem.

Dwie najstarsze teorje patogenetyczne wrzodu żołądka: teorja trawienna z jednej, a mechaniczno-czynnościowa Aschoffa z drugiej strony, — tłumaczą nie tyle powstawanie pierwotnej martwicy wrzodowej, ile jej przebieg przewlekły oraz tendencję do stałego postępowania sprawy chorobowej.

Ostatnią teorją wrzodu żołądka jest teorja konstytucjonalna. I tak, P. F. Müller tłumaczy pierwotną martwicę wrzodową dystopsją zespołu komórkowego, który następczo ulega autolizie. Niektórzy autorzy duńscy, a u nas Dąbrowska, przyjmują, że wrzód żołądka rozwija się w miejscach wysepek nabłonka jelitowego, które są albo pozostałością rozwojową albo powstały skutkiem metaplazji. Stoerck i Bartel, stwierdzając częstsze występowanie wrzodu u t. zw. limfatyków, przywiązują dużą wagę do *„état mamelonné"* błony śluzowej żołądka.

J. Bauer, na zasadzie badań swego współpracownika Spiegela, który na dużym materjale statystycznym stwierdził u chorych wrzodowych czterokrotnie częstszą niż u osobników zdrowych antecedencję schorzeń żołądkowo-jelitowych, uważa, że w patogenezie wrzodu odgrywa dużą rolę wrodzona mniejsza wartościowość tkanki żołądkowej. Czernecki wypowiada się za dziedzicznem obarczeniem wrzodowem, opisując 5 członków jednej rodziny, wszystkich z wrzodem okrągłym. Wreszcie upatruje moment konstytucjonalny w miejscowych zboczeniach wydzielniczych i ruchowych żołądka oraz w nadmiernej pobudliwości naczynioworuchowej całego ustroju.

Dalej, rozważając zagadnienie patogenezy wrzodowej, zwrócono uwagę na częstsze współistnienie wrzodu żołądka z innemi schorzeniami jamy brzusznej, jak zapaleniem wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i t. d. Róbin wprowadza wskutek tego pojęcie t. zw. skazy trawiennej, *„diathesis digestiva"*. Autorzy amerykańscy (Moynihan, Rassle, Wilkis), a z francuskich Enriquez, dopatrują się w tem istnienia związku przyczynowego i przyjmują następowe wytwarzanie się ubytku wrzodowego wskutek zakażenia bakteryjnego, przeniesionego na żołądek drogą naczyń chłonnych z innych narządów jamy brzusznej.

Z innych teoryj patogenetycznych gwoli ścisłości wymienić musimy poglądy Jakscha, Arloinga, Mariano da Costa i Mathisa, uzależniające wytwarzanie się wrzodu od zakażenia kiłowego lub gruźliczego.

Ze wszystkich teoryj wyżej wymienionych żadna z osobna nie jest w stanie wytłumaczyć całkowitego mechanizmu powstawania ubytku wrzodowego. To też słusznie twierdzi Bauer, że każda z tych możliwości dopiero przy dodatkowem współistnieniu innych jeszcze warunków prowadzi do wytworzenia ubytku wrzodowego i że dopiero pewna konstelacja czynników ustrojowych i przypadkowych, konstytucjonalnych i kondycjonalnych umożliwia wybuch choroby.

Omawiając przyczyny powstawania wrzodu żołądka, celowo pominęliśmy dotychczas znaczenie, które w zagadnieniu tem posiada układ roślinny. Obecnie przytoczymy najważniejsze fakty doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne, które świadczą o doniosłości momentu nerwowego w patogenezie i etjologji wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Choć już i dawniej niektórzy autorzy, jak Gilles de la Tourette, Plönies i t. d. zwracali uwagę na zaburzenia w układzie nerwu błędnego i współczulnego w przebiegu wrzodu żołądka, to jednak dopiero szkole Bergmanna przypisać należy zasługę szerszego uwzględnienia tego czynnika w patogenezie wrzodu i zbudowania teorji, która zrobiła wyłom w dotychczasowym sposobie myślenia. Jeżeli jeszcze względnie niedawno przeciwstawiano sobie dwa rodzaje schorzeń żołądka, z jednej strony zaburzenia czynnościowe (nerwice wydzielnicze, ruchowe i czuciowe), z drugiej zaś strony cierpienia organiczne (wrzód i nieżyt żołądka), to zasługą szkoły Bergmanna jest wykazanie ścisłych więzów, łączących zaburzenia czynnościowe ze zmianami anatomicznemi i wprowadzenie do patologji wrzodowej rozumowania nowoczesnego, wychodzącego z założeń patologji czynnościowej.

Poglądy Bergmanna opierają się z jednej strony na spostrzeżeniach klinicznych, z drugiej — na faktach doświadczalnych. Cały szereg starszych doświadczeń (Schiffa, Pomorskiego, Brown-Sequarda) pozwolił wykazać, że drogą uszkodzenia wyższych ośrodków nerwowych, zwojów podstawowych i t. d. można wywołać bądź wylewy krwawe, bądź owrzodzenia w ścianie żołądka.

Prace nowoczesne ciągle jeszcze powtarzane i modyfikowane przez rozmaitych badaczy (Westphala, Hayaschi Nakaschimo, Talma, v. Yjzeren, Marchetti, Lichtenbelt, Gundelfinger, Kobayaschi i t. d.), polegające na przecięciu, podwiązaniu lub drażnieniu nerwu błędnego prądem elektrycznym, bądź na usunięciu splotu słonecznego lub zwoju trzewnego, na działaniu miejscowem adrenaliny, na zastrzykiwaniach pilokarpiny, muskaryny i pikrotoksyny, wykazały, że tą drogą można doświadczalnie u zwierząt wytworzyć nadżerki lub małe wrzody w ścianie żołądka.

Z drugiej strony spostrzeżenia kliniczne pozwoliły dorzucić także cały szereg faktów; częstość występowania wrzodu we wiądzie rdzenia (Full i v. Friedrich, Haudek, Schwarzmann), obecność nadżerek żołądkowych w przebiegu różnych organicznych cierpień nerwowych (Hart), przypadki Potaina i Singera, dotyczące ucisku nerwu błędnego przez pakiety gruczołowe z wtórnemi zmianami w ścianie żołądka i t. d. — wszystko to świadczyło o istnieniu wrzodu nerwopochodnego.

To też, według Bergmanna, ubytek wrzodowy wytworzyć się może drogą zmian w krążeniu, spowodowanych zaburzeniami nerwowemi. Tą drogą powstaje skurcz organiczny tętnic żołądkowych, który staje się przyczyną zawału w ścianie żołądka. Zawały te z kolei są podłożem do dalszej ewolucji procesu wrzodowego. Do powstawania skurczów naczyniowych w ścianie żołądka, wg. Bergmanna, przyczynia się w znacznym stopniu ogólne nadciśnienie tętnicze, którego charakterystyczną cechą są właśnie owe przełomy naczyniowe, występujące w różnych narządach.

Stanowi to jakby pierwszą część nauki Bergmanna o wrzodzie żołądka i świadczy o możliwości istnienia momentu nerwowego w jego patogenezie. Druga część jego teorji uwzględnia czynnik konstytucjonalny i obraca się koło zagadnienia, dlaczego owe skurcze naczyniowe, w ścianie żołądka będące pierwszym etapem w rozwoju wrzodu, powstać mogą tylko u niektórych osobników.

Według Bergmanna i Westphala, wśród ludzi, dotkniętych procesem wrzodowym, a zwłaszcza u osobników młodych, daje się stwierdzić w przeważającej liczbie przypadków cały szereg objawów, świadczących o pewnej dysharmonji układu roślinnego. Są to t. zw. „piętna roślinne“ i mają one znaczenie momentu konstytucjonalnego w powstawaniu wrzodu. Wymienić tu należy: bladość lub zaczerwienienie twarzy, zależne od gry nerwów naczyniowo-ruchowych, szerokie szpary oczne, wytrzeszcz i szczególny połysk gałek ocznych, ślinotok i pocenie się nadmierne, zimne i wilgotne kończyny, dermografizm, zniesienie lub osłabienie odruchów gardłowych, zwolnienie lub przyśpieszenie tętna, drżenie rąk, pobudliwość psychiczną, zaburzenia wydzielnicze lub ruchowe żołądka, skłonność do biegunek lub zaparć stolca i t. d.

Wśród ludzi takich spotyka się często zaburzenia naczynioworuchowe, skłonność do choroby Basedowa, tężyczki, dychawicy oskrzelowej, kolki śluzowej kiszkowej, zastoinowego pęcherzyka żółciowego i t. d.

Skłonność do wrzodu żołądka nie polega ściśle na stanie wagotonji, jak przyjmuje Holler, ani sympatikotonji, jak chce tego Friedmann, myśleć tu raczej należy o zaburzeniu równowagi i o chwiejności (dyssynergji) całego układu roślinnego, o stanie neurotonji (Guillaume), w którym jednak przeważają objawy wzmożonego napięcia nerwu błędnego, jak to stwierdzili Petren i Thorling przy pomocy odczynów farmakologicznych. Ten sam stan, który jest źródłem nerwic żołądka, procesu czynnościowego, jest również podłożem wrzodu, schorzenia ściśle anatomicznego. Zgadza się to z faktami klinicznemi, z których wynika, że często u ludzi, którzy poprzednio mieli jedynie do czynienia z zaburzeniami czynnościowemi żołądka, wytwarza się z biegiem czasu proces wrzodowy. Tak więc, według teorji Bergmanna, do powstawania wrzodu żołądka są szczególnie skłonni osobnicy „napiętnowani“ pierwotną chwiejnością układu roślinnego, która, powodując zaburzenia naczyniowo-ruchowe o charakterze skurczowym w tętnicach żołądkowych, prowadzi do zawału. Zawał ten, wskutek szczególnych warunków w jakich znajduje się ściana żołądka, prowadzi wprost do wytworzenia się ubytku tkankowego, a więc wrzodu. Teorja ta, której największą zasługą jest oparcie patogenezy wrzodu o zaburzenia czynnościowe, ma dużo punktów słabych i sama przez się nie jest w stanie wytłumaczyć w sposób dostateczny ani umiejscowienia wrzodu, ani jego tendencji do przewlekłości, nie wyjaśnia ona również jego okresowości i nie da się zastosować do wszystkich chorych na wrzód żołądka, jak to wynika z badań Jatrou i Winkelsteina.

Nie tłumaczy ona również, dlaczego nie u wszystkich ludzi z chwiejną równowagą układu roślinnego tworzy się ubytek wrzodowy. Nie jest wreszcie jeszcze sprawą bezwzględnie dowiedzioną, że zaburzenia układu roślinnego, o jakich tu mowa, są zawsze momentem pierwotnym, a nie następczym, jak to przypuszcza Bocca i Guillaume.

To też i Bergmann, zdając sobie sprawę z licznych trudności, dąży obecnie do wytworzenia teorji eklektycznej, uwzględniającej po za układem roślinnym jeszcze inne przyczyny. Jedynie bowiem skojarzenie całego szeregu warunków i przyczyn, jak to już zaznaczyliśmy wyżej, zdoła w przybliżeniu rozwikłać zagadnienie wrzodu żołądka. Pierwszem ogniwem, które spaja łańcuch przyczyn powstawania wrzodu, jest czynnik konstytucjonalny — usposobienie. Polega ono zapewne z jednej strony na dziedzicznie zmniejszonej wartościowości ściany żołądka (Bauer), z drugiej zaś strony — na wrodzonej chwiejnej równowadze roślinnej w najszerszem tego słowa znaczeniu; mamy tu na myśli zarówno wadliwe zespolenie (dyssynergję) układu nerwowego autonomicznego, jak i nieprawidłową czynność gruczołów wydzielania wewnętrznego, czemu, jak to wynika z najnowszych badań, towarzyszą zaburzenia w rozmieszczeniu elektrolitów w osoczu i przesunięcia w równowadze kwasowo-zasadowej (Kaufman, Alkan, Winkelstein, Balint, Gatewood). Zmniejszona odporność ściany żołądkowej i zaburzenia układu roślinnego mogą być nietylko wrodzone ale i nabyte. Jako momenty przyczynowe wchodzą tu w grę urazy jednorazowe lub przewlekłe, czynniki toksyczne zewnątrzustrojowe (alkohol, kofeina, nikotyna) lub wewnątrzustrojowe (mocznica, oparzenia rozległe skóry) i t. d.

Trzecim warunkiem nieodzownym są zmiany naczyniowe, które mogą być nie tylko trwałe anatomiczne, ale również i czynnościowe, jako produkt chwiejnej równowagi roślinnej. O zmianach tych obszernie pisaliśmy powyżej. Istnieje jednak jeszcze jeden czynnik naczyniowy, jak to później wskażemy, który nie był dotychczas zupełnie brany w rachubę w patogenezie ubytku wrzodowego.

Zsumowanie się wymienionych tu trzech przyczyn (wrodzonej lub nabytej zmniejszonej odporności ściany żołądkowej, zaburzeń równowagi roślinnej i czynnika naczyniowego) — prowadzi do powstania pierwotnej martwicy błony śluzowej żołądka. Prawdopodobnie jednak składnik nieżytowy i zakaźny jest tu również nie bez znaczenia. Rozmaite konstelacje tych wszystkich czynników patogenetycznych stwarzają warunki, umożliwiające powstanie pierwotnego ubytku wrzodowego.

Rozwój dalszy wrzodu jest zapewne wypadkową siły trawiennej soku żołądkowego, ciągłego niepokoju ruchowego żołądka, częstych stanów skurczowych odźwiernika, wreszcie składników nieżytowych i zakaźnych, które umożliwiają gojenie się wrzodu i powodują jego dalsze przenikanie w głąb.

Co się zaś tyczy umiejscowienia procesu wrzodowego, to w myśl teorji mechaniczno-czynnościowej Aschoffa, decydują o niem szczególnie warunki anatomiczne i fizjologiczne, w których znajduje się krzywizna mała i odźwiernik żołądka oraz opuszka dwunastnicy. Wreszcie okresowość naprzemienna nasilania się i wygasania burzliwych objawów wrzodowych zależy najprawdopodobniej od t. zw. „poussés“ zapalnych, od potęgowania się czynnika zakaźnego, a być może także i od cyklicznych wahań hormo-

nalnych, które idą w parze z okresowemi zmianami w rozmieszczeniu elektrolitów i przesunięciami w równowadze kwasowo-zasadowej (B a l i n t, A l k a n).

II.

Pomimo, że u chorych wrzodowych stwierdzono liczne objawy zaburzonej równowagi roślinnej i wadliwego zespolenia gruczołów dokrewnych, — to jednak nie zwrócono dotychczas należytej uwagi na jeden, zdaniem naszem, znamienny objaw, który wrzodowi okrągłemu towarzyszy bardzo często.

Objawem tym jest podciśnienie tętnicze. Cecha tych chorych wrzodowych narzucała się nam z taką natarczywością, tak często, robiąc pomiary ciśnienia, spotykaliśmy się u nich z ciśnieniem skurczowem poniżej 100 mm rtęci, że zmusiło to nas do zwrócenia na to zjawisko szczególnej uwagi.

Wobec tego, że w dostępnem piśmiennictwie znaleźliśmy tylko luźne wzmianki odnośnie ciśnienia u chorych wrzodowych, i to częstokroć niezgodne z naszem spostrzeżeniem, i wobec tego, że objawowi temu przypisujemy szczególne znaczenie, zestawiliśmy swój materjał wrzodowy z ostatnich czterech lat. Zebraliśmy w ten sposób, 61 przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy, (z tego 22 przypadki z praktyki prywatnej jednego z nas). Podkreślić tu należy, że materjał ten obejmuje wyłącznie chorych z zupełnie pewnem rozpoznaniem wrzodu, stwierdzonego wszystkiemi metodami klinicznemi i badaniem rentgenologicznem.

Wobec tego, że niskie ciśnienie tętnicze spotyka się ostatnio wogóle częściej, zebraliśmy dla porównania jednocześnie 40 przypadków kamicy żółciowej i przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego, przebiegającego ze zrostami z dwunastnicą lub bez nich, oraz 23 przypadków zaburzeń czynnościowych żołądka, bez podkładu organicznego(jak nadkwaśność, bezsok żołądkowy, nerwica ruchowa żołądka, skurcze wpustu i t. d.). W ten sposób zestawiliśmy z jednej strony 61 przypadków wrzodowych, z drugiej zaś — 63 przypadków zaburzeń czynnościowych żołądka i schorzeń przewlekłych pęcherzyka żółciowego. Wszystkie prawie pomiary wykonane były w jednakowych warunkach, t. zn. w pierwszym lub drugim dniu pobytu szpitalnego. przed obiadem, tym samym przyrządem Riva-Rocciego.

Wyniki pomiarów ciśnienia ilustruje załączona tablica.

Wrzód żołądka lub dwunastnicy (61 przypadków)				Przewlekłe schorzenia pęcherzyka żółć. i zaburzenia czynnościowe żołądka (63 przypadki)			
Poziom ciśnienia skurczowego	Liczba przyp.	%	%	Poziom ciśnienia skurczowego	Liczba przyp.	%	%
70—80	1	1·6	41·0	70—80	0	0	15·9
80—90	5	8·2		80—90	0	0	
90—100	19	31·2		90—100	10	15·9	
100—110	6	9·8	36·1	100—110	13	20·6	52·3
110—120	16	26·3		110—120	20	31·7	
120—130	6	9·8	21·3	120—130	9	14·5	25·4
130—140	4	6·6		130—140	4	6·3	
140—150	3	4·9		140—150	3	4·8	
150—160	1	1·6	1·6	150—160	2	3·2	6·4
160—170	0	0		160—170	2	3·2	

Z 40 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego u 7-miu chorych ciśnienie skurczowe było poniżej 100 mm rtęci. Stanowi to 17.5% ogólnej liczby tych przypadków. Na 23 przyp. zaburzeń czynnościowych żołądka w 3-ch zaledwie znaleźliśmy ciśnienie skurczowe poniżej 100 mm rtęci; odpowiada to odsetkowi 13.0% Łącznie więc na 63 przyp. schorzeń niewrzodowych u 10 jedynie chorych stwierdziliśmy obniżenie poziomu ciśnienia poniżej 100 mm rtęci, czyli w 15.9% ogólnej liczby tych przypadków.

Jeżeli porównać odsetek, otrzymany przez nas u chorych niewrzodowych, z liczbami, podanemi przez innych autorów, to okaże się, że odsetek ten (15.9%) nieznacznie tylko przewyższa odsetek podciśnienia, podany przez nich dla przeciętnego materjału szpitalnego. Tak n. p. K y l i n, wykonując pomiary ciśnienia u 1000 chorych szpitalnych znalazł w 12.6% przyp. poziom ciśnienia skurczowego poniżej 105 mm rtęci u mężczyzn i poniżej 100 mm u kobiet

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa u chorych, dotkniętych wrzodem żołądka lub dwunastnicy. Wśród naszych 61 przypadków wrzodowych w 25 znaleźliśmy ciśnienie skurczowe poniżej 100 mm, czyli u 41.0% naszych chorych wrzodowych stwierdziliśmy podciśnienie. Z liczb tych wynika, że gdy w pomiarach kontrolnych podciśnienie wykryć się dawało mniej niż w $^1/_6$ przypadków, to we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy przeszło $^2/_5$ chorych odznaczało się obniżeniem znacznego stopnia poziomu ciśnienia skurczowego. Liczby te stają się jeszcze jaskrawsze, jeżeli uwzględnić wyłącznie chorych w wieku powyżej lat 40. Wśród 25 przyp. takich niewrzodowych zaledwie w jednym, czyli w 4% znaleźliśmy ciśnienie skurczowe poniżej 100 mm rtęci, natomiast na 33 przypadki wrzodu żołądka lub dwunastnicy u chorych powyżej lat 40 w 10 przyp. poziom ciśnienia był niższy niż 100 mm rtęci. Stanowi to 30.4%.

Pozatem zasługuje jeszcze na podkreślenie stopień hipotensji. Spadek ciśnienia skurczowego u chorych na wrzód żołądka jest większy, niż to ma miejsce w podciśnieniu, towarzyszącem schorzeniom pęcherzyka żółciowego lub czynnościowym zaburzeniom żołądka. Wśród przypadków podciśnienia u chorych niewrzodowych, ciśnienie skurczowe, które wahało się między 90 i 100 mm rtęci, ani razu nie znajdywało się poniżej tych wartości, natomiast z 25 przyp. hipotemji wrzodowej w 7-miu, czyli prawie w jednej trzeciej, ciśnienie było niższe niż 90 mm rtęci, sięgając nawet w jednym przypadku do poziomu 70 mm.

Zaznaczyć tu chcemy, że większość, przeszło $^3/_4$, naszego materjału wrzodowego dotyczy wrzodu przyodźwiernikowego i wrzodu dwunastnicy. Ze względu na nikłą liczbę przypadków wrzodu żołądka, umiejscowionego na małej krzywiźnie, trudno się nam wypowiedzieć kategorycznie, jakiemu umiejscowieniu wrzodu towarzyszy częściej podciśnienie. Odnieśliśmy jednak wrażenie, że wrzód przyodźwiernikowy i wrzód dwunastnicy odznacza się szczególną skłonnością od obniżonego poziomu ciśnienia tętniczego. Jak to wynika z naszych spostrzeżeń, spadek ciśnienia towarzyszy wrzodowi żołądka lub dwunastnicy przeszło 2 razy częściej niż schorzeniom pęcherzyka żółciowego, a przeszło 3 razy częściej niż zaburzeniom czynnościowym żołądka. Jeśli uwzględnimy nawet częstsze w dobie obecnej notowanie podciśnienia samoistnego, to jednak liczba 41.0%, zwłaszcza w zestawieniu z pomiarami kontrolnemi, świadczyć musi o tem, że nie zachodzi tu żadna przypadkowość.

Co jest przyczyną podciśnienia tętniczego we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy? Żeby na pytanie to odpowiedzieć, musimy tu pokrótce przypomnieć to wszystko, co w ostatnich latach zrobiono dla wyjaśnienia zagadnienia hipotensji.

Oddawna wiadomo już było, że istnieje cały szereg schorzeń, którym z reguły towarzyszy podciśnienie. Należą tu niektóre postaci niedomogi mięśnia sercowego, ostre choroby zakaźne, przebiegające z porażeniem ośrodka naczyniowo-ruchowego, stany niedokrwistości i charłactwa, gruźlica, dalej stany wstrząsowe, choroba Addisona, obrzęk śluzakowaty i t. d. W tych wszystkich stanach chorobowych niskie ciśnienie tętnicze jest jedynie objawem towarzyszącym.

Jak wiadomo, do ostatnich czasów uwaga klinicystów zaprzątnięta była niemal wyłącznie nadciśnieniem i dopiero względnie niedawno mnożyć się zaczęły spostrzeżenia kliniczne, dotyczące samoistnego podciśnienia u ludzi pozornie zdrowych, bez żadnej napozór ku temu przyczyny.

Pierwszym, który już w roku 1903 wyodrębnił zespół podciśnienia samoistnego, był F e r r a r i n i i opisywał go pod nazwą „angio-hipotonji konstytucjonalnej". Od tego czasu mnożyć się zaczęły usiłowania, skierowane ku wyodrębnieniu szczególnego zespołu hipotensyjnego i rozwikłania jego patogenezy. H e r z, M a r t i n e t, później amerykanie F r i e d l ä n d e r, R o b e r t s, B a r a c h, a ostatnio w Niemczech Fr. M ü l l e r, M u c h, M a r t i n i i P i e r a c h — opisują pod różnemi nazwami samoistne zespoły chorobowe, których przewodnim objawem jest niskie ciśnienie tętnicze. W ostatnim wreszcie roku B l o n d e l opisuje zespół t. zw. „hypotension artérielle permanente d'origine idiopathique", składający się z 4-ch objawów: 1) podciśnienie tętnicze, 2) łatwe wyczerpywanie się, 3) napady omdleń i 4) akrocyanoza, która jest jednak objawem niestałym.

Bądźcobądź nie każde podciśnienie jest zjawiskiem chorobowem; są ludzie zdrowi, wysportowani, bez żadnych skarg podmiotowych, u których pomiary ciśnienia wykazują obniżenie parcia tętniczego. Jest to t. zw. „*hypotonia innocens*" Wasserthala.

Równolegle z dążeniem do wyodrębnienia zespołów hipotensyjnych szły w parze badania, dotyczące etjologji i patogenezy tych stanów. Poza badaniami farmakologicznemi Desgresa, Popielskiego, Dale'a i Laidlow'a wpływu wazodilatyny wzgl. histaminy na ciśnieni tętnicze, zwrócono tu szczególną uwagę na pewne czynniki konstytucjonalne, jak na wąskość i wydłużenie tętnicy głównej (Fossier), na wiotkość układu tętniczego (Dumas), na wrodzoną słabość tkanki łącznej w ustroju i t. d.

W miarę postępów badań w dziedzinie endokrynologji i układu wegetacyjnego zaczęto uzależniać i łączyć w związek przyczynowy stany podciśnienia z zaburzeniami w tych układach. Wymienić tu należy teorję niedomogi nadnerczowej Sergenta i Sezaryego, uzależniającą spadek ciśnienia od hipoadrenalinemji, poglądy Martiniego i Pieracha na znaczenie spaczonej czynności przysadki mózgowej w obniżeniu ciśnienia tętniczego, oraz badania Santenoise'a, tak doniosłe dla wykazania ścisłej korelacji między trzustką, jej wydzieliną i układem nerwu błędnego i przeciwstawiające je układowi nadnerczowo-adrenalinowo-współczulnemu. Jeżeli chodzi o rolę układu współczulnego w zagadnieniu podciśnienia, to badania przeprowadzone u chorych, którzy wykazują zespół hipotensyjny, pozwalały często wykryć cały szereg objawów, spostrzeganych przy przewadze nerwu błędnego: dodatni odruch oczno-sercowy, charakterystyczne wyniki prób farmakologicznych, zmniejszenie zawartości wapnia w osoczu z przewagą jonów potasowych i t. d.

Choć ostatecznie jeszcze dokładnie nie wiadomo, jaka jest patogeneza stanów hipotensyjnych, to jednak wszystkie prawie nowsze badania wykazują, że dominujące znaczenie ma tu zaburzenie równowagi wegetatywnej, w szerokiem znaczeniu tego słowa, znaczeniu nadanem przez Krausa. Sądzić należy, że patogeneza większości tych zespołów polega w dużej mierze na nieprawidłowem i wrodzonem ustosunkowaniu stanów napięć nerwów roślinnych, na wadliwem zespoleniu gruczołów wydzielania wewnętrznego, możliwe i na zaburzeniach pierwotnych lub wtórnych w rozmieszczeniu elektrolitów w osoczu, na zmianie warunków isotonji i isojonji płynów tkankowych i t. d.

Są to te same zaburzenia, na które trafialiśmy, omawiając patogenezę wrzodu okrągłego. To też przyczyn, dla których wrzodowi żołądka tak często towarzyszy podciśnienie, nie należy według nas szukać ani w niedokrwistości chorych wrzodowych, ani w ich upośledzonem odżywieniu, ani w innych schorzeniach towarzyszących. Hipotensję wrzodową uważać należy za piętno wegetacyjne, tak w przebiegu dychawicy oskrzelowej, pokrzywki, pewnych postaci migreny i t. p.

Stwierdzając tak często podciśnienie tętnicze u naszych chorych wrzodowych, należy zastanowić się, czy jest ono objawem pierwotnym, poprzedzającym wytworzenie się ubytku wrzodowego, czy też tylko objawem następczym, towarzyszącym. Istnieje bezwzględnie szereg przyczyn, które niżej przytoczymy, dla których w przebiegu wrzodu żołądka lub dwunastnicy wytworzyć się może stan podciśnienia wtórnego. O ile jednak zwrócić uwagę na warunki wegetacyjne i konstytucjonalne, które są przyczyną powstawania wrzodu żołądka i zespołu samoistnego podciśnienia tętniczego, to raczej sądzić należy, że jeżeli nie we wszystkich przypadkach, to bądźcobądź w dużym ich odsetku podciśnienie jest objawem pierwotnym.

Typ konstytucjonalny wrzodu jest najczęściej asteniczny, opadowy, *ptoticus* (Stiller, Westphal, Krempelhuber) lub też limfatyczny (Schmidt, Bartel, Heyrowsky). Typy te, jak wiadomo powszechnie, idą najczęściej w parze z podciśnieniem samoistnem, oddziaływując hipotensyjnie na wszelkie zaburzenie równowagi roślinnej. Dlatego też mimowoli nasuwa się wniosek, że podciśnienie i skłonność do powstania ubytku wrzodowego idą współrzędnie, a łączność ich występowania zależy przedewszystkiem od jednakowego typu konstytucjonalnego.

Odnośnie tej sprawy w piśmiennictwie znaleźć można jedynie luźne wzmianki. Martini i Bierach wspominają mimochodem o podciśnieniu we wrzodzie żołądka, a Loeper wspomina o zespole, który występuje nieraz w przebiegu wrzodu małej krzywizny, a na który składają się: obniżenie ciśnienia tętniczego, rzadkie tętno i odruch oczno-sercowy. Jest to t. zw. triada wagotoniczna.

Więcej natomiast mówi się o roli nadciśnienia w powstawaniu wrzodu. Przytaczając powyżej teorję skurczowa wrzodu żołądka Bergmanna, mówiliśmy o roli hipertonji w powstawaniu tych skurczów miejscowych.

Zastanawiające jest wysoce, że wśród naszych 61 przypadków wrzodowych w ani jednym nie stwierdziliśmy nadciśnienia samoistnego. Nie chcemy z tego wyciągać daleko idących wniosków, ale nie możemy się oprzeć wrażeniu, że hipertonja, a co zatem idzie, miejscowe skurcze naczyniowe w obrębie tętnic żołądkowych (na czem oparli swe teorje Beneke, Lichtenbelt, a za nimi Bergmann), odgrywają rolę czynnika drugorzędnego, a znaczenie ich w powstawaniu ubytku wrzodowego jest chyba przecenione. Wprawdzie Kylin podaje, iż wrzodowi żołądka nieraż towarzyszy nadciśnienie samoistne, ale w każdym razie nie tak często mieć tu ono może znaczenie podstawowe. Ołowica, dla której przełomy naczyniowe są do pewnego stopnia objawem swoistym, wcale nie tak często prowadzi do wrzodu żołądka. Choć niektórzy autorzy go opisują (Schüller, Bergmann), to jednak większość badaczy bynajmniej nie stwierdza częstszego występowania wrzodu okrągłego u chorych ołowiczych (Graber, Lewin, Chajes, Gutzeit). Wśród naszego materjału ołowiczego, który zestawili niedawno Landau, Bauer i Grochowski, nie znajdujemy ani jednego chorego z wrzodem żołądka. To samo powiedzieć można o przełomach naczyniowych w ostatnich miesiącach ciąży.

Z naszych danych bynajmniej nie wynika, by nadciśnienie samoistne rzeczywiście było tak często przyczyną ubytku wrzodowego. Sądzimy natomiast, że w powstawaniu wrzodu okrągłego, jak i w jego dalszym rozwoju mieć może znaczenie stan podciśnienia, który tak często znajdywaliśmy u chorych wrzodowych. Podobnie jak w przebiegu zespołów hipotensyjnych, spadek ciśnienia i zaburzenia naczyniowo-odruchowe, wywołane chwiejnością układu roślinnego, prowadzą do niedożywienia ośrodków nerwowych, czego wyrazem są omdlenia i zapaści, tak i jest do pomyślenia, że identyczny mechanizm wchodzi w grę w sprawie powstawania wrzodu żołądka.

Jak pisaliśmy wyżej, nieodzownym czynnikiem w patogenezie wrzodu okrągłego jest moment naczyniowy, sprowadzający się do zmian anatomicznych bądź czynnościowych w drobnych tętnicach żołądkowych. Jeśli chodzi o zmiany czynnościowe, to zdaniem naszem, czynnik skurczowy zależny od stanów nadciśnienia jest przeceniony.

Nasuwa nam się natomiast przypuszczenie, że moment naczyniowy czynnościowy polega nie tyle na czynniku skurczowym, ile raczej na stanie trwałego niedożywiania tkanki żołądkowej, zależnego od stałego obniżenia parcia tętniczego w całym ustroju, co pociągnąć za sobą musi spadek ciśnienia w tętnicach żołądkowych. Czynnik ten łącznie z chwiejnością naczyniowo-ruchową, zależną od zaburzeń w układzie roślinnym, prowadzić może do stałej ischemji, niedożywienia ściany żołądka, co staje się podłożem do dalszego rozwoju procesu wrzodowego*). A zsumowanie się składnika naczyniowego, hipotensyjnego, z innemi czynnikami, które stanowią o powstawaniu wrzodu, a mianowicie zmniejszoną wrodzoną lub nabytą odpornością błony śluzowej, szczególnemi warunkami anatomicznemi i czynnościowemi tej ostatniej, czynnikiem zakaźnym i t. d. — prowadzi dopiero do wytworzenia się ubytku wrzodowego.

Spadek ciśnienia we wrzodzie żołądka ma pomyślne warunki ku temu, żeby się utrzymać i wznieć nawet w dalszym przebiegu procesu wrzodowego. Stałe bóle, które są potężnym czynnikiem hipotensyjnym, uszkodzenie zakończeń nerwu błędnego przez wrzód drążący (Loeper), procesy samozatrucia białkowego, działające w sensie stałego przełomu Widala, wreszcie obostrzenia zakaźne — wszystkie te momenty łącznie utrwalają i wzmagają zakłócenie równowagi roślinnej i tą drogą zwiększają spadek ciśnienia. Wreszcie częsta obecność stanów niedokrewności i wyniszczenia ogólnego zamyka to błędne koło wzajemnych odziaływań i przyczynia się do dalszego obniżenia parcia tętniczego. Tą drogą spotęgowane zostaje niedożywienie ściany żołądkowej, jak również

---

*) „Badania Martiniego i Pieracha wykonane przy pomocy kapilaroskopji wykazały u ludzi z zespołem podciśnienia samoistnego rozszerzenie kapilarów i siatki żylnej, natomiast niedostateczny dopływ krwi tętniczej do obwodu. Rozwija się wskutek tego stan t. zw. „ralentissement circulatoire", stan zwolnionego krwioobiegu, który jest przyczyną niedożywienia tkanek ustrojowych. Identyczne zmiany w krążeniu na błonie śluzowej żołądka u chorych wrzodowych stwierdził Otfried Müller przy pomocy gastro-kapilaroskopu. Jest to potwierdzeniem naszej teorji powstawania wrzodu".

dalej podtrzymywany jest ów składnik naczyniowy, który tkwi u źródła wrzodu okrągłego.

Przypuszczenie nasze, które sprowadza czynnościowy moment naczyniowy do trwałego niedożywienia ściany żołądkowej, zależnego od ogólnego spadku ciśnienia tętniczego i chwiejności naczyniowo ruchowej oparte jest jedynie na spostrzeganiu i rozważaniu klinicznem i ma znaczenie w odniesieniu do pewnej tylko części chorych wrzodowych. Chodzi nam tu jedynie o wysunięcie swoistego, hipotensyjnego czynnika naczyniowego, który był dotąd zupełnie niedoceniany w zagadnieniu patogenezy wrzodu żołądka.

Wreszcie zaznaczyć chcemy, że objaw podciśnienia, który o wiele częściej spotyka się w przebiegu wrzodu przyodźwiernikowego lub dwunastniczego aniżeli w innych cierpieniach jamy brzusznej — posiada znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze. W przypadkach, gdzie rozpoznanie waha się między wrzodem żołądka lub dwunastnicy a zaburzeniami czynościowemi żołądka lub schorzeniem pęcherzyka żółciowego, obecność znacznego podciśnienia, zwiaszcza u człowieka powyżej lat 40-tu, po wyłączeniu innych czynników, od których zależeć może spadek ciśnienia, przeważyć winna szalę rozważań różniczkowo-rozpoznawczych raczej na rzecz procesu wrzodowego.

Piśmiennictwo podamy w doniesieniu II-giem.

E. MIKULASZEK. Lwów.

Badania doświadczalne nad wywoływaczem resztkowym pałeczek otoczkowych wyhodowanych z twardzieli.

Z Państwowego Zakładu Higjeny Filja we Lwowie.
Kierownik: Doc. Dr. Napoleon Gąsiorowski.

Badania lat ostatnich, zwłaszcza Landsteinera, Sachsa i Zinssera, wykazały, że wszystkie ciała działające jako wywoływacz dzielić musimy na wywoływacze pełnowartościowe t. j. takie, które wywołują w ustroju zwierzęcym przeciwciała, i wywoływacze niepełnowartościowe o prostszej budowie chemicznej, które same jako takie nie posiadają zdolności wytwarzania w ustroju zwierzęcym przeciwciał a dopiero, o ile są zawarte w strukturze komórki lub w połączeniu z białkiem obcem, produkują z łatwością przeciwciała. Wywoływaczami pełnowartościowymi są proteiny, do wywoływaczy niepełnowartościowych zaliczyć musimy większość lipoidów i niektóre węglowodany. W roku 1921 Zinsser i współpracownicy podali, że w komórce bakteryjnej, oprócz ciał białkowych i lipoidów, znajdują się połączenia o budowie węglowodanowej, reagujące z przeciwciałami, nazywając ich wywoływaczem resztkowym. W bardzo szczegółowych pracach nad pneumokokiem Avery, Goebel i Heidelberger wyodrębnili we większej ilości, dozwalającej na dokładny rozbiór chemiczny, ciało, któremu dali nazwę „swoista substancja rozpuszczalna *(soluble specific substance)"*. Ciekawem bardzo jest spostrzeżenie, że substancje te, otrzymane z 3 różnych typów pneumokoków (I, II, III) różniły się między sobą pod względem serologicznym, dając odczyn precypitacyjny w bardzo wysokiem rozcieńczeniu (1:5,000.000) tylko ze surowicą homologiczną. Również pod względem chemicznym wyraźnie różniły się one między sobą. Te same ciała wykazywali także w przesączach hodowli dwoinek zapalenia płuc a nawet w płynach ustroju chorego na zakażenie pneumokokowe. Dzięki temu odczyn strącania surowicy pneumokokowej z plwociną chorego na zapalenie płuc może służyć do szybkiego oznaczenia typu pneumokoka i wybrania odpowiedniej surowicy leczniczej.

Dalszą charakterystyczną cechą tych ciał jest niezwykła ich odporność na działanie wysokiej ciepłoty. Wytrzymują one ciepłotę 134° — 144° C w autoklawie w przeciągu 1 — 2 godzin a dopiero kilkogodzinne gotowanie w rozcieńczonych kwasach mineralnych rozbija je na prostsze składniki, wśród których przeważają glukoza i kwas glukuronowy.

Równoczesne badania nad zachowaniem się połączeń białkowych (nukleoprotein), otrzymanych z pneumokoków, wykazały, że, w przeciwieństwie do wywoływacza resztkowego, nukleoproteiny posiadają swoistość tylko rodzajową, gdyż dają odczyny równie silne z wszystkimi 3 typami surowic, podczas gdy wywoływacz resztkowy posiada swoistość typową, t. j. daje odczyny serologiczne tylko z homologiczną surowicą pneumokokową.

W grupie pałeczki okrężnicy podobne ciała otrzymał Tomcsik, przyczem zwraca on uwagę na różnorodność antygenów resztkowych, otrzymanych z różnych szczepów pałeczki okrężnicy, coby mogło tłomaczyć trudności, znane przy próbach serologicznego podziału tych drobnoustrojów.

Z prac polskich badaczy spostrzeżenia Panka, posiadają już tylko znaczenie historyczne, natomiast niezwykle interesujące są dotychczasowe wyniki Przesmyckiego i Szczuki.

Panek otrzymał z pałeczki nosacizny glikoproteid rozpuszczalny we wodzie a nierozpuszczalny w alkoholu, który w bardzo wysokich rozcieńczeniach dawał odczyny serologiczne z surowicą nosacizn wą; po hydrolizie redukował odczynnik Fehlinga. Ciału temu przypisuje Panek własności antygenu pełnowartościowego, gdyż w ilości 2 mg wystarczało do uodparniania koni i otrzymania surowicy, wiążącej dopełniacz w obecności pałeczki nosacizny. Przesmycki i Szczuka otrzymali z pałeczki nosacizny ciało o własnościach wywoływacza resztkowego, dające dodatnie odczyny serologiczne z surowicami zwierząt uodpornionych pałeczką nosaciznową; z surowicami zwierząt chorych dodatnich odczynów nie otrzymali.

Podobnie Przesmycki wykazał obecność wywoływacza resztkowego w szczepach duru brzusznego, badania zaś w tym kierunku ze szczepami paratyfusowymi wypadły mu ujemnie. Bardzo interesujące wyniki otrzymał on ze szczepami odmieńca; X_{19} H zawierał antygen resztkowy w dość znacznej ilości, w odmianie zaś X_{19} O brak go zupełnie. Fakt ten tłomaczyłby odmienne zachowanie się serologiczne tych szczepów. W szczepach meningokokowych wykazał on obecność wywoływaczy resztkowych, które zależnie od typu różniły się pod względem serologicznym między sobą.

W ostatnich czasach Przesmycki i Szczuka wykazali również w hodowli laseczki wąglika ciało węglowodanowe, zawierające 5% azotu, które dawało wyraźne strąty z surowicą wąglikową w rozcieńczeniu 1/500.000. Ciało to wykazali także w narządach zwierząt padłych na wąglik. Na podstawie swoich badań dochodzą do wniosku, że odczyn termoprecypitacyjny Ascoli'ego zależnym jest od obecności wywoływacza resztkowego zawartego w wyciągu narządów zwierząt badanych. Ciepłostałość i względnie duża odporność na gnicie wywoływacza resztkowego przemawiałyby za słusznością powyższego tłumaczenia.

W przecinkowcach cholery Landsteiner i Levène wykazali ciała, zawierające azot, dające przy hydrolizie redukujące cukry. Ciała te ze swoistą surowicą dawały dodatnie odczyny serologiczne. Również i w paciorkowcach zieleniejących udało się Lancefield wykazać wywoływacz resztkowy działający jeszcze w rozcieńczeniu 1/1,000.000. Taksamo jak przy dwoinkach Fränkel-Weichselbauma wywoływacz resztkowy posiadał tu swoistość typową, podczas gdy równocześnie wyosobnione nukleoproteiny dawały tylko odczyny grupowe.

Amerykańscy autorzy otrzymali wywoływacz resztkowy także z prątka gruźliczego. Ciekawe są prace Müllera nad frakcjami tuberkuliny. Rozróżnia on frakcję działającą allergicznie (na skórę) i frakcję czynną serologicznie. Pierwsza składa się z nukleoprotein, druga zawiera w przeważającej ilości cukier gronowy i kwas glukuronowy, ślad azotu (0,3%) i fosforu a płaszczyznę polaryzacji skręca w prawo o 17,3.

Punktem wyjścia do badań nad antygenem resztkowym w grupie pałeczek otoczkowych jest praca Toenniessena który w chemicznym składzie otoczki bliżej nieokreślonego szczepu z grupy Friedländera wykazał obecność polisacharydu, oznaczając go jako galaktan, ponieważ przy kwaśnej hydrolizie wytwarzał się redukujący cukier, dający fenylosazon charakterystyczny dla d-galaktozy.

Bardzo szczegółowe prace amerykańskich autorów Müllera, Smitha, Litarczka oraz Averyego, Goebla i Heidelbergera wykazały w grupie pałeczek Friedländera obecność wyższych węglowodanów, nie dających odczynu z jodem na skrobię a w których skład wchodzi glukoza i kwas glukuronowy. Połączenia te otrzymane z różnych typów (A, B, C i X według Julianelle'a) różniły się między sobą chemicznie, jak również serologicznie, dając swoistą precypitację tylko z homologiczną surowicą.

Rozporządając większą ilością szczepów otoczkowych, wyosobnionych z przypadków twardzieli postanowiłem wykonać próbę, czy ze szczepów tych nie możnaby otrzymać wywoływacza resztkowego.

Zapomocą techniki podanej przez Avery'ego, Goebla, Heidelbergera jak również Przesmyckiego udało mnie się otrzymać wywoływacz resztkowy z pałeczek otoczkowych, niezmieniających nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, wywołujących kwaśną fermentację cukru gronowego bez gazu i alkalizujących wodę peptonową czystą do Ph 7,7 t. j. tego typu pałeczek, które dotychczas można wyosobnić w 80% przypadków jedynie przy klinicznie stwierdzonej twardzieli. W niektórych szczegółach

a mianowicie co do ostatecznego oczyszczania wywoływacza resztkowego modyfikacja poniżej przytoczonych sposobów okazała się korzystna.

Przy przyrządzaniu wywoływacza resztkowego postępowałem w sposób następujący: obfitą hodowlę na zwykłym agarze spłukuje się z kilkunastu flaszek płaskich wodą destylownaną a po zabiciu drobnoustrojów po półgodzinnem pozostawieniu zawiesiny w autoklawie przy 114° C poddaje się ją działaniu trypsyny przez 24 godzin w 37° C. Następnie słabo zakwasza się ją kwasem octowym i pozostawia w parze bieżącej przez 15 minut. Płyn zawierający obfity strąt z połączeń białkowych przesącza się przez bibułę aż do uzyskania czystego przesączu, niedającego już żadnego z odczynów proteinowych. Po dodaniu podwójnej objętości alkoholu etylowego 96% opada w przesączu dość obfity kłaczkowaty osad. Dla oczyszczenia osadu zawierającego wywoływacz resztkowy w stanie nieczystym należy płyn odwirować, osad rozpuścić w małej objętości wody destylowanej, zalkalizować ługiem sodowym i wytrącić powtórnie alkoholem. W ten sposób postępuje się kilkakrotnie strącając alkoholem naprzemian w odczynie kwaśnym i zasadowym. Ostatnie wytrącanie odbywa się w odczynie obojętnym, poczem odwirowany osad suszymy. Tak otrzymany wywoływacz resztkowy zawiera jeszcze dość duże ilości składników nieorganicznych, o czem przekonuje nas analiza popiołu, wykazująca obecność soli wapniowych w przeważającej ilości. Dla dalszego oczyszczenia poddaje się wywoływacz resztkowy działaniu dyalizy przez błony zwierzęce. Po 24 godzinach otrzymywało się już tylko ślad popiołu, w którym zapomocą reakcji mikrochemicznych (kryształki gipsu po dodaniu 25% kwasu siarkowego) wykazać można było jeszcze obecność wapnia.

Roztwór wodny wywoływacza resztkowego nawet po dializie nie jest jeszcze zupełnie przejrzysty, przypominając wyglądem roztwór koloidalny; po dłuższem gotowaniu przekonałem się, że płyn ten się wyjaśnia a równocześnie powstaje kłaczkowaty osad, nierozpuszczający się we wodzie a rozpuszczalny w alkoholu. Osad ten przypuszczalnie składający się z lipoidów jest nieczynnym w odczynie wiązania dopełniacza, jak wykazały późniejsze doświadczenia. Przesącz sam przedstawia się obecnie jako płyn przejrzysty, barwy blado-żółtej, z którego zapomocą alkoholu dodanego w podwójnej objętości strąca się wywoływacz resztkowy.

W ten sposób otrzymany wywoływacz resztkowy t. j. uwolniony od połączeń przypuszczalnie lipoidalnych posiada graniczny stopień oczyszczenia, jaki mnie się udało uzyskać. Przedstawia się on w postaci ciała bezpostaciowego, rozpuszczalnego w wodzie a nierozpuszczalnego w alkoholu, eterze, chloroformie i acetonie. Roztwór wodny jest płynem zupełnie przejrzystym, w stanie stężonym barwy żółtej a badany w polarymetrze wykazuje prawoskrętność, kąt skręcania płaszczyzny polaryzacji (αD) wynosi $+ 35^0$. Jakościowa analiza chemiczna daje następujące wyniki: po spalaniu ślad popiołu, odczyny Lassaigne'a i mikroreakcja Emicha na obecność azotu zupełnie ujemne. Odczyny proteinowe nie wykazują obecności ciał białkowych. Siarczan amonowy zarówno stężony jak i 70% wykłacza wodny roztwór wywoływacza resztkowego. Z roztworem jodu w jodku potasowym otrzymujemy zabarwienie brunatne odpowiadające glikogenowi, jakkolwiek o słabszem natężeniu. Przy gotowaniu nie redukuje odczynnika F e h l i n g a. Powyższe odczyny nasuwały pewne wahania, czy nie mamy tutaj do czynienia z zanieczyszczeniem wywoływacza resztkowego glikogenem zwierzęcym, pochodzącym z pożywek. Dla wyjaśnienia tej sprawy do 10 ccm stężonego roztworu wywoływacza resztkowego dodałem: jodku potasu 1 g, ługu sodowego 60% 0,5 ccm, alkoholu 96% 5 ccm stwarzając warunki, wśród których glikogen zwierzęcy wypada ilościowo. Po odwirowaniu dość obfitego osadu dodałem podwójną objętość alkoholu do pozostałego płynu uzyskując w ten sposób zupełne wykłaczenie wywoływacza resztkowego. W powyższych 2 frakcjach otrzymanego strątu odczyny chemiczne zachowały się zupełnie identycznie a miano odczynów serologicznych dochodziło do tych samych wysokości.

Zjawisko to przemawiałoby więc zatem, że w osadzie tak pierwszej, jak i drugiej frakcji znajduje się tylko antygen resztkowy jako ciało czynne, czyli że w pierwszej frakcji brak glikogenu zwierzęcego.

Celem bliższego poznania chemicznej budowy otrzymanego ciała poddałem je hydrolizie. Po 4 godzinnem gotowaniu w 2,5% kwasie solnym płyn redukował obecnie odczynnik Fehlinga i badany metodą kolorymetryczną zawierał 42,5% redukujących cukrów obliczonych jako glukoza. Odczyny z floroglucyną na pentozy, jak i Seliwanowa na fruktozę wypadły ujemnie. Wynikałoby z tego że w skład wywoływacza resztkowego, który otrzymałem ze szczepów otoczkowych pochodzących z przypadków twardzieli, wchodzą węglowodany wielkocząsteczkowe (polisacharydy).

Druga grupa doświadczeń obejmuje odczyny serologiczne mianowicie odczyn skłaczkowania i wiązania dopełniacza, jakie daje opisany wywoływacz resztkowy z wysokowartościowemi surowicami i z surowicami chorych.

Odczyn precypitacyjny jako próba pierścieniowa wykonany z antygenem resztkowym rozpuszczonym w fizjologicznym roztworze i z surowicą królika uodpornionego pałeczkami otoczkowemi homologicznego typu wykazywał wyraźny pierścień w rozcieńczeniach wywoływacza resztkowego od 1/1000 — 1/1,600.000.

Odczyn wiązania dopełniacza z tą samą surowicą o mianie 1/2000, użytej stale w rozcieńczeniu 1/20 dawał zupełne powstrzymanie hemolizy z tym samym antygenem jeszcze w rozcieńczeniu 1/4,000.000. Zwraca uwagę, że odczyn ten w słabych rozcieńczeniach wywoływacza resztkowego (1/1000 — 1/8000) wypada stale ujemny a dopiero powyżej jako dodatni.

Z wysokowartościowemi surowicami królików uodpornionych pałeczkami otoczkowemi innego typu zarówno odczyn precypitacyjny, jak i wiązania dopełniacza wypadał zawsze ujemnie.

Dotychczasowe próby wykonane z surowicami chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli dały ujemny wynik odczynu skłaczkowania z antygenem resztkowym użytym w rozcieńczeniu 1/1000 — 1/5,000.000, natomiast odczyn wiązania dopełniacza wypadał dodatnio z wywoływaczem od 1/1000 do 1/4000. Dalej idące wnioski byłyby tutaj narazie przedwczesne wobec za małej ilości surowic (10) dotychczas zbadanych.

Wszystkie próby kontrolne z surowicami osób zdrowych i chorych nietwardzielowych wypadały zawsze ujemnie.

Chcąc przekonać się, czy mamy do czynienia z typowym wywoływaczem resztkowym, niezdolnym do wytwarzania w ustroju zwierzęcym przeciwciał, wykonałem następujące doświadczenie na królikach: W 7-dniowych odstępach czasu wstrzykiwałem pięciokrotnie *I królikowi 2* oczka normalne hodowli zabitych pałeczek wyhodowanych z twardzieli, których typ odpowiadał w zupełności szczepom użytym do otrzymania wywoływacza resztkowego, *II królikowi* każdorazowo 2 mg wywoływacza resztkowego w roztworze wodnym, *III królikowi* po 2 mg wywoływacza resztkowego w roztworze wodnym zmieszanego z 0,5 ccm surowicy końskiej. W tydzień po ostatniej dawce surowica pierwszego królika wykazywała silnie dodatni odczyn precypitacyjny i wiązania dopełniacza zarówno z zawiesiną hodowli homologicznej jak i z wywoływaczem resztkowym. Z surowicami drugiego i trzeciego królika tak odczyn precypitacji, jak również wiązania dopełniacza wypadał zawsze ujemnie. Jak widać z powyższego doświadczenia wywoływacz resztkowy twardzielowy jest typowym antygenem niepełnowartościowym, t. j. niezdolnym do wytwarzania przeciwciał w ustroju zwierzęcym; nawet dodanie obcego białka t. j. surowicy końskiej nie czyni go zdolnym do wytwarzania przeciwciał.

Powyższe spostrzeżenia uprawniają do następujących wniosków:

1) Z pałeczki otoczkowej, niezmieniającej nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentującej kwaśno bez wytwarzania gazu cukier gronowy, alkalizującej wodę peptonową czystą do PH 7,7 a dającej się wykazać tylko przy schorzeniu twardzieli i to w 80% przypadków otrzymać można ciało w skład którego wchodzą węglowodany wielkocząsteczkowe.

2) Ciało to posiada wszystkie własności wywoływacza resztkowego t. j. reaguje w bardzo wysokiem rozcieńczeniu z surowicami wysokowartościowemi swoiście, nie posiada jednak zdolności wytwarzania przeciwciał w ustroju zwierzęcym.

3) Otrzymany wywoływacz resztkowy daje dodatnie wyniki odczynu wiązania dopełniacza z surowicami chorych twardzielowych.

4) Czy wywoływacz ten resztkowy, bardzo dogodny w użyciu z powodu trwałości i stałości miana, mógłby w praktyce przy badaniu niskowartościowych surowic (chorych) zastąpić świeżo sporządzoną zawiesinę bakteryjną, wykażą dopiero doświadczenia na większym materjale.

Piśmiennictwo.

1) F. P r z e s m y c k i: Med. dośw. i społ. 1927 (tamże dokładne zestawienie piśmiennictwa). — 2) N. G ą s i o r o w s k i: Pol. Gaz. lek. 1927, Str. 525. — 3) H. M e i s e l i E. M i k u l a s z e k: Pol. Gaz. lek. 1927, Str. 41, Str. 940. C. R. Soc. Biol. 1927, Str. 563, Str. 1495, Str. 1498. — 4) P a n e k: Kosmos 1924, Str. 1161. — 5) T o e n n i e s s e n: Zb. f. Bakt. T. 85. Str. 225.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. B. GRUENZWEIG. Morawska Ostrawa.

Leczenie zaburzeń układu wegetatywnego ciałami proteinowemi.

Podług odczytu wygłoszonego dnia 14. IX. 1928 na kongresie neurologów w Hamburgu.

U chorych z zaburzeniami w układzie wegetatywnym stosuję od 17 miesięcy systematycznie proteinoterapję; spostrzeżenia moje, jakoteż wyniki, które osiągnąłem podam tu w krótkości:

O ile mi było dostępne piśmiennictwo niemieckie, stwierdzić muszę, że dotychczas nie stosował nikt systematycznie proteinoterapji przy zaburzeniach systemu wegetatywnego, chociaż wielu autorów mówi o działaniu proteinoterapji na układ wegetatywny, (Nonnenbruch, E. F. Müller itd.) tylko francuz Guillaume wymienia w swej obszernej monografji proteinoterapję, ale tylko mimochodem. Z tego też powodu uważam za swój obowiązek tu, na kongresie, gdzie „system wegetatywny" jest głównym tematem obrad zdać sprawę z moich spostrzeżeń, zwłaszcza że wyniki, które osiągnąłem są zadawalniające.

Jako lekarz praktyczny nie rozporządzałem środkami badań klinicznych i rozpoznanie zaburzeń w układzie wegetatywnym stawiałem tylko na podstawie symptomatologji. Bardzo starannie zbierałem wywiady tak osobiste jak i rodzinne, gdyż zaburzenia te występują u wielu członków rodziny chorego, chociaż w różnych narządach; że przytoczę tylko chorego z pokrzywką, którego siostra miała wrzód żołądka a ojciec dychawicę oskrzelową, lub chorego z nerwicą serca, którego brat był jąkałą. Z pięciu synów hipertonika dwóch najstarszych miało ciśnienie normalne, trzeci był hipotonikiem (90 mm), czwarty i piąty (33 lat i 30 lat) mieli ciśnienie 175 mm, podczas gdy u 33-letniej córki ciśnienie wynosiło 140 mm, a u najmłodszej 26-letniej 95 mm.

Dokładne wywiady uzupełniałem badaniem chorego i śledziłem za pulsus irregularis respiratorius, za objawem Czermaka, Erbena, Ortnera, Aschnera, za rodzajem dermografji, oznaczałem ciśnienie krwi itd. Pomijam już objaw tak prosty, który zauważyłem, że przy podaniu ręki uderza często zimna i wilgotna dłoń chorego. Ubytek na wadze w ostatnich miesiącach lub latach, całe zachowanie się chorego, rozwlekły sposób opisywania swych dolegliwości, często skrupulatnie spisanych, by „przypadkiem czegoś nie zapomniał" objaw Lublinskiego, jakoteż „negatywny" status narządów końcowych, skłaniały mnie do postawienia rozpoznania „zaburzenia w układzie wegetatywnym".

Sposób leczenia stosowany przeze mnie polegał na zastrzykiwaniu Aolanu (1 ccm), w rzeczywistości jest we fjolce nieco więcej, co trzeci dzień, często zażywał chory nadto jedną pigułkę atropaweryny dziennie, a po ukończeniu zastrzyków, calcium Sandoz.

Dotychczas leczyłem w ten sposób 99 przypadków, z których zestawienie podaję:

	Ilość przyp.	męż.	kob.	polepszenie dłu otrw.	przemij.	bez skutku
Żołądkowych	16	6	10	9	4	3
Jelitowych, (zapalenie, biegunka)	14	6	8	10	4	—
Woreczek żółciowy	1	1	—	1	—	—
Trzustka	1	—	1	—	1	—
Migrena, Vertigo, Cephalgia	20	2	18	13	6	1
Sercowych	10	7	3	8	1	1
Hyperthyreodismus	5	2	3	3	2	—
Asthma bronchiale	2	1	1	1	1	—
Rhinitis vasomot	1	1	—	—	—	1
Hypertonia	11	2	9	—	9	2
Urticaria, Oedema-Quincke, Eczema	6	3	3	5	1	—
Neuralgia	3	2	1	2	1	—
Dysmenorrhoea	4	—	4	1	3	—
Neurosis traumatica	3	2	1	2	1	—
Adipositas	2	1	1	—	2	—

Nie czas tu wchodzić w szczegóły, i dlatego chcę tylko ogólnie zaznaczyć, że te liczne przypadki żołądkowo-jelitowe prawie wszystkie zostały uleczone. Spastyczne zaparcie trwające miesiące, nieraz nawet i całe lata, ustępowało szybko. Jako farmakologiczną próbę stosowałem często jedną pigułkę atropaweryny raz dziennie przy śniadaniu, częstokroć jednak i tego nie dawałem, ograniczając się tylko do zastrzyków Aolanu. Colitis, która trwała już całe tygodnie u jednego z tutejszych kolegów, ustąpiła zaraz po pierwszem wstrzyknięciu. Kolega ów z radością oświadczył mi przed drugiem wstrzyknięciem, że nareszcie miał prawidłowy stolec, chociaż właściwie nie przestrzegał żadnej diety.

O wiele ciekawszy jest chory, który w zestawieniu mieści się w rubryce sercowych przypadków, a który cierpiał także na biegunki po wzruszeniach (Emotionsdiarrhöe). Wiadomo bowiem, że zaburzenia w układzie wegetatywnym, objawiają się rzadko w jednym narządzie (Dresela, „silne parasympatyczne podrażnienie czynnościowe") i zmieniają często z biegiem czasu swą siedzibę, nagabując coraz to inny narząd. I tak u chorego, który przed laty miał pokrzywkę, wystąpiła potem nerwica serca z nierniarowością, po jakimś czasie niedające się zastanowić wymioty z zawrotami głowy itd. Otóż wracając do owego chorego, cierpiącego na biegunki po wzruszeniach, zaznaczyć muszę, że pochodził z nerwowej rodziny. Chory ten podczas leczenia w Karlowych Warach był świadkiem nagłej śmierci przechodnia na ulicy. Od tego czasu żył w przekonaniu, że i jego czeka taka śmierć, i dostawał często napady, polegające na utrudnionem połykaniu, uczuciu duszenia, ucisku w tyłogłowiu „jakgdyby cała krew występowała mu do głowy" przyczem czerwieniał na twarzy, a cały atak kończył się zazwyczaj biegunką. W jadłodajni lub kawiarni siedział zawsze blizko drzwi wchodowych, bo już sam widok zupy lub kawy, jakoteż zamknięty lokal wywoływał duszność i ślinotok, a skoro w dziennikach wyczytał wiadomość o jakiejś nagłej śmierci, zaraz zgłaszał się do mnie w celu porady. Po leczeniu (Aolan, atropaweryna, calcium Sandoz) wyzbył się wszystkich dolegliwości i niedawno widziałem go w jadłodajni zajadającego spokojnie obiad — nie przy drwiach wchodowych.

Objawy żołądkowe jak hyperaciditas, gastralgja, odbijania, zgaga, ucisk w żołądku, nudności, wymioty, ustępowały po leczeniu, tylko u 1 chorego musiałem powtórzyć zastrzyki po dziewięciu miesiącach.

Nerwice serca ze wszelkiemi możliwemi dolegliwościami i niemiarowością oddziaływały bardzo dobrze na proteinoterapję.

Bóle głowy, zawroty, migrena, ustępowały albo w zupełności, lub też na dłuższy okres czasu.

U wszystkich tych chorych zwracałem szczególną uwagę na przyrost wagi, który był miarą polepszenia i dowodem, że leczenie jest skuteczne. Ubytek na wadze, podawany przy wywiadach, ustępował już podczas wstrzykiwań, co się najczęściej zdarzało, lub po ukończeniu leczenia. Przyrost na wadze w ciągu czterech do ośmiu tygodni dochodził nieraz do 12 kg. Ciężko chory na hiperthyreodizm, który w czterech miesiącach ze 61 i pół kg opadł na 48 i pół kg, przybrał w 12 dniach 3 kg a tuż po zastrzykach dalsze 3 kg. *Im szybszy był spadek wagi przed leczeniem, tem szybszy bywał przyrost i po leczeniu.*

Że proteinoterapja działa dobrze przy dychawicy — to rzecz nie nowa. Natomiast zawiodła w zupełności przy rhinitis vasomotorica.

Przewlekła pokrzywka u jednego chorego, który zdany był na jedzenie w jadłodajniach, znacznie zelżała, gdyż powtarzała się tylko raz na trzy do czterech tygodni i to tylko na pół godziny, podczas gdy przedtem trwała całymi tygodniami. Natomiast znikł w zupełności przewlekły wyprysk na rękach i pod pachami.

Obrzęk Quincke'go u chorej, która przed laty naświetlona było Roentgenem z powodu wola i tachykardji, znikł w zupełności (sześć miesięcy bez nawrotu) a inteligentna chora twierdzi, że nigdy nie czuła się tak świeżą i silną jak obecnie. Ta euphoria jest charakterystyczna, powiedziałbym nawet dowodem ex juvantibus, że rozpoznanie jest słuszne. 54-letni chory, który przy pierwszem badaniu skarżył się na setki dolegliwości, dających się odnieść do spastycznego zaparcia, twierdził 7 miesięcy po leczeniu, że czuje się młody i silny i że nawet dzielność płciowa znacznie się u niego powiększyła.

Osiągnąłem też dobre wyniki przy zaburzeniu w miesiączkowaniu u kobiet jakoteż i u młodych dziewcząt.

Hypertonia esentionalis ze wszystkimi swymi odmianami jest zdaniem Pala, Dresela, Kylina, Krausa, Munka i innych wegetatywną nerwicą. Także i hipotonja, którą tak często stwierdziłem jako objaw uboczny, jest zaburzeniem w wegetatywnym układzie, (Kylin, i inni). Wobec tego, że tak dobre wyniki osiągałem stosując proteinoterapję przy różnych nerwicach, postanowiłem zastosować ją przy nadciśnieniu samorzutnem. Niestety w ciągu tego całego czasu miałem tylko trzech chorych na takie nadciśnienie i żaden z nich nie poddał się leczeniu, gdyż albo wcale nie wierzyli, że są chorzy, chociaż ciśnienie przekraczało 175 mm, lub też dla braku sposobności. Dlatego próbowałem stosować proteinoterapję przy następowych nadciśnieniach i to nawet w tych przypadkach, gdzie anatomiczne zmiany były widoczne (przerost serca, zmiany w nerkach, krwawienia w oczach po udarach mózgu), jakoteż i w przewlekłych nadciśnieniach i t. d. Spostrzegałem przy tej sposobności wiele ciekawych szczegółów, które tu podam.

Co się tyczy przekwitowych, spadły wartości 210 mm na 175 mm, 178 mm na 138 mm, ze 175 na 135 mm i to na bardzo długi przeciąg czasu. Ważniejsze jednak jest, że podmiotowe objawy, które przynosi ze sobą przekwitanie, a więc te uporczywe dolegliwości, zbytecznem jest chyba je tu wyliczać, zmniejszyły się lub też znikły w zupełności. Polepszenia jednak w okresie przekwitania nie mogą być miarodajne dla oceny skuteczności leczenia, gdyż ustępują często i samoistnie.

Daleko lepiej obrazują skuteczność te przypadki, gdzie stosowałem proteinoterapję chorym po udarach: ciśnienie z 210 mm spadło na 175 mm (przed południem), zniknęło miganie przed oczyma, jakoteż i zawroty głowy. U chorego z claudicatio intermittens i nadciśnieniem obniżyło się ciśnienie ze 175 mm na 140 mm, a chory mógł odbywać dłuższe przechadzki bez jakiegokolwiek bólu U chorych znów na nerki, u których Roentgen wykazywał powiększone serce na lewo i rozszerzoną tętnicę główną nie znikało wprawdzie białko w moczu, ale ustępowały dokuczliwe nerwowe objawy, jakoto ucisk w głowie, szum w uszach, zawroty głowy, miganie przed oczyma, które przecież bardziej dokuczają niż białkomocz.

Wreszcie przypadek z napadami podobnemi do asthma cardiale, który tak się poprawił, że już podczas leczenia znikły napady, chociaż 56-letnia chora, jako telefonistka nie przerwała wcale swej służby.

O ile z tych przypadków można wyciągnąć jakiś wniosek, to chyba ten tylko, że przy samoistnem nadciśnieniu, gdzie jeszcze niema *żadnych organicznych zmian* a więc w początkach tego schorzenia, możemy tym sposobem uzyskać znakomite wyniki. Przypadki te są białe kruki w praktyce nie dlatego, że są rzadkością ale bo rzadko się zgłaszają do lekarza o poradę, a jeśli się już zgłoszą rzadko który lekarz bada ciśnienie krwi. Jedynie zasada badania ciśnienia u każdego bez wyjątku chorego (podobnie jak się bada mocz na białko, cukier itd.), mogłaby się przyczynić do ujawnienia tej ciężkiej choroby, już u jej kolebki, by w tym okresie jako neurozę ją uleczyć.

Do Was, moi panowie, którzy rozporzadzacie wielkim materjałem poliklinicznym, zwracam się z wezwaniem, byście podjęli myśl moja!

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Do L. Z. O. 413/29. Min. Spr. wewn., Dep. Służby Zdrowia.

Sprawozdanie.

W dniu 23 stycznia r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji do spraw walki z gruźlicą Państwowej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Dra Eugenjusza Piestrzyńskiego w następującym składzie:

Dr Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Witold Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higjeny.

Dr. Henryk Kłuszyński z Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych.

Dr. Górski, przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Dr. M. Reiter, przedstawiciel Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Prof. mag. Jan Gordziałkowski, Dziekan Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu Warszawskiego,

oraz członkowie kooptowani:

Dr. Czesław Wroczyński, Prezes Związku Przeciwgruźliczego, pułkownik - lekarz Dr. Stefan Rudzki, Dr. M. Gantz, oraz Dr. Marja Skokowska - Rudolfowa, referentka do spraw walki z gruźlicą w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Zebranie, podkreślając przedewszystkiem konieczność wydania ustawy, regulującej w sposób zasadniczy akcję zwalczania, poruszyło kwestję przystąpienia do prac oznaczenia stref na terenie uzdrowisk Rzeczypospolitej Polskiej celem przeprowadzenia leczenia kuracyjnego chorych gruźliczych; w zasadzie praca ta winna być przeprowadzona w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk oraz w formie celowej propagandy wśród lekarzy.

Ponadto zwrócono uwagę na konieczność uporządkowania pod względem sanitarnym pensjonatów i mieszkań prywatnych w uzdrowiskach.

Zebranie wypowiedziało zasadę, iż leczenie chorych gruźliczych winno się odbywać przedewszystkiem w formie leczenia sanatoryjnego; podkreślając fakt, iż Polska nie posiada dostatecznej liczby sanatorjów dla chorych gruźliczych, Sekcja wypowiedziała się za pociągnięciem całego społeczeństwa do współpracy w akcji zwalczania gruźlicy. Zwrócono między innemi uwagę na przykład Włoch, w których zwalczanie gruźlicy postawiono na gruncie polityki ubezpieczeniowej.

W sprawie zaś umożliwienia szerokim warstwom ludności przeprowadzenia leczenia szpitalnego zebranie zgodziło się na zasady, przyjęte za podstawę w akcji przeciwgruźliczej i wyłożone w referacie Dra Skokowskiej - Rudolfowej. Należy stworzyć organizację wojewódzką przy pomocy samorządów, Kas chorych i t. d. Organizacja ta winna posiadać na terenie Województwa całkowity system, umożliwiający przeprowadzenie leczenia i zapobieganie gruźlicy, a to w formie przychodni przeciwgruźliczej, oddziałów szpitalnych, sanatorjów i prewentorjów.

W ten sposób sprawa walki z gruźlicą w Polsce zostałaby należycie rozwiązana.

OCENY.

Dr. Stanisław Progulski: *Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę?* (Bibljoteczka higjeniczna powszechna, Nr. 3). Lwów-Warszawa, 1929, str. 20 z 5 rycinami.

Bardzo pożyteczna dla ludu broszurka. Autor usiłował przyswoić sobie chcąc doń przemówić jego językiem i styl ludowy, jednak tu i ówdzie wypadł z niego, niektóre też spostrzeżenia nie są zaczerpnięte z życia ludu, np. wczesne dokarmianie (str. 4). Wśród porad znajdują się i takie, co do których zdania pedjatrów są podzielone, nie wszyscy bowiem np. polecają przyłożyć noworodka do piersi już po 6-ciu godzinach, dawać po odłączeniu prócz pokarmów stałych jeszcze 1 litr mleka lub do 5-tego miesiąca podawać rozcieńczone na pół z wodą mleko. Rycina 2 nie odpowiada treści, zaś w interpunkcji są małe niedopatrzenia. W każdej bibljoteczce wiejskiej a nawet i chacie powinno się znaleźć wymienioną książeczkę.

Józef Fritz (Lwów).

Lijecnicki Vjesnik 1928, Godina 50. Broj. 5. Pedijatricki broj. Zeszyt wydany z okazji 20-letniego jubileuszu Polikliniki dziecięcej oraz wykończenia Kliniki chorób dziecięcych w Zagrzebiu zawiera następujące prace:

Fr. Groer i F. Bledlich: Badania eksperymentalne nad teorją Dicków, ogłoszone już przedtem w języku niemieckim, M. Ambrozić, N. Bajić i U. S. Ruzicić: Opieka nad dzieckiem w zakładzie dla dzieci, spostrzeżenia z 8 miesięcznej obserwacji przy urządzaniu nowego domu dla dzieci, Smilja A. Kostić-Joksić: Malarja u dzieci, M. Sarvan: Uodpornianie przeciw ospie wietrznej, V. Skarica: Domy dla podrzutków w Dalmacji, E. Mayerhofer i J. Menzer: Nowa klinika dziecięca w Zagrzebiu, L. Lemez: Allergja u noworodków, Przypadek granuloma annulare multiplex u dziecka. Mayerhofer i M. Lypolt-Krajnović: Erythema toxicum neonatorum — Leiner jako główny objaw allergji noworodka, J. Köhler i S. Masek: Organizacja opieki zdrowotnej w szkołach powszechnych Zagrzebia, Z. Svarc, J. Menzer: Przychodnia pedjatryczna w Zagrzebiu, A. Simec: Pielęgniarka w służbie zdrowia, Z. Svarc: Doświadczenia nad kiłą wrodzoną, Psychologja opieki społecznej nad dzieckiem, S. Vinter: Urządzenie i działalność Polikliniki dla dzieci w Zagrzebiu od 1908—28, Zasady odżywiania w Poliklinice dla dzieci w Zagrzebiu. Liczne wykresy i zdjęcia zdobią tę wprost z bibljofilską starannością wydaną publikację pamiątkową.

Józef Fritz (Lwów).

Higier Henryk: *Historja medycyny u nas.* Warszawa, str. 6, 8-o.

Autor powołując się na ankietę H. Siegerista z Lipska o historji medycyny w nauczaniu akademickiem w 22 państwach, która stwierdza, iż tylko w Polsce każda wszechnica posiada katedrę historji i filozofji medycyny (Kyklos 1928), podaje szereg słusznych spostrzeżeń o potrzebach polskiej historji medycyny, konieczności wydania podręcznika tejże i wypowiada się za przekładem pewnych rozdziałów lub dzieł z literatury niemieckiej zajmującej się tą dziedziną.

Nie mogę z powodu braku miejsca w tem krótkiem omówieniu poruszać sprawy podręcznika i jego układu, uczynię to wkrótce w innem miejscu, pozwolę sobie jednak odnośnie do odgłosu, jaki wymienione stwierdzenie Siegerista u nas wywołać by mogło, zauważyć co następuje: Z naciskiem podkreślić należy, że uznanie

to wypowiedziane przez Siegerista odnosi się do organizacji studjów historji medycyny w Polsce, nie zaś do obecnego stanu prac nad historją i filozofją medycyny u nas, jak to zresztą w rozmowie ze mną oświadczył sam Siegerist. Dalecy jeszcze niestety jesteśmy w tym względzie od wyników zagranicy. Dlatego naiwnem wydać się musi każdemu poważnie na zadania historyka medycyny w Polsce spoglądającemu zapatrywanie wyrażone u nas przed dwoma laty w czasopiśmie zajmującem się historją medycyny, że: „ocenienie za granicą polskiego dorobku naukowego oraz wysunięcie Polski zapewne poraz pierwszy w lekarskiej literaturze niemieckiej jako wzoru nastąpić mogło niewątpliwie dzięki stale rozwijającemu się u nas ruchowi naukowemu w dziedzinie historji i filozofji medycyny"[1]). Stwierdzić musimy, iż sąd ten wypowiedziany przez laika może jedynie dobrej sprawie zaszkodzić wzniecając fałszywą dumę. Skromni bądźmy, historja medycyny u nas jest przecież ciągle jeszcze, jeśli chodzi o młodych na tem polu pracowników w okresie diletantyzmu z powodu braku koniecznego dla historyka medycyny wyszkolenia filozoficznego oraz znajomości metod z dziedziny nauk pomocniczych historji i filozofji, nie mówiąc już o językach u garnących się zresztą chętnie do pracy młodszych. Zauważyć się też daje u nas nawet pewne popieranie tego diletantyzmu, co już jest rzeczywiście dziwnem, tak, iż niektóre publikacje obecne nie osiągają poziomu naukowego czasów np. Gąsiorowskiego. Kto zna sumienną pracę u źródeł oraz szeroko zakrojone badania zagadnień odnoszących się do dziejów rozwoju nauk lekarskich poczynione za granicą, rzec bedzie musiał z autorem referowanej broszury: „Dziś niema potrzeby uprawiać historji medycyny lub filozofji medycyny na drodze samouctwa..... ale jest nawet potrzebą, żeby tego ile możności unikać".

Józef Fritz (Lwów).

Dr. L. Hybner: *Pa lovo pajeli vyssi nervové cinnosti*[2]). *(Poglądy Pawłowa na wyższą czynność nerwową).* Thomajerova Sbirka prednasek a rozprav z oboru lékarského. Nakładem Towarzystwa lekarzy czeskich. Str. 40. 1928 r.

Autor podaje krótki przegląd badań rosyjskiego fizjologa i jego współpracowników (Zawadskyj, Krasnogorski, Kudrin, Babkin i szereg innych) o t. zw. odruchach warunkowych. Punktem wyjścia badacza był fakt, że u psa ślinotok występuje nie tylko pod wpływem bezpośredniego podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej, lecz nastaje drogą odruchową również przy obwąchiwaniu, czy też na widok pokarmu. Czasami wystarcza widok naczynia lub kroki człowieka, by wystąpił ten odruch, który podobnie jak instynkt, jest odczynem ustroju na pewne czynniki. Odczyny ze strony ustroju wywołują nie tylko rzeczywiste czynniki zewnętrznego świata, lecz i czynniki „sygnalizujące" Zasadnicza czynność półkól mózgowych jest „sygnałowa". Praca wielkich półkul według Pawłowa polega na dwóch codziennych, prawidłowych odruchach: pokarmowych i obronnych (n. p. wlewanie kwasu do ust). Pawłow rozdzielił odruchy na warunkowe[3]) (wywoływane fizykalnemi i chemicznemi właściwościami podniety), i na niewarunkowe, wrodzone (wywoływane fizykalnemi właściwościami).

Jeżeli działamy na psa przez pewien okres czasu (30 sekund) n. p. uderzeniami metronomu a następnie zwierzę szybko karmimy — otrzymujemy wrodzony pokarmowy odruch. Jeśli zaś powtórzymy kombinację metronomu + karmienie kilkakrotnie, metronom sam wywoływać będzie ślinotok. Uderzenie metronomu „sygnalizuje" pokarm, i ten odruch równoznaczny ze „sygnałem" nazwał warunkowym.

Uznaje on odruchy pierwszo-, drugo-, trzeciorzędne (łańcuchowe). Na podstawie całego szeregu prac i licznych doświadczeń na zwierzętach zbadał szczegółowo prawa powstawania i zanikania odruchów warunkowych, i wykazał, że te odruchy, spowodowane są czynnością półkól mózgowych i rzucił snop światła na czynności mózgu i poszczególnych jego części. Ciekawe nadzwyczaj są spostrzeżenia Pawłowa o zmianach, zaniku i powrocie pewnych odruchów po chirurgicznem usunięciu pewnych części mózgu. Doświadczenia jego sprzeciwiają się stanowczo nauce o odrębnych ośrodkach kojarzennych (przeciw tej wystąpił już Munk). Wyniki, osiągnięte na zwierzętach, należy zdaniem Pawłowa przenieść z największą ostrożnością na człowieka, ponieważ wchodzi w grę „wyższa czynność nerwowa". Też i u człowieka dwie przyczyny wywołują czynnościowe choroby nerwowe: zetknięcie się procesu drażniącego i hamującego oraz nadzwyczaj silne podniety. W neurastenji przeważa proces drażniący, w histerii hamujący. (Neurastenicy są zdolni do wybitnej nawet pracy — histerycy nie). Stan hipnozy tłumaczy następująco: słowa wypowiedziane tonem jednostajnym (zastępujące dawne „passy" t. zn. powtarzające się ciągłe drażnienie skóry) są podnietą, odruchowo wywołującą stan podobny do snu. Również i wznawianie jest typowym odruchem warunkowym człowieka. Pawłow kończy swe świetne dzieło słowami: „ten nowy, nadzwyczajny zajmujący dział fizjologii, odpowiada dwom tendencjom ludzkiego rozumu: dążeniu do wzmocnienia ciągle nowych a nowych prawd i sprzeciwowi przeciw mniemaniu o zgruntowaniu jakiejkolwiek dziedziny wiedzy. Ogrom nieodkrytego, niezbadanego przypuszczalnie na długo zostanie niezmierzenie większym od cząstki, przez umysł ludzki poznanej". Pawłow utorował nową drogę, która umożliwia w drobnej choć mierze wgląd w tajniki złożonych czynności ustroju a zwłaszcza czynności układu nerwowego. Dzieło Pawłowa posiada tak wielką wartość nie tylko dla nauk medycznych, ale również i dla innych działów wiedzy, że z zadowoleniem powitać należy ujmująco i jasno skreśloną pracę Hybnera, uprzystępniającą poznanie genjalnego Rosjanina szerokim Kołom czytelników.

Dr. Ungar (Lwów).

[1]) W. Janusz w Archiwum Hist. i Fil. Medycyny V, str. 300/1.
[2]) Pawłow: „Lekcii o rabotie bolszich połuszarij głownogo mozga" (1927).
[3]) Usłownyj.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kosmos, rocznik LIII. zeszyt 1, r. 1928, Serja A. Rozprawy: F. Krzysik: Stosunki przyrostu w poszczególnych klasach Krafta w drzewostanie jodłowym. — J. Turowska: O posługiwaniu się nazwami miejscowości dla wyznaczania zasięgów geograficznych drzew w Polsce. — J. Goetz: Rozmieszczenie brekini (Sorbus torminalis Crantz). w Polsce Zachodniej. — M. Koczwara: Arthrospira leopoliensis Racib. i formy pokrewne. — M. Koczwara: Z badań pyłkowych nad torfowiskami Podola. — B. Fuliński: Uwagi nad rodzajem wirka Typhloplanella Sekera. — W. Kulmatycki: O anomalji w budowie kręgosłupa sieji szlachetnej. — A. W. Jakubski: Ocena statystyczna materjałów zawartych w „Bibljografji fauny polskiej do roku 1880". — A. Moszyński: Z biologji dżdżownic.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 5. z 3 lutego 1929. Wojskowa służba farmaceutyczna (1918—1928). — Promienie nadfiołkowe, jako nowy czynnik przy analizach. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — H. Szancer: Gay-Lussac i chemja organiczna.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 1, za styczeń 1929: O. Bujwid: Znaczenie praktyczne spostrzeżeń z ostatnich dziesiątków lat w dziedzinie bakterjologji (bakterjofag, antivirus, B. C. G.). A. Zierhoffer: Czy klimat ziemi ulega zmianom? — Inż. A. Kamkin: Azbest jako przedmiot handlu. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Wychowanie fizyczne, rok X, nr. 2, za luty 1929: Przełomowe rozporządzenia. — W. Prażmowska: O wychowaniu fizycznem w szkołach amerykańskich. — W. Sikorski: Zwisy i podpory.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 5, z 31 stycznia 1929: Z. Srebrny: Kilka rzadkich powikłań anginy. — M. Płońskier: O grzybicy śledziony (dok.). — B. Goldstein: Dietyka z punktu widzenia równowagi jonów (str. zbior. dok.). — St. Kopczyński: Uwagi do artykułu Dr. J. Babeckiego p. t.: „Opieka lekarska w szkole". — J. Babecki: W odpowiedzi Panu Dr. Kopczyńskiemu w sprawie uwag do mego artykułu p. t.: „Opieka lekarska w szkole".

Położna, rok II, nr. 2, za luty 1929: Dr. D. Berger: O witaminach i ich znaczeniu dla odżywiania człowieka. — Dr. S. Liebeskind: O raku.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału lek. Uniw. St. Batorego, rok IV, zeszyt 6, za listopad i grudzień 1928: S. Trzebiński: ś. p. Dr. Władysław Szwengruben. Wspomnienie pośmiertne. — S. Bagiński: O komórkach barwikowych w szyszynce zwierząt ssących i ludzi. — J. Dillon: Czynność dynamiczna przepony. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. — M. Brensztajn: Apteka X. X. Dominikanów, później

„pod Łabędziem“ w Wilnie. — K. Opoczyński: Z bibljografii podręcznikowej.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 1, z r. 1929: Brunon Nowakowski: Z zagadnień higjeny pracy umysłowej. — Z. Wołłowiczowa: Rozejm Boży. — Dziesięciolecie Kółka sanitarjuszy studentów Polaków w Leśnym. Głos siostry pielęgniarki. — Powódź w r. 1927 w Dolinie Mississipi. — Jak można zmniejszyć śmiertelność wywołaną rakiem. — Czerwony Krzyż za granicą. — Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża.

Przemysł chemiczny, rok XIII, zeszyt 3, z 1 lutego 1929: Metoda miareczkowa oznaczania żelazocjanków sodowego i potasowego za pomocą roztworów siarczanu cynku. — T. Nowosielski: Ze studjów nad charakterystyką i klasyfikacją benzyny (dok.).

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 3, z 1 lutego 1929: A. Pisarczyk: O hodowaniu beztlenowców metodą biologiczną Fortnera. — J. Stankiewicz: O oznaczaniu ilościowem aldehydu mrówkowego w formalinie metodą redukcji soli rtęciowych. — Wł. Mikułowski: Głos Liecka o medycynie.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 3, z 1 lutego 1929: Z. Dziembowski: Drenowanie w chirurgii brzusznej. — Z. Osińska: Higjena książki w związku z krótkowzrocznością szkolną. — Cz. Górski: O działaniu przeczyszczającem mineralnych t. zw. „wód gorzkich“. — E. Piasecka-Zeylandowa: O postaci przesączalnej zarazka gruźliczego. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości.

Wiadomości weterynaryjne, tom VIII, rok XI, nr. 102, za styczeń 1929: L. Berdarich: Przypadek porażenia nerwu trójdzielnego w przebiegu nosówki psiej. — E. Bemelmaus: O użyciu owsa gniecionego przy żywieniu koni. — M. Marczewski: Wpływ witamin i substancyj mineralnych na stan zdrowia zwierząt. — J. Sz.: Rzeźnie i targowiska m. Warszawy w 1927—1928 r.

Medycyna, rok III, nr. 4, z 26 stycznia 1929: Kl. Gerner: Aerofagja. — A. Kaczyński: O rozpoznawaniu za życia zakrzepów tętnic wieńcowych serca. — Z. Michalski: Materjały do badań nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem (c. d.).

Zdrowie, rocznik XLIII, nr. 10, z października 1928, zeszyt poświęcony Uczczeniu pamięci i niepospolitych zasług Józefa Pollaka: Przemówienie wygłoszone nad mogiłą Józefa Pollaka. — Akademja dla uczczenia pamięci i zasług Józefa Pollaka. — W. Dąbrowski: Działalność higjeniczno-społeczna Józefa Pollaka. W. Łypacewicz: Dr. Józef Pollak jako pacyfista. — Życiorys Józefa Pollaka. — Wspomnienia o Józefie Pollaku. — P. Gantkowski: O wytycznych kierunkach higjeniczno-społecznej działalności Józefa Pollaka w Polsce niewolnej. i wolnej. — J. Zawadzki: Dr. Józef Pollak (ze wspomnień). — A. Puławski: Z moich wspomnień osobistych o ś. p. Józefie Pollaku. — Br. Koskowski: Humanum nihil a me alienum puto. — St. Kramsztyk: Józef Pollak jako pacyfista.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease. (An American Journal of Neuropsychiatry).

Nr. 5, 1928, (Str. 110).

G. H. J. Pearson: *Odwrotne położenie w rysunku dziecięcym.* (Opis 2 przypadków). Przedmiot jest rzucony prawidłowo na siatkówkę, jako obraz odwrócony, który powtórnie ulega odwróceniu w korze wzrokowej (według Putmana górnej i dolnej połowie siatkówki odpowiada górny i dolny brzeg szczeliny ostrogowej (fissura calcarina). Reinwerzja obrazu — że przedmiot jest widziany na górze, miast na dole, — jest wynikiem nauki. Nauczanie prawdopodobnie odbywa się przez skojarzenie wrażeń dotykowych i kinestetycznych z wrażeniami wzrokowemi. Nastaje to przypuszczalnie bardzo wcześnie, gdyż nie obserwuje się je zwykle u dzieci. Dziecko uczy się w okresie, kiedy nie jest zdolne do wyrażania tych trudności, lecz ślady tychże pozostają przez cały okres przedszkolny i mogą być dostrzegane w rysunkach. Dzieci (5 i 6 lat) w obu przypadkach, opisanych przez autora. większość przedmiotów rysowały w porządku odwrotnym. Najprawdopodobniejsze wyjaśnienie zdaje się być takie, że dziecko nie nauczyło się reinwertować wrażeń wzrokowych, i że przedmiot jest widziany w rzeczywistości w porządku odwrotnym (miast na górze na dole). Proces poznawania, że przdmiot zajmuje położenie odwrotne do położenia obrazu, przyjmowanego ośrodkiem wzrokowym, nie jest wrodzony mechanizmowi nerwowemu, lecz przyswajany drogą kształcenia. Każde dziecko musi przejść stopień, kiedy proces nauczania może być spostrzegany, lecz dzieje się to zwyczajnie w okresie, kiedy dziecko jest niezdolne opisać w słowach lub w obrazach swoje wrażenia. Niektóre dzieci przechodzą proces nauczania o wiele powolniej, aniżeli inne. Odwrotne położenia w rysunkach (w obu przypadkach opisanych) zdaje się być wynikiem zwłoki w nauce reinwersji obrazu. (Dr. Spiller opisał przypadek 8-letniego chłopca, u którego przeszkoda w reinwersji obrazu nastąpiła po przebytej chorobie mózgowej. Dr. Seitz znalazł podobny objaw u 20-letniego młodzieńca, jako następstwo urazu w głowę.

H. Lundholm: *Konstytucjonalne psychologiczne czynniki w psychozach czynnościowych.* Czynnikiem sprzyjającym rozwinięciu się choroby manjakalno-depresyjnej jest silna skłonność egocentryczna powikłana charakterem cykloidalnym. Nastąpić może powikłanie i z kierunkiem altrocentrycznym, lecz zdarza się to bardzo rzadko. W schizofrenji (dementia praecox) kojarzy się kierunek egocentryczny z charakterem schizoidalnym. Jeżeli jednostka, posiadająca powyższe właściwości, wykazuje w dodatku charakter cykloidalny może ta psychoza posiadać znamiona powikłania choroby manjakalno-depresyjnej z schizofrenją; obraz kliniczny rzadko spotykany. U histeryków spotykamy charakter schizoidalny, balansujący między kierunkiem ego-, a alterocentrycznym. W neurastenji, charakter cykloidalny łączy się z egocentryzmem. Wykazuje więc neurastenja znaczne podobieństwo do stanu manjakalno-depresyjnego, podobieństwo niejednokrotnie spotykane w badaniach klinicznych. Lekarz-praktyk niejednokrotnie napotyka na trudności przy różniczkowem rozpoznaniu neurastenji od łagodniejszych postaci manjakalno-depresyjnych. Wspomniane czynniki — ego-, i alterocentryzm, charakter schizoidalny i cykloidalny, są zdaniem autora, najbardziej silnemi, wrodzonemi determinantami zdrowego albo niezdrowego rozwoju duchowego. Autor uznaje jeszcze i inne czynniki, również konstytucjonalne, wywierające wpływ na ustrój duchowy danego osobnika. Wspomina o wpływie wrodzonej inteligencji i wrodzonej energji. Przegląd czynnościowych chorób psychicznych, przedstawiony przez autora, jest częściowo reewaluacją częściowo powrotem do poglądów przed Freudem wyrażanych.

J. Shapiro: *Leczenie parkinsonizmu metodą Justera.* Dotychczasowe leczenie parkinsonizmu nie dawało wyników zadawalających. W lecznictwie tego schorzenia zaznaczyć można cały szereg okresów. Z ziół używano: Hyoscyaminum hydrobromidum (Erb, 1902), atropinę, skapolaminę, adrenalinę, nikotynę, pikrotoksynę, pilokarpinę, bulbokapninę, (doustnie, podskórnie lub wśródżylnie), lecz bezskutecznie. Z seroterapji stosowano surowice Rosena, (wśródmięśniowo, wśródżylnie lub wśródrdzeniowo), autoserum Marinesca (wśrómięśniowo), również bezskutecznie. Próbowano zabieg chirurgiczny w postaci sympatektomji (Royle), również bez zadawalniającego wyniku. W r. 1924 Juster opisał znaczne polepszenie się objawów parkinsonizmu po podawaniu bieluni dziędzierzawej (Datura Stramonium). Pierwszego chorego demonstrował w Towarzystwie neurologicznem w Paryżu (w roku 1925). Autor zachęcony wynikami Justera stosował bieluń w opisanych 23 przypadkach (z których 16 wykazywało parkinsonizm, 7 wykazywało klasyczną „paralysis agitans“). Na podstawie doświadczeń dochodzi do następujących wniosków: a) bieluń dziędzierzawa jest najlepszym uśmierzającym lekiem w chorobie Parkinsona. Podaje się Stramonium w dziennych dawkach 1—2 g, rozdzielanych na małe dawki, zażywanych po 1—2 godzinach. b) Po zażyciu bieluni chorzy odczuwali znaczną ulgę i czasowe uwolnienie z ciężkiego, nieznośnego stanu. Przypadki, które nie ulegały polepszeniu albo bardzo nieznacznemu, składały się z osobników podeszłego wieku z wybitną miażdżycą naczyń i silnym tremorem. Zdaniem autora lek ten uwalnia chorego od zupełnego względnie częściowego kalectwa, czyniąc mu życie znośniejszem.

L. Bibb: *Padaczka i związek zachodzący między czynnością komórki a organiczną czynnością mózgu, wynikający z rozbioru prawidłowych i nieprawidłowych osobników.*

A. Gordon: *Halucynacja kliniczną jednostką.* Obok dokładnie opisanych halucynacyj, będących ekspresją szału, obok omamu z błędnemi urojeniami, spostrzeganego w przebiegu psychoz, obok omamów, powikłanych organicznemi chorobami mózgu (n. p. nowotwory), omamów, towarzyszących chorobom zakaźnym albo toksycznym stanom pochodzenia zewnętrznego względnie wewnętrznego — autor przedstawia halucynację, stojącą samotnie, która posiada te same autonomiczne właściwości, cechujące inne

psychjatryczne objawy, a mianowicie: szał, duchową depresję itd. Przypadek, opisany przez autora, jest oddzielną psychozą, przebiegającą pod postacią halucynacji, wolnej od jakiegokolwiek powikłania z innemi fenomenami psychicznemi.

Sprawozdanie z posiedzeń towarzystwa neurologicznego w New Jouran. — Przegląd literatury bieżącej. — Oceny książek. Nekrologja. — Notatki. *Dr. Ungar* (Lwów).

American Journal of Obsterics and Gynecology.

Vol. XVI. Nr. 1.

C. F. Fluhmann, (San Francisco, Calif): *Przemiany nabłonka szyi macicy i stosunek ich do złośliwości.* Idzie tu o proces przemiany nabłonka cylindrycznego szyi na wielowarstwowy płaski. Istnieje kilka teoryj tłumaczących przyczyny i sposób tej przemiany. Autor spostrzegał ją w 59 przypadkach chronicznego zapalenia szyi na 1195 przypadków badanych i w 29 przypadkach polipów śluzowych (na 100 przypadków badanych). Niekiedy proces ten prowadzi do atypowych bujań przerostowych. Uważne badanie seryjne skrawków pozwala na rozróżnienie tej przemiany od wczesnych okresów raka, jakkolwiek niektóre cechy wskazują na to, że może to być proces poprzedzający bujanie nowotworowe.

L. G. Barton, W. E. Caldwell, W. E. Studdiford (New York, N. Y.): *Nowe klucze położnicze.* Kleszcze Bartona mają nadawać się w tych zwłaszcza przypadkach, gdy główka znajduje się wysoko. Nie są jednak — jak zresztą i wszystkie inne do pokonywania niestosunku porodowego.

J. O. Polak (Broklyn, N. Y.): *Obecny stan leczenia raka macicy.* Leczenie energją promieniotwórczą radu w całej Europie i Ameryce zastąpiło leczenie operacyjne we wszystkich przypadkach raka szyi macicy, z wyjątkiem okresów początkowych w części pochwowej. W tych przypadkach bowiem nawet pomimo dużego odsetka śmiertelności, leczenie operacyjne przedstawia większe korzyści. Zdaniem autora w przypadkach raka ciała macicy należy naświetlać 4—6 tyg. przed operacją radykalną a następnie również i po operacji.

R. P. Frank (New York City): *Leczenie hormonalne.*

J. Casagrande (Brooklyn N. Y.): *Przypadek powtórnego skrętu trąbki z hematosalpinx.* Przypadek dotyczył 36-letniej wieloródki, która w 6 tygodni po pierwszym ataku zachorowała powtórnie wśród podobnych objawów. Gdy stan jej nie poprawiał się i bóle nie ustępowały wykonano laparatomję i stwierdzono dwukrotny skręt prawej trąbki która wykazywała hematosalpinx. Mechanizm powstawania tego skrętu tłumaczy autor przekrwieniem przedmiesiączkowem w myśl teorji Payr'a, który w doświadczeniach swych przekonał się, że przepełnienie żył krwią może wywołać skręt, zwłaszcza w przypadkach długiego *mesosalpinx.* W opisanym przypadku znaleziono również mesosalpinx dłuższe niż prawidłowe.

M. Dreyfuss (New York, City): *Przypadek Sympus dipus.*

J. L. Huntington, F. C. Irving, F. S. Kellog (Boston, Mass): *Odprowadzenie wynicowanej macicy pologowej zapomocą laparatomji.* Autor opisuje 5 przypadków wynicowania macicy, w tym 4 zupełne, a 1 częściowe. W 3 przypadkach usiłowano odprowadzić wynicowaną macicę ręcznie, to jednak nie udało się i wystąpił dość silny krwotok.

Zdaniem autora najlepszym sposobem odprowadzania jest zabieg od strony jamy brzusznej. Metodę objaśniają rysunki.

R. Kurzrok, E. G. Miller (New York, City): *Biochemiczne badania ludzkiego nasienia i stosunku jego do błony śluzowej pochwy.* Badania autorów wykazały, że nasienie ludzkie zawiera ciała, które rozpuszczają śluz pochwy. Są to prawdopodobnie ciała o własnościach zaczynów. Nasienie posiada własności redukujące thioninę, nie zawiera zaś oxydazy, ani też glutathionin. W procesie zapłodnienia mają znaczenie własności redukcyjne.

H. Beckman (Milwaukee, Wis): *W sprawie działania siarczanu magnezowego i morfiny.* Autor wykazał na królikach i psach, że powszechnie uznawany synergizm siarczanu magnezowego i morfiny nie istnieje.

M. J. Gelpi (New Orleans, La): *Przypadek pęknięcia macicy u kobiety dwa razy operowanej z powodu cięcia cesarskiego.*

A. F. Hebert (New Orleans, La): *Trzy przypadki wrodzonej przepukliny pępowinowej.* *Dr. Wiślański* (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Annales d'Anatomie pathologique et medico-chirurgicale.

T. V. Nr .8. 1928 r.

Bertillon i Perrot: *Uzyskanie próbnego materjału do badań histopatologicznych zapomocą łyżeczki diatermicznej.* Autorowie podają opis nowego sposobu pobierania materjału, przeznaczonego do badań histopatologicznych, którym to sposobem posługują się obecnie w pracowni prof. Roussy w Paryżu. Do tego celu używa się łyżeczki diatermicznej, która wygląda jak drucik zgięty w postaci pętli, dzięki czemu możemy nadać jej z łatwością dowolny kształt. Drucianą tą pętlę wprowadza się w tkanki, oddzielając je prawie natychmiastowo przez elektro-congalcję. Zapomocą powyższego przyrządu wnika się w tkanki prostopadle i wycina się je w dowolnej głębokości, następnie wydobywa się ową pętlę z powrotem w takim samym kierunku. Dzięki temu uzyskujemy wycinki o zbliżonych kształtach do prostokątów. Przyrząd ten o dowolnej długości drutu nadaje się w szczególności do stosowania w przypadkach pobierania próbnych wycinków z najrozmaitszych trudno dostępnych otworów ciała ludzkiego, w które nie jesteśmy w stanie wprowadzić nóż i pincety. W przypadkach nacieczenia zwłaszcza wąskich otworów zwykły biotom wogóle nie jest w stanie wydobyć niezbędnych wycinków próbnych. Natomiat łyżeczka druciana nie zna tego rodzaju utrudnień i wnika prostopadle w najrozmaitsze tkanki bez oporu. Wreszcie cenną zaletą owego sposobu ze względu na psychikę cierpiącego jest przystępowanie do zabiegu omawianego bez większych i przykrych dla chorego przygotowań. Nadto samego zabiegu dokonywa się z niezwykłą szybkością a o występujące krwawienia nie należy zbytnio się troszczyć, albowiem rychło same się zastanawiają. Niezwykła chyżość z jaką dokonywa się zabiegu sprawia, że ledwie daje się odczuwać nieznaczny ból. Dzięki powyższemu sposobowi tkanki są do maksimum zabezpieczone od ewentualnego urazu. Wreszcie zmiany wsteczne, jakie elektro-koagulacja mogłaby spowodować są nader ograniczone, albowiem ledwo zaznaczają się one w powierzchownych warstwach komórek o grubości co najwyżej jednego mikromu, porównawcze zaś badania, przeprowadzone na materjale, uzyskanym sposobem chirurgicznym nie wykazują żadnych różnic w zachowaniu się komórek oraz tkanek. Posługiwanie się w tym celu diatermją zabezpiecza ustrój chorego od ewentualnego rozsiania się pierwotnego ogniska nowotworowego, co też jest powodem, że pewien odłam lekarzy sprzeciwia się wogóle stosować biopsję wedle dotychczasowego sposobu.

W. Janusz.

Piśmiennictwo hiszpańskie.

Juan Sepulveda: *O funkcjonalnych zaburzeniach jajników. (Algunas considerationes sobre trastornos ovaricos).* Rozprawa inauguracyjna, Santjago de Chile, 1927.

Liczba kobiet, cierpiących wskutek dysfunkcji jajników szacuje się na 80—90%. Cierpienia te mogą być natury miejscowej, (bolesne miesiączkowanie, brak perjodu, krwotoki menstruacyjne) lub też ogólne (zaburzenia w układzie nerwowym, w przemianie materji, otyłość, błednica, choroby skórne i t. d.).

Badania Seitza, Wintza i Fingerhuta dowiodły, że w żółtem ciałku tworzą się dwie antagonistycznie działające substancje: lipamina i luteolipoid, mające wpływ pobudzający, względnie hamujący na miesiączkowanie. Przyrządzanie w stanie czystym tych substancyj daje lekarzowi możność skutecznego oddziaływania na rozmaite zaburzenia w jajnikach.

Sistomensinę, jako czynny pierwiastek hamujący krwawienia (luteolipoid) zadawano w przypadkach nadmiernych krwawień miesiączkowych, w których klimakton, aczkolwiek powodował ustąpienie objawów ogólnych, a jednak nie powstrzymywał krwawienia. W przypadkach skąpej miesiączki lub jej braku, agomensina (luteamina) dawała cenne usługi. Agomensina i sistomensina jednak nie wykazywały wpływu na objawy ogólne; w tym celu należało więc stosować postępowanie kombinowane, podając jeden z wspomnianych przetworów z całkowitym wyciągiem z jajników. Dobre wyniki obserwowano też po mlekanie wapniowym z odpowiednim hormonem podług metody, zalecanej przez Crainicianu.

W rozprawie swej S. podaje wyczerpująco opisy chorób, m. inn. Agomensina w braku miesiączki. Chora N. N. przewlekłe zapalenie pęcherzyków żółciowych, brak miesiączki wskutek zupełnej niedomogi jajnikowej. Po cholecystektomji chora otrzymuje 3 razy dziennie po 1 tabletce klimaktonu w ciągu 10 dni. Nastrój śledzienniczy ustąpił, a jednak krwawienia się nie pojawiały. Po zadaniu 3 razy dziennie po 1 tabletce agomensiny po 5 dniach zauważono słabe miesiączkowanie w ciągu doby.

W innym podobnym przypadku chorej podawano ormosyl, krwawienia się nie pojawiały, a już po 3-dniowem leczeniu agomensiną zauważono słabą menstruację.

Sistomensina w miesiączce krwotokowej. E. P. często miewa nadmierne krwawienia, zmniejszające się pod wpływem 5—6-dnio-

wego leczenia. Oprócz tego chora użala się na zawroty i bóle oraz na bicie serca. Przez 4 dni podawano po 3 tabletki sistomensiny dziennie, poczem krwawienie ustało wraz z zniknięciem innych objawów. Dla ostrożności podawano jeszcze przez dalsze 3 dni sistomensinę, a także na kilka dni przed oczekiwanym następnym perjodem, który miał przebieg normalny.

Sistomensina w krwotoku macicznym. F. N. 16 lat. Od 2 dni silna utrata krwi. Krwotok powiększa się zaraz po pierwszych dawkach klimaktonu. Zaczęto podawać po 3 tabletki dziennie sistomensiny; już po zadaniu pierwszych tabletek krwawienie ustało, a po dalszem 2-miesięcznem leczeniu miesiączki powróciły do normy.

Agomensina w zaburzeniach gruczołu tarczowego i jajników. L. S. 27 lat. Choroba Basedowa: typowe bicie serca, uczucie lęku, wytrzeszcz i t. d. Podczas miesiączki objawy wystąpiły w silniejszym stopniu. Leczenie ormosylem nie zdołało poprawić stanu chorej. Podawanie 3 tabletek dziennie agomensiny regulowało miesiączkę i znacznie łagodziło objawy Basedowa.

S. m. inn. wspomina jeszcze o 2 chorych leczonych wskutek braku miesiączki agomensiną. U jednej z nich powróciła menstruacja, a w drugim sprawa tyczyła się ciąży. Autor przypuszcza, że agomensina powinna się nadawać dla różniczkowego rozpoznania ciąży.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynäkologie.

Tom 130, zesz. 4, 1928 r.

Richter: *Powstawanie torbielaków gruczolakowych jajnika.* Autor odrzuca teorję powstawania torbielaków z potworniaków rozwijających się jednostronnie. Ponieważ elementy nabłonkowe, które stanowią charakterystyczną część składową torbielaków jajnika, nie znajdują się w jajniku normalnym, należy zdaniem jego myśleć o tem raczej, czy w jajniku nie mogą się znaleźć jeszcze niezupełnie wyróżniczkowane komórki, które posiadają zdolność pod wpływem zadziałania pewnych bodźców wyodrębnić się w komórki inne, obce dla danego siedliska, to znaczy wytworzyć w pewnych warunkach nabłonek przewodów Müllera a więc nabłonek migawkowy i kubkowaty. Autor przypomina, że powierzchowny nabłonek jajnika, nabłonek przewodów Müllera jakoteż wreszcie i nabłonek pranercza genetycznie są pokrewne, gdyż wszystkie pochodzą z nabłonka pierwotnej jamy ciała.

Neumann: *Przyczynek do znajomości rzadkich nowotworów jajnika.* Autor podaje szczegółowy opis drobnowidowy kilku nowotworów jajnika jak np. *Oophoroma folliculare, neoplasma indifferens itp.* W tekście liczne ryciny. Szczegóły nie nadają się do streszczenia.

Neumann: *Potworniak jajowodu.* Opis przypadku kazuistycznego z licznemi rycinami drobnowidowemi.

Klein: *O sercu osób ciężarnych ze skrzywieniem kręgosłupa tylnobocznem. (Kyphoscoliosis).* Serce osób ciężarnych z powyższem skrzywieniem kręgosłupa budzi już w ciąży poważne niebezpieczeństwo a to z powodu zwiększenia ilości krwi wypychanej do tętnicy głównej przez jeden skurcz serca i z powodu zwiększonego dopływu krwi z żył wskutek kwaśności, która w ciąży wcześnie występuje. Zauważyć przytem należy, że serce takie zwykle jest aplastyczne. Znane są ciężkie wymagania, jakie dla takiego serca stwarza poród a zwłaszcza drugi okres porodowy jakoteż okres poporodowy. Że wpływ połogu jest bardzo poważny, dowodzą 2 przypadki autora, które mimo gładkiego rozwiązania za pomocą cięcia cesarskiego zakończyły się śmiercią 1-go względnie 5-go dnia połogu. Przyczyną śmierci w obu przypadkach był wyłącznie stan serca i w obu przypadkach istniały już od dłuższego czasu objawy dekompensacji.

Cały materjał autora obejmuje 16 przypadków znacznego skrzywienia kręgosłupa. Z materjału tego zmarły 2 osoby (12,5%). Tylko 4 osoby urodziły same na czasie. Statystyka powyższa jakoteż i innych autorów dowodzi, że przeważna część przypadków śmierci przydarza się w połogu. U wszystkich osób zmarłych już przed porodem we wczesnych okresach ciąży istniały objawy dekompenzacji. Obraz sekcyjny niemal zawsze był typowy, a mianowicie: przerost prawej komory, przerost i rozszerzenie lewej komory, zastawki zwykle bez zmian, mięsień sercowy najczęściej zwyrodniały, w płucach częściowo zastój, częściowo niedodma, nieżyt oskrzeli i stan zapalny, zastój i zwyrodnienie organów miąższowych.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika zdaniem autora, że we wszystkich przypadkach, w których już przed ciążą istniały objawy dekompenzacji, należy w razie ewentualnej ciąży takową natychmiast przerwać, nie próbując nawet leczenia owych przypadłości sercowych. Jeśli osoby takie zgłoszą się tuż przed porodem lub w czasie samego porodu, uważa autor zgodnie z Martinem operację Porro za jedyny zabieg, który stwarza najlepsze warunki i przynosi ulgę największą sercu przez usunięcie procesów połogowych.

Mestitz: *Pochodzenie i droga rozszerzania się nabłonka macicznego heteroplastycznego.* Zdaniem autora w sprawie *„hystero adenosis metastatica"* jedynie teorja Halbana jest słuszna i prawdziwa. Sądzi, że wszystkie inne teorje mają pewne niedomagania. I tak przeciw teorji Sampsona przemawia nieprawdopodobieństwo, aby oderwany nabłonek macicy był zdolny do życia i niemożność wytłumaczenia tą teorją przypadków, w których cierpienie to umiejscowione jest pozaotrzewnowo. Teorja t. zw. surowiczo-nabłonkowa nie wytrzymuje krytyki, gdyż dotąd nie dowiedziono, aby nabłonek otrzewny posiadał zdolność wytwarzania nabłonka macicznego. Z teorją tą nie da się również pogodzić objaw ten, że nabłonek maciczny występuje zawsze tylko w miejscach ograniczonych. Niesłuszne jest również zapatrywanie Lauche'a, jakoby w powstawaniu tego cierpienia grał główną rolę hormon jajnika, gdyż wobec bliskiego pokrewieństwa między hormonem jajnika i jąder musiałyby podobne twory przydarzać się również i u mężczyzn. Ponadto teorja surowiczo-nabłonkowa wymaga równoczesnie zgodności całego szeregu hipotez pomocniczych, które autor szczegółowo omawia i przeciw którym podnosi poważne zarzuty.

W przeciwieństwie do powyższych teoryj buduje Halban swą na zapatrywaniu, że elementy gruczołowe błony śluzowej macicy opuszczają swe środowisko fizjologiczne i wnikają w ścianę macicy, skąd prądem limfy przedostają się do naczyń limfatycznych w sąsiedztwie macicy. To nam tłumaczy, dlaczego cierpienie omawiane z konieczności najczęściej umiejscowione jest w obrębie miednicy małej. Brak tego cierpienia u mężczyzn, uzależnia go nie od hormonu jajnika, występowanie tylko na pewnych miejscach a nawet poza otrzewną — wszystkie te charakterystyczne dla tego cierpienia objawy stają się zrozumiałe, jeśli przyjmiemy, że ma się tu do czynienia nie z tkanką podobną do tkanki gruczołowej macicy lecz z rzeczywistą, zabłąkaną tkanką gruczołów macicznych.

Dierks: *Ciężkie oparzenie pochwy persilem przy usiłowaniu spędzenia płodu.* Ciężarna w 6-ym miesiącu w celu przerwania ciąży przez kilka tygodni przestrzykiwała sobie pochwę persilem i to bardzo silnym roztworem. Powstał rozległy, ubytek przedniej ściany pochwy głęboko drążący w tkankę sąsiednią i ku pęcherzowi, w którym stwierdzono obrzęk groniasty. Owrzodzenie to zabliźniło się i ciąża się utrzymała.

NB. Persil jest to proszek używany do prania bielizny, sprzedawany w pakietach. Używa się go w ten sposób, że jeden pakiet proszku rozpuszcza się w 3 wiadrach wody (—30 litrów). W opisanym przypadku chora rozpuszczała 1/3 pakietu w 700 cm wody, używała zatem roztworu 15 razy silniejszego aniżeli podaje przepis, zalecający 10 gramów persilu na 1 litr wody. Skład persilu jest następujący: 72% mydła, 15,5% sody, 10% perboralu i 2,5% szkła wodnego.

Schmidt: *Pęknięcie zatoki okrężnej łożyska. (Sinus circularis placentae).* Opis 2 przypadków kazuistycznych. W uwagach ogólnych podnosi autor trudność rozpoznania, które właściwie jest niemożliwe i zauważa, że zwykle krwawienia z tego powodu są skąpsze aniżeli z powodu łożyska przodującego. Krwotok może być zewnętrzny lub wewnętrzny zależnie od umiejscowienia zatoki w stosunku do ujścia wewnętrznego. Przyczyną pęknięcia bywa schorzenie ścian zatoki lub też znaczne ścieńczenie jej ścian, wreszcie silne parcie krwi albo też i uraz. Ubytek krwi może być tak znaczny, że matka może się skrwawić.

Rotthaus: *Metritis dissecans. (Gangraena uteri puerpolis).* Przypadek dotyczył pierwiastki, u której po obrocie na nóżkę wykonano wymóżdżenie główki następującej. W czasie wbijania nożyc Naegelego zranienie macicy, które było przyczyną obfitego krwotoku po urodzeniu płodu i które uważa autor za przyczynę zakażenia macicy. W 3 tygodnie po porodzie odszedł martwiak macicy i wnet nastąpiło wyleczenie. Badanie kontrolne po roku stwierdziło brak regularności i niedrożność jamy macicy.

Z okazji tego przypadku podaje autor ogólne uwagi odnośnie do powyższego cierpienia. Zwraca uwagę, że klinicznie ważnym objawem jest złe zwijanie się macicy. Rokowanie zależy od powikłań (zapalenie otrzewnej po perforacji — zakażenie). Leczenie objawowe, jedynie w razie podejrzenia na grożące przebicie macicy wskazana jest laparotomja.

Rihl i Weinzierl: *Przyczynek w sprawie niemiarowości tętna płodu.* W rokowaniu co do stanu dziecka w czasie porodu ważną gra rolę obok liczby uderzeń wysokość i siła skurczu mięśnia sercowego. Groźnym objawem jest tętno słabe i głuche,

zwłaszcza gdy wystąpi jego niemiarowość, mimo, że liczba tętna nie ulegnie zmianie. Zwolnienie tętna pochodzi albo od przeładowania krwi bezwodnikiem kwasu węglowego, co w następstwie powoduje uduszenie płodu z powodu braku tlenu w tkankach, albo też jest ono następstwem ucisku mózgu. Nieraz oba czynniki występują równocześnie u kobiet trwożliwych, neuropatycznych, które w czasie porodu kurczą dźwigacz, wskutek czego w czasie parcia z jednej strony ramiona dźwigacza naciskają na czaszkę, a z drugiej strony występuje zamartwica wskutek niedostatecznego utleniania krwi. W tych przypadkach uśpienie chloroformowe działa korzystnie.

Spostrzeżenia autorów dowodzą, że już w pierwszym okresie porodowym mogą wystąpić bardzo poważne zaburzenia w akcji serca płodu. Opisują mianowicie 3 przypadki niemiarowości tętna płodu w czasie porodu, która to niemiarowość utrzymywała się po porodzie jeszcze przez dłuższy czas (elektrokardiogramy). W pierwszym przypadku (ścieśnienie miednicy, grożąca zamartwica w I-szym okresie porodowym, cięcie cesarskie, wydobyto płód żywy, wcale nie omdlały) wspomniana nieprawidłowość serca okazała się jako wolny rytm zatokowy. W obu następnych przypadkach wykazało dokładne badanie skurcze naddatkowe nadkomorowe.

Fels: *Hormony płciowe we krwi.* Badania autora miały na celu wykazanie, czy hormony płciowe można wykazać we krwi, a jeśli tak, to wśród jakich warunków. W odpowiedzi na to pytanie badał autor oddzielnie hormon jajnika i przedniego płatu przysadki.

Ogółem wykonał tych badań 100. Wynika z nich, że u osób niecieżarnych jedynie właściwa krew miesiączkowa odznacza się szczególną obfitością hormonów. U osób ciężarnych znajduje się silne wzmożenie inkretu regularnie od 6-go miesiąca ciąży, w pojedynczych przypadkach nawet wcześniej. Po porodzie ten nadmiar inkretu szybko znika. Doświadczenia powyższe tyczyły hormonu jajnika.

Badania z przednim płatem przysadki obejmują 50 doświadczeń. Surowica zwierząt nieciężarnych okazała się jako nieczynna na zwierzęta trzebione. Natomiast surowica 38 zwierząt ciężarnych przeszło w ²/₃ przypadkach wykazywała działanie dodatnie, objawiające się wystąpieniem podniecenia płciowego u młodej myszki. Macice tych zwierząt były znacznie powiększone, podobnie zupełnie jak u myszy goniących się normalnie.

O ile idzie o stosunki anatomiczne i czynnościowe, to badania powyższe są zupełnie zgodne z doświadczeniami Zondeka i Aschheima. Co się tyczy natomiast znaczenia zmian jajnikowych to w tłumaczeniu tychże różni się autor zasadniczo od wspomnianych autorów.

Sądzi bowiem, że nie są to właściwe ciałka żółte, które powstają po sztucznej ruji, lecz ciałka żółte wrzekome, ponieważ w centrum ogniska komórek luteinowych znajduje się regularnie zwyrodniała komórka jajowa. Tkanka luteinowa pochodzi zatem w przeważnej części z komórek granulozy zmienionych luteinowo. Komórki osłonki tylko w bardzo małym stopniu biorą w tem udział. Pod silnem powiększeniem można również przekonać się, że unaczynienie wrzekomych ciałek żółtych jest daleko skąpsze aniżeli ciałek żółtych właściwych. Preparaty z początkowych stadjów rozwoju tychże ciałek okazują nawet wyraźnie zupełny brak unaczynienia. Mechaniczne powstawania podniecenia płciowego należy zatem tłumaczyć nie według zapatrywań Zondeka i Aschheima w ten sposób, jakoby jajeczkowanie poprzedzało z konieczności wytwarzanie ciałka żółtego. Ma tu miejsce raczej bujanie osłonki wewnętrznej jakoteż luteinowa przemiana komórek granulozy z równoczesnem zanikiem jajka.

W ten sposób staje się rzeczą jasną, dlaczego hormon przedniego płatu przysadki u myszy wytrzebionej nie może wywołać podniecenia płciowego, i dlaczego po wytrzebieniu przy pomocy Roentgena, które przecież uniemożliwia jajeczkowanie, okresy podniecenia u myszy nadal istnieją. Dzieje się to dlatego, że inkret przysadki pobudza od rozwoju stosunkowo mało uszkodzoną osłonkę, która z swej strony wskutek wydzielania hormonu jajnika powoduje wystąpienie podniecenia płciowego.

Z doświadczeń z surowicami osób ciężarnych wynika niezbicie, że występujące w ciąży w wzmożonej ilości hormony są ciałami, których potrzebuje organizm matki i płodu.

Hellmuth: *Zawartość kwasów aminowych we krwi ciężarnych zdrowych i chorych.* Autor przeprowadził badania metodą Folina w sprawie zawartości kwasów aminowych w poszczególnych składnikach krwi a zwłaszcza w osoczu i w ciałkach krwi. Z badań tych wynika, że kwasy aminowe w ilości największej znajdują się wprawdzie w ciałkach czerwonych, lecz że oprócz tego wbrew zapatrywaniu Sellheima w dość pokaźnej ilości zawiera je również osocze a więc i surowica krwi.

Co się tyczy zachowania się kwasów aminowych we krwi u osób ciężarnych zdrowych i chorych wykazuje autor, że odnośne wyniki badań Frey'a nie są zgodne z wynikami, jakie uzyskali liczni inni autorowie. Już same teoretyczne rozważania natury czysto chemicznej każą powątpiewać w słuszność wyników badań Freya, co autor obszerniej uzasadnia. Na podstawie badań kontrolnych wykazuje autor słabą stronę metody kolorymetrycznej ninhydrinowej, którą się Frey posługiwał a mianowicie, że alkohol jako środek do odbiałczania nie nadaje się do oznaczania ilościowego kwasów aminowych we krwi, ponieważ:

1) alkoholowe przesącze surowic nie były wolne od białka,

2) całkowite oddzielenie białka i kwasów aminowych krwi przy pomocy alkoholu jest conajmniej wątpliwe, jeśli nie niemożliwe i wreszcie

3) kwasy aminowe surowicy przy odbiałczaniu alkoholem w znacznej ilości (przeciętnie około 30%) pozostają na sączku i nie przechodzą do przesączu.

Odnośnie do oznaczania kwasów aminowych metodą ninhydrinową zauważa autor, że na podstawie jego doświadczeń porównanie barw badanych przesączów z płynem porównawczym zwykle było niemożliwe z powodu różnicy w odcieniach barw. Przyczyną tego jest okoliczność, że:

1) wskutek odparowywania na łaźni wodnej aż do suchości rozmaite rodzaje cukrów redukujących i alkoholów alifatycznych wpływają w znacznym stopniu na oznaczanie aminokwasów metodą ninhydrinową i

2) utrzymanie stężenia jonów wodorowych na pewnym stałym poziomie w płynie badanym i porównawczym w metodzie tej ma znaczenie zasadnicze i minimalne zmiany tego stężenia mogą zupełnie powstrzymać reakcję.

Tej okoliczności nie uwzględnił Frey w swej metodzie, gdyż stężenie jonów wodorowych używanego przez niego 1% roztworu glykokolu wynosi 6,2, podczas gdy we krwi normalnej wynosi ono średnio 7,56 (!).

Uwzględniając tę okoliczność, nadawał Riffard w swych doświadczeniach tak przesączom alkoholowym jakoteż i roztworowi porównawczemu glykokolu stężenie jonów wodorowych 6,97, lecz nawet i ta modyfikacja według doświadczeń kontrolnych autora nie pozwala na kolorymetryczne oznaczenie z powodu różnych odcieni barw.

Wobec tego więc, że metoda ta posiada błędy wyżej wspomniane, sądzi autor, iż wyniki badań Freya należy oceniać nadzwyczaj krytycznie, dopóki ich nie potwierdzi inna metoda, wolna od wspomnianych błędów.

K. B. (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Higjeniczne w gmachu swym przy ul. Karowej l. 31 urządza dla swych członków, oraz zaproszonych i wprowadzonych gości w I-m półroczu r. b. szereg odczytów z dziedziny najnowszych urządzeń sanitarnych w kraju, a szczególniej w stolicy, które będą wygłoszone przeważnie przez projektodawców i wykonawców tych urządzeń.

Odczyty ilustrowane będą przeźroczami. Po każdym odczycie odbędzie się dyskusja.

Dnia 5. II. 1929. Inż. Zygmunt Rudolf: „Różne sposoby usuwania nieczystości ze szczególnem uwzględnieniem ich utylizacji". Inż. J. Lentz: „Zużytkowanie nieczystości dla celów rolniczych i ogrodniczych". — Dn. 7. II. 1929. Inż. Adam Kolitowski: „Czerpanie wody z Wisły dla m. Warszawy i przedwstępne jej oczyszczanie". — Dn. 14. II. 1929. Inż. Henryk Przyłęcki: „Ścieki m. Warszawy i ich badanie na stacji doświadczalnej". — Dn. 21. II. 1929. Inż. Ignacy Piotrowski: „Woda warszawska i jej oczyszczanie". Dn. 28. II. 1929. Inż. Władysław Borawski: „Współczesne urządzenia w nowych rzeźniach w Polsce". — Dn. 14. III. 1929. Inż. Władysław Borawski: „Budownictwo szpitalne m. st. Warszawy 1918—1928". — Dn. 11. IV. 1929. Inż. Zygmunt Szklarzewski: „Inwestycje sanitarne w kąpieliskach i szkołach m. st. Warszawy". Dn. 18. IV. 1929. Dyr. Stanisław Szczerbiński: „O zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych". — Dn. 25. IV. 1929. Inż. Zygmunt Szklarzewski: „Inwestycje techniczno-sanitarne Sanatorjum dla chorych płucnych w Otwocku".

Z Sekcji Psychologicznej Tow. Wiedzy Wojskowej. Dnia 12 u. m. odbyło się w gabinecie szefa Dep. Sanitarnego gen. Rouppera, posiedzenie sekcji psychologicznej T. W. W. Na przewodniczącego sekcji na rok bieżący wybrany został gen. bryg. Rouppert Stanisław, na zastępcę przewodniczącego płk. dypl. Gąsiorowski Janusz, na sekretarza ppłk. Korniłowicz Tadeusz, na zastępcę sekretarza mjr. Albiński Marjan.

Program działalności sekcji na rok bieżący został ustalony w sposób następujący: 1) Skupienie w sekcji wszystkich wojskowych i cywilnych członków T. W. W. interesujących się zagadnieniami psychologji wojskowej. 2) Stworzenie działu psychologicznego, przy bibljotece Szkoły Podchorążych Sanitarnych. 3) Ułatwienie wzajemne pracy członków sekcji nad poszczególnemi zagadnieniami z zakresu psychologji wojskowej przez komunikowanie sobie informacyj bibljograficznych. 4) Zbieranie materjałów psychograficznych z przeżyć wojennych zapomocą ankiet.

Zebrania członków sekcji odbywać się będą w Warszawie raz na kwartał. Natomiast raz w roku, w czasie dorocznego zjazdu delegatów kół T. W. W. odbędzie się zjazd wszystkich członków sekcji z całego kraju.

Zarząd sekcji odwołuje się do członków T. W. W. zajmujących się zagadnieniami psychologicznemi o zgłaszanie pisemne zamierzonego uczestnictwa w pracach sekcji w charakterze jej członków pod adresem zarządu głównego T. W. W. (aleja Szucha 23).

Kurs instruktorski dla działaczy i pracowników uzdrowiskowych. Przeprowadzone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) lustracje szeregu zdrojowisk i uzdrowisk wykazały, że stan sanitarny, gospodarczy, a także aprowizacyjno - mieszkaniowy ma swe przyczyny nietylko w braku funduszów, gdyż dochody niektórych Komisyj Zdrojowych dosięgają znacznych sum, i nie w złej woli i braku inicjatywy władz miejscowych, a głównie w niedostatecznej znajomości zadań, sposobu podejścia do nich, wzajemnej kolejności i umiejętności ich rozwiązania.

Celem usunięcia tych braków Państwowa Szkoła Higjeny w Warszawie z inicjatywy Związku Uzdrowisk Polskich, przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia organizuje w czasie od 28 lutego do 9 marca r. b. włącznie 10-dniowy I szy kurs instrukcyjny dla działaczy i pracowników uzdrowiskowych oraz zainteresowanych uzdrowiskami czynników samorządowych i państwowych. Z kursu mogą korzystać przedewszystkiem członkowie i pracownicy komisji uzdrowiskowych, właściciele, dyrektorzy i pracownicy zakładów zdrojowych, zainteresowani uzdrowiskami pracownicy samorządowi i państwowi, a w miarę wolnych miejsc i inni kandydaci o odpowiednim stopniu wykształcenia ogólnego.

Wykłady będą uwzględniały praktyczne i istotne potrzeby życia uzdrowiskowego i będą uzupełnione szeregiem wycieczek.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny — Warszawa, ul. Chocimska 24.

Wezwanie do ogólnej statystyki cięć cesarskich, wykonanych na obszarze Rzeczypospolitej w roku 1928. Chcąc niejako uzupełnić swoje dotychczasowe publikacje w sprawie rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego z jednej strony,, a zdrugiej przeciwstawić wyniki tego zabiegu położniczego, wykonanego w Polsce, wynikom, osiągniętym w Niemczech, które opracowuje obecnie Prof. G. Winter z Królewca, idąc za jego przykładem, postanowiłem przygotować wyczerpującą i bestronną statystykę cięcia cesarskiego, wykonanego na obszarze Rzeczypospolitej w roku ubiegłym. Słusznie zupełnie podniósł G. Winter, że statystyki, dotychczas ogłoszone, nie mogą być uważane za miarodajne, gdyż wyprowadzane z materjału poszczególnych zakładów, są bezwarunkowo li tylko zestawieniami z poszczególnych klinik, wzg. oddziałów szpitalnych i oświetlają przedewszystkiem działalność, wzgl. sprawność ostatnich. Miarodajną będzie jedynie taka statystyka, która obejmie wszystkie przypadki cięcia cesarskiego, wykonanego na pewnym obszarze w pewnym czasokresie, a przedewszystkiem takie, w których wykonawcami byli lekarze praktycy, specjaliści położnicy i chirurdzy.

Nie wątpię, że każdy operator uzna celowość takiej statystyki, choćby dla celów osobistych i dlatego nie odmówi mi swej współpracy w jej sporządzeniu, tembardziej, że praca poszczególnych współpracowników nie będzie zbyt uciążliwa. Wszak liczba cięć cesarskich, wykonanych w ciągu jednego roku w dużych nawet klinikach nie jest zbyt wielka.

Statystyka, którą zamierzam sporządzić, obejmie jeden tylko rok 1928, to też Szanownych Kolegów, którzy zechcą przyczynić się do jej zestawienia, uprzejmie proszę o nadesłanie mi danych co do swych cięć cesarskich, wykonanych w roku 1928, według poniższego kwestjonarjusz *).

1) Miejsce operacji: (Klinika uniw., Szkoła położnych, przytułek położniczy, oddział położniczy (ginekologiczny) szpitala miejskiego, lub powiatowego, szpital powiatowy bez oddziału położniczego, lecznica prywatna, mieszkanie prywatne).

2) Operator? Kierownik szpitala, oddziału, adjunkt, asystent, samodzielny specjalista (położnik, chirurg), lekarz wolnopraktykujący (niespecjalista położnik ani chirurg).

3) Metoda? Przezotrzewnowo (w trzonie, dolnym odcinku), zaotrzewnowo.

4) Wskazanie: (np. zwężenie miednicy, położenie poprzeczne, rzucawka porodowa, wypadnięcie pępowiny) z krótkiem uzasadnieniem.

5) Czy przed porodem była podniesiona ciepłota, zależna od stanu narządów rodnych, lub niezależna?

6) Zejście dla matki: Żywa, czy zmarła.

7) Przyczyna śmierci: Należy ściśle rozgraniczać:

a) powikłania, które skłoniły do wykonania cięcia cesarskiego (np. rzucawka porodowa, łożysko przodujące, wady serca i t. p.).

b) bezpośrednie następstwo operacji: skrwawienie, zakażenie, narkoza, zator, niedrożność jelit, zapalenie płuc.

c) powikłania przypadkowe, (np. gruźlica płuc, cukrzyca, ostre choroby zakaźne).

8) Zejście dla dziecka: Żywe czy martwe. Wobec nieżywego dziecka podać czy zmarło przed operacją, czy też po jej dokonaniu.

Szanownych Kolegów Kierowników Klinik, oddziałów szpitalnych i zakładów, którzy osobiście nie będą opisywać swych przypadków uprzejmie proszę o powierzenie tej czynności bezwzględnie odpowiedzialnym lekarzom. Ażeby im ułatwić pracę uprzejmie proszę zaopatrzyć swe odpowiedzi na poszczególne pytania w numery mego kwestjonarjusza.

Ponieważ chciałbym, aby bezwzględnie wszystkie cięcia cesarskie znalazły się w zamierzonem zestawieniu statystycznem, podnoszę specjalnie, że każdy pojedyńczy przypadek operatora jest cennym materjałem.

Ażeby ułatwić poszczególnym operatorom podanie takich przypadków, które zakończyły się śmiercią, uprzejmie proszę o niepodawanie nazwisk i adresów operatorów. Zależy mi tylko na bezwzględnej prawdzie.

Dla ułatwienia mi pracy opracowywania otrzymanego materjału uprzejmie proszę o nadsyłanie mi odpowiedzi w ten sposób, aby dane każdego poszczególnego przypadku były spisane na oddzielnej ćwiartce papieru.

Wyniki opracowane podam do wiadomości w prasie lekarskiej, a jeżeli odpowiedzi napłyną w porę, ogłoszę je na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Wilnie w sekcji położniczo - ginekologicznej.

Uprzejmie proszę o nadsyłanie odpowiedzi możliwe szybko, najpóźniej do dnia 31 marca pod niżej podanym moim adresem.

Henryk Gromadzki, Warszawa, Al. Jerozolimskie 103.

Kraków.

Izba lekarska krakowska. Dnia 20 stycznia 1929 r. odbyła nowo wybrana Rada Izby Lekarskiej Zebranie, na którem przy obecności 33 członków Rady wybrano następujące Władze Izby Lekarskiej:

Członkowie Zarządu I. L.: 1) Dr. Haber Maurycy (Kraków). 2) Dr. Grzybowski Grzegorz (Kraków), 3) Dr. Nüssenfeld Józef (Kraków), 4) Dr. Stopczański Jan (Kraków, 5) Dr. Strzemieński Stefan (Kraków), 6) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 7) Dr. Zakrzewski Wacław (Kraków), 8) Dr. Suchodolski Kazimierz (Sosnowiec), 9) Dr. Wrześniowski (Częstochowa).

Zastępcy Członków Zarządu I. L.: 1) Dr. Ciećkiewicz Marjan (Kraków), 2) Dr. Landau R. (Kraków), 3) Dr. Maciąg A. (Kraków), 4) Dr. Merz Alfred (Kraków), 5) Dr. Owsiński Józef (Kraków), 6) Dr. Pawlas Tadeusz (Kraków), 7) Dr. Szymanowicz Józef (Kraków), 8) Dr. Budzyński Bolesław (Sosnowiec), 9) Dr. Szalit Edward (Tarnów).

Członkowie Naczelnej Izby Lekarskiej: 1) Dr. Jankowski Stanisław, (Kraków,) 2) Dr. Strzemieński Stefan (Kraków), 3) Dr. Szymanowicz Józef (Kraków), 4) Dr. Wrześniowski Władysław (Częstochowa), 5) Dr. Zakrzewski Wacław (Kraków).

---

*) Kwestjonarjusz zaczerpnięty został od Prof. G. Wintera, przedewszystkiem w celu ewentualnego ujednostajnienia obu mających powstać statystyk — niemieckiej i polskiej.

Zastępcy Członków Naczelnej I. L.: 1) Dr. Grzybowski Grzegorz (Kraków), 2) Dr. Nüssenfeld Józef (Kraków), 3) Dr. Stopczański Jan (Kraków), 4) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 5) Dr. Suchodolski Kazimierz (Sosnowiec).

Członkowie Komisji Rewizyjnej: 1) Dr. Woyciechowski Bruno (Kraków), 2) Dr. Piotrowski Tymoteusz (Kraków), 3) Dr. Wróblewski Wincenty (Kraków).

Członkowie Sądu I. L.: 1) Dr. Artwiński Eugenjusz (Kraków), 2) Dr. Bobrowski Emil (Kraków), 3) Dr. Ciećkiewicz Marjan (Kraków), 4) Dr. Grzybowski Grzegorz (Kraków), 5) Dr. Haber Maurycy (Kraków), 6) Dr. Kostrzewski Józef (Kraków), 7) Dr. Kropaczek Wilhelm (Kraków), 8) Dr. Lachs Jan (Kraków), 9) Dr. Landau Jan (Kraków), 10) Dr. Landau Rafał (Kraków), 11) Dr. Maciąg Adam (Kraków), 12) Dr. Medyński Władysław (Kraków), 13) Dr. Merz Alfred (Kraków), 14) Dr. Nüssenfeld Józef (Kraków), 15) Dr. Owsiński Józef (Kraków), 16) Dr. Pawlas Tadeusz (Kraków), 17) Dr. Rutkowski Maksymiljan (Kraków), 18) Dr. Strzemieński Stefan (Kraków), 19) Dr. Woyciechowski Bruno (Kraków), 20) Dr. Żydłowicz Władysław (Kraków), 21) Dr. Budzyński Kazimierz (Jaworzno), 22) Dr. Budzyński Bolesław (Sosnowiec), 23) Dr. Czaplicki Zdzisław (Zakopane), 24) Dr. Mikulski Wilhelm (Częstochowa).

Zastępcy Członków Sądu I. L.: 1) Dr. Habit Kazimierz (Kraków), 2) Dr. Herschdörfer Ozjasz (Kraków), 3) Dr. Karelus Kazimierz (Kraków), 4) Dr. Keller Tadeusz (Kraków), 5) Dr. Kostecki Jan (Kraków), 6) Dr. Kramarzyński Adam (Kraków), 7) Dr. Pisek Henryk (st.) (Kraków), 8) Dr. Rzegociński Bolesław (Kraków), 9) Dr. Sas Adolf (Kraków), 10) Dr. Schneider Ludwik (Kraków), 11) Dr. Sikorski Stanisław (Kraków), 12) Dr. Stopczański Jan (Kraków), 13) Dr. Szancenbach Jan (Kraków), 14) Dr. Szymanowicz Józef (Kraków), 15) Dr. Trzebicka Stefanja (Kraków), 16) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 17) Dr. Kotarski Zygmunt (Klimontów), 18) Dr. Drobniewicz Zygmunt (Biała), 19) Dr. Krawczyński Stanisław (Sandomierz), 20) Dr. Michnowski Leon (Pilica), 21) Dr. Szalit Edward (Tarnów), 22) Dr. Szczepaniak Antoni (Radom), 23) Dr. Walkowski Jan (Krzeszowice), 24) Dr. Zasucha Wincenty (Kielce).

Naczelnik Izby Lekarskiej: *Dr. Strzemieński Stefan.*

W sprawie kursu dla lekarzy w Krakowie. Oprócz wykładów objętych już poprzednio wydrukowanym rozkładem godzin, wygłoszą dla uczestników Kursu jeszcze następujące wykłady z zakresu medycyny społecznej specjalnie w tym celu uproszeni prelegenci: Dr. Wróblewski, Naczelny lekarz wojew.: Rola lekarza w zakresie medycyny społecznej 14. III. o godz. 3-ej. — Dr. Owsiński, Naczelny lekarz miejski: Tok urzędowania sanitarnego w mieście Krakowie 15. III. o godz. 3-ej. — Dr. Biernacki: Walka z gruźlicą 19. III. o godz. 4-ej. — Dr. Stryjeński p. o. Dyrektora Zakładu w Kobierzynie: Zadania opieki nad psychicznie chorymi. Wykład połączony ze zwiedzaniem Zakładu w Kobierzynie. Niedziela 17. III. wyjazd z Kliniki neurolog. o godz. 3-ej po poł. — Dr. Glaser: Niezdolność do pracy ze stanowiska lekarza kasowego 20. III. o godz. 3-ej. — Wykłady powyższe odbędą się w sali wykładów Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J., ul. Kopernika 48.

Ze świata.

Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej. Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Société Médical de climatologie et d'hygiene du Littoral Méditerranéen) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierwonictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazywaniem im zabytków sztuki w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki: Marsylja, stąd nastąpi wyjazd do Algieru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I. Stock, Tür 6.

I Kongres Międzynarodowy Lotnictwa Sanitarnego w Paryżu (15—20 maja 1929 r.). Powołując się na pismo Pana I Wiceministra i Szefa Administracji Armji L. dz. 24724/28 i Pana Szefa Departamentu Zdrowia L. 2241/28 co do uprawnień wzięcia udziału w I Międzynarodowym Kongresie Lotnictwa Sanitarnego w Paryżu, podaje się do wiadomości poniżej na mocy otrzymanego prospektu następujący szczegółowy program Kongresu:

Kongres odbędzie się w dniach od 15—20 maja 1929 roku.

Dnia 14 maja o godz. 9 rano nastąpi otwarcie Sekretarjatu Kongresu, Avenue de l'Opera 26; wydawane będą karty członkowskie i udzielane wszelkie informacje i t. p. O godz. 15 przewidziane jest przyjęcie delegatów oficjalnych w Ministerstwie Spraw Zagranicznych. O godz. 17 przyjęcie członków Kongresu w ratuszu, urządzone przez Radę Miejską Paryża i Prefekturę departamentu Seine. O godz. 21 uroczyste otwarcie Kongresu w Sorbonie.

W środę dnia 15 maja: o godz. 9 i 14 obrady w Instytucie Oceanograficznym (195, rue St. Jacque), wieczór wolny.

W czwartek dnia 16 maja: o godz. 9 i 14 obrady w Instytucie Oceanograficznym, o gdz. 21 galowe przedstawienie w teatrze.

W piątek dnia 17 maja: o godz. 9 obrady w Instytucie Oceanograficznym, o godz. 11 w szpitalu wojskowym na Val-de-Grâce uroczystość poświęcona pamięci ppłk. dr. Picque i ofiar służby lotniczej sanitarnej, o godz. 14 zwiedzenie wystawy samolotów sanitarnych na lotnisku w Villeneuve Orly, pokazy praktyczne ewakuacji lotniczej sanitarnej, wieczorem bankiet.

W sobotę dnia 18 maja: wycieczka do Reims o godz. 8 odlot samolotów sanitarnych z Paryża, o godz. 8,40 odjazd pociągami, o godz. 10,20 przyjazd do Reims, przyjęcie urządzone przez Aero-Klub Szampanji, bankiet w ratuszu, zwiedzanie miasta, obiad o godz. 10,30 powrót do Paryża. Koszt ogólny wycieczki 100 fr.

Wszczęte są pertraktacje z linjami lotniczemi, celem ułatwienia członkom Kongresu odbycia wycieczki do Reims samolotami pasażerskiemi. Warunki i koszta będą osobno później podane.

W niedzielę 19 maja: powrót samolotów sanitarnych na lotnisko w Orly.

Przez cały czas trwania Kongresu modele najlepszych samolotów sanitarnych francuskich i zagranicznych będą wystawione na lotnisku w Villeneuve, gdzie uczestnicy Kongresu będą mogli je oglądać; przy wejściu do Instytutu Oceanograficznego utworzona będzie wystawa materjału sanitarnego w tych dniach, w których w tymże Instytucie odbywać się będą posiedzenia.

Na porządek dzienny Kongresu podane są następujące tematy:

1) Lotnictwo sanitarne na terenie operacyj wojennych poza granicami państwa;
2) Lotnictwo sanitarne w Kolonjach;
3) Lotnictwo sanitarne w marynarce wojennej;
4) Lotnictwo sanitarne, jako środek ewakuacji podczas wojny;
5) Kwestja zabezpieczenia neutralności samolotom sanitarnym podczas wojny;
6) Warunki fizjologiczne transportu samolotami sanitarnemi;
7) Uwagi co do pielęgnowania chorych i ciężko rannych transportowanych samolotami sanitarnemi;
8) Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju;
9) Lotniczy materjał sanitarny.

Na powyższe tematy opracowane będą referaty ze strony Francji i referować je będą przeważnie wyżsi oficerowie oraz fachowi lotnicy.

Język francuski jest oficjalnym językiem Kongresu.

Referenci wyznaczeni oficjalnie, jak również członkowie Kongresu, którzy pragną ułożyć komunikaty, dotyczące tematów podanych na porządek dzienny, proszeni są o przesłanie ich wraz z wnioskami do dnia 1 marca 1929 r. na ręce p. Robert Charlet, Commisaire General (35, rue François I, Paris 8).

Referaty nie powinny przekraczać 16 stron druku, a wnioski powinny być wyrażone najwyżej w 30 słowach.

Komunikaty nie powinny zabierać więcej czasu, jak 10 minut czytania.

Autorzy referatów i komunikatów, którzy pragnęliby zademonstrować fotografje lub filmy, powinni zgłosić je, przesyłając referaty. Wyświetlenie i demonstrowanie nie może zabrać więcej czasu niż 10 minut.

Uwagi co do referatów i komunikatów.

Aby ułatwić wydanie sprawozdania z Kongresu, autorzy referatów i komunikatów proszeni są o przestrzeganie się następujących wskazówek:

1) format manuskryptu powinien być 30 × 20, lub zbliżony do tych wymiarów,
2) pismo maszynowe,
3) nie należy łączyć w całość paru komunikatów,
4) strony winny być numerowane i łączone w całość,
5) pisać należy tylko na jednej stronie, zostawiając margines mniejwięcej szerokości 1/3 strony.

6) U góry pierwszej strony należy nadpisać:
a) nazwisko autora i imię, lub pierwszą jego literę,
b) tytuł urzędowy lub zawód,
c) adres,
d) tytuł pracy,
7) Używać należy następujących znaków typograficznych:
a) słowa, mające być drukowane kursywą — podkreślić,
b) słowa, mające być drukowane dużemi literami — dwa razy podkreślić,
c) alinea oddzielać odstępem,
d) cytaty w cudzysłowach.
Uwagi ogólne:
1) Zapisy na członków Kongresu przyjmuje Sekretarjat Kongresu, 35 rue François I Paris lub Service Touristique 26, Avenue de l'Opera Paris I.
2) Karty członkowskie wręczane członkom Kongresu po opłaceniu opłaty członkowskiej uważane będą za karty prowizoryczne, upoważniają one do otrzymania zniżek na linjach lotniczych i okrętowych przyznanych członkom Kongresu.
3) Oficjalne karty członkowskie będą wymieniane wzamian za tymczasowe po otwarciu Sekretarjatu w dniu 14 maja 1929 r. Karty członkowskie prowizoryczne będą wydawane lub wysyłane po 15 kwietnia b. r.
4) Opłaty członkowskie od członków zwyczajnych wynoszą 60 fr., powyżsi członkowie mogą wpisać jednego lub paru członków rodziny, jako osób towarzyszących, od których opłata członkowska wynosi 30 fr.
5) Karta członka Kongresu tak zwyczajnego jak i towarzyszącego daje prawo do korzystania ze zniżek na kolejach, na linjach lotniczych i okrętowych, prawo udziału w posiedzeniach, zebraniach, uroczystościach, transportach na lotnisko w Orly, zwiedzedzenia wystawy, uroczystości w Vincennes, oraz zebrań organizowanych specjalnie dla pań, rewjach mód w wielkich magazynach i t. p.
5) Sprawozdania z Kongresu przesyłane będą członkom Kongresu, którzy wpłacą na ten cel 25 fr.
6) Warunki przejazdów: zjednoczone koleje francuskie przyznały członkom Kongresu zniżkę w wysokości 50%, jak również niektóre towarzystwa okrętowe i linje lotnicze.
Powyższe zniżki udzielane będą tylko od cen biletów pasażerskich, aby je otrzymać, członkowie Kongresu proszeni są o zwrócenie się listownie do sekretarjatu Kongresu przed dniem 15 kwietnia, podając stacje odjazdu.
Chcąc zapewnić sobie wygodny pokój w dobrym hotelu, należy podać szczegóły potrzebne, dotyczące klasy hotelu i rodzaju pokoju.
Na zasadzie powyższego programu uprasza się panów oficerów służby czynnej o zgłaszanie uczestnictwa w I Kongresie Międzynarodowych Lotnictwa Sanitarnego na podanych formularzach i przesłanie przewidywanej opłaty we frankach francuskich do dnia 1-go marca 1929 roku. Na koszta przesyłki składki członkowskiej należy dołączyć znaczki na 50 groszy od osoby. Od oficerów służby czynnej będą przyjmowane tylko te zgłoszenia, które zawierają zgodę Szefa Sanitarnego danego O. K. na wyjazd oficera. Oficerowie rezerwy i pospolitego ruszenia mogą przesyłać zgłoszenia wraz z opłatą w myśl podanych wskazówek, względnie zwrócić się bezpośrednio do Sekretarjatu Kongresu, pod podanym powyżej adresem.
Uwaga: Przekazy pocztowe i czeki powinne być wystawione na skarbnika Aeroklubu Francji. Rachunek Czekowy Pocztowy 1026-10 Paris. Korespondencję należy kierować pod adresem: P. Robert Charlet, Commisaire General, Aero-Klub de France, 35 rue Francois I Paris 8.

Kongres Balneologiczny w Berlinie. Ku uczczeniu 50-tej rocznicy istnienia niemieckiego Towarzystwa Balneologicznego odbył się w Berlinie Kongres jubileuszowy w czasie od 24 do 29 stycznia r. b. przy bardzo licznym współudziale lekarzy kąpielowych tudzież przedstawicieli świata naukowego niemieckiego i zagranicznego.
Na kongresie tym wygłoszono przeszło 50 wykładów z dziedziny naukowej balneologji, stosunku poszczególnych gałęzi medycyny do balneologji, leczenia chorób reumatycznych środkami balneologicznymi i t. p.

Dra Z. F. Fronczaka z Buffalo N. Y., zajmującego bardzo wybitne stanowisko wśród Polonji Amerykańskiej dotknął niezmiernie bolesny cios przez stratę jedynego syna, liczącego 23 lat życia. Wielce Szanownemu Koledze zasyłamy tą drogą wyrazy najgłębszego współczucia.

Targi Angielskie. Wydział Handlowy Poselstwa Angielskiego w Warszawie podaje do wiadomości, że, tegoroczne Targi Angielskie odbędą się między 18 lutego i 1 marca, i wzorem lat dawnych drobny przemysł wystawiony w Londynie (White City), a ciężki w Biramingham (West Bromwich). Poszczególne działy każdej wystawy podane są poniżej.
Londyn: Wyroby nożownicze, srebrne i platerowane, biżuterja, zegarki, norymberszczyzna, wyroby szklane różnego rodzaju, porcelana, fajans i wyroby kamienne, papier, materjały piśmienne i przybory biurowe, metalowe urządzenia biurowe, druki książki, galanterja i różne artykuły dla sklepów tabacznych, skóra, wyroby skórzane i przybory podróżnicze, wyroby rymarskie i uprząż, szczotki i miotły, gry i zabawki, artykuły sportowe (włączając wędki i strzelby), ubrania sportowe, instrumenty naukowe i optyczne, instrumenty i urządzenia medyczne i chirurgiczne, okulary i przybory optyczne, aparaty i przyrządy fotograficzne i kinematograficzne, aparaty radjowe, instrumenty muzyczne, meble z drzewa, trzciny i wikliny, łóżka i pościel, dywany, linoleum, wyroby koszykarskie, lekkie i ciężkie chemikalja, domowe produkty chemiczne, drogerja, perfumerja, barwniki, artykuły spożywcze i konserwy, wyroby cukiernicze (cukier i czekolada), tytoń, papierosy i cygara, tekstylia i ubrania, sztuczny jedwab, wózki dziecinne i dla inwalidów.
Birmingham: Instalacje do oświetlenia na elektryczność, gaz i t. d., piece i naczynia do gotowania, również z aluminjum, kamienia it. d., przyrządy do wielkich pieców, wyroby żelazne (do budowniczych, żeglugi i użytku domowego), maszyny różnego rodzaju i małe narzędzia, urządzenia młynarskie, wyroby gumowe dla celów przemysłowych i do użytku domowego, motocykle i rowery, akcesorja automobilowe, rowerowe i aeroplanowe, przyrządy i instrumety miernicze i do ważenia, przyrządy sanitarne, farby, lakiery i artykuły malarskie, urządzenia kolejowe, metale wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem metali szlachetnych), maszyny i przyrządy rolnicze i ogrodnicze, instalacje dla kopalń i dla kamieniołomów, instalacje dla browarów i rektyfikacji, meble metalowe do ogrodów, namiotów i t. d., konstrukcje budownicze, broń (z wyjątkiem sportowej), rury miedziane, ołowiane, mosiężne i ze stali przyrządy do rur i do pary, architektoniczne ornamentacyjne wyroby metalowe, liny ze stali i konopi oraz powrozy i sznury.
Ułatwienia dla zwiedzających wystawę będą w roku bieżącym znacznie rozszerzone. Największe z nich są: a) wydawanie, po zgłoszeniu do wymienionych poniżej urzędów, bezpłatnych kart wejścia, upoważniających do otrzymania gratisowych angielskich wiz paszportowych, b) zamawianie naprzód pokoi w Londynie i Birmingham przez Towarzystwo Podróżnicze T. Cook et Son, obecnie sfuzjonowanego z Międzynarodowem Towarzystwem Wagonów Sypialnych, które również udzielać będzie wskazówek co do podróży do Anglji, c) możność korzystania z bezpłatnych usług tłumaczy na terenie wystawowym, d) urządzenie specjalnych pomieszczeń dla kupujących dla prowadzenia korespondencji i rozmów i t. d.
Wszelkich bliższych informacyj, tak ustnych jak piśmiennych, udzielać będzie Departament Handlu zagranicznego w Londynie (Departament of Overseas Trade, 35 Old Queen Street, London, S. W. I.); Wydział Handlowy Poselstwa Angielskiego w Warszawie ul. Piękna I. 6, oraz Wice-Konsulaty angielskie w Katowicach, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Borysławiu.

Redakcja otrzymała:

Kaz. Dąbrowski i Artur Irlicht: „Skrzywienie tchawicy o objawach rzekomo jamistych". Odb. z „Medycyny", nr. 1, z r. 1929.
Emil Meisels: „La mélorhéostose". Odb. z „Bulletins et mémoirs de la Société de radiologie médicale de France", nr. 153, z r. 1928.
Jako dalsze tomiki bibljoteczki „Bücher der ärztlichen Praxis" wydawanej nakładem firmy Julius Springer, Wien, 1929:
7) *C. Ewald:* „Die Behandlung der Verrenkungen".
8) *C. Ewald:* „Die Behandlung der Knochenbrüche mit einfachen Mitteln".
9) *Alfr. Luger:* „Gelbsucht'. Zur Symptomatologie, Differentialdiagnose und Therapie mit Gelbsucht einhergehender Erkrankungen.
10) *Edm. Maliva:* „Störungen in der Frequenz und Rhytmik des Pulses".
11) *Jos. Novak:* „Die Menstruation und ihre Störungen".
12) *Walter Zweig:* „Darmkrankheiten".
13) *Aug. Reuss:* „Säuglingsernährung".
Bureau International du travail: „Bibliographie d' hygiène industrielle". Vol. III, nr. 4, Decembre 1928.
B. Gruenzweig: „Proteinokörpertherapie bei Störungen im vegetativen Nervensystem'. Odb. z „Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde". Band 107.

Nr. 9. 3. marca 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ (Warszawa).

Prace ś. p. Szymona Dzierzgowskiego nad serologją i epidemjogją błonicy.

Niezwykle wielostronna działalność naukowa Szymona Dzierzgowskiego obejmowała zakres chemji, higjeny i bakterjologji z nauką o odporności.

W zestawieniu niniejszem przedstawić zamierzam charakterystykę tej części prac Szymona Dzierzgowskiego, które dotyczyły badań surowicy przeciwbłoniczej i czynnego uodporniania w błonicy.

W całokształcie prac Dzierzgowskiego te właśnie prace będą stanowiły wyraz najwyższego napięcia jego twórczości naukowej. Idee, przez niego wysuwane na zasadzie własnych spostrzeżeń, wytykały kierunek rozwojowy dalszych badań, wyprzedzały o dziesięciolecia czasy w których były dokonywane. Nie spotykały one zupełnego zrozumienia na początku, lecz z biegiem czasu w życie wcielone zostały myśli Dzierzgowskiego.

Prace Dzierzgowskiego nad surowicą błonicza rozpoczęły się wkrótce po jej otrzymaniu przez Behringa; obejmowały one liczny szereg zagadnień, związanych z metodyką sporządzania, sposobami wytwarzania się i udzielania odporności przeciwbłoniczej, dziedziczeniem odporności przeciwbłoniczej. Badania te obejmują razem 29 prac, ogłoszonych w okresie czasu, poczynając od r. 1892 w językach polskim i obcych.

Pierwsza grupa prac, dotycząca metodyki sporządzania, spowodowana była przez warunki pracy Dzierzgowskiego, jako kierownika działu produkcji surowicy przeciwbłoniczej. Prace te przeważnie odnoszą się do okresu, kiedy na własnem doświadczeniu trzeba było wyrabiać metodykę sporządzania, rozwiązywać wysuwane przez pracę codzienną zagadnienia. Porusza w tych pracach Dzierzgowski sprawę powstawania osadów w surowicy przechowywanej, zastanawia się nad wpływem sączenia surowicy przeciwbłoniczej przez filtry Chamberlanda, na miano surowicy i zawartość w niej substancji białkowych, nad metodami miareczkowania własności antytoksycznych surowicy, proponując stosowania do tego celu gołębi, jako odczynnika wrażliwego.

Niezwykle chaotyczny sposób sporządzania surowicy błoniczej pobudza Dzierzgowskiego (r. 1899) do wysunięcia postulatu ujednostajnienia sposobu sporządzania oraz konieczności kontroli państwowej nad produkcją surowicy. W tych sprawach kilkakrotnie zabiera głos.

Zatrzymując się nad sprawą zgęszczania surowicy przeciwbłoniczej, zaleca usunięcie z surowicy części białkowych nieczynnych, połączone z jednoczesnem stężeniem części czynnych, przedewszystkiem globulin. Dalszy rozwój tej sprawy poszedł w znacznej części wytkniętą przez Dzierzgowskiego drogą.

Zjawiska, związane z procesem wytwarzania się antytoksyny oraz jej dziedziczenia, czas dłuższy absorbują uwagę Dzierzgowskiego.

W badaniach swoich, dotyczących rozmieszczenia antytoksyny w rozmaitych cieczach oraz w wyciągach z narządów koni uodpornionych, stwierdził Dzierzgowski, że najwięcej antytoksyny zawiera surowica krwi oraz płyn pęcherzyków Graafa. Surowica krwi i osocze zawierają jednakową ilość antytoksyny. Wyciągi z narządów (badano 14 narządów) zawierają już znacznie mniej antytoksyny.

Badając sprawę wiązania jadu błoniczego z antytoksyną wypowiada się Dzierzgowski, że zachodzi tutaj połączenie chemiczne według schematu Behringa.

W jednej z prac swoich stwierdza, że jad błoniczy zawiera t. zw. „termoksoidy", oporne na ogrzewanie w ciągu 24 godzin przy 55°.

Typ odporności poszczególnych gatunków zwierząt na zakażenie błonicze jest różny. Odróżniać należy odporność na jad od odporności w stosunku do bakterji. Przykład odporności przeciwbakteryjnej stanowi kot, odporności przeciwjadowej — koń.

Badania, dotyczące losu wprowadzonej do ustroju toksyny, przyprowadziły Dzierzgowskiego do wniosku, że aczkolwiek nerka nie zatrzymuje toksyny błonicy, mocz (konia i człowieka) nie zawiera jej wcale; wynik ten składa Dzierzgowski, opierając się na licznych doświadczeniach, na rachunek działania (typu fermentacyjnego) moczu na toksynę.

Badając działanie soków trawiennych (r. 1899) na antytoksynę stwierdził Dzierzgowski, że otrzymanie odporności biernej drogą wprowadzenia przez przewód pokarmowy surowicy antytoksycznej, nie jest możliwe. Sok żołądkowy niszczy prawie całą wprowadzoną antytoksynę (z wyjątkiem 17%). Aczkolwiek sok trzustki i żółć nie niszczą antytoksyny, nie ulega ona w jelitach wchłanianiu i wydziela się z kałem (doświadczenia na psach). W r. 1912, kiedy Piwowarow wysunął metodykę wprowadzania surowicy przeciwbłoniczej przez odbytnicę, Dzierzgowski na zasadzie badań klinicznych (wspólnych z Blumenau) i doświadczalnych zaprzeczył wartości tego sposobu.

Tematy poruszane, których wyniki w sposób najbardziej schematyczny przedstawiłem, dotykały jednocześnie szeregu zagadnień pokrewnych, podawały metodykę oryginalną.

Zagadnieniami ogólno - biologicznemi, które Dzierzgowskiego specjalnie interesowały, nad któremi najdłużej pracował były: sprawa dziedziczenia odporności przeciwbłoniczej i sprawa czynnego uodparniania w błonicy.

Rozważając sprawę dziedziczenia odporności nabytej, bada Dzierzgowski warunki, w których znajdują się komórki płciowe — plemniki, jajo — w stosunku do możliwości nabycia stanu odporności. U koni uodpornionych określa zawartość antytoksyny w komórkach zarodkowych, narządach i cieczach, w których się wytwarzają komórki te, oraz przez które przechodzą. Liczby wykazały, że płyn, otrzymany przez wyciśnięcie jąder, posiada bardzo niskie miano antytoksyczne, tymczasem gdy płyn pęcherzyków Graafa — to samo prawie miano, co surowica danego zwierzęcia. Ten sam stosunek zachowuje się w wyciągach z narządów i w cieczach narządów rodnych ojca i matki. Jajo zapłodnione w dalszym rozwoju przez pewien czas odżywia się sokiem błony śluzowej macicy, posiadającym miano do 60—70% miana antytoksyny surowicy. Po utworzeniu się łożyska, nie przepuszczającego antytoksyny, nie otrzymuje jej płód z ustroju matki, wprowadzenie znacznych nawet ilości antytoksyny do ustroju matki w tym okresie nie powoduje przenikania antytoksyny do ustroju płodu. Potomstwo uodpornionej matki po przyjściu na świat nie zawiera antytoksyny, otrzymując ją w dalszym ciągu tylko z mlekiem matki. Wydzielina gruczołu mlecznego w okresie początkowym ma wyższe miano antytoksyczne niż miano surowicy (colostrum — siara (klaczy) ma miano 10-krotnie wyższe niż surowica); w okresach późniejszych miano antytoksyczne mleka ulega obniżeniu. Odporność wrodzona zdaniem Dzierzgowskiego przenosi sie na dziecko tylko przez jajo (i w pierwsze dni do wytworzenia się łożyska) oraz z mlekiem matki. Przedostawanie się z mlekiem matki przez przewód pokarmowy możliwe jest dlatego, że nie zawiera on w tym okresie kwasu solnego i pepsyny — nie niszczy antytoksyny.

Spotrzeżeń nad dziedziczeniem odporności dokonywał też Dzierzgowski na ptakach, wykazując rolę żółtka i białka jaja w tym procesie. Systematyczne opracowanie sprawy dziedziczenia przeciwciał, połączone z długotrwałemi spostrzeżeniami, przedstawione zostało w szeregu prac.

W badaniach swoich systematycznych zawartości antytoksyny błoniczej we krwi stwierdził Dzierzgowski, że we wczesnem dzieciństwie miano antytoksyny jest wyższe (odporność bierna) niż w okresie późniejszym, kiedy ulega znacznemu obniżeniu. Dopiero z wiekiem, w wyniku uodpornienia czynnego przez zetknięcie się ze

środowiskiem zakażonem las. błoniczą, wytwarza się znów antytoksyna i gromadzi we krwi (odporność czynna).

Fakty te, otrzymane metodą określania zawartości antytoksyny we krwi, wyprzedziły znacznie spostrzeżenia nad wrażliwością na jad błoniczy, dokonane przez zastosowanie odczynu Schicka. Zasadniczy schemat wrażliwości poszczególnych grup wieku na toksynę błoniczą został ułożony przez Dzierzgowskiego.

Umiłowany temat prac Dzierzgowskiego stanowiły badania uodparniania czynnego w błonicy.

Jeszcze w r. 1896 Dzierzgowski był pierwszym, który stwierdził, że surowica koni zdrowych, nigdy nie uodpornianych, zawiera niekiedy antytoksynę (do 2 jedn. odporn. w 1 cm³). Badania systematyczne na 215 koniach wykazały, że daje się to stwierdzić u 25% koni. W wyniku swoich spostrzeżeń dochodzi Dzierzgowski do wniosku, że odporność przeciwbłonicza koni stanowi wynik zadziałania las. błoniczej. Przypuszczalnie, konie podczas stałego i bliskiego kontaktu z człowiekiem otrzymują od niego las. błonicze, które nie powodując swoistej sprawy chorobowej na błonach śluzowych dróg oddechowych konia i wytwarzając uległą wchłanianiu toksynę, powodują tą drogą wytwarzanie się antytoksyny. To przypuszczenie dało się całkowicie potwierdzić na drodze doświadczalnej — umieszczenie laseczek błoniczych albo toksyny błoniczej na błonie śluzowej nosa koni zdrowych powodowało wytwarzanie się antytoksyny.

Na szeroką skalę spostrzeżenia swoje w tym kierunku przeprowadza Dzierzgowski w stadninach hr. Potockiego na Podolu, gdzie na większym materjale potwierdza podane wyżej wyniki. W pracy swojej podaje ciekawe spostrzeżenia, wykazujące, że przywożone do stadniny z Anglji konie zawierały antytoksynę we krwi, gdy dostarczane dzikie konie arabskie, hodowane zdala od skupień ludzkich, antytoksyny nie zawierały wcale.

W tych pracach swoich wyprzedził Dzierzgowski o dziesięciolecia cały rozwój poglądów epidemjologicznych na znaczenie utajonego, stopniowo w wyniku kontaktu z czynnikiem zakaźnym wytwarzanego, stanu odporności czynnej. Zaledwie w ostatniem dziesięcioleciu ten sposób stopniowego wytwarzania się odporności w większych skupieniach ludzkich znalazł odpowiednie zrozumienie i ocenę. Rolę tego czynnika po raz pierwszy zaznaczył i doświadczalnie wykazał Dzierzgowski.

Wychodząc z założenia, że wytwarzanie stanu odporności biernej — seroterapja — posiada wartość tylko okresową i z natury swojej względną, poszukuje (od r. 1902) Dzierzgowski nowych torów w walce z błonicą. Mówi Dzierzgowski: „Jeśli przyznać powyższe objaśnienia powstawania odporności naturalnej w ustroju (koni) i uprzytomnić sobie całą niemoc odporności biernej w walce z błonicą, to nieodzownie dojdziemy do przekonania, że tylko w odporności czynnej leży przyszłość skutecznej walki z błonicą".

Jako zadanie podstawowe wysuwa nie zwalczanie objawów zakażenia błoniczego, lecz zwalczanie wrażliwości na laseczkę błoniczą, a przeto i epidemji błoniczej, jako czynnika szkodliwego społecznego. Drogę najbardziej racjonalną widzi Dzierzgowski nie w leczeniu choroby, a w zapobieganiu jej drogą szczepień ochronnych.

Punktem wyjściowym były wspomniane wyżej doświadczenia nad wytwarzaniem odporności (samoistnem i sztucznem) u koni przez wprowadzenia las. błoniczych i toksyny na błonę śluzową nosa dróg oddechowych. Na tej samej podstawie i metodyce, która służy do uodparniania koni w celu otrzymania surowicy antytoksycznej, opiera schemat szczepień ochronnych przeciwbłoniczych. Jako antygenu używa toksyny błoniczej. Za wartością praktyczną uodporniania czynnego przemawia też w przekonaniu Dzierzgowskiego jej trwałość. Konie, niegdyś używane do sporządzania surowicy przeciwbłoniczej, w 15 lat później (okres ten pracowały jako siła pociągowa) zawierały jeszcze antytoksynę we krwi i z łatwością po zastrzyknięciu toksyny wytworzyły wysokie miano antytoksyczne, co powinno świadczyć o dużej zdolności komórek ustrojowych do wytwarzania antytoksyny, przechowanej przez okres lat 15. To samo zjawisko spostrzegał Dzierzgowski na sobie w 7 latach po wykonaniu szczepień toksyną.

Cechą charakterystyczną prac Dzierzgowskiego jest to, że spostrzeżenia orjentacyjne i próby uodparniania wykonywał na sobie, zastrzykując w ciągu miesięcy toksynę błoniczą, osiągając dawkę, przekraczającą dawkę śmiertelną dla człowieka. Badając systematycznie miano antytoksyczne surowicy krwi stwierdził, że początkowe niższe niż 0.02 jedn. odp. miano podniosło się do 1 jedn. odp. Odczyn na zastrzyknięcia toksyny błoniczej nie był duży, ciepłota nie podnosiła się wyżej niż do 37,3°.

Fakt ten oceniać należy z uwzględnieniem perspektywy czasu — 25 lat temu toksynę błoniczą uważano jako czynnik wyjątkowo niebezpieczny i szkodliwy.

Z badań tych wynikało, że toksynę błoniczą bez szkody dla ustroju można stosować do uodparniania człowieka, że systematyczne stosowanie toksyn daje możność wprowadzenia ilości potrzebnej do wytworzenia się stanu odporności, że człowiek posiada słabą, stosunkowo, zdolność wytwarzania antytoksyny.

Metodyka uodparniania, podana przez Dzierzgowskiego nie znalazła odpowiedniego zrozumienia i nie weszła w praktykę epidemjologiczną. Zarzucano jej przedewszystkiem niebezpieczeństwo dużych dawek stosowanych na sobie przez Dzierzgowskiego, tak silnego czynnika, jakim jest toksyna błonicza, oraz konieczność stosowania licznych zastrzyknięć.

Współpracownik Dzierzgowskiego, Bołdyriew, usunął pierwszą przeszkodę otrzymując na sobie przez stosowanie małych dawek toksyny wybitne wytwarzanie się antytoksyn bez żadnego odczynu miejscowego. Konieczność powtórnych zastrzyknięć podskórnych toksyny usuwa Dzierzgowski stosując metodykę wprowadzania toksyny przez błonę śluzową nosa (1909) i dróg oddechowych, umieszczając waciki zwilżone toksyną w nosie (co powodowało niekiedy powstawanie nalotów), oraz stosując wziewania toksyny zapomocą przyrządu Parka-Davis, początkowo na sobie stopniowo zwiększane koncentracje toksyny, potem czystą toksynę — po 21 inhal. w ciągu 55 dni miano antytoks. surowicy podniosło się 5-krotnie, odczynu żadnego nie spostrzegał).

Błona śluzowa nosa jako miejsce zastosowania antygenu nadawała się bardzo dobrze do wprowadzenia antygenu, jak to wykazały wyżej wspomniane spostrzeżenia nad wytwarzaniem antytoksyny u koni, którym doświadczalnie na błonach tych umieszczano toksynę błoniczą.

Doświadczenia kliniczne, wykonywane przez Blumenaua (1909) potwierdziły wartość tej metody.

W licznych pracach swoich, w referatach wygłaszanych na rozmaitych zjazdach propagował Dzierzgowski systematycznie i energicznie ideę uodparniania czynnego w błonicy. W jego schemacie jedynie uodparnianie czynne może całkowicie zniszczyć błonicę jako sprawę chorobową. Systematyczne uodparnianie całej ludności zniesie wrażliwość na toksynę błoniczą — epidemje błonicze znikną.

Idee Dzierzgowskiego — „uodpornianie czynne będzie najlepszym orężem w walce z błonicą", „umożliwi ono osiągnięcie zupełnego zaniku błonicy, jako postaci chorobowej" — wcielają się obecnie w życie. Upłynął jednak szereg lat, nim idee te znalazły zrozumienie. W r. 1913 Behring powtarza idee Dzierzgowskiego, proponując antygen w postaci mieszanki toksyny błoniczej z antytoksyną (T : A). W czasie powojennym uodpornienie czynne przeciwbłonicze — szczepienia ochronne — początkowo w postaci mieszanki Behriga, później anatoksyny Ramona znajdują z każdym rokiem szerszy teren zastosowania (przedewszystkiem w Ameryce i Francji).

W roku 1927 Ramon i Zoeller podają jako oryginalną i nową metodę — wprowadzenie antygenu przez błonę śluzową nosa, powtarzając w r. 1909 wprowadzoną przez Dierzgowskiego metodykę.

Był Dzierzgowski jednym z pierwszych wyrazicieli poglądów o dużej przyszłości szczepień ochronych, skoro mówi, że będą one z czasem stanowić jedno z głównych działań programu wychowania.

Prace Dzierzgowskiego, jak to w krótkiem zestawieniu starałem się przedstawić — dotyczyły podstawowych zagadnień związanych z epidemjologją błoniczą. Nowsze badania pod wieloma względami uzupełniły i rozwiązały, niekiedy poprawiły, badania Dzierzgowskiego. Ogrom pracy, wykonanej przez Dzierzgowskiego, wysunął idee podstawowe i te idee, przed 20—25 laty wypowiedziane, stanowią podstawę pracy w dobie obecnej.

Dzierzgowski o dziesięciolecia wyprzedził współczesnych mu badaczy w zrozumieniu i ujęciu zagadnień epidemjologji błonicy.

Trud życia Szymona Dzierzgowskiego stanowi jeden z tytułów do udziału myśli twórczej polskiej we wspólnym dorobku nauki współczesnej.

Postać S. Dzierzgowskiego w perspektywie czasu będzie olbrzymiała. Był on jednym z tych niewielu, którzy myślą swoją mogli sięgnąć daleko naprzód i wytknąć kierunek pracy.

* * *

Przeważająca część prac S. Dzierzgowskiego była ogłoszona w wydawanem przez Instytut Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu, równolegle w językach rosyjskim i francuskim — „Archiv Biołogiczeskich Nauk“ — „Archive de Sciences Biologiques“. Prace te umieszczone w tomach od I do XVII.

Znaczna część prac S. Dzierzgowskiego została uwzględniona i dokładnie omówiona w dziełach: 1) Nitsch R.: Surowice i szczepionki. Warszawa 1921 (w dziale o błonicy) i 2) Andrews, Bulloch, Douglas, Drayer, Filds, Ledingham, Wolf: Diphteria, London 1923.

Bibljografja prac S. Dzierzgowskiego z zakresu błonicy składa się z prac następujących (nie wszystkie prace miałem w ręku w oryginale):

1) Zagadnienia metodyczne:

Arch. de Sciences Biologiques I, 1892: IV, 1895—1896; VI, 1897, XIV, 1909 *Wracz* (ros.) 1895, Nr. 22 i Nr. 51; 1897, Nr. 52; 1899, Nr. 32; *Russkij Wracz* 1910, Nr. 22; 1911, Nr. 43; 1912, Nr. 12; *Ctrlbl. f. Bakteriol* 1897; *Gaz. Lek.* 1919, Nr. 35.

2) Zakres serologji błonicy:

— O zawartości antytoksyny w cieczach ciała oraz poszczególnych narządów koni uodpornionych przeciw błonicy. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., 1897, zesz. 1; Gazeta Lekarska 1897, Nr. 5; Archive de Sciences Biologiques, V, 1897; Archiv f. experim. Path. u. Therap., XXXVIII, 1896.
— Eksperimentalnyja izsledowanija po woprosu ob otnoszenii niekotorych organow k diftier. toksinu. Arch. Biol. Nauk, VI, 1897.
— O stosunku surowicy przeciwbłoniczej do toksyny błoniczej. Gaz. Lek., 1898, Nr. 25; Arch. Biol. Nauk, VI, 1898; Arch. de Pharmacod., 5, 1899.
— K woprosu o sudbie diftierijnago jada w tiele żiwotn. Wracz 1898, Nr. 13.
— De l'action des ferments digestifs sur le serum antidipht. et du sort de celui — ci dans le canal gastro-intestinal. Arch. de Sc. Biol., VII, 1899.
— Przyczynek do sprawy uodperniania zwierząt przeciw błonicy oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej. Gaz. Lek., 1902, Nr. 14—16.
— K woprosu w wwedeniii leczebnych syworotok czeriez priamuju kiszku. Russk. Wracz. 1912, Nr. 35 i 1913, Nr. 10.

3) Sprawa dziedziczenia odporności przeciwbłoniczej:

— Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy. Gaz. Lek. 1900, Nr. 22 i 1901, Nr. 15—16.
— De la transmission de l'immunite artificielle vis-à-vis de la diphtérie des parents aux enfants. Arch. de Sc. Biol., VIII, 1901.
— Contribution a l'étude de l'hérédité dans l'immunite artific. vis-à-vis de la diphtérie. Arch. de Sc. Biol., VIII, 1901.
— W sprawie dziedziczenia sztucznej odporności przeciwko błonicy. Przegl. Lek., 1903.

4) Sprawa odporności czynnej w błonicy:

— K woprosu ob iskusstwiennoj immunizacii protiw diftierii. Archiw Biol. Nauk, VIII, 1900—1901.
— O stosunku własności antytoksycznych krwi do zjawisk ogólnych odporności. Przegląd Lek., 1903 oraz Żurn. russk. Obszcz. Ochran. narodn. Zdrawija 18. II. 1903.
— Przyczynek do kwestji powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznem uodpornianiu ich. Gaz. Lek. 1903.
— L'immunisation active des hommes par injections de toxine dephtérique. Referat na Zjeździe Międzynarod. Higjeny i Demografji — r. 1903.
— Ueber aktive Immunisierung des Menschen gegen Diphterie. Ztschr. f. Immunitätsf. u. exp. Therapie, 1910, II oraz Russkij Wracz 1910, Nr. 22.
— Odporność czynna i bierna przeciwko błonicy. Przegl. Lek. 1911 Nr. 29 oraz Księga Pamiątkowa XI Zjazdu Lek. i Przyrodników polskich w Krakowie 1911.
— W sprawie powstawania antytoksyny przeciwbłoniczej u koni w warunkach ich życia naturalnego. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Naukowego Warsz. 1912, V; Sprawozdanie z posiedzenia Związku Polskiego Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu r. 1912—1913, ogłosz. w Przegl. Lek.; Arch. Biol. Nauk., XVII.
— W sprawie trwałości uodpornienia czynnego przeciw błonicy w ustroju zwierzęcym. Gazeta Lekarska 1913, XXIII i XXIV oraz Russk. Wracz. 1913.
— W sprawie szczepionek ochronnych. Sprawozdanie z posiedzenia Związku Polskiego Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu 1912—1913 r., ogłoszone w Przeglądzie Lek. 1913.
— W sprawie stałości odporności czynnej w ustroju zwierzęcym 1914. Przegląd Lekarski, str. 235.

PRACE ORYGINALNE.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Leczenie cięższych postaci tężyczki parathormonem Collipa *).

Z Oddz. W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prym. Doc. Dr. W. Czernecki.

W leczeniu tężyczki rozporządzamy szeregiem środków, które zależnie od postaci i etjologji są mniej lub więcej skuteczne. Na wielkie jednak trudności natrafialiśmy w leczeniu niektórych postaci tężyczki zarówno u dzieci (idącej szczególnie ze skurczem głośni i stanem rzucawkowym) jak i u dorosłych (tężyczka pooperacyjna, tężyczka ciężarnych i inne), mogących prowadzić nawet do zejścia śmiertelnego.

Mając na uwadze, że tężyczka jest przeważnie schorzeniem na tle niedomogi gruczołów przytarczycznych, już oddawna usiłowano leczyć ją wyciągami z tych gruczołów. Wyciągi te jednak nie wykazywały żadnego działania ani na drodze doustnej, ani pozajelitowej, tak, że zeszłego roku usunięto je zupełnie z farmakopeji amerykańskiej (1). Blum (2) tłumaczy brak działania tych wyciągów tem, że ciałka przytarczyczne nie zawierają czynnego hormonu, tylko hormogen, który dopiero się uczynnia we krwi. Dlatego stosuje on w tężyczce nie wyciągi ciałek przytarczycznych, ale krew czy to w postaci świeżej (200 do 300 cm³), czy pastylek (30 do 40 pastylek Haemokrinin). Dobre wyniki uzyskane przez wielu autorów metodą Bluma zdawałyby się potwierdzać jego teorję. Wnioski te jednak *ex iuvantibus* były tylko pozorne, albowiem równocześnie z metodą Bluma stosowano dietę bezmięsną skąpo-fosforową, która jak wiadomo, sama tylko zastosowana daje w wielu przypadkach dobre wyniki (Dragstedt (3)). Beumer i Falkenheim (4) stwierdzili w swych przypadkach tężyczki, że dodanie już małej ilości mięsa nie mogło, pomimo energicznego leczenia metodą Bluma, zapobiec narastaniu fosforu we krwi, wzmaganiu się pobudliwości elektrycznej, ani pojawieniu się klinicznych objawów tężyczkowych. Dopiero dzięki pracom amerykańskim przeprowadzanym w latach 1924—1925 przez Hansona i jego współpracowników (5) Beermana (6), a przedewszystkiem Collipa i jego współpracowników z Toronto (7) uzyskaliśmy bardzo czynny hormon ciałek przytarczycznych pod nazwą parathormonu lub parathyryny. Dzięki temu doniosłemu odkryciu teorja Bluma została obalona. Tak tedy próby prowadzone od lat kilkudziesięciu nad uzyskaniem czynnego hormonu ciałek przytarczycznych zostały wreszcie uwieńczone pomyślnym wynikiem. Dzięki poznaniu niektórych szczegółów technicznych jak natychmiastowe zamrażanie ciałek przytarczycznych po zabiciu zwierzęcia, przechowanie ich w temperaturze lodowej, wydobywanie wyciągu przy pomocy 5-cio procentowego rozstworu kwasu solnego (nie innego!) Collip zdołał wyosobnić parathormon.

W przeciwieństwie do działania dotychczasowych wyciągów ciałek przytarczycznych (t. j. do roku 1924), parathormon wywiera swoisty wpływ na przemianę wapnia i to zarówno u zwierząt normalnych jak i pozbawionych ciałek przytarczycznych. Wzrost wapnia we krwi po wstrzyknięciu parathormonu jest zjawiskiem tak stałem, a zarazem tak swoistem dla tego hormonu, że posłużył Collipowi do ustalenia t. zw. jednostki parathormonu. Jako jednostkę uważa Collip $^1/_{100}$ część tej ilości wyciągu ciałek przytarczycznych, kóra u psa prawidłowego wagi 20 kg powoduje po upływie 15 godzin wzrost wapnia o 5 mg% w surowicy krwi [1]). Wzrost wapnia występuje już po jednorazo-

---

*) Wedle odczytu wygłoszonego w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem dnia 1 lutego 1929.

[1]) Hanson zarzucając Collipowi, że ustalił swoją jednostkę w warunkach nienormalnych, bo na psach zdrowych, stworzył swoją jednostkę kliniczną na psach pozbawionych ciałek przytarczycznych (Journ. Amer. Med. Assoc. 10, 90, 1928).

wem wstrzyknięciu podskórnem parathormonu. Wysokość wzrostu, szczyt działania i czas trwania działania jest uzależniony nietylko od dawki ale też od rodzaju zwierzęcia (Collip i jego współpracownicy, Herxheimer (8). U psów podobnie jak u ludzi wzrost ten jest bardzo wybitny, ale powolny, okazując szczyt swój pomiędzy 5 a 15 godziną, poczem poziom wapnia powoli opada, dochodząc po 24 godzinach do pierwotnego poziomu. Niekiedy działanie utrzymuje się dłużej. Wedle badań Schultena (9), Beumera i Falkenheima, Süssmana (10), jak i naszych, parathormon powoduje przed rozpoczęciem wzrostu kalcemji, jej przejściowy spadek. Mniejsze dawki parathormonu, powtarzane w krótkich odstępach czasu, powodują wzrost kalcemji daleko wybitniejszy, niźli po jednorazowem wstrzyknięciu większej dawki. Takie wielorazowe wstrzyknięcie parathormonu, przeprowadzane w odstępach czasu, w których hyperkalcemja jeszcze się utrzymuje, może dzięki działaniu zbiorczemu spowodować wzrost wapnia do 15 a nawet do 23 mg%. Przy przekroczeniu wzrostu wapnia ponad 15 mg% występują u zwierząt bardzo niebezpieczne objawy przedawkowania w postaci zespołu hyperkalcemicznego, dotychczas w patologji nieznanego, mianowicie nudności, wymiotów, senności, osłabienia krążenia, śpiączki i zejścia śmiertelnego. Brehme i Görgy (11) stwierdzali po wstrzykiwaniu parathormonu u dzieci rozwolnienie stolców, nudności, wymioty i utratę wagi ciała. Objawy te jednak odnoszą oni nie do zespołu hyperkalcemicznego, albowiem występowały one nierównolegle ze wzrostem wapnia we krwi. Należy pamiętać, że pierwszym objawem przedawkowania są wymioty. Wtedy należy parathormon odstawić i wstrzykiwać roztwór soli fizjologicznej lub 25-cio procentowy roztwór cukru gronowego lub roztwór *natr. bicarb.*, które mają na celu rozcieńczenie wybitnie zagęszczonej krwi i działać antagonistycznie zmniejszając hyperkalcemję (Collip, Stevart-Percival (12). Collip zauważył, że wyleczenie samoistne może nawet nastąpić po osiągnięciu poziomu 23 mg% wapnia. Zejście śmiertelne występuje najprawdopodobniej wskutek bardzo utrudnionego krążenia krwi i uszkodzenia nerek, czego wyrazem jest wzrost mocznika, azotu pozabiałkowego i fosforu we krwi. U ludzi, o ile z piśmiennictwa dostępnego nam wiadomo, nie spostrzegano dotychczas występowania wybitniejszych objawów typowego zespołu hiperkalcemicznego. Spostrzegaliśmy natomiast uboczne objawy miejscowego działania parathormonu, występujące podobnie jak niekiedy po insulinie, w postaci wyniosłych i swędzących na większej lub mniejszej przestrzeni rumieni skóry.

Wstrzykiwania parathormonu poprawiają bardzo wybitnie stan zwierząt po paratyreoektomji. Działanie na drodze doustnej jest daleko słabsze. Równolegle ze znikaniem objawów klinicznych tężyczki zachowuje się obraz chemiczny krwi, który powraca do stanu prawidłowego. Po zaprzestaniu wstrzykiwań parathormonu objawy kliniczne jak i chemiczne tężyczki wracają, zależnie od ciężkości tężyczki.

W przeciwieństwie do bardzo wielkiej ilości badań przeprowadzonych nad parathormonem u zwierząt (250 doświadczeń samego Collipa) badania u ludzi są stosunkowo nieliczne. Collip i Leith (13) byli pierwszymi, którzy zastosowali z powodzeniem parathormon w tężyczce ludzkiej, a mianowicie w jednym przypadku tężyczki dziecięcej. Później inni autorowie stosowali parathormon w różnych postaciach tężyczki (Lisser i Shepardson (14), Park (15), Beumer i Falkenheim, Rohmer (16), Petty i jego współpracownicy (17), Hoag i Rivkin (18), Brehme i György, Lisser, Smith i Shepardson (19), Leith (20), Gipson (21), Sahlgren (22), Adlesberg (23) i Moll (24), Shol i współpracownicy (25). Z rozległych badań Brehmego i Györga przeprowadzonych nad działaniem parathormonu w tężyczce dziecięcej wynika, że wyciąg Collipa nie wykazuje w większości przypadków poprawy ani w obrazie klinicznym ani chemicznym, przyczem w wielu przypadkach powoduje występowanie ubocznych objawów toksycznych. Z tego powodu wypowiadają się oni przeciw wartości parathormonu w leczeniu tężyczki dziecięcej, polecając uciekać się do dawnych wypróbowanych środków jak np. przetworów wapna. Przeciwnie inni autorowie jak Leith i Moll stwierdzili bardzo korzystny wpływ parathormonu na tężyczkę dziecięcą. Naprzykład w przypadku Molla u dziecka 8-o miesięcznego występowała bardzo ciężka tężyczka ze skurczami kończyn, skurczem głośni, skurczem zwieracza pęcherza i stanem rzucawkowym; po zastosowaniu dwa razy po 10 jednostek parathormonu wszystkie objawy tężyczki znikły, a równolegle z tem poziom kalcemji z 5 mg% podniósł się na 9 mg%. Podobnie doskonałe działanie stwierdzili Beumer i Falkenheim u dziecka 3-letniego z tężyczką idjopatyczną. Zresztą sami Brehme i György mogli to samo zauważyć u dziecka 7-io letniego z tężyczką idjopatyczną. Niekiedy z poprawą obrazu klinicznego nie przebiega równolegle chemiczny obraz krwi. Np. w przypadku Rohmera po zastosowaniu parathormonu wapń podniósł się wszystkiego z 8 na 8,8 mg% [2]), a mimo to wszystkie objawy tężyczki ustąpiły. Różnica zdań i spostrzeżeń odnośnie do działania i wartości parathormonu w leczeniu tężyczki dziecięcej wynika stąd, że tężyczka dziecięca często nie jest etjologicznie związana ze schorzeniem inkretologicznem ciałek przytarczycznych. Pozostaje ona bowiem często w silnym związku z krzywicą. Już dzisiaj możemy tedy powiedzieć, że w tych przypadkach tężyczki dziecięcej, w których występuje ona na tle krzywicy, parathormon zwykle zawodzi, natomiast środki przeciwkrzywicowe jak wigantol działają bardzo korzystnie. W innych zaś przypadkach tężyczki bez tła krzywicowego, środki przeciwkrzywicowe, w przeciwieństwie do spostrzeżeń Hottingera (26), Sterna (27) i innych, zawodzą zarówno u ludzi (Beumer i Falkenheim, Dennig (28), jak i u zwierząt pozbawionych ciałek przytarczycznych (Swingle-Rinhold (29), Pincus, Petersen i Kramer (30), Jones (31), Hess-Shermann (32). W przeciwieństwie do tężyczki dziecięcej z tłem krzywicowem, parathormon wykazuje bardzo wybitny wpływ na tężyczkę idjopatyczną zarówno u dzieci jak u dorosłych. Szybka poprawa chemicznego i klinicznego obrazu w tężyczce po zastosowaniu parathormonu dowodzi, że w tężyczce idjopatycznej mamy do czynienia ze schorzeniem dokrewnem ciałek przytarczycznych, a nie z zatruciem gwanidynowem. Jeżeli w rzadkich przypadkach tężyczki idjopatycznej parathormon nie wywołuje poprawy, to widocznie w takich przypadkach odgrywa rolę nietyle schorzenie dokrewne ciałek przytarczycznych, ale schorzenie bardziej powikłane, wielogruczołowe, lub też zaburzenie wyższych ośrodków mózgowych, jak na to zdaje się wskazywać przypadek Sahlgrena.

W przypadkach tężyczki pooperacyjnej parathormon działa bardzo wybitnie (Lisser i jego współpracownicy, Adlersberg). Szczególnie zasługuje na uwagę działanie parathormonu w cięższych postaciach tężyczki pooperacyjnej, mogącej doprowadzić nawet do zejścia śmiertelnego, pomimo zastosowania wszystkich dotychczas nam znanych środków przeciwtężyczkowych. Jedynie może niekiedy skuteczną homoioimplantacja ciałek przytarczycznych wykazuje działanie dopiero po pewnym czasie, tak, że, pomimo tego zabiegu, mogłoby w bardzo ciężkich przypadkach w międzyczasie nastąpić zejście śmiertelne; pozatem działa ona tylko przejściowo a w końcu natrafia się na duże trudności w uzyskaniu odpowiedniego materjału do wszczepienia. Tem większe znaczenie posiada odkrycie parathormonu, którego wspaniałe działanie hormonalne można jedynie porównać z działaniem insuliny. Wprawdzie działanie parathormonu jest również przemijające, to jednak przez powtarzanie dawek *in dosi refracta* można przeciwdziałać skutecznie nawrotowi objawów tężyczki.

Bardzo skąpa ilość spostrzeżeń poczynionych nad działaniem parathormonu w tężyczce pooperacyjnej (Lisser i jego współpracownicy, Adlersberg) skłania nas do przedstawienia dwóch naszych przypadków.

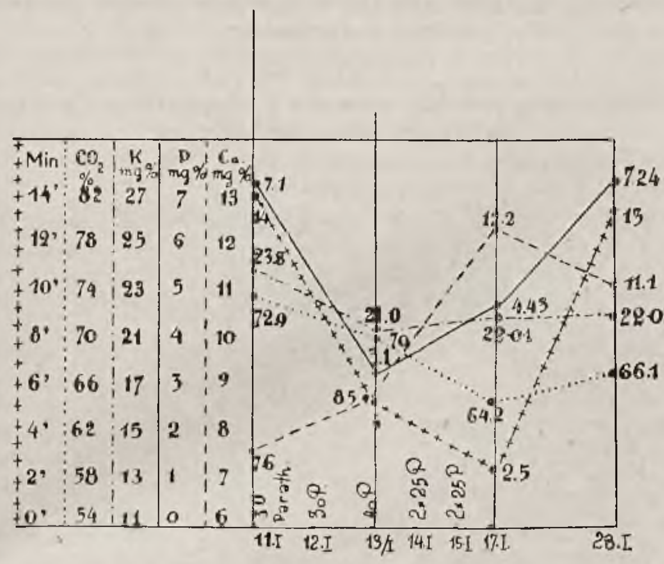
U osobnika M. D., lat 26, po operacji wola *(struma parenchymatosa recidiv.* z przemianą spoczynkową + 2%) wystąpiły dnia 7. I. 1929 cięższe objawy tężyczki w postaci bardzo bolesnych skurczów rąk i stóp, skurczu mięśni przywodzących kończyn dolnych, duszności i bardzo silnego objawu Chwostka. Pomimo zastosowania przetworów wapnia doustnie i dożylnie poprawa zaznaczyła się tylko nieznacznie. Badanie krwi z dnia 11. I. 1929 (p. ryc. 1.) po jednodniowej przerwie leczenia wapnem wykazało: 7,6 mg% wapnia w osoczu krwi *) (Clark), 23,85 mg% potasu w surowicy krwi (Kramer), 7,1 mg% fosforu nieorganicznego w surowicy krwi (Bell-Doisy) zapas zasad 72,9% CO_2 (Van Slyke), czas krzepnienia 14 minut (Morawitz-Bierich). Dnia 11. I. 1929 o godzinie 7-mej wieczorem wstrzyknięto podskórnie 30 jednostek parathormonu Collipa. Na drugi dzień rano zaznaczyła się bardzo wybitna poprawa. Duszność oraz skurcze bolesne rąk i nóg ustąpiły. Dnia 12. I. 1929 wstrzyknięto wieczorem ponownie 30 jednostek. Dnia 13. I. stwierdza się tylko lekko

---

[2]) Być może, że w takich przypadkach tężyczki zaznacza się wybitniejszy wzrost wapnia zjonizowanego.

*) Tego rodzaju obniżenie poziomu wapnia stwierdza się bardzo często w przewlekłych postaciach tężyczki, bez zaznaczania się wyraźniejszych objawów klinicznych. Należy za Boothy (33) przyjąć że w przewlekłej tężyczce ustrój przyzwyczaja się do obniżonego poziomu wapnia i w przeciwieństwie, do takiej hypokalcemji występującej w ostrej tężyczce pooperacyjnej, nie reaguje występowaniem klinicznych objawów tężyczkowych.

zaznaczony objaw Chwostka oraz występowanie objawu Trousseau po 4-ech minutach. W miejscu wstrzyknięcia stwierdza się lekko bolesny, swędzący i zaczerwieniony obrzęk skóry. Badania krwi z tego dnia wykazało: 8,5 mg% wapnia, 21,0 mg% potasu, 3,1 mg% fosforu, zapas zasad 70% CO_2, czas krzepnienia 5 minut. Wieczorem wstrzyknięto 40 jednostek. Dnia 14. I. 1929: Brak wszelkich objawów tężyczki, ani Chwostek, ani Trousseau nie dają się wywołać. Przez okres 14 i 15. I. wstrzyknięto dwa razy po 25 jednostek parathormonu podskórnie w odstępach



Rys. 1.

—————— Ca — wapń w surowicy krwi w mg%
—————— P — fosfor nieorg. w surowicy krwi w mg%
—.—.—.— K — potas w surowicy krwi w mg%
.... CO_2 % zapas zasad
+ + + + + + czas krzepnienia w minutach
P — Parathormon w jednostkach

12-tu godzinnych. Nie stwierdziliśmy ani objawów tężyczki, ani zespołu hyperkalcemicznego. Jedynie z ubocznych objawów zwraca uwagę rozszerzanie się swędzącego i wyniosłego rumienia na znacznej przestrzeni skóry w okolicy, w której wstrzykiwano parathormon. Po dniu przerwy w leczeniu badanie krwi ze 17. I. wykazało: 12,2 mg% wapnia, 22,01 mg% potasu, 4,45 mg% fosforu, zapas zasad 64,2% CO_2, czas krzepnięcia 2,5 minut. Z uwagi na korzystny stan kliniczny i chemiczny krwi odstawiono parathormon. Dnia 28. I.: stan bardzo dobry, objaw Chwostka nie daje się wywołać, objaw Trousseau występuje dopiero po 5 minutach pozatem żadne objawy tężyczki. Badanie krwi: 11,1 mg% wapnia, 22,02 mg% potasu, 7,24 mg% fosforu, zapas zasad 66,1% CO_2, czas krzepnienia 13 minut.

Przypadek 2-gi. — U osobnika W. F., lat 18, po operacji wola (*struma parenchymatosa* z przemianą spoczynkową + 14) wystąpiły dnia 13. XII. 1928 bardzo ciężkie objawy tężyczki: bardzo bolesne skurcze rąk i stóp, skurcz mięśni przywodzących kończyn dolnych, skurcz mięśni twarzy z typowem zaostrzeniem ust, skurcz mięśni żwaczy, nieustanne drżenie włókienkowe powiek, utrudnienie mowy, duszność, skurcz zwieracza pęcherza ze silnem zatrzymaniem moczu, tak, że codziennie musiano cewnikować, ogólny stan ciężki. Mimo zastosowania przetworów wapnia (doustnie i dożylnie) objawy tężyczki pozostały prawie niezmienione. Badanie krwi z 15. XII. 1928 wykazało: 7,1 mg% wapnia, 29,82 mg% potasu, 7.7 mg% fosforu. Dnia 16. XII. wstrzyknięto o 7-mej wiecz. 30 jednostek parathormonu Collipa. O godz. 2-giej w nocy. samoistne oddawanie moczu; rano zaś ogólna poprawa, objawy skurczowe kończyn i na twarzy zmalały, drżenie włókienkowe powiek zmniejszyło się. objaw Trousseau występuje po pół minucie. Dnia 17. XII. 1928 wstrzyknięto o godz. 7 wieczorem 30 jednostek parathormonu Collipa. Na drugi dzień rano wszystkie objawy ustąpiły jedynie utrzymywał się lekko zaznaczony objaw Chwostka i objaw Trousseau (występował po 2-ch minutach), ogólny stan dobry. Odstawiono parthormon. Dnia 18. XII. 1928: stan dobry, lekkie objawy Chwostka i Trousseau. Dnia 21. XII. 1928: wszystkie objawy tężyczki ponownie wróciły, jednakowoż w postaci znacznie słabszej. Należy podnieść, że skurcz pęcherza więcej się nie powtarzał, tak, że mocz odchodził samoistnie bez cewnika. Badanie krwi z tego dnia wykazało: 8,4 mg% wapnia, 29,25 mg% potasu, 6,25 mg% fosforu. Po wstrzyknięciu dwa razy po 30 jednostek w odstępach 24-ro godzinnych przez dwie doby (21. i 22. XII. 1928.) wszystkie objawy tężyczkowe ustąpiły. Stan ogólny tak dobry, iż na żądanie rodziny musiano wypisać przypadek ze szpitala, tak, że niestety dalszej obserwacji podać nie możemy.

Jak widzimy paratthormon wykazał w obu przypadkach tężyczki pooperacyjnej, w przeciwieństwie do przetworów wapnia doustnie i dożylnie zastosowanych, bardzo wybitne działanie zarówno na objawy kliniczne jak i skład chemiczny krwi. Musimy podnieść, że już po jednorazowem wstrzyknięciu 30 jednostek parathormonu obraz kliniczny tężyczki, po niespełna prawie kilkunastu godzinach, zasadniczo zmienił się na korzyść. Szczególnie ustąpiły rychło objawy skurczowe kończyn i twarzy a też w drugim przypadku skurcz pęcherza, podobnie jak to było w przypadku ciężkiej tężyczki u Molla. Po dalszem stosowaniu parthormonu wszystkie objawy ustąpiły, przyczem w pierwszym przypadku objawy kliniczne nie powróciły pomimo trzytygodniowej przerwy w leczeniu, w przypadku zaś drugim, jako daleko cięższym, już po trzytygodniowej przerwie pojawiły się z powrotem prawie wszystkie objawy tężyczki, jednak w postaci dalcko słabszej, przyczem bardzo szybko ustąpiły po ponownem wstrzyknięciu parathormonu. Do pewnego stopnia równolegle z obrazem klinicznym tężyczki, przebiegał obraz chemiczny krwi. Parathormon, poza swojem działaniem podnoszącem poziom wapnia, wykazał też wybitny wpływ obniżający poziom fosforu, który w pierwszym naszym przypadku opadł ze 7,1 mg% na 3,1 mg%. Zasługuje to na uwagę z tego względu, że w doświadczeniach Collipa przeprowadzonych na zwierzętach poziom fosforu nie wykazywał większych wahań po zastosowaniu parathormonu, a dopiero w okresie przedawkowania. prowadzącego do zejścia śmiertelnego występował wybitny wzrost poziomu fosforu. Wedle Cantarowa i jego współpracowników (34) zachowanie fosforu w surowicy u ludzi dorosłych było nie stałe. W przypadku Beumera i Falkenheima poziom fosforu nie ulegał zmianom. w przypadkach zaś Brehnego i Györga fosfor wykazywał lekkie obniżenie lub wogóle brak wahań, tylko w jednym z ich przypadków tężyczki idjopatycznej, równolegle ze wzrostem poziomu wapnia. fosfor opadł bardzo wybitnie (z 8,5 na 4,7 mg%). Uderza jednak w naszym pierwszym przypadku, że po odstawieniu parathormonu, w dwa tygodnie potem fosfor, powrócił do poziomu pierwotnego (7,2 mg%), podczas gdy wapń utrzymywał się na poziomie prawidłowym (12,2 — 11,1 mg%). Natomiast w drugim przypadku równolegle ze wzrostem fosforu zaznaczył się spadek wapnia. Zgodnie z badaniami Collipa i jego współpracowników, Cantarowa i jego współpracowników, Brehmego i Györga parathormon nie wywarł większego wpływu na zapas zasad. Niemniej wedle Hastingsa i Sendroy'a (35), Brehmego i Györga może parathormon wybitnie obniżyć stężenie jonów wodorowych we krwi przy niezmienionym prawie zapasie zasad.

Ze spostrzeżeń wielu autorów jakoteż i naszych wynika, że parathormon Collipa działa bardzo swoiście i wybitnie w kierunku poprawy obrazu klinicznego i chemicznego krwi aż do jego stanu prawidłowego. Takiego działania nie wykazywał dotychczas żaden z przetworów gruczołu przytarczykowego (do r. 1924). Na pytanie, na jak długo parathormon wywiera swoje działanie w przypadkach tężyczki, nie możemy jeszcze ściśle odpowiedzieć; wymagałoby to dalszej i dłuższej obserwacji. Zależeć to będzie nietylko od dawkowania parathormonu, ale też od stanu tężyczki (ile ciałek przytarczycznych usunięto wzgl. ile zostało zgniecionych i t. d.). W okresie przejściowej niedomogi wskutek znacznego uszkodzenia ciałek przytarczycznych parathormon spełnia doskonale rolę zastępczą aż do zupełnej restytucji uszkodzonych ciałek przytarczycznych, wzgl. aż do okresu, w którym pozostałe czy dodatkowe ciałka przytarczyczne nie ulegną przerostowi i nie spełnią czynności zastępczej. W lżejszych przypadkach tężyczki po odstawieniu parathormonu objawy tężyczkowe albo nie wracają, albo zaznaczają się w lżejszym stopniu, tak, że przez doustne stosowanie przetworów wapnia można do ich nawrotu nie dopuścić. Hoag i Rivkin po krótkotrwałem leczeniu parathormonem nie stwierdzili nawrotu objawów po okresie 3 i pół miesiąca w jednym przypadku i 7 miesięcy w drugim przypadku. W cięższych przypadkach tężyczki po odstawieniu parathormonu objawy mogą powracać bardzo szybko, w takich przypadkach należy parathormon stosować zrazu codziennie wzgl. dwa razy dziennie *in dosi refracta* np. 2 × 20 do 2 × 30 jednostek parthormonu podskórnie, w odstępach 12-godzinnych, aż do zniknięcia objawów tężyczki i uzyskania prawidłowego poziomu wapnia w surowicy krwi. Potem można stosować parathormon co 2 — 3 dni raz dziennie kombinując go z doustnem podawaniem wapnia.

W związku z potrzebą przewlekłego stosowania parathormonu należałoby się zapytać skąd się bierze tak znaczny wzrost wapnia w surowicy krwi. Greewald i Gross (36), którzy stwierdzili, po dłuższem stosowaniu parathormonu zwiększony wywóz wapnia i fosforu moczem, przypuszczają, że parathormon uwalnia wapń z kości, a potem może też z innych tkanek. Oczywiście godnem byłoby zastanowienia się, czy takie przewlekłe uwalnianie wapnia z kości i wywóz jego moczem pod wpływem parathormonu, nie byłby połączony ze szkodą dla ustroju. Reiss (37) jednak przypuszcza, że wprawdzie parathormon mobilizuje wapń z tkanek, uważa jednak, że kości nie stoją na pierwszem miejscu. Albowiem hiperkalcemja odbywa się wedle niego w wielkiej mierze dzięki wzrostowi wapnia dyfundującego a dalej, że fosfor nie rośnie lecz opada we krwi. Wedle Reissa, jak i naszych badań, parathormon przyśpiesza wchłanianie wapnia doustnie stosowanego. Podczas bowiem równoczesnego stosowania *calc. chlorat.* i parathormonu występuje wybitniejszy i dłużej utrzymujący wzrost wapnia w surowicy krwi, niźli w okresie stosowania samego tylko wapnia. Dlatego zgodnie z Leitchem jesteśmy skłonni przyjąć, iż w przypadkach tężyczki, zwłaszcza w tych w których stosowanie wapnia zawodzi, należy równocześnie stosować przetwory wapnia doustnie i parathormon pozajelitowo.

Streszczenie.

1) Parathormon Collipa jest czynnym hormonem ciałek przytarczycznych o swoistem działaniu przedewszystkiem na przemianę wapnia, z którem nie może się równać działanie żadnego z dotychczasowych przetworów (suszonych) gruczołu przytarczykowego.

2) W cięższych przypadkach tężyczki, szczególnie pooperacyjnej i idjopatycznej, stosowanie parathormonu jest bezwzględnie wskazane, powodując bardzo szybką poprawę w obrazie klinicznym i chemicznym krwi *).

Piśmiennictwo.

1) Journ. Amer. Med. Assoc. 2, 90, 1928, str. 117. — 2) Blum Pflügers Arch. 1925/208, 316; Studien über die Epithelkörperchen. Jena, 1925; ärztl. Ges. Frankfurt a/M 4 Juni 1928 (Ref. Kl. W. 1928, Nr. 42). — 3) Dragstedt: Endocrinology Vol. VIII, Nr. 5, 1924. — 4) Beumer i Falkenheim: M. m. W. 1926, Nr. 20. — 5) Hanson: Milit. Surgeon 1924, Vol. 21; Ellingson, Bell i Hanson: Proc. of the Soc. f. exp. biol. a. med. 1925, Vol. 21; Hanson: Jour. Amer. Med. Assoc. 10, 90, 1928. — 6) Beermann: Proc. of the Soc. f. exp. biol. a. med. 1924, Vol. 21, Amer. Journ. Physiol. 75, 1926. — 7) J. B. Collip: Journ. of Biol. Chem. Vol. 63, 395, 1925; Collip, Clark i Scott: Ibid. str. 439; Collig i Clark: Journ. of Biol. Chem. Vol. 64, 485, 1925. — 8) Herxheimer: Klin. W. 1927, str. 2268. — 9) Schulten: Klin. W. 1925, str. 2487. — 10) Süssmann: Arch. f. Kinderhl., Bd. 81, H. 2/3, 1927, str. 114. — 11) Brehme i György: Jahrb. f. Kinderhl., 118, Bd. 68, H. 3/4, 1927. — 12) Stevart i Percival: Bioch. Journ. 21, 1927. — 13) Collip i Leith: Canad. Med. Assoc. Jour., 15, 1925. — 14) Lisser i Shaperdson: Endocrinology 1925, Vol. IX, Nr. 5. — 15) Park: Rev. franç. d. pédiatr. Paris, 1, 1926. — 16) Rohmer: Bull. soc. pédiatr. Paris 24, 1926. — 17) Petty, Stoner i Scahffer: Therap. Gaz. 50. 3, 1926 (cyt. przez Brehmego i Györga). — 18) Hoag i Rivkin: Journ. Amer. Med. Assoc. 86, 1926, str. 1343. — 19) Lisser, Smith i Shaperdson: Journ. Amer. Med. Assoc. 7, 1927, (12. II.). — 20) Leith: Canad. Med. Amer. Journ. 17, 1321, 1927. 21) Gipson: Amer. Journ. Dis. Children, 1927, 34, 835. — 22) Sahlgren: Hygiena 18, 1927 (ref. Med. Klinik. 1928, str. 457). — 23) Adlesberg: Gesell. f. inn. Med. Wien, 15. II. 27, (ref. Med. Klinik 1928, str. 462). — 24) Moll: Gesell. der Aerzte in Wien, 24. II. 1928 (ref. Med. Klinik 1928, Nr. 9). — 25) Shol i współpr.: Amer. Journ. Dis. Children. 35. 357, 1928. — 26) Hottinger: D. m. W. 1927, Nr. 37. — 27) Stern: D. m. W. 1927, Nr. 31. — 28) Dennig: cyt. przez Brehmego i Györga. — 29) Swingle i Rhinhold: Amer. Journ. Physiol. 75, 1925. — 30) Pincus Peterson i Kramer: Journ. of Biol. Chem. 68, 1926. — 31) Jones: Ibid Vol. 70. — 32) Hess i Shermann: Journ. Biol. Chem. 73, 1927. — 33) Boothby: cyt. przez Faltę. (Die Erkrankungen der Blutdrüsen, 1928). — 34) Cantarow, Caven i Gordon: Arch. of intern. Med. 38, 1926. — 35) Hastings i Sendroy: Journ. Biol. Chem. 71, 1927. — 36) Greewald i Gross: Journ. Biol. Chem. 68, 1926. — 37) Reiss: 90 Versamml. d. Gesell. Deutsch Naturforscher u. Aerzte, Hamburg, 15—22 September 1928.

*) Po oddaniu naszej pracy do druku, mieliśmy sposobność obserwować 3-ci przypadek tężyczki pooperacyjnej, w którym parathormon wykazał swe wybitne dodatnie działanie. Bliższe spostrzeżenia dotyczące tego przypadku, omówimy na innem miejscu.

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Warszawa.

Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.

Doniesienie II.

O skuteczności środków nerwowych (bromków z chloralem) w leczeniu wrzodu okrągłego.

Z 1-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik Dr. A. Landau.

Kierunki leczenia wrzodu żołądka zmieniały się i zmieniają równolegle do nowych zdobyczy w dziedzinie patogenezy tego cierpienia. Każda nowa hipoteza lub teorja znajduje niemal natychmiast swój odpowiednik w lecznictwie zarówno zachowawczem jak i chirurgicznem.

Jedni, przypisując główne znaczenie w patogenezie wrzodu żołądka działaniu trawiennemu zbyt kwaśnego soku żołądkowego lub przekwaszeniu ustroju, przeładowują chorych zasadami (Sippy); inni, wychodząc z teorji nerwopochodnej, stosują zastrzykiwania wakcyneuryny. Jeszcze inni, ze względu na szybszą regenerację wrzodu, wprowadzają do lecznictwa proteinoterapję. Einhorn, opierając się na teorji mechanicznej, odżywia chorych przez zgłębnik dwunastniczy starając się oszczędzić żołądek. Najnowsze poglądy na rolę zakażenia w etjologji wrzodu powodują wyrywanie zębów, usuwanie migdałków, odkażanie jamy ustnej, wyjaławianie żołądka mlekiem wyjałowionem i wstrzykiwania szczepionek.

Z roku na rok mnożą się coraz to nowe usiłowania lecznicze, a w powodzi tych nowych metod, z których każda posiada pewne uzasadnienie, zaciera się coraz bardziej indywidualne leczenie człowieka chorego. Coraz bardziej zapomina się o tem, że jak niejedna jest przyczyna wrzodu, tak również niejedno jest wskazanie lecznicze.

Nowsze teorje eklektyczne pociągnęły już za sobą metody kompromisu terapeutycznego, a nowoczesna terapja wrzodu żołądka stara się uwzględnić naraz kilka wskazań leczniczych. Łączy się leczenie dietetyczne z podawaniem zasad i leków ściągających, łączy się pozajelitowe wprowadzanie białka z naświetlaniami promieniami Roentgena, kojarzy się leczenie dietetyczne z terapją przeciwbakteryjną i t. d.

Leczenie podobne daje często świetne wyniki, są jednakże przypadki wrzodu niechirurgicznego, gdzie, mimo licznych usiłowań i wszechstronnego napozór leczenia, nie udaje nam się osiągnąć poprawy w stanie chorego.

Przyczyna tego niepowodzenia tkwi przeważnie w zbytniem zasklepianiu się w szemacie leczniczym, w niedostatecznem uwzględnianiu czynnika nerwowego, w pomijaniu indywidualnej wrażliwości chorego na ból trzewny i w niedocenianiu skutków, które on za sobą pociąga.

Jeżeli zważyć, jak to pisaliśmy wyżej, że wrzód żołądka jest często wielkiem błędnem kołem, „cercle vicieux reflexe", gdzie drogą odruchów trzewno-trzewnych, idących za pośrednictwem układu roślinnego, czynnik miejscowy burzy ogólną równowagę wegetacyjną ustroju, a wtórna dystonja układu nerwowego stwarza z kolei gorsze warunki gojenia się wrzodu; jeżeli zważyć, że często tem pierwszem ogniwem, od którego zaczyna się to błędne koło, jest nie czynnik miejscowy, lecz pierwotne zaburzenie równowagi roślinnej, to zrozumiałem się stanie, że nie zawsze leczenie przeciwwrzodowe polegać winno na przerwaniu koła w miejscu samego wrzodu. Jeśli raz po raz, drogą zadziałania na przyczynę miejscową, potrafimy przywrócić zachwianą równowagę roślinną, to jednak nie zapominajmy o tem, że istnieją liczne rzesze chorych, u których zaburzenie równowagi wegetacyjnej jest już tak znaczne, że tylko terapja, skierowana bezpośrednio na układ nerwowy, jest w stanie coś zdziałać i coś osiągnąć.

Istnieje szereg czynników, które wpływają wybitnie ujemnie na przebieg procesu wrzodowego. Tutaj, jak słusznie zaznacza J. Ch. Roux, obok upośledzonego odżywiania i zaburzeń psychicznych, przedewszystkiem wymienić należy stan pobudzenia układu autonomicznego ruchowego, wydzielniczego, a zwłaszcza czuciowego.

Czynnik ten jest, zdaniem naszem, za mało uwzględniany w leczeniu wrzodu okrągłego, i tem się nieraz tłumaczą niepowo-

dzenia leczenia zachowawczego. To też ilekroć nie udaje się nam przerwać łańcucha chorobowego za pomocą środków, skierowanych w stronę ogniska wrzodowego, usiłowania lecznicze pójść winny w kierunku przytępienia składnika nerwowego i obniżenia czuciowej pobudliwości trzewnej.

Środkiem, z którego korzystamy na oddziale w leczeniu przeciwwrzodowem, jest zwykła mieszanka soli bromowych z chloralem.

Godzi się przypomnieć, że dawniejsi lekarze, którzy tak często szafowali rozpoznaniem niestrawności nerwowej żołądka, przepisywali z reguły leczenie bromowe i osiągali nieraz dobre wyniki lecznicze. Poza dawną niestrawnością nerwową bardzo często krył się wrzód żołądka lub dwunastnicy, obecnie łatwiej rozpoznawany, dzięki ulepszonej metodyce badań — to też wynikających stąd konkluzji terapeutycznych nie można ani pomijać, ani o nich zapominać. Z chwilą, gdy zamiast niestrawności nerwowej zaczęto rozpoznawać cierpienie organiczne, leczenie bromowe poszło w niepamięć. W piśmiennictwie nowoczesnem spotyka się wyłącznie tylko luźne wzmianki, dotyczące podawania bromu w przebiegu wrzodu żołądka w okresach podniecenia nerwowego, po krwotokach, w czasie bezsenności i t. d. Jedynie ostatnio ukazała się praca autora hiszpańskiego Fernandez Martineza, który zwraca szczególną uwagę na doskonałe wyniki leczenia stanów nadkwaśności i wrzodu żołądka wyłącznie podawaniem bromku sodu; brom zwłaszcza w połączeniu z chloralem, jest wg. Levena „le meilleur calmant de la sensibilité viscérale".

Do włączenia bromu z chloralem do arsenału środków przeciwwrzodowych już dawno skłoniły jednego z nas (A. Landaua) doskonałe wyniki lecznicze, jakie otrzymywał przy ich pomocy w przypadkach t. zw. postaci rzekomo-uwiądowej wrzodu przyodźwiernikowego, „ulcus à crises tabétiformes".

Przypadki podobne opisali po raz pierwszy Babiński, Hayem, Durand i Chauvet, a u nas Mintz; demonstrował je i omawiał szczegółowo przed paroma laty A. Landau. Odznaczają się one gwałtownemi bólami napadowemi w nadbrzuszu, obfitemi, kwaśnemi wymiotami i zupełną nietolerancją pokarmową, trwającą nieraz po kilka dni i dłużej. Te okresy chorobowe do złudzenia przypominają przełomy żołądkowe tabetyków. Odrębny przebieg wrzodu okrągłego rzekomo uwiądowego Loeper przypisuje t. zw. *gastro-neuritis*, uszkodzeniu zakończeń nerwowych w samej ścianie żołądka przez wrzód drążący, inni autorzy dopatrują się w tem podrażnienia splotu słonecznego i t. d. Jedno jest rzeczą pewną, a mianowicie, że „ulcus à crises tabétiformes" idzie w parze zawsze ze znacznem zaburzeniem równowagi roślinnej, które jest przyczyną niestosunku między bodźcem wywołującym a nasileniem gwałtownem objawów chorobowych.

Przypadki podobne bardzo trudno poddają się leczeniu. Otóż w tych stanach przełomów żołądkowych, tak opornych na wszelkie usiłowania lecznicze, w których ani atropina, ani środki z grupy makowca nieraz nie były w stanie przerwać napadu, brom z chloralem, wprowadzony u niektórych chorych doprostnicowo (z uwagi na uporczywe wymioty), przytłumiając pobudliwość czuciową nerwów trzewnych i przywracając w ten sposób zaburzoną równowagę roślinną, w bardzo krótkim czasie uspakajał gwałtowne ataki bólów i wymiotów.

Zachęceni tak pomyślnymi wynikami, stosować zaczęliśmy brom z chloralem również i w tych przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy, które nie poddawały się zwykłemu leczeniu przeciwwrzodowemu. Założenie było słuszne. Chorzy, którym zwykłe leczenie przeciwwrzodowe, ani nawet proteinoterapja, nie przynosiło żadnej ulgi, zaczynali się w sposób tak jaskrawy poprawiać pod wpływem leczenia, skierowanego na układ nerwowy, że nie ulegało żadnej wątpliwości, że czynnikiem leczniczym było tu przerwanie błędnego koła odruchowego, spowodowane przytłumieniem trzewnej pobudliwości czuciowej.

Na potwierdzenie słów powyższych przytoczymy dwa spostrzeżenia szpitalne z ostatnich miesięcy.

Przypadek 1-y.

Chory A. O., lat 57, zgłosił się na oddział dnia 22. III. 1928 r. z powodu silnych bólów, umiejscowionych w dołku i prawem podżebrzu, wymiotów oraz silnego osłabienia. Choroba obecna zaczęła się przed 5 miesiącami.

W owym czasie chory po raz pierwszy zaczął odczuwać bóle umiejscowione w dołku, promieniujące wzdłuż prawego łuku żebrowego do pleców i do pępka. Bóle te występowały w godzinę do półtorej po jedzeniu, były dość silne i trwały koło 3—4 godzin, zmuszając chorego do kładzenia się do łóżka. Zjawiały się one regularnie po każdem prawie jedzeniu i ustępowały pod wpływem gorących okładów. Mimo, że chory obostrzył dietę, bóle nietylko nie ustępowały, ale wzmogły się tak dalece, że zmusiły go do przerwania pracy i położenia się do łóżka na przeciąg 2-ch tygodni. Jednocześnie choremu zaczęło dokuczać uporczywe zaparcie stolca, które zjawiło się od początku choroby. Pod wpływem diety, leżenia w łóżku i różnych leków bóle w krótkim czasie ustąpiły, jednak na bardzo krótko, gdyż już pod koniec grudnia wskutek nasilenia się objawów bólowych, chory musiał znów powrócić od łóżka. Tym razem bóle trwały w dzień i w nocy, ustępując jedynie pod wpływem zastrzyknięć morfiny. Po pewnym okresie czasu chory zaczął się znów poprawiać, bóle osłabły, zjawiając się tylko po jedzeniu i przemijając po godzinie, dwóch. Względna ta poprawa trwała do końca roku bieżącego. Przed trzema tygodniami znów nastąpiło pogorszenie, bóle stały się tak gwałtowne, że chory musiał się często uciekać do zastrzykiwań morfiny. Ostatnio chory na szczycie bólu dwukrotnie obficie wymiotował treścią zielonkawą.

Bóle te o nasileniu bardzo znacznem trwają do chwili obecnej. Od dwóch tygodni chory odczuwa silną zgagę i palenie po jedzeniu. Stolec ostatnio znów zaparty, spieczony. Apetyt niezły, obawia się jednak jeść ze względu na bóle, które się po tem zjawiają. Od początku choroby znacznie zeszczuplał i osłabł. Nie gorączkował. Ze strony innych narządów skarg nie ma. Przed obecną chorobą był naogół zdrów. 33 lata temu — zakażenie kiłowe. Przez 7 lat z rzędu sumiennie się leczył. Ostatnią kurację przechodził w r. 1918, (30 wcierań i 6 neosalwarsanów). Dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Alkoholu pił mało. Żona i dzieci zdrowe.

Wskutek bezskuteczności dotychczasowego leczenia zgłosił się do szpitala.

Stan przedmiotowy: (23. III. 1928 r.).

Wzrost średni, budowa prawidłowa, waga 61.6 kg, odżywienie niezłe, zabarwienie powłok skórnych blado-różowe. Gruczoły chłonne niepowiększone.

Źrenice równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują dobrze. Jama ustna: język zlekka obłożony, wilgotny, błona śluzowa gardła i łuków nastrzyknięta.

Klatka piersiowa nieco beczkowata, symetryczna, z rozwartym kątem międzyżebr.

Płuca: granice prawidłowe, wypuk jawny, drżenie piersiowe jednakowe z obu stron, oddech pęcherzykowy na całej przestrzeni.

Liczba oddechów: 20 na minutę, typ oddychania mieszany.

Tętno: 72 na minutę, dobrze wypełnione, średnio napięte. Ciśnienie krwi: 95/65 mm rtęci, ciśnienie tętna — 30 mm rtęci.

Serce: wymiary prawidłowe, tony serca przy koniuszku czyste, ciche, u podstawy i w tętnicach szyjnych prawie niesłyszalne.

Jama brzuszna: brzuch miernie wzdęty, na poziomie klatki piersiowej, powłoki nie napięte, obmacywaniem stwierdza się wrażliwość pod wyrostkiem mieczykowatym nieco w prawo od linji środkowej ciała. Wątroba i śledziona niemacalne. Wstrząs okolicy nerkowej obustronnie niebolesny.

Odruchy (kolanowe, Achillesowe, brzuszne) obecne. Czucie powierzchowne i głębokie zachowane.

Mocz: C. wł. 1022, odczyn kwaśny, nie stwierdza się żadnych składników patologicznych.

Zgłębnikowanie żołądka: Naczczo wydobyto 48 cm treści płynnej, zielonkawej, przejrzystej. HCl (L) — 60. Ogólna kwasota (A) — 72, próba Uffelmana — ujemna, próby na krew — ujemne. Pod mikroskopem: nieliczne ciałka Jaworskiego, nabłonki płaskie i pasemka śluzu.

W godzinę po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa wydobyto 100 cm. treści dobrze strawionej, żółtawej. CHl (L) — 65. Ogólna kwasota (A) — 78, próby na krew — ujemne. Pod mikroskopem liczne ziarna skrobi niestrawionej, pojedyncze jądra leukocytów, złuszczone nabłonki płaskie.

Frakcjonowane badanie treści żołądkowej po śniadaniu kofeinowem Katscha (0.2 coffeini puri, 300 cm wody dest. podgrzanej). Naczczo wydobyto 65 cm. treści, HCl — 70, og. kwas. — 95, w pół godz. po śniad. kofein. 30 cm, HCl — 40, og. kwas. — 55, w 1 godz. 35 cm, HCl — 60, og. kwas. — 80, w $1^1/_2$ godz. 30 cm, HCl 73, og. kwas. — 83, w 2 godz. wydobyto 50 cm treści, HCl. — 68, ogólna kwastota — 74.

Badanie kału (otrzymanego przy pomocy lawatywy): barwa brunatna, spoistość płynna, odczyn obojętny. Próby na krew utajoną: benzydynowa-wybitnie dodatnia, pyramidonowa — dodatnia, gwajakowa Webera — słabo dodatnia. Próby na entozoa (wodna, Telemana) — ujemne. Próba Schmidta — dodatnia. Pod mikroskopem: detryt drobnoziarnisty, nieliczne mydła, liczne włókna roślinne, włókien mięsnych niema.

Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego (Dr. Werkenthin): Żołądek naczczo treści nie zawiera. Treść kontrastowa odrazu przechodzi do trzonu żołądka; dzieli się na odcinki ku-

liste z powodu żywego skurczu ścian żołądka. Po wypełnieniu żołądek przyjmuje kształt litery J, sięga na 2 palce poniżej grzebieni biodrowych. Napięcie mięśniówki prawidłowe, ruch robaczkowy żołądka znacznie wzmożony, bardzo głębokie, odcinające fale przebiegają po obu krzywiznach i zaczynają się wysoko na trzonie żołądka. Czynność wydzielnicza wzmożona, po 15 minutach zbiera się warstwa przejrzysta, szerokości 4-ch palców. Część przyodźwiernikowa jest nieco rozszerzona, kurczy się bardzo energicznie, pomimo to treść przez odźwiernik przechodzi b. skąpo. Opuszka dwunastnicy mała, nie daje się wypełnić, zarysy jej nieregularne. Nie stwierdza się bolesności na ucisk.

W 2 godziny: w żołądku $^1/_2$ zaległości. Ruch robaczkowy słaby, opuszki nie można wypełnić. Trochę treści w jelicie cienkiem, reszta w kątnicy.

W 9 godz.: w żołądku $^1/_4$ zaległości w postaci miski, na której nie widać perystaltyki. Kątnica, wstępnica i okrężnica zawierają treść kontrastową, zmieszaną z treścią jelitową.

W 24 godz.: żołądek i jelita cienkie treści nie zawierają. Wypełnione: kątnica, wstępnica, poprzecznica i zstępnica.

Wynik: żołądek o wzmożonej czynności wydzielniczej, znacznie wzmożonym początkowo ruchu robaczkowym, pomimo którego treść skąpo przechodzi przez odźwiernik. Rozszerzona część przedodźwiernikowa. Zaleganie 9-godzinne.

Podejrzenie wrzodu przyodźwiernikowego.

Badanie płynu mózgowo - rdzeniowego: płyn przejrzysty, wodojasny, wydobywa się pod ciśnieniem nieznacznem. Białka — 0.1‰, Próba Nonne-Appelta — ujemna. Ilość białych ciałek — 3 w 1 mm.

Odczyn Wassermanna i Sachs - Georgiego we krwi — ujemny.

Odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym — ujemny.

W przypadku niniejszym dane, otrzymane z wywiadów, badań pomocniczych i badania rentgenologicznego, pozwoliły łatwo ustalić rozpoznanie. Mieliśmy tu do czynienia niewątpliwie z *„ulcus callosum juxta-pyloricum"*.

Ustaliwszy rozpoznanie, zaleciliśmy choremu odpowiednie leczenie, które stosujemy zwykle w przebiegu wrzodu przewlekłego, a mianowicie: dietę płynno - kleikową, codzienne wstrzykiwania podskórne atropiny w dawce 1 mg i natr. kakodyl. (0.1), dalej podawanie do wewnątrz roztworu azotanu srebrowego (0.06: 200.0, trzy razy 1 łyż. stoł.) oraz alkalja w postaci mieszanki alkalicznej. Oprócz tego chory nasz dostawał, w celu zwalczenia uporczywych zaparć dwa do trzech proszków dziennie magnesiae ustae, pulv. rad. rhei aa. 0.5 oraz lawatywy.

Pod wpływem obostrzonej diety oraz leczenia tego stan chorego w ciągu kilku dni poprawił się. Bóle ustąpiły prawie zupełnie, zgaga i palenie w przełyku zmniejszyło się i chory przybrał około $^1/_2$ kg na wadze. Poprawa ta jednak była bardzo krótkotrwała. Już w 10 dni po przybyciu do szpitala znów powróciły gwałtowne bóle w dołku, a towarzyszyły im silne mdłości. Bóle te trwały dzień i noc, nie pozwalając choremu zasnąć. Badanie kału, powtórzone dnia 4. IV. 1928 r. pozwoliło stwierdzić ponownie wybitnie dodatnie odczyny na krew utajoną. Nazajutrz bóle te o gwałtownem nasileniu pojawiły się znowu, zmuszając chorego do przepędzenia bezsennej nocy, a ustąpiły dopiero nad ranem po wstrzyknięciu pantoponu.

Wobec bezskuteczności leczenia dotychczasowego odstawiliśmy azotan srebra i przeszliśmy na leczenie bizmutowe, do którego dołączyliśmy dwa zastrzyknięcia dopośladkowe mleka, podając prócz tego dalej alkalja i atropinę. Pod wpływem leczenia tego nasilenie bólów osłabło nieco, mimo to jednak trwały one dalej, potęgując się od czasu do czasu i zmuszając nas nieraz do wstrzykiwania pantoponu. Odczyny na krew utajoną w kale, powtarzane co drugi dzień, wypadały stale dodatnio.

Tak sprawa trwała do dnia 19. IV. 1928 r. Dnia tego bóle nasiliły się znów znacznie, dołączyły się do nich obfite wymioty treścią kwaśną, zielonkawą. Próby na krew utajoną w kale nadal wybitnie dodatnie. Obmacywanie brzucha wykazało dnia tego znaczną wrażliwość w dołku.

Wobec tego, że leczenie energiczne ściśle przeciwwrzodowe, trwające już 4 tygodnie, nie dawało żadnych wyników, zastosowaliśmy środki nerwowe — brom z chloralem. Podając nadal mieszankę alkaliczną i wstrzykując w dalszym ciągu atropinę, zaleciliśmy choremu przyjmować codziennie 3 do 4 łyżek mieszanki bromowo - chloralowej (Sol. natrii bromati e 12.0 — 200.0, Chlorali hydrati 4.0 w $^1/_2$ szklance wody). Pod wpływem leczenia tego nastąpiła nagła wprost zmiana w stanie chorego.

Przytoczymy dane z karty szpitalnej:

21. IV. Stan chorego znacznie pomyślniejszy. Od dwóch dni bóle zmniejszyły się znacznie. Przy obmacywaniu nieznaczna wrażliwość w dołku utrzymuje się nadal.

22. IV. Odczyn na krew utajoną w kale słabo dodatni. Od czasu do czasu chory odczuwa bóle w dołku o słabem nasileniu. Sen dobry. Mdłości ustąpiły zupełnie.

24. IV. Stan pomyślny, chory czuje się znacznie lepiej. Od czasu do czasu miewa jeszcze tępe gniotące bóle o słabem natężeniu w prawem podżebrzu. Sen dobry.

26. IV. Stan chorego zupełnie pomyślny. Bóle od dwóch dni ustąpiły zupełnie. Apetyt dobry. Próby na krew utajoną w kale: benzydynowa — słabo dodatnia, gwajakowa i pyramidonowa — ujemne. Wrażliwość na obmacywanie w dołku ustąpiła zupełnie.

28. IV. Samopoczucie doskonałe, bólów nie odczuwa, śpi świetnie.

30. IV. Stan chorego nadal zupełnie pomyślny. Bólów nie odczuwa. Zgaga i palenie ustąpiły zupełnie.

2. V. Stan chorego znakomity. Bólów nie odczuwa nadal. Brzuch na obmacywanie zupełnie niewrażliwy. Sen pokrzepiający. Próby na krew utajoną w kale: (benzydynowa, gwajakowa i pyramidonowa) — ujemne.

4. V. Stan bez zmian nadal zupełnie pomyślny.

5. V. Chory na własne żądanie wypisuje się ze szpitala ze znaczną poprawą.

P r z y p a d e k 2-gi (w skróceniu).

Chory J. G., lat 40, zgłosił się do szpitala dnia 10. IV. 1928 r.

Typowe wywiady wrzodowe (kilkutygodniowe lub kilkumiesięczne okresy bólów codziennych, występujących w parę godzin po jedzeniu, o charakterze głodowym, nieraz bóle nocne, budzące chorego ze snu, umiejscowione w linji środkowej ciała ponad pępkiem o trwaniu kilkugodzinnem, częste wymioty, 1—2 razy na tydzień, zjawiające się na szczycie bólu, zgaga, uporczywe zaparcie stolca). Dolegliwości te trwają od lat dwóch. Leczył się kilkakrotnie (dieta, różne lekarstwa, 5 zastrzyków nowoprotiny), — jednak bez wyraźnej poprawy. Przed 10 laty zakażenie kiłowe. Przechodził 5 cyklów leczenia swoistego (bizmut z neosalwarsanem). Ostatnia kuracja przed $^1/_2$ rokiem. W pierwszych dniach marca do dolegliwości poprzednich dołączyła się żółtaczka, przebiegająca z odbarwionemi stolcami, piwnym moczem i silnem swędzeniem skóry.

Na oddział zgłosił się w stanie zupełnego wyczerpania i silnego wychudzenia, wskutek ciągłych bólów w okolicy pępka i w dołku, uporczywych wymiotów, niemożności przyjmowania pokarmu i żółtaczki, która trwa do chwili obecnej.

Badanie przedmiotowe, pozwalające stwierdzić żywą bolesność i napięcie powłok brzusznych w nadbrzuszu w linji środkowej ciała, badanie treści żołądkowej, wymiocin i kału — wykazujące wybitnie dodatnie odczyny na krew utajoną, wreszcie badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego, wskazujące obecność niszy na małej krzywiźnie żołądka i małą przesuwalność oraz zatarcie konturów krzywizny mniejszej, pozwoliły rozpoznać u chorego naszego obecność wrzodu bliznowatego żołądka, umiejscowionego na małej krzywiźnie. Żółtaczka zaś, która zresztą w krótkim czasie ustąpiła, nie miała zapewne nic wspólnego z zasadniczem cierpieniem wrzodowem i, jak pozwoliły stwierdzić dodatkowe badania pomocnicze (moczu, kału, zawartości bilirubiny i cholesteryny we krwi, odporności czerwonych ciałek krwi i wyniki zgłębnikowania dwunastnicy), miała wszelkie cechy przypadkowej żółtaczki miąższowej.

Mimo wywiadów, wskazujących przebytą kiłę i leczenie swoiste, całokształt kliniczny nie pozwalał odnieść żółtaczki do sprawy kiłowej, ani też uzależnić jej od leczenia salwarsanowego. Rozpoznanie nasze było następujące: *„Ulcus callosum ventriculi ad curvaturam minorem c. perigastritide. Icterus parenchymatosus. Lues tarda"*.

Przebieg kliniczny: Pod wpływem leczenia dietetycznego, zastrzykiwań cylotropiny i ikterosanu, podawania doustnego mieszanki alkalicznej z belladonną oraz lawatyw kroplowych z glukozy, w ciągu 10 dni zawartość bilirubiny w osoczu powróciła do normy, barwniki żółciowe znikły z moczu, a żółtaczka ustąpiła prawie całkowicie.

Dolegliwości jednakże, związane z obecnością wrzodu na małej krzywiźnie żołądka, nie ustępowały zupełnie. Chory odczuwał, jak i poprzednio, gwałtowne bóle w nadbrzuszu, promieniujące do pleców, a ustępujące jedynie po wstrzyknięciu pantoponu z atropiną, co 2—3 dni wymiotował masą często krwawą, próby na krew utajoną w kale były stale dodatnie. Dolegliwości te nie ustępowały zupełnie pod wpływem zaleconego leczenia przeciwwrzodowego (dieta mleczno-kaszkowa, podawanie doustne mieszanki alkalicznej, azotanu srebrowego i wreszcie leczenia bizmu-

towego). Chory nie przybierał na wadze, nie sypiał zupełnie wskutek uporczywych nocnych bólów i był w stanie zupełnego wyczerpania.

Wobec tego dnia 24. IV. 1928 r. zmieniliśmy leczenie. Od dnia tego począwszy, chory zaczął zażywać 4 g calcii carbonici, magnesiae ustae aa. na dzień oraz mieszankę następującą: Sol. natrii bromati e 15.0 — 200.0, kalii jodati 4.0, extr. belladonnae 0.2, chlorali hydrati 4.0 — trzy razy łyżkę stołową w pół szklance wody. Dodatek był uzasadniony obecnością późnej kiły.

Nazajutrz, dnia 25. IV. stan chorego poprawił się już nieco. Bóle w nadbrzuszu osłabły, a sen poprawił się znacznie.

27. IV. Bóle zmniejszyły się bardzo, nie budzą chorego w nocy. Wymioty ustąpiły zupełnie. Próby na krew utajoną w kale (pyramidonowa, gwajakowa i benzydynowa) — ujemne.

29. IV. Samopoczucie znacznie lepsze. Bóle w nadbrzuszu osłabły bardzo. Chory nie wymiotuje. Zgaga i palenie ustąpiły. Sen dobry.

1. V. Stan pomyślny. Od czasu do czasu odczuwa jeszcze słabe bóliki w nadbrzuszu. Nie wymiotuje. Brzuch na obmacywanie niewrażliwy.

3. V. Samopoczucie zupełnie dobre. Bóle i wymioty ustąpiły zupełnie. Sen doskonały. Przez ostatnie 10 dni przybrał 1 kg na wadze. Apetyt dobry. Próby na krew utajoną w kale — ujemne.

Od dnia tego począwszy, dolegliwości chorego ustąpiły zupełnie. Chory leżał u nas jeszcze 3 tygodnie, otrzymując nadal to samo leczenie. Przez cały ten czas bóle i wymioty nie powróciły ani razu, próby na krew utajoną w kale były stale ujemne, bolesność na obmacywanie jamy brzusznej znikła całkowicie, chory zaczął się forsownie odżywiać, przybrał na wadze przez miesiąc 6.2 kg, i dnia 25. V. 1928 r. w stanie zupełnie pomyślnym wypisał się ze szpitala.

* * *

Przykłady te są wielce wymowne, a przytoczyć ich moglibyśmy wiele. W obu tych przypadkach zwykłe leczenie przeciwwrzodowe (dieta, podawanie zasad, azotanu srebra, bizmutu, zastrzykiwania atropiny, a w jednym z nich nawet proteinoterapja) nie były w stanie przerwać burzliwych objawów czynnego wrzodu. Z chwilą kiedy do terapji poprzedniej dołączono brom z chloralem, stan chorych poprawiać się zaczął z dnia na dzień, a z dniem nasycenia jakby ustroju solami bromu wszystkie objawy burzliwe ustąpiły zupełnie.

Podając 3—4 g bromku sodowego i koło 1 g chloralu dziennie, nie przerywaliśmy naogół dotychczasowego leczenia przeciwwrzodowego. Wynikało to z tego, że chcieliśmy zadziałać jednocześnie na oba czynniki, podtrzymujące czynny proces wrzodowy: zarówno na ognisko miejscowe, jak i na składnik nerwowy. Nie przekraczaliśmy dawek dziennych 3—4 g bromku sodowego i 1 g chloralu, gdyż są one całkiem dostateczne do osiągnięcia pożądanego celu leczniczego, a znoszone były zupełnie dobrze. Nie spostrzegaliśmy żadnych objawów zatrucia bromowego lub chloralowego u chorych, leczonych w ten sposób. W żadnym przypadku nie spostrzegaliśmy znaczniejszych objawów skórnych, nieżytowych lub jelitowych, nie występowała apatja i przytępienie myślowe; chorzy nie skarżyli się również na palenie, zależne od działania miejscowego chloralu. Odwrotnie, uderzała nas ich rzeźkość, która odcinała się jaskrawo od dotychczasowej lękliwości, obawy przed bólem i stanu depresji psychicznej.

W ciągu 2—3 dni bóle słabły znacznie, znikając najczęściej po upływie dni 5—6. Palenie w przełyku i zgaga, mdłości i wymioty ustępowały, zmniejszała się wrażliwość uciskowa w okolicy wrzodu, próby na krew utajoną w kale w ciągu niewielu dni stawały się ujemne; sen, przerywany dotychczas napadami bólów stawał się pokrzepiający, a chorzy, którzy dotychczas z obawy przed bólem bali się pokarmów, poczynali odżywiać się forsownie, przybierając na wadze po kilka kilo, (jak to miało miejsce np. w przypadku 2-gim opisanym tutaj, gdzie chory w ciągu miesiąca przybrał przeszło 6 kg).

Fernandez-Martinez, stosując wyłącznie leczenie bromowe w 24 przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy, podnosi także jaskrawą poprawę w stanie tych chorych, znikanie bólów i krwawień oraz zmniejszanie się kwasoty treści żołądkowej. Z naszych spostrzeżeń odnieśliśmy wrażenie, że dodanie do bromku sodu małych ilości chloralu potęguje znacznie działanie bromu i szczególnie przyczynia się do szybszej poprawy chorych wrzodowych.

Jak wytłumaczyć sobie należy wielce dobroczynny wpływ bromu i chloralu u chorych, u których swoiste, że tak powiemy, leczenie wrzodu nie dawało żadnego efektu? Żeby ze zjawiska tego zdać sobie dokładnie sprawę, należy, zdaniem naszem, przedewszystkiem zwrócić uwagę na znaczenie jakie w patologji jamy brzusznej posiada ból trzewny.

Jeżeli dawniej uważano, że ból współczulny wogóle nie istnieje, to obecnie sprawę tę uważać chyba należy za rozstrzygniętą w sensie dodatnim. Badania L. R. Müllera, Bergmanna, Brüninga, Förstera, Leriche'a, Carpentera i t. d. dowiodły niezbicie, że obok bólu mózgowordzeniowego istnieje ból współczulny (Rożkowski), a według niektórych badaczy (Strümpel, Higier) — ból współczulny jest jedynym rodzajem wrażenia bólowego, który ustrój odczuwa.

Ból trzewny różni chorzy odczuwają w różnym stopniu, zależy to głównie od stanu pobudliwości zakończeń trzewnych lub zwojów współczulnych. To też na każdym kroku w klinice spotykamy się np. ze zjawiskiem takiem, że chorzy, których pęcherzyk żółciowy wypełniony jest dosłownie setkami kamieni, odczuwają znikome objawy bólowe, i przeciwnie, są chorzy, u których jeden drobny kamyk daje nieskończenie burzliwe objawy kliniczne. Analogicznie przedstawia się sprawa ze zrostami otrzewnemi: są ludzie, u których na stole sekcyjnym znajdujemy wielkie zrosty otrzewnej trzewnej i ściennej, a którzy za życia nie mieli żadnych lub prawie żadnych objawów bólowych, a znów nie należą do rzadkości przypadki, w których drobny zrost okołopęcherzykowy lub okołodwunastniczy jest krzyżem, dźwiganym przez całe życie.

U chorych, którzy odznaczają się znaczną wrażliwością na ból trzewny i którzy nań oddziaływują głębokiem zaburzeniem równowagi ustrojowej, czynnik ten wymaga szczególnego uwzględnienia w lecznictwie. Wrzód żołądka, w którego genezie pierwotna dysharmonja wegetacyjna odgrywa nie ostatnią rolę, ma szczególne warunki do silnej percepcji bólu współczulnego.

Pozostawiając na uboczu nierozstrzygniętą dotychczas ostatecznie sprawę istoty bólu wrzodowego, nie wdając się w rozważania, czy o powstaniu i sile jego decyduje więcej charakter ubytku wrzodowego lub stopień uszkodzenia zakończeń nerwowych, zachowanie się błony mięsnej czy wreszcie dodatkowe zmiany zapalne, zaznaczyć musimy, że w cierpieniu tem, zgodnie z prawem sumowania się podniet Goldscheidera-Heringa, mamy bezwzględnie do czynienia z obniżeniem progu pobudliwości wrażeń czuciowych. Bodźce, które zwykle znajdują się poniżej progu świadomości, tutaj odczuwane są już jako ból.

Prócz tego, u chorych, do których świadomości stale dochodzi wrażenie bólowe, zlokalizowane zawsze w tem samem miejscu, wytwarza się pewne nastawienie psychiczne na chory narząd: uwaga ich czynna bez przerwy skierowana jest w stronę chwytania sensacji bólowych, pochodzących z żołądka. Podobny stan psychiczny obniża jeszcze bardziej próg pobudliwości wrażenia bólowego, a zarazem, jak słusznie podnosi Katsch, wytwarza pewien stan wtórnej nerwicy żołądka, która po za wzmożeniem pobudliwości czuciowej cechuje się także zaburzeniami ruchowemi i wydzielniczemi. Stan ten, łącznie z zaburzeniami ruchowemi i wydzielniczemi, zależnemi od odruchu trzewno-trzewnego, idącego z samego wrzodu, wytwarza błędne koło odruchowe, utrudniające gojenie się ubytku wrzodowego.

Brom, który jest silnym środkiem, łagodzącym czuciową pobudliwość trzewną (Lewen), łącznie z chloralem podnosi próg wrażeń bólowych i przytępia pobudliwość zakończeń współczulnych. Tą drogą zostają nietylko złagodzone wrażenia bólowe, ale i przywrócona zaburzona równowaga ruchowa i wydzielnicza, co łącznie stwarza lepsze warunki dla gojenia się wrzodu. Tem się tłumaczy zapewne zjawisko, że pod wpływem leczenia bromowo-chloralowego nietylko ustępują bóle i wrażliwość uciskowa okolicy wrzodowej, ale znikają wymioty i ustępują krwawienia. Nie może tu być oczywiście mowy o bezpośrednim wpływie leczenia tego na zabliźnianie się wrzodu.

Podobnie jak w metodzie Nazarowa, wstrzykiwania alkoholu do tętnic żołądkowych i splotów współczulnych znoszą pobudliwość nerwów czuciowych a w ten sposób powodują znikanie objawów bólowych i stwarzają lepsze warunki gojenia się ubytku wrzodowego — tak i w leczeniu bromowo-chloralowem mamy zapewne do czynienia z tą samą blokadą zakończeń czuciowych współczulnych. Nie jest wyłączone, że pierwotne przytępienie pobudliwości czuciowej trzewnej łączy się z ośrodkowem działaniem bromu, a oba te czynniki łącznie powodują zniesienie lub osłabienie odruchów trzewno-trzewnych (zmniejszone wydzielanie kwaśnej treści, zahamowanie odruchowych skurczów odźwiernika i t. d.) i tą drogą umożliwiają szybsze zagojenie się wrzodu.

Bądź co bądź powiedzieć możemy, że efekt leczniczy postępowania naszego jest znaczny i że często dopiero połączenie leczenia miejscowego z terapją bromowo-chloralową jest w stanie przyśpieszyć proces gojenia się ubytku wrzodowego i przywrócić tak zachwianą u tych chorych wiarę w lepszą egzystencję.

Piśmiennictwo, (dotyczące obu doniesień: I-go i II-go).

1) Bergmann: Ulcus pepticum, Handbuch der inner. Medizin, Mohr - Stachelin, 1926, t. III, cz. I. — 2) Katsch: Erkrankungen d. Magens, ibidem. — 3) Gaston Durand: Ulcerations de l'estomac, Traité de Patholog. médic., 1926, Maloine, t. XI. — 4) J. Ch. Roux: Des réactions individuelles dans l'évolution des affect. digestives, ibidem. — 5) A. C. Guillaume: Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies, Masson, 1928. — 6) Fernandez-Martinez: Traitement de l'ulcus gastroduodenal, Masson, 1927. 7) A. Blondel: Hypotension artérielle permanente d'origine idiopathique, Légrand, 1928. — 8) Loeper: Leçons de pathologie digestive, Masson, 1926. — 9) Kylin: Die Hypertoniekrankheiten, Springer, 1928. — 10) Kylin: Med. Klinik, 1927, n. 8. — 11) J. Bauer: Die kostitutionelle Disposition zu inner. Krankheiten, 1921. 12) Mayer-Gottlieb: Die Pharmakologie, 1922. — 13) v. Redwitz: Die Pathogenese d. peptischen Geschwürs, Münch. med. Woch., 1927, 49. — 14) F. Ramond: Les maladies de l'éstomac, Masson, 1927. — 15) Jatrou: Wiener Archiv. f. inner. Medizin, 1921, t. II, str. 535. — 16) Wassethal: Warsz. Czasop. Lekar., 1927, 14. — 17) Mintz: Neurologja Polska, t. VI. 1922 i Arch. f. Verdaungskrank. B. XXXIV. — 18) Martini u. Pierach: Klin. Woch., 1926, 30, 40. — 19) Bocca: cyt. wg. ref. Arch. d. malad. de l'Appar. digest. et de la nutrition, 1926, 7. — 20) Rożkowski: Pol. Arch. Med. Wewn., t. VI, n. 1, 1928. — 21) Balint: cyt. wg. ref. Arch. d. malad. de l'Appar. digest. et de la Nutrition, 1926, 10. — 22) A. Landau, J. Bauer i A. Grochowski: O zatruciu ołowiem, Higjena pracy, 1928, 1. — 23) Weiss: Med. Klinik, 1928, 12. — 24) H. Higier: P. Gaz. Lek., 1926, 20. — 25) Winkelstein: Archives of intern. Medicine, 1926, April. — 26) Duval, Roux, Moutier, Gatelier, Girault: Arch. d. malad. de l'Appar. digest. et de la Nutrition, 1926, 1. — 27) Nazaroff: cyt. wg. ref. Arch. d. malad. de l'Appar. digest. et de la Nutr. 1928, 5. — 28) Konjetzny: cyt. wg. ref. w Arch. d. malad. de l'Appar. digest. et de la Nutr. 1926, 7. i wg. Bergmanna, Ulcus pepticum. — 29) Strauss: Therap. d. Gegenwart, 1925, 5. — 30) Chajes u. Lewin: Med. Klinik, 1928, 22. 31) Gutzeit: Med. Klinik, 1928, 29. — 32) Róbin: Warsz. Czas. Lek. 5, 1924. — 33) Zaorski: Pam. Tow. Lek. Warsz. CXIX, str. 16. — 34) Udaondo: Arch. des Mald. de l'Appar. Dig. et de la Nutr. 8, 1928. — 35) W. E. Gatewood, O. H. Gabler, E. Mutwyler, V. C. Myers: Arch. of Internal Medicine, July, 1928 r.

A. JANIK i M. JURIM. Lwów.

Fiolet goryczki jako środek odkażający drogi żółciowe.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
Dyrektor Prof. Dr. H. Schramm.

Długotrwałe stany gorączkowe i podgorączkowe wywołane zapaleniem dróg żółciowych są mało czułe na działanie stosowanych dotychczas środków leczniczych. Stany te zależnie od stopnia zapalenia mogą być lżejsze, przemijające poniekąd bez następstw lub też ciężkie z następczem ropieniem, grożącem pęknięciem woreczka, posocznicą i t. d.

Duża odsetka chorych na „kamienie żółciowe" zaniedbuje swą chorobę i dopiero z chwilą wystąpienia poważnych objawów zwraca się do lekarza po poradę. Nie każde zresztą cierpienie na „kamienie żółciowe" jest niem rzeczywiście. W wielu przypadkach zwłaszcza wczesnych kiedyto pacjent skarży się na lekkie dolegliwości w okolicy wątroby ma się do czynienia jedynie z zapaleniem dróg żółciowych bez kamicy. Że tak jest rzeczywiście świadczą wyniki operacyjne, nie rzadko bowiem wbrew oczekiwaniu, mimo obecności nawet typowych napadów kolki żółciowej nie znachodzi się w woreczku ani przewodach kamieni.

Wyniki leczenia zachowawczego są mało zadawalniające. Co do wyników operacyjnych to zależą one od wielu czynników. Ogólnie biorąc nie są one również tak pomyślne. Śmiertelność pooperacyjna zależy od stopnia zakażenia i powikłań. Przypadki śmiertelności pooperacyjnej (Enderlen, Hotz, Pribram), wczesne, w których zresztą operujemy rzadko, wykazują jak najmniejszą odsetkę śmiertelności. Powikłane zaś dają około 40% śmiertelności, co należy odnieść do następstw długiego trwania procesu i niemożności zmniejszenia choćby zapalenia przed zabiegiem odpowiedniemi środkami, wobec czego chirurg pracuje w środowisku zakażonem.

Z wymienionych powodów zdania co do rodzaju postępowania przy zapaleniu dróg żółciowych są podzielone. Bo też nie wiadomo, co w danym wypadku byłoby najbardziej korzystne: zabieg czy też leczenie zachowawcze. Powiedzmy otwarcie, że ani jedno ani drugie nie daje wyników zupełnie zadawalniających. Jakież winniśmy zająć stanowisko wobec tak niepewnych wyników jednego i drugiego postępowania? Usunięcie woreczka żółciowego i wewnętrzne sączkowanie przewodu żółciowego wspólnego daje bez wątpienia w znacznej odsetce przypadków zupełne wyleczenie, to jednak w pozostałej wracają napady bolu i zwyżki ciepłoty. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę wyniki leczenia zachowawczego, które nawiasem mówiąc polega na zastosowaniu odpowiedniej diety, spokoju i okładów przychodzimy do przekonania, że uzyskujemy w ten sposób zwykle chwilową zaledwie poprawę. Nawroty w coraz to silniejszej postaci mają miejsce w większości przypadków.

Jak dotychczas sprawę leczenia rozwiązujemy praktycznie w ten sposób, że przypadki lżejsze leczymy zachowawczo, ciężkie (z powikłaniami) operacyjnie.

Kirschner poleca operować przy objawach kolki żółciowej jak najwcześniej, podobnie jak przy zapaleniach wyrostka robaczkowego, by uniknąć przykrych następstw. Zapatrywanie to jest może nieco zanadto skrajne — tembardziej, że w niektórych przypadkach nawet wcześnie operowanych nie uzyskujemy wyleczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu. Klinika nasza stoi na stanowisku, by jednak przypadki wczesne próbować leczyć zachowawczo.

Mając do dyspozycji środek odkażający drogi żółciowe moglibyśmy leczyć lżejsze postacie zapalenia czynnie, niszcząc drobnoustroje w żółci. Dalej moglibyśmy w przypadkach cięższych, w których zabieg operacyjny jest jedyną deską ratunku stosować taki środek przed i po zabiegu, wspierając jego działanie. O samem leczeniu zachowawczem przypadków ciężkich środkami odkażającymi drogi żółciowe, na razie nawet marzyć nie możemy, bo tak silnego i znakomitego środka w najbliższej przyszłości nie wynajdziemy.

Wątroba ma czynność nadzwyczaj złożoną, nie całkiem nam jeszcze znaną; potrafi ona podane środki lecznicze w krótkim czasie przerobić, odbierając im swoiste działanie. Z drugiej strony jeśli nawet znamy substancje, które wydzielając się wątrobą w niezmienionej postaci działają niewątpliwie odkażająco na drogi żółciowe, posiadają one równocześnie właściwości toksyczne tak, że podane w potrzebnej do odkażania ilości mogłyby tylko wywołać niebezpieczne powikłanie, użyte zaś w skąpych dawkach nie działają odkażająco.

Przy rozważaniu więc tego tak doniosłego problemu odkażania dróg żółciowych wyłaniają się następujące kwestje:

Nie znając środka odkażającego w ścisłem słowa znaczeniu, któryby mógł być stosowany we wszystkich przypadkach zapaleń woreczka i przewodów żółciowych dochodzimy do przekonania, że w cięższych przypadkach zabieg operacyjny, jest jedynym sposobem leczniczym, w lekkich i wczesnych natomiast możemy próbować zastosować odpowiednią dietę, tryb życia i lekkie środki odkażające. Tyczy się to również przypadków operowanych, w których dolegliwości nie ustąpiły wzgl. trwają w mniejszem natężeniu. Środek taki będzie miał wartość praktyczną wówczas, gdy będzie posiadał równocześnie działanie odkażające i żółciopędne. Posiadając obie te właściwości przyczyni się tem łatwiej do wyleczenia, że przyśpieszony odpływ żółci i równoczesne działania bakterjobójcze stanowią podstawę leczenia spraw zapalnych dróg żółciowych. Liczne badania pracowniane i kliniczne zdążają ku temu by taki środek uzyskać. Odpowiednio oddzielając i łącząc łańcuchy boczne danej substancji można zmniejszyć jej własności trujące a ponieważ traci ona wówczas na sile odkażania, musimy dążyć do tego, by tę cechę dodatnią utrzymać a ewentualnie nawet zwiększać.

Środkami najbardziej nadającemi się naszem zdaniem do omawianego celu są barwniki. O ich działaniu dezynfekcyjnem pisano już niejednokrotnie. Używano ich do odkażania ran, wrzodów i dróg moczowych. Robiono nawet próby odkażania niemi dróg żółciowych, używając do tego celu błękitu metylenowego, indykarminy, trypaflawiny, fioletu krystalicznego i t. d. bez pomyślnego jednak wyniku, bądź to z powodu bardzo słabej siły odkażania, bądź też z powodu działania trującego.

Zanim przystąpimy do podania wyników naszych doświadczeń zatrzymamy się pokrótce nad florą dróg żółciowych oraz sposobem powstawania ich spraw zapalnych. Dawne zapatrywania, że najczęstszą przyczyną zapaleń dróg żółciowych są prątki duru i okrężnicy, uległy pewnej zmianie. Zakażenie dróg żółciowych od strony przewodu pokarmowego jest możliwe zwłaszcza przy zastoju żółci — to zrozumiałe. Ale już badania przeprowadzone przez Felda wykazały w żółci obecność prątków okrężnicy w 38 proc. a gronkowca w 28,3%. Odsetka więc gronkowca jest wcale

pokaźną. Jedno jest tu nieścisłe, że badania jego były wykonane po śmierci chorego. Badania operacyjne dały już wyniki wykazujące przewagę gronkowca. I tak Huntemüller i Gundermann wykazują je w 48%, Specht zaś w 68%. Dziś przeważa zdanie, że zapalenie dróg żółciowych wywołuja raczej gronkowce niż inne drobnoustroje. Dostają się one do wątroby z krwią tętniczą i żylną. Tą drogą dochodzą one do ściany woreczka, gdzie też znachodzimy je znacznie częściej niż w samem jego świetle. Potwierdzają to badania histologiczne ścian woreczka. Barth znachodzi aż w 77% przypadków wspomniane drobnoustroje w ścianie woreczka nawet wówczas gdy żółć była jałową. Podobnie dostają się bakterje do woreczka z krwią żylną (ż. bramną i wątrobową). Dalej Sudler wykazał liczne połączenia między naczyniami chłonnemi woreczka i wątroby. Mają one też być łącznikiem przez który dostają się drobnoustroje z wątroby do pęcherzyka żółciowego.

Często mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem dróg żółciowych. Np. prątek okrężnicy i gronkowiec lubią tam występować równocześnie. Ich symbioza ma potęgować jadowitość prątka okrężnicy. Fakt ten zaobserwował Vidal i Bezançon. Feld potwierdza prawdziwość tego na własnym materjale sekcyjnym w przypadkach przebiegających niezwykle ostro. W przypadkach zaś przewlekłych znachodził najczęściej same gronkowce.

Na podstawie naszych doświadczeń z licznymi barwikami in vitro i in vivo doszliśmy do przekonania, że do odkażania dróg żółciowych najlepiej się nadaje fiolet goryczki (Gentianaviolet), posiadając stosunkowo znaczną siłę odkażania, przy minimalnem działaniu toksycznem, które w dalszych próbach będziemy usiłowali usunąć zupełnie.

Badania pracowniane.

Rozpoczynając doświadczenia zajęliśmy się barwnikami używanemi w chromocholoskopji t. j. błękitem metylenowym, indygokarminą i czerwienią Kongo. One to jak wykazały badania wielokrotne wydzielają się w znacznej odsetce wątrobą. Dokładne badania jednego z nas (Janika) potwierdziły to: czerwień K. wydziela się prawie w całości wątrobą a błękit metylowy i indygokarmina w znacznej części.

Prócz powyższych trzech barwników zajęły nas również azorubina i fiolet goryczki. Pierwsza wydziela się w całości wątrobą. Co do drugiego to badania nad nim były dość żmudne, tembardziej że myliła nas zmieniona barwa jego po wydzieleniu się do żółci. Mianowicie po dożylnem podaniu 10 cm 1% roztworu fioletu otrzymywaliśmy żółć o barwie ciemniejszej, niż prawidłowa, ale o odcieniu brunatnym, przytem z chwilą ukazania się barwnika w żółci można było zauważyć wzmożone wydzielanie się tejże. Wobec tego doszliśmy do przekonania, że fiolet goryczki wydziela się wątrobą, ale w zmienionej postaci. Jakim zmianom ulega on przechodząc przez ustrój i jaka jest krzywa wydzielania się jego wątrobą nie byliśmy w stanie na razie oznaczyć. Że wydziela się on wątrobą świadczą prócz tego wyniki badań bakterjologicznych, do czego wrócimy.

Mając do dyspozycji szereg barwników, wydzielających się wątrobą, więc posiadających pierwszy nieodzowny warunek do odkażania dróg żółciowych, (przez nie przechodzi i przez pewien czas się w nich utrzymuje) przystąpiliśmy do oznaczenia drugiego t. j.: wykazania, czy nie posiadają one równocześnie działania bakterjobójczego in vitro po wydzieleniu się z żółcią.

W tym celu wykonaliśmy szereg doświadczeń najpierw in vitro: używając wymienionych barwników w stężeniach $^1/_2$ — 1% oraz kultury gronkowca złocistego. Okazało się, że najbardziej odpowiadającym wymogom odkażania dróg żółciowych jest fiolet g., inne natomiast albo wcale nie działały bakterjobójczo, jak czerwień K., azorubina i indygokarmina, albo bardzo słabo, jak błękit metylenowy.

Tabela działania bakterjobójczego fioletu g. przedstawia się następująco:

0.5% roztwór fiotetu goryczki			1% roztwór fioletu goryczki			UWAGA
po 5 min.	po 10 min.	kontrola	po 5 min.	po 10 min.	kontrola	
jałowy	jałowy	b. liczne kolonie gronkowca złocistego	jałowy	jałowy	b. liczne kolonie gronkowca złocistego	w 0.5% roztw. po 5 min. na dziesięć badanych znaleziono dwukrotnie drobne kolonie. w 1% raz nieliczne kolonje po 5 m.

Przytem daje się zauważyć, że przeźroczysta kulka szklana z drobnoustrojami, leżąc przez krótki czas w fiolecie przybiera odcień fioletowy nie dający się spłukać w przeciwieństwie do reszty barwników, które się dają łatwo spłukiwać. Możnaby to ewentualnie odnieść do specjalnego powinowactwa gronkowca do fioletu g.

Teraz przystąpiliśmy do dalszych doświadczeń na zwierzętach by oznaczyć siłę bakterjobójczą żółci, zawierającej wydzielony w niej fiolet. Zwierzęciu podawaliśmy dożylnie 10 cm 1% roztworu fioletu a po trzech godzinach, kiedy barwik znajduje się w woreczku w najsilniejszem stężeniu, otwieraliśmy jamę brzuszną i pobieraliśmy w sposób jałowy żółć zapomocą strzykawki. Z początku staraliśmy się pobierać żółć z wydzielonym w niej barwikiem przez stałą przetokę woreczka żółciowego z podwiązaniem przewodu wspólnego. Ten sposób jednak okazał się nie wygodnym, choćby z tego względu, że trudno nim było otrzymywać żółć jałową.

Z otrzymaną żółcią wykonaliśmy taką samą próbę jak z barwikiem in vitro z następującym wynikiem:

po 5 min.	po 10 min.	kontrola
kilka ledwie widocznych drobnych kolonji	jałowa	bardzo liczne kolonie gronkowca złocistego

Aby się upewnić co do powyższych wyników wykonaliśmy końcowe doświadczenia w zakładzie higjeny, które dały wynik podobny.

po 5 min.	po 10 min.	kontrola
nieliczne drobne kolonie gołem okiem jeszcze widoczne.	gołem okiem nie widać kolonji dwie kolonie widoczne za pomocą lupy	bardzo liczne kolonie gronkowca

Należy zatem zanotować, że żółć zawierająca fiolet pozostawiona przez 24 godzin w próbówce, dzieli się na część dolną zawierającą osad i górną płynną o charakterystycznym odcieniu brunatnym, wskazującym na obecność w nim fioletu. Podobny odcień żółci otrzymany in vitro, dodając do niej kilka kropel 1% fioletu.

Fiolet g. był już stosowany w lecznictwie, mianowicie Bull i Meyers podawali fiolet w 3 przypadkach bakterjemji z wynikiem jednak ujemnym, prawdopodobnie dlatego, że użyli bardzo silnego rozcieńczenia, bo 1/10.000. Hinton, stosował roztwór 1% z wynikiem wcale dobrym. Z 11 przypadków miał polepszenie w 7, brak polepszenia w 1 i śmierć w 3. Były to przypadki septikemji. Przy badaniu bakterjologicznem okazało się, że w pierwszych 8 był obecny gronkowiec złoty i biały. Zwraca H. uwagę, że otrzymał dodatnie wyniki w tych przypadkach, w których sprawa była wywołana przez drobnoustroje gramododatnie.

Wreszcie przystąpiliśmy do doświadczalnego zakażenia dróg żółciowych. Trzem psom tej samej wielkości, po otwarciu jamy brzusznej wstrzyknęliśmy do woreczka żółciowego ropę uzyskaną z ostrego ropnia. Po zeszyciu powłok brzusznych podaliśmy jednemu psu dożylnie 10 cm 1% roztworu błękitu met., drugiemu tyleż fioletu g., trzeciemu nic. Dwom pierwszym powtarzaliśmy wstrzykiwania codziennie przez 4 dni. Wynik doświadczenia był następujący: czwartego dnia zginął pies, który nie otrzymywał barwika, sekcja wykazała zlepy sieci w okolicy woreczka żółciowego, który był znacznie skurczony i zapalnie zmieniony. Piątego dnia zginął pies drugi, który otrzymywał błękit. Przez cały okres pooperacyjny był on smutny i powolny a jeść nie chciał, podobnie jak pierwszy. Ponieważ w piątym dniu rozgryzł on szwy w ranie, nastąpiła eventracja. Na sekcji znaleźliśmy woreczek znacznie skurczony. Pies trzeci otrzymujący fiolet, okazywał przez dwa dni niechęć do jedzenia, później jednak stan jego się poprawił, zaczął jeść i biegać. Po 3 tygodniach nie zdradzał już żadnych objawów chorobowych. Doświadczenie to powtórzyliśmy trzykrotnie z podobnym wynikiem.

Przytoczywszy krótko wyniki doświadczalne streśćmy raz jeszcze cel naszej pracy. Bieg myśli naszej był następujący:

Jeżeli fiolet g. wydziela się wątrobą i ma przytem działanie bakterjobójcze, to podawany w pewnych odstępach czasu nawet w dawkach nie dużych, powinien działać korzystnie na sprawę zapalną dróg żółciowych z czterech względów:

1) ponieważ jest środkiem odkażającym i nie traci tej właściwości przechodząc przez ustrój aż do wydzielania się wątrobą,

2) ponieważ pozostaje w drogach żółciowych, zwłaszcza w woreczku przez pewien czas i ulega tam zagęszczeniu, wobec czego siła jego bakterjobójczości wzrasta,

3) działając przytem żółciopędnie co stwierdziliśmy przy fiolecie g. przyspiesza odprowadzenie produktów zapalnych i drobnoustrojów z dróg żółciowych,

4) ponieważ działa specjalnie na drobnoustroje gramododatnie, z powodu powinowactwa, co jest bardzo dobrą jego właściwością, bo one właśnie jak z nowoczesnych zapatrywań wynika wywołują najczęściej sprawy zapalne dróg żółciowych.

Badania kliniczne.

Stwierdziwszy, że fiolet goryczki wydziela się z żółcią, jakkolwiek w zmienionej postaci i barwie jakoteż posiada własności odkażające — przystąpiliśmy do obserwacyj klinicznych.

Fiolet goryczki jak wyżej wspomnieliśmy ulega przeróbce w wątrobie, nie tracąc jednak w zupełności swych własności odkażania. Przerobiony działa jeszcze dostatecznie silnie, jak to potwierdzają przytoczone badania pracowniane i wyniki kliniczne.

O jednej rzeczy zapomnieliśmy wspomnieć. Wiemy jak wielką rolę w procesach fizjologicznych odgrywa t. zw. powinowactwo z wyboru (elektive Affinität). Fiolet goryczki wykazuje powinowactwo wyboru w stosunku do wątroby i bakterji. Podany dożylnie lub doustnie zostaje szybko i w całości wyłapany przez wątrobę, gdzie ulega częściowej przeróbce, co też stwierdziliśmy doświadczalnie. Następuje wydzielanie barwnika do żółci przy wzmożonym odpływie tejże. Nie obojętne jest również powinowactwo z wyboru danego środka wobec bakterji — cecha właściwa dla fioletu goryczki. Cząsteczki jego szybko i intenzywnie wsiąkają w otoczkę bakterji, przyśpieszając jej zabicie. Specjalne powinowactwo wykazuje fiolet wobec koków gramododatnich.

Mimo to że $^1/_2$ — 1% roztwór w ilości 10 — 15 cm podawany dożylnie 5 — 7 kg psom nie wywoływał zupełnie objawów toksycznych, rozpoczęliśmy analogiczne próby na ludziach z wielką ostrożnością mając w pamięci niepomyślne wyniki niektórych autorów, wykazujące silne działanie trujące barwników. To też zaczęliśmy od podawania małych ilości, które w miarę przyzwyczajania się do środka zwiększaliśmy. Przekonaliśmy się, że ostrożnie stosowany jest środkiem stosunkowo niewinnym.

Wobec tego obecnie podajemy bez obawy roztwór $^1/_2$% w ilości 10 — 15 cm co 2 — 3 dni. Działanie jego jest nieraz wybitne i szybkie, co się objawia natychmiastowem obniżeniem ciepłoty. Z powodu uporczywości spraw zapalnych dróg żółciowych, które trwają nieraz całemi miesiącami a nawet z przerwą latami, należy celem stałego odkażania stosować fiolet przez dłuższy czas, najpierw o ile możności jak najdłużej dożylnie, następnie doustnie w postaci:

Rp.

Fiolet goryczki (Gentianaviolett)
fabr. Grübler
in caps. gelatin. à 0,05 — 0,1.

Stosowanie dożylne uzależniamy od stanu ogólnego pacjenta, stanu jego żył i ewentualnych objawów dodatkowych, jakie może wywołać fiolet podany w większej ilości. Objawem tym mogą być: bóle kończyn i głowy, objawy podrażnienia nerek, wysypka skórna i t. d. Przy odpowiedniem doświadczeniu można ich zupełnie uniknąć.

Niebezpiecznych powikłań nie obserwowaliśmy wcale. Należy tylko roztwór jałowo przygotować, dokładnie przesączyć i wprowadzać do żyły powoli. Wstrzyknięty poza żyłę wywołuje silne pieczenie, obrzęk a nawet martwicę skóry jak zresztą każdy środek hypertoniczny.

Przeciwwskazania do stosowania tego środka stanowią ostre sprawy nerek i serca.

Podczas wstrzykiwania i później pacjenci nie doznają żadnych dolegliwości.

W przypadkach ciężkiego ropnego przebiegu przy ewentualnych objawach posoczniczych obserwowaliśmy czasem silną reakcję w postaci zwyżki ciepłoty, co należy odnieść do działania rozpadających się bakteryj.

Jak wspomnieliśmy w razie niemożności podawania dożylnego, stosujemy fiolet doustnie w kapsułkach 2 — 3 razy dziennie. Porcję ranną polecamy brać naczczo i popić szklanką jakiegokolwiek płynu. Wieczorną podajemy conajmniej w godzinę po kolacji.

Już pierwsze objawy działania fioletu są dla pacjenta pomyślne, ponieważ wzmaga się apetyt i reguluje stolec, który zwykle u wspomnianych chorych z powodu stałego zaparcia jest główną troską otoczenia. Po 2 — 3 tygodniach pobierania fioletu pacjenci przestają używać wszelkich środków przeczyszczających. Ciepłota obniża się coraz bardziej w czasie zależnym od stopnia zapalenia.

Nie przypisujemy naszemu środkowi żadnych nadzwyczajnych własności. Musimy sobie jasno zdać sprawę z tego, że leczenie zapaleń dróg żółciowych jest w ogólności bardzo trudne.

Jak dowiodły dokładne badania S p e c h t a znane nam dotychczas środki odkażające drogi żółciowe nimi w rzeczywistości nie są, z powodu zupełnego nie wydzielania się wątrobą lub też w bardzo skąpej ilości, niewystarczającej do odkażania żółci.

Fiolet goryczki ma bezwzględną wyższość nad dotychczasowymi, środkami, z powodu wydzielania się tylko przez wątrobę, (nie byliśmy w stanie wykazać dotychczasowymi sposobami, czy się wydziela też innymi narządami), działania bakterjobójczego, dającego się z łatwością wykazać drogą doświadczalną i przez zastosowanie u ciężko chorych, u których podawane wszelkie możliwe środki okazują się bezskuteczne, wreszcie z powodu dodatkowego korzystnego działania na przewód pokarmowy (apetyt wzmożony, prawidłowy stolec).

Materjał nasz składał się z ciężko chorych, którzy przez odwlekania lub niegodzenie się na zabieg przedstawiali obraz godny pożałowania, jakoteż chorych u których wycięcie woreczka nie usunęło objawów zakażenia. Były to więc przypadki specjalnie ciężkie do leczenia. Chorych z początkowymi objawami zapalenia dróg żółciowych nie mieliśmy do dyspozycji, jakkolwiek ci w pierwszym rzędzie nadają się do tego celu.

Nie będziemy przytaczać długich historyj chorób i obserwacyj naszych chorych które uwzględnimy w innem miejscu. Dotychczasowa liczba leczonych przez nas przypadków wynosi 9. Dla przykładu przytoczymy przypadek, w którym mimo wycięcia woreczka objawy zakażenia dróg żółciowych nie ustąpiły, owszem spotęgowały się znacznie. Stosowano formalnie wszystko, jednak bezskutecznie. Ciepłota o typie przerywanym dochodziła do 40° C, trwając z małemi przerwami trzy miesiące. W końcu wystąpiły objawy posocznicy, z których na plan pierwszy wybiła się żółtaczka hemolityczna. Rozpoczęliśmy stosowanie fioletu najpierw dożylnie potem doustnie.

Oto krótka historja choroby:

Janina Kł. *Cholangitis. St. p. cholecystectomiam.* Cierpi na kamienie żółciowe od kilkunastu lat. W r. 1924 poddała się zabiegowi. Wycięto jej woreczek żółciowy. Przez kilka miesięcy czuła się dobrze. Poczem wystąpiły bóle w okolicy wątroby, ukazała się żółtaczka a ciepłota podniosła się do 40° C. Stan ten trwał około 10 dni. Wspomniane objawy powoli znikły. Następnie czuła się dobrze do września 1925 r., kiedyto nastąpił drugi napad. Dalsze poczęły się ukazywać coraz częściej i o coraz to silniejszem natężeniu. W lutym 1927 wśród silnych dreszczów i wysokiej ciepłoty o charakterze przerywanym wystąpiły kolki w okolicy wątroby, które co kilka dni się powtarzały. Stan stawał się ciężki i beznadziejny tembardziej, że ciepłota nie okazywała skłonności do obniżenia się.

Zaordynowano wstrzykiwania szczepionki pr. okr. co 7 dni. Po pięciu wstrzyknięciach stan chorej się nie zmienił na lepsze, owszem napady stawały się energiczniejsze, wobec czego zaniechano dalszych wstrzykiwań.

Dnia 17. V., 20. V., 22. V. 1926 podano propidon, bez reakcji

Od 4. VI. stan się szybko pogarszał, ciepłota dochodziła do 40,1° C.

Dnia 13. VI. podaliśmy po raz pierwszy 10 cm fioletu. Ciepłota natychmiast obniżyła się, utrzymując się przez dwa dni na wysokości 37° C. Następnie wróciła do poprzedniej wysokości.

Dnia 17. VI. Drugie wstrzyknięcie z podobnym skutkiem. Ciepłota w następnych dniach dochodziła do 39° C. Ogólnie chora czuje się lepiej.

20 i 22. VI. następne wstrzyknięcia.

Z powodów od nas niezależnych nie mogliśmy dalej podawać środka. Ciepłota znowu się podniosła. Stan ogólny znacznie się pogorszył.

Od 21. VII. zastosowaliśmy fiolet doustnie najpierw w ilości 0,1 a później 0,3 dziennie.

Zwyżki ciepłoty wprawdzie dochodziły jeszcze do 39,0, to jednak w większych odstępach czasu. Charakter krzywej ciepłoty przybrał odmienny, bardziej pomyślny wygląd.

Od 14. VIII. ciepłota utrzymuje się na wysokości prawidłowej. Stan ogólny począł się poprawiać. Po dwu tygodniach chora wstała po raz pierwszy od kilku miesięcy. Apetyt wzmożony, stolec zupełnie prawidłowy.

14. IV. 1928 t. j. dwa lata później pacjentka czuła się zupełnie zdrowo. Przybyła na wadze około 10 kg. Z dolegliwości pozostały jedynie ciągnące bóle w kończynach. Fiolet zażywa przez jeden tydzień w miesiącu.

A. G. lat 48. *Cholangitis. St. p. cholecystectomiam.*

Cierpiała na kamienie żółciowe od lat 15-tu. W r. 1926 poddała się zabiegowi operacyjnemu. Usunięto jej pęcherzyk żółciowy. Przez dalsze cztery miesiące czuła się lepiej jednak ciepłota utrzymywała się na wysokości około 37,5° C. Poczem ponowiły się napady bólów w prawym podżebrzu a ciepłota dochodziła czasami do 39° C.

Dnia 7. VI. 1926 rozpoczęliśmy leczenie. Chora otrzymała siedm zastrzyków ½% roztworu F. G. po 10 cm³. Przy końcu drugiego tygodnia ciepłota poczęła opadać. Przy ciepłocie 37° C odjechała do domu.

5. VIII. Ponownie się zgłasza. Przez czas ubiegły czuła się zupełnie dobrze. Przed dwoma dniami wystąpiła lekka żółtaczka. Ciepłota 37,5° C. Nieznaczne bóle w podżebrzu. Wykonaliśmy znowu pięć wstrzyknięć F. G.

Pacjenkę badaliśmy 6 miesięcy później. Stan jej był zupełnie dobry, napadów nie miała, ciepłota prawidłowa, specjalnej diety nie zachowuje.

V. Sonia L. lat 41. *Cholecystisis. Cholangitis.*

Przedtem nie cierpiała na kamienie żółciowe.

Stan ogólny podupadły, ciepłota 40° C, mierna żółtaczka.

Dnia 13. III. 1927. Rozpoczęliśmy leczenie. Otrzymała 6 × po 10 cm³ ½% F. G. Ciepłota obniżyła się już w czwartym dniu do 37,5° C. Ponieważ nie mogliśmy nadal stosować wstrzykiwań poczęliśmy podawać środek per os. Ciepłota opadła do normy w przeciągu trzech tygodni. Żółtaczka znikła zupełnie. Z powodu używania fioletu stolec stał się regularny tak, że chora, która dawniej nie mogła się obejść bez środków przeczyszczających, obecnie ograniczyła się tylko do zażywania naszego środka. Po siedmiu miesiącach stan zupełnie zadawalniający.

VIII. Marja L. lat 39. *Cholelithiasis, cholecystitis.*

Choruje od miesiąca. Po napadzie kolki żółciowej powstała żółtaczka, która się utrzymuje do dnia dzisiejszego. Ciepłota 38,5. Bóle w podżebrzu prawym, stolec gliniasty, zaparty, stan ogólny dość poważny.

Dnia 3. IV. 1927. Podaliśmy dożylnie 7 cm³ F. G.. Ciepłota w następnym dniu podniosła się o trzy dziesiętne, bóle się nieco wzmogły.

Dnia 7. IV. 10 cm F. G. Bóle jeszcze silniejsze, niepokój, silne bóle głowy. Przerwaliśmy leczenie. Chora poddała się zabiegowi. Znaleziono kamień zatykający światło przewodu wspólnego.

Przypadek ten więc nie nadawał się do naszego leczenia.

Badania nasze nie są jeszcze ukończone; fiolet bowiem dzięki swym własnościom zasługuje na dalsze doświadczenia. Barwiki w ogólności są substancjami o nadzwyczaj złożonej budowie; ich chemja nie jest dokładnie i powszechnie znana, mimo że zasługują one na specjalne uwzględnienie. Jedyna ich wada t. j. działanie trujące da się przy odpowiedniej znajomości środka zmniejszyć a nawet usunąć przez wyłączenie względnie zastąpienie grup w łańcuchu bocznym.

Reasumując wyżej powiedziane polecamy stosować fiolet:

1) w przypadkach lekkiego, początkowego zapalenia dróg żółciowych,

2) w przypadkach, w których jest wskazany zabieg mianowicie przed nim, celem przygotowania pacjenta, i po nim, celem dopełnienia jego działania.

3) wreszcie w przypadkach, w których wycięcie woreczka i wewnętrzne sączkowanie nie daje wyniku dodatniego.

Preparat przygotowaliśmy najpierw sami. Obecnie wyrabia go firma Spiess w roztworze ½ i 1% w 10 cm³ fiolkach, jakoteż w kapsułkach po 0,1.

Dr. N. BERLIN. Otwock.

Leczenie tuczące chorych na gruźlicę płuc za pomocą insuliny.

Z Uzdrowiska Miejskiego Warszawskiego w Otwocku
Dyrektor Dr Szczepański.

Insulina zajęła poważne miejsce nietylko w leczeniu cukrzycy, lecz i szeregu innych chorób, między innemi także w leczeniu tuczącem chorych.

Działanie tuczące insuliny tłómaczą różni autorzy w sposób następujący:

Collaro i Dobreff stwierdzili na podstawie licznych doświadczeń, że insulina wpływa na zwiększenie wydzielania soków żołądka i trzustki. Manthnerowi udało się wykazać, że insulina posiada własność zwiększania zdolności wchłaniania błony śluzowej jelit, oraz zdolność wchłaniania przyswojonego pokarmu ze krwi komórek. Banting i Best wykazali po podawaniu insuliny, zwiększenie się ilości glikogenu w wątrobie psów, pozbawionych trzustki. Pucher i Cori stwierdzili na królikach, że insulina obniża ilość cukru we krwi i wolnego cukru w wątrobie z równoczesnem zwiększeniem glikogenu w tejże. Nadto Lesser i Bissinger zauważyli u myszy po podaniu insuliny szybkie znikanie cukru nietylko ze krwi, lecz i z innych organów. Nawiązując do tych doświadczeń, Grafe stwierdził na wycinanych kawałkach wątroby, nerki, serca i innych narządów u myszy, że insulina wzmaga spalenie węglowodanów nietylko w wątrobie, lecz i w całym organizmie. A zatem po insulinie zachodzi w wątrobie proces wzmożonego spalania węglowodanów i pobierania wolnego cukru ze zwiększeniem glikogenu. Prócz tego insulina zwiększa czerpanie węglowodanów ze krwi i z komórek ustroju, potęgując głód tychże na cukier. Nadto insulina wzmaga zapotrzebowanie wody przez tkanki, wskutek spotęgowanej zdolności wiązania glikogenu w komórkach ustroju.

Pierwsze próby z insuliną, jako środkiem tuczącym, przeprowadzili badacze amerykańscy na *dzieciach* dystroficznych, przy jednoczesnem stosowaniu zastrzyków cukru gronowego. Ogłoszone przez nich dodatnie wyniki, zachęciły cały szereg innych badaczy do przeprowadzenia dalszych prób. Jedni uzyskali u dzieci dystroficznych przybytek na wadze i poprawę łaknienia, próby zaś innych dały wyniki ujemne.

Leczenie tuczące dorosłych zapoczątkował Falta, a w ślad za nim zaczęli stosować insulinę Bauer i Nyiri, Vogt, Böckheler i inni.

Wyniki, ogłoszone przez tych autorów, były na ogół zachęcające. Stwierdzili oni dobry wpływ insuliny, jako środka tuczącego u dorosłych, wywołującego znaczny przybytek na wadze i wzmoożenie łaknienia, aż do wzbudzenia uczucia głodu.

Mechanizm powstawania uczucia wzmożonego głodu, tłómaczono zwiększeniem zapotrzebowania cukru w komórkach ustroju, występującem równocześnie z hipoglikemją; przybytek zaś na wadze— zwiększeniem zdolności przyswajania pokarmów.

Prace o stosowaniu insuliny *u chorych na gruźlicę płuc,* jako środka tuczącego, ogłosili Bomer, Unverricht, Ahlenstiel i Piel, Grossfeld, Olszewski i inni. Bodmer otrzymał bardzo dobre wyniki u chorych z nieczynną gruźlicą płuc, u niegorączkujących i w gruźlicy wytwórczej. Grossfeld podaje nawet, że u jego chorych ciepłota podwyższona powróciła do stanu prawidłowego. Olszewski u 8-miu z 23-ech chorych uzyskał prócz poprawy łaknienia i przybytku na wadze, także zmniejszenie się ilości plwociny i kaszlu, znikanie rzężeń oraz ustąpienie potów. Ahlenstiel i Piel natomiast ogłosili wyniki dodatnie tylko u małej ilości chorych ze sprawą dobrotliwą, u pozostałych ze sprawą czynną nie uzyskali ani poprawy łaknienia ani przybytku na wadze, spostrzegali nadto u znacznej ilości chorych zaostrzenia ogniskowe.

Celem nabycia własnego doświadczenia podawaliśmy w naszem Uzdrowisku u szeregu chorych na gruźlicę płuc insulinę.

Wykonywaliśmy zastrzyki insuliny u 30-tu chorych i to u tych, którym nie przybywało na wadze i to przeważnie u chorych z gruźlicą czynną.

Wśród tych 30 chorych było ze sprawą głównie wysiękową 17, głównie wytwórczą 7, w stanie początkowej gruźlicy 6.

Zastrzyki insuliny dokonywano 2 razy dziennie, pół godziny przed obiadem i pół godziny przed kolacją po 5—30 jednostek. Używaliśmy insuliny krajowej i angielskiej A. B. Okres leczenia trwał najmniej 5 dni, a najdłużej 26 dni.

Przypadki nasze w skróceniu przedstawiają się w sposób następujący:

1. M. K., 27 lat (kobieta). — *Phtisis fibro-caseosa-ulcerosa pulmonum chronica progrediens.* Stan podgorączkowy. Waga 43,6 kg. W maju 1928 r. zastrzyknięto chorej insulinę angielską A. B. przez 26 dni po 15—30 jednostek dwa razy dziennie. Uzyskano u chorej znaczne polepszenie łaknienia i przyrost wagi 4.1 kg. Po przerwaniu zastrzyków — stopniowy spadek wagi, zmniejszenie łaknienia.

2. G. K., l. 35, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa secundarie fibrosa.* Stan podgorączkowy. Waga 43 kg. W styczniu 1928 roku zastrzyknięto chorej przez 21 dni insulinę krajową po 10—25 jednostek 2 razy dzienie. Po trzecim zastrzyku łaknienie się nieznacznie poprawiło. W czasie stosowania insuliny chorej przybyło 0.6 kg. Po przerwaniu zastrzyków nastąpił stopniowy spadek wagi, zmniejszenie łaknienia.

3. M. K., l. 31, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa-ulcerosa secundarie fibrosa.* Stan podgorączkowy. Waga 58.3 kg. W styczniu 1928 r. wstrzykiwano choremu przez 18 dni insulinę

krajową po 5—30 jednostek 2 razy dziennie. W czasie zastrzykiwania insuliny polepszyło się łaknienie, choremu przybyło na wadze 2.2 kg. Po przerwaniu zastrzyków insuliny — zmniejszenie łaknienia, wahanie wagi. W sierpniu 1928 r. przystąpiono powtórnie do zastrzykiwania choremu insuliny. Stosowano insulinę angielską A. B. przez 21 dni po 10—25 jednostek 2 razy dziennie. Po pierwszym zastrzyku wystąpiły objawy hipoglikemiczne, a mianowicie: znaczne osłabienie, zimny pot, zawroty głowy, niepokój, nitkowate przyspieszone tętno. Po 14 dniach wystąpiły zaburzenia przewodu pokarmowego, w postaci biegunek. W czasie zastrzykiwań uzyskano przyrost wagi 1.6 kg. Łaknienie na początek znacznie się poprawiło, ku końcowi znów się pogorszyło. Po przerwaniu leczenia tuczącego, chory szybko tracił na wadze, zmniejszyło się znacznie u niego łaknienie. Przystąpiono do stosowania wstrzykiwań *arszeniku.* Znów uzyskano przyrost wagi i znaczną poprawę łaknienia.

4. S. K., l. 19, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa secundarie fibrosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 66.4 kg. W styczniu 1928 r. zastrzyknięto choremu insulinę krajową 2 razy dziennie po 5—20 jednostek. Okres leczenia tuczącego za pomocą insuliny trwał 21 dni. Przez cały czas stosowania insuliny łaknienie nie uległo zmianie. Choremu ubyło 0.4 kg. Po przerwaniu zastrzyków nastąpił dalszy spadek wagi.

5. Ks. S., l. 27, (męż.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa ulcerosa declarata chronica).* Ciepłota prawidłowa. Waga 64 kg. W lutym 1928 r. stosowano choremu przez 21 dni insulinę krajową, po 10—30 jednostek 2 razy dziennie. Łaknienie się polepszyło po czwartym zastrzyku. W czasie zastrzykiwania insuliny, choremu przybyło 1,2 kg. Po zaprzestaniu zastrzyków — stopniowy spadek wagi i zmniejszenie łaknienia. — W maju 1928 r. przystąpiono do powtórnego stosowania insuliny. Wstrzykiwano choremu przez 10 dni insulinę angielską A. B. po 10—25 jednostek 2 razy dziennie. Po drugim zastrzyku łaknienie znacznie się poprawiło. Po 10 dniach u chorego wystąpiła na całym ciele swędząca wysypka o charakterze pokrzywki, która utrzymała się przez 36 godz. Przerwano stosowanie insuliny. W czasie zastrzykiwań choremu przybyło 1.5 kg. Po przerwaniu zastrzyków — ubytek na wadze 2 kg w ciągu miesiąca, zmniejszenie łaknienia.

6. G. K., l. 35, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa secundarie fibrosa.* Stan podgorączkowy. Waga 43 kg. W kwietniu 1928 r. stosowano chorej insulinę angielską A. B. przez 26 dni po 15—30 jednostek 2 razy dziennie. Pół godziny po pierwszym zastrzyku, wystąpiły lekkie objawy hipoglikemiczne. Podczas leczenia tuczącego za pomocą insuliny, osiągnięto przyrost wagi 1.6 kg i znaczne polepszenie łaknienia. Po zaprzestaniu zastrzyków nastąpiło stopniowe zmniejszenie łaknienia przy jednoczesnym powolnym spadku wagi.

7. S. K., l. 19, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa secundarie fibrosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 62.7 kg. W czerwcu 1928 r. zastrzykiwano choremu przez 14 dni insulinę angielską A. B. po 10—30 jednostek 2 razy dziennie. Po pierwszym zastrzyku łaknienie się znacznie poprawiło, tak, iż czasami chory odczuwał silny głód, przeważnie wieczorem. 20 minut po czwartym zastrzyku u chorego wystąpiły lekkie objawy hipoglikemiczne, które powtórzyły się kilkakrotnie. Czternastego dnia po zastrzyknięciu choremu 30 jednostek, dostał on silnego napadu hipoglikemicznego. Wystąpiło ogólne osłabienie, zawroty głowy, niepokój, zimny pot, w końcu chory stracił przytomność. Zastrzyknięto choremu dożylnie 20 ccm cukru gronowego oraz doustnie podano węglowodany w znacznej ilości. Po 30 minutach stan chorego poprawił się. Przerwano zastrzyki insuliny. W okresie stosowania insuliny choremu przybyło 2.7 kg natomiast po przerwaniu zastrzyków łaknienie się znacznie zmniejszyło, waga zaczęła stopniowo spadać.

8. P. K., l. 24, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa-ulcerosa progrediens chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 42 kg. W styczniu zastrzykiwano chorej przez 24 dni insulinę krajową po 10—30 jednostek 2 razy dziennie. Łaknienie lepsze. Chorej przybyło na wadze 1.5 kg. Po przerwaniu zastrzyków — powrotny spadek wagi i zmniejszenie łaknienia.

9. Z. J. ,l. 20, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa-ulcerosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 48 kg. W kwietniu 1928 r. zastrzykiwano chorej przez 26 dni insulinę krajową po 15—30 jednostek 2 razy dziennie. Po trzecim zastrzyku wystąpiły lekkie objawy hipoglikemiczne. Osiągnięto u chorej podczas stosowania insuliny polepszenie łaknienia oraz przyrost wagi 2.2 kg. Po przerwaniu zastrzyków — stopniowy spadek wagi, zmniejszenie łaknienia.

10. K. Z., l. 21, (mężczyzna). — *Tbc. pulmonum incipiens.* Stan podgorączkowy. Waga 55.8 kg. W styczniu 1928 r. zastrzykiwano choremu insulinę krajową przez 21 dni po 5—25 jednostek 2 razy dziennie. Chory przybrał na wadze 5.1 kg. Po przerwie waga utrzymuje się przez dłuższy czas.

11. P. W., l. 38, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa chronica.* Ciepłota prawidłowa. Waga 60 kg. Stosowano u chorego w styczniu r. u. przez 21 dni zastrzyki insuliny krajowej po 5—20 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano przyrost wagi 1.3 kg. Po przerwaniu zastrzyków waga się utrzymuje przez czas dłuższy.

12. P. K., l. 24, (kobieta). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa-ulcerosa progrediens chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 45.6 kg. W kwietniu 1928 r. zastrzykiwano chorej insulinę angielską A. B. przez 22 dni po 15—20 jednostek 2 razy dziennie. Po drugim zastrzyku wystąpiły lekkie objawy hipoglikemiczne. W czasie trwania zastrzykiwań insuliny łaknienie się znacznie poprawiło, nastąpił przyrost wagi 4.55 kg. Po przerwaniu zastrzyków — szybki spadek wagi, zmniejszenie się łaknienia. Po dłuższej przerwie przystąpiono do zastrzykiwania chorej arsenu, poczem nastąpiło znaczne polepszenie łaknienia. Chora zaczęła ponownie przybierać na wadze, tak, iż odzyskała znów wagę osiągniętą podczas leczenia tuczącego za pomocą insuliny.

13. St. J., l. 30, (kob.). — *Tbc. pulmonum incipiens.* Stan podgorączkowy. Waga 46.5 kg. We wrześniu 1928 r. stosowano chorej przez 14 dni insulinę angielską A. B. przyczem pierwsze 10 dni 2 razy dziennie po 10 jednostek. Po drugim zastrzyku chora dostała lekkich objawów hipoglikemicznych. Objawy hipoglikemiczne powtarzały się przez 10 dni, poczem w nocy dnia dziesiątego nastąpił silny napad hipoglikemiczny, trwający kilkanaście minut. U chorej wystąpiło uczucie zdrętwienia dolnej połowy ciała, silne osłabienie, zimny pot, zawroty głowy, mdłości, w oczach mroczki, w końcu omdlenie. Następnego dnia zmniejszono ilość zastrzyków. Podawano dziennie po 10 jednostek. W czasie zastrzykiwań chorej przybyło 1.8 kg. Po przerwaniu zastrzyków — szybki spadek wagi, utrata łaknienia. Poczęto zastrzykiwać arszenik. Łaknienie poprawiło się. Chora zaczęła ponownie przybierać na wadze, tak, iż odzyskała znów wagę, osiągniętą poprzednio.

14. K. M., l. 25, (kob.). — *Tbc. pulmonum incipiens.* Stan podgorączkowy. Waga 56 kg. W styczniu 1928 r. stosowano u chorej insulinę krajową w ciągu 10 dni po 5—20 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano przyrost wagi 1.8 kg. Po przerwaniu zastrzyków — dość szybki spadek wagi. Rozpoczęto po 7 dniach zastrzykiwać codziennie arszenik. Chora zaczęła ponownie przybierać na wadze, tak, iż w ciągu dziesięciu dni odzyskała znów wagę, osiągniętą podczas leczenia tuczącego insuliną.

15. W. St., .l 25, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa-ulcerosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 55.8 kg. Choremu stosowano w styczniu 1928 r. insulinę krajową przez 10 dni po 5—30 jednostek 2 razy dziennie. W czasie wstrzykiwań osiągnięto przyrost wagi 1.7 kg. Po 7 dniach u chorego wystąpiło krwioplucie, trwające trzy dni. Przerwano wstrzykiwania insuliny na przeciąg 10 dni, poczem stosowano dalej insulinę. Krwioplucie się nie powtórzyło. Po zaprzestaniu zastrzyków waga ciała utrzymała się z pewnemi wahaniami na tej samej wysokości.

16. Z. J., l. 20, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa-ulcerosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 49.9 kg. W czerwcu 1928 r. stosowano chorej przez 25 dni insulinę angielską A. B. po 15—30 jednostek 2 razy dziennie. Łaknienie lepsze. Chora przybrała na wadze 2.1 kg. Po przerwaniu zastrzyków — szybki spadek wagi.

17. H. P., l. 25, (mężczyzna). — *Tbc. pulmonum incipiens. Endocarditis chronica sub forma insuficientiae vulvulae mitralis, bene compensata.* Ciepłota prawidłowa. Waga 45.8 kg. W październiku 1928 r. zastrzykiwano choremu przez 7 dni insulinę angielską A. B. po 10—15 jednostek 2 razy dziennie. Chory przybrał na wadze 0.8 kg. Po przerwaniu zastrzyków stopniowy spadek wagi.

18 N. P., l. 31, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa secundarie fibrosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 54 kg. W październiku 1928 r. zastrzykiwano choremu insulinę angielską A. B. przez 10 dni po 15—25 jednostek 2 razy dziennie. Chory przybrał na wadze 0.6 kg. Łaknienie polepszyło się. Po przerwaniu zastrzyków — łaknienie mniejsze. Przerwano leczenie tuczące z powodu wyjazdu chorego.

19. K. F., l. 23, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa ulcerosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 51.4 kg. W styczniu 1928 r. stosowano chorej insulinę krajową przez 13 dni po 5—25 jednostek 2 razy dziennie. *Jednocześnie* chorej zastrzykiwano *arszenik.* Osiągnięto przyrost wagi 0.6 kg. Po przerwaniu zastrzyków insuliny, przy dalszem stosowaniu arszeniku chora stale przybierała na wadze, tak, iż w ciągu kilku tygodni waga dochodzi do 56 kg.

20. S. T., l. 24, (mężczyzna). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa consumptiva progrediens chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 49.2 kg. W maju 1928 r. stosowano przez 8 dni zastrzyki insuliny

krajowej po 10 jednostek 2 razy dziennie. Osiągnięto przyrost wagi 0.6 kg. Chory wypisał się.

21. S. E., l. 25, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa manifesta chronica progrediens.* Stan podgorączkowy. Waga 50.7 kg. W sierpniu 1928 r. zastrzykiwano chorej przez 14 dni insulinę angielską A. B. po 10 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano przyrost wagi 1.1 kg oraz znaczne polepszenie łaknienia. Po przerwaniu zastrzyków — waga utrzymuje się przez pewien czas.

22. W. J., l. 26, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa consumptiva progrediens chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 43.4 kg. W czerwcu 1928 r. stosowano przez 7 dni insulinę angielską A. B. po 10—20 jednostek 2 razy dziennie. W początku leczenia nastąpiło znaczne polepszenie łaknienia, później natomiast chora dostała zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego w postaci biegunek na tle gruźlicy jelit. Przerwano zastrzykiwania insuliny. Chora przybrała na wadze 0.7 kg. Po przerwaniu zastrzyków, waga utrzymuje się przez czas dłuższy.

23. S. J., l. 24, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa progrediens chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 47.1 kg. Chorej stosowano w czerwcu 1928 r. insuline angielską A. B. przez 9 dni po 15 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano wzrost wagi 0.7 kg. Na początku leczenia nastąpiło nieznaczne polepszenie łaknienia, później chora dostała zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego w postaci biegunek. Przerwano zastrzykiwania insuliny. Po zaprzestaniu zastrzykiwań — stopniowy spadek wagi, zmniejszenie łaknienia.

24. W. M., l. 23, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 48 kg. Chorej zastrzykiwano insulinę krajową w kwietniu 1928 r. przez 18 dni po 20—30 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano przyrost wagi 1 kg. Po przerwaniu zastrzyków, stopniowy spadek wagi.

25. S. H., l. 21, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro caseosa chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 53.8 kg. W maju r. u. stosowano chorej zastrzyki insuliny krajowej przez 20 dni po 20—30 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano poprawę łaknienia i przyrost wagi 0.6 kg. Po zaprzestaniu zastrzykiwań — szybki spadek wagi, tak, iż po 10 dniach waga wynosi 52 kg.

26. K. B., l .22, (kob.). — *Phtisis pulmonum fibro-caseosa chronica. Endocarditis chronica sub forma insuficientiae valvulae mitralis, bene compensata.* Stan podgorączkowy. Waga 44.6 kg. Chorej zastrzykiwano w październiku 1928 r. przez 7 dni insulinę angielską A. B. po 10—15 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano wzrost wagi 1.1 kg i poprawę łaknienia. Po 2 zastrzyku wystąpiły lekkie objawy hipoglikemiczne.

27. W. A., l. 27, (kob.). — *Tbc. pulmonum incipiens. Endocarditis chronica sub forma insuficientiae valvularum semilunarium aortae et stenosis ostii aortae bene compensata.* Ciepłota prawidłowa. Waga 49.4 kg. W październiku 1928 r. stosowano chorej przez 7 dni insulinę angielską A. B. po 10—15 jednostek 2 razy dziennie. Uzyskano przyrost wagi 2 kg. Po zaprzestaniu zastrzykiwań waga chwilowo utrzymuje się, łaknienie zmniejszone.

28. Gr. H., l. 27, (kob.). *Tbc. pulmonum incipiens.* Stan podgorączkowy. Waga 43.65 kg. Chorej zastrzykiwano w październiku 1928 r. przez 6 dni insulinę angielską A. B. po 20 jednostek jeden raz dziennie. Łaknienie poprawiło się. Wzrost wagi 0.9 kg. Po drugim zastrzyku wystąpiły lekkie objawy hipoglikemiczne, które powtarzały się przez kilka następnych dni. Przerwano zastrzykiwania insuliny. Następuje szybki spadek wagi, zmniejszenie łaknienia.

29. S. A., l. 26, (mężczyzna). — *Phtisis fibro-caseosa ulcerosa consumptiva, progrediens chronica.* Stan podgorączkowy. Waga 70 kg. W październiku 1928 r. rozpoczęto stosowanie insuliny angielskiej A. B. co drugi dzień po 10 jednostek, raz dziennie. Po każdym zastrzyku występowały lekkie objawy hipoglikemji. Ponieważ chory nie przybywał na wadze, a po 6 zastrzykach waga spadła na 68.8 kg, zastrzyknięto insulinę 2 razy dziennie, po 10 jednostek. Chory dostał w nocy silnego napadu hipoglikemicznego. Wystąpiły: zawroty i bóle głowy, drętwienia dolnej połowy ciała, bóle w okolicy serca, duszność, silne podniecenie, dreszcze, zimne poty, w końcu chory omdlał. Następnego dnia znów zmniejszono ilość zastrzykiwanej insuliny do jednego razu, po 10 jednostek dziennie. Pomimo zmniejszenia ilości zastrzyków, występowały nadal lekkie objawy hipoglikemiczne. Zastrzyki przerwano. W czasie leczenia tuczącego za pomocą insuliny uzyskano przyrost wagi 1 kg. — Apetyt bez zmian. Po przerwaniu — szybki spadek wagi.

30. K. H., l. 24, (mężczyzna). — *Phtisis fibro-caseosa-pulmonum consumptiva progrediens chronica.* Stan gorączkowy. Waga 55 kg. W listopadzie 1928 r. zastrzykiwano choremu insulinę angielską A. B. po 10 jednostek dwa razy dziennie. Po czterech zastrzykach chory dostał napadu hipoglikemicznego, wystąpiły zawroty głowy, niepokój, ogólne osłabienie, zimny pot, bicie serca, w końcu chory stracił przytomność. Następnego dnia po napadzie zmniejszono dawkę dzienną insuliny do 1 razu dziennie po 10 jednostek. Insulinę stosuje się nadal. Dotychczas uzyskano poprawę łaknienia oraz stopniowy przyrost wagi.

U przeważającej ilości chorych stwierdziliśmy poprawę łaknienia, u niektórych zaś występowało nawet uczucie silnego głodu. U 28 chorych uzyskano przyrost wagi, który się stopniowo zwiększał w miarę podawania insuliny. Po przerwaniu zastrzyków insuliny prawie u wszystkich chorych łaknienie zaczęło się zmniejszać, waga stopniowo spadała. Jedna chora (19) stale przybierała na wadze nawet po przerwaniu zastrzyków insuliny, chorej tej jednakże zastrzykiwano *jednocześnie arszenik,* który stosowany był również po przerwaniu zastrzyków insuliny.

U czterech chorych (12, 3, 13 i 14), u których po przerwaniu zastrzyków insuliny nastąpił szybki spadek wagi i zmniejszenie łaknienia, po rozpoczęciu zastrzyków *arsenu* apetyt dość prędko się poprawił, waga wróciła do stanu, uzyskanego w czasie podawania insuliny. Ponowny przyrost wagi u wymienionych czterech chorych i poprawę łaknienia, utraconego po zaprzestaniu stosowania insuliny, należy przypisać działaniu arsenu. Tłómaczymy sobie to tem, że arsen działał na ustrój ze znaczną poprawą przemiany materji, spowodowaną uprzednim działaniem insuliny, dzięki własnościom hamowania procesu utleniania, przyspieszenia odkładania się materji, przez sprowadzanie przewagi spraw asymilacji, nad dezasymilacją.

U jednego chorego (15) podczas leczenia insuliną wystąpiło krwioplucie, trwające trzy dni. Zaprzestano zastrzykiwać. Po przerwie 10-dniowej stosowano nadal zastrzyki, krwioplucie się nie powtórzyło. U trzech chorych (3, 22, 23), wystąpiły zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jako biegunki. Czy te zaburzenia były w związku z podawaniem insuliny trudno rozstrzygnąć. Pozatem nie widzieliśmy żadnych innych objawów pogorszenia się sprawy chorobowej, ani też widocznej poprawy ogólnego stanu, którą możnaby odnieść do stosowania insuliny.

Natomiast stwierdziliśmy u 10 chorych (3. 6, 7, 9, 12, 13, 26, 28, 29, 30) objawy hipoglikemiczne i tak u chorych ze sprawą wysiękową, jak i wytwórczą lub ze stanem początkowym gruźlicy. Tak wysoki procent z objawami hipoglikemicznemi przemawiałby za wzmożonem uczuleniem tych chorych na działanie insuliny, co również zauważył Bodmer, wbrew twierdzeniom Ahlenstiela i Piela, że insulina wywołuje u chorych na gruźlicę płuc bardzo rzadko stan hipoglikemiczny. Nasze spostrzeżenia stwierdzają właśnie częste objawy hipoglikemiczne.

Tę wrażliwość do powstawania u chorych na gruźlicę czynną stanów hipoglikemicznych należałoby może tłómaczyć sobie w sposób następujący: Wiadomo, że Britton osiągnął przez podrażnienie nerwu błędnego hipoglikemję. Według licznych badaczy (Moro, Krämer, Berman i inni) układ roślinny odgrywa dużą rolę w sprawie gruźlicy. Chorzy zaś na gruźlicę należą przeważnie do typów allergicznie uczulonych o chwiejnym układzie roślinnym (Redeker). Insulina zatem, działając na uczulony układ roślinny chorego na gruźlicę, wywołać może silniejszy odczyn. Ustrój takiego chorego będzie więcej wrażliwy na działanie insuliny.

Streszczając, dochodzimy na podstawie zebranego przez nas klinicznego materjału do następujących wniosków:

I. Przez podawanie insuliny wzmaga się łaknienie i podnosi waga ciała. Działanie insuliny jest przemijające.

II. U chorych na gruźlicę czynną występują dość często objawy hipoglikemiczne.

III. Dla uzyskania trwalszego wyniku poprawy łaknienia i przyrostu wagi, zalecamy zapoczątkować leczenie tuczące insuliną, a później arsenem. Leczenie należy rozpocząć małemi dawkami insuliny, stopniowo je zwiększać, a po uzyskaniu znaczniejszego przybytku na wadze, zaprzestać zastrzyków i przejść do leczenia arsenem.

Piśmiennictwo.

1. Falta: Nowiny lekarskie. 19/1928 i W. Kl. W. 13/1925. — 2. Liebhardt: Polska Gazeta Lekarska. 42/1927. — 3. Grossfeld: Nowiny lekarskie. 13/1927 i Polska Gazeta Lekarska 43/1926. — 4. Olszewski: Nowiny lekarskie. 24/1927. — 5. Minkowski: Therapie der Gegenwart 5 i 6/1924. — 6) Dohrn: Therapie der Gegenwart 12/1924. — 7. Bauer i Nyiri: M. Kl. 39/1925. — 8) Banting, Cori, Bissinger i Grafe cytowane przez Dohrna i Minkowskiego. — 9. Vogt: M. m. W. 7/1926. — 10. Böckheler: M. m. W. 46/1926. — 11. Bodmer: Schweitzer med. Wochr. 18/1926. — 12) Unverricht: M. m. W. 36/1926. — 13. Ahlenstiel i Piel: Thp. der Gegw. 9/1926. 14. Redeker: Beitr. zur. Klinik f. Tbc. Bd. 70, Heft 1-2. — 15.

Stolte: Tlıp. der Gegew. 2/1927. — 16. Britton: Amerc. Journ. of phys. październik 1923. — 17. Collaro i Dobreff: cyt. u Falty. — 18. Manthner: Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. 1926, T. 113. — 19. Moro, Krämer: patrz Redeker.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. M. WILENKO. Chełm.

Wrodzona wada serca (próba ścisłego rozpoznania *).

Wady wrodzone serca powstają jużto na tle spraw zapalnych wśródsierdzia przebytych wśródłonowo, jużto na tle zaburzeń rozwojowych serca i głównych pni tętniczych. Znajomość rozpoznawcza wrodzonych wad serca postępuje bardzo powoli naprzód zarówno z powodu rzadkości samego cierpienia, jakoteż z powodu względnej krótkości spostrzegania. Trudności rozpoznawcze piętrzą się jeszcze bardziej, że bardzo rzadko mamy do czynienia z jedną czystą wadą rozwojową, którąby dała pewien charakterystyczny zespół objawów, ale zwykle wchodzi w grę mnogość wad rozwojowych tyczących się zarówno serca t. j. przegród i zastawek jak też i wielkiego pnia naczyniowego, nadto w miejscach dotkniętych owem zaburzeniem rozwojowem rozwijają się — jako w miejscu mniejszego oporu — sprawy zapalne, na które serce zmienione nie zawsze reaguje w ten sposób, jak to zwykło czynić w wadach powstałych w życiu pozapłodowem. Ten brak czystych form wrodzonych wad serca sprawia, że trudno ustalić charakterystyczne objawy poszczególnych wad i stąd też pochodzi, że nieraz tensam spostrzegany objaw wywołuje wprost przeciwne tłumaczenie ze strony klinicystów, n. p. sinica. Nic dziwnego, że ustalenie kryterjów rozpoznawczych w. w. s. wobec istniejących i nie dających się usunąć przeszkód jest bardzo trudne. Niestety, nowoczesne metody stosowane przy badaniu serca wogóle nie ziściły pokładanej w nich nadziei i nie pogłębiły ścisłości rozpoznawczej. Zarówno Roentgen jak i elektrokardjogram, analiza morfologiczna i gazowa krwi, metody graficzne rejestracji tętna żylnego, tętniczego i tonów serca pozostają nadal tylko metodami pomocniczemi perkusji i auskultacji, a zasady rozpoznawcze w. w. s. ustalone przez Kussmaula z początkiem drugiej połowy XIX-go w. prawie się nie zmieniły. Przytoczone wywody czynią zrozumiałem, dlaczego tylko w mniejszości przypadków rozpoznanie jest ścisłe, a po większej części jest ono albo niemożliwe albo mylne, a wyniki na stole sekcyjnym są często niespodzianką dla klinicysty.

Niektórzy klinicyści odrzucają wprost możność ścisłego rozpoznania i zadowalają się ogólnem rozpoznaniem w. w. s. bez umiejscowienia i określenia rodzaju tej wady. W myśl tych rozumowań postawiłem we własnym przypadku na pierwszem miejscu rozpoznanie ogólne — wrodzona wada ciała — nie mając nawet możności posługiwania się metodami pomocniczemi, a jeśli w dalszym ciągu pokusiłem się o postawienie ścisłego rozpoznania, to opierałem się na zdaniu wybitnego klinicysty, który stanowczo twierdzi, że można niekiedy postawić ścisłe rozpoznanie na podstawie metod stosowanych w codziennej praktyce lekarskiej. Spostrzegany przeze mnie przypadek przedstawia się następująco:

B. L., 16 l., szewc. Ojciec 60-letni zdrowy, matka 58-l. również zdrowa. W czasie ciąży nie chorowała, nie przechodziła reumatyzmu stawowego, ani nie przechodziła w tym stanie choroby sercowej. Już w pierwszych dniach po urodzeniu rodzice zauważyli, że noworodek ma sine usteczka i sine paznogcie, a przy płaczu lub krzyku dziecka występowała sinica nawet na całem ciele, gdy dziecko już zaczęło chodzić, większe natężenie lub bieganie sinicę — według rodziców potęgowało. W wieku chłopięcym chory sam już zauważył sinicę. Badany podlega silnie wpływom atmosferycznym, wiatr, deszcz, zimno wywołuje duszność i zwiększoną sinicę, od dzieciństwa kaszle, przyczem w lecie kaszel łagodniejszy, a w zimie silniejszy. Wewnętrznych dolegliwości niema, chyba przy bieganiu odczuwa ciężar w okolicy wątroby, mocz oddaje w dostatecznej ilości i zawód swój wykonuje bez przeszkód.

Stan obecny dnia 10. XI. 1928: 167 cm długi, odżywienie słabe, tkanka tłuszczowa słabo rozwinięta, mięśnie również. Objawów ogólnego niedorozwoju nie stwierdza się. Ciepłota ciała 35.8°. Kończyny górne, jak i dolne przy obmacywaniu ciepłe. Wybitna sinica warg, nosa, palców i rąk aż do śródręcza, mniejsza małżowin usznych; język i podniebienie również sino zabarwione, na podniebieniu miękkiem widoczna rozgałęziona sieć rozszerzonych żył. Poza wymienionemi miejscami skóra blada. Bardzo silnie rozwinięte pałeczkowate zgrubienia ostatnich paliczek kończyn górnych (Trommelschlägelfinger) z kabłąkowato zakrzywionemi, sinemi paznogciami. W stawach zwłaszcza kolanowym zmian nie wykazuje się. Wybitne tętnienie serca w dołku podsercowym. Klatka piersiowa symetrycznie rozwinięta, wypukleń zwłaszcza w okolicy sercowej nie stwierdza się.

Granice płuc z przodu po stronie prawej sięgają do VI-go żebra dolnego, po lewej do IV-tego, z tyłu prawie na szerokość 8 palców niżej dolnego brzegu łopatki. Wypuk wszędzie jawny, ruchomość granic utrzymana. Przysłuchowo stwierdza się zaostrzony wdech z wydechem wydłużonym, słyszalnym.

Uderzenie koniuszkowe w V-tym p. m. lewem nieco na wewnątrz linji sutkowej lewej, widoczne i macalne na szerokości palca. Z góry granica serca — IV-te żebro dolne, na prawo sięga nieco poza linję mostkową lewą, na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem serca. Pomruku nie wyczuwa się nigdzie. W 2-giej i 3-ciej przestrzeni międzyżebrowej lewej poczynając od brzegu mostka stwierdza się stłumienie sięgające ku górze do 2-go żebra, a na zewnątrz na szerokość 2 palców od brzegu mostka. Przysłuchowo: Nad koniuszkiem serca 2 tony, 1-szy normalny, 2-gi silniejszy obok szmeru, który jakby kończy 1-szy ton i przechodzi z lekka w drugi. Natężenie szmeru w tem miejscu słabe, rośnie w kierunku miejsca przysłuchu tętnicy płucnej.

W 2-gim przestworze międzyżebrowem lewem obok mostka słyszy się bardzo silny, długi burczący szmer skurczowy, szmer ten posuwa się w kierunku obojczyka i naczyń szyjnych, gdzie słyszalny zarówno w naczyniach strony lewej, jak i prawej. W kierunku podstawy serca się nie posuwa. Stosowanie objawu Valsalvy szmer osłabia. Zachowanie się natężenia szmeru przy ucisku na aortę brzuszną ze względu na odczuwaną przez chorego uciskową tkliwość nie oznaczono. 2-gi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany, nad aortą słaby, ledwie słyszalny szmer skurczowy obok 1-szego tonu, 2-gi ton nad aortą silnie zaakcentowany. Z tyłu klatki piersiowej po stronie lewej między łopatką a kręgosłupem po wstrzymaniu oddechu słyszalne 2 szmery sercowe bez tonów, silniejszy szmer skurczowy i słabszy rozkurczowy, natężenie tych szmerów rośnie od szczytu lewego ku dołowi, największe natężenie szmerów na wysokości 4-tego i 5-tego kręgu piersiowego bliżej kręgosłupa, ku dołowi natężenie szmerów coraz słabsze, a na wysokości 8-go kręgu piersiowego nie są już więcej te szmery słyszalne. Tętno 84—90 uderzeń na minutę, słabo napięte, niekiedy arytmiczne (extrasystole), obustronnie równe. Ciśnienie skurczowe według Riva-Rocciego 95. Wątroba macalna na szerokość 5 palców niżej łuku żebrowego o konsystencji wzmożonej, lekko tkliwa, powierzchnia gładka. Śledziona wypukiem powiększona, niemacalna. W moczu wyraźny ślad białka, pod mikroskopem brak patologicznych składników. Obrzęków brak.

Pierwsze pytanie, jakie sobie zadać musimy, brzmi, czy mamy w naszym przypadku do czynienia z wrodzoną wadą serca. Odpowiedź na to wypadnie twierdząca. Przemawiają zatem wiarygodne wywiady rodziców i chorego, które stwierdzają istnienie objawów chorobowych zaraz po urodzeniu w postaci sinicy i pałeczkowatych zgrubień palców, potęgowanie się sinicy przy ruchach, napadów duszności zwłaszcza przy zmianach atmosferycznych. Przedmiotowo obecnie stwierdzona sinica z pałeczkowatemi zgrubieniami paliczek końcowych palców i zakrzywionymi, sinemi paznogciami od pierwszych dni życia, jak nas wywiady pouczają, stanowią niezbity dowód istnienia wrodzonej wady serca. W drugiem pytaniu, spróbujemy zanalizować, z jaką wadą sercową wrodzoną mamy do czynienia, czy jest jedna, czy więcej. Wspomnieć należy, że bezwzględną pewność co do umiejscowienia, jakości i ilości w. w. s. może dać tylko anatom patologiczny. Po wykluczeniu na tle objawów wrodzonych wad ujścia żylnego prawego i lewego, po wykluczeniu zwężenia wrodzonego aorty i przesmyku aorty, transpozycji naczyń i wspólnego pnia tętniczego pozostaną nam właściwie 4 wady wrodzone, które w naszym przypadku mogą być brane w rachubę: 1. brak częściowy lub całkowity przegrody przedsionkowej, 2. brak przegrody komorowej, 3. zwężenie tętnicy płucnej w jej 3 typach i 4. przewód Botall'a otwarty.

U naszego chorego mamy następujące objawy: a) sinica od urodzenia, b) zgrubienie pałeczkowate ostatnich paliczek i kabłąkowate zakrzywienie paznogci, c) głośny, długi szmer skurczowy z największem natężeniem w 2-gim przestworze międzyżebrowem lewem obok mostka, słyszalny w kierunku obojczyka i naczyń szyjnych bez macalnego pomruku, d) zaakcentowanie drugich tonów nad tętnicą płucną i tętnicą główną, e) z tyłu na grzbiecie po stronie lewej między kręgosłupem a łopatką szmer skurczowy i rozkurczowy na wysokości 4-tego i 5-tego kręgu piersiowego, f) tętnienie serca w dołku podsercowym, g) stłumie-

*) Na podstawie pokazu w Związku Lek. P. P. obwód Chełm, dnia 14 listopada 1928 r.

mienie pasmowate w 3-cim i 2-gim p. m. lewem obok mostka (t. zw. stłumienie Gerhardta), h) obniżone granice płuc, powiększona, tkliwa wątroba i ślady białkomoczu.

Zespół tych objawów nie odpowiada nawet w przybliżeniu żadnej pojedynczej wrodzonej wadzie serca. Z całą więc pewnością możemy przyjąć, że u naszego chorego mamy złożoną wrodzoną wadę serca, jak to w większości przypadków w. w. s. się dzieje.

Wreszcie będziemy musieli odpowiedzieć na trzecie i ostatnie pytanie, ile tu mamy w. w. s., gdzie te wady są umiejscowione i jakiego one są rodzaju. Za główną wadę uważałbym w naszym przypadku wrodzone zwężenie tętnicy płucnej. Sinica trwająca od urodzenia, zgrubienie pałeczkowate palców, głośny szmer skurczowy słyszalny najlepiej w II. p. m. l. obok mostka przemawiają za istnieniem tej wady, należałoby się jeszcze zastanowić, który typ zwężenia przedstawia nasz przypadek. Wiadomo, że — o ile zwężenie jest na wysokości zastawek — 2-gi ton nad tętnicą płucną jest niesłyszalny lub bardzo głuchy, mimo przerostu prawej komory, szmer zaś skurczowy ogranicza się tylko do przodu klatki piersiowej, a nie słychać go na grzbiecie, o ile zaś zwężenie jest ponad zastawkami 2-gi ton nad tętnicą płucną jest zaakcentowany, a szmer słyszalny również na grzbiecie po stronie lewej. Te dwa przytoczone objawy występują bardzo wyraźnie w opisanym przypadku i dowodzą umiejscowienia wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej ponad zastawkami. Jednak ta wada nie wyczerpuje, jak widzimy, wszystkich spostrzeganych objawów i pozostaje jeszcze szmer rozkurczowy słyszalny z tyłu klatki piersiowej po stronie lewej,, wysłuchiwanie szmeru skurczowego w kierunku obojczyka i naczyń szyjnych, zaakcentowanie 2-go tonu nad aortą i przymostkowe stłumienie Gerhardta.

Tych objawów nie spotykamy przy wrodzonem zwężeniu tętnicy płucnej, natomiast zespół ich przemawia znowu za otwartym przewodem B o t a l l'a. Z powodów odemnie nie zależnych prześwietlenie Roentgenem nie mogło być wykonane, które specjalnie przy tej wadzie daje charakterystyczny obraz w postaci rozszerzonego tętniącego łuku tętnicy płucnej. Przypuszczać jeszcze można istnienie 3-ciej wady — mianowicie częściowy brak przegrody komorowej (t. zw. morbus Rogeri), za istnieniem której przemawiałoby, że przy niej szmer skurczowy również posuwa się ku naczyniom szyjnym, a z tyłu słyszalny najlepiej na wysokości V-tego kręgu piersiowego, jak w naszym przypadku, podczas gdy zarówno przy zwężeniu tętnicy płucnej, jak i przy otwartym przewodzie B o t a l l'a nie przekracza wysokości 4-tego kręgu piersiowego. Natomiast nie wykazuje szmer u przedstawionego chorego największego natężenia w III-cim p. m. lewem, jak to się zwykle dzieje przy braku częściowym przegrody komorowej.

Ścisłe rozpoznanie u naszego chorego brzmi więc następująco: Wrodzona wada serca pod postacią zwężenia tętnicy płucnej ponadzastawkowej, przewód B o t a l l'a otwarty, prawdopodobnie brak częściowy przegrody komorowej, przerost i rozstrzeń serca, mierna rozedma płuc, początkowa niedomoga mięśnia sercowego. *(Vitium cordis congenitum sub forma stenosis arteriae pulmonalis supravalvularis, ductus Botalli aperti et probabiliter defectus partialis septi ventriculorum (morbus Rogeri), hypertrophia et dilatatio cordis, emphysema pulmonum et insufficientia myocardi incipiens.*

OCENY.

H e n r i H a r t m a n n: *Chirurgie de l'estomac et du duodenum.* Stron 340, cena fr. 60, brosz., wyd. Masson, Paris, 1928.

Na podstawie obfitego materjału klinicznego opracował H a r t m a n n i jego uczniowie (B o p p e, R e n a u d, S o u p a l t, B r e t o n, W e l t i, B r o u e t, B e r g e r e t) chirurgię żołądka i dwunastnicy nadzwyczaj dokładnie i sumiennie. Na treść pracy składają się następujące działy: krwawienia z wrzodów żołądka, skręt żołądka, wrzody żołądka i dwunastnicy, rak dwunastnicy, zwężenia dwunastnicy, zespolenie dwunastniczo-jelitowe, nieprawidłowości i przepukliny dwunastnicze, wycięcie żołądka sposobem Reichel-Polya.

Na specjalne uwzględnienie zasługuje rozdział traktujący o zespoleniu dwunastniczo-jelitowem opracowany nieco obszerniej niż inne. H a r t m a n n, który pierwszy we Francji (1914) wykonał ten zabieg poleca go wykonywać tylko w zwężeniach dwunastnicy, z powodu ucisku naczyń krezkowych i zapalenia okołodwunastniczego.

Ciekawe, że H a r t m a n n przy wrzodzie żołądka chętniej wykonuje zespolenie żołądkowo-jelitowe, niż wycięcie żołądka. Wycięcie żołądka wykonuje sposobem Reichel-Polya (śmiert. 10%).

W pracy uwzględnione jest głównie piśmiennictwo francuskie i niemieckie. Szereg rycin szkicowych uzupełnia tą pracę godną polecenia każdemu chirurgowi. Nieliczne zdjęcia rentgenologiczne wypadły w druku naogół słabo.

Janik (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski, rok V, nr. 2, z 1 lutego 1929: St. D e r e s z. Stanowisko lekarzy w sprawie zwalczania alkoholizmu. — Z. R u d o l f: Rozwój urządzeń wodociągowo-kanalizacyjnych. — S. M i k o ł a j s k i: Polityka uzdrowiskowa. — Rozporządzenia Ministra Wyznań Relig. i Ośw. Publ. w sprawie organizacji studjów lekarskich w uniwersytetach państwowych. — Egzaminy dla techników dentystycznych. — Medycyna społeczna zagranicą.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 6, z 7 lutego 1929: St. K r a m s z t y k: O leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci. — L. B a r a n o w s k i: Przyczynek do leczenia zapalenia płuc u niemowląt. — L. P i k i e l n y: O leczeniu gruźlicy pęcherza moczowego. — J. P i n c z e w s k i: Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne (streszcz. zbior.). — J. L e u t z. Zastosowanie torfu do asenizacji.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 3, z r. 1929: L. K r z e m i e n i e c k a: Podróż. — St. L e w a r t o w i c z: Dziecko nadmiernie ruchliwe. — J. S t r z e l e c k a: Dzieci trudne do prowadzenia. — A. M a l i s z e w s k i: Moi przyjaciele. — B. P a ł a s i ń s k i: Dzienniczek matki. — St. S z u m a n: Początki ubierania się dziecka. — M. M i ł o b ę d z k a: Uciechy zimy. — M. W ą s o w i c z - S o p o ć k o w a: Wychowanie estetyczne. — W. L. J a s t r z ę b s k i: Higjena połogu. — Fr. Ks. C i e s z y ń s k i: O żółtaczce noworodka. — M. B i e h l e r: Znaczenie pomiarów antropometrycznych u dzieci.

Polski Przegląd Radjologiczny, tom III, zeszyt 4: B. G r y n k r a u t: Dwa przypadki prosówki „zimnej". — A. G r o s g l i k: Dwa rzadkie przypadki z dziedziny choroby krwi. — T. A l k i e w i c z: Ochrona oczu podczas naświetlania lampą kwarcową. —

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 6, z 10 lutego 1929: D e l e p i n i A r q u e t: O rozpuszczalności jodu w alkoholu etylowym. — J. M u s z y ń s k i: Choroba występująca na Kruszynie amerykańskiej (Rhammus purshiana D. C.) hodowanej w Polsce. — Sprawy zawodowe.

Polska dentystyka, rok VII, nr. 1, za styczeń-luty 1929: A. C i e s z y ń s k i i Wł. D o b r z a n i e c k i: Dwa przypadki nowotworów żuchwy w okolicy brody, zastąpienie ubytków kości po operacji przyrządami ortopedycznemi i drogą plastyki.

Neurologja Polska, tom XI, zeszyt 3 i 4, z r. 1928: M. B i r o: O chorobie Heine-Medina. — H. H i g i e r: Wywoływanie i przerywanie drgawek i kurczów mięśniowych klonicznych i tonicznych zapomocą zabiegów obwodowych.

Zdrowie, rocznik XLIV, nr. 1, za styczeń 1929: O t o l s k i Ś. p. Prof. S. Dzierzgowski. — W. C h o d ź k o: Statystyka a działalność Służby Zdrowia. — A. K r y s i ń s k i: O stanie szpitalnictwa w województwie pomorskiem. — A. M a c k i e w i c z: Sanitarno-lekarski nadzór nad mięsem. — B. S a l a k: Stan sanitarny Niemiec.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lékaru českych.

Nr. 1. 1929.

Dr. F. H e r l e s i dr. A. V a n e u r a: *Przyczynek do klinicznego badania tkanki.* Autorzy starali się zbadać stosunki w tkankach przy pomocy metody „pęcherzyka pryszczawkowego" (kantharidinowy"), (Müller, Petersen, Gänsslen). W miejsce zwykłego plastru użyto, celem lepszej standaryzacji podrażnień $^1/_2$% eterowego roztworu pryszczawkowego Mercka, który stosowano na

przedramię przez przeciąg 4 godzin. Po 20 godzinach wypróżnili powstały pęcherz a równocześnie nakłuciem żyły nabrano krew. W uzyskanym materjale oznaczyli refrakcję (refraktometrem Pulfricha), a w większości przypadków też i chlorki (mikrometodą Prusik - Votoćka). Z liczb uzyskanych obliczyli indeks, bądź dla chlorków — (z podziału ich ilości w płynie pęcherzowym i w surowicy), — bądź dla białka (ze stosunku refrakcji albo ze stosunku odpowiednich odsetek białka, oznaczonych przy pomocy tablic Reissa). Refrakcję znaleźli zawsze mniejszą w pęcherzu, aniżeli w surowicy: prawidłowy stosunek był mniej więcej 80 stosunek ilości białka 63 — 73. Chlorków było prawidłowo w pęcherzu więcej: indeks wynosił 102 — 104. U chorych z wyrównaną wadą serca stosunki były zupełnie prawidłowe. U chorych z niewyrównaną wadą serca z obrzękami indeks zmniejszał się dla białka, a zwiększał się dla chlorków. Podobnie, lecz we większym stopniu znaleźli to w przypadkach nerczycy i zapaleniu nerek o charakterze nerczycowym. Przy zapaleniach nerek o ostrym charakterze krwotocznym i powikłanych mocznicą był indeks dla białka wysoki, dla chlorków również, niższy aniżeli przy nerczycy. Nefrosklerozy i miażdżyca naczyń zajmowały odrębne stanowisko. U nich w okresie wyrównania wady serca był indeks białkowy uderzająco niski przy prawidłowym indeksie chlorków. Przy ukazaniu się obrzęków sercowych wzrosły oba indeksy. Wyniki autorów były u poszczególnych grup, badanych chorób stałe. Metoda „pęcherza pryszczawkowego" służy do oceny czynności ściany naczyń włoskowatych, jakoteż umożliwia zrozumienie mechanizmu zatrzymywania niektórych ciał w tkankach.

As. Dr. F. Vach: *Niedrożność jelit, wywołana kamieniem żółciowym.* W ciągu 6 lat badano na klinice chirurgicznej prof. Petrivalskiego w Brnie 3 przypadki zatkania jelit kamieniem żółciowym. Żaden z tych przypadków nie wykazywał w okresie przedchorobowym jakichkolwiek objawów, wskazujących na schorzenie woreczka żółciowego. Jedynie u jednej chorej istniały nieznaczne dolegliwości żołądkowe, trwające przez dłuższy okres czasu. U powyższych trzech chorych znaleziono przetokę pomiędzy woreczkiem żółciowym a dwunastnicą: a to u jednej chorej przy zabiegu chirurgicznym, w pozostałych zaś obu przypadkach na stole sekcyjnym. W jednym przypadku podejrzywano niedrożność jelit, spowodowaną zatkaniem kamieniem żółciowym, na podstawie obrazu irigoskopicznego, wykazującego zwężenie jelita czczego. W innym przypadku macalny był bolesny opór w okolicy pępka. Celem rozpoznania niedrożności jelit z powodu zatkania kamieniem żółciowym, należy, zdaniem autora, zwrócić baczną uwagę na następujące okoliczności: 1) występowanie schorzenia woreczka żółciowego w wywiadach, 2) charakterystyczne naprzemienne występowanie objawów niedrożności jelit i okresowego spokoju, 3) obraz rentgenologiczny, 4) wiek chorego. Jeśli u starszych osób występują objawy ostrej niedrożności jelit z remisjami, należy w pierwszym rzędzie pomyśleć o niedrożności jelit, z powodu zatkania kamieniem żółciowym.

Dr. J. Badal: *Leczenie skurczów dodatkowch „Efedryną".* Efedryną względnie efetoniną uzyskano dobre wyniki w przypadkach, których przyczyna nie polegała na organicznych zmianach naczyniowo - sercowych, lecz na zaburzeniu równowagi układu błędnego i współczulnego, z przyczyn rozmaitych, często zupełnie nieznanych. Zalety efedryny, przez autora zwłaszcza podkreślane, polegają na podawaniu leku drogą doustną, na działaniu szybkiem i trwającem przez dość długi okres czasu. W przypadkach skurczów dodatkowych o etjologji niejasnej, uwolnimy, stosowaniem efedryny względnie efetoniny, chorego od całego szeregu dolegliwości i polepszymy w znacznej mierze jego ciężki stan.

Dr. H. Jelinek i Dr. F. Novák: *Leczenie gruźlicy krtani emanacją radu.* Do leczenia radem nadają się przypadki: 1) początkowego nacieku krtani, 2) stwardniałych nacieków, 3) postaci toczniowych (lupus). Nie nadają się zaś: 1) stare postaci z owrzodzeniami, 2) swoiste zapalenie ochrząstnej nagłośni i chrząstek nalewkowatych. Korzyści wypływające z użycia radu w tych przypadkach są następujące: a) w przypadkach nacieków zaczynających i stwardniałych nie zachodzi obawa uduszenia z powodu obrzęku krtani, chory swobodnie się porusza, b) czas gojenia się jest krótki, leczenie powtarza się 1 — 2 razy, c) zewnętrzne podawanie emanacji jest wygodne, aczkolwiek umiejscawianie przy niem nie jest dokładne. W tych przypadkach nie ma trwałych szkodliwych następstw z naświetlania skóry (dermatozy szybko znikają). Ponieważ nakłucie radem przy początkowych stanach gruźlicy krtani nie daje się przeprowadzić przy pomocy dotychczasowej, znanej techniki, a naświetlanie krtani na zewnątrz natrafia również na trudności, pozostaje zatem tylko podawanie zewnętrzne; wymaga to przytem odpowiedniego mierzenia, doskonałej techniki i stałej kontroli.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Narkose und Anaesthesie.

Juni. 1928.

Kaoru Mononobe: *Superpozycja dodatkowego skurczu (Die Superposition der Extrasystole) odosobnionego serca żaby, z powodu uszkodzeń przez środki usypiające.* Autor stwierdził działanie trujące chloroformu, paraldehydu, chloralhydratu, urethanu, eteru, alkoholu etylowego i metylowego, zmniejszające się w wymienionym porządku. Przy uszkodzeniu serca przez morfinę nie można uzyskać superpozycji. Morfina w tym względzie zajmuje charakterystyczne stanowisko.

Immo Wymer i H. Fuss: *Badania porównawcze nad równowagą kwaso - zasadową przy uśpieniu eterowem, chloroformowem i awertynowem.* Zmiany w równowadze kwaso - zasadowej przy uśpieniu awertyną przez odbytnicę są podobne do takich zmian w uśpieniu chloroformem. Przychodzi łatwo do długotrwałej, prawdziwej kwasicy, z powodu napływu patologicznych kwasów do krwi. Niebezpieczeństwo kwasicy jest jednak w praktyce nie wielkie, jak długo są nieuszkodzone mechanizmy regulujące a zwłaszcza oddechanie i nerki.

Należy dodać, że uśpienie odbytnicze awertyną działa silniej na ośrodek oddechowy niż eter i chloroform, z powodu czego przychodzi łatwiej przy tem uśpieniu do zaburzeń w oddechaniu.

Heinz Kustner: *Dożylne, odbytnicze i oddechowe usypianie w ginekologji.* Uzyskawszy dobrą technikę w wykonaniu uśpienia oddechowego zmniejsza się niebezpieczeństwo tego usypiania do minimum. Największą zaletą przy tego rodzaju usypianiu jest możność usunięcia środka usypiającego przez sztuczne oddychanie (jeśli nastąpi zaburzenie) i to tą samą drogą jaką ten środek wszedł do organizmu. Natomiast przy innych sposobach usypiania to jest nie możliwe. Sztuczne oddychanie nie prowadzi do celu. Usunięcie zaburzeń należy pozostawić samemu organizmowi.

Janik (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Zjazd lekarzy powiatowych w Nowogródku.

W dniach 26 i 27 stycznia 1929 r. odbył się w Nowogródku Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Nowogródzkiego.

Zagaił zjazd p. Wojewoda Beczkowicz, mówiąc z uznaniem o pracy lekarzy powiatowych i wzywając ich do dalszej wytrwałej działalności, poczem zabrał głos Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, witając zebranych w imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia, oraz stwierdzając dodatnie wyniki działalności lekarzy powiatowych na podstawie swych objazdów inspekcyjnych terenu Województwa w roku ubiegłym. O działalności tej świadczyła pozatem wystawa regjonalna w Wilnie, na której dział sanitarny Województwa Nowogródzkiego zawierał ciekawe i pouczające wykresy i dane statystyczne, dotyczące rozwoju lecznictwa, walki z chorobami społecznemi i akcji sanitarno - porządkowej. Ponadto zjazd Towarzystwa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego, który się odbył w listopadzie roku ubiegłego w Słonimie, dowiódł, że poza pracą w administracji sanitarnej dziedzina naukowo - praktyczna budzi w lekarzach powiatowych nie mniejsze zainteresowanie.

Przystąpiono do odczytania sprawozdań lekarzy powiatowych z ich działalności w roku ubiegłym. Ze sprawozdań widać, w jak ciężkich warunkach odbywa się praca lekarzy i z jakiemi trudnościami należy walczyć dla osiągnięcia zamierzonego celu. Główne przeszkody stanowią szczupłość środków finansowych, przeznaczonych na sprawy zdrowotne, obszerne tereny powiatów, złe drogi komunikacyjne i brak należytej lokomocji dla lekarzy powiatowych.

Energicznie prowadzona akcja porządkowa ma doniosłe znaczenie wychowawcze i zaczyna już wydawać owoce. Po zabrukowaniu we wsiach ulic i pobieleniu ścian domostw, coraz częściej spotkać można samorzutną chęć upiększenia sadyb i obejść bądź to przez pomalowanie okiennic i urządzenie sztachetowych płotków od ulicy, bądź przez zasadzenie ogródków kwiatowych i t. p., wewnątrz zaś przez staranniejsze utrzymanie czystości mieszkań.

Walka z chorobami społecznemi czyni postępy, między innemi dla upamiętnienia dziesięciolecia wskrzeszenia Państwa Polskiego powstał związek gmin i sejmików w celu budowy sanatorjum dla chorych na gruźlicę. Teren, wybrany dla sanatorjum, położony jest w pobliżu stacji Nowojelni w sosnowym borze. Dla powiększenia funduszów na budowę sanatorjum urządzane są różne dochodowe imprezy, jak np. sprzedaż bardzo dobrze wykonanych

w srebrze i bronzie medali pamiątkowych z okazji dziesięciolecia wskrzeszenia Państwa Polskiego.

Choroby zakaźne nie wykraczały w roku zeszłym poza granice normalne, oprócz jednego wybuchu epidemji duru plamistego w gminie Horodziejskiej powiatu Nieświeskiego, gdzie w 14 wsiach prawie jednocześnie zachorowało 81 osób. Choroba została zawleczona przez mieszkańców tych wsi, trudniących się brukarstwem i rozpraszających się w poszukiwaniu pracy po całym kraju. Epidemja, która powstała na wiosnę, została szybko stłumiona.

Naogół, sądząc ze sprawozdań lekarzy powiatowych, stan sanitarny w Województwie Nowogródzkiem doznał w roku ubiegłym znacznej poprawy.

Po wysłuchaniu sprawozdań i dyskusyj nad niemi przystąpiono do dalszych punktów porządku dziennego.

Inspektor weterynaryjny Taniewski referował o stanie sanitarnym mleczarń, serowarni, zajazdów, stajni, targowisk i rzeźni na terenie Województwa Nowogródzkiego i przedstawił szereg rozporządzeń, normujących te sprawy.

Inżynier Sroka w obszernym referacie wskazał na wytyczne z dziedziny techniki budowlanej i przemysłowej, a inżynier Lehr mówił o wodociągach i kanalizacji małych miast.

Sprawy udziału lekarzy powiatowych w pracach wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego szczegółowo omówił major Strzelecki, Drewnicki zaś omówił czynności lekarzy cywilnych w Komisjach poborowych.

Inspektor farmaceutyczny Labes wygłosił referat o stanie aptek i składów aptecznych na terenie Województwa, oraz pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych, a Inspektor lekarski Dr. Maciulewicz zaznajomił zjazd z projektem budowy sanatorjum dla chorych gruźliczych w Nowojelni oraz referował sprawę nadzoru nad lecznictwem w Kasach Chorych.

Po każdym referacie wywiązywała się ożywiona dyskusja, w której brali udział wszyscy uczestnicy zjazdu.

Dzień następny, t. j. 27 stycznia, był poświęcony szczegółowemu badaniu przedstawionych przez lekarzy powiatowych projektów budżetów komunalnych, na rok 1929/30: gminnych, miejskich i sejmikowych w zakresie lecznictwa i asanacji.

Na zakończenie Dr. Domański, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, omówił trudności w sprawie opieki nad umysłowo chorymi na terenie Województwa i konieczność przystąpienia do budowy szpitala dla umysłowo chorych.

Po wyczerpaniu porządku dziennego dwudniowy zjazd został zamknięty o godz. 3 po południu.

SPRAWY ZAWODOWE.

W sprawie pozbawienia tytułu doktorskiego Alfonsa Ceytlina.

Uniwersytet Warszawski. Rektor. L. 652/29. Warszawa, dnia 22 stycznia 1929 r.

Rektorat Uniwersytetu Warszawskiego niniejszem komunikuje, że Alfons Ceytlin, urodzony dnia 19 maja 1897 r. w Warszawie, syn Mendla i Ernestyny z Rosenzweigów, promowany w Uniwersytecie Warszawskim 19 maja 1923 r. na doktora wszechnauk lekarskich, uprawomocnionym obecnie wyrokiem Wojskowego Sądu Okręgowego N. X. w Przemyślu z dnia 3. V. 1927 r. skazany został po myśli par. 140 Kodeksu Karnego Wojsk. na karę ciężkiego więzienia na rok i trzy miesiące, wobec czego wspomniany Alfons Ceytlin z mocy samego prawa (par. 26 Ust. Karn. Austr.) utracił tytuł doktorski.

Podając powyższe do wiadomości, Rektorat Uniwersytetu uprzejmie prosi o zawiadomienie Izb Lekarskich.

Rektor: (—) *G. Przychocki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs dokształcający dla lekarzy w Warszawie. W uzupełnieniu ogłoszenia o wykładach na Kursie Dokształcającym dla lekarzy, który się odbędzie przy Wydziale Lekarskim Uniw. Warsz. od dnia 14. III. 1929 r. do dnia 23. III. 1929 r. włącznie, niniejszym podajemy wykaz zajęć praktycznych, które będą się odbywać zrana od 9 godz. do 11.30 godz.

1) I Klinika Chirurgiczna: Szczegółowe badanie chorych, rektoskopja, cystoskopja, zgłębnikowanie moczowodów (Prof. Dr. A. Leśniowski). — 2) Klinika Neurologiczna: Badanie neurologiczne podstawowe, rozpoznawanie zasadniczych chorób nerwowych, kiła układu nerwowego (Asyst. Dr. J. Morawiecka i Asyst. Dr. S. Leśniowski). Nakłucie lędźwiowe i potyliczne, badanie płynu, odma (Adjunkt Dr. Z. Messing i Asyst. Dr. B. Stępień). Elektrodjagnostyka i elektroterapja (Adjunkt Dr. Z. Messing i Dr. W. Tyczka). — 3) Klinika Położniczo-Ginekologiczna: Internat na cały czas trwania kursu dla 6 uczestników lub też w grupach po 6. — 4) Klinika Psychjatryczna: Nakłucie lędźwiowe (Adjunkt Dr. F. Wichert). Ćwiczenia w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego (Asyst. Dr. E. Wilczkowski). — 5) I Klinika Chorób Wewnętrznych: Badanie bezpośrednie narządów jamy brzusznej (Prof. Dr. E. Żebrowski i Asystenci). — 6) II Klinika Chorób Wewnętrznych: Badanie krwi (Adjunkt Dr. G. Pokorny). Rentgenoskopja, rentgenografja w zakresie medycyny wewnętrznej (Doc. Dr. A. Elektorowicz). Djatermja i d'Arsonval (Doc. Dr. W. Filiński). Badanie treści dwunastniczej (Asyst. Dr. S. Hrom). Badanie moczu (Asyst. Dr. W. Markert). Odma sztuczna (Asyst. Dr. J. Misiewicz). Badanie układu krążenia, badanie układu mimowolnego (Asyst. Dr. E. Reicher). Ćwiczenia wybrane z bakterjologji klinicznej (Asyst. Dr. J. Roguski). Ilościowe badanie cukru i acetonu w moczu oraz we krwi, określenie podstawowej przemiany materji (Asyst. Dr. J. Węgierko). Badanie czynnościowe nerek (Dr. E. Apfelbaum). Badanie treści żołądkowej, badanie stolców (Dr. S. Cytronberg). Badanie plwociny, badanie wysięków i przesięków, badanie krwi na stężenie jonów wodorowych, badanie natężenia CO_2 w pęcherzykach płucnych (Dr. Z. Gorecki). — 7) Oddział Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowskiego: Elektrokardjograf i elektrokardjogramy. Ponadto we wszystkich klinikach będą się odbywały pokazy chorych i zajęcia praktyczne wogóle w zależności od materjału stałego i ambulatoryjnego. — Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować na ręce Asyst. Dr. S. Hroma, II Klinika Chorób Wewnętrznych, Szpital Dzieciątka Jezus, ul. Nowogrodzka 59.

Komunikat I Zarządu Koła Medyków S. U. W. Biuro pośrednictwa pracy Koła Medyków S. U. W. dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych pracowników w zakresie różnych specjalności na posady: lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakterjologicznych, pielęgniarek (rzy) na dyżury dzienne i nocne przy chorych, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże itp. zabiegi. Zapotrzebowania nadsyłać należy pod adresem: Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W., Warszawa, Chałubińskiego 5, tel. 114-86.

Program Pierwszego Kursu Instrukcyjnego dla działaczy i pracowników Komisyj i Zarządów uzdrowiskowych oraz zainteresowanych uzdrowiskami czynników samorządowych i państwowych, organizowanego przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) przez Państwową Szkołę Higjeny z inicjatywy Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie w czasie od 28 lutego do 9 marca 1929 r.

Plan techniczno-gospodarczy uzdrowisk 3 godz. Inż. E. Zaczyński.

Ustawa uzdrowiskowa 4 godz. Radca M. S. Wewn. K. Prökl.

Zagadnienia budowlane i drogowe w uzdrowiskach: a) ustawa budowlana 4 godz. Radca M. R. P. G. Szymkiewicz, b) problemy budowlane i policja budowlana 1 godz. Radca M. R. P. Inż. A. Weinfeld, c) Wybrane działy z ustaw drogowych 2 godz. Radca M. R. P. Inż. M. Okęcki, d) Technika i konserwacja dróg 1 godz. Radca M. R. P. Inż. M. Okęcki.

Higjena mieszkaniowa 2 godz. Dr. M. Kacprzak.

Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości 6 godz. Inż A. Szniolis.

Technika ochrony źródeł mineralnych 2 godz. Dr. S. Weil.

Podstawowe wiadomości z dziedziny balneotechniki 1 godz. Dr. S. Weil.

Budżet, finanse, podatki i źródła kredytowe uzdrowisk, 5 g. Radca M. S. Wewn. A. Hujda.

Organizacja pracy i biurowości Komisyj uzdrowiskowych 3 godz. Dyrektor J. Szczerbiński.

Wybrane działy z ustaw przemysłowych 2 godz. Radca M. P. i H. R. Ślaski.

Wybrane działy z ustaw administracyjnych 2 godz. Radca M. P. i H. R. Ślaski.

Organizacje zrzeszeń i właścicieli willi i pensjonatów — spółdzielnie gospodarcze 1 godz. Dyrektor J. Szczerbiński.

Zagadnienia aprowizacyjne uzdrowisk 2 godz. Radca M. S. Wewn. H. Wohl.

Kontrola produktów spożywczych w uzdrowiskach 2 godz. Inż. S. Żmigrod.

Zwalczanie chorób zakaźnych 2 godz. Dr. M. Kacprzak.
Sport — wychowanie fizyczne 2 godz. Dr. E. Lewicka.
Wycieczki: Balneotechniczne magazyny firmy „Szulc", Fabryka sztucznych Wód Mineralnych „Motor", Instytut Przyrodolecza. im. Marszałka J. Piłsudskiego, Urządzenia leczniczo- zdrojowe i biura komisji klimatycznej w Otwocku, Ośrodek Zdrowia „Amelin" w Mokotowie.

IV Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t.: „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą". Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) i z jego funduszów Polski Związek Przeciwgruźliczy przystępuje do organizacji IV Kursu uzupełniającego dal lekarzy, mającego za zadanie przygotowanie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych.

Obecny Kurs 3-miesięczny uwzględniać będzie w pierwszym rzędzie studja praktyczne, obejmie również cały szereg wykładów teoretycznych. Każdy z słuchaczy Kursu będzie miał możność praktycznego zapoznania się z Kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u) w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej w klinikach Uniwersytetu Warszawskiego na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich Poradniach Przeciwgruźliczych.

Dla ułatwienia odbycia Kursu zostaną wyznaczone dla 10 lekarzy stypendja w wysokości 750 zł dla każdego uczestnika. — Nadto 5 lekarzy będzie mogło odbyć Kurs bez żadnej opłaty za udział w Kursie.

Kurs orzpocznie się dnia 4 kwietnia r. b.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze wydelegowani przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) i przez Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

Podania należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście w biurze Związku Przeciwgruźliczego (Chocimska 24, Państwowa Szkoła Higjeny) od godz. 10—3 do dnia 10 marca r. b.

Do podania należy dołączyć:

1. krótkie curriculum vitae z podaniem dotychczasowej działalności,

2) zaświadczenie instytucji, która lekarza wydelegowała,

3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy, przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu Kursu.

O przyjęciu na Kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna, poczem natychmiast wszystkim kandydatom wysłane będą zawiadomienia.

Z ukończenia Kursu wydawane będą świadectwa.

Prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego: (—) *Dr. Wroczyński*. Sekretarz Wykonawczy: (—) *Dr. Paradistal.*

Program tymczasowy II-go Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie, w sobotę i niedzielę 23 i 24 marca 1929 r.

Sobota 23 marca. Posiedzenie ranne godz. 9 i pół do 1 i pół po południu. 1. Zagajenie Przewodniczacego. 2. Krótkie sprawozdanie z działalności Komitetu do Zw. raka za okres międzyzjazdowy (1924—1928), oraz Instytutu Radowego. 3. Krótkie sprawozdanie z działalności innych środowisk: Kraków, Lwów, Poznań, Wilno, Łódź, Katowice, Lublin. 4. Organizacja „Koła Pań" Komitetu do Zw. raka. 5. Projekt organizacji „Kół Pań" w innych ośrodkach Rzeczypospolitej. 6. Organizacja przytułków. — Wieczorem: Bankiet.

Niedziela, 24 marca. Posiedzenie ranne, godz. 10. 1. Wykład: Leczenie nowotworów radem. Hodowla tkanek nowotworowych (z pokazami). 2. Zwiedzanie: 1. Instytutu Radowego, im. Marji Skłodowskiej-Curie. 2. Przychodni Pol. Kom. do Zw. Raka. 3. Przytułku dla nieuleczalnych w Szpitalu św. Łazarza.

Posiedzenie popołudniowe, godz. 3 i pół do 6 wieczorem. 1. Prace naukowe, wykonywane na ziemiach polskich z dziedziny nowotworów (leczenie solami ołowiu, badania interferometryczne, doświadczalne nad rakami posmołowemi i t. d.). 2. Zamknięcie Zjazdu.

Udział w Zjeździe dla uczestników bezpłatny.

Bliższe szczegóły programu zostaną wkrótce ogłoszone.

Wszelkich informacyj udziela Sekretarjat Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka, Warszawa, ul. Karowa 31, tel. 279-61.

Lwów.

Związek Lekarzy Kas Chorych, Koło Lwów, niniejszem zawiadamia, że na Walnem Zebraniu Związku Lekarzy Kas Chorych Lwów wybrany został na rok 1929 Zarząd w następującym składzie: Przewodniczący: Dr. Świtalski Mieczysław, zast. przew.: Dr. Jonas Maksymiljan, I sekretarz: Dr. Mierzecki Henryk, II sekretarz: Dr. Mikiewiczówna Anna, I skarbnik: Dr. Rubin Aron, II skarbnik: Dr. Czaczkowski Józef. Członkowie Zarządu: Dr. Aleksiewicz Andrzej, Dr. Elster Edward, Dr. Hozer Jan, Dr. Atlas Karol, Dr. Ostrowski Stanisław.

W myśl uchwały Zarządu z dnia 2 lutego 1929 uprasza się uprzejmie o nadsyłanie wszystkich pism tyczących się lwowskiego Koła Związku i jego członków pod adresem I sekretarza Koła: Dr. H. Mierzecki, Lwów, Batorego 32.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. IV Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 15 lutego b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1. Wspomnienie pośmiertne poświęcona ś. p. Prof. Dr. Stanisławowi Bądzyńskiemu przez Prezesa; 2) Wybór kol. J. Notza na zastępcę podskarbiego; 3) kol. S. Oberländer: Przypadki po wycięciu nerki z powodu wodonercza, roponercza i gruźlicy (pokaz); 4) kol. H. Mierzecki: Znamię barwikowe (naevus pigmentosus pokaz); 5) kol. Doc. H. Hilarowicz: Sprawa rdzeniowego znieczulania w chirurgji (wykład); 6) kol. K. Wiślański: O znieczulaniu tropokainą w ginekologji i położnictwie (wykład).

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Laskownicki, Schramm, Barącz, Leszczyński, Elmer, Seidler, Falkiewicz, Czyżewski.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. V Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 22 lutego b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. Doc. H. Hilarowicz: Nawrót po wycięciu żołądka według Rydygiera (pokaz); 2) Kol. W. Elmer i H. Scheps: Przypadek cukrumeczu nerkowego (pokaz); 3) Kol. K. Czyżewski: Skręt esicy (pokaz); 4) Kol. Prof. K. Bocheński: Znaczenie zawodowej opieki pedjatrycznej nad dzieckiem w klinikach i zakładach położniczych.

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Franke, Pisek, Schramm, T. Ostrowski, Groer, Sołowij, Węgrzynowski.

Poznań.

Poznańskie Tow. przyjaciół nauk. Wydział lekarski. W piątek, dnia 15 lutego o godzinie 8,15 wieczorem odbyło się w sali wykładowej Uniwersyteckiej Kliniki Dermatologicznej (Szpital Miejski III p.) Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Prof. Dr. Lubieniecki: O znaczeniu czynnika indywidualnego w powstawaniu i przebiegu owsicy (oxyuriasis).

Nauka Położnictwa dla położnych, pod tym tytułem wyjdzie w kwietniu b. r. z druku podręcznik opracowany przez Dra Bolesława Kowalskiego, profesora Uniwersytetu Poznańskiego dla użytku nietylko położnych, ale także i słuchaczy medycyny, jak również lekarzy praktykujących. Dzieło to wyjdzie nakładem Wojewódzkiego Instytutu Wydawniczego w Poznaniu (Gmach Starostwa Krajowego) w wydaniu bardzo starannem, ozdobionem około 120 rycinami.

Do końca marca 1929 r. można zamawiać to dzieło w przedpłacie po cenie zniżonej 17 zł.

Zmarli.

Zgon synnego dermatologa. W Hamburgu zmarł, przeżywszy 79 lat, prof. dr. Paul G. Unna, dermatolog, cieszący się sławą na całym świecie.

Dnia 9 lutego r. b. zmarł ś. p. Stanisław Bądzyński, doktór filozofji i medycyny, emerytowany profesor zwyczajny chemji fizjologicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, b. profesor zwyczajny higjeny i chemji fizjologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, członek rzeczywisty Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie, prezes Akademji Nauk Lekarskich w Warszawie, członek wielu towarzystw i kawaler orderu „Polonia Restituta" — w wieku 66 lat.

Urodzony na Podlasiu, w 22-gim roku życia musiał uchodzić z Polski przed prześladowaniem władz rosyjskich. Studjował potem i pracował w Brnie, Zurychu i Heidelbergu, do Polski wrócił w r. 1887, najprzód do Krakowa, potem do Lwowa, gdzie został profesorem chemji fizjologicznej. Pracował tam lat 20. W roku 1919 przeniósł się na katedrę chemji fizjologicznej Wydz. Lekarskiego Un. Warsz. — Na wydziale Lek. Uniw. Warsz. zawiązał się komitet, w celu urządzenia akademji pośmiertnej dla uczczenia zasług naukowych ś. p. Zmarłego.

Ś. p. Zmarły był jednym z najwybitniejszych chemików polskich, a sława Jego odkryć promieniowała szeroko i daleko na cały świat.

Cześć Jego popiołom.

Nr. 10. 10. marca 1929. Rok VIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Obudzenie kiły utajonej u dziecka.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
Lek. Nacz. doc. Wł. Szenajch.

Obserwacja szpitalna dwojga dzieci z kiłą wrodzoną stała się powodem do krótkiego omówienia tematu wymienionego w tytule. Po usunięciu z protokółów choroby szczegółów mniej ważnych podaję opis pierwszego przypadku:

Przypadek 1.

Zdzisław B. *) Nr. protok. (19858) lat 4 przybywa do szpitala 19. IX. 1927 r. z powodu od 3 tygodni trwającej żółtaczki, która wystąpiła nagle po uprzedniej kilkudniowej gorączce i która przebiegała bez objawów niestrawności i bez swędzenia skóry. W 2-gim roku życia przebywał żółtaczkę, w 3-cim roku zapalenie płuc. Rodzice dziecka zdrowi, dwoje rodzeństwa zdrowych.

Dziecko przytomne, siada o własnych siłach. Budowy drobnej, na swój wiek znacznie za małe. Wzrost: 85 cm (zam. 98 cm) wykazuje odchylenie wzrostu: 13,26%. Waga dziecka 12.800 g (zam. 16,200 g). Skóra cytrynowo - żółta, twardówki gałek żółte, błony śluzowe żółte.

Odczyn skórny Pirqueta dodatni, na luetynę ujemny. Odczyn skórny Aldricha przyspieszony (15'). Ciepłota ciała normalna. Kości wykazują ślady przebytej krzywicy, stawy wolne. Gruczoły karkowe i podszczękowe miernie powiększone. Brak stygmatów kiłowych. Brak zmian ze strony płuc i serca. Tętno 100. Ciśn. 90/60. Wątroba twarda o brzegach owalnych, gładka, miernie bolesna, wystaje swym płatem z pod łuku żebrowego w linji sutkowej prawej na szerokość palca poniżej pępka. Śledziona twarda, niebolesna wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego lewego. Brak płynu wolnego w jamie brzusznej. Brak pulsacji żylnej (ujemnej lub dodatniej) przy dotyku wątroby. Naczynia żylne na przedniej ścianie brzucha wykazują wyraźny rysunek. Badanie okulistyczne dna oka wykazuje znaczną pigmentację siatkówki (Tabakbestreuung).

Dziecko ma mierne łaknienie, sen dobry. Krew: Hemoglobiny 53% (Sahli). Cz. c. 4,850.000. B. c. 11.150. Wielojądrz.: 62%, przejśc. 8%. Limfoc. 29%. Eozynochłon. 1%. Płytek: 200.000. Czas krwawienia 8'. Czas krzepn. 3'. Kurczliwość skrzepu dobra. Refrakt. 1,3518. Białka 9,23%. Mocznika 0,25⁰/₀₀. Cholesteryny 1,5⁰/₀₀, bilirubiny:6 jednostek v. d. Bergha. Cukru krwi 0,143%. Odporność krwinek (rezystencja) normalna 0,45%. Aglutynacja z durem brzusznym i paradurami ujemna. Próba hemoklasyczna Widala ujemna (brak leukopenji). Próba obciążenia cukrem wypada paradoksalnie: naczczo 0,143% cukru we krwi, w godzinę po śniadaniu cukrowem 0,106%, w 2 godziny 0,170%. Powtórzona w dwa dni potem wypada podobnie. Odczyn wiązania dopełniacza z antygenem bąblowca ujemny. Odczyn Wassermanna dziecka wyraźnie dodatni (+++). Odczyn Wassermanna matki ujemny. Odczyn Wassermanna ojca słabo dodatni.

Mocz: C. gat. 1,025. Diureza 800 cm^3. Nie zawiera białka ani cukru. Obecne: barwiki żółciowe, urobilina, urobilinogen. Próba Haya dodatnia, brak kwasu glikurowego, który dopiero po obciążeniu naftolem się zjawia, chlorków 11,70⁰/₀₀, kw. mocz. (przy bezpurynowej diecie) 1,5⁰/₀₀, amoniaku 0,2816⁰/₀₀, współczynnik Bitha azotu aminowego do azotu ogólnego: 11%. Próba wodna normalna pod względem wydzielania płynu i koncentracji, próba Filińskiego (obciążenie miodem) ujemna.

Kał: jasny, odbarwiony, pasorzytów ani krwi utajonej nie zawiera. Odczyn Tribouleta wykazuje acholję pigmentarną.

Przebieg choroby i leczenie.

W ciągu pierwszego miesiąca stan chorobowy dziecka nie ulega żadnej poprawie. Zastosowano leczenie specyficzne, więc: wcieranie szaruchy à 1,50 g i jodu wewnętrznie bez arsenobenzolu i zwykłe środki żółciopędne (jak naphtol β, sól karlsbadzka, kombretina, lewatywy i t. p.). Krzywa ciepłoty wykazuje czasami odchylenie ponad 38⁰ — przebiegając naogół na poziomie bezgorączkowym. Łaknienie, sen, stan sił naogół dobre przy utrzymującej się żółtaczce i przy niezmienionych rozmiarach wątroby i śledziony. Dopiero z końcem drugiego miesiąca stwierdza się stopniowe zmniejszanie rozmiarów wątroby, wystającej na 3 palce z pod łuku żebrowego w linji sutkowej prawej i śledziony, wychodzącej na szerokość 1 palca z pod lewego łuku żebrowego. Surowica krwi wykazuje 4,8 jednostek bilirubiny. Kał zabarwiony. Pod koniec listopada i z początkiem grudnia żółtaczka ustępuje, barwiki żółciowe coraz trudniej dają się wykazać w moczu zapomocą czułej próby Grumberta, Kuhna, także czułe próby na urobilinę



Ryc. 1.

Zdziś B. lat 4 postawiony obok Helenki K. lat 4 również chorej na żółtaczkę zakaźną. Fotografja wykazuje zahamowanie wzrostu Zdzisia B.

(Gilberta, Herschera, Denigès, Chachaumopoulo, Bornano) wypadają ujemnie. Próba na urobilinogen i próba Haya na sole kw. żółc. wahają się, wypadając coraz częściej ujemnie, wreszcie znikają.

Dnia 11 grudnia dziecko odchodzi do domu wyleczone z ujemnym odczynem Wassermanna.

Epikryza:

Dziecko 4-letnie z kiłą wrodzoną, które w 2-gim roku życia przebywało żółtaczkę zapada nagle we wrześniu na ostrą chorobę gorączkową, po której ustąpieniu pojawia się żółtaczka bez objawów niestrawności i bez swędzenia skóry. Żółtaczka jest uparta i trwa prawie 3 miesiące. Żółtaczce towarzyszy znaczne powiększenie wątroby i śledziony. Choroba ustępuje pod wpływem energicznie zastosowanego leczenia przeciwkiłowego.

Rozpoznanie brzmiało:

Hepatitis luetica per icterum infectiosum in individuo heredoluetico reactivata. Hypotrophia maioris gradus hepatica.

W miesiącach jesiennych 1927 r. podobnie jak w poprzednich latach obserwowaliśmy tak na materjale szpitalnym, jak i ambulatoryjnym zjawisko nasilonego występowania przypadków żółtaczki zakaźnej wśród dzieci i dorosłych. Chodzi tu zwykle o t. zw. żółtaczkę dobrotliwą *(icterus benignus)*, która zaczyna się kilkudniowym gorączkowym okresem przedżółtaczkowym. Z momentem ustępującej gorączki zjawia się na skórze i błonach śluzowych

*) Przypadek demonstrowany 6. XII. 1927 r. na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek. i 4. I. 1928 r. na posiedzeniu klinicznew Pol. Tow. Pedj.

żółtaczka nieżytowa, trwająca zazwyczaj kilka dni. Epidemję takiej żółtaczki wśród dzieci opisał był Lindstedt w Szwecji, Mikułowski w Polsce. Etjologja choroby tej nie jest ustalona. Eugen Fränkel wyhodował z pośmiertnej żółtaczki zakaźnej prątek paraduru, który u świnki morskiej wywołał ciężką żółtaczkę. Anigstein i Milińska wypowiadają się również za rolą etjologiczną prątków rzekomodurowych, należących do różnych typów serologicznych (Para C dur Hirszfeld. bac. Aertrycke Stanley).

W przypadku naszym ostry kilkudniowy gorączkowy początek choroby, składający się na fazę przedżółtaczkową, poprzedzającą zjawienie się bezgorączkowej żółtaczki, jest znamienny dla tego zakażenia obok danych epidemjologicznych, stwierdzających jesienne nasilenie żółtaczki zakaźnej.

Tak więc mieliśmy prawo rozpoznawać żółtaczkę zakaźną. wykluczając równocześnie możliwość innych postaci żółtaczki. I tak nie mogła to być żółtaczka kamicowa, spowodowana przez zatkanie kanału żółciowego kamieniem. Brak było kolki wątrobowej w wywiadach i brak charakterystycznego początku z kryzą bolesną brzuszną, brak bólu uciskowego na okolicę woreczka żółciowego i w strefie trzustkowo-żółciowej. Pozatem wywiady nie wspominały nic o przebytym w przeszłości durze brzusznym, a badanie ani wywiady nie wykazywały niczego w kierunku istnienia skazy artretycznej czy to u dziecka czy u rodziców. Nie można było myśleć o żółtaczce z zatrucia chloroformem, grzybami trującemi, jadem wężowym, czy tlenkiem arsenu, lub arsenobenzolem z powodu ujemnych w tym kierunku wywiadów. Dla tej samej przyczyny wykluczyć należało tło etylizmu a więc możliwość nieprawdopodobnej w tym wieku marskości alkoholowej. Wiek dziecka wykluczał również postaci żółtaczki w związku ze złośliwym nowotworem główki trzustki, wątroby, dróg żółciowych lub brodawki Vatera.

Nie mieliśmy potrzeby myśleć o *hepatitis appendicularis*, a więc o schorzeniu wątroby, pozostającem w korrelacji z ukrytem zapaleniem wyrostka robaczkowego. W przypadku tym bowiem brak było charakterystycznego obrazu angiocholecystitis z gorączką.

W przypadku naszym wykluczyć należało zespół sercowo-wątrobowy Hutinela zarówno ostry jak przewlekły.

Jeżeli zmiany wypukowe serca nie zawsze istnieć muszą, to jednak musielibyśmy byli stwierdzić inne zaburzenia podmiotowe lub czynnościowe sercowe i krążeniowe jak: duszność, sinicę, przyspieszenie małego tętna, zaburzenia trawienia. Przeciw temu zespołowi przemawiał również brak puchliny brzusznej i zbyt silna żółtaczka w miejsce stanu podżółtaczkowego, wreszcie brak tętnienia żylnego wątroby (Potaina) i brak pulsacji żył szyjnych.

Również ani zapalenie płuc, ani dur brzuszny, ani zapalenie wyrostka robaczkowego nie mogły być w tym przypadku przyczyną jakiejkolwiek żółtaczki wtórnej.

Żółtaczka ze względu na jesienne stosunki epidemjologiczne i ze względu na swój ostry kilkudniowy okres przedżółtaczkowy miała cechy żółtaczki zakaźnej. Uderzająca była okoliczność, że dziecko, pozostające w ścisłej opiece lekarskiej w domu przez okres 3 tygodni, wcale się nie poprawiało i zostało skierowane do szpitala, gdzie żółtaczka utrzymywała się jeszcze następnych 11 tygodni. Żółtaczce towarzyszył obrzęk wątroby, sięgającej poniżej pępka i znaczny obrzęk śledziony. Równoczesne badanie serologiczne krwi wykluczało możliwość istnienia torbieli bąblowca, a stwierdzało wyraźnie istnienie kiły, której jedynym „stygmatem" była wybitna pigmentacja siatkówki. Wywiady wspominały o przebytej już raz w 2-gim roku życia żółtaczce u dziecka. Fakt ten świadczył o istnieniu pewnej skłonności do występowania niedomogi wątrobowej u dziecka. Że niedomoga ta mogła przybierać postać upartą dowodził obecny obraz chorobowy przedłużającej się na szereg 3 miesięcy żółtaczki, której początek był banalny swoim przebiegiem charakterystyczny dla zwykłej żółtaczki „nieżytowej", zwanej dziś zakaźną. Nasuwała się natrętnie potrzeba szukania przyczyny obserwowanej, uporczywej niedomogi wątrobowej we właściwościach, jakie dany ustrój pod względem terenu swojego przedstawiał. Teren ten był *kiłowy*.

Teren kiłowy był przyczyną, że wątroba dziecka wykazywała skłonność do łatwej niedomogi. Pod wpływem niewinnego napozór urazu, jakim była żółtaczka zakaźna, wątroba dziecka nie zareagowała kilkudniową niedyspozycją zapalną, ale uległa odrazu kilkumiesięcznej niedomodze, którą dopiero energiczne leczenie przeciwkiłowe zdołało wyrównać. W przeciągu krótkiego czasu nietylko wątroba, ale i śledziona uległa takiemu powiększeniu, że nawet na wypadek braku odczynu Wassermanna klinicysta zmuszony był myśleć o zarysowującym się w jego oczach zespole wątrobowo-śledzionowym Chauffarda, charakterystycznym dla kiły. Śledziona rozmiarem i konsystencją swoją przekraczała znacznie niewinny obrzęk, t. zw. objaw Maragliano, przewidziany w przebiegu żółtaczki zakaźnej, rzadko zresztą spotykany, a przeciwnie przypominała śledzionę w przebiegu marskości wątroby i z zaznaczoną na powłokach brzusznych siecią krążenia ubocznego, mimo braku puchliny brzusznej, świadczyła o zespole zastoju w obrębie żyły wrotnej.

Poszczególne wyjątki analizy krwi, kału i moczu dowodziły o chorobowem wypadnięciu poszczególnych ważnych funkcyj tego narządu, wystarczały do rozpoznania stanu zapalnego wątroby — na granicy stanu początkowego marskości. Badania laboratoryjne w kierunku funkcji wątrobowej objęte nawet w szczegółowy schemat nie dają nigdy klinicyście pewności, czy wybór jego metod i chwila zastosowanego badania były dostatecznie fortunne w kierunku zdemaskowania tej, lub owej dysfunkcji wątrobowej. Krytyczny klinicysta zmuszony jest w tym kierunku pamiętać o właściwościach asynergji i asynchronizmu fukcji wątrobowych tak jak to rozumieli Noel Fiesinger lub Giuseppe Sabatini. I przed nimi od dawna cały szereg autorów zauważył był fakt, że w przebiegu schorzeń wątroby mogą jej wszystkie czy poszczególne funkcje ulegać uszkodzeniu nie w jednym czasie i nierównolegle. Zwłaszcza w przebiegu lżejszej niedomogi wątrobowej jak np. w rozpoczynającej się marskości z lekką żółtaczką nie stwierdzali nigdy Fiesinger i Clogne naruszenia wszystkich funkcyj naraz. Najczęściej jedna, lub kilka było zupełnie nienaruszonych podczas gdy inne wykazywały zachwianie w rozmaitym stopniu. Z drugiej strony nigdy dwa klinicznie podobne przypadki nie dawały obrazu identycznej niedomogi; przez ten brak paralelizmu i koordynacji czynności wątrobowych „każdy chory wyciskał indywidualne piętno na swojej niedomodze tego narządu". Także pod względem czasu ta sama choroba u tego samego chorego w różnych momentach swojej ewolucji wykazuje rozmaitą zdolność czynnościową gruczołu. Jedna funkcja, która na początku choroby była zwichnięta, wraca po jakimś czasie do równowagi, podczas gdy równocześnie inna, na początku choroby nienaruszona, ulega po jakimś czasie zaburzeniu.

W przypadku naszym oprócz anatomicznego zaburzenia statyki istniało niewątpliwie zwichnięcie dynamiki wątroby, czego dowodzi choćby tylko kilkumiesięczne zaburzenie jej ważnej funkcji egzokrinalnej t. j. żółciowej. Ale nie w tym kierunku zdaniem mojem idzie interes kliniczny tego przypadku. Przypadek jest głównie interesujący przez to, że pod względem klinicznym przedstawiał zespół początkowej marskości wątroby na tle kiłowem, zespół, który stanowił uwerturę do groźnego dramatu, jakkolwiek spowodowany został przez tak błahą przyczynę, jak pospolita żółtaczka sezonowa, jesienna. Zaakcentowany wybitnie zespół wątrobowo-śledzionowy Chauffarda z zaznaczonem upośledzeniem krążenia w obrębie żyły wrotnej pozwalał każdemu doświadczonemu klinicyście oczekiwać każdej chwili pojawienia się puchliny wodnej i całej katastrofalnej konsekwencji tego syndromu, którego ewolucję w energiczny sposób zdołało zahamować jedynie wczesne zastosowanie leczenia przeciwkiłowego. Sceptyk, któregoby nie przekonały dowody Castaignea o błędnem i niczem nieuzasadnionem nieporozumieniu, jakiem jest pokutująca jeszcze wśród lekarzy tendencja dowolnego interpretowania odczynu Wassermanna w przebiegu żółtaczki, sceptyk taki na skutek retrospektywnego obserwowania przypadku leczonego *ex juvantibus*, zgodzić się musi, że zespół chorobowy nosił charakter kiłowego schorzenia narządu wewnętrznego. Przypadek ten stanowi przykład obudzenia kiły (wisceralnej) narządu wewnętrznego wskutek zakażenia żółtaczką sezonową. Podczas gdy dawniej uwzględniano i opisywano skrzętnie przypadki kiły skórnej, obudzonej wskutek urazu zewnętrznego, lub wewnętrznego (infekcja) — to od czasu genjalnego doniesienia Hutinela z r. 1919 — *„Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aigues banales ou spécifiques"* pojawiają się w piśmiennictwie coraz wymowniejsze obserwacje stwierdzające prawdziwość, żywotność, ważność i częstość tego zjawiska klinicznego. Z pomiędzy licznych, znakomitych prac tego wielkiego pedjatry francuskiego odkrycie to należy niewątpliwie do najważniejszych pod względem skutków praktycznych, diagnostycznych, prognostycznych i leczniczych.

Zdaniem Hutinela i Nadala obudzenie kiły wrodzonej może się zdarzać w większości narządów i to albo spontanicznie, przynajmniej pozornie bez przyczyny, albo pod wpływem jakiejś przypadkowej choroby zakaźnej, lub toksycznej. Czasem chodzi o objawy, których charakter specyficzny lekarz szybko odkrywa i konsekwentnie leczy przeciwkiłowo, w wielu jednak przypadkach chodzi o takie objawy, których charakteru kiłowego lekarz się nie domyśla i mylnie je pod względem istotnego pochodzenia

interpretuje, składając je na karb zakażenia przypadkowego, płucno-zapalnego, opłucnowego, otrzewnowego, mózgowego czy nerkowego. Tymczasem ewolucja choroby ma w sobie coś nienormalnego, jest powolna, przeciągająca się, uporczywa i, mimo że dotyczy dziecka, ma tendencję do tworzenia tkanki bliznowatej, co jest dla wieku dziecięcego zjawiskiem paradoksalnem i co każe podejrzewać kiłę.

Zmiany w ten sposób powstałe nie zawsze ulegają łatwej i zupełnej regresji. Części miąższu, które uległy zniszczeniu, wykazują większe, lub mniejsze zaburzenie i zbliznowacenie. W następstwie ulega obniżeniu oporność (rezystencja) tych narządów na wszelkie przypadkowe schorzenia, którym łatwiej niż przedtem podlegają. Reakcje te mogą być czasem przejściowe i niczem się nie różniące od objawów banalnych; kiedyindziej rozwijają się w sposób specjalny, ustępują bardzo powoli i pozostawiają mniej, lub więcej głębokie ślady; gdy się w końcu odkryje kiłę wrodzoną, nie podobna się uwolnić od myśli, że to było obudzenie zakażenia kiłowego.

Banalna w swoich początkach reakcja dopiero późno przybiera charakter specyficzny. Oczywiście między banalnemi objawami a typowem obudzeniem kiły można zaobserwować cały szereg stanów pośrednich. Oba procesy są ściśle ze sobą związane, ale zakażenie przewlekłe, które kroczy krokiem powolnym, jest bardziej uporczywe i w końcu wybija się na pierwszy plan. Dlatego też chroniczne zakażenie należy przedewszystkiem poddać leczeniu.

Pojęcie urazu zakaźnego (wielka, lub drobna infekcja) obudzającego z uśpienia kiłę utajoną (nabytą, lub wrodzoną) jest niewątpliwie pojęciem dość delikatnem i nie takiem prostem, jak zaziębienie, lub przeciąg, ale dla lekarza, obserwującego bystro warunki przebiegu różnych zakażeń, jest stanowczo pojęciem równie realnem, jak pojęcie kiły urazowej w znaczeniu chirurgicznem. Każdy lekarz w czasie wojny miał sposobność obserwować przypadki kiły urazowej: a więc przypadki kilaków występujących w miejscu doznanej kontuzji i w następstwie po kontuzji. U Arabów zauważyli lekarze (Lacapère) ulubione umiejscowienie kilaków na kości czołowej, w związku nie z czem innem jak ze zwykłym urazem spowodowanym biciem pokłonów o posadzkę kamienną w meczetach w czasie codziennej modlitwy.

Okulistom znany jest notorycznie fakt, że niewinna operacja pospolitego jęczmyka stwardniałego (chalazion) wywołuje niejednokrotnie u osobnika z ukrytą kiłą reaktywację kiły w postaci wybuchu złośliwego zapalenia rogówki.

Pojęcie urazu zakaźnego, czyli podrażnienia aktywującego utajoną inną chroniczną chorobę zakaźną, nie jest niczem innem, jak przeniesieniem zjawiska chirurgicznego, czy skórnie namacalnego i widzialnego do trudniej zmysłami dostrzegalnych zjawisk z zakresu medycyny wewnętrznej, pozornie więcej metafizycznej, a w istocie tak samo realnej, jak inne gałęzie medycyny. W pedjatrji pojęcie utajonej gruźlicy, podlegającej obudzeniu pod wpływem banalnego pozornie zakażenia odrą zdobyło sobie od lat przesadne nieco (ze względu na pokrzywdzenie roli utajonego koklüszu) miejsce w klinice dziecka. Jak pojęcie obudzenia gruźlicy utajonej nie jest metafizyką, tak samo i pojęcie kiły utajonej, choroby zakaźnej tak podobnej anatomicznie do gruźlicy, nie zasługuje na lekceważenie, ale na analogiczne poddanie krytycznej obserwacji.

A obserwacja prof. Gougerot i Miliana wykazuje, że nie tylko zakażenia ciężkie, jak zapalenie płuc, grypa ciężka, dur brzuszny, ostry gościec stawowy, płonica i t. p., ale także lekkie ostre zakażenie, jak angina, nieżyt kiszek, grypa „dobrotliwa" — są w możności obudzić kiłę utajoną. Bywa się wtenczas często zaskoczonym przez kontrast, jaki zachodzi między lekkością i dobrotliwością ostrej infekcji i wybuchem procesu w narządzie wewnętrznym, który nie tylko jest intensywny, uparty, z tendencją do przejścia w stan przewlekły, ale oprócz tego także jest często groźny.

Oczywiście umiejscowienie uszkodzeń może być najrozmaitsze, więc równie dobrze oponowo-mózgowe, oskrzelowo-płucne, sercowo-aortalne, nerkowe, gruczołowe, tarczycowe, stawowe, kostne, lub jak w naszym przypadku wątrobowo-śledzionowe.

Zmiany, wywołane przez kiłę, usadawiają się najczęściej w tym narządzie, który zazwyczaj ulega zaatakowaniu przez ostre zakażenie, a proces chorobowy jest z początku w większości przypadków procesem mieszanym. Niewątpliwie, że w naszym przypadku tak właśnie przedstawia się sprawa lokalizacji i mieszanego zakażenia. Trudno określić, w którym dniu choroby ustąpiło zakażenie żółtaczką sezonową, to pewne tylko że przebieg hepatitis i niedomogi wątrobowej, zbliżającej się obrazem klinicznym do typu marskości z przerostem, dowodził, że kiła wątroby wybiła się w zakażeniu na plan pierwszy.

Można również obserwować najrozmaitsze stopnie nasilenia chorobowego obudzonej kiły, począwszy od najcięższych zmian anatomo-patologicznych narządów — skończywszy na zmianach tylko humoralnych, właśnie takich, jakie wykrył był Milian, polegających na reaktywacji wygasłego przedtem odczynu Wassermanna, który wskutek urazu banalnej nawet infekcji może stać się dodatnim.

W świetle tego odkrycia oczywiście jasną staje się rzecza potrzeba systematycznego, obowiązkowego i odruchowego badania odczynu Wassermanna u każdego chorego dziecka w każdym szpitalu dziecięcym, bez względu na to, czy choroba, z którą dziecko przybyło jest (jak odra, czy świnka) na pierwszy rzut oka widoczna, czy nie.

Reaktywację odczynu Wassermanna daje się sprowokować nie tylko zapomocą środków przeciwkiłowych, ale także przez pewne choroby zakaźne jak herpes, płonica lub grypa, przez różne toksyny drobnoustrojów, przez niektóre szczepionki. Także Neuda wykrył zdolność reaktywacji odczynu Wassermanna pod wpływem zakażenia grypowego. To samo stwierdził Marini w przebiegu duru brzusznego.

„W rzeczywistości nie chodzi w przypadkach tych o obudzenie odczynu Wassermanna, ale o obudzenie samej choroby, o prawdziwy wpływ biotropiczny substancji chemicznej mikrobu na pasorzyta kiłowego". (Milian).

Prof. Gougerot opisuje przypadek, dotyczący kobiety 38-letniej, dotąd zdrowej, która na początku grudnia 1924 r. zachorowała na lekką płonicę, bez jakiegokolwiek białkomoczu i w 15 dni po spadku gorączki zapadła na płonicze zapalenie nerek z obrzękami. Zapalenie nerek było uparte i mimo zniknięcia obrzęków nie ustępowało, wykazując przez następnych 10 miesięcy białkomocz 2—3‰.

Dnia 29 października 1925 r. kobieta ta zasięgała porady lekarskiej dla dzieci swoich u prof. Gougerot'a z powodu banalnego wyprysku skóry. Lekarz ten przypadkowo zauważył u dzieci stygmaty kiły wrodzonej na czaszce i zębach. Bada matkę, stwierdza wspomniane zapalenie nerek, wykrywa u niej dodatni odczyn Wassermanna, demaskuje u męża zakażenie kiłowe na trzy lata przed ślubem i także dodatni odczyn Wassermanna. Kobieta ta po 25-tej injekcji cjanku rtęci została zupełnie wyleczona z zapalenia nerek płoniczego, które trwało okrągły rok.

Jakkolwiek jeden przykład ten dotyczy kliniki dorosłych, to jednak nikt nie zaprzeczy, że jest on w pierwszej linji dla pedjatry, który najwięcej ma z płonicą kontaktu, w wysokim stopniu pouczający i praktycznie więcej produktywny, niż niejedna teorja w rodzaju dotychczasowych teoryj o profilaksji płonicy toksyną Dicka.

Mniej z pedjatrją spokrewniony, ale z treścią swoją anatomiczno-kliniczną z naszym przypadkiem bliżej związany, jest opis tego samego autora przypadku kiły wątrobowej, obudzonej przez zimnicę wątroby. Kolonista 52-letni przebył kiłę w 29 r. życia, która od tego czasu nie dawała żadnych objawów skórno-śluzowych, potem chorował na czerwonkę i wreszcie w 34 r. życia zapadł na zimnicę na Madagaskarze. Od pierwszego ataku malarji zapada po 2 do 3 razy na rok na paroksyzm zimnicy i w związku z tem na bolesny obrzęk wątroby z urobilinurją i stanem podżółtaczkowym. W lecie 1924 r. badany przez prof. Gougerot'a przedstawia obraz marskości przerostowej wątroby z puchliną brzuszną, splenomegalją i plamicą skóry. Odczyn Wassermanna jest słabo dodatni, Gougerot zastosował energiczne leczenie przeciwkiłowe, które w przeciągu kilku tygodni usunęło nie tylko stan podżółtaczkowy i urobilinurję, ale spowodowało zniknięcie puchliny brzusznej, zmniejszenie wątroby i śledziony do normy i doprowadziło do zupełnego wyleczenia kiły wątrobowej, którą niewątpliwie obudziła malarja.

Przypadek ten przedstawia pewną analogję z naszym przypadkiem, jakkolwiek chodzi o inne zakażenie prowokujące.

Oba przypadki Gougerot'a są mocne pod względem wartości praktycznej i służyć mogą za dowód, jak myśl Hutinela o obudzeniu kiły utajonej była konkretna, treściwa, trafna i zapładniająca.

Co do teoretycznego zagadnienia mechanizmu patogenicznego tych zjawisk klinicznych, wydaje mi się wspomniane porównanie ich z urazem na skutek kontuzji, czy operacji odpowiedzią może wymijającą, ale narazie wystarczającą.

Nazwanie tego zjawiska urazem wewnętrznym, czy urazem zakaźnym, czy shokiem humoralnym może być mniej lub więcej fortunnym wykładnikiem tego porównania.

Przypadek nasz porusza jeszcze po części zagadnienie interpretacji odczynu Wassermanna w przebiegu żółtaczki. Niektórzy autorowie wypowiadali wątpliwości, czy odczyn Wassermanna w surowicy żółtaczkowej nie daje powodu do omyłek spowodowanych przez możliwość zmętnienia reakcji wiązania dopełniacza przez elementy żółciowe surowicy. W niektóre podręczniki wdarły się nawet wzmianki o braku miarodajności odczynu Wassermanna w przebiegu żółtaczki. Sprawa ta należy jednak do przeszłości, zlikwidowanej przez Castaigne'a, który poddał badaniu serologicznemu szereg surowic chorych na przewlekłą żółtaczkę. W każdym przypadku dodatniego wyniku badania chodziło o chorego z kiłą. Żółtaczka więc sama nie jest zdolna spowodować dodatniego odczynu Wassermanna.

Niezależnie od serologicznego wyniku badania przypadek nasz potrąca także o inny problem, a mianowicie o rolę żółtaczki w klinice kiły. Jak wiadomo od r. 1920 t. j. od ogłoszenia pierwszych trzech obserwacji żółtaczki przez Miliana u chorych kiłowych z wrzodem pierwotnym w okresie przedróżyczkowym — mnożą się w piśmiennictwie coraz częstsze spostrzeżenia potwierdzające trafność odkrycia uczonego francuskiego. Autor ten nazwał tę żółtaczkę: *ictère syphilitique primaire.*

Milian, Nicaud, Gaston — Tissot i inni stwierdzili, że w czasie tej żółtaczki odczyn Wassermanna jest ujemny i pokazuje się dopiero w zwykłym odstępie czasu, tak jak w przebiegu każdej kiły. Żółtaczka jest więc zjawiskiem prehumoralnem i nie wpływa, zgodnie ze spostrzeżeniami Castaigne'a na odczyn Wassermanna. Żółtaczka kiłowa pierwotna, towarzysząca wrzodowi pierwotnemu, bywa krótsza, lub dłuższa i ustępuje na skutek energicznego leczenia przeciwkiłowego. Pojawia się ona nierzadko w przebiegu kiły ciężkiej. Jeszcze doświadczenia Hoffmanna z 1906 r. na małpach, którym zaszczepiał krew ludzi kiłowych, wykazały, że krętek kiły zjawia się w krwiobiegu bardzo wcześnie, bo nawet na 3 tygodnie przed wystąpieniem różyczki. Nic więc dziwnego, że i wątroba może ulec wcześnie zmianom chorobowym. Systematyczne badania wątroby u małp, szczepionych przez Roux i Miecznikowa, wykazywały z wczesnym początkiem zakażenia istnienie zmian miąższowych wątroby, podobnych do zmian stwierdzonych na ludzkiej wątrobie u osób zmarłych przypadkowo w drugim okresie kiły (Sézary).

Szczegóły te świadczą, że żółtaczka kiłowa pierwotna jest wczesnym objawem uszkodzenia wątroby i że narząd ten już w samym początku infekcji jest czuły na uszkodzenia kiłowe, co tłumaczy także częstość umiejscowienia zmian kiły późnej właśnie w tym narządzie. W świetle tych faktów wypływa jasno nie tylko potrzeba wczesnego energicznego leczenia kiły w samym jej początku, ale także potrzeba czujnego ustosunkowania się lekarza wobec żółtaczki, która w każdej porze życia może być sygnałem zakażenia kiłowego.

Wiek dziecięcy nie stanowi pod tym względem wyjątku i każdemu pedjatrze wiadomo, że istnieje u osesków rodzaj dyspepsji uporczywej lub intolerancji pokarmowej, nie ustępującej mimo zastosowania najrozsądniejszej djety, z mniejszą lub większą żółtaczką i odbarwieniem stolców, postać uleczalna ale tylko zapomocą środków przeciwkiłowych. Żółtaczka w tych przypadkach jest często symbolem niedomogi wątrobowej o etjologji kiłowej.

W opisie przypadku naszego wspomnieliśmy, że w leczeniu hepatitis wstrzymaliśmy się świadomie z wprowadzeniem arsenobenzolu, nie chcąc narazić czułej komórki wątrobowej na agresywne działanie tego środka. Jak wiadomo arsenobenzol (i jego pochodne) sam w sobie jest zdolny wywołać żółtaczkę toksyczną. Użycie więc jego w przypadku hepatitis byłoby błędem leczniczym. Mniej toksyczne niż arsenobenzol są sole bizmutowe, ale i one czasami mogą wywoływać żółtaczkę. Z tych powodów ograniczyliśmy się do stosowania rtęci i jodu.

Przypadek nasz nasuwa jeszcze jedną refleksję na temat wzmiankowanej w opisie hipotrofji. Dziecko wykazuje odchylenie wzrostu 13,26%. Czy zahamowanie wzrostu należy kłaść na karb przebytej krzywicy dziecka? Wiadomo, że wielu autorów wątpi wogóle o istnieniu związku między małym wzrostem i krzywicą „ponieważ krzywica nie działa bynajmniej bezpośrednio szkodliwie na właściwy mechanizm wzrostu na długość" (Pfaundler, Chose). Dziecko nasze już w drugim roku życia przechodziło jakąś hepatitis z żółtaczką, bo jako dziecko kiłowe miało już wcześnie tendencję do łatwego zaburzenia funkcji tego narządu. Z prac Ribadeau — Dumas'a i Faroy wiadomo, że dzieci kiłowe z niedomogą wątroby popadają łatwo w atrepsję i hipotrofję.

W tem zahamowaniu wzrostu niezależnie od kiły utajone schorzenie samej wątroby jest momentem przyczynowym niskiego wzrostu i zatrzymania ogólnego rozwoju na stopniu niższym, odpowiadającym pojęciu infantilismus. Pierwszy Lereboullet w r. 1901 wprowadził na określenie tego spostrzeżenia nazwę infantilizmu wątrobowego. Przed nim przypadki takie obserwował cały szereg autorów jak Tissier, Gilbert, Fournier, po nich Osler, Falta, Rienböck, Quadri, Pfaundler. Sprawa ta wkracza w zagadnienie roli endokrinalnej wątroby. Pod wpływem choroby tego narządu zarysowuje się czasem wypadnięcie tej jego endokrinalnej funkcji.

Przypadek 2.

Marysia D. *) Nr. prot. 20008 lat 3 jedynaczka rodziców zdrowych, ale nerwowych. W 1-szym roku życia dziecko cierpiało na bezsenność, zresztą żadnych chorób nie przechodziło. Obecna choroba wystąpiła nagle, ostro dnia 11. X. 1927 r. wśród gorączki 39°, wśród drgawek klonicznych prawej połowy ciała, z zamroczeniem przechodzącem w zupełną nieprzytomność. Stan ten przy coraz częściej występujących drgawkach, niepokoju i wzrastającej nieprzytomności oraz braku objawów niestrawności utrzymuje się przez następnych 5 dni. Analizy moczu sygnalizują zwiększoną ilość leukocytów osadu moczowego i pojawienie się acetonu w moczu: to ostatnie daje powód lekarzom do rozpoznawania ketonemji.

Dnia 16. X. przybywa dziecko do szpitala. Dziecko nieprzytomne, bardzo niespokojne, z błędnym wzrokiem. Na swój wiek wielkie, dobrze odżywione. Kościec bez zmian, stawy wolne. Brak stygmatów kiłowych. Odczyn Pirqueta i na luetynę ujemny. Barwa skóry normalna. Temp. przy przyjęciu 39°. Tętno 120. Język wilgotny nie drży. Gruczoły, jama ust, nos, uszy, narządy klatki piersiowej bez zmiany. Tony serca czyste. Śledziona niemacalna, wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego.

Badanie nerwowe: źrenice równe, oddziaływują żywo na światło i przystosowanie. Nerwy czaszkowe bez zmian. Brak objawów oponowych, oprócz wzmożonego napięcia mięśni. Odruchy wzmożone: ścięgniste, okostnowe, górnej kończyny, kolanowe, Achillesa dolnej kończyny, odruch brzuszny normalny. Brak objawu Babińskiego. Brak zaburzeń czucia. Brak drżenia zamiarowego. Brak ataksji. Badanie laboratoryjne: Nakłucie lędźwiowe wykonane tuż po przyjęciu chorego dziecka wydostaje płyn mózgowy jasny, czysty pod znacznie wzmożonem ciśnieniem. Białka 0,12‰, mocznika 0,15‰, chlorków 7‰, cukru 0,6‰. Refr.: 1.3349, odczyn z ninhidryną dodatni, odczyny globulinowe ujemne. Posiew jałowy. W osadzie 4 białe ciałka w 1 mm^3. Odczyn Wassermanna z przyczyn od nas niezależnych nie wykonany.

Krew: hemoglobiny 67%. Czerw. ciał.: 6,300.000. Biał. ciał.: 14.000. Wielojądrz.: 65%. Limfoc. 31%. Przejść. 4%. Płytek: 250.000. Mikrotrombocytoza. Czas krwawienia 6'. Czas krzepnięcia 6'. Kurczliwość skrzepu dobra. Odczyn opaskowy ujemny, odczyn nakłucia Kocha ujemny. Refr. 1.3510, białka 8,81%. Surowica zawiera 4 jednostki bilirubiny. Posiew krwi jałowy. Odczyny aglutynacyjne na dur brzuszny i paradury ujemne. Odczyn Wassermanna ujemny. (Rodzice *luem negant).*

Mocz kwaśny 1020 o barwie piwa bawarskiego wykazuje obecność urobiliny, barwników żółciowych i urobilinogenu. Zwiększona ilość kwasu moczowego 1,14‰ przy bezpurynowej diecie. Odczyn Haya dodatni. W osadzie moczu do 20 leukocytów w 1 polu widzenia.

Kał: bez krwi utajonej, odczyn Tribouleta wykazuje acholję barwikową.

Badanie okulistyczne (Dr. Matusewiczówna) stwierdza: brak zastoiny. Wybitna pigmentacja siatkówki (Tabakbestreuung).

Przebieg choroby: Po wykonanem nakłuciu lędźwiowem ustąpiło natychmiast wielkie podniecenie dziecka. Sen spokojny. Dnia następnego 17. X. krytyczny spadek ciepłoty do normy, równocześnie dziecko zdaje się być przytomniejsze, siada samo na łóżku, pije podawane pokarmy i wykazuje znaczną poprawę stanu nerwowego. Na skórze, twardówkach i na błonach śluzowych zjawia się żółtaczka przy braku objawów niestrawności i braku swędzenia.

Od 17. X. do 20. X. stan lekkiej żółtaczki bezgorączkowej z nieco obrzękłą wątrobą z ogólnym dobrym stanem fizycznym, tętnem 95, dobrym apetytem i dobrym snem. Dziecko zupełnie spo-

*) Przypadek demonstrowany dnia 6. XII. 1927 na posiedzeniu klin. Warsz. Tow. Lek. i dnia 4. I. 1928 na posiedzeniu klin. Pol. Tow. Pedjatr.

kojne, ale nie mówi i nie odzyskuje normalnej przytomności umysłu.

Dnia 21. X. Żółtaczka ustąpiła. Badanie moczu ujemne z ustępującym obrazem osadu patologicznego. Temp. normalna.

Dziecko bardzo niespokojne, krzyczy przejmująco, płacze, wykazuje podniecenie szałowe z próbami ucieczki. Mięśnie kończyn wykazują po stronie prawej wzmożone napięcie, odruchy ścięgniste żywe, niepokój ruchowy.

Dnia 2. X. Stan podniecenia szałowego trwa przy braku gorączki. Palce prawej ręki daszkowato ustawione. Chód dziecka przypomina obraz propulsji. Wezwany neurolog, Dr. Morawiecka, określa stan: *encephalitis in regione ganglionum baseos cerebri.* W następnych dniach t. j. do 15. X. stan się utrzymuje przy stałe normalnej ciepłocie i dobrym apetycie. Palce prawej ręki wykazują atetozę.

Dnia 25. X. dziecko poprawia się, poznaje pierwszy raz matkę, rozmawiać jeszcze nie może, wzrok ma szklany, wyraz twarzy maskowaty.

Dnia 25. X. wykonano powtórnie nakłucie lędźwiowe. Płyn pod niewielkiem ciśnieniem. Odczyn Flataua ujemny. Badanie chemiczne i morfologiczne, jak wyżej. Badanie serologiczne stwierdza *dodatni odczyn Wassermanna.*

Od dnia 25. X. do 28. X. dziecko spokojniejsze, odzyskuje powoli przytomność, mówi nieco skandująco, powoli (bradylalia) i z monotonją.

Dnia 28. X. odchodzi do domu.

Obserwowane w miesiącach listopadzie, grudniu i styczniu 1928 r. poprawia się pod względem psychicznym i nerwowym. Odzyskuje zupełną przytomność umysłu, wesołość, zainteresowanie otoczeniem i nie wykazuje zmiany charakteru. Hypertonja mięśniowa ustąpiła. Brak jakiejkolwiek sztywności mięśniowej, brak zaburzeń stereognostycznych. Chód pewny. Mowa poprawia się, otrząsając się stopniowo z monotonji. Tylko sen niezupełnie jest dobry i wymaga symptomatycznych interwencyj leczniczych. Leczenie dziecka w szpitalu było objawowe i dopiero po stwierdzeniu dodatniego odczynu Wassermanna rozpoczęto kurację przeciwkiłową, którą dziecko w dalszym ciągu po wyjściu ze szpitala energicznie kontynuuje.

Epikryza: Dziecko 3-letnie z kiłą wrodzoną dotąd zdrowe zapada nagle w październiku na ostrą chorobę gorączkową do 39^0, wśród objawów wybitnie mózgowych przy braku objawów niestrawności. Po 6 dniach nagły spadek temperatury do normy, w której się następnie do końca utrzymuje. Równocześnie ze spadkiem ciepłoty ustępują na drugi plan objawy nerwowe, a zjawia się żółtaczka, która jest lekka i trwa 5 dni. Po jej zniknięciu świeże nasilenie objawów mózgowych z nieprzytomnością i podnieceniem szałowem. Objawy mózgowe trwają jeszcze 2 tygodnie i pozostawiają tylko jako ślady bezsenność nieznacznego stopnia, utrzymującą się przez następne 2 miesiące.

Rozpoznanie brzmiało: *Encephalitis luetica per icterum infectiosum in individuo heredo - luetico reactivata.*

Jakkolwiek w rozpoznaniu tem zawarta jest cała synteza tego przypadku, to jednak zasługuje on zdaniem naszem na analizę poszczególnych faktów, których krytyczne wyświetlenie przyczynić się może nie tylko do zrozumienia spiętrzonych w krótkim czasie trudności rozpoznawczych, ale także do zupełnego przekonania się o trafności i prawdziwości poglądów Hutinela.

W przypadku tym uderza pewna niezupełnie ścisła, ale widoczna analogja zjawisk z poprzednio opisanym przypadkiem.

I tu i tam dziecko „zdrowych" rodziców, wolne od stygmatów kiłowych zachorowuje nagle na ostrą chorobę gorączkową w okresie jesiennym (wrzesień - październik) i w kilka dni po spadku gorączki występuje żółtaczka i tu i tam bez noksy pokarmowej i bez objawów niestrawności. Ponieważ w czasie tym obserwowaliśmy i na materjale szpitalnym i ambulatoryjnym coroczne zjawisko nasilenia żółtaczki sezonowej — łatwo zrozumieć, że żółtaczkę w naszym przypadku występującą po charakterystycznym kilkudniowym okresie przedżółtaczkowym — zmuszeni byliśmy uznać za *icterus infectiosus.* Żółtaczka sama była lekka i przelotna, bo trwała zaledwie 5 dni, nie prowadząc do żadnych stanów większej niedomogi funkcjonalnej ani do większych zmian anatomicznych, których jedynym klinicznym objawem był nieznaczny obrzęk tego narządu. Żółtaczka więc jako taka niczem nie odbiegałaby od zwykłego schematu przewidzianego dla tej niewinnej infekcji. A jednak choroba zaczęła się groźnie wśród objawów wybitnie mózgowych, których pierwsza regresja wraz z równoczesnym spadkiem ciepłoty, nakazywała oczekiwać poważnej pod względem nasilenia infekcji. Choroba, która się wykluwa wśród tak głębokiego zaburzenia sensorium, jest według doświadczenia lekarskiego zazwyczaj silniejszą infekcją — jeżeli to dur, to cięższy dur, jeżeli płonica, to cięższa płonica — a jeżeli żółtaczka zakaźna, to w każdym razie cięższa postać żółtaczki zakaźnej, więc jakaś forma choroby Weila, lub inna intensywnością swego zakażenia imponująca lekarzowi postać zakaźnego zapalenia wątroby. Tymczasem po dramatycznem preludjum nastąpiła pogodna, banalna i efemeryczna żółtaczka, która bez leczenia w przeciągu 5 dni sama się zlikwidowała. A w ślad po ustąpieniu żółtaczki wrócił na nowo początkujący ciężki zespół objawów mózgowych, który utrzymywał się jeszcze przez 2 tygodnie.

Jeżeli więc zaburzenia mózgowe były objawem zakażenia ustroju żółtaczką, to uderzającą była ta dysharmonja między ciężkością schorzenia nerwowego, a przelotnością i banalnością objawów niedyspozycji niedomogi wątrobowej. Objawy mózgowe nie mogły stanowić postaci obłędu wątrobowego, *folie hépatique,* choroby notowanej przez K l i p p l a, ani *delirium hepaticum,* znanem jeszcze G r a v e s o w i przed 50 laty, ani obłędem poronnym przepuszczającym L a i g n e l L a v a s t i n e'a. Objawy mózgowe w przypadku naszym odpowiadały więcej anatomicznie pojęciu procesu zapalnego mózgu niż psychozie infekcyjnej, a z drugiej strony brak było właśnie tej ciężkości zakażenia wątrobowego lub ogólnego którąby usprawiedliwiała stan mózgowy.

Jeżeli sensacje mózgowe nie były żadną z postaci „obłędu wątrobowego" to nie mniej nasuwające się w konsekwencji rozpoznanie „encephalitis" winno być dobrze uzasadnione i ostrzem sceptycyzmu podważone. Wiadomo bowiem, jak często nieopatrznie zwykliśmy rozpoznawać to cierpienie tam, gdzie go w istocie niema. Nasuwać się więc mogła wątpliwość, czy stan mózgowy nie był objawem hypertensji płynu mózgowego. Historja choroby notuje, że pierwsze nakłucie lędźwiowe wydobyło płyn pod wzmożonem ciśnieniem. Przeciw zespołowi hipertensji śródczaszkowej przemawiał ujemny obraz wziernikowy, który nie przedstawiał przekrwienia brodawkowego. Utrzymuje się ono długo (szereg dni) nawet po ustąpieniu ostrych objawów hypertensji, (bólów głowy, czy wymiotów) nie byłoby więc uległo przeoczeniu przez okulistę.

Rozpoznanie: „encephalitis" oparte było nie tylko na objawach ogólnych, ale i ogniskowych, które jakkolwiek były w naszym przypadku bardzo dyskretne i nie sprowadziły porażeń nie mniej zaznaczyły się przez hypertonję mięśniową, daszkowate ustawienie palców i atetozę. Objawy mózgowe pozostawiły po sobie ślad w postaci dość długo utrzymującego się zwolnienia rytmu mowy i w postaci bezsenności, towarzyszącej sprawie zdrowienia. Tak więc nie tylko w czasie choroby, ale i ex post retrospektywnie mamy prawo rozpoznawać realność zapalenia mózgu w naszym przypadku. Rozpoznanie nasze nie byłoby kompletne, gdybyśmy nie byli usiłowali szukać etjologji tej sprawy. Z powodu wyżej wspomnianego dysonansu między błahością zakażenia wątrobowego, a ciężkością objawów mózgowych należało wcześnie zorjentować się w innym kierunku. Z doświadczenia klinicznego wiemy, że ostre zapalenie mózgu bywa dość często następowym, wtórnym procesem niektórych chorób zakaźnych dziecięcych, jak odra, koklusz. Ponieważ w przypadku naszym choroba mózgowa wystąpiła nie następowo, ale raczej pierwotnie, mogła nasuwać się myśl, że jest to postać encephalitis nieznanego zarazka, nawiedzająca dość często wiek dziecięcy w sposób endemiczny. Przyjęciu tej koncepcji stał na przeszkodzie brak jakichkolwiek podstaw epidemjologicznych. Ani w naszym szpitalu, ani na innych oddziałach (klinika neurol. Szpital Starozakonnych) nie notowano w tym sezonie przypadków endemicznej encephalopatji wśród dzieci.

Przypadek nasz wymagał wykluczenia postaci zapalenia mózgu Economo.

Jeżeli w pewnym stopniu przemawiać mogły za tem, oprócz znanego polimorfizmu tej choroby, objawy takie, jak: senność, delirja, wzmożone napięcie mięśniowe — atetoza, to przeciw przemawiało bardzo dużo okoliczności. Przedewszystkiem brak warunków epidemjologicznych, brak obecności charakterystycznego trias autorów francuskich: umiarkowana gorączka, *(état fiévreux Gordier)* senność i porażenia mięśni ocznych. Początek choroby jest w regule nieostry, ale wlokący się przez 2 — 3 tygodni, wśród ogólnych nieokreślonych objawów (R e i n h a r t, S i e m e r l i n g, O b e r n d o r f e r, N o n n e, S t a c h e l i n, N e t t e r). Przytem wszyscy autorzy podkreślają charakter „grypowy" początku choroby. W przypadku naszym z trias wspomnianego była obserwowana tylko senność, ale jest ona wogóle najczęstszym objawem wszystkich niemal schorzeń mózgowych.

W przypadku naszym brak było porażeń mięśni ocznych (n. okoruchowego odwodzącego, bloczkowego), brak było nierówności źrenic (anisokorji), brak porażeń mięśni czaszkowych. Płyn mózgowy nie wykazywał pleocytozy, ani glikorachji (N e t t e r, D u m u l a r d, G u b r y). Wreszcie brak było zdecydowanych zaburzeń dy-

namiki i statyki mięśniowej t. j. brak objawów amyostatycznych, ataksji, adjadochokinezy. W trzy miesiące po wyleczeniu dziecko nie wykazuje żadnych zmian somatycznych, ani zmian charakteru, któreby pozwalały na rozpoznawanie ex post przebytego zakażenia chorobą Economo.

Względy epidemjologiczne mimo pozornej paradoksalności takiego przypuszczenia kazały uwzględnić i ustosunkować się wobec innej infekcji mózgowo-nerwowej, która właśnie w tym okresie czasu dostarczyła była naszemu szpitalowi szereg (10) przypadków choroby Heine-Medina. Wiadomo jest z licznych wartościowych obserwacyj, opublikowanych w piśmiennictwie ostatnich lat, jak wiele poliformizmu przedstawia ta choroba i jak łatwo jest ją przeoczyć.

Prof. Etienne w pracy swojej o leczeniu choroby Heine-Medina surowicą przytacza miedzy innemi obserwacjami, pochodzącemi z jednej epidemji, także dwie, w których choroba zaczęła się żółtaczką, a dopiero późno, bo w jednym przypadku w miesiąc, w drugim w 2 tygodnie, wystąpiły porażenia wiotkie mięśni. (Jedna obserwacja Etienne'a, druga Barbier z Chateauroux).

W tym względzie ujemny wynik obserwacji jakichkolwiek porażeń wiotkich, lub zniesienia odruchów ścięgnistych wykluczał i tę infekcję. Ze wszystkich innych toksycznych, czy zakaźnych czynników najważniejszym, jakkolwiek nie jedynym jest jad kiłowy, którego rolę należy w każdym podobnym przypadku wykluczyć. Otóż w przypadku naszym mimo ujemnej anamnezy, mimo ujemnego odczynu Wassermanna krwi u dziecka, mimo braku stygmatów kiłowych i braku pleocytozy płynu mózgowego, badanie dna oka wcześnie sygnalizowało prawdopodobieństwo istnienia terenu kiły wrodzonej, a to na podstawie stwierdzonej silnej pigmentacji siatkówki. Na podstawie tego jednego czynnika wstrzymywaliśmy się od wydania opinji o kile aż do chwili, kiedy badanie płynu mózgowego dało w poszczególnych dawkach z 3 antygenami odczyn Wassermanna dodatni. Wtenczas stało się jasnem, że jakikolwiek jest proces chorobowy, który w naszych oczach wyrasta, to w każdym razie posiany jest on na terenie kiłowym. Należało pójść dalej i wobec usuwających się wysiłków znalezienia innej etjologji encephalopatji uznać ją za organicznie związaną z istniejącem zakażeniem przewlekłem i wrodzonem u naszego dziecka. Dlaczego teraz a nie wcześniej zapadło ono na to gwałtowne zaburzenie układu nerwowego? Co spowodowało ten wybuch? Jak nagłe pojawienie sie objawu kiły trzeciorzędnej w postaci kilaka spowodowane być może przez banalny uraz, więc niewinną kontuzję, podobnie nagłe obudzenie kiły tego lub owego narządu wewnętrznego odbyć się może wskutek drobnego urazu zakaźnego. I takim urazem zakaźnym w naszym przypadku była właśnie żółtaczka sezonowa. W tym zbiegu okoliczności tkwi dalszy ciąg analogji obydwóch opisanych przypadków. Bo jak tam tak i tu żółtaczka zakaźna zdołała obudzić z utajenia sprawę chorobową, która silną indywidualnością swoją zapanowała w zupełności nad zakażeniem wywołującem, odsuwając je na plan drugi mniej wartościowy pod względem anatomo-klinicznym. I tam i tu uległ schorzeniu narząd którego tkanka jest szczególnie wrażliwa i podatna na działanie krętka bladego. Hutinel pierwszy, choć nie jest neurologiem, zauważył bystro, że u dzieci z kiłą wrodzoną szczególnie często występują odczyny oponowe lub mózgowe zapalne wskutek przypadkowego pospolitego zakażenia i ogłosił 5 spostrzeżeń, w których albo lekka grypa, albo angina prowokowała wybuch bardzo ciężkich objawów zapalenia mózgu i krwotoków śródoponowych.

Oprócz tych przypadków zapalno-mózgowych spotyka się często objaw obudzenia kiły wrodzonej w postaci drgawek, które występują wskutek tego lub owego urazu zakaźnego. Drgawki te przekształcają się czasem w typowe postaci padaczki. Czasem uda się lekarzowi odkryć tło kiłowe tej sprawy, czasem nie, zawsze jednak obowiązkiem jego jest dokładne szukanie etjologji.

Podobnie ma się rzecz z pląsawicą. Jest to choroba rozpowszechniona wśród dzieci. Każdy lekarz spotykał pląsawicę czasem także u dzieci kiłowych.

Niema wątpliwości, że w przypadkach, kiedy udaje nam się odkryć istnienie terenu kiłowego, więc czy to na podstawie stygmatów, czy charakterystycznych wywiadów, czy odczynu Wassermanna, nie należy omijać obojętnie myśli, którą rzucił Hutinel, że chodzić tu może również o formę obudzenia kiły pod wpływem zakażenia gośćcowego.

Przypadek opisany jest niewątpliwie przykładem zjawiska klinicznego obudzenia kiły mózgowej *(encephalitis luetica)* pod wpływem urazu zakaźnego żółtaczki sezonowej. Jest on przez to mimowoli przyczynkiem do wzbogacenia skąpej kolekcji zapaleń mózgu kiłowych, o których Oppenheim i Rosenfeld wspominają jak o białych krukach. Przypuszczać należy, że jednak przypadki takie są częstsze, niżby się na pozór zdawało. Mimo że warsztat pracy, przy którym stoję, nie rozporządza wielkim materjałem szpitalnym, ogłosiłem w ubiegłym roku typowy przypadek kiły mózgowej u dziecka 2-letniego z porażeniem połowiczem skurczowem.

Babonei x doniósł o 12 takich przypadkach wśród dzieci, ten sam autor donosi o 9 przypadkach zaniku nerwu ocznego u dzieci z kiłą wrodzoną. Przed 2 laty prof. Haushalter z Nancy opisał u dziecka postać typowego zapalenia rogów przednich *(poliomyelitis ant. acuta)* na tle kiłowem. Badania anatomo-patologiczne Cornelji de Lange z Amsterdamu wykazują dowodnie realność zmian kiłowych naczyniowych czy w samych komórkach układu nerwowego ośrodkowego tak w mózgu jak w rdzeniu. Badania te znalazły potwierdzenie w pracach Jarischa, Gangitano, Gasne, Catola.

Przypadek nasz dowodzi, że przy energicznem szukaniu etjologji zapalenia mózgu u dzieci udaje się ją nawet wbrew własnemu przewidywaniu znaleść i tem samem uzupełnić także wnioski lecznicze, co ma wielkie znaczenie praktyczne. W naszym przypadku leczenie specyficzne było aktem logicznym konsekwentnie wypływającym z rozpoznania, nie miało efektownego znaczenia, ale raczej profilaktyczne. W innych może oczywiście mieć efekt wybitnie doraźnie leczniczy. Przypadek poucza nie po raz pierwszy, że brak stygmatów kiłowych i ujemny odczyn Wassermanna krwi nie wykluczają kiły wrodzonej, że nie należy nigdy zaniedbywać badania serologicznego płynu mózgowego i badania dna oka nie tylko w kierunku zastoiny, ale także w kierunku charakterystycznej dla kiły wrodzonej pigmentacji siatkówki.

Wprowadzone przez Hutinela do kliniki dziecka pojęcie obudzenia kiły utajonej pod wpływem przypadkowego bodźca zakaźnego przypomina ideę Pospischilla aktywacji kokluszu ukrytego pod wpływem urazu zakaźnego, jakim u dziecka najczęściej jest odra, lub grypa. Niema wątpliwości, że w tym względzie nasuwa się mimowoli uderzające podobieństwo kokluszu do kiły. Dziecko, które raz przebyło koklusz i nosi w płucach jakieś małe i niewinne ognisko anatomo-kliniczne nieuchwytne — przedstawia pewien specjalny teren kokluszowy, na którym posiana odra, czy inne zakażenie, odegrać może rolę iskier ciśniętych na „beczkę prochu“.

Jest to porównanie, dostępne dla pedjatry, który, obserwując krytycznie obraz t. zw. powikłań płucnych poodrowych u dziecka, umiał zauważyć oczywisty fakt bliskiej korelacji kokluszu i odry.

Budzenie się kiły okolicznościowe u dziecka przypomina również t. zw. nawroty w gośćcu, chorobie przewlekłej, trwałej, którą raz obdarzony osobnik nosi lata całe, nierzadko całe życie. Poszczególne nawroty są różne: stawowe, sercowe, opłucne, mięśnio lub nerwobólowe według niektórych autorów mózgowe i kiszkowe. Wiadomo jak często poszczególny nawrót rozwija się pod wpływem niewinnego na pozór pospolitego i nieraz trudno uchwytnego zakażenia pierścienia Waldeyera.

Obydwa opisane przypadki obudzenia się kiły u dziecka pod wpływem żółtaczki zakaźnej stanowią przyczynek do wzbogacenia wiedzy lekarskiej w dziedzinie pedjatrji i rzucają światło na pojęcie t. zw. terenu w klinice dziecka. Pojęcie to odgrywa ważną rolę w klinice gruźlicy, gośćca, kokluszu i w miarę pogłębiania przyczynia się do lepszego zrozumienia niektórych tajemnic z kliniki kiły wrodzonej u dziecka.

Piśmiennictwo.

André-Thomas et Long-Leandry: Paris méd. 1924. Buttenwieser u. Biberfeld: Med. Klin. Jg. 20. 1924. — Economo: Enceph. lethargica subchron. Wien. Arch. f. in. Med. 1 H. 1920. — Fiesinger et Walter: L'Explor. fonction. du foie. Paris 1925. — Gaston et Tissot: Rev. fr. de Dermat. et de Venérol. 1925. — Gelbjerg-Hansen: Zentrblt f. Kindh. Bd. XVIII. 1925. — Gougerot: Paris Méd. 1927. — Gruber G.: Dermat. Wochsch. Bd. 79. 1924. — Heschelcs J.: Pedj. Pol. T. IV. 1924. — Heschelcs J.: Pedj. Pol. T. V. 1925. — Hutinel: Arch. de méd. des enfts. 1922. — Hutinel: Le terrain syphil. Paris 1926. — Hutinel et Nadal: Paris Méd. 1919. Iwaszkiewicz: Pedj. Pol. T. V. 1925. — Milian: Paris méd. 17 août 1920. — Millian et Brodier: Paris Méd. 1927. — Mikułowski: Pedj. Pol. T. V. 1925 tenże Rev. Fr. de Ped. T. I. Nr. 5. 1925. — Neuda: Wien Klin. Woch. 1920. Nr. 36. — Nicaud P.: Bull. Soc. méd. des hôp. 1926. — Nicaud P.: Presse Méd. Nr. 16. 1927. — Reinhart: Die epidem. Encephalitis Ergeb. d. in. Med. Berlin. 1922. — Rychliński: Przegl. Piśm. lek. R. XXVI. 1903. — Stern: Die epidem. Encephalitis. Berlin 1922. Wiśniewski J.: Now. Lek. Nr. 3. str. 121. R. 1903.

Dr. Zdzisław TOMANEK, st. asystent kliniki. Lwów.

Uwagi na temat psychiki chorych na gruźlicę płuc.

Z II Kliniki Chor. Wewn. Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Profesor Dr. Roman Rencki.

Psyche i ciało stanowią zespół w przyrodzie jedyny w swoim rodzaju. Badania przeprowadzane w tym kierunku przez licznych autorów od przeszło 2000 lat, rozstrząsających owo zagadnienie wzajemnego stosunku tych układów, zdołały tylko w części zobrazować ich ścisłą zależność. Hipotezy filozofów zwłaszcza dawniejszych, szukających rozdwoju w ich niezwykłej harmonji, usiłujące rozdzielić od siebie oba układy przez wskazywanie różnic w pojęciach duchowości a materjalizmu, nie udowodniły ich niezależności. To też jeżeli w medycynie hipoteza powyższa nie została przyjęta, stało się to tem łatwiej, im dalej posunęła się metodyka badań oraz poznanie układu somatycznego.

Lekarz i przyrodnik widzą w tych układach zespół, sprzężony ściśle na podobieństwo niezwykłego pomostu, którym jest system nerwowy, a który spełnia czynności wzajem zależne, czynności się uzupełniające. Zaburzenia w jednym z tych układów udzielają się i odzwierciadlają w drugim i na odwrót. Z duszy, z mistycznego archeusza Helmont'a odczytać można stan ciała, z ciała natomiast stan duszy.

Wprawdzie René Des Cartes nie uniknął pewnej przesady wypowiadając znamienne słowa, że „umysł zależy w tak znacznym stopniu od natury i układu narządów cielesnych, że jeśli istnieje wogóle środek mogący ludzi uczynić mędrszymi niż dotychczas, to należy go szukać w medycynie", to jednak związek obu układów nie ulega dziś żadnej kwestji, a spostrzeganie procesów fizjo i patologicznych potwierdza go w zupełności. Przykłady dające nam obraz tej korrelacji nie dadzą się wyczerpać. I tak np. procesy trawienia, a więc wydzielanie soku żołądkowego zmieniają się zależnie od nastrojów psychicznych i to nawet w tej mierze, że skład jego potrzebny do trawienia pewnych pokarmów ulega ku temu stosownym przesunięciem [1]). Podobnie dzieje się z żółcią, a dalej z wydzieliną trzustki i innych narządów trawiennych a dalej to samo dotyczy ich czynności motorycznych. Ciśnienie krwi oraz ilość uderzeń tętna również zależą od czynników psychicznych, poty także tego pochodzenia być mogą, jakto np. dzieje się w przestrachu, czy też w innych stanach połączonych z emocją psychiczną. Interesujące spostrzeżenia Marxa, nad przesunięciami w jonach soli oraz wody we krwi pod wpływem stosownych bodźców psychicznych, jak np. samego tylko nakazu picia lub nawet odczuwania pragnienia, dopełniają liczby tych przykładów. Pozatem spotyka się niejednokrotnie procesy odwrotne. Zaburzenia w trawieniu oraz choroby przewodu pokarmowego wytwarzają niejako piętno na psychice chorego. Ból fizyczny wytwarza nastrój lękliwy, wywołuje obronny odczyn przezorności, przeobraża wreszcie i uszlachetnia duszę. Narkotyki sprowadzają euforję, bądź wytwarzają różnego rodzaju nastroje. Wysoka gorączka prowadzi do zamroczenia przytomności, majaczenia i t. p. objawów. Infekcja durowa wytwarza psychozy, kiła prowadzi do zmian porażennych mózgu oraz związanych z niemi zaburzeń psychicznych rozmaitego typu. Dusznica bolesna wywołuje u chorego przestrach i nastraja go trwożliwie i przygnębiająco. Dychawica oskrzelowa zmienia psyche chorego w kierunku pewnej rezygnacji, którą zresztą spostrzega się także i w innych chorobach przewlekłych, uporczywie trwających. Infekcja gruźlicza, jako proces również długotrwały także wytwarza zmiany w psychice chorego. Zmiany te jednak zdają się być niezwyczajne, a charakter ich niepozbawiony pewnych cech wyjątkowych. Sądzić jednak nie należy, ażeby one miały dotyczyć wszystkich chorych gruźliczych bezwzględnie. To samo dotyczy także i rodzaju tych zmian psychicznych, które zależnie od poszczególnych osobników oraz stopnia rozwoju gruźlicy i czasu jej trwania kształtują się rozmaicie. Pozatem już sama osobnicza świadomość infekcji gruźliczej zdolna jest wpłynąć na psychikę tych chorych i przeobrazić ją indywidualnie. W tym wypadku spostrzega się stany psychiczne podobne do spotykanych po psychicznym urazie.

Tak, zapoznanie chorego z faktem, że jest on chory na gruźlicę, stanowi bezsprzecznie uraz niezwykle silny. Lecz jak w innych urazach psychicznych, tak i tutaj daje się stwierdzić, że każdy osobnik może nań oddziaływać mocniej lub słabiej, alboteż w sposób całkiem niepodobny, w razach zaś niektórych można zauważyć, że niekiedy ten sam uraz u tego samego osobnika wywiera działanie różne. Studjum psychologji życia codziennego poucza, że wpływ podobnych urazów na psychikę człowieka zależy od szeregu towarzyszących im okoliczności np od pory dnia. Zwłaszcza u psychasteników nieraz się spostrzega, że uraz psychiczny doznany przez nich w samotności, bywa odczuwany głębiej aniżeli ten sam, lecz w otoczeniu rodziny lub bliskich przyjaciół. Podobnie też uraz doznany wieczorem, mocniej bywa odczuwany aniżeli w godzinach pogodnego poranku, który zwyczajnie nastraja psychikę weselej, niż wieczór stanowiący porę refleksyj na temat przeżytych wrażeń.

W czasach ostatnich wytworzył się nowy kierunek zapatrywań na psychikę chorych dotkniętych gruźlicą. Polega on przedewszystkiem na tem, że większości zmian, jakie tutaj zauważyć można, zaprzecza się znaczenia ich swoistości. Przyjmuje się je natomiast jako małostkowe lub nawet niczem się nieróżniące od innych, że tak powiem, cech psychicznych, spostrzeganych w innych chorobach przewlekłych. Kierunek tych zapatrywań zdąża więc pomału do wycofania pojęcia odrębności psychiki gruźliczej. Wynika on jednak niewątpliwie z tego, że istota oraz przyczyny wspomnianych zaburzeń nie są dziś jeszcze dostatecznie poznane.

Teorja toksycznego wpływu prątka gruźliczego na układ nerwowy, mająca prowadzić do jego zmian natury czynnościowej, z objawami niejako psychoneurozy poddaną została krytyce, może nazbyt ostrej. Nie wytrzymuje jej natomiast zapatrywanie, że osobnicy gruźliczy z objawami euforji, czynią wrażenie chorych pozostających pod działaniem narkozy, której przyczyna miałaby polegać na nadmiernej produkcji CO_2 w uszkodzonych pęcherzykach płucnych. Według zwolenników tej teorji nadmiar CO_2 byłby proporcjonalny do zmniejszania się oddechowej powierzchni płuc i mógłby prowadzić do objawów odurzenia tym gazem. Byłoby może wystarczającem owe tłumaczenie dla stanów euforji spotykanej „in ultimis", nie da się jednak utrzymać dla tych przypadków, w których zmiany anatomiczne w płucach są choćby minimalne, podczas gdy euforję pomimo to stwierdzić można.

Odmienne i oryginalne stanowisko zajął Stern w swojej teorji. Według niego należy uważać większość odbiegnięć w psychice gruźliczych za wynik odczynu psychicznego na fakt przeżywania samej sprawy gruźliczej jako choroby, na jej sposób leczenia oraz otoczenie zewnętrzne. W zapatrywaniach tych dużo kryje się prawdy, lecz jest w nich wiele także tylko przypuszczeń. Jeżeli bowiem chodziłoby tutaj tylko o sam fakt przeżywania sprawy chorobowej, której nieuleczalności jest chory świadom, to w takim razie należałoby oczekiwać tych samych następstw w przesunięciach psychiki także w przebiegu innych chorób przewlekłych, o podobnem rokowaniu i zejściu co gruźlica, których jest tak wiele. Jak jednak odmiennie wyglądają typy psychiczne osobników dotkniętych także schorzeniami narządów oddechowych lecz pochodzenia niegruźliczego, jak to np. spostrzega się w rozedmie płuc, dychawicy, lub też tylko w pojedyńczych nieżytach i t. p. sprawach chorobowych, bez współudziału prątka. Jeżeli chodzi o świadomość niedalekiej śmierci, to typy psychiczne rozmaitych chorób zdają się razem łączyć, przedstawiając typ zbliżony do wspólnego, za wyjątkiem psychiki osobników gruźliczych, której składowe zdają się przebywać drogi niezwyczajne, wytwarzając nastroje oraz uczucia w jakości swej wielofazowe, zmienne.

Co się tyczy metod leczenia stosowanych wogóle w gruźlicy, ze stanowiska ich sugestywnego oddziaływania na chorych, nie różnią się one również tak bardzo od leczenia np. nowotworów. I tu i tam zaleca się leczenie zachowawcze, i tu i tam szuka się wskazań do zabiegów chirurgicznych w obu razach leczy się przewlekle, przy zachowaniu nie wiele się różniącem, chyba za wyjątkiem tylko co do czasu. Pozostawałby zatem tylko trzeci punkt najważniejszy, mogący mieć wpływ na psychikę chorego, a jest nim odczyn psychiczny ducha na działanie stosunku świata zewnętrzenego, otaczającego bezpośrednio chorego na gruźlicę.

Zatem postacie wspomnianego odczynu mogłyby występować w zależności od warunków, jakie chorego otaczają. A więc wynikałyby one z nastrojów, jakie powstają ze stosunku rodzaju środowiska do chorego. Kombinacje, jakie tutaj mogą zachodzić są bardzo liczne, dają się streścić natomiast w 4 zasadniczych punktach:

1) Chory świadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób zdrowych.

2) Chory świadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób chorych.

---

[1]) Heyr, opierając się na znanych doświadczeniach Pawłowa, dotyczących zachowania się sekrecji soków trawiennych pod wpływem bodźców psychicznych u zwierząt, wykazał, że u ludzi spotyka się to samo. Ponadto stwierdził, że w tych razach nawet ilość soków trawiennych oraz fermentów ściśle odpowiada zapotrzebowaniu.

3) Chory nieświadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób zdrowych.

4) Chory nieświadomy zaraźliwości swojej choroby w środowisku osób chorych.

Ad 1) W tej kombinacji nabiera psychika chorego pewnego kierunku, cechuje ją pewne znamię. Tutaj spotykany odczyn psychiczny zdaje się być najsilniejszy z pozostałych. Przedewszystkiem świadomość chorego, że jest roznosicielem zarazy prowadzi często do odmiennego odczynu, aniżeli należałoby oczekiwać. I tak spostrzega się niejednokrotnie, że rozmyślnie zaniedbują przepisów higjenicznych, nie zwracając uwagi na plwocinę, ani też na swoje najbliższe otoczenie, chociaż świadomi są tego, że mogą je zakazić. W tym wypadku zainteresowanie chorych ogranicza się wyłącznie do losu ich osoby zapominając o losie nawet najbliższych, jak to się zdarza w rodzinie. W przychodni przeciwgruźliczej słyszy się często skwapliwe zapytania chorych o wynik badania plwociny. Nie czynią jednak tego zwyczajnie w celach altruistycznej profilaktyki, lecz raczej w celach egoistycznych. Czasem zdarzają się tutaj także pewne odmiany, gdzie zaczyna kiełkować ziarno poczucia etycznego. Ten rodzaj psychiki bywa spotykany stosunkowo najczęściej w t. zw. typie obojętnym, o którym później wspomniemy. Brak w nim zainteresowania losami osoby własnej, znajduje niejako ekwiwalent w trosce o losy bliźnich. nawet z poza rodziny, z którymi chory bezpośrednio się styka. I tutaj słyszy się proste i szczere zapytanie, czy nie są niebezpieczni dla rodziny, której los i życie doceniają więcej niż własne, może tem bardziej iż sami chorują.

Z biegiem czasu zachodzą zmiany w usposobieniu oraz w stosunku środowiska osób zdrowych do chorego. Zdarza się nieraz, że rodzina stroni od chorego, czego chory jest świadom. Jest to zarazem początek tragedji jego duszy, która następnie zwolna ulega przeobrażeniu. Z czasem wykształca się w nim duża spostrzegawczość, która mu daje możność przesadnej oceny tego, jak bardzo otoczenie od niego się odsuwa. W jego życiu wytwarza się duchowa próżnia, wykolejają się normalne dążności jego życia. W ślad za tem zmienia się psychika, zmienia się usposobienie oraz nastroje, które znowu pozostają w zależności od danej konstytucji psychicznej, w którą ten uraz godzi. Chory staje się nieufny i zgryźliwy, czyni wyrzuty najbliższym, wytwarza się koncentracja myśli dookoła jego własnej osoby, powstaje egoizm. Jednym z przejawów tej psychiki jest pragnienie rewanżu za doznaną krzywdę, wyrządzoną mu przez prawa przyrody. Osobnik taki niejako się mści, czyniąc to świadomie lub może tylko podświadomie [2]). W jednym ze znanych mi podobnych przypadków, osobnik ciężko chory na gruźlicę płuc, świadom sposobu infekcji gruźliczej starał się koniecznie zarazić nią żonę, czyniąc to z nieuzasadnionem pragnieniem, ażeby jego żona mogła umrzeć wraz z nim, pomimo jej stanowczego sprzeciwu.

Inny przypadek opisuje C r a e n e s, w którym chorzy na gruźlicę zakazili w celach zbrodniczych studnię, zapomocą swojej plwociny. L i e b e wspomina o chorym, który jeść nie mogąc z powodu braku łaknienia, z taką odrazą zachowywał się przy wspólnym stole jadalnym, że zmusił swoich współbiesiadników do opuszczenia jadalni.

Ad 2) Specjalne warunki zachodzą u chorych oddanych do leczenia w zakładach. W takich warunkach doznają oni innych dalszych urazów psychicznych. Uprzednio wytworzona w nich podejrzliwość i nieufność prowadzi do licznych obaw o dalsze ich losy. Wyrazem tego jest niechęć a nawet wstręt tych chorych na widok współtowarzyszy cierpiących na tę samą chorobę, a podstawą tej odrazy bywa zwyczajnie obawa przed dalszą infekcją gruźliczą, którą rozsiewają sami. Życzeniem przeto tych chorych bywa częściej aniżeli gdzieindziej, ażeby umieszczać ich osobno, a gdy to okazuje się niemożliwe, długo rozważają, czy pobyt w zakładzie nie przyniesie im szkody.

Ad 3) i 4) Ta kombinacja teoretycznie mało wchodziłaby w rachubę, gdyż nieświadomość chorego, że jest dla otoczenia niebezpieczny trwa stosunkowo niedługo. Chory bardzo szybko dowiaduje się o tem, gdyż ciekawość jego na temat dotyczącej choroby pochłania całą jego uwagę, co zresztą leży w naturze prawie wszystkich chorych a zwłaszcza w gruźlicy płuc. Praktycznie jednak dzieje się inaczej. Świadomość infekcji gruźliczej wywiązuje się u chorych rzadziej w sposób doraźny. Osobnicy tacy, odczuwający szereg dolegliwości, które ich skierowują do lekarza, pozostają przez dłuższy czas w niepewności co do rodzaju swojej choroby. Właściwe rozpoznanie uchyla się często świadomości chorego, dla którego t. zw. zajęcie szczytów, czy też nieżyt oskrzeli lub gruczołowa gorączka nie są jeszcze równoznaczne ze słowem „gruźlica płuc". A więc najczęściej przypadkowo dowiadują się chorzy o istocie rzeczy. Działanie tak powstałego urazu, który sam, jako taki może być bezsprzecznie silnym, nie następuje niespodziewanie, ulegając osłabieniu przez to, że chorzy w miarę trwania leczenia stają się podejrzliwi, przypuszczając obecność właściwej infekcji.

Inaczej natomiast dzieje się z chorymi, którzy odrazu zostali skierowani do leczenia zakładowego. Umieszczeni w wspólnej sali gruźliczej dowiadują się natychmiast prawdy od współtowarzyszy. Wysokość odczynu, jaki normalnie mógłby się wywiązać w psychice tych chorych pod wpływem uświadomienia, łagodzi szybko nadzieja korzystnych wyników leczniczych, nadzieja, której we większych salach chorych na gruźlicę płuc nigdy nie braknie, a która w krótkim czasie udziela się każdemu wchodzącemu do zakładu, tem bardziej, że leży w ich usposobieniu łatwa podatność na działanie sugestji. Sugestywność chorych w ogólności jest większą, aniżeli u osób zdrowych, zaś w przypadkach gruźlicy zdaje się ona być znaczną. Znaną jest rzeczą np. że chorzy z krwotokiem płucnym, przestają krwawić na widok lekarza, przychodzącego im z pomocą. W klinice zdarzało się często, że lekarz wzywany do takiego krwotoku nie miał sposobności bezpośrednio go spostrzegać, tylko jako post factum, gdy chory w czasie obecności lekarza nie krwawił, natomiast powracał krwotok chętnie zaraz po jego wyjściu ze sali.

Ta sugestywność chorych na gruźlicę zdaje się wynikać z ich ogólnej ustrojowej wrażliwości („labilitas"), o której z przesadą wyraził się D e t t w e i l e r, że „człowiek dotknięty gruźlicą nie umiera na nią lecz na swój charakter".

Wspomniana labilitas wyraża się nadmierną wrażliwością tych chorych, u których zwłaszcza u inteligentniejszych przejawia się ona w ustawicznym popędzie do różnorakich zajęć zwłaszcza umysłowych [3]). Przykładów na to znaleść można wiele. Owa nadwrażliwość w znaczeniu poruszonem może się uwidocznić nadmierną i genjalną twórczością na polu nauki, czy też sztuki. Wypada do nich zaliczyć Chopina, Słowackiego, Schillera, a dalej Grottgera i wielu innych, których twórczość mogła niewątpliwie pozostawać w łączności z gruźliczą sprawą chorobową.

Na oddziele gruźliczym lwowskiej kliniki lekarskiej mieliśmy sposobność spostrzegania kilku, na pozór małostkowych szczegółów, a jednak dających częściowy obraz psychiki gruźliczych, która niekiedy sprawia wrażenie, także czegoś bardzo banalnego. Okazało się mianowicie, że chorzy we wieku 20—30 lat umieszczeni we wspólnej salce chętnie wyszukiwali sobie rozmaite zajęcia, okazując chęć do błahych rozrywek lub też zajmowali się wyklejaniem z papieru drobnych przedmiotów, jak np. domków i t. p. Na oddziele żeńskim również było można coś podobnego zauważyć. Również znamiennym jest także przypadek chorego, z obustronną rozpadową gruźlicą płuc, który po 3 miesięcznym pobycie w klinice wypisany udał się zamiast do domu wprost na przedstawienie, niewątpliwie z chęci wrażeń chociaż mógł to uczynić później, np. po odwiedzeniu rodziny, którą kochał.

Pozatem skutkami tej nadwrażliwości bywają także zmiany nastrojów psychicznych, dotyczących usposobienia. Spotyka się więc w jednych razach zadumę w drugich zaś niepohamowaną wesołość. Zmienne są zatem nastroje w gruźlicy, chociaż nie mogą jej charakteryzować. gdyż także i inne sprawy chorobowe są w stanie wywoływać ten obraz. Podobnie nie mogą znamionować swoiście psychiki gruźlika niektóre typy tutaj spotykane. Jej podział bowiem na typy nie może być czemś niezbitem, czemś przeprowadzonem ściśle, a więc szablonowym przeglądem. *Podział ten jednak zdolny jest naszkicować niektóre rysy wrodzonej konstytucji psychicznej, która pod wpływem infekcji gruźliczej doznała pewnych przeobrażeń i to w tych postaciach, jakie najczęściej się spotyka.* Gdy zatem mówi się o typach, nie można ich uważać za charakterystyczne tylko dla psychiki w gruźlicy, bowiem kryją one w sobie pewne wspólne jądro także i dla innych chorób zmieniających psychikę. Tak więc np. gdy mówimy o euforji w gruźlicy, to przecież tak samo można ją stwierdzić

---

[2]) V e r w a e c k sądzi, że gruźlica wytwarza małą wartościowość duchową. Następstwem jej jest walka o byt, której ci osobnicy nie są zdolni prowadzić w sposób etyczny. To sprowadza ich na drogę występku. Według autora np. 10% więźniów belgijskich pochodzi z rodzin gruźliczych.

[3]) Medycyna dzisiejsza zrozumiała doniosłość tej psychiki gruźliczych, oddając cenne usługi społeczeństwu, zwłaszcza w tych krajach, gdzie gruźlica tak bardzo się szerzy. Wyrazem akcji społecznej w tym zakresie są zakłady, w których umieszcza się chorych na gruźlicę po ukończeniu leczenia sanatoryjnego. Tutaj przebywają oni w stałej, lekarskiej obserwacji oraz oddają się pracy dla nich indywidualnie dobranej, a ogółowi pożytecznej (np. angielskie kolonje Papworth, kolonje kalifornijskie, włoskie kolonje Porta Furba i t. p.).

w niektórych stanach końcowych sepsis, a dalej w chorobie Basedowa lub też u neuropatów w ogólności. Przejawy jej natomiast mogą się między sobą różnić [4]). Nastrój optymistyczny spotykany często w gruźlicy z charakterystycznym dla się odcieniem ironji nie może odpowiadać optymizmowi niektórych typów hypertyreotycznych lub też pewnych typów z otyłością. Można przeto powiedzieć, że w obu razach zachodzą pewne, choć subtelne różnice, dające się wyczuć więcej podświadomie, aniżeli świadomie.

Po tych zastrzeżeniach przejdę do omówienia typów stosunkowo najczęstszych, w znaczeniu poruszonem poprzednio.

Typ obojętnych. Wypada tutaj zaliczyć stany psychiczne, które cechuje bierność. Uświadomienie chorych co do obecności i istoty infekcji gruźliczej nie zmienia zupełnie ich psychiki. Spotkać można go częściej u osobników nieinteligentnych lub u osobników doświadczonych ciężkim losem życiowym. W razach podobnych zachodzi zatem albo brak zrozumienia rzeczy lub też pewien stan trwałej depresji psychicznej. Przypadki tego typu dochodzą do lekarza zwykle z gruźlicą płuc daleko posuniętą. Dzieje się to zwyczajnie z namowy otoczenia chorego, na którego losie im zależy. Prócz tego należą tutaj osobnicy, którzy wprawdzie częściowo zdają sobie sprawę z powagi stanu, to jednak ukrywają go w podświadomości w sposób bezwolny, świadomie nie znając go zupełnie. Odłamem tego typu są stany spotykane u osobników młodszych zwłaszcza w wieku szkolnym obojga płci, jakoteż i u kobiet zarabiających na życie ciężką pracą, lub obarczonych rodziną. W tych razach niejednokrotnie wyłaniają się myśli, że tak powiem zastępcze, starające się przeciwdziałać poprzednim, wynikiem czego jest ich suma dająca odczyn tej obojętności. Ci chorzy widzą niejednokrotnie w tej chorobie sposobność do usunięcia się na miejsce spoczynku, ze środowiska trudnej pracy, bądźto nęcą ich przyjemności zmiany warunków. Planów na przyszłość nie układają, wcale się o nie nie troszcząc.

Typ hipochondryków. Bywa on spotykany najczęściej w początkowych okresach gruźlicy płuc, głównie gruczołowej, a dalej w gruźliczych zapaleniach opłucnej oraz w hypertyreozach tegoż pochodzenia. Ten rodzaj chorych zwykł zapodawać szereg dolegliwości w sposób dość charakterystyczny, zmiennie je opisując i umiejscawiając, przyczem często posuwają się do przesady. Znaczna ich podejrzliwość zniechęca ich samych i lekarzy, których chętnie zmieniają, z myślą odkrycia w sobie choroby, wzgl. jej postępów tego rodzaju, których niema. Zaspokojenia dla swoich wybujałych i fantastycznych domysłów poszukują w książkach i broszurach lekarskich, omijając w czytaniu chętnie działy ze złem rokowaniem, a wyszukując w skrytości rokowanie dla siebie możliwie dobre. Wynikająca stąd niepewność i powstająca nieufność w siebie samych nakłania ich do wizyt lekarskich, gdzie starają się możliwie przecenić ciężkość swego stanu, mając na uwadze fakty, spostrzegane w rodzinie, czy wśród znajomych u których ta sama choroba sprowadziła śmierć. Do tej grupy należą zastępy młodzieży uniwersyteckiej, urzędnicy, a zwłaszcza medycy i lekarze, mniej zaś spotyka się to u ludności wiejskiej, gdzie raczej u kobiet aniżeli u mężczyzn ten typ daje się stwierdzić, a łączą się z nim, może więcej niż z innemi, objawy egoizmu, które u osobników z gruźlicą płuc czem raz bardziej występują, w miarę postępowania procesu chorobowego. Życie tych chorych skupia się czem bardziej naokoło „ja", czego chorzy oczywiście nie odczuwają. Typ ten określany przez neurologów, jako neurastenja zdaje się ściśle łączyć ze zmianami natury gruźliczej, choć jej niejednokrotnie klinicznie stwierdzić się nie da. Odczyn Pirqueta bywa w tych razach bardzo często dodatni.

Typ idealistów. Jest on bezwątpienia rzadszy niż poprzedni, a wyróżnia się tem, że dotyczy postaci gruźlicy wolno postępującej. Horyzont myśli tych chorych niejednokrotnie uderza swoją szerokością. Skłonność do myśli fantastycznych znaczna. Pociągła twarz o wyrazie pełnym szczerości, wprawdzie pogodna, niepozbawiona jednak zadumy, podkrążone i wyraziste oczy, pewna powolność w ruchach uzupełniają wyraz tej psychiki. Ten typ uważa się często za ofiarę losu, w którym siła wyższa zsyła nań cierpienie, jako rzecz nieuniknioną, lub też jako karę za popełnione winy. To też z tej strony radzi są oczekiwać dalszych swoich kolei z pewną, choć nie dużą ufnością w lepszą przyszłość. Znaczna wrażliwość, zwątpienie i ufność na przemian, przeplatane odcieniem ironji stwarzają niejako falisty charakter tego typu czyniącego wrażenie szlachetnienia duszy. Objaw tęsknoty za domem bywa tutaj często spostrzegany. Wspomniany typ odpowiada osobnikom cichym i spokojnym, ale pracowitym i bywa spotykany najczęściej u ludzi inteligentnych i wykształconych, a więc u poetów, literatów, u pracujących naukowo i t. p. zdolnych do pracy twórczej, która u nich pomimo choroby nie ustaje. Przeciwnie nawet zdarza się, że talent ich nawet się potęguje w miarę jej trwania.

Typ euforyczny. Należy w nim odróżnić pojedyńczy optymizm, nawet znaczniejszego stopnia, od stanów prawdziwej euforji. Optymistów spotyka się zwykle wśród tych postaci gruźlicy, które przebiegają bez gorączki lub tylko z niedużym stanem podgorączkowym. Inaczej natomiast dzieje się z euforją, która właściwie pojawia się później, mianowicie zwyczajnie w okresach końcowych. Oba typy przyjmują wiadomość o grożącem im niebezpieczeństwie bez lęku. Przeciwnie nieraz daje się zauważyć, jakoby radzi z tego byli, że lekarz postawił należyte rozpoznanie, gdyż spodziewają się doskonałych wyników leczniczych tem bardziej, że ich dolegliwości są nieduże, lub też brak ich zupełnie. Ten rodzaj psychiki wspomaga ich odważne zawsze tylko dla siebie korzystne plany na przyszłość, przyczem chorzy snują te myśli z taką łatwością, jak gdyby wszystkie hamujące drogi psychiczne ustąpiły, torując drogę ich urojeniom. Szaleni optymiści widzą w nich siłę i moc, która przytłumia niemoc cielesną, tworząc z nich istoty pełne życia, zdolne pozornie do dużych czynów. Rażący bezład w normalnej harmonji ciała i duszy jest piętnem tego typu. Charakteryzując go ogólnie można powiedzieć że jego psychika, będąca wyrazem wzmożonego napięcia układu nerwowego, usiłuje wypełnić braki, spowodowane upadkiem ciała fizycznego, stanowiąc niejako ekwiwalent jego ujemności. Objawia się on także i we wzmożonym popędzie płciowym, gdyż zdaje się on pozostawać w pewnym niestosunku do stanu przedmiotowego chorych w ich różnych okresach chorobowych.

Typ histeryków. Gruźlica u osobników histerycznych wytwarza psychikę, cechującą się kolosalną zmiennością usposobienia i wrażliwością, jakiej nie spotyka się tak często w przypadkach pojedyńczej histerji niepowikłanej gruźlicą. Obraz tej psychiki natomiast wiele przypomina stany hypertoniczne. Świadomość istotnego stanu choroby wyraża w nich nie dającą się pohamować trwogę połączoną z wybuchem gwałtownego płaczu. Spostrzega się to u płci obojga, nieporównanie jednak częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn. Znaczny niepokój ruchowy wytwarza obraz przesadnego tragizmu przechodzącego łatwo we fazę niepowstrzymanej euforji. W tych razach niekiedy odnosi się wrażenie jakgdyby ten typ oraz euforyczny razem się łączyły, przynajmniej zaś jeden po drugim naprzemian występowały, przeważając w tym lub tamtym kierunku. Objawy te spotykamy w średnio ciężkich oraz bardzo ciężkich przypadkach gruźlicy płuc. Wzmożenie popędu płciowego również tutaj zdaje się zachodzić, idąc zresztą w parze ze znacznie podniesioną pobudliwością ogólną.

Wspomniana pobudliwość zdaje się wytwarzać jeszcze jeden rys znamienny dla gruźliczych histeryków. Polega on na tem, że chorzy ci mimo wszystko radziby być zdrowi, co znowu odróżnia ich od zwykłych histeryków, którzy boją się wyleczyć, ażeby nie utracić przez to zainteresowania drugich osobą własną. Spostrzeżenie to dotyczy psychiki tych osobników, których mieliśmy sposobność obserwować w stanach cięższych. W lżejszych stanach natomiast nie można było stwierdzić dostrzegalnych różnic w psychice tych chorych a histeryków niegruźliczych [5]).

Typy mieszane. Należy tutaj uwzględnić łatwość przechodzenia jednych typów w drugie, oraz ich kombinacje. Zależy to w znacznej mierze od stopnia rozwoju gruźlicy oraz czasu trwania

[4]) Tak samo, jak spostrzega się pewne różnice w rodzajach euforji w poszczególnych stanach chorobowych, kierując się jej objawami, podobnie także w gruźlicy zdaje się ona przybierać rozmaite formy. W ten sposób np. optymizm można uważać za poddział względnie pewien typ euforji. Laignel-Lavastine rozróżniają 4 grupy euforji gruźliczej:
1) Avec excitation de l'hypomanie
2) Avec amnesie de fixation du syndrome de Korsakoff
3) fébrile onirique
4) morfinique.
Clinique et laboratoire Nr. 3, p. 41, 1922).

[5]) Stern wspomina o chorej, której życzeniem było dłużej jeszcze pozostawać w leczeniu sanatoryjnem, a którą z powodu dobrego stanu postanowiono wypisać. Tego samego dnia pojawiło się u chorej krwioplucie. Podobne spostrzeżenie mieliśmy sposobność uczynić przed kilku laty w klinicznej przychodni. Chorej ambulatoryjnej, której odmówiono przyjęcia z powodu spóźnionej pory, musiano przyjść z pomocą z powodu nagle powstałego krwioplucia. Również znamiennym, choć mało prawdopodobnym jest przypadek Sterna z obserwacji sanatoryjnej: Pewna chora zakochała się w chorym, lecz bez wzajemności. Spostrzegła niebawem, że chory odwiedza inną, również leczoną w sanatorium z powodu pleuritis. Po kilku dniach stwierdzono u pierwszej chorej obecność wyraźnego tarcia opłucnowego, które ustąpiło z chwilą, gdy chory ponownie zaczął ją odwiedzać.

procesu chorobowego względnie jego postępów. W ten sposób np. typy „obojętnych“ mogą z czasem przechodzić w typy „hypochondrycznych“, „histerycznych“ lub „euforycznych“ albo nawet odwrotnie choć rzadziej. Wiek i płeć dużą odgrywa tu rolę, a także ważnym jest stosunek środowiska do chorego, z którym tenże się styka. W tych razach mogą się wytwarzać nowe kombinacje, stanowiące jakby poddziały omówionych typów psychicznych. Szereg z nich nie stanowi grupy oddzielnej. Jeżeli bowiem u chorego stwierdzimy objawy np. agrawacji, to trudną jest rzeczą zaliczyć ją do typu specjalnego, gdyż może ona łatwo wystąpić w każdym typie a zwłaszcza np. histerycznym. Grupa typów mieszanych zawiera więc kombinację poprzednich oraz wynikłe z nich poddziały.

Zebrane typy mieszczą w sobie pewne cechy psychiczne, które dość często w nich się powtarzają. Śledzenie tych cech pozwala na odtworzenie znamiennego zespołu niektórych przejawów psychiki spotykanej u chorych gruźliczych. Należą tu takie objawy jak drażliwość, pobudliwość, sugestywność, egoizm, optymizm i t. p. Na tem tle rozwijają się konsekwentnie dalsze kombinacje psychiczne, a całość ich wytwarza pewien charakter przeciętny.

Wspomniane rysy charakterystyczne nadają pewien kierunek tej psychice, wytwarzając dalsze pochodne. W ten sposób zwiększona drażliwość lub pobudliwość może wywoływać skłonności do nadmiaru czynów dobrych lub złych, może zatem wytwarzać charakter, którego cechą będzie etyka lub brak jej, w przypadkach innych sumienność lub niedbałość, a dalej gniewliwość lub łagodność i szereg t. p. cech. Z kolei rzeczy prowadzą one niewątpliwie do następowych zaburzeń somatycznych, które zresztą również są zdolne do wpływania na psychikę. Procesy powyższe przebiegają zatem jakoby w kole zamkniętem, w którem rolę łącznika odgrywa układ nerwowy.

Jest jednak kwestją otwartą, który z tych wpływów przeważa w ukształtowaniu psychiki, pomimo tego że wpływy somatyczne są pierwotne. Jeżeli przyjąć działanie toksyczne prątka, to mogłoby ono równie dobrze oddziaływać na psychikę przez zmiany wywołane uszkodzeniem układu nerwowego centralnego lub też na drodze okrężnej, przez uprzednie zmiany zwłaszcza w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, których wpływ na psychikę nie da się zaprzeczyć[6]). Tem bardziej należy je uwzględnić, że zaburzenia z ich strony w przebiegu gruźlicy płuc często się spotyka. Należą tu zaburzenia ze strony gruczołu tarczykowego, a dalej zaburzenia w miesiączkowaniu u kobiet, lub też nagle powstające okresy tycia w gruźlicy z przyczyn często niejasnych; hipotonja oraz wzmożenie pobudliwości płciowej również tutaj należą. Co się tyczy tego objawu to wprawdzie w czasach ostatnich czem raz częściej się zaprzecza występowaniu zaburzeń płciowych u gruźliczych, to jednak dzieje się to niewątpliwie niesłusznie. Zwolennicy tych zapatrywań zaprzeczający ten objaw w gruźlicy, nie przyjmują tak samo i innych cech tutaj spotykanych, a które pragną uważać już to za stan istniejący przed infekcją, lub też za stan wynikły ze specjalnego trybu życia tych chorych, których długotrwała bezczynność oraz długi pobyt w zakładach, przy dodatniem odżywianiu do tego mogłyby usposabiać. Jeden ze zwolenników tych poglądów, B o c h a l l i sądzi, że popęd płciowy tych chorych nie jest wcale większy, od popędu osobników normalnych żyjących w tych samych warunkach. Pogląd ten jednak jest o tyle niesłuszny, że porównywa popęd płciowy chorych z popędem zdrowych, oraz nie uwzględnia znaczenia rasy, na którą znowu wpływ mają znaczny gruczoły wkrewne ulegające w gruźlicy prawie stale pewnym zaburzeniom i nie tłumaczy faktów, gdzie nieraz nawet w cięższych postaciach gruźlicy popęd ten bywa utrzymany.

Niewątpliwa obecność objawów wskazujących na zaburzenia w układzie wkrewnym pod wpływem infekcji gruźliczej wskazuje na dużą doniosłość tego mechanizmu w tem pośredniem oddziaływaniu na psychikę oraz czyni tem mniej prawdopodobnem przypuszczenie bezpośrednio toksycznego oddziaływania prątka na centra psychiczne. Że zaś zmiany w układzie wkrewnym przeobrażają psychikę, trudno jest nie przyjąć. Wyraz twarzy bywa wyrazem duszy, a jak bardzo jej wyraz zależy od gruczołów wkrewnych pouczają o tem odnośne typowe ich zmiany. Należą tu surowe i impulsywne rysy twarzy w chorobie Basedowa, przerywane często wyrazem lęku lub nadmiernej odwagi, pokorne i melancholijne rysy w niedomodze nadnerczy a dalej dobroduszność twarzy w niedomodze jajników lub też łagodna surowość w akromegalji i t. p. stany. To też ich szereg można spostrzegać w gruźlicy, gdzie w miarę trwania procesu chorobowego wytwarzają się pewne odchylenia w psychice, które dadzą się odnieść do tła wkrewnego.

Zmiany zachodzące w psychice chorych na gruźlicę płuc zdają się wpływać na przebieg gruźlicy. Ich korrelacja następowo się wywiązująca, która rozmaicie się kształtuje stwarza stany, które są zdolne niekiedy wpłynąć korzystnie na przebieg gruźlicy. Być może, że takie stany jak np. euforja należy tutaj zaliczyć. Wspomnieliśmy wyżej o łatwej sugestywności chorych na gruźlicę. Euforja zjawiająca się w tych razach, zdaje się występować wybitniej aniżeli przy braku tej sugestywności. W podobnych wypadkach chorzy nie tylko, że myślą w sposób specjalnie odrębny, lecz nawet przeżywają tę euforję dzięki sugestywności.

Wpływy tego rodzaju zdolne są prowadzić do pewnych zmian somatycznych. Badania W e b e r a przeprowadzone na podstawie pomiarów onkometrycznych wykazały, że sam zamiar wykonywania pracy mięśniowej zdolny jest wywołać przesunięcie ukrwienia do mięśnia u osobnika pracującego nim tylko w myśli. Klasyczne doświadczenia P a w ł o w a nad wydzielaniem się soków trawiennych przy zamierzonem karmieniu zwierząt, stanowią potwierdzenie faktów, jak dalece procesy psychiczne wpływają na czynności ustroju.

Z życia codziennego wiemy, że sceny tragiczne w przedstawieniu wywołują u widzów odruch przyspieszonych oddechów oraz napięcie nietylko myśli lecz i mięśni. W tych razach u niektórych twarz blednie gwałtownie, u innych zaś ulega przekrwieniu. Ten rodzaj zjawiska określamy nazwą odczynu psychofizycznego. W gruźlicy płuc spotykamy go często. Spostrzeżenia codzienne pouczają, że u niektórych chorych na gruźlicę podwyższa się ciepłota ciała nieraz bez wyraźniejszej przyczyny, skoro chorzy przypatrują się np. ćwiczeniom gimnastycznym. Te podwyżki ciepłoty pochodzenia niewątpliwie niehisterycznego, zdają się pozostawać w związku z łatwością przeżywania zjawisk środowiska, w którem ci chorzy się znajdują, a które mogłyby na drodze tego odczynu psychologicznego prowadzić do zmian w ukrwieniu płuc i powodować następowo gorączkę. Zjawisko powyższe odbywa się tutaj przy płucu jakby ustalonem, gdyż nie wykonuje ono wtedy na zewnątrz widocznej pracy, a powstające przekrwienie jest następstwem zadziałania bodźca psychicznego. Jest rzeczą możliwą, że w tych razach mogłaby zachodzić pewnego rodzaju autotuberkulinizacja wpływająca korzystnie na proces chorobowy. Być może, że euforja w gruźlicy również zdolną jest prowadzić do podobnych odczynów, tem bardziej gdyż wiemy, że te stany wywierają także wpływy na układ naczynio - nerwowy.

Istota tych licznych czynników obronnych jakiemi rozporządza ustrój nie jest ostatecznie wyświetloną. Bakterjologja uczy o przeciwciałach, określając je rozmaitemi nazwami, zależnie od rodzaju czynności, które one spełniają. Rozróżnia więc aglutyniny, precypityny, antytoksyny, bakterjolizyny, bakterjotropiny, bakterjofagi i szereg t. p. zjawisk. Pozatem wypada tutaj zaliczyć funkcje gruczołów wkrewnych, których hormony wywierają wpływy na infekcje, osłabiając bądź aktywując procesy chorobowe przez nie wywołane. Zwłaszcza tarczyca odgrywa tu znaczną rolę. W kile i w gruźlicy uderza jej duży współudział[7]). Np. w kile niedomoga tarczycy zaostrza jej przebieg i skraca okres wylęgania (P e a r c e i V a n A l l e n).

Narzadowi krążenia również przypisuje się zdolności obronne. Niektórzy starają się widzieć pewien związek pomiędzy przerostem serca, wadami zastawkowemi serca a gruźlicą płuc i t. p. Także i naczyniom obwodowym bywa przyznawane pewne znaczenie w tym względzie.

Stan euforji psychicznej wywołałby zatem odczyn psychofizyczny, który dla przebiegu gruźlicy płuc nie byłby pozbawiony znaczenia, tem bardziej, że w razach tych toczy się proces chorobowy przewlekły, u osobników z psychiką nadwrażliwą. Euforja zatem mogłaby być odczynem obronnym, który wytwarza się w ustroju, samoistnie pod wpływem infekcji. Czynnik ten, wprawdzie jest stosunkowo słaby i nie we wszystkich postaciach gruźlicy stały, to jednak niewątpliwie spełnia jakieś zadanie. Zdolny jest on także na drodze działania sugestywnego udzielać się przebiegowi samego procesu chorobowego. Zachodziłby tutaj zatem pewien rodzaj autosugestji, wyzwalającej się samoistnie na drodze praw przyrody. Innym cechom psychicznym np. takim, jak zwiększona wrażliwość również możnaby przypisać znaczenie podobne. Pozatem powodują one u chorych zwiększoną ostrożność,

---

[6]) M u r a l t spostrzegał w gruźlicy objawy przyspieszania się rozwoju oraz przedwczesnej dojrzałości. Wprawdzie S c h ü l l e r i C a s p a r o spotykali w swoich przypadkach stosunki przeciwne a mianowicie infantilismus zarówno cielesny jak psychiczny, to jednak w obu razach należałoby myśleć o wpływie infekcyjno-toksycznym prątka na układ wkrewny, od którego wspomniane zaburzenia niewątpliwe zależą.

[7]) Z. T o m a n e k: Tarczyca a czynniki zewnętrzne. Pol. Gaz. Lek. Nr. 23, 24, 1928.

w następstwie czego uchylają się oni od nadmiaru bodźców dla nich szkodliwych. Dzieje się to na drodze odruchu, który zresztą posiada każdy osobnik, a który zowiemy instynktem samozachowawczym.

Są jednak cechy, którym w ten sposób należałoby przypisać działanie raczej ujemne. Należą tu stany zaliczone do typów hipochondrycznych, histerycznych lub idealistycznych. W tym ostatnim zwłaszcza wypadku zdają się zachodzić takie zmiany psychiczne, że wspomagają wyczerpywanie się sił zapasowych ustroju, zmagającego się z infekcją. Jeżeli w tym typie spotyka się osobników pilnych i do przesady pracowitych, to wypada powiedzieć, że ten charakter przekracza możliwość wydatności ustrojowej, tem samem go niszcząc i pogrążając. W tym wypadku możnaby mówić o negatywnym rodzaju odruchu psychiki chorego, gdyż działa on na jego szkodę bezsprzecznie.

Wytwarza się niejako błędne koło, w którym proces chorobowy toczy się wytrwale naprzód. Tak samo więc np. altruistyczny nastrój psychiki będzie gorszym dla chorego, aniżeli daleko tutaj częstszy objaw egoizmu, który niewątpliwie dla chorego staje się korzystny.

Psychika zatem oraz jej przejawy mogą w pewnej mierze decydować o losie chorych na gruźlicę płuc. W rozważaniach tych nasuwa się pytanie, czy psychika chorych gruźliczych jest rzeczywiście czemś odrębnem od innych, czyli inaczej, czy można mówić o psychice gruźliczej jako postaci charakterystycznej, czy też tylko o psychice chorych na gruźlicę płuc?

Wspomnieliśmy wyżej o próbie podziału jej na pewne typy w gruźlicy. Jeżeli je zestawić i porównać, można powiedzieć, że spotyka się je także i w innych stanach chorobowych o przebiegu przewlekłym. W gruźlicy jednak są one stosunkowo najczęstsze, a jako takie zwracają na się specjalną uwagę tem bardziej, że powtarzają się, jak w szablonie .W ścisłem pojęciu nie mogą one być typami wskazując raczej tylko kierunek, w którym pewien rodzaj konstytucji psychicznej uległ przeobrażeniom pod wpływem infekcji gruźliczej oraz jej przebiegu z uwzględnieniem środowiska i jego stosunku do chorego.

W tych zmianach psychiki byłyby zatem czynne bodźce dające się streścić do dwóch składowych. Są niemi infekcja gruźlicza oraz stosunek środowiska do chorego.

Analiza tych bodźców jest ważną, uzupełnia ona bowiem wysiłki naszych zabiegów leczniczych, które również i w kierunku psychiki dadzą się stosować, tem bardziej, że stanowią one znaczenie czynnika podporowego, a w razach niektórych nawet jako bodziec do mobilizacji czynników obronnych, które ustrój pod ich wpływem wyzwala.

Jest rzeczą obojętną, jakie w tych razach mogłyby zachodzić procesy, czy autotuberkulinizacji, czy też tylko sugestji, bądź też przewaga któregokolwiek z nich. W obu wypadkach bowiem uwzględniają one leczenie źródeł, z których psychika doznaje przeobrażeń, czyniąc ją zdolną do panowania nad przebiegiem infekcji gruźliczej.

Kończę słowami Cornetta: „Zły psycholog nie może być nigdy dobrym lekarzem - ftizjologiem".

Piśmiennictwo.

1) Bochalli: Beitr. z. kl. d. Tbc. T. 67, Z. 1—3, S. 9—21, 1927. — 2) Czeischer: Ibidem S. 408—413. — 3) Crofton G.: Milit. Surgeon. 54, Nr. 6, 1925. — 4) Kurt Schlapper: Beitr. z. kl. d. Tbc. T. 66, Z. 3, S. 274—283, 1927. — 5) Stern: Deut. Med. Woch.

Dr. med. Aleksandra STĘPOWSKA. Kraków.

Rhinolalia aperta.

Z poradni dla zaburzeń mowy przy Klinice Neurolog. Psychjatr. U. J. w Krakowie. (Dyrektor Kliniki Prof. Dr. Jan Piltz).

Rhinolalia aperta, czyli nosowanie otwarte zaliczamy do grupy zaburzeń mowy, które obejmujemy wspólną nazwą dyslalji. Przez dyslalję zaś czyli bełkotanie, rozumiemy brak lub wadliwe wymawianie poszczególnych dźwięków, opuszczanie tychże, lub zastępowanie jednych dźwięków innemi.

W przypadkach *rhinolalia aperta* wysuwają się na czoło *dwa cechujące objawy:*

a) nosowy podźwięk,

b) zatarta artykulacja.

Aby zrozumieć mechanizm powstawania *rhinolalia aperta,* musimy uprzytomnieć sobie, w jakich warunkach powstaje fizjologicznie prawidłowa artykulacja. Z chwilą, gdy zaczynamy mówić, prawidłowy tor oddechowy ulega zasadniczej zmianie mianowicie wdechy stają się krótkotrwałe i powierzchowne, natomiast wydech przybiera zarówno co do czasu trwania jak i nasilenia przyczem powietrze wydechowe mające dla artykulacji znaczenie zostaje skierowane w całości do jamy ustnej, a oddechanie przez jamę nosową ustaje.

Jama ustna zostaje przytem w zupełności odgraniczona od jamy nosowej, a dzieje się to dzięki temu, że z chwilą, gdy zaczynamy mówić, podniebienie miękkie podnosi się ku górze i ku tyłowi, tak, że od tylnej ściany gardła jest oddalone o 5mm.

Równocześnie na tylnej ścianie gardła powstaje skurcz górnego odcinka *m. constrictor pharyngis,* a więc *mm. pteryngopharyngei,* tworząc wał mięsny, noszący nazwę wału Passavanta. Wał ten razem z napinającem się podniebieniem miękkiem, odgraniczają jamę nosową od jamy ustnej. Jedynemi dźwiękami, przy których odgraniczenie jamy ustnej od jamy nosowej zostaje przerwane, są m, n, ą, ę, którym towarzyszy rezonancja ze strony nosa.

Poza tem prawidłowa artykulacja uwarunkowana jest uszczelnieniem jamy ustnej, co w następstwie prowadzi do tego, że całe powietrze wydechowe zostaje skierowane do jamy ustnej.

To powietrze wydechowe, przechodząc przez krtań, wprowadza struny głosowe w drganie i daje zasadniczy ton drgający „a".

Artykulacja nie jest niczem innem, jak zmianą tego dźwięku „a", powstałego podczas drgania strun głosowych na dźwięki artykułowane w jamie ustnej. Ta zmiana odbywa się dzięki temu, że mięśnie artykulacyjne, a więc języka, podniebienia miękkiego i warg ustosunkowują się w ten sposób, iż tworzą dla fal drgającego powietrza zwężenia lub zamknięcia środowiska, przez które głos przechodzi. W pierwszym przypadku dźwięk „a" zamieni się na dźwięki trące, względnie syczące np. f, w, s, z, i t. d., w drugim natomiast przypadku na dźwięki wybuchowe np. b, p, k, g i t. d.

Dźwięki trące f, w, powstają np. w ten sposób, że siekacze szczęki górnej zbliżamy do wargi dolnej i w ten sposób wytwarzamy szczelinę, poprzez którą powietrze, idące z krtani, musi się przedostać do otaczającej atmosfery. W tej szczelinie następuje zamianą dźwięku fonacyjnego „a" na dźwięk trący „w", względnie „f".

Natomiast dźwięki wybuchowe „p", „b" powstają dzięki temu, że przez zamknięcie warg stwarzamy dla dźwięku „a" zaporę, którą powietrze drgające musi przerwać aby się dostać do otaczającej atmosfery. Prawidłowa artykulacja zależy nie tylko od pracy mięśni artykulacyjnych, ale i od ilości powietrza w jamie ustnej w czasie artykulacji: wiemy dobrze, że butelka płynu, wysyconego gazem, przy otwieraniu wydaje bardzo silny odgłos, butelka oliwy, w której powietrza jest mało, otwiera się bezgłośnie.

Brak zatem powietrza w jamie ustnej w czasie fonacji musi prowadzić do zatartej artykulacji.

Ten brak powietrza powstaje w *rhinolalia aperta* dzięki temu, że odgraniczenie jamy ustnej od jamy nosowej jest niezupełne, wskutek czego powietrze fonacyjne ucieka do nosa, wywołując tu rezonancję, która jest przyczyną nosowego zabarwienia mowy.

Streszczając to wszystko musimy powiedzieć, że nieprawidłowe połączenie między jamą ustną a nosową prowadzi do zaburzenia mowy, zwanego nosowaniem otwartem — *rhinolalia aperta,* a cechującem się z jednej strony zatarciem artykulacji, z drugiej nosowem zabarwieniem głosu.

Przyczyny powstawania rhinolalia aperta mogą być:

1) organiczne,

2) czynnościowe.

Ad 1). Przyczyny organiczne do powstawania *rhinolalia aperta* mogą być bądź to wrodzone, bądź też nabyte. Wrodzone polegają na ubytkach podniebienia i występować mogą na całej przestrzeni podniebienia twardego i miękkiego jako tak zwane rozszczepienie zupełne *uranoschisma totale.* Łączą one się po największej części z tak zwaną wargą zajęczą, to jest rozszczepieniem wargi górnej. Ubytki częściowe występować mogą w odcinku przednim podniebienia jako tak zwane *uranocoloboma anterius* lub też w odcinku tylnym — *uranocoloboma posticum.* Tego rodzaju ubytki bywają niejednokrotnie wypełnione luźną tkanką łączną w miejsce beleczkowania kostnego i pokryte prawidłową błoną śluzową, tak, że jeśli w toku badania ograniczymy się tylko do oglądnięcia jamy ustnej, to z łatwością stan ten przeoczymy.

Długość twardego podniebienia odpowiada w tych stanach zazwyczaj wiekowi dziecka, natomiast podniebienie miękkie jest skrócone tak, że podczas fonacji podniebienie miękkie nie styka się z tylną ścianą gardła, co stanowi podstawę do wytworzenia się nosowania otwartego. Badając dzieci, obarczone już to zupełnem, już to częściowem rozszczepieniem podniebienia, zauważymy niejednokrotnie, że na tylnej ścianie gardła nie wytwarza się wał

Passavanta, co tem więcej przyczynia się do nieprawidłowego połączenia między jamą ustną a nosową.

Prócz wrodzonych ubytków podniebienia zaliczyć musimy do tej grupy ubytki powstałe wskutek spraw chorobowych, a więc w pierwszym rzędzie kiły i nowotworów.

Do grupy organicznych przyczyn *rhinolalia aperta* zaliczamy dalej porażenia podniebienia miękkiego, będące następstwem najczęściej błonicy, przebytej w wieku dziecięcym, rzadziej natomiast występujące po grypie lub anginie. W tym ostatnim przypadku niedowłady mają charakter przejściowy i wyjątkowo tylko u dzieci neuropatycznych mogą pozostawać przez czas dłuższy.

Ad 2). Czynnościowy niedowład mięśni podniebienia miękkiego spotykamy niejednokrotnie u dzieci neuropatycznych. Występuje on bądź to samorzutnie, bądź też jako pozostałość po wyleczonym organicznym niedowładzie, np. po przebytej błonicy. Nosowanie otwarte w związku z czynnościowym niedowładem podniebienia miękkiego spotykamy także u dzieci po wycięciu migdałków, przyczem utrzymuje się ono uporczywie nieraz przez dłuższy okres czasu.

Tego rodzaju niedowłady, zarówno organiczne jak i czynnościowe, wywołują nosowanie otwarte, tem cięższe, im wcześniejszy jest wiek dziecka, w którym ono powstaje. Albowiem są one przyczyną tego, że prawidłowe mechanizmy artykulacyjne wogóle nie mogą się wytworzyć, a o samodzielnej naprawie ze strony dziecka, które prawidłowej artykulacji jeszcze nie poznało, nie może być mowy.

W celu ustalenia rozpoznania *rhinolalia aperta*, posługujemy się następującemi sposobami:

1) Sposób lusterkowy. Jeżeli zbliżymy do jamy nosowej w czasie mówienia lusterko u osobnika, dotkniętego nosowaniem otwartem, wówczas dostrzegamy na lusterku zamglenie, pochodzące od pary wodnej, zawartej w powietrzu, wydostającem się przez nos.

W warunkach fizjologicznych wskutek uszczelnienia jamy ustnej w czasie mówienia, oddechanie nosem ustaje, a lusterko pozostaje czyste.

2) Sposób osłuchowy. Zakładamy gruszkę Politzerowską do nosa i łączymy ją przy pomocy gumowego cewnika z usznikiem. Każemy badanemu wypowiedzieć jakieś zdanie i wysłuchujemy rezonancję z jamy nosowej.

3) Sposób graficzny. Gruszkę Politzerowską, podobnie jak w poprzednim sposobie zakładamy do nosa,natomiast gumowy cewnik łączymy z przyrządem piszącym Marcy'a.

Zmiany ciśnienia powietrza w jamie nosowej dadzą na kymografionie krzywą falistą, w przeciwieństwie do warunków fizjologicznych. W warunkach bowiem fizjologicznych z chwilą, gdy badany zaczyna mówić, ciśnienie powietrza w jamie nosowej utrzymuje się na jednej wysokości, a na kymografionie otrzymumujemy linję prostą.

Leczenie w przypadkach rhinolalia aperta zależy od przyczyny wywołującej to cierpienie. Ubytki w podniebieniu mogą być wyrównane bądź to w drodze operacyjnej, bądź też przez założenie odpowiedniego tłumika.

Nowo wytworzone podniebienie spełnia swoją czynność jedynie wtedy, jeśli w czasie fonacji dosięga tylnej ściany gardła.

Zbyt wielką odległość podniebienia od tylnej ściany gardła możemy według Eckstein a wyrównać zapomocą wstrzyknięcia parafiny do mięśni tylnej ściany gardła i to na tej wysokości, do której podniebienie jest w stanie się podnieść.

Wstrzyknięciem stwarzamy niejako sztuczny wał Passavanta. Przy wstrzyknięciu posługujemy się zakrzywioną igłą Brüninga, używając parafinę, o punkcie topliwości 42°. Wskazanie do tego zabiegu istnieje tylko w tym wypadku, jeśli mająca być wyrównaną odległość nie przekracza 0,75 cm; większe odległości w ten sposób wyrównane być nie mogą.

W przypadkach niedowładu miękkiego stosujemy masaż i elekryzację.

Zarówno leczenie operacyjne przez zrobienie odpowiedniej plastyki jak i leczenie elektryzacją i masażem w przypadku porażenia, musi być uzupełnione ćwiczeniami, mającemi na celu przywrócenie prawidłowej artykulacji.

Chcąc się przekonać, czy powietrze nie przechodzi już do jamy nosowej, możemy posługiwać się metodą osłuchową, o której wyżej była mowa lub też kymografionem.

Poniżej zamieszczam historję choroby 17-to letniego chłopca, skierowanego do Poradni dla zaburzeń mowy przy tut. Klinice z powodu nie wyraźnej mowy.

D . M. lat 17, syn robotnika.

Wywiady rodzinne badanego przedstawiają się w sposób następujący:

Ojciec zdrowy, alkoholu nie używał. Matka zdrowa, rodziła 3 razy. Nie roniła.

Chorób nerwowych, umysłowych, ani zaburzeń mowy w rodzinie nie było.

Wywiady osobnicze:

Chory przechodził w 12 roku życia błonicę. Od tego czasu nie może mówić wyraźnie. Obecnie od 2-ch lat nastąpiło pogorszenie. Po błonicy przez 3 miesiące pokarmy, zwłaszcza płyny, przechodziły przez nos. W tym czasie zaczął się ślinić. Przez pół roku po błonicy miewał bóle i utrudnienie przy połykaniu. Mowa się zmieniła, stała się zatarta, niewyraźna i nosowa, tak, że musiał wystąpić ze szkoły, gdyż w szkole nie rozumiano, co mówi. Sen dobry. Łaknienie dobre. Stolec prawidłowy.

Przedmiotowo:

Źrenice równe, oddziaływanie na światło i akomodację prawidłowe. Ruchy gałek ocznych może nieco zwolnione. Lewy fałd nosowo-wargowy silniejszy od prawego. Przy otwieraniu ust lewy kąt ust posunięty na stronę lewą.

Język drży, nie zbacza. Słuch obustronnie obniżony, zwłaszcza po stronie lewej (słyszy zegarek tylko przy uchu). Podniebienie miękkie opuszczone ku dołowi, napina się słabo przy fonacji, zwłaszcza po stronie lewej. Wał Passavanta nie tworzy się.

Ruchy czynne i bierne kończyn górnych nie przedstawiają wybitniejszych odchyleń.

Odruchy ścięgniste i okostnowe żywe, równe. Ruchy czynne i bierne kończyn dolnych bez zmian. Odruchy kolanowe żywe, równe. Odruchy Achillesa żywe, równe. Odruchów podeszwowych brak. Odruchów patologicznych brak. Zaburzeń czucia brak.

Mowa: cicha, bezbarwna, o utrudnionej artykulacji, z poddźwiękiem nosowym.

Mamy tu do czynienia z cierpieniem, które wystąpiło po przebytej błonicy w 12-tym roku życia, z osłabieniem prawego nerwu twarzowego, upośledzeniem słuchu po stronie lewej, niedowładem podniebienia miękkiego, oraz mową nosową, o zatartej artykulacji.

Badanie dodatkowe Kliniki Oto-Laryngologicznej U. J. nie wykazało wybitniejszych zaburzeń.

Rozpoznanie: *Polyneuritis post dyphteriam. Rhinolalia aperta.*

Badanie na kymografionie w danym wypadku przedstawia się w sposób następujący:



Serja A. Klisza Nr. 1.

Górna krzywa pochodzi od osobnika zdrowego, dolna od naszego chorego.

Na górnej krzywej widzimy fale oddechowe, które przechodzą w miejscu oznaczonem przez × w linję prostą. W tem miejscu badany wypowiada zdanie: „Kraków jest pięknem miastem". Z chwilą gdy badany zaczyna mówić oddechanie jamą nosową ustaje i w miejscu krzywych oddechowych otrzymujemy linję prostą.

Na dolnej krzywej w miejscu oznaczonem chory wypowiada to samo zdanie, co poprzednio badany. Zamiast linji prostej otrzymujemy linję poszarpaną, pochodzącą od powietrza przedostającego się do jamy nosowej podczas mówienia z powodu *rhinolalia aperta.*

Co się tyczy leczenia, to u naszego chorego pod wpływem elektryzacji i masażu podniebienia nastąpiła nieznaczna poprawa. jednakowoż wał Passavanta nie wytworzył się.

Pacjent został skierowany do Kliniki Chirurgicznej U. J. celem przeprowadzenia plastyki parafinowej do tylnej ściany gardła. W dwa tygodnie po zabiegu zgłosił się do tutejszej Poradni. Stwierdzono wówczas znaczną poprawę.

Widzimy zatem, że przyczyny dla *rhinolalia aperta* musimy szukać w zaburzonym mechanizmie, służącym do uszczelnienia jamy ustnej w czasie mówienia.

Wszelkie operowanie w jamie nosowej, wycinanie muszli nosowych, podcinanie *frenulum linguae pozostaje* bez wpływu na *rhinolalia aperta.*

Ostatnie prace, dotyczące leczenia *Rhinolalia aperta,* podjęte zostały przez prof. Fröschelsa i Dra Schalita w Wiedniu. Opierają się one na spostrzeżeniach, że ilekroć przewody nosowe w przypadku *Rhinolalia aperta* zostają zwężone przez polipy, silne obrzmienie błony śluzowej lub t. p. wówczas *Rhinolalia aperta* znika.

Na podstawie powyższego doświadczenia Fröschels i Schalit skonstruowali protezę, składającą się z dwóch części — mianowicie płyty podniebiennej oraz ściśle z nią związanego odcinka, zamykającego od tyłu oba przewody nosowe. W ten sposób *Rhinolalia aperta* zostaje przeprowadzona w *Rhinolalia clausa.* Aby temu zapobiec — a z drugiej strony umożliwić oddechanie jamą nosową, w odcinku tym wywiercony jest otwór stożkowaty, zwrócony szczytem do przodu, podstawą zaś do *cavum pharyngonasale.* (Zeitschrift für Stomatologie Jahrgang XXVI. Heft 9. 1928).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Izydor REIN, sekundarjusz. Lwów.

Allonal „Roche".

Z Odziału chorób nerwowych i umysłowych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. (Prym. Dr. Domaszewicz).

Allonal, wytwarzany przez firmę F. Hoffman - La Roche i Ska, S. A. jest połączeniem kwasu allylo - izopropylo - barbiturowego i dwumetyloaminoantipiryny.

Te dwie części składowe Allonalu:

1) nadają mu dwojakiego rodzaju działanie farmakodynamiczne: kojące ból, które zawdzięcza dwumetyloaminoantipirynowej części składowej i nasenne, wywołane pochodną kwasu barbiturowego;

2) w działaniu swem nietylko wzajemnie się uzupełniają, lecz wzajemnie się wzmacniają.

Tego dowiodły doświadczenia, czynione pierwotnie na żabach, a następnie w klinikach. Doświadczeń na żabach dokonał Herman Gayer w Instytucie farmakologicznym Uniwersytetu Monachijskiego (Archiv. für exp. Patholog. und Pharmak. Bd. 121. Nr. 5/6. S. 259, 1928). Według Goltza i Schradera doświadczenie to wykonuje się w ten sposób, że umieszcza się żabę na tarczy obrotowej, która kręci się dokoła pionowej osi. Tarcza wykonuje 8 — 10-ciu obrotów na minutę. Żaba zwraca wówczas głowę w kierunku przeciwnym obrotowi. Gdy się tarcza zatrzymuje, wówczas zwraca głowę w kierunku przeciwnym, a wreszcie powraca do ustawienia normalnego.

Chcąc wypróbować działanie jadu nasennego wprowadza się do piersiowego worka limfatycznego pewną ilość danego środka. Jako dawkę skuteczną uważa się tę najmniejszą ilość jadu, która znosi odruch obrotowy żaby. Przy pomocy tej metody, szczególnie ścisłe oznaczenie uzyskuje się, stosując pochodne kwasu barbiturowego. Wartości, które uzyskano tem doświadczeniem przedstawiają się następująco:

Kwas allylo-izopropylo-barbiturowy (część składowa Allonalu)	— 15,3
Chlorowodorek morfiny	— 18,0
Kwas dwuallylo-barbiturowy	— 18,6
Luminal	— 48,0
Weronal	— 85,8
Wodzian chloralu	— 60,0
Antypiryna	— 300,0
Pyramidon	— 400,0

Liczby oznaczają mgr na kilogram wagi żaby.

Jak z powyższych liczb wynika kwas allylo - izopropylo - barbiturowy (część składowa Allonalu) jest najbardziej czynny nasennie nietylko z pośród pochodnych kwasu barbiturowego, ale nawet pomiędzy wszystkiemi badanemi środkami nasennemi. Przewyższa go tylko działaniem papaweryna; natomiast działa 5,6 razy silniej aniżeli weronal.

Tą samą metodą oznaczał Gayer działanie środków przeciwgorączkowych, które posiadają również na ogół własności narkotyczne.

Tą metodą stwierdzono też spotęgowanie narkotycznego działania połączenia kwasu allylo - izopropylo - barbiturowego z dwumetyloaminoantipiryną; nie potęguje się natomiast narkotyczne działanie w kombinacji kwasu dwuallylobarbiturowego z kodeiną. Przy badaniu działania obu części składowych Allonalu z osobna, a następnie ich połączenia, okazało się, że spotęgowanie działania jest najsilniejsze, gdy z obu środków weźmie się ¼ ich dawki skutecznej.

Opierając się na tych doświadczeniach, i w przypuszczeniu, że względnie małe dawki wywoływać muszą w tych warunkach działanie pożądane, próbowałem stosowanie Allonalu na naszym oddziale. Podawaliśmy go w rozmaitych przypadkach; chorzy chętnie go zażywają, ponieważ nie razi on przykrym smakiem, i ponieważ łatwo go połykać można, ze względu na to, że znajduje się on w obiegu pod postacią małych pastylek. Stosowaliśmy Allonal przy schorzeniach organicznych i funkcjonalnych; w jednym i drugim przypadku otrzymywaliśmy dobre wyniki. Doskonałe usługi oddaje on przy stanach lękowych, niepokoju i parestezjach funkcjonalnych. Przy stanach lękowych zastępuje doskonale opium; chorzy się uspokajają i doznają ulgi, przyczem nie grozi nałogowe przyzwyczajanie się, jak to bywa po zażywaniu przetworów opiumowych. W nerwicach przy uczuciu wyczerpania psychicznego, w neurastenji działa Allonal uspokajająco; ustępuje męcząca bezsenność. Przy neurastenji jednak, jak każdy środek po pewnym czasie przestaje działać i musi być zmieniony na inny.

Z szeregu chorych, u których zastosowaliśmy Allonal, przytoczę kilka przypadków.

Chora M. W. lat 34, depresja reaktywna ciężkiego stopnia. Chora od szeregu tygodni nie sypia, miewa ciągłe stany lękowe, uczucie ciężkości w kończynach i gniecenie w okolicy jajników. Po dotychczasowych środkach nasennych zasypiała późno, sen był mało wydatny, budziła się z niepokojem, bólem głowy, uczuciem niepewności i lekkiego zamroczenia, także wzbraniała się przyjmować jakichkolwiek środków nasennych. Zastosowaliśmy Allonal „Roche" w ilości 4 tabletek dziennie. Jedna tabletka rano, druga w południe, a dwie przed spaniem. Chora uspokoiła się, stany lękowe zmniejszyły się. Uczucie ucisku w okolicy jajników zupełnie ustąpiło. Wieczorem po zażyciu dwóch pastylek chora zasypiała snem spokojnym, głębokim. Rano po przebudzeniu była rzeźka; nie czuła się zmęczoną, ani senną.

Chora M. Z. Od dłuższego czasu cierpi na bóle głowy o charakterze migrenowym. Po zażyciu jednej pastylki Allonalu ból ustępuje. Uczucie znużenia i wyczerpania, które zwykle łączyło się razem z bólami głowy, również po zażyciu Allonalu znikło.

Chory Z. K. Po przebyciu tyfusu cierpi na objawy neurasteniczne, uczucie znużenia, bóle głowy, bezsenność. Po zażywaniu środków nasennych budzi się rano z uczuciem znużenia i zawrotów głowy; przygnębienie stawało się jeszcze silniejsze. Po dwóch pastylkach Allonalu, zażywanych przed spaniem, sypia spokojnie i głęboko, rano budzi się bez uczucia zmęczenia i senności.

Stosowaliśmy również Allonal w wielu wypadkach cierpień organicznych, jako środek przeciwbólowy. U chorej M. B. cierpiącej na tabes dorsalis podawaliśmy Allonal z powodu neuralgicznych bólów nerwów międzyżebrowych. Po dwóch pastylkach Allonalu bóle zmniejszały się, a nawet ustępowały na dłuższy czas.

Stale stosujemy Allonal chorym po nakłuciu lędźwiowem, a szczególnie po odmie czaszkowej. Allonal w ilości 1 — 2 pastylek zmniejsza nietylko bóle głowy, sprowadza kojący sen, ale działa uspokajająco i zapobiega często dręczącym wymiotom, tak że obecnie stale po odmie podajemy chorym Allonal, by uniknąć wymiotów.

We wszystkich przypadkach, gdzie stosowaliśmy Allonal, nie stwierdziliśmy żadnych objawów, które mogłyby być podstawą przeciwwskazania tego środka. W jednym wypadku, gdy stosowaliśmy 5 pastylek Allonalu w ciągu jednego dnia z powodu silnego podniecenia lękowego, wystąpiło znużenie i lekki zawrót głowy. Pozatem chorzy znosili Allonal doskonale. Nie stwierdziliśmy nigdy ujemnego wpływu na oddech i krążenie, ani nie widzieliśmy różnic w zachowaniu się ciśnienia krwi. Zupełnie nie działa szkodliwie na nerki. W moczu przy przewlekłem podawaniu nie zauważyliśmy ani razu obecności białka lub innych patologicznych składników. Nie zmniejsza apetytu, ani nie działa zwalniająco na perystaltykę jelit. Nie widzieliśmy też ani razu jakichkolwiek zaburzeń, wywołanych nagłem zaprzestaniem podawania Allonalu.

Jak z dotychczasowych naszych badań wynika Allonal „Roche" zdobył sobie stałe miejsce w szeregu środków przez nas stosowanych. Możemy go stosować jako środek przeciwbólowy, uspokajający i nasenny w wielu wypadkach prawie pewni niezawodności jego działania. Nie jest wprawdzie środkiem t. zw. heroicznym i nie może zastąpić bezwzględnie przetworów opiumowych, lecz posiada tę zaletę, że możemy podawać go bez szkody a z dobrym wynikiem w tych wypadkach, w których chcielibyśmy uniknąć przetworów makowca, aby nie narazić chorych na możliwość nałogowego doń przyzwyczajania się.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Dr. W. PISEK. Lwów.

Ku pamięci Behringa

Jakkolwiek wynalazca surowicy przeciwbłoniczej zmarł w roku 1917 wznawiają Niemcy z okazji zbliżającej się rocznicy 75-tniej urodzin genjalnego lekarza pamięć o jego czynach.

Jeżeli Anglicy stawiali pomniki Jenner'owi, Francuzi Pasteurowi — to nie mniejszą wdzięczność żywi ludzkość dla Behringa, który setkom tysięcy młodych istot uratował życie a rodzicom przywracał szczęście.

Oto garść wspomnień. Jako syn biednego nauczyciela — jeden z 11-oro rodzeństwa — urodzony w Hansdorf (obok Deutsch-Eylan, w Prusiech zach.) w r. 1854 dzięki zasiłkom o które starali się jego nauczyciele mógł, ukończywszy gimnazjalne studja, wstąpić do wojskowego instytutu lekarskiego w Berlinie, w którym jako 26-letni uzyskał doktorat. Już podczas służby wojskowo-lekarskiej ogłasza prace o działaniu bakterjobójczem niektórych chemicznych przetworów opierając się na całkiem nowych poglądach (1882). Wśród ciężkich warunków pracuje niezmordowanie dalej, ogłasza opuściwszy służbę wojskową — epokowe odkrycia z zakresu seroterapji (1890) wypowiadając zasadę, że: surowica zwierząt, które przebyły pewną chorobę — posiada własność uleczenia zwierząt innych, chorych na tąż samą chorobę. Gdy w roku następnym przedsięwziął doświadczenia na dzieciach chorych na błonicę na klinice Bergmana (i Heubnera) w Berlinie, stanęła sprawa swoistego leczenia surowicą Behringa na niewzruszonych podstawach *).

Mimo rozlicznych walk naukowych, w których brał udział cały świat lekarski, zataczała seroterapja błonicy coraz szersze kręgi. surowicę Behringa stosowano na obu półkulach ziemi. Na ten okres czasu przypada także odkrycie surowicy przeciwtężcowej dokonane przy współudziale słynnego japońskiego badacza Kitasato.

W roku 1890 paryska akademja lekarska nagradza Behringa darami: 50.000 i 25.000 franków — a rząd francuski mianował go oficerem legji honorowej, Królewski zaś Instytut Royal-Institut of Public Health w Londynie, mianował go członkiem honorowym — zaczem poszły liczne nadawania honorowych odznaczeń: włoskich, amerykańskich, austrjackich, rosyjskich, tureckich, rumuńskich, szwedzkich, belgijskich, greckich i t. p. Jednym z piewszych laureatów Nobla został Behring w r. 1901 — jako ówczesny najznakomitszy lekarz i dobroczyńca ludzkości.

Nieustannie pracując dalej — doskonaląc i uzupełniając swoje odkrycie — ogłasza w r. 1913 ochronne szczepienia przeciw błonicy, w r. 1914 stwarza światowej sławy zakłady „Behringwerke" do wyrobu surowic i szczepionek. Umiera 31 marca 1917 w 63-cim roku życia swego.

Dorobek naukowy Behringa jest olbrzymi. Najważniejsze prace obejmują rzecz o błonicy, z tych: Die Geschichte der Diphterie, mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. 1893, Thieme, Leipzig, — Diphterie, Begriffsbestimmung, Zustandekommen, Erkennung und Verhütung, — Berlin 1901, Hirschwald. — 30 Jahre Diphterieforschung — ges. Abh. — Liczne prace zajmują się tężcem, ostatnią zawierającą całokształt o tężcu wydaje w r. 1915: Aetiologie, Prognose und Therapie des Tatanus (ges. Abh. Neue Folge Seite 3). Szereg gruntownych prac poświęca gruźlicy. Walkę z chorobami zakaźnemi przedstawia w pracach: Bekämpfung der Infektionskrankheiten — Leipzig — Thieme 1899 i w dziele: Die allgemeine Therapie der Infektionskrankheiten, również w doskonałem dziele z roku 1912: Einführug und die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten — Berlin — Hirschwald.

Pamięć Behringa jako dobroczyńcy ludzkości, którą obdarzył genialnym wynalazkiem surowicy przeciwbłoniczej — dzieło żmudnych dociekań i ofiarnej pracy — nie zaginie, a stan lekarski całego świata uważać go będzie po wsze wieki jako jednego z najlepszych i najświetniejszych swych przedstawicieli.

*)Wiekopomna praca pojawiła się w roku 1890 w Nr. 49 i Nr. 50 w Deutsche med. Wochenschrift.

OCENY.

Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1917 — 1921, wydany staraniem Tow. Lek. Warszawskiego. Warszawa 1928, str. 578.

Gdy „Przegląd piśmiennictwa" opuścił prasę, ukazała się zaraz o nim w Pol. Gaz. Lek. (Nr. 47) krótka notatka prof. Nowickiego, wyrażająca radość, że nareszcie wyszedł tak długo oczekiwany tom „Przeglądu". Wszyscy tę radość wtedy podzielali i wszyscy godziliśmy się na słowa uznania i zachęty, wyrażone przez prof. Nowickiego. Ale minęła już pierwsza radość. Zaczęliśmy posługiwać się „Przeglądem piśmiennictwa", jako jedyną naszą za te lata polską bibljografją lekarską. I tu zaczęły stopniowo wyłazić luki i braki „Przeglądu", naprzód małe, a potem coraz większe, aż wreszcie wszystkie zarzuty urosły do rozmiarów „krytyki".

Nasamprzód wpadło mi w oczy nazwisko zasłużonego krakowskiego antropologa prof. Talko-Hryncewicza, którego nazwisko przekręcono (dwukrotnie) na Talko-Hrycewicz.

Według „Przeglądu" autor ten w latach 1917 — 1921 nic nie drukował, pokazywał tylko w Krak. Tow. Lek. w r. 1921 starą trepanowaną czaszkę. Tymczasem w rzeczywistości płodny ten pisarz i uczony ogłosił w latach 1917 — 1921 mniej więcej 40 — 50 prac. Dlaczego redakcja „Przeglądu piśmiennictwa" ich nie zebrała?

Drugim z kolei autorem, którego zacząłem szukać w „Przeglądzie" był prof. Alfred Sokołowski, którego prace zdawałoby się można było bez trudności a nawet należało w Warsz. Tow. Lekarskiem zebrać. I tu także spotkał mnie zawód, nie znalazłem np. ani wzmianki o „Propedeutyce lekarskiej (1920 str. 270) tego autora. Nie znalazłem też ani wzmianki o mojej pracy „Dzieje organizacji medycznej w rosyjskim samorządzie ziemskim, czyli t. zw. medycyny ziemskiej" (Warszawa 1919 str. 95). Gdym dalej zauważył niezliczoną ilość błędów w skorowidzach, doszedłem do przekonania, że należy przeprowadzić systematyczną kontrolę wydawnictwa i wyniki jej ogłosić.

Na moją prośbę zrobiono pewne zestawienia, których wyniki są następujące:

Przedewszystkiem kontrola zadała sobie pytanie czy w „Przeglądzie piśmiennictwa" zebrano wszystkie prace, które w tych latach zostały drukiem ogłoszone. W tym celu sprawdzono 3 roczniki (na chybił trafił) rozmaitych czasopism lekarskich. Okazały się olbrzymie braki. Tak z Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego r. 1920 pominięto następujące prace:

1) Woyciechowska Aniela: Drugi przypadek włośnicy (trichinosis) stwierdzony w Małopolsce. Nr. 2, str. 19 — 20.

2) Rothfeld Jakób: Przyczynek do kazuistyki guzów w tylnej jamie czaszkowej. Nr. 4, str. 38 — 40 i Nr. 5, str. 45 — 46.

3) Kuhn Adolf: Stan walki z epidemjami na obszarze byłej Galicji. Nr. 4, str. 41 — 42 i Nr. 5, str. 48 — 49.

4) Browicz Tadeusz: Stan włóknisty przedsionka lewego w toku t. zw. wad serca i jego znaczenie. Nr. 6, str. 53 — 54.

5) Fuchs-Reichowa Franciszka: Meningitis serosa. Nr. 6, str. 54 — 56.

6) Machek Emanuel: Dr. Franciszek Toczyński. (Wspomnienie pośmiertne). Nr. 6, str. 59.

7) Schramm Hilary: Profesor Ludwik Rydygier. (Wspomnienie pośmiertne). Nr. 7 .str. 61 — 62).

8) Warchoł Leon: Przyczynek do znajomości torbieli sieciowych i krezkowych. Nr. 7, str. 62 — 68).

9) Brenner Abraham: Pochorobowe objawy przy durze osutkowym. Nr. 8,str. 75.

10) Franke Marjan: Ostre zapalenie nerek jako powikłanie duru powrotnego. Nr. 9, str. 81 — 82 i Nr. 10, str. 95 — 97.

11) Schilling-Siengalewicz Sergjusz: „Kranioscis". Przyrząd do otwierania czaszki na sekcji. Nr. 9, str. 83 — 84.

12) Brenner Abraham: O swoistem działaniu leczniczem olejów wysychających przy czerwonce. Nr. 10, str. 97.

13) Wiczyński Tadeusz: Wydzielanie mleka i wprowadzanie podskórne wyciągów z narządów. Nr. 12, str. 113 — 116.

14) Gabryszewski Tadeusz: Statystyka chorób zakaźnych w Zakopanem. Nr. 12, str. 117 — 118.

Z Gazety lekarskiej r. 1918 pominięto:

1) Loth Edward: Dr. Wacław Kosmowski. (Nekrolog). Nr. 8, str. 63 — 64.

2) Więckowski Stanisław: Dr. Jan Dłutek. (Nekrolog). Nr. 8, str. 64.

3) Serkowski Stanisław: Zakażenia meningokokowe. Nr. 10, str. 75— 77.

4) Jaworski Józef: Medycyna i higjena w Ziemi Chełmskiej i na Podlasiu. Kartka z przeszłości. Nr. 12, str. 92 — 96.

5) Koelichen Jan: O drogach chłonnych układu nerwowego ośrodkowego. Nr. 27, str. 209 — 214 i Nr. 28, str. 219 — 221.

6) Zieliński Edward: Zastrzykiwanie roztworu Trunecka w stwardnieniu tętnic. Nr. 28, str. 217 — 219.

7) Daszkiewicz Korybut Bohdan: Rzut oka na djetetykę nowoczesną w zapaleniu nerek. Uwagi krytyczne. Nr. 31, str. 241 — 244.

8) P a ń c z y s z y n Marjan: Podłoże anatomiczne t. zw. rysunku wnękowego płuc w obrazie rentgenologicznym. Nr. 32, str. 249 — 253 + 1 tabl.

9) H i g i e r Henryk: W sprawie etjologji i patogenezy stwardnienia wieloogniskowego. Nr. 38, str. 305 — 307.

10) J a w o r s k i Józef: Motywy do projektu ustawy o Izbach Lekarskich w Państwie Polskiem. Nr. 51, str. 430 — 434.

Z „Lekarza wojskowego" r. 1920 pominięto:

1) S a w i c k i Bronisław: Dwa rzadkie przypadki guzów złośliwych tarczycy. Nr. 1, str. 13 — 22.

2) R a d l i ń s k i Zygmunt: Przyczynek do chirurgji jamy czaszkowej. Nr. 2, str. 1 — 6.

3) W a s e r m a n Herman: W sprawie doszczętnego leczenia przewlekłego ropienia jamy Highmor'a metodą Luc - Denker'a. Nr. 3, str. 10 — 12.

4) A j z n e r Juljan: O leczeniu świeżych przenikających postrzałowych ran brzucha. Nr. 5, str. 18 — 21.

5) B i e h l e r Wacław: Sprawozdanie z działalności Czołówki chirurgicznej im. Heleny Paderewskiej. Nr. 8, str. 17 — 21.

6) Ś w i ą t e c k i Jan: Appendicitis w szpitalu Ujazdowskim w 1906 — 1913 r. Nr. 12, str. 13 — 19.

7) W ę g ł o w s k i Romuald: O leczeniu złamań kości udowej. Nr. 13, str. 2 — 6.

8) L e w e n s t e r n Eugenjusz: W sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego. Nr. 13, str. 11 — 13.

9) Z a ł u s k a Jan: Bronisław Malewski. (Wspomnienie pozgonne). Nr. 14, str. 1 — 5.

10) B ę t k o w s k i Tadeusz: Leczenie ran ropiejących fenolem. Nr. 14, str. 20 — 23.

11) S k ó r c z e w s k i Witold: Wgojenie pocisku w mięśniu sercowym. Nr. 17, str. 16 — 19.

12) G o l d f l a m Samuel: Przyczynek do różnorodności postaci zapalenia mózgu pochodzenia nieropnego. Nr. 18 i 19, str. 1 — 27.

13) R o t h f e l d Jakób: O nagminnem zapaleniu mózgu. Nr. 18 i 19, str. 34 — 40.

14) F l a t a u Edward: O panującej u nas epidemji zapalenia mózgu i o trzech jej postaciach letargicznej, dys- i aletargicznej. Nr. 18 i 19, str. 40 — 57.

15) W a c h t e l Henryk: Operowanie pocisków uwięzgniętych przy pomocy prześwietlania promieniami Roentgena. Nr. 20, str. 3 — 13.

16) S z a r e c k i Bolesław: Kilka uwag praktycznych dla młodszych kolegów chirurgów, pracujących na froncie. Nr. 21, str. 1 — 9.

17) N e l k e n Jan: Alkohol i przestępstwo w wojsku podczas wojny. Nr. 21, str. 9 — 18.

18) W ę g ł o w s k i Romuald: Ciała obce w przełyku, a zasady ich usuwania. Nr. 22, str. 1 — 16.

19) S z y m a n o w i c z Józef: Przyczynek do wczesnej operacji postrzałów przewodu pokarmowego. Nr. 23, str. 1 — 7.

20) T a l i g a Czesław: Wady wrodzone położenia jąder, jako powikłania przepukliny skośnej. Nr. 25, str. 17 — 18.

21) F i c k i Feliks: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala wojskowego w Ostrowiu Łomż. Nr. 25, str. 16 — 17.

22) K u m m a n t Aleksander: Brak wrodzonego mięśnia piersiowego i jego powstanie. Nr. 30, str. 1 — 12.

23) D a n e c k i Leon: Dwa przypadki pierwotnych złośliwych nowotworów płuc. Nr. 30, str. 12 — 16.

24) S z m u r ł o Leonard: W sprawie operacyjnego leczenia urazów wątroby. Nr. 31, str. 1 — 8.

25) H i g i e r Henryk: Surowica autohaemiczna. Nr. 31, str. 8 — 9.

26) S l ę k Franciszek: Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięcia nawykowego stawu barkowego. Nr. 32, str. 1 — 4.

27) R a d z i w i ł ł o w i c z Rafał: Powstawanie wspomnień w przebiegu splątania. Nr. 39 — 42, str. 1 — 5.

28) W ę g ł o w s k i Romuald: O przeszczepianiu naczyń krwionośnych w rozległych urazach. Nr. 47 — 50, str. 1 — 7.

29) J a n u s z Wiktor: Przyczynek do leczenia na wojnie kończyn odmrożonych. Nr. 51 — 52, str. 6 — 9.

W powyższem zestawieniu nie brano pod uwagę autoreferatów ani pokazów ogłaszanych w sprawozdaniach towarzystw lekarskich. któreby napewno dostarczyły jeszcze większego materjału luk i przeoczeń.

Dalej sprawdzono polską produkcję wydawniczą książkową. Obliczenie wykazuje, że „Przegląd piśmiennictwa" zanotował prac wydanych osobno za 5 lat ogółem tylko 46. Tymczasem w samym tylko roku 1921 wydano osobno około 100 książek. Oto dla przykładu ważniejsze z bardzo wielu pominiętych książek:

1) B e r n h a r d t Robert: Choroby skóry. Warszawa. 1921, stron 675.

2) B i e h l e r Matylda: Higjena dziecka. Warszawa. 1921, stron 387.

3) B i e h l e r Matylda: Podręcznik higjeny. Warszawa. 1921, stron 464.

4) B i e h l e r Wacław: Pomoc doraźna w nagłych wypadkach. Warszawa. 1921, stron 212.

5) B o c h e n e k Adam: Anatomja człowieka. Wyd. III. T. I i II. Kraków. 1921, stron 528 i 446.

6) B r e n n e j s e n Leopold: Technika dentystyczna. Część I. Warszawa. 1921, stron 84.

7) B r o w i c z Tadeusz: Szkice anatomo - patologiczne. Serja I. Warszawa. 1921, stron 116.

8) D a n y s z Jan: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. Lwów. 1921, stron 106 + 79.

9) D o b r o w o l s k i Stanisław: Nauka położnictwa. Warszawa. 1921, stron 427.

10) H a n d e l s m a n Bronisław: Higjena. Podręcznik dla szkół średnich. Łódź. 1921, stron 181.

11) K o s k o w s k i Bronisław: Receptura. Wydanie II. Warszawa. 1921, stron 288.

12) L e s z c z y ń s k i Roman: Zarys farmakologji. Lwów. 1921, stron 209.

13) Ł e m p i c k i Stanisław: Jan Zamoyski protektor medycyny i medyków. Lwów. 1921, stron 60.

14) N i t s c h Roman: Szczepionki i surowice. Warszawa. 1921. stron 959.

15) O f f m a ń s k i Mieczysław: Szkic wykładów higjeny, medycyny sądowej i ratownictwa. Warszawa. 1921, stron 247.

16) Prace z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego. Zeszyt nowotworowy. Warszawa. 1921, stron 91.

17) Pamiętnik pierwszego zjazdu psychjatrów polskich. Warszawa. 1921, stron 145.

18) O rozpoznawaniu wczesnem raka. Warszawa. 1921, str. 112.

19) Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich. 1921, stron 128.

20) S k ł a d k o w s k i Sławoj: Podręcznik higjeny wojskowej. Warszawa. 1921, stron 71.

21) S t e r l i n g Seweryn: Suchoty płuc pospolite. Łódź. 1921, stron 282.

22) S z y m o n o w i c z Władysław: Podręcznik histologji. Lwów. 1921, stron 454 i t. d.

Najfatalniej wypadła kontrola obu skorowidzów („alfabetycznego spisu rzeczy" i „spisu alfabetycznego autorów"), zamieszczonych na końcu wydawnictwa. Ze spisu rzeczy wzięto na chybił trafił wyraz „gruźlica" i sprawdzono, że 31 prac o gruźlicy zamieszczonych w „Przeglądzie" nie dostało się do skorowidza: poz. 107, 109, 194, 211, 256, 340. 514, 515, 588, 657, 689, 690, 768, 818, 858, 954, 1002, 1026, 1032, 1034, 1039, 1040, 1110, 1114, 1130, 1141, 1204, 1320, 1450, 1462, 1732.

W spisie autorów nie uwzględniono nazwisk: R a k i e w i c z Felicjan z pozycji 1457, L i p s k i E. z poz. 639, 467 i 1001, S m r e c z y ń s k a z poz. 404, M e h r e r z poz. 471, M e i s e l s z poz. 491 i 923, Z y l b e r b l a s t N. z poz. 588, K o l e ś n i c k i A. z poz. 876, R o c h l i n S. z poz. 876, J a s i ń s k i W. z poz. 910, D o b r u c k i S. z poz. 962, S ł a w i ń s k i Z. z poz. 997, K a c z y ń s k i H. z poz. 1012 i t. d.

W „Przeglądzie piśmiennictwa" wogóle wszędzie jest niesłychanie dużo błędów. Nazwiska łatwo ulegają przekręceniu, jak Giszczynkiewicz zam. G i e s z c z y k i e w i c z (poz. 1424), Cetnerowicz zam. C e t n a r o w i c z (poz. 1576). Mączkowski zam. M ę c z k o w s k i (poz. 1517), nawet Mołdawski zam. M a l i n o w s k i (poz. 1562) i t. d. i t. d.

Jeżeli w „Przeglądzie" są omówione prace 2-ch autorów tego samego nazwiska lecz różnych imion (np. Bednarskiego A. i Bednarskiego J., Łapińskiego Teodora i ŁapińskiegoW., Puławskiego W. i Puławskiego A. i w. in), to w spisie autorów mamy nieraz tylko jedną osobę (Bednarski J., Łapiński W., Puławski A., i t. d.). Takich i podobnych grubych błędów możnaby wymieniać setki.

Po tej kontroli jakaż może być teraz ocena całego wydanego tomu? Nie wiemy, czy redaktorowie mieli jaki plan, rozpoczynając swą pracę, gdyż o żadnym planie wiadomości nie podają. To pewna jednak, że żadnego planu nie przeprowadzili. Przeciwnie, cechami wydawnictwa są: dorywczość, przypadkowość i niesystematyczność, wszystko w najwyższym stopniu niepożądane w tego rodzaju wydawnictwach. Nie łatwo ktoś teraz weźmie do ręki pracę, która nie weszła do „Przeglądu". Piśmiennictwo lekarskie, obejmujące za 5 lat tylko 1774 pozycje, nie wygląda wcale imponująco. Mam wrażenie, że możnaby dodać do tego jeszcze $1^1/_2$ tysiąca pozycyj. Prawda, że redaktorowie zaraz na pierwszej

stronie wydanego tomu proszą autorów o tytuły prac nieomówionych w „Przeglądzie“ wzgl. o odbitki, ale można na to wymienić z łatwością mnóstwo prac, które redaktorowie mają w Warszawie oddawna pod ręką, nawet w bibljotece Tow. Lek. Warsz. a jednak ich nie znaleźli. Pocóż więc jeszcze posyłać? Co jest teraz do zrobienia? Należy mojem zdaniem, jak najrychlej wydać II tom za te same lata i sporządzić dla obu tomów nowe skorowidze, gdyż te co są, są do niczego. Na przyszłość zaś należy ułożyć sobie wprzód pewien plan w pracy redakcyjnej i wydawniczej, gdyż mam wrażenie, że bezplanowość i dorywczość w robocie była także cechą i poprzednich roczników „Przeglądu piśmiennictwa“, w ostatnim tomie tylko przeszła dopiero wszelkie oczekiwania.

Wiadomo też, że w Polsce mamy już 2 roczniki „Polskiej bibljografji lekarskiej“, 1925/6 i 1926/7, wydanej bardzo starannie i dokładnie przez kapitana Stanisława Konopkę. To wydawnictwo jednak nie podaje wcale treści prac, co czyni właśnie „Przegląd piśmiennictwa“. Niema żadnej potrzeby, żeby w polskiej medycynie istniały dwa wydawnictwa o pokrewnych celach. Wystarczy jedno, ale dobre. Dlatego, mojem zdaniem, należy skoordynować i uzgodnić obie inicjatywy.

Władysław Szumowski.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VII, zeszyt 4, z r. 1928: J. Wierzejewski: Nowy sposób leczenia wiotkiej stopy koślawo płaskiej. — St. Nowicki: Czyraki twarzy. — I. Szper: O pęknięciu urazowem pozaotrzewnem pęcherza moczowego. — T. Kaszubski: Leczenie operacyjne wrodzonych zwichnięć rzepki. — M. Cholewicki: Przypadek zwichnięcia w stawie Lisfranka. — J. Jasieński: O leczeniu gruźlicy gruczołów chłonnych. — Nekrolog śp. Aleksandra Zawadzkiego.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 1, za styczeń 1929: E. Mancewicz: Ciekawy przypadek olbrzymiej torbieli zawiązkowej od górnego kła, przemieszczonego ku środkowi podniebienia u 38 letniej kobiety. — K. Szepelski: Praktyczne uwagi o rentgenografji i rentgenodiagnostyce w stomatologji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 7, z 17 lutego 1929: K. Jagiełło: Na przełomie. — Sprawy zawodowe.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok I, nr. 2, z r. 1928: J. Nelken: Przestępstwa w świetle badań nad budową ciała i usposobieniem. — J. Szulisławska: O przyczynach szkodliwości chleba ze szczególnem uwzględnieniem szkodliwości wywołanej domieszką życicy odurzającej (Lolium temulentum). — St. Łaguna: Wartość prób mikrokrystalograficznych przy wykazywaniu śladów krwawych. — J. Olbrycht: Orzeczenie rekursowe, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem (dźwignięciem nadmiernego ciężaru) a śmiertelnem zapaleniem płuc (kompresyjnem).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VII, nr. 7, z 14 lutego 1929: St. Justman: O zatruciu arszenikiem. — B. Karbowski: O drogach łączących przestrzeń podpajęczynówkową mózgu z narządem słuchu u zwierząt i u człowieka. — J. Pinczewski: Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne (Streszcz. zbior.). — K. Czyżewski: Koramina „Ciba“ w chirurgji.

Gruźlica, rok III, nr. 6, za listopad i grudzień 1928: S. Adamowiczowa: Z badań nad gruźlicą w Białymstoku. — VI Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą. — J. Mirabel: Odma oliwowa (Oleothorax), wskazania do niej, oraz technika.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 1, za styczeń 1929: Rozmaite popularne artykuły z dziedziny życia codziennego.

Medycyna, rok III, nr. 5, z 2 lutego 1929: Wł. Mikułowski: Zagadnienie współczesnej diagnostyki. — Zdz. Michalski: Materjały do badań nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem (dok.). — M. Garfein: Purkinje a wziernik oczny.

Medycyna praktyczna, rok III, nr. 1, z r. 1929: J. Domaszewicz: Podstawowe zmiany kostne w obrazie rentgenowskim. — J. Brossowa: Kuracje tuczne za pomocą insuliny. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — St. Sroczyński: Innowrocław jako zdrojowisko. — A. Leja: Upławy i ich leczenie.

Wiedza lekarska, rok III, za luty 1929: Z. Gorecki: Nekrolog Ferdynanda Widala. — St. Kopczyński: Uwagi do artykułu dra L. Zamenhofa p. t.: „W sprawie statystyki zboczeń mowy i słuchu w szkołach w Polsce. — H. Sparrow: Seroprofilaktyka chorób zakaźnych. — J. Węgierko: Istota i leczenie żółtaczki (c. d.).

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 4, z 15 lutego 1929: W. Orzechowski: W sprawie objawów osłuchowych w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego. — Z. Maurer: Przypadek dny, leczonej atochinolem „Ciba“. — J. Bajoński: Kilka uwag o rozpoznaniu ciąży pozamacicznej. — M. Skokowska-Rudolfowa: Uzdrowiska dla chorych gruźliczych. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości (c. d.).

Przemysł chemiczny, rok 1929, nr. 4, za luty 1929: W. Kączkowski i A. Simonberg: Druk barwnikami zasadowemi z emetykiem w jednej farbie. — L. Wasilewski: Problemat glinowy w Polsce. — Ze sprawozdań Polskiej Akademji Umiejętności. — J. Pfanhauser: Kto położył podwaliny pod przemysł naftowy w Polsce?

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 4, z 15 lutego 1929: W. Borowska: 135 przypadków kiły u dzieci. — J. Celarek i T. Epsteinówna: O odmianie B. Ozaenae (B. Abel-Loewenberg) otrzymanej pod wpływem bakterjofaga swoistego. — M. Hryniewiczówna i E. Wasilewska-Mironowiczowa: W sprawie częstości występowania poszczególnych gatunków pasorzytów jelitowych w Warszawie. — A. Nowak i St. Markiewicz: W sprawie widzenia w masce przeciwgazowej typu R. S. C. — Z. Krzyczkowski: Stan dzisiejszy i rozwój lotnictwa sanitarnego w Polsce.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIII Posiedzenie naukowe z dnia 12 października 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

1) Kol. Czyżewski omawia przypadek *zwichnięcia zasłonowego biodra,* leczenie przeprowadzono metodą Riedla; b) przypadek *zwichnięcia z pęknięciem brzegu panewki;* c) *wypadnięcie poprzecznicy po urazie* przez przeponę do klatki piersiowej.

W dyskusji kol. Barącz, który był obecny przy odprowadzeniu zwichnięcia i badał chorego przed odprowadzeniem na podstawie swojego badania i Rentgenogramu nie nazwałby tego zwichnięcia zasłonowem *(luxatio obturatoria)* tylko podłonowem *(luxatio infrapubica),* ponieważ główka kości udowej wypuklała się na zewnątrz i dawała się dokładnie wymacać palcami, natomiast przy zwichnięciu zasłonowem byłaby nie macalna i ukryta wgłębi. Zresztą Rentgenogram potwierdza to mniemanie, kolegi B., ponieważ otwór zasłonowy *(foramen obturatorium)* jest widoczny w Rentgenogramie. Sposób Riedla odprowadzania przednich zwichnięć kości udowej uważa kol. Barącz jako bardzo dobry i łatwy.

2) Kol. Lipiński przedstawia *ozdrowieńca po wągliku błony śluzowej, powikłanym posocznicą.* U chorego lat 54, skierowanego na oddział zakaźny z rozpoznaniem róży twarzy, stwierdzono w dniu przyjęcia, przy ciepłocie 40,1° C. tętnie niemiarowem, 140 uderzeniach na minutę, znaczny obrzęk policzka lewego, obejmujący czoło i skórę głowy, a sięgający ku dołowi, poprzez szyję i klatkę piersiową na brzuch, do wysokości trzech palców powyżej spojenia łonowego. Obrzęk twardy, deskowaty, nie sprawiał choremu dolegliwości. Przy oglądaniu jamy ustnej, z której wydostawała się treść surowiczo-krwawa, posokowata, znaleziono na znacznie rozpulchnionej błonie śluzowej policzka lewego kilka pęcherzyków, pokrytych krwawym strupkiem, obok strzępów martwiczych błony śluzowej. Podejrzenie kliniczne w kierunku wąglika ustaliło badanie bakterjologiczne. Już w preparacie mikroskopowym z treści pęcherzyka stwierdzono prątki postaciowo podobne do laseczników wąglikowych. Dodatni wynik hodowli, obok dodatniego wyniku doświadczenia na myszce, ustaliły rozpoznanie wąglika błony śluzowej. Równocześnie pobrano krew u chorego na posiew. Z krwi chorego wyhodowano laseczniki wąglikowe, ustalając w ten sposób powikłanie posocznicą wąglika.

Jako epidemjologicznie rzecz ciekawą, należy podkreślić, że chory, według zapodania własnego, miał spożyć mięso krowy cho-

rej, dobitej, w kilka dni później zauważył u siebie obrzęk lewej połowy twarzy, który szybko ulegał rozszerzeniu. Równocześnie z nim przywieziono na oddział zakaźny rzeźnika, który dobijał chorą krowę i matkę rzeźnika, która pomagała synowi przy pracy. U obojga stwierdzono zakażenie wąglikiem skórnym. Przy ciężkim stanie chorego przystąpiono natychmiast do leczenia neosalvarsanem. Novarsenobenzol stosowano pięciokrotnie dożylnie w łącznej dawce 2,7 g. Już po pierwszej dawce wystąpiła wyraźna poprawa. Obrzęk i zmiany zapalne na błonie śluzowej cofały się szybko. Posiew krwi, wykonany po trzeciem podaniu novarsenobenzolu, okazał się jałowy. Chory szybko wracał do zdrowia i po upływie 4-ch tygodni opuścił oddział zupełnie wyleczony.

Nawiązując do przedstawionego przypadku Lipiński podkreśla, że w ciągu ostatnich trzech lat leczył na oddziale zakaźnym 33 przypadków wąglika skórnego, w tem 5 powikłanych posocznicą. Pominąwszy trzy przypadki wąglika jelitowego, które, przywiezione w agonji, zmarły do 24 godzin, wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Wobec 33% śmiertelności przy wągliku skórnym w największej statystyce Jacobsohna w Nowym Jorku, mimo stosowania surowicy wąglikowej w dużych ilościach, —, 100% wyleczonych przypadków na oddziale lwowskim przy pomocy neosalwarsanu zasługuje na szczególne podkreślenie.

W dyskusji Kol. Bar ą cz przytacza korzystne wyniki śródżylnych wstrzykiwań kollargolu w kilku ciężkich przypadkach wąglika policzka i powiek. Doświadczenie to zrobił kol. B. na oddziale chorób zakaźnych szpitala pow. we Lwowie przed 26 laty za czasów kierownictwa oddziału przez Dr. W. Arnolda. Ponieważ po wstrzykiwaniach kollargolu występują często embolie naczyń włosowatych z następstwem nieregularnej akcji serca i ponieważ neosalwarsan nie tylko w szeregu przypadków ciężkich wąglika dawał tak dobre wyniki ale i przy innych chorobach zakaźnych, należałoby na przyszłość stosować go nadal przy ciężkich postaciach wąglika.

Kol. Stauber omawia przypadek wąglika, spostrzegany u rzeźnika; wyleczenie nastąpiło pod wpływem kwaśnej wody i maści borowej.

Kol. Pisek omawia swój przypadek, który rozpoznano jako wąglik, w istocie zaś był półpaśćcem zgorzelinowym.

Kol. Leszczyński podnosi wartość neoarsenobenzolu w lecznictwie wąglika i zapytuje o mechanizm jego działania na pałeczki wąglika. Ponadto L. uważa, że często nie rozpoznaje się wąglika.

Kol. Ruff omawia swój przypadek, w którym wyleczenie nastąpiło pod okładami.

W odpowiedzi kol. Lipiński uważa działanie arsenobenzolu jako tonizujące; dla wykazania pałeczek wąglika radzi przeprowadzić wszelkie dostępne badania.

3) Kol. Ptaszek i Elmer omawiają *przypadek choroby Basedowa, wikłany cukrzycą.*

W dyskusji kol. Kuhl podnosi, że w przypadku choroby Basedowa widział dobre, choć przejściowe wyniki leczenia insuliną.

4) Kol. St. Ostrowski wygłasza odczyt p. t.: *Pogląd na działanie pochodnych acridiny* (trypaflawiny i gonacriny) *w leczeniu stanów zapalnych dróg moczopłciowych.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Mierzecki mówi o trypaflawinie, która podobnie jak gonacrina zawiodła jego oczekiwania.

Kol. Goldschlag podnosi, że nie podobna odmówić gonacrinie dodatniego wpływu na rzeżączkę, środek ten stosowano na oddziele kob. wener., przyczem w jednym przypadku nastąpiła śmierć w następstwie embolii wśród objawów duszności.

Kol. Salpeter omawia dotychczasowe środki, stosowane śródżylnie i uważa, że wszystkie mają znaczenie wątpliwe.

Kol. Musiał mówi o stosowaniu trypaflawiny w chorobach ocznych; działanie jej jest znacznie słabsze od mleka i całej proteinoterapji.

Kol. Lipiński stosował trypaflawinę przy owrzodzeniach błon śluzowych.

Kol. Kauczyński omawia przypadek zejścia śmiertelnego po trypaflawinie, zasadniczo zgadza się z wywodami referenta.

Kol. Naróg spostrzegał rozszerzenie źrenicy po trypaflawinie; środek ten stosowany w zapaleniu spojówek daje podrażnienie.

Kol. Pisek zwraca uwagę na objawy uboczne.

W odpowiedzi kol. Ostrowski podnosi, iż wprawdzie nie jest optymistą, jeżeli chodzi o skuteczność wspomnianych środków, to jednak uważa, że nie wolno ich bez dostatecznej ilości spostrzeżeń odrzucać. Środki te mają pewne znaczenie w innych działach medycyny; sam mówca stosuje trypaflawinę jako uczulacz na promienie długie i pozafjołkowe w leczeniu łuszczycy, jakoteż w gruźlicy skóry.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 5. IX. 1928 r.

I. Kol. Eljasberg przedstawia chorego z *gangrena spontanea* na tle endarteriitis obliterans, wywołanego przewlekłem zatruciem nikotyną. Na obu stopach brak kilku palców; liczne owrzodzenia policzków. Brak tętna w tętnicach stóp. Wassermann ujemny. Capillaroskopja wykazała na rękach powiększoną ilość naczyń włoskowatych z widocznym ich spazmem.

II. Kol. Skalski w dłuższem przemówieniu w serdecznych słowach wylicza zasługi zmarłego w dniu 4. VIII. b. r. znanego higjenisty doktora Polaka. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Koledzy Kocen i Szyfman wygłosili odczyt: *„Gruźlica, przemiana wodano-węglowa a cukrzyca. Przyczynek do objawów pozapłucnych przy suchotach".* (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Itelson, Gliksman i Kon.

IV. Kolega Magalif demonstruje preparat noworodka z szeregiem nienormalności rozwojowych: guz na głowie; stopy zwrócone w przeciwną stronę, mają po cztery palce.

Protokół posiedzenia z dnia 19 września 1928 r.

I. Kol. Schweig demonstruje przypadek *rany drążącej gałki ocznej* u młodego chłopca z dobrym wynikiem operacyjnym. Za pomocą odpowiedniego nacięcia wypchnięto od tyłu igłę długości $1^1/_2$ cm, która przebiła rogówkę, tęczówkę i soczewkę.

II. Kol. Neumark demonstruje dwa przypadki postaci *pozornej choroby Recklinghausena,* a mianowicie: mężczyznę, u którego na tułowiu i kończynach widzimy drobne plamki bronzowe, częściowo zlewające się w większe plamy z jednym guzkiem na skórze mostka, oraz młodą kobietę, u której plamy ulokowane są jednostronnie i metamerycznie.

III. Kol. Załęski wygłasza odczyt: *„Wyniki bakterjologicznego badania słuchawek telefonicznych w Łodzi".* Z inicjatywy Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia Dr. Skalskiego prelegent zbadał w Państwowym Zakładzie Higjeny w Łodzi 50 słuchawek, wziętych z Urzędów Państwowych, lokali publicznych i prywatnych. Badanie trwało z górą rok i przeprowadzone było w sposób następujący: słuchawki przepłukiwano wyjałowionym rozczynem soli, poczem rozczyn ten zastrzykiwano podskórnie morskim świnkom. Świnki obserwowano kilka miesięcy. Wyniki były następujące: 3 świnki padły wskutek ostrego obrzęku, wywołanego grupą beztlenowców: 1 świnka dostała porażenia tylnych kończyn z wyzdrowieniem po trzech tygodniach; 4 świnki padły na gruźlicę (świnkom tym zastrzyknięto płyn ze słuchawek pobranych z lokalu Izby Lekarskiej, z Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, z Magistratu i lecznicy dla przychodzących chorych).

W dyskusji kol. Skalski proponuje zdejmowanie rożków ze słuchawek telefonicznych, które mają minimalny wpływ na siłę odbioru.

IV. Kol. Frenkiel referuje pracę napisaną wspólnie z kol. Dyszkiewiczem: *„O chronicznem zatruciu dwusiarczkiem węgla, (8 przypadków)".* Rzecz drukowana w Nr. 2, czasopisma „Higjena Pracy".

W dyskusji zabierali głos kol.: Sonnenberg, Maślanka i Ładyński.

Kol. Sonnenberg jest zdania, że niektóre objawy zatrucia dwusiarczkiem węgla zależne są nietyle od dwusiarczku, jako takiego, ile od preparatu nie dosyć czystego. Przed dwu laty kol. Sonnenberg stosował zewnętrznie dwusiarczek węgla u dwu chorych, u których po 8 dniach stosowania wystąpiły zawroty głowy; zawroty te szybko ustąpiły po odstawieniu leku. Wówczas kol. Sonnenberg wypróbował lek na sobie i już po 6—8 dniach doznał zawrotów głowy, które ustąpiły po odstawieniu leku. Gdy po pewnym czasie kol. S. wypróbował na sobie dwusiarczek węgla chemicznie czysty — zawrotów głowy w ciągu 3 tygodni stosowania nie stwierdził.

Kol. Maślanka omawia spostrzegane przez siebie pięć przypadków ze zmianami psychicznemi wśród robotników, pracujących w fabryce sztucznego jedwabiu.

Kol. Ładyński stwierdza, że w zwiedzanej przez niego niedawno nowej fabryce sztucznego jedwabiu w Tomaszowie, zastosowano najnowsze urządzenia ochronne, wykluczające w przyszłości przypadki zatrucia dwusiarczkiem węgla.

Protokół posiedzenia z dnia 3. X. 1928 r.

Balotowano kandydatów na członków Towarzystwa. Przyjęci zostali koledzy: Ładyński, Falkowski, Sokołowski, Asz, Klinger i Erdman.

Protokół posiedzenia z dnia 17. X. 1928 r.

Kol. Banasz demonstruje młodego mężczyznę, który wsunął sobie do cewki moczowej ziarnko fasoli, w rezultacie czego wystąpiły objawy zapalenia miedniczek nerkowych.

Protokół posiedzenia seminaryjnego z dnia 24. X. 1928 r.

Kol. D. Weisbrum wygłosił referat pod tyt.: *Patologja migdałków podniebiennych a schorzenia ogólne.*

W dyskusji zabierali głos kol.: Sterling, Gliksman, Jelenkiewicz, Kryszek i Herszfinkiel.

Sekretarz: *Dr. H. Ruegier.*

Protokół posiedzenia z dnia 7. XI. 1928 r.

I. Kol. Dymkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla nietypowy przypadek *stwardnienia rozsianego*, w którem poza objawami paraplegji spastycznej z oczopląsem i mową skandowaną, stwierdzono drżenie kończyn górnych o dużej amplitudzie, niepokój gałek ocznych, powiększenie wątroby, zaburzenia psychiczne, odleżyny, nietrzymanie moczu i kału, zaniki mięśniowe oraz zniesienie czucia głębokiego w palcach obu stóp; tłumaczy wyżej wymienione objawy umiejscowieniem ognisk zapalnosklerotycznych w jądrach podstawowych i substancji szarej rdzenia oraz przeprowadza rozpoznanie różnicowe z pseudosklerozą Westphal-Strümpla.

II. Kol. Grosglik przedstawił 27-letnią chorą z limfogranulomatozą. Cierpienie datuje się od 6 lat, obserwacja od 13. III. 1926 r. W tym czasie w ciągu dwóch miesięcy gorączka dochodziła wieczorem do 40 stopni. Duże pakiety gruczołowe na lewej stronie szyi i pod obu pachami. Wielki guz w prawej pachwinie i jamie brzusznej. Śledziona i wątroba niewyczuwalne; brak swędzenia, Wasser. —; Hemoglobiny — 48%, czerwonych krwinek 2,700.000, zresztą obraz krwi niecharakterystyczny. W styczniu 1927 roku duży pakiet przeduszny i szyjny z prawej strony; 28. III. 1927 r. pod żuchwą, z lewej strony gruczoł wielkości orzecha włoskiego. Rentgenoskopja: niewielkie cienie gruczołów powiększonych śródpiersia (powyżej aorty). Od 30. VI. 1927 r. systematycznie rentgenoterapja i arsen. Na uwagę zasługują następujące okoliczności: a) mimo ciężkiego stanu przed trzema laty, chora szybko zaczęła się poprawiać z chwilą rozpoczęcia naświetlań i obecnie czuje się tak, jak nigdy przed chorobą (obraz krwi normalnej), b) na miejscu pakietów zostały małe twarde gruczołki, prawdopodobnie uległy zbliznowaceniu, albo ustąpiły zupełnie; chora przez ten czas zaszła w ciążę i urodziła zdrowe dziecko, sama karmi, co nie odbiło się na jej zdrowiu, c) łożysko badane mikroskopowo zmian patologicznych nie wykazało, d) wyniki powyższe są tem dziwniejsze, że naświetlania odbywały się rzadko i małemi dawkami: lewa połowa szyi i prawa pachwina po 3 razy, pozostałe miejsca po 2 razy, gruczoł pod żuchwą raz tylko. Ten właśnie tryb naświetlania kol. Grosg. uważa za najracjonalniejszy.

III. Kol. Grosglik przedstawia dalej 47-letnią chorą z limfosarkomatem obu migdałków. Zaczęło się w kwietniu 1927 roku od powiększenia prawego migdałka i prawie jednocześnie gruczołu podżuchwowego. Dwukrotna biopsja nie wykazała żadnych zmian. Jednak zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena, ale bez skutku. We wrześniu 1927 roku naloty na migdale. Badanie bakterjologiczne: nieliczne paciorkowce, z tego powodu 16 zastrzyknięć neosalwarsanu, ale bez skutku. 14. 3. 1928 próbna ekscyzja z prawego migdałka: lymphosarcoma. Stan 5. 4. 1928: oba migdałki powiększone, prawie się schodzą, łykanie bolesne i utrudnione. Gruczoły: przeduszne, zauszne, szyjne, podszczękowe obustronnie powiększone, twarde, różnej wielkości, mało przesuwalne, od początku choroby chora straciła 12 kilo. Wassermann ujemny. Od 11. 4. 1928 do 6. 10. 1928 trzykrotne naświetlanie, ostatni raz tylko prawa połowa szyi z powodu nawrotu. Już po pierwszej serji migdały zmniejszyły się do zwykłej wielkości i dotychczas nie powiększają się. Obecnie wszystkie gruczoły znikły. Wnioski: 1) próbne wycięcia nie zawsze są miarodajne, gdyż nie wszystkie okolice guza wykazują zmiany swoiste, 2) wobec systematycznego powiększenia gruczołów okolicznych przypadek odrazu miał charakter kliniczny — nowotworu złośliwego, 3) migdały dotknięte złośliwym nowotworem mogą wskutek wtórnych zakażeń miejscowych, czynić wrażenie anginy i wprowadzić w błąd, 4) pomyślne działanie Roentgena na limfosarkomat migdałków.

IV. Kol. Woźniakówna wygłosiła odczyt pod tyt.: *Leczenie tężca metodą kombinowaną.* (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem kol. Gliksman zwraca uwagę na to, że Francuzi dokonywują nakłucia lędźwiowego w uśpieniu chloroformowem, sposób ten daje wyniki lepsze, gdyż chloroform sprzyja lepszemu wchłanianiu surowicy przez tkanki; jednocześnie stosowane są, jako przeciwkurczowe, sole wapnia; poza tem kol. Gliksman zapytuje prelegentkę, czy surowica stosowana przez nią była odbiałczona i czy nie stosowała miejscowych okładów z surowicy.

Kol. Frenkiel podkreśla znakomite wyniki leczenia prelegentki, radzi jednak stosować rozczyn magnezu w postaci wstrzykiwań do kanału, gdyż zdaniem jego jest ta metoda nieszkodliwa, w szpitalach warszawskich nie widziano powikłań ze strony ośrodka oddechowego. Chorobę posurowiczą nie uważa za powikłanie poważne, gdyż zawsze kończy się pomyślnie.

Kol. Grosglik zapytuje, czy wysypka posurowicza wystąpiła tylko w jednym przypadku.

Kol. Kryszek wspomina o przypadku zatrucia strychniną, w którem stosował z bardzo dobrym wynikiem siarczan magnezu do kanału lędźwiowego.

Kol. Mandelsowa stosowała w jednym przypadku inną metodę kombinowaną również z dobrym skutkiem, mianowicie: surowicę i chloralhydrat; w trzech zaś przypadkach stosowała z wynikiem bardzo dobrym metodę prelegentki.

Kol. Iwaszkiewicz stosował również metodę kombinowaną przy nawrotach tężca.

Kol. Załęski widywał na wojnie przypadki tężca o bardzo gwałtownym przebiegu i zejściu śmiertelnem pomimo stosowania metody kombinowanej. Po wojnie zaś przypadki tężca, leczone przez kol. Załęskiego metodą kombinowaną miały przebieg łagodny; zdaniem kol. Załęskiego charakter tych przypadków jest zupełnie różny.

Kol. Mogilnicki podkreśla fakt, że dobre wyniki prelegentki zależne są od wielkich dawek magnezu; i dawniej stosowano już w szpitalu metodę kombinowaną z wynikami gorszemi, ponieważ dawki magnezu były małe. Metodę kombinowaną uważa za bardzo dobrą i metoda ta ze względu na wyniki otrzymywane dzięki niej powinna być powszechnie przyjętą; we Francji metody tej dotychczas nie stosują. Metodę w szpitalu stosuje się w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych i podskórnych; do kanału nie wstrzykiwano ze względu na opisywane przypadki śmierci.

W odpowiedzi kol. Woźniakówna zaznacza, że podawanie surowicy ogrzanej rzadziej wywołuje ciepłotę, okładów miejscowych z surowicy na rany nie stosowała. Siarczan magnezu wywołuje działanie przemijające; w nerkach zmian nie zauważono.

W dyskusji nad pokazami kol. Grosglika kol. Gliksman zapytuje, czy istnieje wzór leukocytarny przy limfogranulomatozie.

Kol. Kryszek zapytuje jak wygląda badanie histologiczne w przypadku limfosarkomatu.

Kol. Grosglik w odpowiedzi: Pewnego wzoru leukocytarnego przy lymfogranulomatozie niema; zależny jest od danego przypadku i od stadjum choroby. Wzoru charakterystycznego dla limfosarkomatu niema.

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. „Kurjera Porannego" z dnia 20 lutego b. r. został umieszczony obszerny wywiad, dotyczący Poradni Wychowania Fizycznego II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jako dyrektor Kliniki oraz Poradni niniejszem oświadczam, że wywiad ten został udzielony *bez mojego upoważnienia i bez porozumienia się ze mną* na własną rękę przez lekarza Poradni podczas trwającej od dłuższego czasu mojej choroby. To oświadczenie podaję za pośrednictwem poczytnego pisma Pańskiego do wiadomości ogółu, jestem bowiem stanowczo przeciwny uprawianiu przez zakłady naukowe oraz ich personal samoreklamy w jakiejkolwiekbądź formie.

Warszawa, dnia 22. II. 1929 r.

Z wysokim szacunkiem

Prof. Dr. Witold Orłowski.

NEKROLOGJA.

Wspomnienie o ś. p. Drze Zdzisławie Juchnowicz Hordyńskim Generale W. P.

W dniu 14 stycznia b. r. zmarł we Lwowie generał dr. Zdzisław Juchnowicz Hordyński, o którym powiedzieć należy bez przesady, że jako człowiek, lekarz, żołnierz i Polak był chlubą naszego narodu.

Urodzony w 1857 r. w Brzeżanach, w roku 1874 wstąpił na wydział lekarski Uniw. w Krakowie, gdzie w roku 1880 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich.

Związały nas na zawsze wspomnienia lat uniwersyteckich, zacieśniane coraz silniej na zjazdach koleżeńskich, odbywanych co lat dziesięć. Niedługo po otrzymaniu dyplomów, znalazła się nas garstka we Wiedniu w celu dalszych studjów, między nami był i ś. p. Zdzisław Hordyński. Tu zdarzyło się coś, co na całą Jego przyszłość wpływ wywarło. Znalazł się On wśród tych, co po odbyciu jednorocznej służby w armji austrjackiej i po złożeniu egzaminów lekarskich przeniesieni zostali do rezerwy w charakterze t. zw. „Oberarzt'ów". Jak przeważna część lekarzy Polaków, tak i ś. p. Hordyński nie miał zamiaru wstępowania na stałe do armji austrjackiej, uległ jednak losowi, kiedy „Oberarzt'a w rezerwie" dra Z. Hordyńskiego zmobilizowano w chwili zajęcia przez Austrję Bośni i Hercegowiny i powstania w Dalmacji. Na dworcu kolei południowej we Wiedniu żegnał go nasz melancholijny nastrój i szczere, serdeczne życzenia szczęśliwego powrotu do kraju. Nie ziściło się to tak prędko. Mobilizacja trwała rok jeden i drugi, tymczasem zaś umarł jego ojciec, Jemu zaś pozostał święty i skrupulatnie przez Niego wypełniany obowiązek otoczenia opieką licznego rodzeństwa. Był też do końca życia opiekunem idealnym o niewysłowionej dobroci. Zadaniu temu ofiarował całego siebie, wyrzekając się powrotu do kraju i w poszukiwaniu chleba, rozstając się boleśnie z marzeniami kształcenia się w zakładach uniwersyteckich w ukochanym przez siebie kierunku t. j. chirurgji. Pozostał na stałe lekarzem wojskowym. Smutna to była dla niego decyzja, bo — jak często między sobą mówiliśmy o tem, musiał zmienić kierunek swojej pracy, bo odczuwał żywo to poniżenie, na które narażony był w armji austrjackiej lekarz wojskowy, nie zaliczany wedle niemądrych zasad konserwatywnych do właściwego stanu oficerskiego „Kombatantów". Wiedział wreszcie, że niezbyt w warunkach ówczesnych pomagał mu w karjerze wojskowej fakt, że chociaż, wzór służbistości, zaznaczał wszędzie i zawsze, gdzie tego było potrzeba, Polakiem być nie przestał. Wśród takich okoliczności rozpoczynał swój zawód wojskowy, zdołał jednak przemóc wszystko ten człowiek wartościowy, obowiązkowy i zdolny lekarz. Kiedy po niejakim czasie już jako „Regimentsarzt" znalazł się w Zadarze, stolicy Dalmacji, opanowawszy szybko język chorwacki i włoski, zdobył sobie jako lekarz szerokie uznanie i w sferach wojskowych i wśród ludności cywilnej; w szpitalu wojskowym kształci się niezmordowanie w chirurgji, zjednując sobie równocześnie społeczeństwo tamtejsze doskonałemi zaletami towarzyskiej natury, do czego dopomaga mu gorące umiłowanie muzyki i cudowny zaiste Jego głas. Na naszych dziesięcioletnich zjazdach krakowskich widzieliśmy naszego „Zdziśka" postępującego coraz wyżej w hierarchji wojskowej i zjawiającego się z coraz to innych miejscowości, dokąd był przenoszony zanim po latach blisko dwudziestu ujrzeliśmy Go w randze „Oberstabsarzta I Klasse", co odpowiadało randze pułkownika — w Krakowie, jako szefa oddziału chirurgicznego w szpitalu wojskowym na Wawelu. Nie było kresu Jego radości, że po tylu latach tułaczej włóczęgi, powrócił na ziemię rodzinną. Niedługo jednak trwała owa radość. Pracami swemi z zakresu chirurgji wojskowej i wojskowych urządzeń sanitarnych, całą wreszcie swoją działalnością lekarską, zmuszał do zwracania na siebie uwagi, nic dziwnego przeto, że po krótkim pobycie w Krakowie zostaje wezwany do objęcia we Wiedniu prezesury komitetu sanitarnego, założonego w celu kształcenia lekarzy wojskowych w armji austrjackiej i do objęcia wykładów chirurgji polowej. Na tem stanowisku otrzymuje rangę generalską i z chwilą wybuchu wojny światowej już jako „Generalarzt" naznaczony zostaje na stanowisko naczelnego lekarza armji generała Auffenberga, operującej przeciwko Rosji. Nie mam danych do oceny działalności sanitarnej ś. p. Z. Hordyńskiego jako szefa przy armji, cofającej się wśród ciągłych walk aż po Kraków, uważam jednak za wskazane podkreślenie faktu, w którego świetle ukazał się raz jeszcze wcałej pełni nietylko jako człowiek i obowiązkowy lekarz, lecz i jako Polak, co swą przynależność narodową zaświadcza. Kiedy w kwietniu 1915 r., bawiłem, odcięty od Lwowa, w Zakopanem, spotkałem tam niespodzianie Hordyńskiego obok dzisiejszego Sanatorjum Czerwonego Krzyża, zamienionego wówna szpital wojskowy, zapełniony w przeważnej części przez Polaków, żołnierzy legjonowych.

Rzekł mi wtedy generał Hordyński:

— Jestem przy głównym sztabie armji w ciągłych podróżach, bacznie pilnując, aby żołnierz, chory czy ranny, miał pomoc i opiekę, jakiej mu tylko udzielić można. Dostrzegłem, że żołnierze legjonowi traktowani są jako materjał drugorzędny. Pozwolić na to żadną miarą nie mogę i zwracam w tym kierunku pilną uwagę, a ponieważ w szpitalu w Zakopanem leżą przeważnie żołnierze legjonowi, przyjechałem tu na lustrację i dokonywam jej od wczoraj.

Oto znów inny rys charakteru tego człowieka:

Przebywał w Zakopanem przez dwa dni, nie mając ani jednej wolnej chwili śpieszył bowiem dalej, gdyż był to jak wiadomo czas gorączkowy przed przełomową bitwą pod Gorlicami. Zdołaliśmy jednak znaleść chwilę dla siebie. Nie lubił rozmowy o wojnie, o jej wynikach i o naszej przyszłości, została mi jednak w pamięci jedna rozmowa. Na moje pytanie, jak długo wojna trwać może, odrzekł, że: „długo, dla mnie jednak skończy się prędko". Do zagadkowej tej odpowiedzi, następujący dodał komentarz:

— Ustąpił (czy też umarł, — nie pamiętam), naczelny szef sanitarny całej armji austrjackiej; wedle rangi, kwalifikacji i przyjętych norm, ja powinienem otrzymać tę nominację, wątpię jednak, aby na to stanowisko powołano Polaka; jeśli się tak stanie, nie pozostanie mi nic innego, jak wyciągnięcie konsekwencji z takiego braku zaufania i w myśl przyjętych zwyczajów wniesienie podania o zwolnienie i przeniesienie mnie w stan spoczynku.

Stało się wedle przepowiedni; po Gorlicach i ustąpieniu Rosjan ze Lwowa, niedługo po moim tam powrocie, zjawił się i generał Hordyński już jako emeryt. Przywiodła go tam miłość rodziny, w której gronie, sam ciągły tułacz swego rodzinnego gniazda pozbawiony, zapragnął spędzić resztę życia. Urzeczywistnił w tym czasie dawne swoje pragnienie, aby złożyć w darze Muzeum Narodowemu w Krakowie swoje cenne zbiory wschodnich zbroji i tkanin. Gromadził je skrzętnie przez całe życie i teraz mimo wojny zdołał je sprowadzić do Krakowa.

Po pierwszem oswobodzeniu Lwowa, 22 listopada 1918 r., wezwany przez gen. Rozwadowskiego, staje na czele sanitarnego kierownictwa tworzącej się armji dla obrony Lwowa, a już w grudniu tego roku przenosi się do Warszawy, wezwany do objęcia szefostwa departamentu sanitarnego M. S. Wojsk., tworzącej się naszej armji. Trzeba było widzieć tę jego radość i dumę, że może ukochanej Ojczyźnie oddać to, co zdobył ciężką pracą swojego życia i służyć Jej ogromnem doświadczeniem, zdobytem z czasu pokoju i wojny. Na to stanowisko nie można było znaleść godniejszego człowieka ani świetniejszego fachowca; nikt Go nie mógł przewyższyć w miłości Ojczyzny a za wzór Go można było stawiać jako człowieka i lekarza. Przez zrządzenie losów znaleźliśmy się razem w Warszawie. Radowaliśmy się wspomnieniami czasów uniwersyteckich, snując je albo we wspólnym pokoju hotelowym, albo w separatce kliniki, którą urządzałem i w której w braku mieszkania mieszkałem. Zajęci obydwaj nigdy nie kończącą się pracą, znachodziliśmy rzadko takie chwile, te dobre chwile zwierzeń, omawiania planów, postępów, trosk i kłopotów.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ś. p. Hordyński, jako pierwszy organizator służby sanitarnej armji polskiej, położył zasługi niespożyte, rzuciwszy fundamenty pod dzisiejszy jej ustrój. Nie dbając o niczyje względy, starał się o dobranie do korpusu sanitarnego sił najlepszych, bo nawet najlepsi byli dla niego dopiero dobrzy. Przeszedłszy sam niejedno upokorzenie w czasie służby w armji austrjackiej, nie zapomniał o tem, by dla lekarza wojskowego wywalczyć stanowisko równorzędne z innemi rodzajami broni. Sam bardzo wykształcony dbał o podniesienie naukowej wartości wojskowego lekarza armji polskiej, przyczyniając się do utworzenia odpowiedniej wojskowej instytucji naukowej, powołując na jej przewodniczącego człowieka tej miary, jakim był ś. p. b. prof. Uniw. lwowsk. pułk. dr. Dmochowski; gorącego wreszcie orędownika miało w nim świeżo założone pismo naukowe: „Lekarz wojskowy polski".

Zmierzając prostą drogą do wytkniętego celu pozostał takim jakim był zawsze; osobę swoją usuwał na plan ostatni, a nie ustępował nigdy tam, gdzie widział, że byłoby to ze szkodą sprawy. Nic dziwnego, że wśród naszych nieskrystalizowanych warunków napotkał trudności, których przezwyciężyć nie mógł, obejście ich zaś nie leżało w naturze twardego tego charakteru. Wolał ustąpić z głębokim żalem, którego nie okazał, ustępując z armji zaborczej.

Z sercem, tego żalu pełnem, powrócił do Lwowa, gdzie złamany i przejściami i chorobą, nurtującą Go w dwóch latach ostatnich, dokonał Swojego poczciwego a tak bardzo zasłużonego żywota, zostawiając w głębokim smutku tych, co Go bliżej znali, wysoko cenili i szczerze kochali.

Antoni Gluziński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podaje do wiadomości, że jest do nadania stypendjum firmy P. Famela w Paryżu w wysokości 5.000 fr. fran. w celu umożliwienia lekarzom polskim studjów naukowych w Zakładach i Klinikach w Paryżu ze zwrotem kosztów podróży. Lekarze ubiegający się o to stypendjum muszą biegle władać językiem francuskim i winni złożyć w *Dziekanacie Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego* podanie z następującemi załącznikami: a) curriculum vitae, zawierające przebieg dotychczasowej pracy lekarskiej kandydata; b) program projektowanej pracy w Klinikach Paryża; c) zobowiązanie przedłożenia szczegółowego sprawozdania z wyników studjów w Paryżu; d) odbitki prac naukowych. Termin składania podań do dnia 10 marca 1929 r.

Tow. Neurologiczne Warszawskie pragnąc przyczynić się do zbliżenia i żywszej wymiany myśli neurologów polskich, urządza w dniu 24 marca 1929 (w niedzielę) swe zebranie doroczne na które ma zaszczyt niniejszem prosić.

Posiedzenia odbywać się będą w sali posiedzeń Tow. Naukowego ul. Śniadeckich 8 o godzinie 9½ rano i o 3 po południu. Porządek dzienny: 1) Mackiewicz: O glejakach. — 2) Bregman: O zaburzeniach w układzie nerwowym ośrodkowym w związku z zaburzeniami w gruczołach dokrewnych. Tow. Neurologiczne Warszawskie prosi uprzejmie zgłaszać swój ewentualny udział w dyskusji na ręce przewodniczącego Tow. Dr. Bregmana (ul. Moniuszki 11).

W dniu poprzedzającym zebranie doroczne t. j. 23 marca 1929. (w sobotę), odbędzie się w tymże lokalu o godzinie 8½ zwykłe Posiedzenie Tow. Neurologicznego z pokazami chorych.

Konkurs fotograficzny dwutygodnika „Dziecko i Matka". Niejednokrotnie poruszano na łamach „Dziecka i Matki" sprawę fotografowania dzieci. Zawsze kładziono nacisk na unikanie specjalnego pozowania (co daje dobre rezultaty tylko przy współudziale artysty - fotografa) i obieranie za temat charakterystycznych momentów z życia dziecka. Warunkom tym najlepiej odpowiada fotografja amatorska. Dla zachęcenia więc rodziców do robienia zdjęć rodzajowych, Redakcja „Dziecka i Matki" ogłasza konkurs fotograficzny na serję, złożoną z 6-ciu zdjęć amatorskich, najlepiej odzwierciedlających codzienne życie dziecka. Zdjęcia powiny być wyraźne, „ostre" i na błyszczącym papierze. Tematy najzupełniej dowolne: dziecko może być fotografowane przy jedzeniu, myciu, zabawie, na tle przyrody, w otoczeniu rówieśników i t. p. Ostatni termin nadsyłania fotografij: 1-szy października 1929 r. Niezależnie od wyników konkursu, Redakcja zastrzega sobie prawo umieszczania w każdym terminie nadsyłanych fotografij na łamach pisma. Serje nagrodzone zostaną zreprodukowane w całości w jednym z październikowych lub listopadowych numerów, z podaniem poszczególnych motywów nagrodzenia. Koperta z nadsyłanemi zdjęciami musi być adresowana: Redakcja „Dziecka i Matki„ — Warszawa, Pl. Zamkowy 99, z napisem „Konkurs fotograficzny", musi zawierać kupon z numeru 2-go „Dziecka i Matki". Wszystkie fotografje z jednej serji powinny mieć na odwrotnej stronie godło lub nazwisko biorącego udział w konkursie. Pierwszą nagrodę stanowić będzie ubranko lub sukienka dla dziecka do lat siedmiu, podług wskazanego wieku i miary. Druga nagroda: dziesięć książek dziecinnych. Trzecia nagroda: roczna prenumerata „Dziecka i Matki".

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jak najszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimatoterapji pilskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. W środę 27 lutego, godz. 20,30: Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów): Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych. Na odczyt ten byli zaproszeni uczestnicy Walnego Zjazdu Uzdrowisk Polskich. — W piątek 8 marca, godz. 20,30: Dr. med. Władysław Podsoński (Lwów - Lubień Wielki):Lubień Wielki zdrój siarczany i znaczenie siarki w organizmie.

Lwów.

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1929. Nakładem Księgarni Nowości we Lwowie wyszedł świeżo z druku czwarty rocznik tego wydawnictwa. Pod forma kalendarza obejmuje ono podręcznik, zawierający krótko zebrane najważniejsze wiadomości, jakich lekarz praktykujący na prowincji potrzebuje na każdym kroku przy wykonywaniu praktyki lekarskiej. W szczególności zawiera ten kalendarz następujące działy: Klimato i balneoterapja, zdrojowiska polskie i zagraniczne, uzdrowiska polskie, kąpiele lecznicze, kąpiele słoneczne, leczenie światłem elektrycznem, leczenie lampą kwarcową, leczenie sztucznem światłem, leczenie promieniami Roentgena, leczenie radem, diatermja, djetetyka, najważniejsze środki odżywcze, wartości kaloryczne najważniejszych pokarmów oseska, ciężar i wzrost zdrowego dziecka, wiek, wzrost i waga dziecka, prawidłowe ząbkowanie, najczęstsze zabiegi lekarskie, pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, oznaczanie refrakcji oka, zatrucia, kosmetyki, proteinoterapja, surowice i szczepionki, badania laboratoryjne, obrazy hematologiczne, analiza krwi, okresy wylęgania i zaraźliwości chorób zakaźnych, okresy ciąży, sekcja sądowo - lekarska, protokół sekcji, znamiona śmierci gwałtaownej, visa et reperta, ustawa o praktyce lekarskiej, tabela dawek, alfabetyczny spis ważniejszych leków i t. p.

Poznań.

Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska. Dnia 10 u. m. odbyło się w Poznaniu przy udziale 30 członków doroczne zebranie Rady Izby Lekarskiej Poznańsko - Pomorskiej. Na posiedzeniu tem dokonano wyboru Zarządu na trzyletnią kadencję w skład którego weszli pp. prof. Gantkowski z Poznania jako naczelnik, dr. Krysiewicz z Poznania i dr. Steinborn z Torunia jako zastępcy naczelnika, dr. Wieleński z Poznania jako pisarz, dr. Matuszewski z Poznania jako skarbnik, dr. Dymiński, Jagielski i Rabski z Poznania oraz Dubisk z Ostrowa jako członkowie Zarządu.

Między innemi zajmowała się Rada Izby Lekarskiej P. P. sprawą obecnego zatargu między Związkiem Lekarzy Z. P. a Kasami Chorych na terenie Izby Lekarskiej P. P.

Po wysłuchaniu referatu o genezie zatargu i obecnej jego fazie, Rada Izby Lekarskiej P. P. powzięła następującą uchwałę:

Rada Izby Lekarskiej P. P. uważa, że podstawę racjonalnego lecznictwa stanowi wolny wybór lekarza przy systemie gabinetowym. Zmiana tego systemu na system ambulatoryjny musiałaby w naszych warunkach z natury rzeczy ograniczyć wolny wybór lekarza i wpłynąć ujemnie na poziom lecznictwa przez zmechanizowanie pracy lekarskiej i przez usunięcie szlachetnej konkurencji między lekarzami jako nieodzownego warunku postępu nauki lekarskiej.

Ubezpieczeni w Kasach Chorych winni pozatem mieć możność korzystania ze wszystkich zakładów leczniczych i pobierania lekarstw ze wszystkich aptek. Rozwój lecznictwa winien iść w kierunku budowania szpitali i sanatorjów, których brak daje się we znaki ubezpieczonym w Kasach Chorych obu województw.

Wobec tego, że postulaty Związku Lekarzy Z. P. mają przedewszystkiem na oku dobro ubezpieczonych, Rada Izby Lekarskiej P. P. uważa stanowisko Związku Lekarzy Z. P. w obecnym zatargu za słuszne i zwraca się z apelem do miarodajnych czynników, by dążyły do zlikwidowania zatargu tego w interesie dobra publicznego w jaknajkrótszym czasie.

Rada Izby Lekarskiej P. P. potępia postępowanie tych nielicznych jednostek z pośród lekarzy, którzy w obecnym zatargu dla korzyści materjalnych podcinają byt swych kolegów i uchybiają tem samem etyce lekarskiej, która była, jest i być musi podstawą życia lekarskiego ku dobru zdrowia publicznego oraz ładu i porządku w lecznictwie.

Wilno.

Dnia 12 grudnia 1928 r. odbyły się w Wileńskiem Towarzystwie Lekarskiem wybory, z których wyszli: 1. Jako prezes: Prof. J. Szmurło, 2. Jako wiceprezesi: Gen. Dr. L. Klott i Dr. S. Lewande, 3. Jako sekretarze doroczni: Dr. E. Czarnecki i Dr. T. Wąsowski, 4. Jako skarbnik: Dr. W. Bądzyński, 5. Jako bibljotekarz: Dr. A. Safarewicz. Do komisji rewizyjnej wybrano Drów: W. Bujalskiego, A. Wirszubskiego i Z. Zawadzkiego.

Dnia 15 grudnia zwyczajem uświęconym kilkuletnią już tradycją, odbyło się uroczyste ślubowanie tegorocznych absolwentów wydziału lekarskiego w liczbie 113. Po krótkich przemówieniach J. Magnif. X. Rektora, dziekana, który swojego czasu przyjmował dany kurs na wydział lekarski, oraz dziekana obecnego i wykonaniu ślubowania przez absolwentów starosta XVI trymestru złożył na ręce starosty V kursu ustanowioną swojego czasu rotę przysięgi poczem absolwenci podejmowali profesorów i inne zaproszone osoby w Ognisku akademickiem. Jak zwykle tak i teraz panował na tej uroczystości, nastrój serdeczny i swobodny.

Nr. 11. 17. marca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

Praca niniejsza jest sprawozdaniem z wykonanych przez nas w ciągu kilku lat doświadczeń na 237 zwierzętach nad sposobami otrzymywania surowic precypitacyjnych. Doświadczenia nasze miały, poza sprawdzeniem sposobów dotychczasowych, przedewszystkiem odpowiedzieć na pytanie, wiele razy, w jakiej ilości, w jakich odstępach czasu, w jakim stopniu skupienia należy podać wywoływacz, aby otrzymać jakościowo i ilościowo najlepsze przeciwciała, dalej jaki zachodzi stosunek między ilością podanego wywoływacza a nasileniem samego odczynu precypitacyjnego, wreszcie miały one pozwolić na podstawie uzyskanych wyników wypracować własny sposób.

Jako materjału doświadczalnego zwierzęcego używaliśmy wyłącznie królików, przeważnie z ras pospolitych. Króliki uodparniano zawsze tylko surowicą, z wyjątkiem jednej tylko grupy doświadczeń, w której użyto hemoglobiny, a to celem otrzymania erytroprecypityn.

Surowicę ludzką otrzymywano bądźto z krwi pępowinowej lub z upustów krwi, dokonywanych u ludzi zdrowych, bądź też (rzadziej) brano zlewki surowic, używanych do odczynu Wassermanna. Surowice o ile możności przechowywano jałowo lub dodawano do nich celem konserwowania 0.25 do 0.5% rozczynu fenolu w 0.85% NaCl.

Surowice zwierzęce, a mianowicie bydlęcą, świńską i końską pobierano z krwi zwierząt zabijanych w rzeźni w sposób możliwie jałowy i przechowywano je jałowo lub z dodatkiem fenolu. Do wstrzykiwań używano surowicy unieczynnionej przez trzymanie jej przez kilka dni w ciepłocie pokoju.

Surowice wstrzykiwano w zgęszczeniu i w stanie, w jakim otrzymano je z krwi. Jedynie w razie wykonywania wstrzyknięć małych dawek od 0.1—0.2 cm^3 rozcieńczano surowicę rozczynem fizjologicznym soli kuchennej w stosunku 1 : 10, lub 1 : 5, a to dla otrzymania większej ilości płynu, celem dokładnego wstrzyknięcia. Do wstrzykiwań śródotrzewnowych używano surowicy rozcieńczonej do 50% rozczynem 0.85% NaCl. Jedynie przy powtarzaniu i zmienianiu doświadczeń Fujiwary ścinano surowicę w sposób przez tego autora podany.

Stosowaliśmy tylko wstrzykiwania śródżylne i śródotrzewnowe. W przeważającej ilości przypadków wstrzykiwano śródżylnie, a tylko gdy chodziło o uniknięcie wstrząsu nadwrażliwościowego używano czasem jako środka zapobiegawczego wstrzyknięć śródotrzewnowych. Zwykle jednak (szczególniej w późniejszych doświadczeniach) celem uniknięcia śmiertelnego wstrząsu podawaliśmy śródżylnie w godzinę przed właściwą dawką 0.1—0.2 cm^3 surowicy rozcieńczonej 5—10-krotnie 0.85% NaCl i w ten sposób uniknęliśmy w 100% strat zwierząt z powodu śmiertelnych wstrząsów.

Wstrzykiwań śródżylnych dokonywaliśmy tylko do żył usznych królika, co nie napotyka przy pewnej wprawie na żadne trudności. Powinno się tylko unikać wylewów podskórnych surowicy, a zwłaszcza gdy zwierzęta są już na dane białko uczulone ze względu na łatwo powstające martwice. We wszystkich naszych licznych doświadczeniach nie zauważyliśmy jednak nigdy martwicy nawet w razie przypadkowego wylewu podskórnego. Przy odpowiednich ostrożnościach i nakłuwaniu żył najpierw na obwodzie ucha, a później dopiero zbliżając się ku podstawie ucha, można było wykonać bardzo wiele wstrzyknięć. W doświadczeniach naszych wykonaliśmy niejednokrotnie kilkadziesiąt wstrzykiwań i upustów krwi z naczyń usznych, posiadając mimo to możność dalszego jeszcze wstrzykiwania do żył usznych.

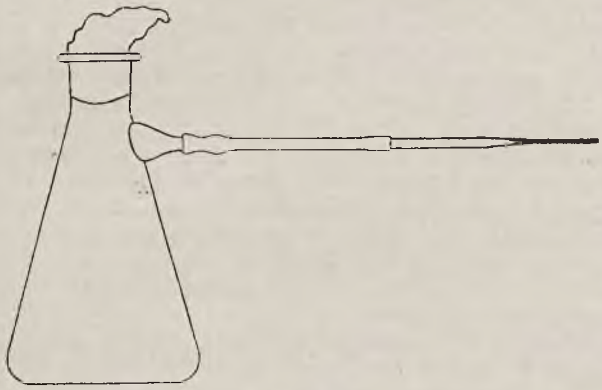
Wstrzykiwań śródotrzewnowych, ze względu na trudniejszą technikę i niebezpieczeństwo wywołania zapalenia otrzewnej, dokonywaliśmy w tych przypadkach, gdzie zależało na powolnem chłonieniu materjału wstrzykniętego celem uniknięcia śmiertelnego wstrząsu nadwrażliwościowego. Ale i wówczas nie można mieć zupełnej pewności, że królik nie padnie wśród objawów wstrząsu przewlekłego, co jednak zdarza się bardzo rzadko. Uhlenhuth poleca wykonanie wstrzykiwań śródotrzewnowych przy pionowem ułożeniu zwierzęcia głową ku dołowi, bo wówczas opuszczają się wnętrzności i dolna część brzucha nadaje się do wstrzyknięcia. Autor ten poleca wycięcie małego skrawka skóry w miejscu wkłucia i użycie tępej igły. Jednak doświadczenia nasze, a także Pfeiffera, wskazują, że wygodniej jest wykonywać wstrzykiwania śródotrzewnowe u zwierzęcia leżącego na grzbiecie i że nie należy wycinać skóry, bo tylko niepotrzebnie kaleczy się królika. Również użycie tępej igły nie wydaje się nam korzystne, a utrudnia tylko przebicie powłok skórnych i mięśniowych. My wykonywaliśmy wstrzykiwania śródotrzewnowe z powodzeniem w sposób następujący: Królika umieszcza się na grzbiecie nie bardzo go rozciągając. Po wygoleniu i odkażeniu skóry w miejscu wstrzyknięcia przykłada się zwykłą igłę do skóry lekko ją nakłuwając. Wówczas królik odruchowo napina powłoki obrzuszne, tak, że wystarczy tylko szybkie pchnięcie strzykawki, aby się dostać do jamy otrzewnowej. Przy wykonywaniu w powyższy sposób wstrzykiwań śródotrzewnowych nie straciliśmy ani jednego królika.

Krew do mianowania próbnego pobieraliśmy stale w doświadczeniach naszych z żył usznych królików, które trzymano celem uniknięcia opalizacji surowicy przez 24 godzin przed upustem na zupełnym poście, albo za pomocą strzykawki, albo (o ile chodziło o szybkie i w większej ilości pobranie krwi) nacinaliśmy nożyczkami brzeg ucha i ściekającą krew zbierali do jałowych naczyń wirówkowych. Krwawienie tamowano przez ucisk, a gdy ono po kilku minutach nie ustawało, przypiekano delikatnie miejsce krwawiące. Przy przypiekaniu króliki nie reagowały, a ranka goiła się zawsze per primam.

Po odwirowaniu surowicy badano jej wartościowość i swoistość według metody Uhlenhutha i Beumera, t. zn. że odpowiednie rozcieńczenia surowicy homologicznej względnie heterologicznej rozlewano do wąskich probówek i po wstawieniu do podstawki z ciemnem, przesuwalnem tłem dolewano surowicy precypitacyjnej w ten sposób, aby ściekała bez mieszania się z antygenem na dno probówki, a z siły i szybkości powstawania pierścieni i strątów w miejscu zetknięcia się wywołacza z surowicą odczytywano miano surowicy. Badanie wartościowości surowic wykonywano od rozcieńczenia 1 : 10 surowicy homologicznej i zwykle tak daleko postępowano z rozcieńczeniem antygenu jak daleko sięgało miano surowicy. Badanie swoistości wykonywano w rozcieńczeniach surowic heterologicznych 1 : 10, 1 : 100 i 1 : 1000. Wyniki odczytywano od nastawienia odczynu do 20 minut. Jeżeli odczytanie nastąpiło w innym czasie jest to zaznaczone w protokole.

Z chwilą gdy surowica posiadała żądane miano i okazała się swoista, pobierano większą ilość krwi lub skrwawiano całkowicie zwierzę. Częściowe upusty krwi wykonywano zwykle zapomocą nakłucia serca. Mimo dość niebezpiecznego tego zabiegu padły nam przy nakłuciu serca tylko dwa króliki, zaś przeszło sto nakłuć serca wykonano zupełnie bez szkody dla zwierzęcia, a niejednokrotnie powtarzano nakłucia 2—3 razy u tego samego królika. Przy pobieraniu krwi w ten sposób można było najłatwiej przechowywać surowicę przez czas dłuższy bez dodawania do niej jakichkolwiek środków przeciwgnilnych. Ze sposobów skrwawienia całkowitego okazało się najlepszem pod każdym względem skrwawienie z tętnicy szyjnej w sposób następujący. Po wystrzyżeniu włosów i odkażeniu skóry na szyi królika, przecinano powłoki skórne, mięśnie i odpreparowywano tętnicę. Po zaciśnięciu z obu stron odpreparowanego odcinka tętnicy zaciskadłami, nacinano w środku jej ścianę i po wprowadzeniu przewężonej i obtopionej szklanej rurki włosowatej odpowiednich wymiarów i po podwiązaniu tejże w tętnicy, otwierano zaciskadło na tętnicy od strony serca i krew w sposób jałowy spływała przez rurkę do połączonej z nią zapomocą węża gumowego małej kolbki Erlenmayer'owskiej z odgałęzieniem z boku (porówn. Ryc. 1.). Po odstaniu się surowicy, odciągano ją do probówek jałowych, skąd po zupełnem opadnięciu krwinek rozlewano surowicę do ampułek, a te zatapiano.

Oprócz tych mniej lub więcej ogólnie przyjętych szczegółów technicznych posiada przedewszystkiem przy uzyskiwaniu wysokowartościowych i swoistych surowic precypitacyjnych zasadnicze znaczenie sposób uodporniania zwierząt. Sposobów tych i ich odmian, wprowadzających jednak po większej części tylko mało znaczne zmiany jest bardzo wiele. To też zwrócimy uwagę jedynie na te sposoby, które wprowadzają jakieś bardziej zasadnicze zmiany, ponieważ one stały się punktem wyjścia naszych własnych badań.



Ryc. 1.

Za sposób klasyczny uzyskiwania precypityn należy uznać sposób, opracowany przez U h l e n h u t h a i licznych jego współpracowników, tudzież pokrewny mu N u t t a l a i liczne tych sposobów odmiany. Według U h l e n h u t h a należy wstrzykiwać śródżylnie po 1—3 cm^3 surowicy unieczynnionej w odstępach mniej więcej tygodniowych. Wstrzyknięcia należy powtórzyć 3—4 razy. Dalsze uodpornianie wpływa mało na miano surowicy. W razie odpowiedniego miana surowicy należy skrwawić królika, a uzyskaną surowicę przechowywać jałowo w ciemności. Jak wspomniano, podano cały szereg odmian, a nawet sam U h l e n h u t h w rozmaitych wydaniach swej techniki otrzymywania precypityn dla celów sądowo-lekarskich wprowadza małe odmiany.

Podczas gdy powyższy sposób uodporniania rozciąga się na cały szereg tygodni, podali F o r n e t i M ü l l e r t. zw. szybką metodę, polegającą na podawaniu śródotrzewnowem przez 3, po sobie następujące dni zwiększających się ilości wywoływacza t. j. 5, 10 i 15 cm^3 i na skrwawieniu królika 12-tego dnia po ostatniem wstrzyknięciu. Sposób ten znalazł potwierdzenie u niektórych autorów (B o n h o f f i T s u z u k i, G a y i F i t z e g e r a l d, H e c t o e n), ale także i wielu przeciwników (U h l e n h u t h, T r o m m s d o r f, D o l d, D i k o f f, H. P f e i f f e r i inni), którzy się spotykali z wynikami ujemnemi i ze znaczną utratą zwierząt.

Prawie równocześnie ogłosili w 1914 roku R a y s k y i niezależnie od niego R o č e k nową metodę, polegającą na uodpornianiu powtórnem. Najpierw następuje uodpornianie sposobem klasycznym, a po upływie dłuższego czasu, już po zupełnem zniknięciu precypityn z krwi zwierzęcia podają oni drugą serję wstrzyknięć. Według R a y s k y'ego, u zwierząt, które dały dobre surowice po pierwszem uodpornieniu, dokonuje się powtórnie po kilku miesiącach jednego wstrzyknięcia małej ilości (0,1—1,0 cm^3) wywoływacza i po 6 dniach otrzymuje się już bardzo silne precypityny.

R o č e k różni się o tyle od R a y s k y'ego, że po okresie przerwy podaje znacznie większą ilość wywoływacza. Otrzymuje on wprawdzie bardzo silne surowice, lecz duży odsetek zwierząt zapada na ciężkie ropienia po wstrzykiwaniach podskórnych lub ginie wskutek wstrząsu nadwrażliwościowego.

Zupełnie odrębny i nowy sposób podał japoński badacz F u j i w a r a. Jako wywoływacza do wstrzykiwań używa on ścięte przez gotowanie białko surowicy. Wstrzykiwań dokonuje 10 w małych odstępach czasu i małemi (0 02 g) dawkami. Wyniki otrzymuje bardzo dobre pod względem miana, jak i swoistości.

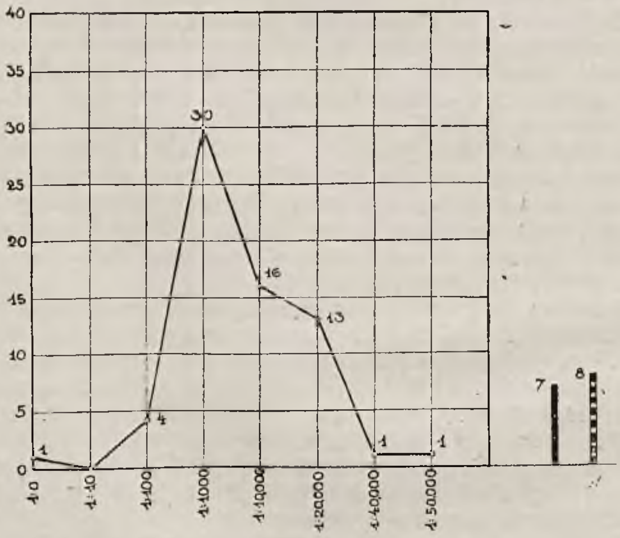
H. P f e i f f e r poleca sposób, który jest niejako połączeniem sposobu R a y s k y'ego oraz F o r n e t a - M ü l l e r a. Autor ten wykonuje trzy wstrzyknięcia śródżylne w odstępach jednodniowych po 1—2 cm^3 surowicy lub zgęszczonego wyciągu krwi. Po przerwie 6—10-dniowej wstrzykuje śródotrzewnowo w dwóch dniach po sobie następujących po 2 cm^3 surowicy, rozcieńczonej równą ilością 0 85% NaCl, a przez następne trzy dni wstrzykuje śródżylnie, jak na początku. Po 10—12 dniach pobiera krew, a uzyskane w ten sposób surowice mają być wysokowartościowe i ściśle swoiste.

Z innych sposobów wspomnieć należy o podanym przez dwu Amerykanów B u l l a i K i n g a, którzy wstrzykują królikom śródżylnie cztery razy po 5 cm^3 surowicy w odstępach co dwa dni, zaś w 9—12 dni po ostatniem wstrzyknięciu pobierają 50 cm^3 krwi, a w dwa dni później znowu 50 cm^3. Po przerwie tygodniowej następują ponownie wstrzyknięcia śródżylne i powtórne pobieranie krwi. Według wspomnianych autorów można w ten sposób uodporniać zwierzęta przez 5 seryj i pięciokrotnie na dwa zawody pobierać krew.

Wreszcie nową odmianę w uzyskiwaniu surowic precypitacyjnych wprowadza w swej metodzie S t a n d e n a t h, który przed szczepieniem królików stosuje zaczopowanie (blokadę) układu siateczkowo-śródbłonkowego tuszem, co ma wpływać na znaczne zwiększenie się ilości precypityn.

I. Grupa badań

zawiera doświadczenia na królikach, uodpornianych sposobem U h l e n h u t h a. W pierwszej serji doświadczeń, obejmującej 81 królików, uodporniano je czterokrotnie w odstępach tygodniowych dawkami 1 cm^3 surowicy na 1 kg wagi zwierzęcia (odmiana L e e r s a). Jeden królik nie dał zupełnie surowicy precypitującej nawet w rozcieńczeniu 1 : 10 białka homologicznego, cztery dały surowice o mianie 1 : 100, zaś przeważna ilość surowic miała miano nie dochodzące do 1 : 10.000. W miarę dalszego wzrostu miana surowic zmniejsza się ilość królików i miano ponad 1 : 10.000 osiąga już tylko 16 królików; prócz tego było: 13 królików o mianie surowicy 1 : 20.000, jeden królik o mianie surowicy 1 : 40.000, i wreszcie jeden królik o mianie 1 : 50.000. Podczas uodparniania padło siedm królików wśród objawów ostrego wstrząsu nadwrażliwościowego, zaś ośm królików z innych przyczyn.



Krzywa Nr. 1.

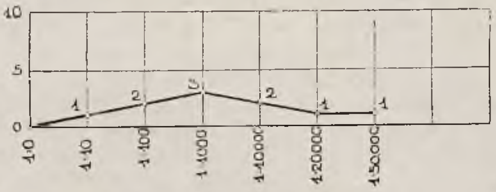
Słupek czarny oznacza zwierzęta padłe wskutek wstrząsu nadwrażliwościowego.
Słupek czarno-biały oznacza zwierzęta padłe z innych przyczyn.

Stosunki te przedstawia krzywa Nr. 1. Na jej osi poziomej jest oznaczone miano surowicy, zaś na osi pionowej ilość królików. Przeciętne miano surowic, uzyskanych tą metodą obliczone w sposób zwykły (po dodaniu mian wszystkich surowic dzieli się otrzymana liczbę przez ilość królików) wynosi 1 : 8 187.

Surowice precypitacyjne otrzymane sposobem klasycznym odznaczają się tem, że w niskich zgęszczeniach wywoływacza (1 : 10 do 1 : 1.000) prawie zawsze dają w przeciągu kilku minut grube, kłaczkowate strąty, opadające rychło na dno próbówki. W rozcieńczeniu 1 : 10.000 występują zwykle już tylko pierścienie, a w dalszych rozcieńczaniach wywoływacza zmniejsza się gwałtownie nasilenie precypitacji. Do szczegółu tego powrócimy jeszcze później.

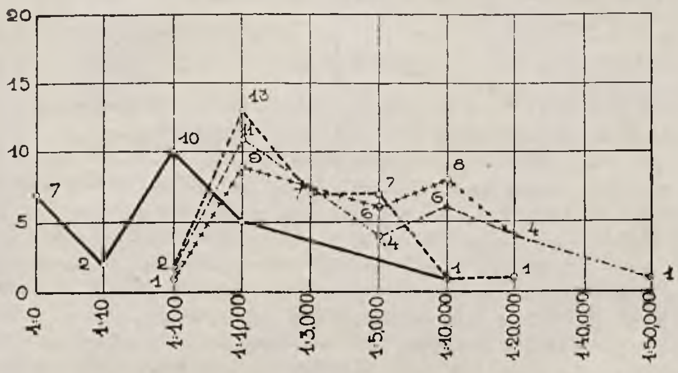
Dalszych 11 królików uodporniano tylko trzykrotnem wstrzykiwaniem. Wykonano je takiemi samemi ilościami surowicy i w takich samych odstępach czasu. Otrzymane wyniki potwierdzają w zupełności zdania autorów, że już po trzeciem wstrzyknięciu można uzyskać dobre precypityny. Na 11 królików cztery dały surowice o miano ponad 1 : 10 000. co dla tej metody uodporniania przedstawia wcale dobre wyniki. Jak widać na krzywej Nr. 2, posiada ona te same właściwości, co i krzywa Nr. 1, a jest tylko

znacznie więcej płaska, co należy odnieść do mniejszej ilości królików. Jeden królik padł z powodu wstrząsu nadwrażliwościowego. Charakter strątów taki sam, jak w poprzedniej serji królików. Przeciętne miano wyższe niż w poprzedniej serji, bo wynosi 1 : 9.321.



Krzywa Nr. 2.

Celem przekonania się, po którem wstrzyknięciu uzyskuje surowica wystarczające miano i celem stwierdzenia, jak się przedstawia powstawanie precypityn w stosunku do ilości wstrzyknięć, badano u 36 królików miano surowicy bezpośrednio przed każdem następnem wstrzyknięciem. Krzywa Nr. 3 daje wyobrażenie o stosunku ilości wstrzyknięć i czasu do powstawania precypityn przy uodpornianiu sposobem Uhlenhutha.



Krzywa Nr. 3.

Linja ciągła oznacza mianowanie po 1 wstrzyknięciu
Linja kreskowana oznacza mianowanie po 2 wstrzyknięciach
Linja krzyżykowa oznacza mianowanie po 3 wstrzyknięciach
Kropka - kreska oznacza mianowanie po 4 wstrzyknięciach

Jak z krzywej tej widać, prawa strona krzywej przesuwa się po każdej serji wstrzyknięć coraz więcej ku górze i najlepsze położenie zajmuje po trzeciem, a potem dopiero po czwartem wstrzyknięciu.

Miano przeciętne po I wstrzyknięciu wynosi 1 : 676
Miano przeciętne po II wstrzyknięciu wynosi 1 : 3.360
Miano przecietne po III wstrzyknięciu wynosi 1 : 9.589
Miano przeciętne po IV wstrzyknięciu wynosi 1 : 7.190.

A zatem surowice uzyskują już zupełnie silne miano po trzeciem wstrzyknięciu, zaś czwarte przyczynia się do podniesienia miana w bardzo małej ilości przypadków.

Dla przekonania się, jak wpływają wstrzykiwania powtarzane co tydzień przez dłuższy przeciąg czasu uodpornialiśmy jednego królika, stosując 11 wstrzyknięć śródżylnych i mianując surowice przed każdem następnem wstrzyknięciem. Przebieg wstrzyknięć i mianowań przedstawia wyciąg z protokołu doświadczenia:

Królik Nr. 102. Waga 2,550 g Wywoływacz: surowica ludzka dożylnie.

Wstrzyknięto:		Mianowano:	
Dnia	Ilość cm³	Dnia	uzyskano miano
4 VII	5		
11 VII	3	17 VII	1:1,000
18 VII	3	25 VII	1:10.000
26 VII	3	2 VIII	1:10,000
2 VIII	3	7 VIII	1:15,000
7 VIII	3	14 VIII	1:10,000
14 VIII	3,5	nie mianowano	
22 VIII	3,5	29 VIII	1:1,000
29 VIII	5	13 IX	1:5,000
14 IX	3,5	21 IX	1:5,000

Jak widać także z powyższego, miano surowicy po trzeciem wzgl. czwartem wstrzyknięciu osiągło już swój punkt najwyższy, a potem ulegając wahaniom znacznie opadło. To jedno doświadczenie potwierdza w zupełności badania Uhlenhutha i jego współpracowników, a także znajduje się w zgodności z wynikami przedstawionemi na krzywej Nr. 1.

II. Grupa badań.

Niektóre króliki, szczepione trzy lub czterokrotnie, a których z jakichkolwiek powodów nie skrwawiono (głównie z powodu niskiego miana surowic), pozostawiono w spoczynku i po pewnym czasie (od trzech tygodni do dwóch miesięcy) poddano drugiej serji wstrzyknięć, naogół podobnej do pierwszej. Króliki, które po pierwszej serji nie dały dobrych precypityn, po powtórnem uodpornieniu dały surowice znacznie silniejsze.

Jak już wspomniano, Rayski, a także Roček podali sposób, opierający się na uodpornianiu powtórnem. W naszych doświadczeniach z tej grupy, gdyby nie małe zmiany w ilości wstrzyknięć i surowicy przy uodpornianiu wtórnem, możnaby uważać króliki za uodpornione sposobem wspomnianych autorów.

W powyższy sposób uodporniano dziewięć królików, z tych sześć mianowano po pierwszej serji wstrzyknięć. Przeciętne miano po pierwszej serji wynosiło 1 : 2,500, zaś przeciętne miano po drugiej serji 1 : 11,333.

Jeżeli się zważy, że większość z tych królików dała po pierwszej serji wstrzyknięć precypityny dość słabe (1 : 1,000), to silne zwiększenie się miana po drugiej serji wstrzyknięć przemawia dobitnie za uodpornieniem powtórnem.

C. d. n.

A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Czynniki epidemjologiczne duru brzusznego w Warszawie *).

Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. st. Warszawy.

Epidemjologja duru brzusznego oraz sposoby jego zwalczania można uważać za dokładnie zbadane i ustalone w wyniku dużego doświadczenia lat ubiegłych. Wiemy obecnie dobrze, że napięcie oraz przebieg epidemji duru brzusznego w danem środowisku stanowi wskaźnik jego kultury sanitarnej. W miarę podnoszenia się jej poziomu maleją epidemje duru brzusznego — przykład mamy w miastach Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Mimo jednak stosowania wszelkich zabiegów, wskazanych przez inżynierję sanitarną, w każdem środowisku po spadku liczby zachorowań występują one nadal stale, aczkolwiek mniej licznie. Wynika to z faktu, że czynniki epidemjologiczne duru brzusznego w różnej mierze podlegać mogą planowej interwencji sanitarno-higjenicznej.

Warszawa stale daje liczne zachorowania durowe. Statystyka lat ostatnich wykazuje następujące liczby zachorowań, zarejestrowanych w Wydziale Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy:

1923 — 999
1924 — 1359
1925 — 1032
1926 — 1403
1927 — 1394

(w liczbach tych nie są wydzielone zachorowania paratyfusowe, co stanowi ujemną ich stronę).

Z liczb tych wynika, że dur brzuszny, traktowany nieomal jako zjawisko normalne, codzienne, wymaga o wiele większej uwagi, zainteresowania i wysiłków dla jego zwalczania, niż to się spostrzega.

Czynniki epidemjologiczne duru brzusznego, oraz sposoby jego zwalczania są obecnie powszechnie znane. Mówiąc o zabiegach z zakresu epidemjologji praktycznej w celu zwalczania duru brzusznego, mamy obficie do dyspozycji dane, dotyczące stosunków niemieckich, amerykańskich, francuskich i in. — brakuje nam natomiast własnego materjału. Czynniki te, prawda, wszędzie są zasadniczo identyczne, natomiast ich ustosunkowanie posiada indywidualne cechy na każdym terenie poszczególnym.

Tylko zdając sobie dokładnie sprawę z roli każdego czynnika poszczególnego, śledząc systematycznie jego stosunek do innych czynników z biegiem czasu oraz w wyniku stosowania odpowied-

*) Odczyt na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 18. XII. 1928 r.

nich zabiegów higjenicznych, można w zwalczaniu duru brzusznego iść naprzód systematycznie i planowo. Otóż tych danych, dotyczących poszczególnych czynników epidemjologicznych, my wogóle nie posiadamy; Warszawa nie stanowi pod tym względem wyjątku.

W ciągu ostatnich 3-ch lat pracownia bakterjologiczna Miejskiego Instytutu Higjenicznego gromadzi systematycznie takie materjały. Wynik dotychczasowych spostrzeżeń niżej przedstawiam. Nie obejmują one jeszcze całości zagadnienia, jednakże w stosunku do niektórych czynników zasadniczych dają już liczby ustalone.

Typów epidemjologicznych duru brzusznego mamy 2 — wodny i kontaktowy. Zachorowania durowe w Warszawie, występujące w ciągu roku, mają stale okres nasilenia jesiennego (sierpień — październik). Endemo-epidemiczne zachorowania w Warszawie, powodowane przez rozmaite czynniki, wymagają zróżniczkowania roli każdego z tych czynników. Każdą grupę czynników (wodnego i kontaktowego) rozpatrzymy osobno.

A) Czynnik wodny.

1) *Woda wodociągowa.* Wpływ zaprowadzenia wodociągów w Warszawie w r. 1886 wybitnie zaznaczył się obniżeniem liczby zgonów na dur brzuszny z 80,8 (pięciolecie 1882 — 1886) na 23,9 (1887 — 1891) na 100,000 ludności.

1892 — 1896	= 20,8	
1897 — 1901	= 16,5	
1902 — 1906	= 17,4	
1907 — 1911	= 18,3	
1912	= 16,9	na 100.000 ludności
1913	= 14,6	
1914	= 21,5	
1915	= 30,4	
1916	= 19,7	

W dalszym ciągu w związku ze stopniowem polepszaniem stanu sanitarno-higjenicznego Warszawy — liczba zgonów daje obniżenie:

w r. 1921	= 15,2	
1922	= 13,1	
1925	= 13,3	na 100.000 ludności
1926	= 16,5	
1927	= 17,0	

W ocenie sprawności instalacji, oczyszczających wodę — filtrów, należy zwrócić uwagę na stosunek liczby bakterji w 1 cm³ wody wodociągowej do liczby bakterji w 1 cm³ wody Wisły przed filtrowaniem. Liczby te ulegają pewnym wahaniom w rozmaitych porach roku; badania Miejskiego Instytutu Higjenicznego dają dla wody wodociągowej, przeważnie mniej niż 20 bakterji w 1 cm³, dla wody Wiślanej (na miejscu pobierania wody dla wodociągu) do 500 bakterji i tylko wyjątkowo wyżej (metodyka badania — agar słabo zasadowy). Odpowiada to stosunkowi 4 : 100.

Warszawa pod względem zaopatrzenia w wodę znajduje się obecnie w warunkach pomyślnych. Małe uprzemysłowienie i słabe zaludnienie brzegów Wisły bezpośrednio przed Warszawą dają wodę stosunkowo mało zanieczyszczoną.

Liczba bakterji w 1 cm³ wody wodociągowej, pozostając przeważnie mniejszą niż 20 (6 — 12 bakterji), tylko w badaniach pojedyńczych wyjątkowo przekracza 30 bakterji w 1 cm³; okres przyboru Wisły nie odbija się w sposób wyraźny na zawartości bakterji w wodzie wodociągowej.

Laseczki okrężnicowe w wodzie wodociągowej dawało się stwierdzić wyjątkowo rzadko: z 22 badań wykonanych — 1 raz w 800 cm³ i 1 raz w 100 cm³.

2) *Studnie.* W granicach wielkiej Warszawy mamy dotąd znaczną liczbę studzien. Tam gdzie wodociąg nie dosięga, studnia stanowi jedyne źródło zaopatrywania się w wodę. Badania bakterjologiczne i chemiczne wody studziennej, przeprowadzone w Miejskim Instytucie Higjenicznym, dały wyniki następujące: Z 327 studzien zbadanych w r. b. 277, t. j. 84,7% było niezdatnych do użytku pod względem bakterjologicznym lub chemicznym, albo też pod obydwoma względami jednocześnie (zawierały las. okrężnicową, dużą ilość azotanów, azotynów i t. d.); studzien dobrych mieliśmy tylko 50, co stanowi 15,3% studzien badanych.

Tak złe wyniki badania jakości wody studziennej stanowią wyraz nieodpowiedniej budowy studzien, oraz zanieczyszczenia wód gruntowych (zła izolacja, zanieczyszczenie z góry).

Woda studzienna niewątpliwie odgrywa rolę czynnika epidemjologicznego. Zanieczyszczenie wody studziennej stanowi jedno z ogniw kontaktowego zakażenia się durem brzusznym; występuje ono w wyniku złej budowy ustępów i braku zabezpieczenia studzien przed zanieczyszczeniem. Mimo że woda studzienna w szeregu przypadków stanowi niewątpliwie przyczynę zachorowań durowych, nie nadaje ona zachorowaniom tym typu epidemji wodnej, pod którą pojmujemy masowe zachorowania, występujące w wyniku dostarczenia przez wodociągi wody zakażonej.

3) *Lód* pośrednio stanowić może też źródło zakażenia durem brzusznym. Znaczna część używanego w Warszawie lodu, pochodzi z glinianek i stawów na przedmieściach Warszawy.

Stan tych zbiorników wody, na podstawie wyników badania próbek w Miejskim Instytucie Higjenicznym, przeważnie jest zły, w 55% mają wodę złą pod względem bakterjologicznym (miano las. okrężnicow. często w 0,1 cm³). Biorąc pod uwagę stan zbiorników, z których pochodzi lód, oraz warunki jego transportu, zgóry winniśmy uważać lód jako jeden z czynników (drugorzędnych) szerzenia się duru brzusznego. Lód, dodawany do produktów spożywczych, może je zakażać, również jak może zakażać produkty, przechowywane bezpośrednio na lodzie.

Reasumując rolę czynnika wodnego w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie, przychodzimy do wniosku, że: 1) woda wodociągowa pod tym względem nie posiada znaczenia; 2) studzienna nie zdatna do użytku w 84,7% przypadków badanych, stanowi niewątpliwy czynnik epidemjologiczny; 3) lód naturalny może odgrywać pewną rolę w szerzeniu się duru brzusznego.

B. Kontakt.

Kontaktowe zachorowania łączą się przedewszystkiem z rolą zakażającą chorego oraz nosicieli laseczek durowych.

a) Chory jako czynnik zakażenia kontaktowego nie odgrywa w naszych warunkach większej roli. Przedewszystkiem bardzo znaczny odsetek chorych obecnie jest umieszczany w szpitalach. Według danych Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy w roku 1926 87% chorych zostało umieszczonych w szpitalach, w roku 1927 87,8%. Chory więc w okresie najbardziej intensywnego wydzielania laseczek durowych z kałem i moczem jest eliminowany ze środowiska domowego. W momencie powrotu do domu (w 5 tygodniu choroby) już tylko znaczna mniejszość ozdrowieńców wydziela laseczniki durowe. Według danych Matthes'a i Neumann'a, Simon'a nie przekracza 17,5 — 9,3. Według Brion'a i Kayser'a 93% ozdrowieńców po 10 dniach bez gorączki nie wydzielają więcej laseczników durowych (dokładne piśmiennictwo u Dopter et Lavergne str. 314). W tym celu pożądane jest wypisywanie chorych ze szpitali po powtórnych ujemnych wynikach badania bakterjologicznego kału i moczu. Badanie to nie jest jeszcze obecnie wykonywane systematycznie i niewątpliwie część ozdrowieńców po powrocie do domu stanowi źródło zakażenia. Chory jednak nie odgrywa roli głównej, gdyż otoczenie w większej lub mniejszej mierze wystrzega się zakażenia. Rola propagandowa lekarza sanitarnego w tym względzie wiele może zdziałać i niewątpliwie już obecnie działa.

Dodać należy, że poza przypadkami klinicznie typowemi duru brzusznego, występować mogą, i zwłaszcza licznie w okresie powojennym występują, przypadki nietypowe spowodowane przez działanie szczepień ochronnych przeciwdurowych z okresu wojny.

Takie zachorowania nierozpoznane i nie unieszkodliwione odpowiedniemi zabiegami sanitarno-higjenicznemi, mogą odgrywać rolę czynnika kontaktowego.

Zasadniczo to samo da się powiedzieć o nietypowych zachorzeniach durowych wieku dziecięcego (Jonscher).

b) O wiele większą, aczkolwiek mniej widoczną, rolę odgrywają w kontaktowem szerzeniu się duru brzusznego *zdrowi nosiciele* laseczek durowych. Zakażenie kontaktowe durem brzusznym polega nie tyle może na bezpośredniem zetknięciu się nosiciela ze zdrowymi ile na zakażeniu pośredniem, bo czemże innem jak nie kontaktem pośrednim będzie zakażenie produktów spożywczych przez nosiciela (sprzedawcę, kucharza, kelnera i t. p.). Zakażenie się za pośrednictwem produktów spożywczych (mleka, chleba i innych) jest jednym z przejawów kontaktu pośredniego; zakażenie się przez brudne ustępy też jest zakażeniem kontaktowem.

Pojmując kontaktowe zakażenie w sposób zaznaczony, specjalnie wybitną rolę winniśmy przyznać nosicielstwu, jako czynnikowi zakażenia.

W chwili obecnej jesteśmy w posiadaniu danych charakteryzujących ilościowo częstość nosicielstwa laseczek durowych w Warszawie (Ławrynowicz, Piotrowska, Stankowska). Wykonane przez Miejski Instytut Higjeniczny badanie otoczenia chorych na dur brzuszny (podaję liczby uzupełnione do 1. XII. 1928 r.) dało na 5177 zbadanych 18 nosicieli co stanowi

0,35%. Zwykła metodyka badania obecności laseczników durowych z natury swojej często zawodzi. Dlatego też wyników jej nie możemy uważać za całkowicie miarodajne. Kontrolę danych powyższych stanowić mogą wyniki badania sekcyjnego żółci, metodycznie o wiele łatwiejsze i pewniejsze; badania te dokonane na materjale Zakładu Anatomji Patol. U. W. oraz prosektorjum Szpitala Przemienienia Pańskiego — dały na 987 zwłok zbadanych 5 razy laseczkę durową, co stanowi 0,5% przypadków badanych.

Biorąc jako podstawę odsetki powyższe winniśmy stwierdzić że w Warszawie mamy od 3,500 do 5000 nosicieli zdrowych. Przyjmując pod uwagę, że są to w przeważnej części kobiety $^3/_4$ stwierdzonych, żywicielki, zajmujące się gospodarstwem domowem, już w tym fakcie mamy wszelkie dane dla roli tych nosicieli nie tylko jako czynnika kontaktowego bezpośredniego, ale również i jako czynnika kontaktu pośredniego.

Podaję tylko dane liczbowe dotyczące Warszawy; nie zatrzymuję się świadomie nad całokształtem roli epidemjologicznej nosicielstwa laseczek duru brzusznego.

Niebezpieczeństwo nosiciela dla otoczenia łączy się ściśle z gęstością zaludnienia środowiska, w którem nosiciel przebywa. Im ściślejszy jest kontakt, tem więcej możliwości dla zakażenia bezpośredniego. W ten sposób szkodliwość i rolę epidemjologiczną nosicielstwa należy potraktować *pod kątem widzenia kwestji mieszkaniowej*. Rola nosiciela w różnych środowiskach będzie różna.

c) Produkty spożywcze jako czynnik epidemjologiczny w durze brzusznym oddawna mają rolę ustaloną.

W szeregu produktów spożywczych rolę podstawową odgrywa mleko i produkty mleczne. Mleko surowe spożywa się przeważnie w postaci mleka rynkowego. Warunki produkcji i sprzedaży mleka składają się na to, że mleko rynkowe, nie biorąc pod uwagę możliwych zafałszowań, pod względem bakterjologicznym bywa zwykle ogromnie zanieczyszczone. Dla przykładu przedstawię wyniki badania w Miejskim Instytucie Higjenicznym mleka rynkowego w Warszawie, charakterystyczne dla panujących u nas stosunków (Hryniewiczówna). Na podstawie badania 246 prób mleka stwierdzono, że w 95,6% przypadków mleko zawiera więcej niż 1,000.000 bakterji w 1 cm³, 75,5% prób badanych miało od 5 do 50 miljonów bakterji w 1 cm³, 5,9% — powyżej 50,000.000 bakterji. Liczby te charakteryzują stosunki higjeniczne produkcji i sprzedaży mleka. Jeśli ten stan mleka zestawimy z podanemi wyżej liczbami nosicieli w naszem otoczeniu (od 0,35 do 0,5% osób badanych), jeśli zgóry przyjmiemy, że część tych nosicieli pracuje w przemyśle mleczarskim, będziemy musieli mleku warszawskiemu przyznać niewątpliwie rolę czynnika poważnego w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie.

W mleku surowem, a w większym jeszcze stopniu w mleku kwaśnem, lasecz. durowa spotyka czynnik antagonistyczny w postaci licznych innych bakterji, jednocześnie występujących. Zwłaszcza można było spodziewać się energicznego działania antagonistycznego mikroflory mleka kwaśnego. Jak świadczą dokonane w Miejskim Instytucie Higjenicznym spostrzeżenia Z. Bohdanowiczówny (jeszcze nie ogłoszone) mleko kwaśne, nawet po 3-ch dobach, może jeszcze zawierać laseczniki durowe, a więc odgrywać rolę czynnika szerzenia się duru brzusznego.

Przypuszczać można, że również i inne postaci produktów mlecznych (naprzykład lody) winny też wchodzić w rachubę. Nie zamierzam zatrzymywać się na innych produktach spożywczych, posiadających mniejsze, w stosunku do mleka, znaczenie.

Lepszy lub gorszy stan sanitarno-higjeniczny miejsc sprzedaży produktów spożywczych i spożywania pokarmu (mleczarnie, kawiarnie i in.) warunkuje ich rolę w epidemjologji duru brzusznego. I tutaj też rola nosicieli-sprzedawców, kucharzy, kelnerów i in. zaznaczać się może w postaci wyjątkowo wyraźnej.

W celu zorjentowania się w roli epidemjologicznej stanu rąk sprzedawców, Miejski Instytut Higjeniczny przeprowadził spostrzeżenia nad częstością laseczki okrężnicowej na rękach sprzedawców. Nieogłoszone jeszcze materjały H. Dobrowolskiej i M. Hryniewiczówny (dokonane przeważnie w porze zimowej) dały wbrew oczekiwaniom, stosunkowo rzadko wynik dodatni badania.

Widzimy więc, że rola kontaktu w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie na podstawie danych powyższych przedstawia się zupełnie wyraźnie. Nosicielstwo osobników zdrowych, jako źródło kontaktu, rolę swoją wywierać może bezpośrednio jakoteż licznemi sposobami pośredniemi.

* * *

Jeśli teraz porównamy rolę czynnika wodnego z czynnikiem kontaktowym w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie winniśmy stwierdzić, że czynnik wodny odgrywa rolę znacznie mniejszą w stosunku do kontaktowego. Mówiąc o epidemjologji duru brzusznego w Warszawie nie wolno jedną miarą mierzyć objęte wspólną statystyką dzielnice wielkiej Warszawy. Bo Warszawa ma swoje śródmieście, stojące na poziomie wymagań sanitarno-higjenicznych, i swoje kresy-przedmieścia, pozbawione wodociągu i kanalizacji, zaledwo poczynające się dźwigać ze stanu dawnego zaniedbania. Obejmujące r. 1927 dane zachorowań w poszczególnych dzielnicach Warszawy, dają dla śródmieścia 12—14 zachorowań, najwyżej 18 na 10.000, gdy jednocześnie dzielnice podmiejskie do 27 na 10.000. Aczkolwiek zasadniczo te same czynniki działają w obu przypadkach, to jednakże ich ustosunkowanie wzajemne jest różne. Jeśli w śródmieściu nie odgrywa roli czynnik wodny, małą rolę odgrywają niehigjeniczne ustępy, a zasadniczą kontakt i zakażone produkty spożywcze, to na przedmieściach podstawowe znaczenie ma stan studzien i ustępów (tylko 15,7% dobrych, reszta 84,3% nieodpowiada wymaganiom sanitarnym — Mężyński), równorzędne kontakt i produkty spożywcze.

Endemiczny dur brzuszny w Warszawie zasadniczo ma typ kontaktowy. Nasilenie epidemji, zgodnie z ogólnie ustalonym dla duru brzusznego schematem, przypada na sierpień — październik. Stopniowe wznoszenie się i opadanie fali zachorowań, związane jest z szeregiem czynników rozmaitych.

Nie poruszając głębiej sprawy sezonowości epidemji poszczególnych chorób zakaźnych, zaznaczyć trzeba, że sezonowość ta stanowić może wyraz swoistych wahań stanu odporności ustroju na działanie czynnika chorobowego. Jest to dział patogenezy chorób zakaźnych mało jeszcze znany i zbadany, wymagający dalszej analizy działania czynników klimatycznych i meteorologicznych na stan odporności. Wiemy przecież, że choroby epidemiczne podzielić można na letnio-jesienne *(aestivo-automnales)* i zimowo-wiosenne *(hiberno-vernales)*.

Pozatem na jesienne nasilenia duru brzusznego składają się inne czynniki, jak częstsze wogóle ostre zachorowania żołądkowo-jelitowe w okresie jesiennym, większe spożywanie rozmaitych produktów, ewentualnie zakażonych, stanowiących zwykle możliwe źródło zakażenia durem brzusznym (napojów chłodzących, lodów, produktów mlecznych, wszelkiej ogrodowizny i t. d.), większa ilość much, jako przenosicieli zarazków i t. d.

Niema potrzeby, jak to się często czyni, składania jesiennych nasileń na rachunek duru brzusznego przywiezionego z letnisk i ze wsi przez powracających z wypoczynku letniego mieszkańców. Niewątpliwie takie przypadki zachodzą, ale ich liczba w stosunku do ogólnej liczby zachorowań jest nikła; większość zachorowań wiąże się jednakże z temi czy innemi czynnikami działającemi na terenie Warszawy.

Na podstawie materjałów przedstawionych znajduje uzasadnienie wypowiadany już dawniej (Zawadzki — r. 1911, Ruppert — 1918) pogląd na kontaktowy (nie wodny) typ epidemjologiczny duru brzusznego w Warszawie.

Wniosek: *Epidemje duru brzusznego w Warszawie mają typ kontaktowy, związany przedewszystkiem z rolą pośredniego kontaktu nosiciela laseczek durowych z osobami zdrowemi za pośrednictwem produktów spożywczych, zanieczyszczonych studzien i niehigjenicznych ustępów.*

* * *

Podając zarys czynników epidemjologicznych duru brzusznego w Warszawie należy schematycznie chociażby przedstawić plan akcji zapobiegawczej, skierowanej przeciw durowi brzusznemu.

A) Czynnik wodny będzie tem mniej wchodził w rachubę im dalej sięgnie wodociąg. Rozbudowa sieci wodociągów i kanalizacji stanowi podstawę akcji planowej. Tam gdzie stosunki obecne (brak wodociągu i kanalizacji) pozostaną jeszcze w bliższej przyszłości, należy ustalić typ studzien, ich zabezpieczenie przed zanieczyszczeniami, ustalić typ ustępu, prowadzić systematyczną (co najmniej 2 razy na rok) kontrolę każdej studni.

B) Czynnik Kontaktu — nosicielstwo.

1. a) Wobec tego, że każdy rok daje nowych nosicieli z pośród osób które chorowały na dur brzuszny, chorych przed wypisaniem ze szpitala badać co najmniej dwukrotnie na obecność laseczników durowych w kale i moczu (obliczając, że 5% chorych na dur brzuszny daje mniej lub więcej długotrwałe nosicielstwo będziemy mieli, że w r. 1927 w Polsce — 19024 zachorowań dało 950 nowych nosicieli, w Warszawie w r. 1927 na 1400 zachorowań — 70 nowych nosicieli).

b) Poddawać badaniu systematycznemu na nosicielstwo laseczników durowych personel zakładów, mających do czynienia z pro-

duktami spożywczemi (niektóre gałęzie handlu, wodociągi, kawiarnie, mleczarnie, restauracje, obory i i.).

c) Wykrywanie nosicieli w otoczeniu chorych na dur brzuszny. Powstaje pytanie, jakie zabiegi praktyczne da się zastosować w stosunku do nosicieli laseczników durowych. Aczkolwiek prawodawstwo nasze nie przewiduje pod tym względem żadnych norm obowiązujących, co jest rzeczą do naprawienia, to jednakże ustalenie faktu nosicielstwa i interwencja władz sanitarnych mogą zawsze przyczynić się do usunięcia nosiciela od pracy przezeń wykonywanej, o ile takowa związana jest z produktami spożywczemi. Praktyka tego wymagałaby jeszcze dalszego opracowania.

W szeregu krajów — Ameryka (Kacprzak), Danja, Niemcy (Chodźko) sprawa ta pod względem prawodawczym jest uregulowana. Walka z indywidualnem nosicielstwem nie rokuje, jak obecnie, powodzenia. Środki antyseptyczne nosiciela nie odkażają, zalecany ostatniemi laty zabieg chirurgiczny (usunięcie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, lub nerki) dla usunięcia siedliska laseczek durowych, aczkolwiek daje często wynik dodatni, z natury swojej nie nadaje się do szerszego zastosowania.

Walka z nosicielstwem iść może tylko drogą unieszkodliwienia nosiciela przez pouczenie, oraz odsunięcie od zawodu niebezpiecznego dla otoczenia.

Wychodząc z założenia, że nosiciel jest tem więcej niebezpieczny im gęstsze jest zaludnienie w jego otoczeniu, walka z nosicielstwem łączy się z kwestją mieszkaniową — z rozbudową miast i ogólnem polepszeniem warunków mieszkaniowych.

Wykrywanie nosicieli nie doprowadzi nigdy do zniszczenia duru brzusznego jako postaci chorobowej. Jednakże, zastosowane racjonalnie, może ono ograniczyć w znacznej mierze ich niebezpieczeństwo dla reszty ludności.

2) *Mleko*, podstawowy zakażający produkt spożywczy w epidemjologji duru brzusznego, wymaga specjalnej uwagi. Mleko sprzedawane w mieście winno być całkowicie pasteryzowane. Nie należy wcale w tej sprawie brać pod uwagę zachodzącego podczas pasteryzacji zniszczenia części witamin. Dla osób dorosłych okoliczność ta jest bez znaczenia, ze względu na łatwe uzupełnianie powstających braków innemi drogami. Mleko dla niemowląt winno podlegać specjalnej kontroli sanitarnej.

Etapami do usunięcia mleka, jako czynnika w epidemjologji duru brzusznego, będą: usunięcie handlu domokrążnego, koncesjonowanie handlu mlekiem, mleczarnie centralne.

Równolegle kontrola sanitarno-weterynaryjna obór oraz kontrola personelu obór.

Sposób pasteryzacji oraz aparatura do tego używana winna być stale kontrolowana w celu ustalenia ich sprawności.

C) Podane w punktach A i B postulaty, odnoszące się do czynników wodnego i kontaktowego, ze względów finansowych i organizacyjnych wymagają czasu. W naszych warunkach, kiedy epidemja co rok z równem nasileniem występuje, po za akcją dążącą do likwidacji obecnie działających czynników duru brzusznego musimy stosować doraźne zabiegi zapobiegawcze w postaci szczepień ochronnych.

Nie zamierzam zatrzymywać się szczegółowo nad tą sprawą, uczyniłem już to na innem miejscu (P. G. L. 1925, Nr. 12).

Jako wynik dotychczasowego doświadczenia w tym względzie winienem stwierdzić, że mimo nielicznych sprzeciwów (Friedberger i i.) wyniki szczepień ochronnych w durze brzusznym są dodatnie niemal na wszystkich terenach, gdzie je stosowano. Wynik uodpornienia (podskórnego) daje się spostrzegać nawet w kilka lat po jego wykonaniu — szczepione grupy ludności dają minimalne zachorowania w stosunku do nieszczepionych. Podobne stosunki spostrzegałem na materjale woj. Poznańskiego (do roku 1924 włącznie). Pod względem organizacyjnym szczepienia ochronne podskórne napotykają jednakże znaczne trudności. Duże ułatwienie dla masowej akcji szczepiennej stanowi metodyka dojelitowa Besredki, oparta na innych zasadach teoretycznych. Metodyka Besredki, sprawdzona na znacznym materjale we Francji i po za jej granicami, dała wyniki pod względem epidemjologicznym zadowalające. W warunkach polskich na dużym materjale w Łodzi przeprowadził ją Starzyński, otrzymując znaczne obniżenia zachorowań u osób szczepionych.

Badania porównawcze dokonane w Rumunji przez Cantacuzene i Panaitescu wykazały, że wynik trwalszy uodpornienia udziela szczepienie metodą podskórną. Jednakże godząc się z faktem niższej wartości praktycznej szczepień dojelitowych, ze względów organizacyjnych często zmuszeni jesteśmy na nich się zatrzymać.

Szczepienia ochronne przeciwdurowe, na najszerszą skalę stosowane, winniśmy uważać jako najaktualniejszy zabieg doraźny w walce z durem brzusznym.

Jedynie przez szerokie zastosowanie uodporniania przeciw durowi brzusznemu możliwe będzie ograniczenie zachorowań, powodowanych przez nosicieli, oraz zmniejszenie tą drogą wyżej wspomnianego corocznego dopływu nowych nosicieli durowych.

Walka z durem brzusznym potrwa jeszcze lata całe, jednakże już obecnie stopniowe lecz stałe postępy w tym względzie dają się zauważyć. Jeśli się rozejrzymy w postulatach wysuniętych przed 10 laty przez Rupperta (r. 1918) w związku z omówieniem sprawy duru brzusznego w Warszawie — przekonamy się, że przeważająca ich część bądź została już załatwiona, bądź jest na drodze do załatwienia. Obecna akcja przeciwdurowa winna być prowadzona na większą i szerszą skalę.

Jeśli wprowadzenie wodociągów w Warszawie w r. 1886 dało już w ciągu roku wynik jaskrawy w postaci obniżenia liczby zgonów z 80,8 na 23,9 (na 100.000 ludności), jeśli następne dziesięciolecie w związku z dalszem polepszeniem stanu sanitarno-higienicznego miasta dawało stopniowe obniżenie zgonów do 13.3 (r. 1925) mamy wszelkie dane, aby stwierdzić, że planowe zastosowanie wyżej przedstawionego schematu, będzie dalej obniżało liczby zachorowań i zgonów w Warszawie.

Piśmiennictwo.

1) Chodźko W.: Prawodawstwo oraz organizacja państwowa i społeczna w zakresie zwalczania chorób zakaźnych (w Podr. chorób zakaźnych pod red. S. Sterlinga-Okuniewskiego Zesz. 1. cz. II, 1925. — 2) Dopter et de Lavergne: Epidémiologie (Traité d'Hygiène, Martin-Brouardel Vol. XX, Paris, 1926). — 3) Hryniewiczówna M.: Zdrowie, 1928, Nr. 4. — 4) Huszcza A.: Dur brzuszny (w podr. chor. zak. p. red. S. Sterlinga-Okuniewskiego, zesz. VI, 1924, str. 84—85). — 5) Kacprzak M.: Medyc. Dośw. i Społ. T. IV, z. 3—6, 1925. — 6) Levy: Journ. med. de Paris 1923, Nr. 3. — 7) Ławrynowicz A.: Polska Gaz. Lek. 1925, Nr. 12. — 8) Ławrynowicz A., Piotrowska H., Stankowska M.: Polska Gaz. Lek. 1928, Nr. 50. — 9) Oeller: Der Krankheitsverlauf d. Typhus. Jena 1920. Fischer 10) Rocznik statystyczny m. Warszawy za 1916 rok. — 11) Ruppert H.: Gaz. Lekarska 1918, Nr. 2 i 4. — 12) Starzyński A.: Polska Gaz. Lekarska 1926, Nr. 27. — 13) Zdrowie Publiczne — ogólny stan m. Warszawy i sprawozdanie z działalności za 1926 rok — W. 1926. — 14) Zawadzki: Medycyna 1911, Nr. 43. — 15) Jonscher K.: Dur brzuszny u dzieci. Pozn. 1927.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

W poprzednich dwu pracach (P. G. L. 1928, Nr. 46—48 i 1929, Nr. 1—3), omówiłem kwestje związane z etjologją dychawicy oskrzelowej. Obecnie chciałbym podnieść pewne dane odnoszące się do obrazu klinicznego tego schorzenia, podać szereg doświadczeń, jakie przeprowadziliśmy na klinice lwowskiej i omówić kwestję leczenia na podstawie naszych obserwacyj.

Przechodząc do części klinicznej dychawicy oskrzelowej znanej zresztą z podręczników i monografji doby ostatniej, chciałbym tylko pokrótce podnieść te dane i szczegóły, które nie zawsze są dotąd w opisach uwzględniane.

Przy badaniu i obserwacji chorego należy na 2 zasadnicze rzeczy zwrócić uwagę: na sam napad i na stan między napadami. Charakterem klinicznym samego napadu cechującego dychawicę oskrzelową, nie myślę się zajmować, chciałbym tylko zwrócić uwagę na zmienność obrazów, jakie wśród napadów występują. I tu mamy przypadki, w których napady występują pojedyńczo nieraz w paroletnich odstępach czasu. Zdarzają się też rzadkie przypadki, gdzie po jednorazowym napadzie już więcej do nawrotów nie przychodzi nawet bez leczenia.

Innym razem natomiast na odwrót z biegiem czasu lub nawet odrazu od początku choroby występują napady bardzo często nawet po parę na dobę. Czasem znowu występują napady gromadnie, bardzo często po kilka na dobę, aby potem znowu dać dłuższą remisję. I tak otrzymujemy okresy pogorszenia na przemian z okresami, kiedy chory czuje się prawie zupełnie dobrze. Takie okresy związane są nieraz z obecnością, względnie nieobecnością

specyficznego antygenu, w otoczeniu chorego. Podnieść jednak muszę, że można obserwować przypadki, gdzie jednak okresowe występowanie napadów pojawiać się może nawet przy ciągłym kontakcie chorego z wywoływaczem. Związane to jest zapewne z pewnym uodpornieniem na ten wywoływacz, który może występować, a które po pewnym czasie może się znowu wyczerpywać.

Najczęściej te napady występują zupełnie nieregularnie w związku z działaniem różnych poprzednich mych pracach omawianych, czynników, warunków i przyczyn.

Co do występowania napadu to występuje on przeważnie nagle i to przeważnie wśród nocy, w czasie snu. Czasem jednak poprzedzany on jest pewnym rodzajem zwiastunów. Czasem każde napady poprzedzane są występowaniem pewnych objawów nieżytowych, gdy chory uczuwa niepokój i obawę przed przeczuwanym napadem.

Czas trwania napadu rozmaicie długi, przeważnie pół do paru godzin. Nieraz jednak taka duszność o charakterze napadu przeciąga się na parę dni ze zmiennem nasileniem (jako tak zwany stan dychawicowy — *status asthmaticus).* Taki stan dychawicowy z większem lub mniejszem nasileniem może się utrzymywać nawet bardzo długo, przerywany jedynie na krótko naszymi zabiegami. Stan astmatyczny występuje zazwyczaj dopiero w dalszym przebiegu choroby, jednak są rzadkie przypadki, gdzie występuje on stosunkowo bardzo wcześnie, a nawet od samego początku.

Oprócz tych długich napadów miałem sposobność obserwować napady bardzo krótkie, zaledwie parę minut trwające połączone z wielką dusznością, często się powtarzające.

Co do objawów stwierdzalnych badaniem fizykalnem to mamy tutaj ostrą rozedmę. Przysłuchem stwierdzamy furczenia i świsty o specjalnie charakterystycznem dla astmy wysokim tonie w brzmienia. Objawy te stwierdzamy zazwyczaj równomiernie nad oboma płucami, jednakowoż przy skrupulatnem badaniu nieraz mogliśmy stwierdzić pewne różnice w intenzywności tych objawów (tak rozedma, jak i objawy przysłuchowe), silniejsze po jednej stronie, słabsze po drugiej. Są opisywane przypadki, gdzie napad dotyczył tylko jednego płuca, a nawet części jego.

Napad kończy się kaszlem i oddaniem obfitej charakterystycznej plwociny śluzowej ciągnącej się. Otóż widzieliśmy nieraz przypadki, gdzie ta plwocina nie była tak bardzo charakterystyczna, raczej przeciwnie więcej wodnista i pienista. Zdaje się, że zdarza się to w tych przypadkach, gdzie moment naczynioruchowy przeważa. Czasem ta plwocina jest całkiem skąpa. O składnikach mikroskopowych będę mówił poniżej.

W okresie międzynapadowym różni chorzy zachowują się w bardzo rozmaity sposób. W przypadkach lekkich, gdzie napady powtarzają się rzadko, chory czuje się nieraz zupełnie dobrze, a nawet badanie objektywne nie stwierdza żadnych nieprawidłowości. Natomiast w przypadkach daleko posuniętych, gdzie dychawica trwa już długo, a napady powtarzają się często, gdzie każdy napad rozdymając płuca pozostawia po sobie coraz to większą rozedmę — tam w okresie międzynapadowym będziemy mieli już pewne dolegliwości. Mamy więc tutaj przedewszystkiem do czynienia ze stałą rozedmą płuc dochodzącą nieraz do znacznych rozmiarów. Rozedma taka daje zwykłe kliniczne objawy i zwykłe następstwa jak niedomogę serca, która powoli się rozwijając, w końcu może prowadzić nawet do zejścia śmiertelnego. W związku z temi objawami możemy mieć tutaj pewne uczucie zwykłej duszności, której stopień zależy od stopnia rozedmy i od stanu mięśnia sercowego. Oprócz tych objawów wtórnych dalej posuniętych możemy stwierdzać w okresach międzynapadowych jakby pewne pozostałości z napadów, a więc przedłużenia wydechu, świsty i furczenia astmatyczne, szereg innych objawów nieżytu oskrzeli o różnem nasileniu. Chory ten kaszle wiele i oddaje plwocinę o charakterystycznym wyglądzie. Badanie objektywne stwierdza objawy podobne, jak przy stanie dychawicowym tylko o mniejszem nasileniu i z małą dusznością. Tutaj muszę podnieść, że subjektywne uczucie duszności nie zawsze idzie w parze z intenzywnością objawów fizykalnych, z nasileniem furczeń i świstów, które mają być objawem zwężenia oskrzelików. Spotykaliśmy nieraz przypadki, gdzie uczucie duszności było bardzo silne, gdzie występowała nawet sinica przy stosunkowo nikłych objawach fizykalnych. Bezwzględnie w wielu przypadkach fakt ten daje się tłumaczyć niedomogą mięśnia sercowego, jednak nie zawsze. Jeden z naszych przypadków, właśnie pod tym względem najbardziej bijący w oczy, dotyczy człowieka młodego z niedługo trwającą dychawicą, gdzie mięsień sercowy nie wykazywał żadnych zmian. Z drugiej strony bardzo często spotykamy, zwłaszcza w czasie między napadami, intenzywne objawy fizykalne przy minimalnej tylko duszności.

Co do wyżej wspomnianego stanu przewłocznego pozostawania objawów z małą dusznością (stanu poddychawicowego) podnieść musimy, że występuje on już w ciężkich przypadkach i z daleko rozwiniętą rozedmą. Są jednak przypadki, gdzie już bardzo wcześnie on występuje, a nawet czasami może występować odrazu i wysuwać się na pierwszy plan. Napady w takich razach występują tylko jako gwałtowniejsze wzmożenie stałej, choć małej duszności, napady o niezbyt wielkiem nasileniu. Tego rodzaju stan, według naszych spostrzeżeń, wiąże się często z postacią dychawicy na tle nieżytów oskrzeli — przeziębień.

Co do przyczyn stanu dychawicowego wogóle, to może tu odgrywać rolę stałe działanie danego bodźca, albo szereg czynników zasadniczych, wewnątrz ustroju się znajdujących, o których tak szeroko mówiliśmy w rozdziałach poprzednich.

Napady duszności wysuwają się tutaj tak na pierwszy plan, że przysłaniają nam ewentualne istnienie innych zmian równocześnie powstających. Czy jednak tylko ta duszność napadowa jest jedynym objawem, czy niema innych równocześnie występujących zmian ze strony innych narządów, jednak mniej widocznych. Przy dokładnej obserwacji zmiany te nie uchodzą uwagi. Jednakowoż obserwacje te nie są zbyt liczne. Napad jest objawem tak groźnym, tak wybitnym, że te zmiany zakrywa a chory w czasie tego napadu znajduje się w takim stanie, że nie czas i miejsce dla lekarza do czynienia doświadczeń. W obserwacjach tu przytaczanych należy odróżnić zmiany stale spotykane od zmian przejściowych, występujących tylko w czasie napadów, wywołanych przez sam napad wzgl. przez jego przyczynę. Fakt ten należy tembardziej podnieść, że szereg autorów podaje spostrzeżenia swe, nie uwzględniając tych warunków, i wskutek tego dochodzą nieraz do fałszywych wniosków.

Od dawna już B r o d i e i D i x o n wskazywali na pewien stopień kwasicy we krwi w przypadkach dychawicy oskrzelowej. Później K u h l m a n n wykazał spadek rezerwy alkalicznej podczas napadu (w jednym przypadku). Niektórzy badacze zwracają uwagę na zwiększenie się wydzielania bezwodnika węglowego. Wyłaniała się taka pociągająca teorja, że przy zaburzeniach funkcjonalnych w organie, którego jedną z najważniejszych czynności jest utrzymanie równowagi kwaso-zasadowej oprócz wymienionych zmian w wydzielaniu bezwodnika węglowego muszą się łączyć bardzo ściśle pewne zaburzenia w tej równowadze i że nawet te zaburzenia mogą być bardzo istotne i w niektórych pzypadkach pierwotne. W celu przekonania się o stosunku niektórych składników, jako, że we krwi ewentualne zmiany najszybciej występują, zwłaszcza te przejściowe i mają najogólniejsze znaczenie, przeprowadziłem cały szereg badań na materjale kliniki lwowskiej. Wracając do kwestji rezerwy alkalicznej obliczałem ją aparatem van S l y k e 'a. Podawanej przez niektórych, stałej acidozy nie widziałem, przeciwnie otrzymałem wartości leżące w granicach normy i to raczej bliżej granicy alkalicznej. Tu daje się zauważyć zależność wyników od pory roku (w zimie wyższe, w lecie niższe), co wobec wagotonicznego, a temsamem zakwaszającego działania upałów letnich nie jest dziwne. Natomiast we krwi pobranej w czasie samego napadu widziałem zawsze spadek rezerwy alkalicznej, jednak nie dochodzący do wartości subnormalnej. Jeżeli porównamy wartości tu spotykane z kwasicą jaką widzimy bez stanu dusznicy w innych schorzeniach, to absolutnie nie wyda się prawdopodobne, aby sam spadek rezerwy był powodem napadu. Co najwyżej moglibyśmy przypuścić, że mamy tu do czynienia z pewnemi ciałami specjalnie działającemi na mięśnie oskrzeli, które dzięki swemu kwaśnemu charakterowi działają na równowagę kwaso-zasadową. Chodziłoby tu jeszcze o to, czy spadek rezerwy alkalicznej jest pierwotny, czy występuje dopiero w czasie napadu jako zjawisko wtórne. W jednym przypadku, gdzie czynnikami anafilaktycznemi można było sztucznie wywołać napad, obserwowałem zachowanie się rezerwy alkalicznej i widziałem stały spadek tejże jeszcze przed napadem, który jednak był tak nieznaczny, że w rachubę nie wchodził. Poważniejszy spadek wystąpił dopiero w czasie napadu. Tak więc raczej ta druga ewentualność tu ma miejsce.

Jeżeli sobie uprzytomnimy, że stan zapasów zasad i stosunek kwasów do zasad jest w dużej, choć nie bezwzględnej, zależności od układu wegetatywnego, to ani wpływ pór roku, ani zmiany w kierunku kwasicy dziwić nas nie będą. Zmiany te jesteśmy skłonni uważać za wynik działania ogólnego układu parasympatycznego w chwili napadu podrażnionego. Z drugiej strony objaw ten świadczy, że w chwili napadu podrażnienie wymienionego

układu nie ogranicza się tylko do gałązek płucnych, lecz jest ogólniejsze i to dość natężone. Oprócz rezerwy alkalicznej na uwagę zasługują także pewne inne składniki chemiczne krwi.

Storn v. L. zwraca uwagę na specjalnie niski poziom kwasu moczowego we krwi astmatyków, przypisując temu objawowi pewne znaczenie w etjologji. Według moich badań uwidocznionych na załączonej tablicy wartości te rzeczywiście niezbyt są wysokie, jednak nie tak niskie jak podaje holenderski badacz. W czasie napadu nie ulegają one charakterystycznym zmianom. Przekonałem się, że podobne wartości spotykamy też u innych chorych z wybitną wagotonją np. przy wrzodzie żołądka (wartości przy wrzodzie 1.8, 2.1, 2.5 mg%). Nowsze badania zwracają uwagę, że jeżeli podamy ludziom chorym na dychawicę połączenia kwasu moczowego, to wydzielanie ich odbywa się w znacznie opóźnionym terminie w porównaniu z ludźmi zdrowymi. Dowodziłoby to istnienia pewnych zaburzeń w przemianie purynowej. Badania te jeszcze wymagają dalszych spostrzeżeń i ogólniejszych, także i przy innych stanach parasympatykotonicznych. Sądzę, że zaburzenia wyżej wspomniane łączą się nie tyle z samą dychawicą, ile z ową ogólną parasympatikotonją względnie z kwestją konstytucji neuro-artrytycznej, o której tyle mówią badacze francuscy.

Z innych składników zwracają jeszcze poniekąd uwagę ilości cukru. Są one bardzo niestałe, na ogół nieco wyżej normy. W czasie napadu spotykaliśmy nieraz wartości bardzo niskie do 0.05%. Czasem jednak w czasie napadu właśnie poziom cukru się podnosi. Jest to związane prawdopodobnie z działaniem wzruszenia duchowego, które podnosi napięcie układu sympatycznego. Naogół wziąwszy sprawy te związane są raczej z układem wegetatywnym niż z samą dychawicą.

Ilość chlorków i azotu resztującego tak w czasie napadu, jak i między napadami jest w granicach normalnych.

Jeżeli uprzytomnimy sobie działanie jonów wapnia i ich ścisły związek z jonami potasu i układem wegetatywnym, działanie zmniejszające pobudliwość tegoż układu i przepuszczalność naczyń to spodziewaliśmy się właśnie tutaj pewnych odchyleń w zawartości tego pierwiastka.

Schlinck odnosi stany nieprawidłowości w systemie wegetatywnym do obniżenia poziomu wapna. Szereg autorów zajmował się sprawą wapnia we krwi. Jedni znajdowali spadek, inni tego niestwierdzali. W każdym razie spadek był bardzo nieznaczny. W czasie napadu również ilości te zdają się nie ulegać większym zmianom. W 2 przypadkach badałem wydzielanie wapnia drogą moczu przy silnych napadach dychawicy. Wybitnych różnic w porównaniu z dniem kiedy napadu nie było, nie stwierdziłem. Ilość jonów wapnia i ruch tych jonów z tkanek i do tkanek jest tak silnie związany z układem wegetatywnym, że niewątpliwie istnieje tutaj pewne zaburzenie. Jednak chodzi tu więcej o same jony aktywne wapnia wzgl. stosunek jonów Ca do K. O ile te zmiany zachodzą, są one zbyt subtelne, zbyt przemijające, aby zawsze się musiały odbić na bezwzględnej ilości wapnia we krwi. Pottenger opierając się na badaniach Howella i Zondecka przyjmuje zwiększoną czynność oskrzelową włókien nerwu błędnego jako czynnik przewagi K nad Ca.

Podstawowa przemiana materji, naogół nieco niższa, w niektórych przeciwnie nieco wyższa od normy. W jednym i tym samym przypadku dość zmienna. Jeżeli zważymy zależność od układu wegetatywnego to nie będzie nas dziwić fakt, że zmiany te spotykane odnieść musimy do owej chwiejności w układzie wegetatywnym.

Stosunek CO_2 do O_2 w powietrzu wydychanem prawidłowy. Ewentualne wahania znacznie niższe od nieprawidłowości spotykanych gdzieindziej bez śladu dychawicy.

Jeżeli teraz raz jeszcze przyjżemy się tym zmianom, jakie stale lub przejściowo tu zachodzą, to widzimy, że musimy je odnieść do działania nerwu błędnego, a nie wiązać ich wprost z samą dychawicą. Są one wynikiem ogólnej parasympatikozy.

Co do innych zmian ze strony innych narządów, to sprawa przedstawia się w podobny sposób. Zmiany te są niezbyt znaczne i schodzą na drugi plan. Ze strony serca skłonność do nerwic; tętno czasem wolne, w czasie napadu nieraz bardzo przyspieszone wskutek wzruszenia duchowego — przestrachu.

Na specjalną uwagę zasługują zmiany ze strony przewodu pokarmowego. Jak już wyżej wspomniałem charakterystyczną jest skłonność do występowania objawów nadkwaśności żołądka, jakoteż objawów nerwicowych. Przy badaniu chemicznem żołądka nieraz spotykaliśmy się ze stałą zwyżką kwasoty. Czasami jednak kwasoty te były tylko przejściowe i można je było wykryć jedynie badaniem frakcjonowanem. Możliwe, że u chorych tak wrażliwych sam przestrach przy zgłębnikowaniu mógł odruchowo zahamować zwiększone wydzielanie soku żołądkowego. Dalej spotykamy się z wybitną skłonnością do zaparcia stolca typu spastycznego, które w okresie napadu się zwiększa i może być nawet bardzo dolegliwe. W oznaczeniu stanu przewodu pokarmowego dla dychawicy mówiłem już w pracach poprzednich. Że objawy te są również wyrazem parasympatikotonji, nie trzeba chyba wspominać.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Adam Jan REZACZ. Lubliniec.

Wytrzebianie i wyjaławianie psychicznie chorych i osobników mniejwartościowych *).

Z Zakładu psychjatrycznego w Lublińcu.
Dyr. Dr. Emil Cyran.

Prądy ostatnich czasów w sferach lekarskich i w sądownictwie, dotyczące kastracji ewentualnie sterylizacji osobników mniejwartościowych i chorych psychicznie, zachęciły mnie do wygłoszenia niniejszego krótkiego referatu.

Zagadnienie to już wiele lat przed wojną światową było tematem licznych dyskusji tak lekarskich, jak i prawniczych, zaś w Ameryce w połowie zeszłego stulecia otrzymało pewne formy prawne, mocą których pozbawiano płodności już to psychicznie chorych już to przestępców obyczajowych. Początkowo celem pozbawienia płodności wykonywano wytrzebianie (kastrację). Kastracja znaną była już w starożytności, posługiwano się nią w owe czasy tylko w stosunku do męskich przedstawicieli podbitego rodu nieprzyjacielskiego, celem zaznaczenia niejako poddaństwa podbitych, jak również i zabezpieczenia przed rozmnożeniem się rasy obcej. Według podania królowa Semiramida miała wydać rozkaz kastrowania wszystkich niedołężnych mężczyzn. Stosowano je również jako pewnego rodzaju karę, czy jednak specjalnie w stosunku do przestępców seksualnych, dokładnie nie wiadomo, gdyż w Bizancjum karano w ten sposób i przestępców politycznych. Ten rodzaj kary utrzymywał się w Chinach, w Egipcie, u Malajczyków, Indjan i u niektórych szczepów australijskich. W Szkocji już w dawnych czasach miało istnieć prawo, mocą którego kastrowano epileptyków, obłąkanych i cierpiących na skazę moczanową, by cierpienia te nie przechodziły na potomstwo. W czasach późniejszych kastrowano mężczyzn mających nadzór nad haremami i śpiewaków na dworze papieży. W Ameryce, jak wspomniano już wyżej, w połowie zeszłego stulecia wprowadzono w jednym ze stanów ustawę, mocą której kastrowano każdego murzyna i mulata, który nadużył płciowo lub zmuszał do małżeństwa białą kobietę. W czasie zawieruchy wojennej mało się tem zagadnieniem zajmowano, w latach zaś ostatnich jest znowu tematem licznych rozstrząsań naukowych zwłaszcza w Niemczech, kiedy Dr. Boeters w r. 1923 zagadnienie pozbawienia płodności psychicznie chorych i mniejwartościowych osobników ujął w 9-ciu głównych punktach:

1. dzieci, które w wieku szkolnym okażą się ślepe, głuchoniemne albo niedołężne i niezdolne do ukończenia szkoły ludowej, mają być poddane operacji, którąby usunęła ich zdolność płodzenia,

2. operacja nie powinna usuwać gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu,

3. rodzice nie powinni ponosić kosztów z tego tytułu powstałych,

4. zezwolenia do podjęcia operacji udziela oprócz rodziców, sąd opiekuńczy,

5. u ślepców z urodzenia, głuchoniemych, idjotów, epileptyków i psychicznie chorych, będących pod opieką zakładów należy przed ich zwolnieniem przeprowadzić sterylizację,

6. przestępców przeciw obyczajności i kobiety, które urodziły dwoje lub więcej nieślubnych dzieci, a których ojcostwo jest wątpliwe należy poddać operacji,

7. urodzeni ślepcy, głuchoniemi, epileptycy, niedołężni i psychicznie chorzy mogą otrzymać zezwolenie na zawarcie małżeństwa po uprzedniej sterylizacji,

8) przestępcom może być część kary darowana, jeśli dobrowolnie zgodzą się na operację,

9) ażeby niedorozwinięte operowane dziewczęta nie przedstawiały niebezpieczeństwa jako roznosiciele chorób wenerycznych,

---

*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu lekarzy Zakładu, dnia 24 października 1928 r.

należy operację trzymać w tajemnicy do czego obowiązaną byłaby i rodzina.

Nie zatrzymując się dłużej nad poszczególnymi punktami wywodu Dr. Boetersa przejdziemy do ogólnego rozpatrzenia tego zagadnienia.

Pozbawić płodności możemy trzema sposobami:

1. Sterylizacją,
2. Kastracją,
3. Promieniami Roentgena.

Co się tyczy zabiegu pierwszego, to ten u mężczyzny jest bardzo prosty, polega bowiem na cięciu skórnem i podwiązaniu nasieniowodu bez potrzeby otwierania jamy brzusznej, podczas gdy u kobiety potrzeba wykonaś laparotomję, chociaż przy dzisiejszej technice operacyjnej i ten zabieg można uważać za zupełnie bezpieczny. Istotną i dodatnią cechą tego zabiegu jest to, że pozostają nietknięte gruczoły płciowe i niema zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu tychże, a dlatego cechy tak cielesne jak i duchowe danego osobnika pozostają niezmienione. Sharp, który wykonał pierwszą sterylizację w r. 1899 podaje, że operowani są więcej ruchliwi jak przedtem i prędzej mogą się oprzeć samogwałtowi. Kastracja zaś usuwająca gruczoły płciowe pozostawia po sobie daleko idące zmiany i to zależnie od tego czy została wykonana przed czy po czasie pokwitania. W pierwszym przypadku po wytrzebieniu osobnika przed okresem pokwitania występuje niedorozwój narządów płciowych: pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego i prącia u chłopca, zaś u kobiety po usunięciu jajników w wieku młodym nastąpi zmniejszenie pochwy, macicy i powstrzymanie miesiączek. W cechach wtórnych u kobiet nie nastąpią żadne zmiany. U mężczyzn zaś owłosienie na ciele będzie minimalne, tylko bujne na głowie, skóra blada z odcieniem żółtawym, mięśnie wiotkie, wybitne otłuszczenie na brzuchu i pośladkach, głos dziecięcy, opóźnienie kostnienia a co zatem idzie wydłużenie kości i powodowanie wyższego wzrostu.

Kastracja wykonana u mężczyzn po czasie pokwitania wywołuje mniejsze zmiany: zmniejszenie gruczołu krokowego, skóra dostaje jaśniejszy odcień, owłosienie głowy niema tendencji do wypadania, podczas gdy reszta owłosienia zanika. Popęd płciowy pozostaje, lecz z biegiem lat powoli zanika. U kobiet usunięcie jajników w wieku starszym nie daje zmian w narządach płciowych zewnętrznych jak również i minimalne zmiany w cechach płciowych wtórnych.

Kastracja wywołuje wielkie zmiany również w psychice danego osobnika. Pelikan zwraca uwagę, że w życiu duchowem kastratów dają się zauważyć liczne zboczenia od stanu normalnego i to wszystko, co jest podstawową cechą męskiego charakteru, u nich zupełnie się nie rozwija. Opisując zaś życie skopców kastrujących się z fanatyzmu religijnego stwierdza u nich wypadnięcie czasu pokwitania. W tym czasie normalny młodzieniec przeżywa całą gamę nowych uczuć i wyobrażeń, odczuwa skłonność do płci innej, początkowo jako instynktowną potrzebę miłości z równoczesnem obudzeniem się wyższych dążeń duszy; wszystkie te przeżycia dla skopców są obce. Podnosi on obłudny, chytry, egoistyczny i chciwy ich charakter jak również podkreśla u niektórych, pracowitość, gorliwość i punktualność w pracy. Trzeba jednak zaznaczyć, że unikają oni zawodów, które wymagają większej siły cielesnej, gdyż ta po kastracji zanika. Koch stwierdza jeszcze, że daje się u nich zauważyć przedłużenie wieku dziecięcego i przedwczesne starzenie się. Co się tyczy wpływu kastracji na psychikę kobiety w jej wieku dojrzałym, są najrozmaitsze zapatrywania i obserwacje. Jedni podnoszą, że zmiany w ustroju kobiety są podobne do klimakterycznych i to tem więcej im kobieta znajduje się bliżej tego wieku. Pfister podaje, że kastrowane kobiety są więcej drażliwe, skarżą się na bóle głowy, które są podobne do migreny. Fischer zaś wspomina o wymiotach, neuralgjach poszczególnych nerwów, zwłaszcza zwoju lędźwiowego i chronicznej chrypce. Psychozy zdarzały się rzadko. Oprócz tego opierając się na przykładach stwierdza Fischer, iż po kastracji występują typowe napady epileptyczne. Przeciwnie zaś inni autorzy (Frank, Krömer) podają, że w przebiegu epilepsji dają się zauważyć po kastracji znaczne polepszenia, a nawet wyleczenia. Co do zmiany temperamentu, to Fischer jest zdania, że typy wysokie eunuchów są przeważnie skłonne do antysocjalnych wystąpień, podczas gdy typy niskie z obfitą podściółką tłuszczową wykazują więcej znamion epileptycznych.

Promienie Roentgena działające na dojrzewające pęcherzyki Graf'a i spermatogonje jak również jako zabieg bezkrwawy byłyby najwygodniejsze, lecz dają często krótkotrwałe i przemijające wyniki, z tego też powodu nie są brane pod uwagę w piśmiennictwie omawiającem to zagadnienie.

Cel w jakim będziemy wykonywali pierwszą czy drugą operację może być różnorodny: terapeutyczny, gospodarczy, policyjny, socjalny i eugeniczny. Bardzo rzadko występuje tylko jeden z nich, najczęściej wikłają się nawzajem występując niekiedy najmniej dwa razem.

Terapeutyczny cel kastracji podnoszono w skutecznem leczeniu epilepsji o czem wspomina również Dr. Boeters opierając się na przykładach amerykańskich. Weber wątpi w skuteczność tego zabiegu, gdyż nie znamy dotychczas gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, któryby powodował napady epileptyczne. Przyjmując nawet, że zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu wywołują owe napady epileptyczne, nie możemy z góry powiedzieć, że właśnie powodem tego jest dysfunkcja gruczołów płciowych. Z drugiej strony znowu mamy zdania (Fischer), że kastracja nietylko nie usuwała tych napadów, ale wywoływała je u osobników, którzy nietylko sami nie mieli epilepsji, lecz i ich bliższa i dalsza rodzina była wolną od tego cierpienia. Oberholzer wspomina o prostytutce cierpiącej na epilepsję, która mimo kastracji z powodu ciężkich napadów epileptycznych powróciła do zakładu. Podnoszono również zalety lecznicze kastracji w stanach podniecenia u psychicznie chorych, którzy po operacji uspokajali się, powracali do pracy i opuszczali zakłady jako zdolni do wykonywania pracy zawodowej. Wiemy zaś, że stany podniecenia występują przy wszystkich formach schorzeń psychicznych jak: epilepsji, manji, paraliżu postępującym, schizofrenji, katatonji i przy wrodzonym niedorozwoju umysłu. Trudno więc jest przypuścić, by przyczyną wszystkich tych schorzeń były gruczoły płciowe. Jedynie u schizophreników zauważono pewien związek między dysfunkcją gruczołów płciowych a stanami podniecenia lecz do ostatecznych i pewnych wyników jeszcze nie doprowadzono. Wynikałoby z powyższego, że cel tarapeutyczny kastracji jest na razie conajmniej problematyczny.

Kastracja możliwa jest do wykonania teoretycznie tak u mężczyzn jak i u kobiet. Jeżeli więc wogóle mówić o kastracji, to pierwszych zdawałoby się przedewszystkiem należy kastrować w przypadkach przestępstw seksualnych. W tych przypadkach jednak należałoby przeprowadzić ścisłą segregację poszczególnych przypadków, biorąc pod uwagę stan psychiczny danych osób jak również ich własną chęć do naprawy swych wystąpień antysocjalnych. Jeśli więc osobnik ten, mimo, iż sam będzie się starał pozbyć danych skłonności to będąc psychicznie obarczony, więc skłonny także do innych przestępstw, musiałby być izolowany, a temsamem byłaby kastracja zbyteczna. Znaną jest rzeczą, że mimo kastracji popęd płciowy będąc pod przemożnym wpływem psychicznym utrzymuje się czas dłuższy a erekcja nawet niekiedy do lat 10-ciu. Stosując więc kastrację, miniemy się w tym przypadku z zamierzonym celem. Oberholzer podaje wyniki kastracji u trzech homoseksualistów ze wzmożonym i częściowo perwersyjnym popędem płciowym. U dwóch popęd płciowy częściowo utrzymał się, jeden z nich wszedł w związek małżeński i perwersyjność popędu płciowego znikła. Jednak są to na tyle przypadki rzadkie, że wyprowadzenie z nich reguły byłoby może dość ryzykowne i przedwczesne. U kobiet kastracja wchodziłaby w rachubę przy psychozach menstruacyjnych, stanach manjakalnych, lecz w tych przypadkach, jak uczy doświadczenie, można skutecznie posługiwać się promieniami Roentgena. Szwajcarskie doświadczenia z kastracją wykazują, że kastraci, zwolnieni z zakładu, przez pewien czas pracowali w swoim zawodzie, lecz z powodu ponownie powtarzających się stanów podniecenia musieli z powrotem do zakładu powrócić. Magnus i Hirschfeld widzą w kastracji w stosunku do przestępców seksualnych i przy perwersyjnym popędzie płciowym *„ultimum refugium"*, tylko po wyczerpaniu wszystkich innych środków. Opierając się zaś na obserwacjach Fischera, że często kastraci po operacji stają się więcej agresywni, złośliwi, wybuchowi, niedowierzający, popędliwi, brutalni, leniwi i że często występują u nich typowe napady epileptyczne, nie można dopatrzeć się rzeczywistego celu kastracji, która przez ewentualne zmniejszenie popędu płciowego zmniejszy przekroczenia seksualne pogłębiając często inne skłonności antysocjalne, z powodu których dany osobnik musi być internowany w zakładzie. Przez jego zaś detencję w zakładzie mimo kastracji nie usuwa się celu gospodarczego, ponieważ społeczeństwo musi znowu łożyć na jego utrzymanie. Kastracja więc powodująć daleko idące zmiany psychiczne i fizyczne w ustroju człowieka, dalej trudność oceny każdego poszczególnego przypadku jako nadającego się do operacji jak również wątpliwe osiągnięcie zamierzonego celu i brutalność zabiegu, który w większości przypadków może zaszkodzić, nie może być zupełnie brana pod uwagę.

Jak kastracja również i sterylizacja może być wykonywana tak u mężczyzn jak i u kobiet. Zastanowimy się obecnie czy dojdziemy przez sterylizację przy poszczególnych schorzeniach do zamierzonego celu.

Weźmy pod uwagę najpierw grupę oligophrenji. Jeśli zaczniemy od najwyższego stopnia ograniczenia umysłu to jest idjotyzmu, dojdziemy do wniosku, że osobnika tego napewno nie będzie potrzeba sterylizować ani z punktu widzenia eugeniki ani w żadnym innym celu, gdyż obdarowanie go wolnością nawet po kastracji czy sterylizacji jest niemożliwe, ponieważ nie jest zdolny do życia samodzielnego a więc musi być pod opieką zakładu. Będąc zaś w zakładzie nie przedstawia on niebezpieczeństwa pod żadnym względem, a nawet operowany musi pozostać ciężarem dla społeczeństwa.

Przytępieni umysłowo zaś *(imbecillitas)*, nie posiadając pojęć etycznych, są skłonni do silnych afektów, będąc kierowani instyiktami niższego gatunku dopuszczają się czynów karygodnych i stając się niebezpiecznymi dla swego otoczenia muszą również być oddawani do zakładów. Sterylizacja zaś w celu obdarowania ich wolnością, tem największem dobrem człowieka, nie może wchodzić w rachubę, gdyż przytępieni umysłowo w dużej większości procentów również nie zapracują nawet na swe utrzymanie, a przytrzymanie w zakładzie jak uczy obserwacja znoszą znakomicie, zupełnie nietęskniąc do wolności i często nawet mając sposobność nie uciekają.

Najtrudniejsze do oceny byłyby przypadki dotkniętych osłabieniem umysłu *(debilitas)*. W tych więc przypadkach sterylizacja wchodziłaby w rachubę jedynie z punktu eugeniki, gdyż cele gospodarcze, socjalne i inne odpadłyby z powodu tego, że osobnicy ci są po większej części socjalni, zajmują niekiedy nawet stanowiska społeczne, więc wątpliwe jest czyby sami zdecydowali się na operację. Przymusowa zaś sterylizacja napewno nie objęłaby wszystkich przypadków, zwłaszcza tych, gdzie osobnicy rozporządzają pewnym majątkiem lub stanowiskiem społecznem. Sterylizacja więc w takim razie objęłaby przeważnie osobników z najniższej klasy społecznej, dając drogę do powstania prawa klasowego. To samo mniej więcej dotyczyłoby również wielkiej grupy psychopatów i osobników stojących na granicy normalnego stanu psychicznego i jego zboczeń. Na podstawie dzisiejszych wiadomości o dziedziczności nie możemy napewno powiedzieć, że dany osobnik będzie miał potomstwo psychicznie upośledzone. Nie będziemy więc i nie możemy operacji wykonywać „na wszelki wypadek", gdyż takie postępowanie nie zgadzałoby się z celem operacji i etyką lekarską. Działając zaś „na wszelki wypadek" nie obejmiemy jak wyżej wspomniano osobników uspołecznionych i będziemy mieli połowicze rozwiązanie sprawy. Z powodu więc niepewności, czy potomstwo danego osobnika odziedziczy ujemne cechy swego rodzica lub będzie normalne, z powodu trudnego wyboru danych jednostek, z powodu niejako trudności diagnostycznych w poszczególnych przypadkach nie możemy podejmować operacji ze względu na brak pewności czy dana operacja jest konieczną.

Epilepsja jest przez amerykańskich autorów zaliczana do tego rodzaju schorzeń, przy których sprawa sterylizacji z powodu jakoby łatwej dziedziczności, powinna być zapewniona i uregulowana przez odpowiednie ustawy prawne; a przecież epileptycy nie pochodzą jedynie z rodziców epileptyków, również z nerwowo i psychicznie chorych jak i alkoholików. Weck podaje wysoki procent patologicznej dziedziczności, który dochodzi do 91%, w przypadku gdy jeden z małżonków jest epileptyk a drugi psychopata. Ten 91% nie obejmuje wyłącznie samych epileptyków lecz wogóle osobników mniej wartościowych. W przeciwieństwie do tej cyfry inni autorzy jak Klaus, Hoffman, Thom i Walker, Collins podają procent dziedziczności od 7 do 14%. Oberholzer zaś na podstawie obserwacji podaje, że w czwartej generacji następuje wygaśnięcie epilepsji. Z powodu tak różnych wyników co do dziedziczności nie możemy mieć pewnej podstawy, kiedy i w jakim przypadku należy przeprowadzić sterylizację, którą należałoby również rozszerzyć i na psychopatów, alkoholików psychicznie chorych, z których mogą rodzić się epileptycy. Uregulowanie tej sprawy przez odpowiednie ustawy byłoby z wyżej przytoczonych powodów bardzo trudne i może nawet niemożliwe. Opierając się na spostrzeżeniach Oberholzera, że epilepsja wygasa już w czwartej generacji, nie możemy operować osób, które cierpiąc na tę chorobę są jednostkami społecznemi pracują na swe rodziny a niekiedy nawet są jednostkami wybitnemi i niekoniecznie muszą mieć potomstwo niedołężne. Jednostki zaś z daleko posuniętem upośledzeniem psychicznem przy epilepsji są prawie z reguły umieszczone w zakładach, więc w tych przypadkach sterylizacja jest tembardziej zbyteczna. Z punktu widzenia terapeutycznego wchodziłaby w rachubę kastracja, którą omówiliśmy poprzednio. Wyżej podane uwagi dotyczące postępowania operacyjnego przy epilepsji są charakterystyczne i dla innych schorzeń psychicznych. Według Bleulera 75% z tychże schorzeń zajmuje schizophrenja co również mniej więcej daje się zauważyć i w naszych zakładach. Omówimy więc po krótce tę jednostkę. Również i tutaj Minkowscy stwierdzają, że ze strony natury daje się zauważyć dążność do samowyleczenia, gdyż w trzeciej generacji pewnej rodziny na 35 osób było chorych 7, a już w 6-tej generacji na 66 osób była chora tylko jedna. Dalej przypuszcza się, że ostro przebiegająca schizofrenja z długiemi remisjami nie jest dziedziczną. Opierając się nawet na teorji Mendla można przypuścić, że schizophrenik może zrodzić cyklothymika, który to osobnik jest często jednostką społeczną a tem samem nie jest ciężarem społeczeństwa i może mieć potomstwo zupełnie zdrowe lub o charakterze schizothymicznym, które również nie musi być aspołecznem. Może nawet tenże cyklothymik zrodzić schizophrenika lecz to nie jest regułą, a że nie jest regułą nie możemy znowu przedsiębrać niekoniecznej operacji. Weźmy przykład z życia: rodzina składająca się z rodziców i trojga dzieci, oddaje ojca do zakładu z powodu ataku późnej schizophrenji, dzieci są w wieku między 12 a 16 rokiem zupełnie zdrowe, psychicznie normalne, robią dobre postępy w naukach, czy zarządzimy u nich sterylizację?

Poważne pod tym względem czyniono zarzuty alkoholikom, iż ci rodzą chore i niedołężne potomstwo. Nie jest znowu rzeczą pewną o ile alkohol uszkadza komórki zarodkowe, gdyż mamy przykłady gdzie alkoholicy rodzili genjuszy z pośród których wybija się Ludwik Beethoven, którego ojciec był alkoholikiem. W stosunku do alkoholizmu, dokładnie nie wiadomo, co odgrywa większą rolę, czy samo dziedziczenie alkoholizmu, czy wychowanie dzieci w środowisku alkoholików, bo przecież przyzwyczajenie, jest drugą naturą.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, w żadnym przypadku nie jesteśmy w stanie z punktu widzenia dziedziczności dokładnie określić, czy dany osobnik zrodzi potomstwo chore czy zdrowe, nie możemy więc polecać operacji nie mając pewności, że zapobiegniemy zrodzeniu się potomstwa niedołężnego i aspołecznego, gdy istnieje możliwość równoczesnego spłodzenia osobników pełnowartościowych. Wykonując operację dla jakiegokolwiek innego wyżej wymienionego celu, osiągniemy jeden cel, lecz nie osiągniemy drugiego. Osobnik bowiem taki może popaść w konflikt z prawem, z powodu jakichkolwiek czynów karygodnych i trafi jeśli nie do więzienia to do zakładu, a pozostając czy tu czy tam, zawsze będzie ciężarem społeczeństwa. W końcu wypada nadmienić, że również rodzice zdrowi mogą zrodzić niedołężnych matołków lub psychopatów, niezdolnych do samodzielnego życia, którzy muszą być izolowani od społeczeństwa pełnowartościowego i pozostać jego ciężarem. W jaki sposób zapobiegniemy w tych przypadkach?

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Warszawa.

Uzdrowiska dla chorych gruźliczych *).

Na posiedzeniu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 30. IV. 1928 r. uchwalono poruczenie rozważania sprawy odosabniania chorych gruźliczych w uzdrowiskach właściwej sekcji i przekazanie tej sekcji zgłoszonych w toku dyskusji wniosków.

Na zebraniu tem został zgłoszony przez Departament Służby Zdrowia referat, (opracowany przez dra Marję Skokowską-Rudolfową), w którym stwierdzono, że sprawę należy uważać za ważną i pilną, przedstawiono najważniejsze zarządzenia, jakie dotąd zostały opracowane: zasadnicza ustawa o uzdrowiskach, uzupełniona w roku 1928, utworzenie okręgów sanitarnych w niektórych miejscowościach, opracowanie planu regulacyjnego Zakopanego oraz poddano pod dyskusję następujące propozycje:

1) utworzenie okręgów sanitarnych z miejscowości górskich i podgórskich, do których jest znaczny napływ chorych gruźliczych, 2) utworzenie tam komisyj uzdrowiskowych, 3) opracowanie planów regulacyjnych tych miejscowości, 4) opracowanie wzorowych przepisów sanitarnych dla miejscowości, skupiających chorych gruźliczych, ze szczególnem podkreśleniem konieczności

---

*) Referat wygłoszony na zebraniu sekcji przeciwgruźliczej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia.

zgłaszania nietylko przypadków stwierdzonej gruźlicy, lecz i podejrzanych, dostarczanie bezpłatnych dezynfekcyj i urządzeń rozpoznawczych, odpowiedniego urządzenia zakładów, przyjmujących chorych gruźliczych, 5) utworzenie w miejscowościach klimatycznych przychodni przeciwgruźliczych, które miałyby pod opieką chorych na gruźlicę i podejrzanych, 6) popieranie budowy i utrzymania szpitali i sanatorjów typu ludowego, wznoszonych w dzielnicach sanatoryjnych w celu dostarczenia dobrych i tanich pomieszczeń dla chorych na gruźlicę.

W dyskusji nad referatem zostały wysunięte następujące postulaty:

1) Należy wpłynąć na ogół lekarzy, aby uświadamiali chorych, że mogą leczyć się we własnym klimacie; w ten sposób w znacznej mierze zostałyby odciążone uzdrowiska górskie i podgórskie, — a także, aby kierowali chorych tam, gdzie istnieją odpowiednie zakłady.

2) Należy unormować i skierować odpowiednio ruch turystyczny, oddzielając go całkowicie od ruchu sanatoryjnego.

3) Należy położyć nacisk na budowę sanatorjów wogóle, a szczególnie tam, dokąd chorzy gruźliczy już są kierowani. Kasy Chorych winny budować sanatorja blisko miast.

4) Należałoby wprowadzić przymusową dezynfekcję w uzdrowiskach, stacjach klimatycznych i letniskach po każdej zmianie kuracjuszów, czy letników.

Traktując zagadnienie realnie, należałoby omówić sprawę organizacji tych uzdrowisk, które już obecnie mają charakter stacyj klimatycznych dla chorych na gruźlicę i zostały uznane za uzdrowiska, posiadając charakter użyteczności publicznej. Należy przypomnieć, że zgodnie z ustawą o uzdrowiskach z dnia 23. IV. 1922 i 22. III. 1928 uzdrowisko może być uznane za posiadające charakter użyteczności publicznej, jeżeli posiada (między innemi) „wyjątkowe warunki klimatyczne“, „znajduje się w miejscowości, w której niema poważnych przeszkód do zabezpieczenia nieodzownych warunków sanitarnych i posiada konieczne urządzenia zdrowotne i lecznicze“ (art. 4). W art. 5 wymienione są konieczne urządzenia zdrowotne, niezbędne dla zaopatrzenia w dobrą wodę do picia, usuwania nieczystości, pomieszczenie izolacyjne, urządzenia do odkażania, dom przedpogrzebowy.

Obowiązkiem uzdrowiska o charakterze użyteczności publicznej jest mieć (art. 10) a) własny statut, b) plan zabudowania (regulacyjny). Statut oznaczy granice uzdrowiska, granice okręgu sanitarnego (względnie górniczego), organizację komisji uzdrowiskowej. Uzdrowisko, mając charakter użyteczności publicznej, korzysta ze specjalnej opieki Państwa, a także ma prawo do korzystania z pomocy ze strony Skarbu Państwa przy wprowadzaniu urządzeń zdrowotnych (art. 8).

Dotąd 25 uzdrowisk zostało uznanych za posiadające charakter użyteczności publicznej: Druskienniki, Busko, Ojców, Solec, Krzeszowice, Krynica, Truskawiec, Rabka, Swoszowice, Szczawnica, Zakopane, Żegiestów, Nałęczów, Iwonicz, Lubień Wielki, Rymanów, Szkło, Burkut, Jaremcze, Morszyn, Worochta, Zaleszczyki, Inowrocław, Ciechocinek, Otwock.

Zwężając omówienie zagadnienia jeszcze bardziej, należałoby zastanowić się nad temi z pośród wymienionych uzdrowisk, które stały się już tradycyjnie stacjami klimatycznemi dla chorych na gruźlicę, a więc w pierwszym rzędzie Zakopane, Worochta, Szczawnica, Otwock.

Podstawą prawną do uporządkowania stosunków w uzdrowisku jest jego statut i uzupełniające go przepisy sanitarne.

Otwock dotąd kompletnego statutu niema. Statut Zakopanego nie odbiega od normalnego statutu, którego wzór został podany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 19. XI. 1923 r. Natomiast przepisy sanitarne, wydane w sierpniu 1924 r., są przedawnione i zawierają np. podział sanatorjów i pensjonatów na zakłady dla gruźlicy otwartej i gruźlicy zamkniętej, nie zawierają żadnych ułatwień diagnostycznych, jak np. obowiązku dostarczania przez gminy bezpłatnego badania plwociny, wreszcie obowiązek zgłaszania jest ograniczony tylko do lekarzy.

Miejscowości klimatyczne szwajcarskie, np. Leysin i Davos, mają szczegółowe przepisy sanitarne (réglement d'hygiène), gdzie największy nacisk położono na: 1) zakaz plucia, 2) obowiązek każdego chorego na płuca (tout malade de poitrine) noszenia przy sobie spluwaczki kieszonkowej, 3) dezynfekcję po każdym chorym, przytem właściciele mieszkań obowiązani są zawiadomić w ciągu 24-ch godzin o wyjeździe chorego, 4) kliniki, sanatorja i pensjonaty, które przyjmują chorych na gruźlicę, są obowiązane mieć wszystkie urządzenia, niezbędne dla dezynfekcji materjału zakaźnego (produits infectieux). Te zakłady posiadają lekarza, odpowiedzialnego za środki dezynfekcyjne.

Wobec tego, że mowa tu nawet o pensjonatach, przyjmujących chorych na gruźlicę i posiadających odpowiednie urządzenia, należy zaznaczyć, że u nas nawet duże sanatorja, jedyne w swoim rodzaju ze względu na kategorję społeczną chorych, mają w swoim regulaminie zakaz przyjmowania chorych „z gruźlicą otwartą“. Są to: sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem i sanatorjum Kasy Chorych w Worochcie. W ten sposób chorzy prywatni są pozbawieni dużego komfortowego zakładu, jakim jest sanatorjum Czerwonego Krzyża, odpadło również sanatorjum Dłuskich, pozostaje zatem lokowanie chorych po pensjonatach, które również „w zasadzie“ chorych nie przyjmują.

Kasa Chorych okręgu stanisławowskiego, o ile wiadomo, nie posiada innego sanatorjum dla chorych z gruźlicą otwartą, można jednak z wielką dozą pewności twierdzić, że zarówno w obu tych sanatorjach, nie mówiąc o pensjonatach, są chorzy prątkujący, jednocześnie zastrzeżenie regulaminowe o nieprzyjmowaniu takich chorych zwalnia te zakłady od urządzeń, potrzebnych dla dezynfekcji i sterylizacji. Stwarza się fikcję, szkodliwą dla publiczności leczącej się i dla opinji zakładów. Wydaje się, że regulamin takich zakładów należałoby zmienić, żądając od nich wprowadzenia odpowiednich urządzeń. Należy zaznaczyć, że przepisy dodatkowe ogólne i dotyczące urządzenia zakładów dla chorych gruźliczych w niczem nie naruszają obowiązku posiadania statutów uzdrowisk i ich treści: byłyby one jedynie uzupełnieniem statutu dla uzdrowisk o charakterze specjalnym dla płucnych chorych.

Zwalczanie zagruźliczenia w danem uzdrowisku jest nie do pomyślenia bez miejscowej sprężystej organizacji, której ośrodkiem byłaby przychodnia przeciwgruźlicza, wzorowo zorganizowana i związana z sanatorjum o typie ludowym. Każdy, przyjeżdżający na kurację lub odpoczynek, byłby obowiązany mieć świadectwo instytucji, uprawnionej do wydawania takich świadectw, że jest wolny od gruźlicy, albo znajdować się pod obserwacją miejscowego lekarza-specjalisty, albo znaleść się pod opieką miejscowej przychodni. Obawa, że podobny rygor mógłby zrazić turystów, a szczególnie cudzoziemców, nie jest uzasadniona, gdyż wszyscy przyjezdni znajdując się w ewidencji gminy, mogą być przez lekarza uzdrowiskowego odpowiednio kwalifikowani; jeśli to są np. obozy czy wycieczki turystyczne czy krajoznawcze lub cudzoziemcy, przyjeżdżający w celach rozrywkowych, mogą być od tego obowiązku zwolnieni. Wydaje się jednak, że pociągnięcie nawet cudzoziemców do obowiązkowego badania klinicznego mogłoby wzbudzić tylko uznanie dla zarządzeń sanitarnych w Polsce. Czesi np. odważyli się zgłosić projekt zamknięcia zupełnego niektórych wysokogórskich uzdrowisk dla ruchu turystycznego. Dalej — zwalczanie zagruźliczenia uzdrowisk wymaga odciążenia niektórych z pośród nich. W Zakopanem np. przyjezdni tylko w nieznacznej mierze pochodzą z województwa krakowskiego (w r. 1927 ogólna frekwencja 42,574 osoby zdrowe i chore, w tem 639 cudzoziemców, 5,010 osób z woj. krakowskiego, czyli 12%). Najwięcej przysłało województwo łódzkie, potem Warszawa. Przypuszczalnie stosunek chorych jest mniej więcej taki sam. Wydaje się, że dla odciążenia Zakopanego i dla obsłużenia samego województwa krakowskiego potrzebne byłoby wskazanie jakiejś łatwo dostępnej miejscowości o warunkach, odpowiednich dla stacji klimatycznej podgórskiej.

Towarzystwo Podhalan, które znajduje się z nami w kontakcie, wysunęło projekt rozbudowy zakładów leczniczych dla gruźlicy w Nowym Targu na stoku południowym tamtejszego pasma górskiego.

Wogóle postulaty tego towarzystwa winny być wzięte pod uwagę. Zostały one zgłoszone w memorjale towarzystwa, złożonym Departamentowi Służby Zdrowia, i żądają: a) propagandy wśród ludności góralskiej, b) organizacji stałych i ruchomych przychodni przeciwgruźliczych, c) bezpłatnej dezynfekcji, d) strefowania miejscowości kuracyjnych, e) budowy zakładów leczniczych dla ludności góralskiej, chorej na gruźlicę w Nowym Targu i Jabłonce na Orawie.

Jednem z najsłuszniejszych żądań jest strefowanie, czyli opracowanie planów regulacyjnych. Ministerstwo Robót Publicznych nie zatwierdziło planu regulacyjnego Zakopanego. Pozostałe uzdrowiska planów regulacyjnych nie mają. Tendencją Departamentu Służby Zdrowia byłoby zainicjowanie rozpoczęcia prac w tym kierunku. Największą trudność przedstawia kwestja finansowania tych robót. Obowiązek ten obciąża komisje uzdrowiskowe. Większość uzdrowisk nie mogłaby sama ponieść związanych z pracami regulacyjnemi wydatków.

Wreszcie należy przypomnieć, że na poprzedniem zebraniu była w referacie podniesiona sprawa przejazdu chorych gruźliczych do uzdrowisk. W roku zeszłym i na początku roku bieżą-

cego Departament Służby Zdrowia zainicjował i przeprowadził zbieranie prób plwocin i kurzu w wagonach kolejowych na linji Warszawa - Otwock. Próbki plwocin były zbierane przez słuchaczów medycyny, kurz, wyciągany elektroluksem, nadsyłała dyrekcja kolei warszawskiej. Zebrano przeszło 150 plwocin i znaleziono w tem znaczną ilość plwocin z prątkami; o wynikach zastrzykiwania wyciągu z kurzu świnkom morskim jeszcze nic powiedzieć nie można.

Ten stan rzeczy nie może pozostać obojętnym i wymaga również zastanowienia się.

OCENA.

August Reuss: *Säuglingsernährung.* Wiedeń-Berlin. J. Springer 1929 str. 98 z 8 rycinami (Bücher der ärztlichen Praxis. Nr. 13).

Odżywianie niemowlęcia jest głównem zagadnieniem pedjatrji i przedmiotem licznych dociekań, opartych o spostrzeżenia kliniczne oraz prace eksperymentalne. Odnośna literatura z lat ostatnich tak wzrasta, iż niepodobieństwem byłoby omawiać w pracy przeznaczonej dla lekarza praktyka wszystkie kierunki i zapatrywania w tej dziedzinie obecnie panujące. Zadanie więc swe ograniczył autor do podania wskazań i dróg, które na podstawie wyników dotychczasowych badań i jego własnego doświadczenia okazały się najodpowiedniejszemi. Materjał podzielił na rozdziały: karmienie noworodka piersią w okolicznościach sprzyjających i przy trudnościach wyłaniających się w tym okresie, odżywianie sztuczne, karmienie w pierwszem i drugiem półroczu piersią, dokarmianie, żywienie sztuczne, odżywianie we wczesnym dzieciństwie, wreszcie odżywianie wcześniaków. Praktyk znajdzie w tem dziełku mnóstwo trafnych porad również i do lżejszych stanów zaburzeń w odżywianiu odnoszących się, pozna sposoby określania ilości pokarmów, rozcieńczeń, przygotowywania mieszanek itd., niebezpieczeństwa przekarmiania i niedokarmiania. Autor podkreślił też wszędzie dbałość o ogólną higjenę niemowlęcia, dopiero bowiem w ramach tejże można odżywianie odpowiednio normować.

Książka dla prowadzących poradnie dla niemowląt potrzebna, zwłaszcza, że równie zwięzłej a treściwej w języku polskim jeszcze nie posiadamy.

Józef Fritz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 8, z 21 lutego 1929: M. Szour: O zatorach i zakrzepach tętnicy płucnej w przebiegu wyrównanych wad zastawkowych serca. — E. Żera: Przyczynek do stosowania strofantyny. — J. Pinczewski: Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne (streszczenie zbior. dok.). — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce. — M. Landsberg: Ferdynand Widal.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 8, z 24 lutego 1929: J. Kaulbersz: Wyciąg z czosnku i rosiczki jako środki sercowo-naczyniowe. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Klinika dentystyczna, rok XXIV, nr. 1—2, za styczeń i luty 1929: Tomaszek: W sprawie zakażeń ogólnych z przyczyn okołozębowych. — Sołowicow i Winogradowa: Czynnik rasowy w t. zw. ropowiaku zębodołowym. — Kwaśniewski: Obraz krwi w schorzeniu jamy ustnej.

Rocznik Psychjatryczny, zeszyt IX, r. 1929: R. Radziwiłłowicz: Doświadczalne i pozadoświadczalne w psychjatrji. — J. Morawski: Dziedziczność w padaczce. — K. Orzechowski: Klinika i patogeneza padaczki. — Wł. Sterling: Pogranicze padaczki. — J. Nelken: Kryminalna patologja padaczki i jej znaczenie sądowo-lekarskie. — Ig. Fuhrman: Program wywyszkolenia personalu psychjatrycznego.

Dziecko i matka: rok IV, nr. 4, z r. 1929: Al. Maliszewski: Wiersz o mrozie. — T. Witwicki: Początki rysunków u dzieci. M. Benisławska: Zapoznawanie nowych wartości. — F. Kruszewska: Przyjemny Pan. — H. Duninówna: Wychowawcze wskazania przeszłości. — B. Pałasiński: Dzienniczek matki. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — Dr. T. Ciosłowski: Znaczenie szczepień ochronnych Calmette'a. — Dr. Fr. Ks. Cieszyński: Wzbieranie gruczołów piersiowych i krwawienie z pochwy u noworodków. — M. Biehler: Waga.

Medycyna, rok III, nr. 6, z 12 lutego 1929: Sew. Cytronberg: Kilka niezbędnych dla lekarza współczesnego wiadomości z zakresu chemji fizycznej i koloidowej. — Ew. Bogacka: Przyczynek do sprawy nosicielstwa prątków durowych. — Alf. Galewski: Przemiana fosforowa w ustroju ludzkim.

Przegląd Dermatologiczny, tom XXIV, nr. 1, r. 1929: Jan. Romanowa: Pyodermia chronica ulcerosa et vegetans. — Tad. Chorążek: Przetwory złota w lecznictwie rumienia toczniowego. Tad. Chorążek i St. Ostrowski: Choroba Fox-Ferdyce'a. — F. Goldschlag: Summerprurigo (Hutchinson). — Mar. Grzybowski: Alergja skóry w przebiegu kiły. — A. Ettinger: O zapaleniach rzeżączkowych stawów i pochewek ścięgnistych. — S. Ł. Kwiatkowski: Leczenie rzeżączki dożylnemi wlewaniami urotropiny. — Tad. Dybowski: O farmakodynamice chemoterapji w kile.

Położna, rok II, nr. 3, marzec 1929: Od redakcji. — Dr. Berger: O witaminach i ich znaczeniu dla odżywiana człowieka. — J.: Kinematograf i radio na usługach medycyny. — Dr. Ślączkowa: O alkoholizmie. — St. P.: Książka - towarzysz. — Z praktyki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1927. XLV/2.

Julius Jarcho: *Uterosalpingografja.* Rentgenologiczne uwidocznienie macicy i jajowodów po podaniu lipjodolu stanowi bardzo dokładny sposób rozpoznawczy. W razie niepłodności umożliwia umiejscowienie niedrożności jajowodu. Technika jest łatwa, ale musi być wykonana w ścisłych warunkach jałowości. Nie może być zastosowana ambulatoryjnie.

Sposób ten jest bezpieczny i nieszkodliwy. Objawów jodzicy autor nie obserwował.

Nicholson Eastman: *Skręt wodniaka jajowodu.*

L. Barnett: *Nowy postęp naszej wiedzy o bąblowcu.*

Thomas Gullen: *Włókniako - tłuszczak naśladujący guz prawej nerki.*

R. Jackson: *Niepowikłane zwichnięcie pierwszego kręgu karkowego przez skręcenie.* Wymienione w tytule zwichnięcie jest częstsze niż się przypuszcza i może być łatwo przeoczone. W przypadkach nie rozpoznanych może przyjść nagle do zejścia śmiertelnego nawet kilka miesięcy i kilka lat po uszkodzeniu *(myelitis).*

Cambell Begg: *Przetoki urachus i nerka.*

Wilder Penfield: *Otorbione guzy systemu nerwowego.*

Meredith Cambell: *Hydrocele.* Zwykłe nakłucie z ewentualnem wstrzykiwaniem płynów drażniących nie daje dobrych wyników. Najlepiej stosować zabieg. Powikłania po zabiegu są najczęściej powodowane krwiakiem z powodu nieodpowiedniego opatrunku i zakażenia. Ilość przeciętna dni szpitalnych u pacjentów autora wynosi 9,4. Na 456 chorych miał autor dwa wypadki śmierci raz po zabiegu, drugi raz po nakłuciu (zapalenie płuc).

Chirurgja kliniczna.

J. Deaver: *Zespolenie żołądkowo - jelitowe.*

E. Neuber: *Technika wycięcia żołądka.*

R. Sullivan i A. Fraser: *Nowotwory wychodzące z glomerulus carot.*

W. Cambell: *Pozastawowe usztywnienie stawu krzyżowo-biodrowego.*

W. Cubbins i A. Conley: *Uszkodzenie łąkotek.*

H. Young: *Usunięcie przetoki pęcherzowo - pochwowej.*

M. Douglass: *Chirurgiczne leczenie tyłozgięcia macicy.*

A. Turenne: *Wskazania do zabiegu w połogowej thrombophlebitis pelvica.*

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo czeskie.

Ćasopis lékaru ćeskych.

Nr. 2. 1929.

As. Dr. B r u m l i k: *Miażdżyca małego krwiobiegu.* Miażdżyca tętnicy płucnej, uważana za chorobę wyjątkową i rzadką, jest w rzeczywistości schorzeniem stosunkowo często spotykanem (Pesselt, Vienoseno, Andral, Lowis, Giroux, Maixner, Neumann i inni). Do symptomatologji tej choroby należy szereg objawów, z którymi spotykamy się i w schorzeniach innych, sercowych, płuc i krwi, nigdy jednak z taką wyrazistością. Z objawów przedmiotowych, jak ciężka sinica twarzy i kończyn, polyglobulja i przerost serca prawego, obok zmian roentgenologicznych; podmiotowo skarżą się chorzy na duszność i dolegliwości polyglobulją wywołane (senność, ból głowy, oczu). Z reguły dołącza się kaszel, niekiedy krwioplucie. W okresach późniejszych występują objawy niedomogi serca, szczególnie prawego (obrzęki, zastój żyły wrotnej i krwiobiegu małego). Szczególniejszą wartość rozpoznawczą posiadają wywiady. Rozpoznanie trafne zależy od doświadczenia i dobrego obrazu roentgenologicznego. Zwężenia małych tętnic wywołują najcięższe, przewlekłe sinice. Stwardnienie większych naczyń nie stawia krążeniu znaczniejszych przeszkód, pozostaje zatem bez objawów podmiotowych (a oprócz Roentgena) i przedmiotowych. Pierwotne stwardnienie tętnicy płucnej występuje rzadko a rozpoznanie możliwe jest po wyłączeniu wszystkich możliwości, mogących być przyczyną procesu wtórnego. Stwardnienie wtórne towarzyszy chorobom, wywołującym wzmożenie ciśnienia w krwiobiegu płucnym (zwężenie ujścia żylnego lewego, wrodzone wady serca it. d.). Stwardnienie następowe tłumaczy się zwyrodnieniem albo przystosowaniem się ściany naczynia do zmienionego ciśnienia krwi. Trudniej daje się wyjaśnić powstanie sklerozy tętnicy płucnej w przypadkach przewlekłych nieżytów oskrzeli albo grzybicy kropidlakowej płuc (Aspergillosis), w których nie spotykamy się ze wzrostem ciśnienia. Z różnych poglądów (Ljungdahl, Saltykow, Thomas) przyjmuje autor jako przyczynę, przejście procesu zapalnego i zakaźnego ze sąsiedztwa na ściany naczynia; przerost prawego serca kładzie na karb wzmożonego ciśnienia, wywołanego utratą włókien elastycznych w ścianach stwardniałych.

Dr. V. M a n d l e r: *Wrzód żołądka a prawo Baylissa i Starlinga.* Bayliss i Starling wykazali doświadczalnie, że podrażnienie jelit wywołuje: a) powyżej miejsca podrażnionego pobudzenie mięśniowe (ekscitację), hypertonję, b) poniżej zaś mięśniowe zleniwienie, hypotonję. To rozkojarzenie pomiędzy napięciem mięśniowem nad i pod miejscem podrażnionem nazywa się prawem Bayliss - Starlinga. Barsony i Hortobagyi wykazali ważność tego prawa dla dwunastnicy i wrzodu dwunastnicowego. Wedle Barsony'ego jest rentgenologiczny zespół czynnościowy w przypadku wrzodu dwunastnicowego, typowym wyrazem tego prawa. W zespole tym rozróżnić należy dwa główne składniki: 1) pobudzenie mięśniowe części opuszki dwunastnicowej, ułożonej powyżej wrzodu (też i w żołądku). Ekscitacja ta objawia się z reguły hypertonja, hyperperistaltyką i hypermobilitas; rzadziej skurczem okolicznym lub całkowitym, 2) zleniwienie mięśniowe, objawiające się hypotonją części opuszki, ułożonej poniżej wrzodu, większem lub mniejszem zaleganiem treści dwunastnicowej. Barsony nazywa ten zespół krótko „prawem dwunastnicowem". Autor sądzi, że prawo to odnosi się również do wrzodu żołądka. Powyżej wrzodu żołądka występuje stale hypertonja, osiągająca szczyt w kurczowem zwężeniu, poniżej hypotonja, dochodząca niekiedy do zupełnego zwiotczenia (atonia) (6 godzinne zaleganie). Autor polemizuje z Haudekiem, dopatrującym się przyczyny tego zjawiska nie w hypotonji lecz w kurczu odźwiernika. (Kaiser widzi w hypotonji predyspozycję dla powstania „medio-gastrycznego" wrzodu, nazywając ją okresem „przed - wrzodowym" (praeulcus)). Wedle Kaisera jest hypotonja i wydłużenie żołądka (elongatio) zjawiskiem pierwotnem, wrzód wtórnym. Autor jest zdania, że wrzód (etjologja obojętna) jest pierwotny, a wydłużenie żołądka zmianą wtórną. Wydłużenie i zleniwienie mięśniowe uzasadnia autor prawem Bayliss - Starlinga (Cramer).

As. Dr. V. M i k u l a s: *Do kwestji nadpochwowej amputacji macicy w przypadku raka.* Najważniejszym argumentem, przemawiającym przeciwko całkowitemu wycięciu macicy jest większa śmiertelność. Na klinice prof. Jeriego operuje się tą metodą i przypadki mniej powikłane. Śmiertelność wynosi 4,56% (z 307 przypadków całkowitego wycięcia macicy, wykonanych od r. 1923 do 1927). Śmiertelność nie odbiegająca zbytnio liczbowo od śmiertelności, występującej po nadpochwowej amputacji macicy. Przy pomocy hysterektomji całkowitej usuwamy z ustroju część narządu mało użyteczną, niebezpieczną zaś dla życia, jako siedlisko złośliwego zwyrodnienia. Chroni nas przed błędem, jakiego dopuszcza się niejeden operator przy nadpochwowej amputacji, pozostawiając w ustroju ognisko nowotworowe. Z polepszeniem techniki operacyjnej, zmniejszy się i pierwotna śmiertelność po całkowitej hysterektomji.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo jugosławiańskie.

Medicinski Pregled.

Nr. 7. 1928. Beograd — Zagreb - Ljubljana — Sofia.

A. S e r c e r: *Nieprawidłowe kostnienie narządu gnykowego (hyoidei) jako przyczyna dysphagji, otalgji, i newralgji nerwu trójdzielnego.*

St. I v a n i ć: *Leczenie antygenami.*

M. S e k u l i ć: *Zapalenie prawego górnego płatu płuc.*

St. S i m i ć: *Leczenie gruźlicy otrzewnej promieniami X.*

R. B r a s o v a n: *O raku pierwotnym woreczka żółciowego.*

N. A k a c a t o v: *Zapalenie i jego leczenie z fizyko - chemicznego punktu widzenia.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Nr. 8. 1928. Beograd — Zagreb — Ljubljana — Sofia.

Dj. N e s i ć: *Albrecht v. Graefe. W stuletnią rocznicę.*

M. P r i c a: *Zanieczyszczenie i samooczyszczanie rzeki Sawy w obrębie Zagrzebia.*

M. M i l o v a n o v i ć: *Przyczynek do anatomji patologicznej samobójców.*

W. K r e c h: *Synergizm między przetworami naparstnicy a solami wapnia.*

I. D j u r i c i ć: *Działanie mocznika na odporność ciałek czerwonych.*

Hr. J o k s i m o v i ć: *Rozpowszechnienie gruźlicy w Belgradzie.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Nr. 10. 1929. Beograd—Zagreb—Ljubljana—Sofia.

E. M a y e r h o f e r i M. L y p o l t - K r a j n o w i ć: *Autochtonne występowanie t.zw. plam mongolskich u noworodków ras europejskich.*

J. F l e g e r: *Sprawa objawu pierwotnego, ze względu na mechanizm zakażania kiłą endemiczną w Bośni i Hercegowinie.*

Dr. M i l o j e v i ć: *O znieczuleniu epiduralnem.*

J. P i c a r d: *Aktualne zagadnienia odnośnie padaczki idiopatycznej.*

R. B r a s o v a n: *O transfuzji krwi.*

G. A l k o v i ć: *O hormonie tarczycy, jako środku naczelnym przeciw schorzeniom skóry.*

M. J a k o v l j e v i ć: *Obowiązki naszej pedjatrji w związku z higjeną i ochroną społeczną małych dzieci.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 1. 1929.

Dr. L. H e r c o g: *Orzeczenie sądowo - lekarskie w sprawie alkoholika, który zabił żonę.*

Dr. A. J a n i k (Lwów): *W sprawie sączkowania jamy brzusznej po zabiegach na drogach żółciowych.* Autor oświadcza się za sączkowaniem po wycięciu woreczka żółciowego.

Dr. C. B. S t e i n m a n n: *Fizjologja tkanki adenoidalnej.* Tkanka adenoidalna, jest jednakową niezależnie od miejsca w którem się znajduje i ma jednakowe wszędzie zadania. Zatem w którem się znajduje i ma jednakowe wszędzie zadania. Zatem czynności migdałów i wyrostka robaczkowego są jednakie. Ma głównie zadania ochronne. Wytwarza lymphocyty, wydala leukocyty, bakterje, toksyny i substancje szkodliwe, np. wstrzyknięte barwiki. Z tego widać jak celowem jest rozmieszczenie jej wzdłuż narządu trawienia.

Dr. V. C a w k a: *O przyczynach jaskry.*

Polemika. Referaty. Zapiski lecznicze. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo rosyjskie.

Wracz. Gaz.

Nr. 10. 1928 r.

Doc. G. A r o n o w i c z (Leningrad): *Neuralgia brachialis i periarthritis humeroscapularis.* Chorzy, cierpiący na bóle w obręczy

barkowej udają się zwykle po poradę do lekarzy internistów lub chirurgów. W przypadkach w których długotrwałe leczenie pozostaje bez skutku, lekarze ci rozpoznają metodą *per exclusionem neuralgia brachialis,* które to rozpoznanie często ma im zastąpić brak klinicznego rozgarnienia w danej sprawie chorobowej. Ustalenie i sprecyzowanie zatem rozpoznania rwy ramiennej przedstawia się w praktyce jako czynnik bardzo ważny. Bóle w obręczy barkowej umiejscowiają się zarówno bezpośrednio w stawie barkowym jak i nazewnątrz, zupełnie niezależnie od usadowienia się samej sprawy chorobowej, która może dotykać wyłącznie stawu bądź tylko tkanek okalających torebkę stawu barkowego. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem stawu barkowego *(omarthritis),* w drugim — z zapaleniem okołostawowem *(periarthritis).* Bóle w tym stawie występują nadto na drodze odruchowej wówczas, gdy sprawa chorobowa umiejscawia się w narządach wewnętrznych (serce, przepona, opłucna, wątroba, woreczek żółciowy). Wreszcie w przypadkach pierwotnych zmian chorobowych układu nerwowego bądź jego układu obwodowego występują bóle neuralgiczne lub neurotyczne. Prawidłowe i przyczynowe leczenie wspomnianych bólów wymaga, jak z powyższego wynika, nader ścisłego zróżniczkowania klinicznego rozpoznania.

O ile monoarthrity najrozmaitszego pochodzenia są stosunkowo rzadką zmianą, o tyle periarthrity często występują w barku, dotykając kaletek maziowych jak np. *bursa subdeltoidea, subacromialis* oraz mięśni, ścięgien i pochewek okalających wspomniany staw. Zadaniem autora jest udostępnienie lekarzowi praktycznemu poznania schorzeń dookoła stawowych, aby był w stanie wykluczyć na przyszłość niezawsze słuszne rozpoznanie — *neuralgia brachialis.*

W ruchach obręczy barkowej biorą udział nietylko trzy stawy *(art. humeroscapularis, art. acromioclavicularis i art. sternoclavicularis),* lecz także liczne tkankowe szczeliny okołostawowe (Nebengelenke), znajdujące się między obręczą barkową a klatką piersiową oraz w przestrzeni między *lig. coracoacromiale* a wewnętrzną powierzchnią mięśnia naramiennego. Owe szczeliny tworzą w sumie swej niejako drugi uzupełniający staw zewnętrzny, który wraz z trzema wspomnianemi stawami zabezpiecza szczytową ruchomość barku. Rzecz oczywista, że zmiany zapalne w tkance okołostawowej ograniczają wydatnie ruchy ramienia. Duplay określa owe schorzenia mianem *periarthritis humero-scapularis.* Pochodzenie omawianej sprawy chorobowej jest zazwyczaj bardzo różnorodne i tak może ona powstać wskutek urazu pojedyńczego bądź częściej powtarzających się, dalej zakażeń przeniesionych drogą krwionośną w przebiegu spraw ropnych, grypy, zapalenia migdałków, próchnicy zębów (oralsepsis), zapalenia płuc, ostrego i przewlekającego się gośćca, chorób przemiany materji (kalkdiathese). Niekiedy jednak nie udaje się wogóle ustalić jakiegoś związku przyczynowego.

Omawiane schorzenie może mieć charakter bądź gwałtowny bądź też przewlekły. W pierwszym rodzaju przypadków zaznacza się silna bolesność wewnętrznej powierzchni ramienia oraz samego barku, wzmagające się zwłaszcza w nocy. Ucisk na chorobowo zmienioną część dodatkowego stawu powoduje znaczną bolesność, natomiast obmacywanie stawu barkowego od strony pachy jest zupełnie bezbolesne. Ostry przebieg *bursitis subdeltoidea* i *subacromialis* cechuje się niekiedy ledwo zaznaczającem się uwypukleniem, bolesnem w dotyku a wówczas ramię zwisa i odziaływa boleśnie nawet na lekkie dotknięcie. W przewlekających się przypadkach ruchy ramienia zwłaszcza przywodzące i odprowadzające są znacznie upośledzone. Próby założenia ramienia na plecy powodują bolesność w *bursa subacromialis.*

Sprawy zapalne dookołastawowe różnią się od zapalenia stawu barkowego, zdaniem autora — ruchami rotacyjnemi oraz wahadłowemi spokojnie zwisającego ramienia, które to ruchy nie powodują bolesności ponieważ źródło ich tkwi w stawie barkowym. Ból zatem towarzyszący takiemu badaniu przemawia raczej za zmianą zapalną samego stawu. W przebiegu periarthritis ból występuje dopiero wtedy, gdy ruchy te wynikają z pracy dodatkowego stawu. Zdjęcia rentgenograficzne wykazują niejednokrotnie u ludzi na pozór zupełnie zdrowych utworzenie się złogów w przestrzeniach dookołostawowych jak np. *bursa subdeltoidea* oraz w sąsiedztwie *tubercul. majus humeri.* Uraz doznany przez takie jednostki powoduje najczęściej powstanie zapalenia kaletek. Zdaniem niektórych autorów owe złogi wapienne (kalkdiathese) stanowią właśnie czynnik usposabiający do powstawania zapalnych zmian okołostawowych.

Przewlekłe stany zapalne tkanki okołostawowej wywodzą się z nieprawidłowo bądź wcale nieleczonych ostrych przypadków zapalenia kaletek a istota ich zasadza się na powstaniu zrostów w tkance okołostawowej. Tego rodzaju przypadki cechują się nieznaczną bolesnością wewnętrznej powierzchni ramienia oraz jego niedowładem. Często jednakże i owe objawy podmiotowe nie dają się zauważyć, albowiem ograniczone te ruchy zostają wyrównane odpowiednio przystosowaną czynnością łopatki (Mitbewegungen). Współwystępujące ruchy łopatki są u niektórych chorych do tego stopnia rozwinięte, że nie zdają sobie sprawę z nieruchomości stawu barkowego. Autor na podstawie własnego spostrzeżenia stwierdzał owe unieruchomienie u chorych, uskarżających się jeno na bóle i niedowład kończyny górnej a to z powodu nieświadomości tychże o takim stanie rzeczy. Wreszcie autor zwraca uwagę, że niejednokrotnie zapalenie pochewki ścięgna mięśnia dwugłowego zbliżone jest objawami do rwy ramiennej. Do grupy schorzeń okołostawowych zalicza autor również sprawy zapalne pochewek które jak spostrzeżenia jego stwierdzają dość często występują wśród chorych ambulatoryjnych. Ścisłe rozpoznanie i w tym przypadku posiada nader ważne znaczenie, albowiem każda z tych spraw wymaga zupełnie odmiennego sposobu leczenia. Następujący zespół objawów cechuje sprawę zapalną ścięgien mięśnia dwugłowego a to bóle w ramieniu, które promieniują w stronę szyi i karku następnie rozpowszechniają się wzdłuż wewnętrznej powierzchni ramienia aż do łokcia, sięgające niekiedy palców i nadgarstka. Owe bóle potęgują się zwłaszcza w czasie kurczu mięśnia dwugłowego a mianowicie podczas ruchów ramienia. Uniesienie kończyny górnej do płaszczyzny poziomej bądź nagłe zginanie i prostowanie w stawie łokciowym powoduje bóle w ramieniu i w okolicy podobojczykowej. Przedmiotowo stwierdza się punkty bolesne na wysokości *proc. coracoideus* oraz odpowiednio do przebiegu *sulcus intertubercularis.* Naciskanie bądź opukiwanie brzuśćca mięśnia dwugłowego cechuje się również bolesnością. Natomiast ostrożny ucisk na pęczek nerwowo-naczyniowy od strony wewnętrznej ramienia *(sulcus bicipitalis internus)* nie daje się choremu odczuwać. Jedną z podstawowych przyczyn zapalenia pochewek m. dwugłowego jest przemęczenie wspomnianego mięśnia pracą forsowną, dlatego też zmiany te dotykają przedewszystkiem pracowników fizycznych. Mylne rozpoznanie w takich przypadkach pociągnęło również za sobą nieodpowiednie leczenie a mianowicie stosowano względem takich chorych środki antineuralgiczne oraz fizykalne sposoby leczenia. Tymczasem chorym takim należy zalecić zachowanie zupełnego spokoju i stosować ustalający opatrunek Chorzy tacy winni być również zwolnieni od pracy fizycznej a leczyć ich należy ogrzewającemi okładami na miejscach bolesnych, przyczem należy ustalić położenie ramienia na klatce piersiowej w zgiętej pozycji w łokciu. Sprawy zapalne tkanek okołostawowych leczy się za pomocą przestrzegania spokoju, ustalenia ramienia i stosowania hydro i termoterapji obok lekkiego masażu.

W. J.

Nr. 17.

W. Kondratjew: *Dehelminthyzacja zapomocą zgłębnika dwunastnicowego.* W roku 1927-ym udała się na Sybir 50-ta z rzędu ekspedycja do walki z pasorzytami, ponieważ w niektórych połaciach tego kraju panoszą się nagminnie groźne schorzenia powodowane przez czerwie. Przybywszy na wskazane miejsce komisja stwierdziła makro- i mikroskopowo u 129-ciu chorych obecność czerwi. Chorych tych poddano leczeniu za pomocą *extr. filic. maris,* stosowanego przez zgłębnik dwunastnicowy. Zwykłe podawanie tego środka czerwiogubnego *per os* wymaga odpowiedniego zachowania dłuższej diety, wywołując często następowe wymioty oraz znacznie gorsze ogólne samopoczucie chorych. Taki sposób leczenia skutkuje zresztą wedle Selezmiewa zaledwie tylko w 50%. Dlatego posługiwał się autor gumowym zgłębnikiem dwunastnicowym średnicy 4 mm i 120 cm długości, zaopatrzonym w centymetrową podziałkę. Zgłębnik ten kończy się ołowianem zgrubieniem w kształcie oliwki. W przeddzień wprowadzenia zgłębnika poleca się choremu w dwie godziny po spożyciu zwykłej kolacji zażyć 40,0 *inf. fol. sennae (composit. lub salinum).* Sam zabieg przeprowadza się następnego dnia, gdy chory jest na czczo. W celu łatwiejszego wprowadzenia zgłębnika i złagodzenia podmiotowych wrażeń u chorych, którzy z takim zgłębnikiem muszą blisko godzinę leżeć — stosuje autor pędzlowanie krtani za pomocą 3% roztworu *cocaini mur.* Po upływie dalszych 15-tu minut, choremu, siedzącemu na krawędzi łóżka z odrzuconą wtył głową, — poleca się otworzyć usta i wysunąć język a zarazem wypowiedzieć samogłoskę „a". W tej chwili lekarz wprowadza koniec zgłębnika, chory zaś prostując się nieco, stopniowo połyka ten przyrząd aż do punktu — oznaczonego na jego podziałce 50-ym cm. Poczem chory, ułożony na prawym boku pochłania dalsze 20 cm wspomnianego zgłębnika. Bezpośrednio potem usuwa się cała zawartość żołądka za pomocą 10 cm strzykawki Recorda. Z chwilą przedostania się oliwki do dwunastnicy tłok strzykawki wysuwa się już znacz-

nie trudniej a wypompowywana zawartość z domieszką żółci dowodzi, że przyrząd dostał się do dwunastnicy. Po ostatecznem upewnieniu się najrozmaitszemi sposobami, że oliwka znajduje się w dwunastnicy, autor wprowadzał przez zgłębnik 5,0 do 6,5 *extr. filicis maris*, rozcieńczonego 1,0 do 2,5 *aether sulfur*. Następnie przepłukiwał dwukrotnie powietrzem, wytłoczonem ze strzykawki, poczem dopiero wyciągał zgłębnik na zewnątrz. Chory wciąż pozostaje w ułożeniu na prawym boku aż do chwili ustąpienia wszelkich wrażeń podmiotowych. Potem dopiero wolno mu powstać a nadto musi on zażyć 40,0 *inf. fol. sennae*. Autor przytacza następujące ciekawe zestawienia:

Czas w jakim czerwie wydalały się z przewodu pokarmowego	Liczba przypadków
Do 15 minut	1
od 15 minut do 30 minut	9
„ 30 „ „ 45 „	11
„ 45 „ „ 60 „	20
„ 60 „ „ 1 godziny 30 minut	18
„ 1 godziny 30 minut do 2 godzin	21
„ 2 „ „ 3 „	12
„ 3 „ „ 5 „	7
„ 5 „ „ 8 „	4

Rodzaj czerwi	Ilość czerwi	Liczba przypadków
T. saginata	3	1
„ „	2	5
„	1	92
T. solium	1	4
T. saginata i T. solium	1+1	1
Dibothriocephalus latus	1	1

Autor zauważa, że 33% leczonych chorych przeprowadzało już poprzednio kurację przeciwczerwiową *per os*, która jednakowoż nie dała wyniku dodatniego. Z powyższych względów poleca on stosować opisany sposób leczenia, uważając, że dla podmiotowego stanu chorego, jestto sposób nie dający się zastąpić żadnym innym sposobem, albowiem skraca znacznie cały przebieg leczenia i daje stale najpewniejsze wyniki. Ekstrakt, wprowadzony bezpośrednio do dwunastnicy, nie osłabia się wskutek działania soku żołądkowego i działa w stanie skupionym na czerwie. Dzięki temu nawet w dwójnasób zmniejszoną dawką ekstraktu można osiągnąć nader dodatnie wyniki a tem samem wobec znanych właściwości trujących ekstraktu ewentualne zatrucia chorego stają się niemal wykluczone.

z.

Piśmiennictwo węgierskie.

Gyogyaszat.

1928. Nr. 46.

K. Hegedüs: *O żeńskim hormonie płciowym. (A noi sexual hormonrol)*. W 45 przypadkach nieregularnych krwawień wstrzykiwano do pośladków sistomensinę, poczynając od 1 cm³. W cięższych przypadkach wstrzykiwano 2 cm³, a w uporczywych podawano oprócz tego 3 razy dziennie po 1—2 kołaczyków. Leczenie odbywało się ambulatoryjnie, a tylko w uporczywych przypadkach należało przepisywać leżenie. Wszystkie przypadki tyczyły się zaburzeń jajnikowych, a zatem wyłączały prawie zupełnie przyczyny anatomiczne.

Z tych 45 przypadków zauważono zupełne ustanie krwawień w 26 razach (57.8%), w 7 przypadkach nastąpiła znaczna poprawa (17.7%), a w 11 przypadkach (24.4%) leczenie sistomensiną skutku pożądanego nie dało, wskutek czego wypadło chwytać się innych środków pomocniczych. Wszystkie dodatnie wyniki tyczyły się przypadków, które reagowały nadzwyczaj szybko, a nawet najobfitsze krwawienia poprawiały się znacznie już po pierwszym zastrzyku sistomensiny, tak iż następnie kilka dawek wystarczyło do zupełnego zatamowania krwi. W tej ogólnej liczbie było 19 przypadków nieregularnej miesiączki. Z nich wyleczono 10, poprawiono 5, a w 4 nie osiągnięto poprawy. Nadto stosowano sistomensinę w nadmiernych, zbyt rzadkich miesiączkach, w krwawieniach zbyt częstych i zbyt obfitych w przedwczesnym okresie przechodowym. Przeważnie następowało wyleczenie lub conajmniej znaczna poprawa. W przypadkach stałych pęcherzyków jajnikowych, w krwawieniach w okresie przekwitania, mięśniakach, hipotyreoidyzmie tylko w niektórych przypadkach zdołano sprowadzić remisję krwawień. W innych przypadkach leczenie zawodziło zupełnie.

Z 41 przypadków braku miesiączki 32 leczono samą agomensiną, 9 agomensiną w połączeniu z sistomensiną. Dziwnem zdaje się być, że sistomensinę używano też do wywoływania krwawień płciowych. Dla wyjaśnienia należy zwrócić uwagę, na wyniki kliniczne otrzymane za pomocą tej kombinacji, a także na dotychczas jeszcze nie wyjaśnioną hipotezę menstruacji. Uhlmann znajduje w sistomensinie hormon pobudzający popęd płciowy, nietylko rozpulchnienie błony śluzowej macicy, a także odradzanie się takowej i że brak tego hormonu powoduje długotrwałe krwawienia z nieodradzalności tej śluzówki. A zatem hormon ten w zasadzie pobudza miesiączkowanie, a pod względem klinicznego działania hamuje takowe.

Z 41 przypadków (36.6%), 15 wykazało wyraźnie dobry skutek, a w 26 (63.4%) zawody. Z tych 26 przypadków, 11 (26.8%) dowiodło niezaprzeczenie skuteczność tego przetworu wobec określonych zgóry objawów, tak, iż przypisywać mu należy poprawę. Nieco korzystniej przedstawia się kombinowane leczenie agomensiną i sistomensiną, wskutek czego do tego postępowania autor przywiązuje wielkie nadzieje. Podawano agomensinę w zastrzykach, o ile było można, codziennie w ciągu kilku miesięcy. Kołaczyki podawano 3 razy dziennie po 1—3 sztuk. Wspomnieć należy, że w wielu przypadkach pomagały same kołaczyki, czego o sistomensinie powiedzieć nie było można.

Z 32 przypadków leczonych agomensiną było 8 dłuższego lub krótszego braku miesiączki, będącego tylko objawem towarzyszącym. Wszystkie te przypadki dobrze reagowały na agomensinę. Nawet chorych, u których brak perjodu był jedynym objawem przedmiotowym zdolano wyleczyć za pomocą agomensiny.

W jednym przypadku, w którym do braku miesiączki przyłączyły się objawy z ubytku, agomensina dała znakomite wyniki; po długiem leczeniu (od 22 marca do 28 kwietnia) codziennemi zastrzykami agomensiny pojawiła się menstruacja i zginęły te objawy, a do końca listopada krwawienia pojawiały się regularnie. Niedostateczność miesiączkowania i zaburzenia w przedwczesnym okresie przekwitania często ulegały wpływowi agomensiny, często jednak pozostawały bez zmian. Bardzo ciekawych jest 9 przypadków leczonych agomensiną w połączeniu z sistomensiną. Z nich 4 przypadki braku, 2 niedostateczności miesiączki uległy wyleczeniu, 3 zaś wypadło zaksięgować na rachunek zawodów. Należy zauważyć, że u jednej chorej z niedostatecznem krwawieniem kombinowane leczenie zastrzykami sprowadziło tak silne krwawienie, że należało następnie podawać wielkie dawki sistomensiny, aby po kilku dniach powstrzymać te krwawienia.

Autor wnioskuje, że 57.8% patologicznych krwawień pochodzenia jajnikowego za pomocą sistomensiny i 36.6% braku miesiączki leczonych samą agomensiną lub w kombinacji obu tych przetworów dało tak pomyślne skutki, jakich nigdyby się nie udało osiągnąć przed epoką hormonoterapji. Wskutek tego, podług stanu współczesnej wiedzy, agomensinę i sistomensinę uznać należy za pełnowartościowe przetwory organoterapeutyczne.

———————

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 10. X. 1928 wspólnie z Towarzystwem Internistów ku uczczeniu J. Dietla.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. Latkowski. Obecnych 70.

Prezes Prof. Latkowski zagaja posiedzenie, podnosząc w dłuższem przemówieniu zasługi Dietla, oraz kreśli życiorys tego wybitnego uczonego i wielkiego Polaka.

Kol. Szczeklik wygłasza odczyt p. t.: *„O poglądach Dietla na upust krwi w zapaleniu płuc"*, (druk. w Pol. Gaz. Lek. Nr. 45, 1928 r.).

Posiedzenie z dnia 17. X. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. Latkowski. Obecnych 120.

Kol. Gutwiński *przedstawia 2 przypadki niedokrwistości złośliwej leczonej wątrobą.*

W dyskusji zabierają głos: kol. Szczeklik, który przytacza obserwacje poczynione w klinice wewnętrznej Prof. Latkowskiego nad urobilinogenurją u chorych leczonych wątrobą, podkreślając że urobilinogen w moczu znika wpierw nim przychodzi do wzrostu ciałek czerwonych we krwi, jakoteż, że u chorych tych przed

poprawą obrazu krwi zauważa się poprawę stanu podmiotowego i ogólnego. Spostrzeżenia te mogłyby wskazywać, że chodzi tu o działanie antihemolityczne wątroby. Następnie kol. Szczeklik cytuje zapatrywania autorów amerykańskich na istotę leczenia wątrobowego w anaemia perniciosa wygłoszone w lipcu r. b. na kongresie w Minneapolis:

Ścisła dieta Minota i Murphyego nie jest konieczną, gdyż wystarcza dieta zwykła i wątroba. Również podawanie kwasu solnego nie jest potrzebne. Należy być ostrożnym, by przy obecnej modzie powszechnego stosowania diety wątrobowej w każdym przypadku niedokrwistości nie przeoczyć i wczesnych okresów raka, z powodu którego rozwija się niedokrwistość. Należy mieć na uwadze ewentualne zmiany nerkowe, które mogą wystąpić po podawanej przez parę lat diecie wątrobowej. Wyciągi wątrobowe według Cohna nie wykazują skuteczności w anemjach wtórnych u psów skrwawionych, natomiast dodanie małej ilości całkowitej wątroby do pożywienia wzmaga skuteczność działania wyciągu. Wtórna niedokrwistość wywołana u szczurów przez jednostronną dietę mleczną reaguje tak samo dobrze na wyciąg wątroby jak na całkowitą wątrobę. Zapatrywania przeważnej części autorów amerykańskich idą w tym kierunku, że niedokrwistość złośliwa jest pewnego rodzaju „awitaminozą", a podawanie wątroby działa podobnie jak dostarczanie czynnika dodatkowego (witaminy).

Prof. L a t k o w s k i wyraża zapatrywanie, że wątroba może działać na anemję przez dostarczanie ciał potrzebnych do budowy ciałek czerwonych, albo może wpływać na funkcję szpiku kostnego. Może też działać na funkcję jelit i przybłonka w ścianie jelit przywracając im zdolność obrony przed działaniem trucizn. Może też działać wzmacniając oporność ciałek czerwonych względem trucizn na nie działających. Wątroba może działać na przemianę lipoidów i może dostarczać ciał które służą do wzmocnienia otoczki lipoidowej. Wedle doświadczeń bowiem z truciznami hemolitycznie działającemi na ciałka czerwone, może przyjść do wzmożenia rezystencji ciałek czerwonych a to przez wzmocnienie otoczki lipoidalnej ciałek czerwonych tak zwanej pachydermji erytrocytów. Lipoidy odgrywają dużą rolę w gospodarstwie ustroju, a zaburzenia w gospodarce lipoidów ułatwiają działanie trucizn wytwarzanych w jelitach, co może być jedną z przyczyn wywołujących anemję. Te trucizny powstają albo tylko u ludzi chorych na anemję, albo też istnieją w warunkach prawidłowych, lecz zostają zobojętniane zwykle później przez krew a działają tylko wówczas, gdy ciałka czerwone są uszkodzone i okazują mniejszą rezystencję względem tych jadów. Także nasuwają się przypuszczenia tłumaczenia chwilowe, ale pomimo licznych badań do dziś dnia działanie wątroby nie jest jeszcze wytłumaczone.

Prof. K l e c k i przemawia w sprawie patogenezy anaemia perniciosa i zastanawia się nad kwestją flory bakteryjnej jelit, która w niedokrewności złośliwej ulega zmianie i ascenzji ku górze. Wyraża przypuszczenie, że wątroba podawana per os działa prawdopodobnie na tę florę i jej produkty toksyny, które może unieszkodliwiać; przeprowadzenie odpowiednich badań uważa za wskazane.

Kol. S z c z e k l i k zaznacza, że według badań autorów niemieckich wątroba wpływa na florę bakteryjną jelit, która po dłuższem leczeniu ulega descenzji ku dolnym odcinkom jelit.

O d c z y t Prof. W a c h h o l z a p. t.: *„O dochodzeniu dziewictwa"*. Druk. w Pol. Gaz. Lek., Nr. 49, 1928).

P o s i e d z e n i e z dnia 24. X. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. L a t k o w s k i. Obecnych 60.

Prezes żegna ustępującego gospodarza prof. Seńkowskiego, który opuszcza Kraków udając się do Wilna na katedrę chemji lekarskiej. Prof. S e ń k o w s k i w odpowiedzi dziękuje za słowa pożegnania i uznania i w krótkich słowach reasumuje swą działalność w Towarzystwie Lekarskiem przez okres 25-letniego gospodarzenia w Tow. Lekarskiem.

Prezes Prof. L a t k o w s k i przedstawia uchwałę Wydziału Tow. Lek.: Wydział postanowił zamianować członkami honorowymi Prof.: K l e c k i e g o i Prof. M a r c h l e w s k i e g o. Głosowanie według statutu odbędzie się na następnem posiedzeniu. Wybrano nowych członków kol. M a c z e w s k i e g o Maksymiljana i kol. S k o w r o ń s k i e g o.

D e m o n s t r a c j e: Kol. R u b i n s t e i n przedstawia: 1) przypadek ze zmianami skórnemi natury gonorrhoicznej na stopach w toku septikaemji gonorrhoicznej;

2) Przypadek *Encephalitis toxica, po thalium aceticum.*

Dyskusja: Kol. prym. D y b o w s k i podkreśla niezmierną rzadkość przypadku pierwszego. Cytuje dane z piśmiennictwa, tyczące się leczenia thalium aceticum. Na cyfrę 50 przypadków leczonych thalium aceticum były przypadki nephritis haemorrhagica i inne komplikacje. Oświadcza, że thalium aceticum nadaje się tylko do leczenia szpitalnego a nie ambulatoryjnego.

Kol. L e u c h t e r zwraca uwagę, że nie należy dopuścić do takiego stanu jaki przedstawia przypadek pierwszy, lecz należy wcześnie leczyć. Radzi w tych przypadkach proteinoterapję. Stosuje thalium aceticum ambulatoryjnie; cytuje z piśmiennictwa przypadki kretynizmu po thalium aceticum. Ritter wykreśla Thalium acetic ze środków leczniczych. Kol. Leuchter nie stoi na stanowisku tak ostrem; przeprowadza porównanie leczenia thalium aceticum z leczeniem salwarsanem.

Kol. Doc. Z i e l i ń s k i przemawia w sprawie zespołu neurologicznego w przyp. 2; zespół jest pochodzenia intoksykacyjnego tak jak po zatruciu CO (zmiany w jądrach podkorowych).

Kol. B o c z a r oświadcza się przeciw ambulatoryjnemu stosowaniu Thalium aceticum.

Kol. Ś l ą c z k a zabiera głos w sprawie przypadku 2-giego, i uważa, że tu mamy do czynienia ze sprawą intoksykacyjną, co jednak nie jest jeszcze pewną rzeczą. Następnie omawia stronę neurologiczną tego przypadku.

Kol. B r z e z i c k i przemawia w sprawie syndromu choreatycznego w drugim przypadku, omawia czynniki, które wywołują parkinsonizm. W Ameryce używano thalium aceticum, by wywołać syndrom choreatyczny. Thalium aceticum w tym przypadku mogło wywołać intoksykację albo encephalitis acuta.

Prof. L a t k o w s k i zwraca uwagę, że działania proteinoterapji nie można tłumaczyć jedynie gorączką.

Kol. R u b i n s t e i n w odpowiedzi.

D e m o n s t r a c j a z oddziału prym. Dybowskiego przez kol. J a r a n o w s k ą: *„Epidermolysis bullosa"*.

W dyskusji prym. D y b o w s k i mówi o uszkodzeniach skóry promieniami Roentgena.

D e m o n s t r a c j a kol. M r o z a: przedstawia przypadek nabłoniaka kosmkowego ektopicznego t. j. znajdującego się poza miejscem jaja płodowego, który dał przerzuty do płuc.

Kol. C h ł o p i c k i 2 przypadki psychozy po encephalitis.

Kol. B r z e z i c k i przedstawia kobietę lat 40, która miewa 2—3 godziny trwające stany zmienionej świadomości, po których występuje mniej lub więcej wybitna amnezja.

Stany te można podzielić na trzy rodzaje, które zwykle w ten sam sposób się powtarzają. Stany te miewa chora od dzieciństwa.

I. rodzaj — to stany lęków, w których chora chowa się po ciemnych kątach kurnika, a nawet wkłada głowę do palącego się pieca, chcąc się do niego schować. W tych stanach drze wszystko na sobie i koło siebie — drze i pali nawet własne pieniądze. Amnezja po tych stanach jest zupełna;

II. rodzaj — takich ataków charakteryzuje się tem, że chora stara się wydrapać na najwyższe miejsca — a więc wieże, dachy i właśnie z tego powodu została przesłaną do kliniki. Chodzi wtedy na samej krawędzi dachu lub na jego szczycie ku przerażeniu wszystkich. W tych stanach można z chorą nawiązać kontakt, stany te jednak pamięta jak przez mgłę;

III. rodzaj tych ataków — to nagłe występowanie zwidywań w postaci zawsze jednego i tego samego ducha, z którym rozmawia, skarży się na swój los, czuje jego dotknięcia. Kontakt wtedy z chorą jest zupełny, stany te chora pamięta niezwykle dokładnie.

Ponieważ u chorej charakter jest typowo epileptyczny kol. Brzezicki, uważa ten przypadek za psychiczną epilepsję. Z anamnezy i charakteru chorej wynika, że przypadek ten trudno jest uważać za histerję. Chora ta jest ciekawa z powodu objawów somnambulicznych i widzenia duchów, co może mogłoby zainteresować Towarzystwo Metapsychiczne.

Przypadki epilepsji psychicznej są rzadkie.

Po opisaniu kilku przypadków z piśmiennictwa i przedstawieniu statystyki epilepsji psychicznej — następuje dyskusja.

W dyskusji Doc. Z i e l i ń s k i: — przypadki epilepsji psychicznej czystej są rzadkie, częstsze są te, gdzie obok zespołów drgawkowych występują równoważniki psychiczne. Amnezja nie jest stałą cechą stanów epileptycznych.

Kol. B r z e z i c k i w odpowiedzi zaznacza, że przedstawiana chora w stanach lękowych ma amnezję, w innych stanach amnezja nie jest kompletna.

Kol. S c h w a r z b a r t przedstawia przypadek ropotoku z lewego ucha z bólami i zawrotami głowy w ostatnich czasach, i przedstawia przebieg operacji u tego chorego.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 21 listopada 1928 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia: 1. 57-letnią chorą z *limfosarkomatem* lewej jamy nadobojczykowej. Cierpienie trwa już trzy lata. W styczniu roku bieżącego widziana po raz pierwszy: wystający guz w lewej jamie nadobojczykowej, wielkości brzoskwini i sięgający poniżej lewego obojczyka na 5 cm. Na szyi z lewej strony gruczoły twarde, rozmaitej wielkości. Bóle i drętwienie lewej, górnej kończyny. Poza tem nigdzie więcej niema gruczołów powiększonych. Śledziony nie wyczuwa się. Rentgenoskopja: lewy wierzchołek nieznacznie zaciemniony wskutek ucisku gruczołów. Prawy cień wnękowy policyklicznie ograniczony i przemawia za powiększeniem gruczołów wnękowych. Naświetlano w styczniu, kwietniu i czerwcu 1928 r. guz główny i gruczoły szyjowe raz w styczniu 1928 r. Już po 4 dniach znaczne zmniejszenie guza głównego, obecnie prawie się nie wyczuwa, gruczoły szyjne znikły ostatecznie po 2 tygodniach.

II. Kol. Grosglik przedstawia: 30-letnią kobietę z *Adnexitis bilateralis et peritonitis tuberculosa*. W chwili rozpoczęcia naświetlań była już chora 10 miesięcy. W lipcu 1927 r. zakwalifikowana do operacji, laparotomja wykazała duże guzy w jamie miednicy, wychodzące z przydatków i niedające się usunąć. Bóle duże brzucha i krzyża, zwłaszcza z prawej strony. (Bóle przy oddawaniu moczu). Dreszcze, gorączka, naświetlano 4 razy od 5. 3. 1928 do 26. 9. 1928 dawkami nader drobnemi. Guzy stopniowo się zmniejszyły. Obecnie wyczuwa się tylko sznurki, świadczące o zabliźnieniu sprawy. Bóle brzucha czasami słabe również i krzyża.

Od 13. II. 1928 r. Amenorhoe. 6. II. 1928 r. po 9-cio miesięcznej przerwie pierwszy raz perjod, trzy dni trwający, średniej obfitości.

III. Kol. Kryszek wygłosił odczyt p. t.: *Istota i leczenie dusznicy bolesnej.* Omawia postać dusznicy sercowej zwaną ambulatoryjną. Postać tę wyodrębnia i odgranicza od innych postaci chorobowych ogólnie znanego schorzenia „dusznicy sercowej", dla których rezerwowane są nazwy „stenokardja", „status anginosus", „sclerosis art. coronarium". Podkreśla dla konieczności wzajemnego zrozumienia się potrzebę używania dla określonej postaci chorobowej jednego terminu. Omawia pochodzenie i wady terminu „angina pectoris" i polskiej „dusznicy bolesnej".

Wracając do dusznicy ambulatoryjnej, podkreśla jego cechę kardynalną schorzenia — ból. Omawia rodzaje bólu i wartość wywiadu. Ból nie jest nigdy kłujący. Bólowi towarzyszy lęk, spotykany jednak i u neuropatów. Umiejscowienie bólu jest typowo segmentarne. Ból odczuwany zostaje nad rękojeścią mostka, w lewym barku, w 1 ręce, z tyłu w plecach. Tę lokalizację bólu tłómaczy unerwieniem serca, które szczegółowo omawia. Dzięki przeczuleniu nerwu błędnego występować może bolesność mięśni.

Dusznica bolesna ambulatoryjna ma i swoje punkty uciskowe Schmidta i Liebmana.

Występowanie bólu zależne jest od 4 zasadniczych momentów: ruchu, pobierania pokarmów, zimna i wpływów psychicznych. W związku z wpływem psychiki omawia obszerniej teorję refleksyjną Wassermanna i występowanie anginy pectoris głównie u pracowników umysłowych. (Spostrzeżenia na własnym materjale fabrycznym — 3 tysiące robotników fizycznych) i w wieku przejściowym, bynajmniej nie starczym.

Cechą kardynalną cierpienia jest brak duszności co przemawia raczej za wydatnym mięśniem sercowym. Nie występuje a. p. w przypadkach wad zastawkowych dwudzielnych, ani w wyrównanych, ani w niewyrównanych.

W a. p. działanie lecznicze posiadają nitryty przez rozszerzenie łożyska naczyń obwodowych, dzięki czemu usuwany zostaje zastój tętniczy w tętnicy głównej.

W odróżnieniu od postaci ambulatoryjnej postać ostra a. p. przebiega ciężko. Ból zlokalizowany raczej w dolnej części mostka, występuje często w nocy, nitrogliceryna nie działa, trwa godzinę, lub dwie. Po napadzie pozostają objawy uszkodzenia mięśnia sercowego, może powstać obraz epistenopericarditis. Podstawa schorzenia — zmiany anatomiczne.

Natomiast w anginie pectoris ambulatoryjnej spotęgowanie objawów fizjologicznych, występujących na początku pracy — uczucie opresji w fazie „początkowego zahamowania", wzmożenie szybkości tętna, zwiększenie ilości krwi wypychanej przy skurczu z lewej komory, wzmożenie parcia krwi. Powoduje to w schorzałej aorcie, w odcinku suprawalwularnym wzmożenie ciśnienia, zastój tętniczy, co prowadzi do bólu, dzięki drażnieniu przez rozszerzona ścianę aorty zakończeń czuciowych n. depressor cordis. Śmierć w napadzie powstaje na skutek błędnego koła, ból wzmaga z kolei ciśnienie, działa psychicznie, co znowu ból potęguje. Błędne koło może być przerwane bądź przez zmniejszenie oporów obwodowych (nitrogliceryna), bądź przez osłabienie czynności lewej komory z wszystkiemi jej klinicznemi następstwami.

Z patogenezy wynika i leczenie — nitryty i zniesienie bólu przez chirurgiczne zabiegi nad n. depressor. W końcu omawia kol. Kryszek przebieg anginy pectoris u lekarzy.

W dyskusji, która wyłania się po odczycie zabierają głos kol. Wajnberg, Jelenkiewicz, Grynberg, Tenenbaum, Dawidowicz, Sterling, Frenkiel, Liniecki i Uryson.

Kol. Wajnberg zwraca uwagę na jednostronne ujęcie tematu, gdyż należy podług Wagnera odróżnić „angine d'effort" od „angine de decubitus". Co do lokalizacji bólów w okolicy rękojeści mostka, to wprawdzie są one typowe, jednakże występują również w karku, w l. ręce i małym palcu. Co do leczenia, to oprócz nitrytów należy stosować diuretinę i jod, podczas samego napadu pantopon ewent. morfinę w małych dawkach ($^1/_4$ — $^1/_2$ cm). Dieta powinna być jarska, częste małe porcje.

Kol. Jelenkiewicz podkreśla znikanie bólów po występowaniu objawów niedomogi mięśnia sercowego, śmierć następuje z powodu migotania komór, jako środki lecznicze — wspomina glukozę i parawertebralne injekcje.

Kol. Grynberg — pogląd Wenckebacha podzielał już Clifford-Albutt, śmierć może nastąpić z powodu porażenia n. błędnego.

Kol. Tenenbaum podkreśla trudności rozpoznania, istnienie przypadków bez bólów, za przyczynę uważa raczej nagłe osłabienie mięśnia sercowego lub niemożność szybkiego przystosowania się mięśnia sercowego do zapotrzebowania.

Kol. Dawidowicz przytacza obserwowany przypadek, w którym jako jedyny objaw wystąpiły silne bóle w przedramionach oraz duszność, przypadek zakończył się po godzinie śmiercią.

Kol. Sterling zapytuje, czy dusznicę bolesną należy pojmować jako schorzenie serca, czy też aorty; i jak należy sobie wytłómaczyć przypadki wyleczenia dusznicy bolesnej.

Kol. Frenkiel zapytuje jak tłómaczy się przypadki, w których bóle występują po prawej stronie i czy przyczyną a. p. mogą być zmiany rozwojowe naczyń wieńcowych.

Kol. Liniecki przytacza spostrzegane dwa przypadki a. p. w których nie wystąpiło wzmożone ciśnienie; podkreśla obronne znaczenie bólu i ryzyko jego usuwania.

Kol. Uryson nawiązując do potrzeby przezwyciężania zastoju tętniczego przez l. komorę, pyta o wskazanie podania strofantyny śródżylnie; wspomina o bólach zlokalizowanych w jamie brzusznej przy angina abdominalis.

W replice Kol. Kryszek odpowiada poszczególnym mówcom. Podkreśla raz jeszcze, że większość zarzutów (o jednostronnem ujęciu sposobu leczenia) wynika z niedostatecznie ścisłego odgraniczenia omawianej postaci angina pectoris ambulatoria. Postać „angine d'effort" nie utrzymała się. Lokalizacja w lewej ręce, w małym palcu i w karku wynika z omówionego segmentarnego unerwienia. Diuretyna i jod znajdują zastosowanie w przypadkach miażdżycy tętnicy głównej i naczyń wieńcowych. Zresztą Schmidt, stosując diuretynę przy aortalgji, przypisuje znaczenie znieczulającemu salicylowi.

Znikanie bólów po wystąpieniu objawów niedomogi mięśnia sercowego, istotnie spostrzegane, przemawia właśnie przeciw temu, by istotę angina pectoris stanowiło wyczerpanie mięśnia sercowego. Przypadki bez bólu tłómaczy się zmianami w pr. naczyniu wieńcowem. Przypadki, w których bóle występują i po stronie prawej należą do ciężkich prognostycznie. Nie wolno przeceniać obronnej wartości bólu (podobnie, jak i wysokiego kompensacyjnego parcia), skoro ból ten może spowodować śmierć. Stosowanie strofantyny może spowodować śmierć, gdyż mięsień sercowy już sam pracuje całą siłą zapasową. O ile badania anatomo-patologiczne potwierdzą istnienie a. p. ambulatoryjnej, to koniecznością będzie uzgodnienie właściwego mianownictwa.

Protokół z posiedzenia z dnia 5 grudnia 1928 r.

Kol. Justman wygłosił odczyt p. t.: *O zatruciu arszenikiem.* (Rzecz ukaże się w druku).

Protokół z posiedzenia z dnia 19 grudnia 1928 r.

I) Kol. Grosglig przedstawia: 40-letnią chorą z krwotokami klimakterycznemi. Krwotoki trwają od trzech lat. Dwa razy abrasio; ostatnio od 1 XI 1928 r.; krwotoki trwają. Badanie krwi: hemoglobiny 65%, krwinek czerwonych 3,500.000, płytki w nor-

nie, czas krwawienia $1^{1}/_{2}$ minuty, objaw opaskowy ujemny. Skierowaną do kastracji chorą kol. Grosglig poddał naświetlaniu śledziony 1 XII 1928 r., 1/3 H. E. D., z następującym skutkiem: od chwili roentgenizacji krwawienia coraz słabsze, 2 XII 1928 r. ustąpiło, 3 XII kilka plamek; od 4 XII 1928 r. krwawienia nie ma. Wnioski z powyższego: że do naświetlania śledziony nadają się wszelkie przypadki krwotoków macicznych, nietylko te, które powstały na tle skazy krwotocznej; że śledziona w końcu prócz wielu innych funkcji ma jeszcze produkcję hormonalną, oraz, że hormony śledziony mogą oddziaływać hamująco na nadczynność jajników.

II) Kol. Margolis Ignacy przedstawia: T. Jerzy, l. 6. Od urodzenia oczopląs znacznego stopnia. Przed rokiem zgłosił się po raz pierwszy. Stwierdził krótkowzroczność. Rozległe zmiany degeneracyjne na siatkówce i naczyniówce obu oczu, tylne garbiaki. Po otrzymaniu szkieł częściowo korekcyjnych oczopląs się zmniejszył. Przed 3 tygodniami chory się zgłosił z powodu fliktenу na spojówce oka prawego. Po zastosowaniu Ung. Hydr. pp. flavi 1%, po 2 dniach fliktena zupełnie znikła. Po 2 dniach matka zauważyła, że oko prawe nagle zapadło się wgłąb. Stwierdził zanik gałki o. p. — oko zupełnie miękkie, komora b. głęboka, źrenica nieruchoma, około 3 mm szerokości. Oko czyste zupełnie nie nastrzykane, niebolesne. Wzrok upośledzony (widzi palce na pół metra). Na żadne dolegliwości chłopiec się nie skarży. Idzie tu o sprawę rzadką t. zw. *Ophtalmomalatio spontanea (phtisis esential).*

III. Kol. Grosglik wygłosił referat *o wrażeniach z międzynarodowego kongresu radjologicznego w Sztokholmie.*

IV. Kol. Skalski wygłosił *sprawozdanie z 8 zjazdu antyalkoholowego w Lublinie.* Zjazd był b. liczny, obecni byli 4 prof. uniwersytetów: Przewodniczący Senatu Prof. Dr. Szymański, Prof. Władyczko, Gantkowski i Radziwiłłowicz, naczelny lekarz szpitala w Tworkach Dr. Łuniewski. Naogół na zjeździe było 26 lek. Udział duchowieństwa był b. liczny. Utworzono na zjeździe organizację lek. abstynentów.

V. Kol. Polak wygłosił odczyt pod tyt.: *„Choroby allergiczne“.* *W dyskusji* nad odczytem zabierali głos kol.: Grynberg, Grosglik, Tenenbaum, Bender, Załęski, Weinberg i prelegent.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 16 czerwca 1928.

Przewodniczy prezes Tow. kol. Rożkowski.

1. Kol. Zahorski (z Sosnowca) wygłosił odczyt *„Nowoczesne leczenie astmy metodą prof. Coca“.* Prelegent na wstępie mówi o usiłowaniach wyjaśnienia istoty astmy. Prace ostatnich lat rzuciły sporo światła na sposób działania czynników wywołujących tę chorobę. Jednym z wybitnych badaczy nad astmą jest prof. Coca z Nowego Yorku, który w listopadzie r. 1927 miał w Warszawie cykl wykładów o leczeniu astmy. Prof. Coca, zgodnie z poglądami współczesnemi, uważa napad astmy za napad anafilaktyczny; najczęstszą przyczyną są rozmaite białka pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego. Są jednostki uczulone nietylko na jedną ale i więcej substancyj. Substancje uczulające wywołują astmę na drodze inhalacyjnej lub pokarmowej. Prof. Coca w celach diagnostycznych bada zapomocą odczynów skórnych, na jaką substancję ustrój jest wrażliwy. W tym celu u dorosłych wykonywa szczepienia doskórnie, u małych dzieci szczepi naskórnie. Odczyn swoisty występuje po 10 minutach i daje zmianę na skórze w postaci bąbla białego średnicy około 2·5 cm, podobnego do ameby z wypustkami. Odczyn może występować nie tylko u chorych, lecz i u zdrowych osobników, poprzednio już uczulonych. Szczepiąc, należy unikać zastrzyknięć do naczyń krwionośnych, ponieważ natychmiast po zastrzyku może wystąpić odczyn ogólny, to też należy mieć pod ręką adrenalinę. Szczepienia można wykonywać zawsze z wyjątkiem chwili trawienia, napadu astmy lub wkrótce po zastosowaniu podskórnem adrenaliny, ponieważ odczyn może wypaść wtedy niewyraźnie. Szczepienia rozpoznawcze określają, na co dany ustrój jest uczulony i wtedy zaleca się swoiste odczulanie zapomocą odpowiednich wyciągów, które są wykonywane fabrycznie a następnie wypróbowane w szpitalach na osobnikach wrażliwych i mianowane. W razie potrzeby unika się obcowania np. z psem, kotem, eliminuje pewne produkty spożywcze: grykę, ryż, zamienia się pierze na trawę morską i t. p., czasem należy nawet zmienić zawód. W przypadkach, gdy nie zostanie stwierdzone uczulenie na żadną próbę, zaleca się leczenie nieswoiste, stosowanie szczepionki wieloważkiej przeciw astmie, wyrabianej przez Państwowy Zakład Higjeny. Leczeniem osiąga się tolerancję, a nie zupełne odczulenie. Leczenie prowadzić należy do czasu, aż skóra nie da odczynu na dawkę, stosowaną do rozpoznania. W Ameryce są specjalnie wykwalifikowane pielęgniarki, które odwiedzają chorych astmatyków w celu wykrycia i usunięcia szkodliwych czynników. Odczulać można każdego. Jeżeli chorzy miewają napady codziennie, należy je przerwać adrenaliną i rozpocząć odczulanie.

W zakończeniu prelegent omówił leczenie swoiste gorączki siennej, sposób odczulania na kurz i leczenie szczepionką wieloważną, powiadamiając, iż Państwowy Zakład Higjeny będzie wyrabiał wyciągi z kurzu pokojowego i z innych substancyj. Podobnie jak w Ameryce, gdzie istnieją przychodnie przeciwastmatyczne, w Warszawie będą zorganizowane 3 punkty, gdzie będą wykonywane szczepienia rozpoznawcze i lecznicze.

W dyskusji przemawiali kol.: Koniecpolski, Pasierbiński, Rożkowski, Szaniawski i prelegent.

Zdaniem kol. Koniecpolskiego teorja powstawania chorób z nadwrażliwości prof. Coca jest jednostronną: pominięte są czynniki hormonalne i konstytucyjne — w danym razie wchodzi w grę konstytucja hemopatyczna. Przypomina stosowania do wewnątrz ephetoniny.

Kol. Pasierbiński zapytywał, jak należy rozumieć działanie wywołujące napad dychawicy kurzu pokojowego, który ma w każdym przypadku skład zmienny.

Prezes Rożkowski przemawia obszernie zarówno ze stanowiska teorji, jak i praktyki. Ostatnio powstawanie napadów dychawicy oskrzelowej jest traktowane jako sprawa anafilaktyczna: astma powstaje pod wpływem allergenów u osobników uczulonych Lista allergenów, podana przez prelegenta, nie jest wyczerpująca (brak niektórych środków pokarmowych, brak grzybków pleśni, brak wzmianki o allergenach klimatycznych). Praktycznie nie można próby allergenowej uważać za pewną; można mieć odczyn skórny dodatni i nie mieć astmy, i odwrotnie. Odczulanie jest metodą niepewną i trudną. Praktycznie nowe badania nie rozwiązują trudności leczenia dychawicy. Nowość w leczeniu dychawicy oskrzelowej stanowi leczenie t. zw. kameralne, wprowadzone w Holandji przez prof. Storm van Leeuwen'a; wymagano urządzeń specjalnych i specjalizacji lekarskiej. Poza tem stosuje się neurovaccinę, enterovaccinę Danysza, t. zw. skeptophylaksję zapomocą peptonu (dawka 0,50, wyniki dobre w migrenie i pokrzywce, w astmie — nie), wreszcie tuberkulino-terapję w bardzo małych dawkach i naświetlań Roentgenem.

Kol. Szaniawski podaje, że i w krztuścu daje dobre wyniki leczenie kameralne, a więc mógłby być on ex juvantibus zaliczony do chorób allergicznych.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnia, że nie miał zamiaru wyliczać wszystkich allergenów, podał najczęściej spotykane. Leczenie kameralne jest dla nas mało dostępne. Z innych środków, stosowanych do zwalczania astmy, pożytecznemi są: tlen, Roentgen, pneumogéine, działanie adrenaliny trwa krótko.

2. Kol. Rozen odczytał pracę *„O leczeniu żylaków sposobem prof. Sicard'a“.*

Sicard dąży do tego, żeby wywołać obliterację rozszerzonych żył za pomocą zapalenia błony wewnętrznej (intima), wywołanego środkami chemicznemi. Najlepiej do tego celu nadaje się salicylan sodu w rozczynach 20%, 30% i 40%. Najmniejsza dawka 2 cm^3 20%, największa — 6 cm^3 40%. Leczenie to jest wybitnie ambulatoryjne, nie przeszkadza choremu w jego pracy zawodowej. Żadnych przykrych następstw lub powikłań nie stwierdzono.

Co się tyczy etiologji żylaków, wielką rolę odgrywają gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, które produkują pewne hormony, utrzymujące stale ściany naczyń w napięciu. Brak tych hormonów albo nieprawidłowy ich skład jest powodem braku napięcia (tonusu) w ścianach naczyń i ich rozszerzenia. Z tych gruczołów największą rolę odgrywa przysadka mózgowa i gruczoły płciowe, stąd powstawanie żylaków podczas ciąży, dojrzewania płciowego podczas menopauzy.

Salicylan sodu wywołuje zapalenie intimae żylnej (t. zw. venitis), różniące się zasadniczo od zapalenia wywołanego przez drobnoustroje, czyli phlebitu. Zapalenie chemiczne — venitis — jest ściśle ograniczone, Czop, thrombus, powstający na miejscu zastrzyknięcia, ściśle przylega do ściany naczynia tak, że niema obawy, aby się oderwał i dostał do obiegu krwi, jako zator. Ten czop szybko się organizuje, przerasta tkanką łączną, tkanka zbliznowaciała ulega wessaniu — następuje zupełny zanik żyły.

Przeciwwskazania. Nie należy stosować tej metody u ludzi w wieku podeszłym (po 60 latach), u cierpiących na miażdżyce, choroby sercowe i nerkowe. Należy być ostrożnym, skoro w mo-

czu jest białko albo cukier. Nie należy stosować tej metody u ciężarnych, można rozpocząć leczenie najwcześniej w 3 miesiące po rozwiązaniu. Ważne przeciwwskazanie stanowi chromanie przestankowe i przebyte zapalenie żył głębokich. Do wewnątrz podajemy choremu przetwory z gruczołów płciowych (jajników, jąder), z przysadki mózgowej oraz jod w postaci nalewki od 5 do 40 kropel. Jod stanowi środek, pobudzający gruczoły do wytwarzania hormonów.

W zakończeniu omówił prelegent technikę zastrzyków i skutki stosowania metody Sicard'a. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Wrześniowski uzupełnił poglądy co do powstawania żylaków teorją wady wrodzonej — brak wrodzony tkanki elastycznej w ścianach żył, a stąd żylaki w wielu miejscach równocześnie. Phlebitis niekiedy bywa również ograniczona i prowadzi do samo-wyleczenia. Metoda Sicard'a, zdaniem kol. Wrześniowskiego, nie jest ani bezpieczna(znane są przypadki nagłej śmierci z powodu zatoru), ani pewną w skutkach, ponieważ często zawodzi. Kol. Łokczewski podaje z piśmiennictwa przypadek śmierci po zastrzyku dożylnym natri salicylic.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnia, że nie miał zamiaru wyczerpać patogenezy sprawy: teorja wady wrodzonej — nie jest pewna. Co do wyników leczenia, powołuje się na powagę Sicard'a, który otrzymuje dobre wyniki.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Pierwszy Zjazd Dermatologów Słowiańskich. W sprawie zgłoszeń odczytów na Zjazd, który ma się odbyć 28, 29 i 30 czerwca b. r. w Warszawie, otrzymali P. P. Koledzy pismo Komitetu organizacyjnego, z wezwaniem przesłania zgłoszenia najpóźniej do dnia 1 czerwca 1929 r., do Przewodniczącego wewnętrznej Sekcji Naukowej, kol. R. Bernhadta (Bracka 18). Pozwalamy sobie dodać, że wraz ze zgłoszeniem, należy przesłać skrót przemówienia w języku polskim i jednym z języków obcych (angielskim, francuskim, niemieckim). Komitet postanowił bowiem drukować przed Zjazdem biuletyn prac w języku słowiańskim autora i jednym ze wspomnianych obcych.

Jeżeliby zatem któryś z P. Kolegów nie miał możności przesłania tłumaczenia w języku obcym — upraszamy o wcześniejsze przysłanie skrótu, abyśmy mogli dokonać tłumaczenia przed 1 czerwca. *Komitet organizacyjny Zjazdu.*

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz został wybrany w ostatnim czasie członkiem Towarzystwa *Dermatologicznego Czechosłowackiego* i Towarzystwa *Dermatologicznego Jugosłowiańskiego.*

Dnia 22 stycznia r. b. z okazji inauguracji nowego lokalu i 100-ego posiedzenia Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej, obecny prezes kol. Bregman przedstawił cele i działalność Zrzeszenia, zaś były prezes, kol. Robin zobrazował historję powstania i rozwoju Zrzeszenia. Po tych przemówieniach kol. Z. Bychowski wygłosił bardzo interesujący odczyt z życia i działalności prof. Uniwersytetu Warszawskiego Ludwika Hirszfelda. Odczyt ten wkórtce ukaże się na łamach „Warsz. Czasop. Lekarskiego".

W poniedziałek dnia 25 lutego 1929 r. o godz. 8 m. 20 wieczorem w lokalu Klubu Lekarzy Polskich (Miodowa 14) odbyło się zebranie odczytowe, na którem zostały wygłoszone sprawozdania ze zjazdów:

1) Sierakowski S.: sprawozdanie ze zjazdu serologów w Kopenhadze,

2) Słonimski P.: wrażenia ze zjazdu anatomów i histologów w Leningradzie,

3) Sterling-Okuniewski St.: sprawozdanie ze zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie.

W dniu 13 grudnia 1928 r. w sądzie pokoju przy ul. Zielnej 27 odbyła się rozprawa w sprawie używania tytułu doktora fil. w reklamach przez Oskara Wojnowskiego. Wojnowski zaapelował do Sądu Okręgowego, jednakże wkrótce rekurs wycofał, wobec czego wyrok uprawomocnił się. Sprawa używania nielegalnego tytułu została wszczęta przez Departament Służby Zdrowia Min. S. Wewnętrznych.

Kraków.

Referat Pośrednictwa Pracy Bratn. Pomocy Medyków U. J. w Krakowie, ul. Kopernika 36, I p. pragnąc wykorzystać zbliżające się ferje letnie, tak pod względem naukowo-praktycznym jak i materjalnym, uprasza P. P. Lekarzy, Instytucje sanitarne, Zakłady zdrojowe o zgłaszanie zajęć dla medyków lat wyższych i absolwentów.

Zarząd Izby Lekarskiej w Krakowie ukonstytuował się w następujący sposób: Naczelnik: Dr. Stefan Strzemieński, Kraków. — Zastępcy: Dr. Władysław Wrześniowski, Częstochowa, Dr. Marcin Zieliński, Kraków. — Pisarz: Dr. Maurycy Haber, Kraków. — Skarbnik: Dr. Józef Nüssenfeld, Kraków. — Członkowie Zarządu: Dr. Grzegorz Grzybowski, Kraków. Dr. Jan Stopczański, Kraków. Dr. Kazimierz Suchodolski, Sosnowiec. Dr. Wacław Zakrzewski, Kraków.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 1 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. J. Gellert i L. Glücker: Morbus Pageti (pokaz). — 2) Kol. S. Tennenbaum: Gorset ortopedyczny do bocznych skrzywień kręgosłupa (pokaz). — 3) Kol. Prym. St. Ostrowski: Proste sposoby zapobiegania nietolerancji na arsenobenzol (komunikat). — 4) Kol. Prof. W. Koskowski: Trawienny stan krwi (komunikat). — 5) Kol. J. Aleksiewicz: O leczeniu złamań kości ramieniowej przy pomocy szyny Slajmer-Liebleine (wykład) — W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Meisels, St. Ostrowski, Elmer, Barącz, Marischler, Goldschlag, Gruca, Mierzecki J. Selzer.

Konkurs Polskiego Towarzystwa Higjenicznego na dwie dalsze broszury Bibljoteczki Higjenicznej Powszechnej, przeznaczonej dla sfer włościańskich i robotniczych, na temat: „Ciąża, poród i połóg" oraz „Czystość ciała, kąpiele". Każda z broszur ma obejmować jeden do półtora arkusza druku.

Dyspozycja do tematu pierwszego: Objawy ciąży, trwanie jej, także wzmianka o przerywaniu ciąży czyli t. zw. spędzaniu płodu, higjena ciąży, między innemi także znaczenie badania wewnętrznego, nieprawidłowości ciąży, szczególnie te, w których należy zasięgnąć porady lekarskiej. II. Przygotowania do porodu: oznaki zbliżającego się porodu, przebieg prawidłowego porodu (także o badaniu wewnętrznem), t. zw. poród uliczny, nieprawidłowości porodu, najogólniej te, w których potrzebna jest pomoc lekarska. III Trwanie połogu, higjena połogu, nieprawidłowości połogu. O karmieniu dziecka.

Dyspozycja do tematu drugiego: 1. Znaczenie powłok zewnętrznych ciała, zanieczyszczenia skóry brudem nieorganicznym, organicznym, pasorzytami zwierzęcemi, skóra i błony śluzowe zewnętrzne jako wrota zakażenia w chorobach zakaźnych, higjena skóry, na miejscu naczelnem czystość, (czystość błon śluzowych, otworów ciała, zmywanie ciała. II. Kąpiele i ich znaczenie higjeniczne, urządzenia kąpielowe w domu, (zwyczajne, improwizowane), urządzenia kąpielowe do użytku publicznego, wzór urządzenia kąpielowego na wsi (o ile możności także w obrazku), zakłady kąpielowe gmin wyznaniowych żydowskich, kąpiele rzeczne i stawowe. Dodatek: kąpiele powietrzne i słoneczne.

Za jedną broszurę na każdy z podanych tematów, którą Sąd konkursowy Towarzystwa Hig. (Sekcja Higjeny Ludu) uzna za najbardziej odpowiadającą celowi, będzie wypłacona nagroda w kwocie 200 zł. Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Tow. Higjenicznego we Lwowie. Prace, zaopatrzone godłem (bez wymienienia nazwiska autora) należy nadsyłać najpóźniej do 15 kwietnia b. r. pod adresem: Dr. Adolf Kuhn, Lwów, ul. Łyczakowska l. 46, w osobnej kopercie, zaopatrzonej temsamem godłem i zaklejonej, należy umieścić kartę z imieniem, nazwiskiem oraz dokładnym adresem zamieszkania autora.

Poznań.

Zebranie Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 1 marca 1929 r. o godzinie 8,15 wieczorem w sali wykładowej Uniwersyteckiej Kliniki Dermatologicznej (Szpital Miejski III piętro) z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Dr. Łaguna: Znaczenie praktyczne grup krwi.

Ze świata.

Nagroda im. Dr. Zofji Nordhoff-Jung. Komisja upoważniona do przyznania nagrody im. Dr. Zofji Nordhoff-Jung za

najlepszą pracę ogłoszoną w ostatnich latach o badaniach nad rakiem, przyznała ją jednogłośnie Dr. Katsusaburo Yamagiwa, znanemu powszechnie profesorowi patologji w Tokio. Profesor Yamagiwa i jego współpracownicy stworzyli technikę prawie pewnego wywoływania na drodze doświadczalnej raka u zwierząt przez powlekanie skóry smołą i przez wstrzykiwania smoły w sutki. Liczne prace z zakresu raka doświadczalnego opierają się na tych podstawach stworzonych przez prof. Yamagiwa. Zasługi jego jednak są większe niż stworzenie podstaw dla tej techniki. Jego badania nad rozrostem komórek nowotworowych są imponujące, gdyż dostarczył on wybitne dane do poznania warunków sprzyjających wzrostowi tych komórek względnie hamujących ten rozwój.

Komisję składali profesorowie: Borst, Doederlein, v. Romberg i Sauerbruch.

W miejscowościach leczniczych obwodu Tatry urządza Związek Lekarzy na Spiżu (Sp. lek. Spiskich Lekarow) w czasie Zielonych Świąt od 19—26. V. 1929 r. międzynarodowy Kurs dokształcający pod nazwą „Lekarz Praktyk“ obecnie ze współudziałem wydziału lekarskiego w Halle. Przewidziane są wykłady Profesorów: Abderhaldena, Brugscha, Clausena, Goebla, Nürnbergera, Völkera jako też innych. Kurs trwa pięć dni w Nowym i Starym Smokowcu, Tatrzańskiej Łomnicy, Tatrzańskiej Polance, w Matlarach, Strbskiem Pleso (Jeziorze) poczem następuje trzydniowa wycieczka. Wkrótce ukażą się dokładniejsze komunikaty. Zgłoszenia przyjmuje i informacyj udziela Dr. Alfons Kiss, Kezmarek — Słowacja.

XI Międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy w Karolowych warach ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się w czasie od 15 do 21 września b. r. Uczestnicy tego kursu otrzymują 33% zniżki kosztów podróży na obszarze czechosłowackich kolei państwowych, jakoteż uwolnienie od kosztów wizy paszportowej. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz kursów Dr. Edgar Ganz w Karolowych warach.

Jubileusz Teodora Bilrota we Wiedniu. Jak już raz na tem miejscu wspomnieliśmy, grono byłych uczniów i wielbicieli pamięci Teodora Bilrota, tego twórcy dzisiejszej chirurgji, znakomitego lekarza i myśliciela obchodzi uroczyście stuletnią rocznicę urodzin Jego, przypadającą na dzień 26 kwietnia b. r. Uroczystości jubileuszowe odbędą się w dniach 9 i 10 kwietnia b. r. Na uroczystość tą mają się złożyć: uroczysta akademja, uroczyste zebranie pod pomnikiem Teodora Bilrota w Uniwersytecie, uroczysty koncert, uroczyste przedstawienie w teatrze i bankiety. Komitet jubileuszowy zaprasza wszystkich wielbicieli pamięci Teodora Bilrota do wzięcia udziału w tych uroczystościach. Szczegółowe programy uroczystości ogłoszonę będą w najbliższej przyszłości.

Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej. Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Sociéte Médical de climatologie et d'hygiene du Littoral Méditerranéen) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli sie również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierownictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazywaniem im zabytków sztuk w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki: Marsylja, skąd nastąpi wyjazd do Algieru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I Stock, Tür 6.

Wycieczki naukowe lekarzy do zdrojowisk i uzdrowisk włoskich. Rządowy włoski urząd turystyczny (Ente Nazionale Industrie Turistiche „Enit“) urządza w roku bieżącym szóstą podróż „Nud-Sud“ dla lekarzy celem zaznajomienia ich z najważniejszemi zdrojowiskami i uzdrowiskami włoskiemi. Podróż tą odbędzie się w czasie od 10 do 26 września 1929 r. Zwiedzone mają być w tym czasie następujące miejscowości: Merano, Mendola, Carezza Al Lago, Bolzano, Gries, Rocegno, Levico, Vetriolo, Molveno, Bagni Di Comano, Riva Del Garda, Torbole, Arco, Gardone Riviera, Recoaro, Bagni Della Porretta, Montecatini Terme, Viareggio. Przewodnikiem podróży będzie Prof. Guido Ruata. W podróży tej mogą wziąć udział wyłącznie tylko lekarze w towarzystwie jednego tylko członka rodziny. Liczba uczestników jest ograniczona do 150 osób. Koszty podróży są obliczone na 1600 lirów od osoby. W tem mieszczą się wszystkie wydatki połączone z podróżą i utrzymaniem począwszy od miejsca zbiórki t. j. od Meranu aż do ukończenia wycieczki. Oprócz tego każdy z uczestników wycieczki otrzyma trzy kupony na jazdy kolejami państwowemi włoskiemi za połowę ceny. Wszelkich bliższych wyjaśnień w tym względzie należy żądać pod adresem: Ente Nazionale Industrie Turistiche, 6 Via Marghera, Roma.

Kompromitujące cyfry. Przy okazji rozpatrywania sprawy wywozu trzody chlewnej i mięsa z Polski za granicę, stwierdzono, że gdy Anglik zjada rocznie 60 kilo mięsa, 100 jaj i 300 kilo zbóż, to Polak tylko 18 kilo mięsa, 30 jaj i 200 kilo zbóż. Na mięso wydaje przeciętny obywatel polski 52 złote rocznie i jednocześnie 24 złote na wódkę i 16 złotych na tytoń, „artykuły“ mniej konieczne i mniej pożyteczne niż mięso. Obserwacje bliższe stwierdzają, że mięsa najmniej jadają ci, którzy wydają dużo stosunkowo na ubranie, zabawę i wódkę. (A. B. C.).

Zmarli.

W Paryżu zmarł w dniu 14 stycznia b. r. Ferdynand Widal, profesor Uniwersytetu paryskiego, dyrektor kliniki chorób wewnętrznych Sorbony, członek Instytutu i Akademji lekarskiej, członek wielu towarzystw francuskich i zagranicznych, kawaler wielu orderów i odznaczeń i t. p.

Zanim zdołamy podać obszerniejsze wspomnienia o zasługach i doniosłości prac tego uczonego najwyższej miary, przypomnimy po krótce wyniki badań Jego, które uczyniły nazwisko Jego popularnem, a dla nauk lekarskich stały się jednemi z najdonioślejszych odkryć ostatnich czasów. Do tych wyników pracy Widala należy przedewszystkiem odczyn zlepny prątka durowego przez surowicę krwi dotkniętego durem osobnika, dalej Jego prace z zakresu gospodarki wodnej ustroju. Widal bowiem pierwszy wskazał na stosunek soli kuchennej do powstawania obrzęków. Również epokowe są badania Widala z zakresu zatrzymania mocznika przez ustrój o chorych nerkach, dalej zapoczątkowane przez Niego sposoby cytologicznego badania płynów wysiękowych i mózgo-rdzeniowych i t. p.

Wkrótce po śmierci Widala zmarł Jego następca profesor Sicard również w Paryżu.

We Wiedniu zmarł nagle dyrektor Kliniki pedjatrycznej i profesor pedjatrji Uniwersytetu Wiedeńskiego Pirquet. Zmarły stał się sławnym wskutek prac swoich nad odczynem zakażonego gruźlicą organizmu, tudzież również Jego imieniem osławiony sposób żywienia osesków systemem obliczania zapotrzebowania organizmu za pomocą t. zw. nemów, t. j. wartości odżywczej 1 cm^3 mleka.

Redakcja otrzymała.

St. Kopczyński: „Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce“. Nakł. wł., Warszawa, 1929.

Wł. Sterling: „Dziecko histeryczne“. Odb. z czas. „Szkoła specjalna“, tom IV, nr. 3—4, 1927-28.

Wł. Sterling: „Dziecko psychopatyczne“, Odb. z czas. „Szkoła specjalna“, tm IV, nr. 3—4, 1927-28.

J. Kowaschik: „Diatermja“ ze 124 rysunkami, str. 252, przełożył Dr. Edmund Zboromirski. Warszawa 1929. — Nakład Zakładów Elektromedycznych W. Makowskiego.

Prof. Dr. Karol Jonscher: „Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych“. Warszawa 1928, str. 132. Nakład „Medycyny“.

Dr. med. Czarnecki Edward: „Przyczynek do fizjologji nadnerczy“. Nakł. własny. Wilno 1928.

Dr. med. Kazimierz Szokalski: „Wstęp do Diagnostyki i Semiotyki chorób wewnętrznych“. Zeszyt 1-szy. Warszawa 1929. Nakład „Biblioteki polskiej“.

Dr. St. Klein: „Małopłytkowość (Thrombopenia)“. Zeszyt XI, Medycyny w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Warszawa 1928.

Dr. St. Klein: „Niedokrwistość złośliwa (Anaemia perniciosa)“. Zeszyt XII, Medycyny w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Warszawa 1928.

Dr. E. Sokołowski: „Psychoterapja“, zarys popularno-naukowy. Wydawnictwo Międzynarodowego Instytutu nakładowego M. O. Groh w Katowicach.

Nr. 12. 24. marca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

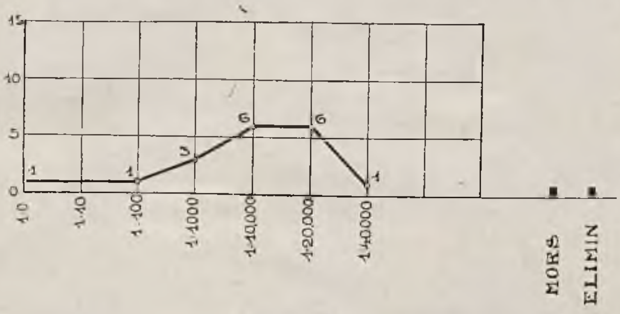
Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

(Ciąg dalszy).

III. Grupa badań.

obejmuje doświadczenia na 20 królikach (porówn. krzywą Nr. 4), które uodporniano rozmaitemi sposobami. Ponieważ trudno w tej grupie o zestawienie ogólnych wyników na tablicy, podajemy krótkie wyciągi z protokołów doświadczeń.



Krzywa Nr. 4.

Królik ♂, 2830 g, Nr. 1. W odstępach czasu, co 8—10 dni wykonano 4 wstrzyknięcia śródżylne, podając każdorazowo od 2.5 do 4.5 cm^3 surowicy ludzkiej. W 18 dni po ostatniem wstrzyknięciu mianowanie z wynikiem 1 : 20.000 (pierścień bardzo słaby). W 6 dni po mianowaniu wstrzyknięcie 2.2 cm^3 surowicy, a w 23 dni później miano jak poprzednio, lecz pierścienie jeszcze słabiej zaznaczone.

Królik, ♂, 2800 g, Nr. 2. Wykonano 3 wstrzyknięcia śródżylne surowicy ludzkiej, podając każdorazowo od 2.5 do 4.5 cm^3 surowicy w odstępach czasu co 8 do 10 dni. W 18 dni później miano 1 : 20.000 po 10 minutach.

Królik, ♀, Nr. 3. Wykonano 3 wstrzyknięcia śródżylne w odstępach tygodniowych, podając każdorazowo po 2.5 surowicy ludzkiej. W 18 dni po ostatniem wstrzyknięciu ani śladu precypityn.

Królik, ♀, 3000 g, na początku, a 5550 g przy końcu uodporniania, Nr. 4. Wykonano 3 wstrzyknięcia śródżylne dnia 1-ego, 16-ego i 27-ego, podając każdorazowo 3,25 i 4 cm^3 surowicy ludzkiej. W 10 dni później mianowanie z wynikiem 1 : 10.000 po 15 minutach.

Królik, ♀, 2770 g, Nr. 5. Otrzymał 3 wstrzyknięcia śródżylne 1-ego, 8-ego i 19-ego dnia po 1.5, 2 i 1.9 cm^3 surowicy ludzkiej. W 8 dni później miano 1 : 10.000 do 10 minut. W 15 dni po ostatniem wstrzyknięciu nowe wstrzyknięcie 1.2 cm^3 surowicy, zaś po 8 dniach miano 1 : 20.000, po 20 minutach. W 8 dni potem wstrzyknięcie jeszcze jedno w ilości 1.2 cm^3 surowicy ludzkiej, zaś w 10 dni później miano jej wynosiło 1 : 20.000 po 7 minutach.

Królik, ♀, Nr. 6. Wstrzyknięto śródżylnie dnia 1-ego 1.8 cm^3, dnia 6-ego 1.2 cm^3 i dnia 24-ego 1 cm^3 surowicy ludzkiej; w 8 dni później miano 1 : 10.000 po 5 minutach. Tego samego dnia wstrzyknięto 2.2 cm^3 surowicy, zaś miano w 9 dni później 1 : 5000 po 2 minutach. Wreszcie w 3 dni później wstrzyknięto jeszcze 2.2 cm^3 surowicy, a w 12 dni miano 1 : 5000 natychmiast, zaś 1 : 10.000 do 5 minut.

Królik, ♀, 1880 g, Nr. 7. Dnia 1-ego, 6-ego i 24-ego wstrzyknięto śródżylnie po 1.1 do 1.6 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później okazało się, że królik nie wytwarza precypityn. Tego samego dnia podano jeszcze 1 cm^3 surowicy śródżylnie, a 3.5 cm^3 śródotrzewnowo. W dziewięć dni później miano 1 : 1000 (słabe straty). W 12 dni wstrzyknięto znowu 1.3 cm^3 surowicy, a mianowanie w 9 dni później wykazało utrzymanie się miana 1 : 1000.

Królik, ♂, 2070 g, Nr. 8. Wstrzyknięto śródżylnie dnia 1-ego, 8-ego i 15-ego po 2.3 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później miano 1 : 1000 po 3 minutach. Tego samego dnia wstrzyknięto 2.1 cm^3 surowicy, a w 9 dni miano jej wynosiło 1 : 5000 po 5 minutach. W dwa dni później podano znowu 2.1 cm^3 surowicy i w 12 dni później stwierdzono miano 1 : 10.000 do 5 minut, zaś 1 : 20.000 ślad.

Królik, ♀, 1870 g, Nr. 9. Dnia 1-ego, 4-ego i 11-ego wstrzyknięto śródżylnie po 2 cm^3 surowicy ludzkiej. Mianowanie w 9 dni później nie wykazało precypityn. Tego samego dnia i w 8 dni później wstrzyknięto jeszcze dwa razy śródżylnie po 1.2 cm^3 surowicy, a w dwa tygodnie stwierdzono miano 1 : 1.000 po 5 minutach.

Królik, ♀, Nr. 10. Dnia 1-ego i 7-ego wstrzyknięto śródżylnie po 2 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później miano 1 : 5.000 po 3 minutach. Tego dnia wstrzyknięto śródżylnie 2 cm^3 surowicy a badanie w 9 dni wykazało znów miano 1 : 5.000. 2 dni później wstrzyknięto 1.2 cm^3 surowicy i po 12 dniach osiągnięto miano 1 : 10.000 zaraz, zaś po trzech minutach 1 : 20.000.

Królik, ♀, 2010 g, Nr. 11. Dnia 1-ego, 10-ego i 33-ego wstrzyknięto śródżylnie po 1—2 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później miano 1 : 1.000 (zaraz silne straty), zaś 1 : 20.000 po 5 minutach.

Królik, ♂, 2900 g, Nr. 12. Dnia 1-ego, 16-ego i 27-ego śródżylnie po 1.2—4 cm^3 surowicy ludzkiej. W 10 dni później miano 1 : 1.000 (zaraz silne straty), a 1 : 40.000 po 10 minutach.

Królik, ♂, trzebiony, 3250 g, Nr. 13. Wstrzyknięto 4 razy śródżylnie surowicę ludzką 1-ego, 15-ego, 26-ego i 36-ego dnia, w ilości 2—4 cm^3. W 12 dni później miano 1 : 1.000 wyraźne. a 1 : 10.000 słabo znaznaczone straty do dwóch minut.

Królik, ♂, 1750 g, Nr. 29. Wstrzykiwano trzy razy dożylnie, podając codziennie po 1 cm^3 surowicy końskiej. Po 6-ciu dniach przerwy wykonano 5 wstrzyknięć śródżylnych, codziennie po 1.5—4 cm^3 surowicy. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu miano 1 : 10.000. Po trzech miesiącach przerwy 3 wstrzyknięcia śródżylne, w odstępach tygodniowych, po 1.5—2 cm^3 surowicy. W tydzień po ostatniem wstrzyknięciu miano 1 : 5.000 po minucie, a 1 : 15.000 po 10 minutach.

Królik, ♂, 1900 g, Nr. 31. Pięć wstrzyknięć śródżylnych, podając dnia 1-ego, 2-ego, 9-ego, 18-ego i 23-ego po 1—2.5 cm^3 surowicy końskiej. Dnia 31-ego miano 1 : 15.000.

Królik, ♂ 2000 g, Nr. 32. Postępowanie takie same, jak u poprzedniego. Miano 1 : 10.000.

Królik, ♀, 2350 g, Nr. 196. Otrzymał 2 cm^3 surowicy ludzkiej śródżylnie, a w 24 godzin później znowu 5 cm^3 tejże surowicy. Przy mianowaniu w 7 dni później słabe straty w rozcieńczeniu 1 : 1.000 po 10 minutach.

Królik, ♀, 2170 g, Nr. 197. Postępowanie takie same jak u poprzedniego. Miano 1 : 100, po 5—10 minutach (słabe straty).

Królik, ♀, 2450 g, Nr. 198. Postępowanie takie same, jak u obu poprzednich. W kilka godzin po drugiem wstrzyknięciu królik padł.

Królik, ♀, 3400 g, Nr. 33. Podczas uodporniania poród, wobec czego królika nie uwzględniono.

Wysnucie wniosków z doświadczeń tej grupy jest trudne, ponieważ króliki są uodporniane tak różnemi sposobami, że grupa ta nie może być rozpatrywana jako całość, a także podział na podgrupy jest trudny, bo tylko wyjątkowo znajdują się dwa lub trzy króliki, uodporniane podobnemi dawkami surowicy i w podobnych odstępach czasu. W niektórych przypadkach otrzymano wyniki wcale dobre, atoli nie można być pewnym, czy te wyniki zależą od sposobu uodpornienia, czy też od indywidualności królika. Naogół jednak można zauważyć, że najlepsze stosunkowo surowice otrzymuje się wówczas, gdy uodpornianie trwa nie dłużej jak trzy tygodnie, a ilość wywoływacza, ani częstość jego podawania nie jest zbyt wielka. Przeciąganie uodporniania ponad cztery tygodnie nie przynosi korzyści, jeśli nie stosuje się dłuższej przerwy, poleconej przez Rayskyego i przez Ročeka. Przeciętne miano surowic, uzyskanych w tej grupie doświadczeń, wynosi 1 : 12.394, a więc jest najwyższe ze wszystkich dotychczas opisanych grup.

TABLICA I

L. p. królika	Waga królika	Płeć	Materjał do injekcyj	Ilość materjału do każdej injekcji	Sposób wykonania injekcji	Przerwy między injekcjami	Ilość injekcyj	Mianowanie	Badanie swoistości
122	2400 2630	♂	Ścięta surowica końska	0·02 gr w 2 cm³ 0·85%NaCl	Wśródżylnie	co drugi dzień		1:1.000 po 10' 1:50.000 po 1 godz.	z surowicą ludzką 1:100 pierścień.
123	2900 2780	♂	Ścięta surowica końska	"	Wśródżylnie	"		1:10.000 po 10' 1:50.000 po 1 godz.	swoista
124	2250 2350	♀	Ścięta surowica końska	"	Wśródżylnie	"		1:10.000 po 10' 1:20.000 po 30'	z surowicą ludzką nieswoista 1:1000
125	2550	♀	Ścięta surowica końska	"	Wśródżylnie	"		1:50.000 po 20' 1:80.000 po 1 godz.	swoista
126	2400 2600	♂	Ścięta surowica świńska	"	Wśródżylnie	"		1:20.000 do 20'	swoista
127	2050 2170	♂	Ścięta surowica świńska	"	Wśródżylnie	"		1:20.000 po 20'	swoista
128	2320 2350	♀	Ścięta surowica świńska	"	Wśródżylnie	"		1:10.000 po 15'	z surowicą baranią nieswoista 1:100

IV. Grupa badań

obejmuje doświadczenia celem sprawdzenia wyników F u j i w a r y, podającego nowy i niezwykły sposób wytwarzania wysokowartościowych surowic. Badacz ten wprowadza dwie zasadnicze nowości. Po pierwsze nie podaje surowicy w stanie zwykłym, lecz ścina ją przez gotowanie. Powtóre wprowadza dla uodpornienia bardzo małe ilości wywoływacza ale często, bo co drugi lub trzeci dzień. Po wykonaniu 5—10 wstrzyknięć śródżylnych — co zależy od ilości podanej surowicy ściętej — oznacza autor wartościowość surowicy. Wyniki F u j i w a r y mają być bardzo dobre, o czem zresztą można się przekonać z załączonych do jego pracy tablic. Na 10 jego królików jeden dał surowicę o mianie 1 : 100.000, siedem o mianie 1 : 50.000, jeden o mianie 1 : 20.000 i jeden o mianie 1 : 10.000. Wyniki byłyby bardzo dobre, gdyby nie to, że skłaczanie występuje wolno, bo po 1—2 godzinach, zaś czas mianowania przy sposobie pierścieniowym U h l e n h u t h a nie powinien przekraczać — jak wiadomo — 20 minut i w rozcieńczeniach 1 : 20.000 powinien się ukazać pierścień do 5 minut. Ale gdyby nawet uwzględnić występowanie pierścienia do 20 minut, a więc do czasu ostatecznego, to i tak byłyby znacznie niższe miana surowic w stosunku do tych, które podaje autor. Wtedy tylko jedna surowica mogłaby być uznaną za prawdziwie wysokowartościową (1 : 50.000), zaś inne miałyby miano 1 : 20.000 i 1 : 1.000. Jest zrozumiałe, że to odczytywanie do 20 minut stosuje się tylko w praktycznych badaniach sądowo-lekarskich, natomiast, jeśli się pracuje dla celów czysto teoretycznych, można odczytywać wyniki nawet po 24 godzinach. W naszych badaniach stosujemy stale oznaczanie miana według ogólnie przyjętego sposobu U h l e n h u t h a-B e u m e r a, więc chcąc porównywać wyniki nasze z wynikami F u j i w a r y należy przeprowadzić poprawkę w czasie i odczytywać wyniki tylko do 20 minut.

Powtarzając doświadczenia F u j i w a r y, stosowaliśmy się najdokładniej do jego przepisów. Uodpornialiśmy siedm królików 10-krotnie co drugi dzień do żyły usznej i to trzy z nich surowicą końską a cztery świńska. Podczas całego uodporniania króliki miały się dobrze, przybywały na wadze i ani razu nie zauważono najmniejszych objawów nadwrażliwościowych, co przemawia za tym sposobem uodpornienia. W siedm dni po ostatniem wstrzyknięciu wykonano próbne upusty krwi i mianowano surowice. Wyniki, odczytywane co kilka lub kilkanaście minut, są zestawione w tablicy I. Jak z niej widać, wyniki są wcale niezłe. Wartościowość surowic podana jest dwoma cyframi. Górna przedstawia wynik mianowania do 20 minut, zaś dolna do 1 godziny. Jeśli pomieszczona jest jedna tylko liczba, oznacza to, iż także po dłuższym przeciągu czasu nie nastąpiła żadna zmiana. Jako cechę precypityn, otrzymanych tą metodą należy podkreślić, że w rozcieńczeniach wywoływacza 1 : 10, a czasem także 1 : 100 następował wyraźny brak precypitacji. Przy rozcieńczeniu 1 : 1.000 ilość strątów była największa a precypitacja występuje mniej więcej po 5 minutach. W miarę dalszego rozcieńczania wywoływacza występuje bardzo nieznaczne zmniejszenie się ilości strątów. Nadto pierścienie, zgodnie ze spostrzeżeniem F u j i w a r y, są mniej wyraźne, występują znacznie wolniej i są bardzo delikatne. Zbierając wyniki doświadczeń z tej grupy uzgadniamy je w zupełności z autorem. Ł a g u n ą, M e i s s n e r o w ą, którzy również powtarzali doświadczenia F u j i w a r y.

Swoistość surowic, uzyskanych tą metodą jest zupełnie zadowalniająca. Nie wykonywaliśmy jednak precypitacji przy zastosowaniu gotowanego wywoływacza w odczynie, jak to czynili O b e r m a y e r, P i c k, B r u y o n o g h e, M e i s s n e r o w a, celem stwierdzenia, czy surowice te posiadają wyłączną swoistość względem białka gotowanego (t. zw. konstitutive Gruppierung). Według R o s e n b e r g a surowice, otrzymane przy pomocy gotowanego wywoływacza mają posiadać większą swoistość gatunkową nawet w stosunku do niegotowanego wywoływacza. Wyników tych jednak nie potwierdzają badania przeprowadzone przez M e i s s n e r o w ą.

C. d. n.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R R e n c k i.

(Ciąg dalszy).

Objawy ze strony skóry jak skłonność do wysypek, pokrzywek, obrzęków naczynio-ruchowych są wyrazem zmian ogólnych konstytucjonalnych — diatezy allergicznej Kaemmerera, czy skazy wysiękowej według Strümpla.

Chąc przekonać się, czy w mechaniźmie powstawanie napadu nie odgrywa pewnej roli też i drogą humoralną, czy napad nie powstaje z powodu pojawiania się we krwi pewnych jadów działających wprost na mięśnie gładkie oskrzeli, przeprowadziłem szereg badań biologicznych. Według metody D a l e'a umieszczałem skrawek mięśnia gładkiego z macicy dziewiczej świnki morskiej w 150 cm³ płynu odżywczego (Ringer-Locke) o stałej temperaturze 37°, stale nasyconego tlenem. Do płynu odżywczego dodawałem surowicy krwi

osobnika normalnego, osobnika chorego na dychawicę, pobranej z żyły w czasie wolnych od napadów — i w czasie napadu. Odpowiedni mechanizm dźwigniowy znaczył skurcze mięśnia. Otóż wybitniejszych różnic w działaniu tych różnych surowic nie było. Przeprowadzałem też doświadczenia na samych chorych w ten sam sposób: pobierałem w czasie napadu krew, aby nastepnie wstrzykiwać tym samym osobnikom surowicę w czasie wolnym od napadów. Gdyby istniały we krwi ciała wywołujące napad, to wstrzyknięcie takiej krwi pobranej w czasie napadu musiałoby wywołać ponownie napad. Otóż nigdy napadu w ten sposób nie wywołałem, a nawet w jednym przypadku taka injekcja uchroniła chorego przed napadem, który zawsze występował co nocy. Sprawa ta wymaga jeszcze dalszych badań. Jednak już powyższe badania świadczą przeciwko pojawianiu się we krwi jadów, działających skurczowo na mięśnie oskrzeli.

Tablica 1.

Rezerwa alkaliczna w cm. CO_2 Imię: L. P.

rano	18 g.	w nocy w czasie napadu
67	66 „	59

Tablica 2.

Rezerwa alkaliczna w cm CO_2

Imię	Data	W okresie bez napadu	napadu
F A	5/6	59	55
K P	6/2	77	67
L B	10/3	75	62
J M	6/4	72	65
P B	6/6	62	—
L R	10/2	78	—

Tablica 3.

Podstawowa przemiana materji.

Imię	K P	L R	P B	N S	K J*)	J H	J
Data	5/2	18/5	31/5	7/6	12/10	13/5	16/4
Q R	0·9	0·87	1	0 83	0·83	0·9	0·9
Przem. %	10%	−1·2%	−2·8%	3%	−10%	−2·6%	3%

*) Chory otyły

Tablica 4.

Imię	Kwas mocz.	cukier	R A	chlorki
L B	2·44 mg %	0·076%	26·6 mg%	0·497%
K P	3·32 „ „	0·098 „	44 „ „	0·644 „
L P	2·5 „ „	0·08 „	20 „ „	0·55 „
F A	2·9 „ „	0·10 „	25 „ „	0·6 „
P B	3·1 „ „	0·075 „	30 „ „	0·490 „
J M	1·9 „ „	0·10 „	31 „ „	0·570 „

Tablica 6

Działanie wywoływacza

Godzina	9	$10^1/_2$	13	8	9 na drugi dzień po napadzie nocnym
Ilość ciałek biał.	6.500	6.700	7.300	6.500	10.500
Segment.	55·6	5 0	59 6	68 8	74·7
pałecz.	1·6	2·4	0·8	3 6	1·1
Limfocyt.	29·2	38·8	30·0	20·8	12·0
Monocyt.	II·2	0 4	8·4	4·4	8 0
Eozynofil.	2 0	2·4	1·2	2 4	3·6
Tucz.	0·4	0	0	0	0

Obraz hematologiczny.

Wśród ogólnych objawów na uwagę zasługuje zachowanie się obrazu hematologicznego. Zmiany tu zachodzące są tak wybitne, że zwracały uwagę od dawna, jakkolwiek wyniki obserwacji były tu niekompletne i bardzo często zupełnie fałszywie tłumaczone. Zmiany te są dwojakiego rodzaju: 1. zmiany które spotyka się stale u ludzi chorych na dychawicę oskrzelową, 2. zmiany, które powstają podczas samego napadu. Należy podnieść, że doświadczenia tu były niedokładne, nie uwzględniano czasu pobrania krwi w badaniach dawniejszych autorów. Nie uwzględniano czy krew była pobrana w czasie napadu, czy po napadzie, czy w czasie wolnym od napadów i dochodzono do fałszywych wniosków. Jeszcze teraz nawet w obszernych podręcznikach znajdujemy niesłuszne zdanie, że stopień eozynofilji jest miarą ciężkości schorzenia.

Poniżej podaję zestawienia najcharakterystyczniejszego zachowania się tych zmian u niektórych chorych naszych. Badania bardzo dokładne i szerokie przeprowadzaliśmy na materjale kli-

Tablica 5.

Nazwisko i Imię	Data	Ilość ciałek b	Neutrofile segment.	Neutrofile puten.	Neutrofile młode	Eozynofile	Tuczne	Limfoc.	Monoc.	Uwagi
J D	7/5	10.300	48·8%	8·8%	0·8%	7·2%	0.4%	27·2%	6·8%	Długi okres bez napadu
	13/5	7.000	40·0%	1·0%	—	4·0%	0·5%	44·5%	10·0%	W czasie napadu
	„	9.700	44·4%	1·6%	—	19 2%	0·8%	26·4%	7·6%	W 2 godz. po silnym napadzie — jedynym.
*) na 250 ciałek b. liczonych — 1 myeloblast eozynofil.										
J M	25/1	6.230	56·0%	2·4%	—	4·8%	0·4%	34·4	1·6	W czasie długotrw. poprawy
	3/2	5.400	55·0%	2·5%	—	10·5%	0·5%	24·0	7·5	W okresie napadów. — Stan chwilowo bez napadu
		5.300	49·5%	1·0%	—	6·0%	—	40·0	3·5	W czasie duszności
		8.500	34 4%	0 4%	—	12 8%	0·8%	49·6	2·0	Po napadzie
L B	24/1	8.700	60·4%	0·8%	—	4·0	0·8	29·2	4·8	Długi okres napadów — stan przed napadem
	„	6.000	41·6%	1·6%	—	2·4	0·4	43·6	10·4	W czasie napadu
	„	8.500	52·3%	2·0%	—	4·8	—	34·8	5·6	Po napadzie
K P	17/11	9.900	56·1%	2·1%	1·2%	21·0	2·3	15·3	2·0	Po silnym napadzie
	10/12	6.200	66·8%	2 1%	0·3%	5·5	—	20·2	5·1	Po napadzie w okresie długotrwającego pogorszenia
	18/1	9.600	64·4%	0·4%	—	3·2	—	27·6	4·4	Długi okres poprawy

niki lwowskiej, uwzględniając wszystkie momenty tu w grę wchodzące. Badając krew niejednokrotnie u tego samego chorego. Zestawienia dołączone są tylko częścią naszych spostrzeżeń. Wszystkich podać nie możemy ze względu na brak miejsca. Jak z obserwacyj tych wynika, obraz jest tu bardzo zmienny. Największe zmiany sprowadza sam napad. Ale i bez względu na napad spotykamy się tu z wybitną tendencją do powiększenia się ilości ciałek kwasochłonnych i przesunięcia obrazu na korzyść limfocytów względne, to znaczy bez powiększania się ilości faktycznej tychże. Ta skłonność do eozynofilji spotykana w całym szeregu stanów pokrewnych dała podstawę S t ä u b l e m u do przyjęcia teorji o diatezie eozynofilnej i obecnie jest jeszcze argumentem wspólności tła szeregu postaci chorobowych, zaliczanych obecnie do schorzeń allergicznych. Zmiany owe są tak charakterystyczne dla rozodpornienia we wstrząsie, zwłaszcza zmiany w ilości ciałek kwasochłonnych. S c h l e c h t widział nacieki ciałek kwasochłonnych na okół oskrzeli przy wstrząsie u świnki morskiej. Jakkolwiek jeszcze dotychczas kwestja fizjologicznego znaczenia ciałek kwasochłonnych jest nierozwiązana, to jednak na ogół powiedzieć możemy, że muszą one odgrywać ważną rolę w rozbijaniu antigenów i wogóle obcego białka. Zmiany spotykane w czasie napadu polegają na pewnem zmniejszeniu się ogólnej ilości ciałek białych i procentowem powiększeniu limfocytów. Najcharakterystyczniejsze są jednak zmiany w ilości ciałek kwasochłonnych, które nawet z normalnych wartości spadały prawie do połowy, ale tylko w czasie napadu. Po napadzie natomiast widzimy prawie stałe znaczne powiększenie się ilości ciałek kwasochłonnych. Dopiero w ciągu kilku dni ilość tych ciałek wraca do normy. Wobec stosunkowo długiego trwania tego powiększenia się ilości wspomnianych ciałek nic dziwnego, że u tego samego osobnika u którego w okresie wolnym od napadów widzieliśmy wartości normalne, po kilku napadach będziemy spotykać wartości dochodzące do 24%.

Widzimy więc tu w zachowaniu się ciałek pewien odczyn występujący, jak zwykle odczyny biologiczne, 2-fazowo. Pierwsza faza w czasie napadu, druga po napadzie. Odczyn ten przypomina zmiany spotykane przy wstrząsie anafilaktycznym. Tylko tu eozynofile nie znikają zupełnie z obiegu krwi, tak jak bardzo często przy wstrząsie. A na odwrót powiększenie się ilości tych ciałek po wstrząsie nie dochodzi do wysokości obserwowanych u nas po napadach dychawicy. Wygląda to tak, jakby mechanizm kompensacji strat w eozynofilach był tu sprawniejszy, może wskutek częstszego powtarzania się napadów, i skłonniejszy do egzageracji. Na to podobieństwo do anaphilaksji zwracali uwagę autorowie amerykańscy i angielscy i wyciągali z tego praktyczny wniosek, że to powiększenie się ilości ciałek kwasochłonnych wskazuje na uczuleniowe tło danego przypadku. Według naszych jednak badań podnieść musimy, że przedewszystkiem obraz hematologiczny jest tu tak zmienny, że nie może on stanowić zupełnie pewnej podstawy diagnostycznej; co najwyżej bardzo dokładna obserwacja przy częstem powtarzaniu badań krwi, mogłaby nam mówić coś nie coś o charakterze danego napadu. Jakkolwiek zdaniu tych badaczy amerykańskich nie można odmówić pewnej słuszności, to jednak muszę podnieść, że w naszych przypadkach widzieliśmy nieraz stosunkowo mniej wybitnie zaznaczoną ową reakcję tam, gdzie tło uczuleniowe było bezwzględnie pewnem, a przeciwnie w jednym przypadku, gdzie uczulenia doszukać się absolutnie nie było można, odczyn ten wystąpił najsilniej. Wogóle objaw ten nie zawsze występował równie silnie. Czasem szereg napadów jakby przez nakładanie się bodźców prowadził do coraz to większej eozynofilji. Czasem natomiast częstsze napady właśnie wyczerpywały ten mechanizm, tak, że odczyn stawał się coraz słabszy. Najsilniej odczyn ten wystąpił w jednym przypadku gdzie w ciągu długiego czasu mieliśmy tylko jeden jedyny napad i to nie na anafilaktycznem tle. Zauważyliśmy tutaj nawet występowanie form młodych myeloblastów eozynofilnych. Na czem polega różnica w mechanizmie tego odczynu, a odczynu anafilaktycznego orzec trudno choćby z tego względu, że mechanizm anafilaksji ma jeszcze tyle niejasności. Jakkolwiek musimy przyjąć, że w mechanizmie tym odgrywa pewną rolę układ wegetatywny to jednak wpływ tego układu może być tutaj z łatwo zrozumiałych względów tylko pośredni i to nie jedyny. Zmiany te odpowiadają wagotonicznemu charakterowi napadu dychawicy. Tu muszę zaznaczyć, że fakt, iż po bodźcach wagotonicznych nie zawsze mamy zwiększenie się ilości ciałek kwasochłonnych, na czem opierają się przeciwnicy, nie dowodzi jeszcze braku wpływu układu wspomnianego. Układ ten zwiększa równocześnie przenikanie tych ciałek z obiegu krwi do tkanek ze zwiększeniem wypływu tychże ze szpiku. Musimy tu podnieść, że ilość i skład ciałek białych we krwi naczyń włosowatych zależy od szeregu czynników: 1. zatrzymywanie w żyłach pewnych narządów, pewnych rodzajów ciałek (Venensperre), (Mautner i Pick), 2. przenikanie ciałek z obiegu krwi do tkanek względnie pewnych narządów, 3. rozpad ciałek. Jeśli zaś chodzi o zwiększenie ilości ciałek to zależy ono od 1. produkcji przez szpik i 2. od wyciskania ich z naczyń narządów miąższowych (śledziona) i 3. od przenikania zwrotnego z tkanek do krwi. W naszem rozważaniu pierwszą rolę odgrywa przenikanie. Badania plwociny tych chorych wykazywały zawsze znaczne ilości ciałek kwasochłonnych i to wtedy gdy zmniejszała się chwilowo ich ilość we krwi. Zmniejszanie się ilości ciałek kwasochłonnych w kapilarach, należy tłumaczyć przenikaniem do płuc tychże ciałek wskutek powstawania tam ciał hemotaktycznie działających wybiórczo, tylko na ciałka eozynofilne. Trudno orzec, czy są to allergeny czy substancje pierwotne toksyczne, czy dopiero pewne produkty przemiany materji lokalnej w tkankach, powstałe wskutek działania nerwu błędnego przy napadzie. Są one prawdopodobnie o charakterze słabych kwasów ze względu na wybiórcze działanie na zasadowe eozynofile. Ciała te powstałe w samych płucach działają przyciągająco na eozynofile ze krwi do płuc. Powoli jednak ciała te przenikają do krwi i wtedy już krew jest celem do którego wędrują eozynofile z tkanek i ze szpiku. I dlatego wtedy mamy wtórne powiększenie się ilości tych ciałek w obiegu krwi. Ciała te zwiększają nawet samą produkcję, bo jak obserwowaliśmy powodują występowanie form młodych.

Czy przenikanie tych ciałek gra rolę w powstawaniu napadu, jak sądzono dawniej (tworzenie kryształków Charcot i Leuden) nie wydaje się prawdopodobne. Raczej właśnie mamy tu do czynienia z odczynem, który ma na celu przeciwdziałanie antigenom i zobojętnianie kwaśnych jadów.

Tu jeszcze nadmienić muszę słów parę co do składu mikroskopowego plwociny. Otóż ani kryształów wspomnianych, ani spirali Kurschmanna w większości przypadków nie spotykaliśmy. Jedynie zawsze spotykaną cechą była obecność znacznej ilości ciałek kwasochłonnych ale i to jest zależne od stanu chorego.

Nakoniec chciałbym jeszcze podać parę uwag co do sposobu obserwacji chorego. Otóż po osiągnięciu z dokładnej anamnezy odpowiednich wskazówek zwracamy w obserwacji uwagę głównie w tym kierunku, w którym nam wywiady dały pewne dane. W razie podejrzenia na uczulenie wykonujemy szereg prób skórnych. I to obecnie tylko na grupę wywoływaczy, na którą uzyskaliśmy pewne podejrzenie. O samych próbach skórnych mówiłem już wyżej. Jak wiemy nie mają one bezwzględnie pewnej wartości. Mimo to jednak wobec braku lepszych prób musimy się posługiwać niemi, bo są one stosunkowo łatwe, a z drugiej strony wiemy, że wyniki fałszywe nie są zbyt częste i próby te oddały już nieraz duże usługi. Dla kontroli, a nadto dla określenia jaką rolę odgrywa uczulenie w danym przypadku należy zawsze uciec się do obserwacji. Czynimy to w ten sposób, że dany wywoływacz staramy się absolutnie usunąć z otoczenia chorego i obserwujemy czy ataki ustąpiły względnie czy się zmniejszyły. Następnie możemy spowodować przez próbne zetknięcie się z tym wywoływaczem wystąpienie napadu względnie pogorszenie. Wtedy już mamy pewne dane. Musimy uciekać się do tego, zwłaszcza tam, gdzie musimy przeprowadzić leczenie odczulające. Jednakże kwestja tej obserwacji nie przedstawia się tak zupełnie łatwo jakby to się zdawać mogło. Musimy pamiętać, że nie zawsze napad dychawicy występuje, jak wstrząs, zaraz po zetknięciu się ze swoistym wywoływaczem. Przeciwnie często widzimy, że napad ten przychodzi dopiero wtedy, gdy w całym organizmie względnie w układzie wegetatywnym zajdą odpowiednie warunki, umożliwiające chorobotwórcze zadziałanie wywoływacza. Np. kontakt może nastąpić w czasie dnia, a napad dopiero w nocy, a co dziwne napady te mogą się jeszcze przez 2—3 dni powtarzać mimo, że w tych następnych dniach już kontaktu nie było. Możliwe, że mamy tu do czynienia z pewnem pozostawaniem wywyływacza gdzieś na błonie śluzowej, dróg oddechowych czy przewodu pokarmowego, skąd on przenikać może do krwi stale lub przejściowo i może być przyczyną napadu, lecz tylko w odpowiednich warunkach. Niektóre formy dychawicy siennej występują dopiero w nocy, kiedy okna są zamknięte mimo, że kontakt nastąpił w dzień. Szereg chorych z uczuleniem do pyłu mieszkaniowego, obserwowanych u nas, jeszcze przez 4—5 dni po przybyciu do Kliniki miewał silne napady, choć potem przez okres szeregu miesięcy napadów nie było. Napady wróciły dopiero po ponownem zetknięciu się z antygenem.

Dalej zdarzają się przypadki, że mimo ciągłego kontaktu z allergenem napady występują okresowo. Mamy tu prawdopodobnie do czynienia z ciekawą grą występowania na przemian stanu rozod-

pornienia i uodpornienia, jako 2 faz tego samego procesu. Obserwowałem przypadek dotyczący małego dziecka, które dostawało nadzwyczaj silnych napadów, ale tylko co 3 tygodnie. Powtarzanie tych napadów trwało tak długo, jak długo spało to dziecko na materacu z „morskiej trawy". Ma się rozumieć, że jeszcze bodźce nie allergiczne musimy uwzględnić w obserwacji, zwłaszcza tam, gdzie uczulenie odgrywa mniejszą rolę.

Przedewszystkiem jednak dużo niespodzianek sprawia nam zawsze uczulenie względne właśnie przez swoje niestałe występowanie. Zdarza się to głównie przy uczuleniu alimentarnem. Musimy tu jeszcze uwzględnić stan przepuszczalności błon śluzowych zwłaszcza przewodu pokarmowego. Przepuszczalność taka może być większa czasami tylko przejściowo wskutek procesów zapalnych lub z innych czynników. Dawać nam ona może przenikanie albo ciał toksycznych, albo anafilaktycznych. Obserwować też musimy funkcje wątroby, która jak wiemy, szkodliwe ciała wchłonięte z przewodu pokarmowego, zobojętnia. Myśmy w naszych przypadkach przeprowadzali próbę Widala, która tu zawsze wypadała dodatnio. W jednym przypadku nawet próba Falty wypadła dodatnio.

Obserwacyj nie możemy ograniczyć tylko do czynników allergicznych. O ile zauważymy, że usunięcie znalezionego już wywoływacza nie usuwa napadów, to musimy doszukiwać się albo innych wywoływaczy albo, co jest znacznie częstsze, wpływu bodźców fizykalnych, toksycznych i odruchowych. Dokładne badania w tym kierunku przeprowadzić winniśmy w ten sposób, że obserwować musimy wpływ dodatni usunięcia tych bodźców, a z drugiej strony, czy po zetknięciu się z takim bodźcem występują napady i to zaraz albo dopiero w nocy.

Obserwację racjonalną najlepiej przeprowadzać w klinice. Jednakowoż w przypadkach lżejszych u chorych inteligentnych możemy się uciec do pewnej współpracy z chorym. Niektórzy autorowie podają odpowiednie schematy do wypełnienia. Najlepiej postępować w ten sposób, że po jednej stronie karty przeznaczonej na zapiski obserwacyjne zaznaczyć dokładny czas i jakość spożytych pokarmów, zdarzenia dnia, jakość pracy, stykanie się ze zwierzętami, stykanie się z jakiemiś pyłami względnie z pewnemi osobami. Czy nosił ten chory jakieś nowe ubranie dawniej nie noszone, czy stykał się z jakiemiś osobami, czy nie zmieniał miejsca pobytu. Warunki pogody, wiatr, deszcz, mgły, wilgotność, zimno, gorąco, wzruszenie psychiczne, zmartwienia. Po drugiej stronie tej karty notujemy czas, długość i intenzywność napadu. Już po tygodniu takiej dokładnej obserwacji możemy wyciągnąć pewne wnioski co do istnienia pewnych czynników, względnie inne czynniki możemy wykluczyć.

Naturalnie te wszystkie wyżej wymienione czynniki musimy także uwzględnić w wywiadach. Już same wywiady dają w większości przypadków bardzo dużo. Dalsza obserwacja może nas tylko utwierdzić w danych uzyskanych przez wywiady.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. A. KICIŃSKI i Dr. M. MANCEWICZ. Warszawa.

Przypadek włośniczego zapalenia mięśnia sercowego.

Z oddziału chorób wewnętrznych „B" Szp. ś-go Łazarza w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Kazuistyka naszego oddziału ma do zanotowania przypadek włośnicy mogący budzić zainteresowanie ze względu na rzadkie w przebiegu tej sprawy powikłania sercowe. Z góry jednak zaznaczyć należy, że co do możliwości tego rodzaju powikłań stanowisko wielu autorów jest wręcz negatywne. I tak Leschke twierdzi, że dotychczas nie wykazano włośnice w mięśniu sercowym, zaś toksyczne zmiany zapalne pośmiertnie w nim stwierdzane nie dają żadnych klinicznych objawów. Analogiczny jest pogląd Domarusa. Zapatrywania powyższych autorów podziela częściowo i Matthes. Zgadza się mianowicie z nimi, że włośnice nie usadawiają się w mięśniu sercowym, lecz w przeciwieństwie do nich jest zdania, że objawy niedomogi krążeniowej zależą właśnie od zmian zapalnych toksycznych w mięśniu sercowym. Ortner jednak wyraźnie już podkreśla, że niewydolność serca w przebiegu włośnicy może zależeć od usadowienia się włośnic w mięśniu sercowym. Spostrzeżenia Zenkera, który pierwszy wykazał włośnice w mięśniu sercowym przesądziły jednak spór co do możliwości takiego ich usadowienia się (Gruber). Okoliczność tę należy podkreślić ze względu na jego autorytet i kompetencję, gdyż Zenker jeden z pierwszych wskazał na rolę chorobotwórczą włośnic. W ostatnich czasach ukazała się praca Trommera i Hebenstreita omawiająca te sprawy z punktu widzenia klinicznego oparta na skrupulatnie spostrzeganym i przestudjowanym materjale.

Z krótkiego tego zestawienia wynika, że udział mięśnia sercowego w sprawie włośniczej może być dwojaki: albo mięsień sercowy zostaje wciągnięty w grę wskutek toksycznego działania włośnic, albo staje się on miejscem ich usadowienia się. Kwestję tę omówimy łącznie ze spostrzeganym przez nas przypadkiem.

Spostrzeżenie dotyczy chorej H. S., lat 19, która w dniu 23 stycznia b. r. przybyła na oddział z powodu silnych bólów mięśniowych, osłabienia i podwyższonej ciepłoty. Chora podawała, że na 10 dni przed zgłoszeniem się do szpitala dostała gorączki, bólu głowy i utraciła łaknienie. Te objawy, początkowo nieznaczne, nasiliły się szybko, tak, że na 3-ci dzień musiała położyć się do łóżka. W 9-tym dniu choroby wystąpiły bóle mięśniowe, bezsenność i poty. Ciepłota zaś podniosła się do 40°. W pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalu ciepłota wynosiła 38.3°. Język był lekko obłożony lecz wilgotny. Mięśnie na kończynach górnych i dolnych były żywo bolesne i nieco twardawe. Płuca opukowo i osłuchowo wykazywały stosunki prawidłowe. Granice serca były w normie, tony czyste, miarowe, miernie przyspieszone o prawidłowym stosunku co do przerw i natężenia. Tętno wynosiło 90 na minutę, było miarowe dostatecznie wypełnione i napięte. W jamie brzusznej poza tkliwością wyraźnie macalnej esicy zmian nie wykrywano. Śledziona nie była powiększona. Mocz zmian nie wykazywał — w szczególności odczyn dwuazowy był ujemny. Badanie krwi obok miernej leukocytozy (11.000) wykazywało 43% eozynofilji. Kał jaj pasożytów nie zawierał.

Badanie przedmiotowe i dodatkowe laboratoryjne pozwoliły wobec tego na ustalenie rozpoznania włośnicy *(Trichinosis)*.

W rozważaniach różniczkowych należało jeszcze uwzględnić następujące zasadnicze sprawy chorobowe:

1° Influenzę typu rheumatoidalnego,

2° Dermatomyositis.

3° Sepsis z przerzutami do mięśni.

1° Wysoka eozynofilja, przy ujemnym wyniku badania kału na jaja pasożytów, pozwoliła tę pierwszą możliwość wykluczyć.

2° Brak objawów skórnych, obrzęku twarzy (Matthes), tak wysoka eozynofilja nie pozwoliły znów na przyjęcie dermatomyositis.

3° Posocznicę wykluczał brak punktu wyjścia zakażenia, dobry stan ogólny chorej, wilgotny język, tętno współmierne z ciepłotą oraz obraz krwi.

Tak więc i drogą wykluczenia doszło się do pierwotnego rozpoznania. Powtórne badanie krwi na 3-ci dzień wykazało 47% eozynofilji. Kał na jaja pasożytów dał ponownie wynik ujemny. Próby Staubliego na obecność trichinyl nie przeprowadzono. Zresztą próba ta, jak z wielu stron podkreślają daje prawie zawsze wynik ujemny.

Przez 9 dni pobytu chorej w szpitalu włośnica przebiegała typowo i łagodnie. Stan ogólny chorej był dobry. Ciepłota wahała się w granicach 37.6—38.2° przy dobrem tętnie 90—100 na minutę. Eozynofilja utrzymywała się na poprzednich liczbach. Tony serca były nadal czyste i miarowe.

Na 10-ty dzień wystąpiły raptem silne dreszcze, ciepłota podniosła się do 39.6°, tętno zaś do 130 na minutę. Chora uskarżała się na kłujące bóle w okolicy serca i uczucie jego kołatania.

Serce poza przyspieszoną akcją i lekkim podmuchu skurczowym zmian na razie nie wykazywało. Następnego dnia stan ten znacznie się pogorszył i chora zaczęła narzekać na wzmożenie się bólów mięśniowych i bólu w okolicy serca. Ciepłota wynosiła 39°, tętno 130 na minutę, lecz było już słabo napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi obniżyło się na 90/75 mm Hg. RR. Serce było nieco powiększone w wymiarze poprzecznym. Stwierdzało się pozatem wyraźny szmer skurczowy nad końcem serca i tętnicą płucną. Drugi ton okazał się tu rozszczepiony. Na kończynach dolnych zaznaczył się nieznaczny obrzęk. Badanie moczu w tym czasie wykonane poza śladami białka zmian nie wykazywało. Odczyn dwuazowy ujemny. (Krew nieoczekiwanie wykazała spadek eozynofilji do 2%).

W ciągu paru następnych dni ciepłota wahała się od 37.4 do 37.9° przy tętnie 120—130 na minutę. Eozynofilja nie przekraczała 3%. Przedmiotowo ze strony serca stwierdzano powiększenie serca w wymiarze poprzecznym (półtora palca w lewo i jeden w prawo) i podłużnym ku górze (3 żebro) szmer skurczowy nad końcem i tętnicą płucną. Tony u podstawy serca były wzmożone,

II ton nad tętnicą płucną rozdwojony. Kończyny dolne były wyraźnie obrzęknięte wybitne zaś obrzęki wystąpiły na krzyżu.

Badanie elektrokardjograficzne wykazało: P w I i III odprowadzeniu lepiej wysklepione niż w II, R w I małe, dodatnie, w II średnie, również dodatnie, w III zaś bardzo małe, dodatnie z dużym załamkiem na ramieniu wstępującem. T w I odprowadzeniu ujemno-dodatnie naogół dość płaskie, w II i III zupełnie ujemne. PR nieco większe od 0.15, QS = 0.05, RT = 0.375. Krzywa elektrokardjograficzna nie wykazała zatem naogół nic szczególnego.

Z zasadniczego tła chorobowego wyłoniła się więc sprawa nowa, o wyraźnym zespole objawów krążeniowych. Rozstrzeń serca, dane osłuchowe, przyspieszona akcja, nikłe tętno, obniżenie ciśnienia krwi i objawy niedomogi krążeniowej przemawiały za zapaleniem mięśnia sercowego, które etjologicznie można było wiązać jedynie z chorobą zasadniczą. Należało jeszcze rozważyć jakie przypuszczalnie zmiany anatomiczne stanowiły podstawę tych objawów. Czy mieliśmy tu do czynienia z ogniskami zwyrodnieniowemi toksycznemi zgodnie z zapatrywaniami Matthesa, Lesckego, Romberga, Domarusa i innych, czy ze zmianami zapalnemi powstałemi wskutek inwazji włośnic w myśl spostrzeżeń Zenkera, Grubera oraz Ortnera. Przyjęcie pierwszej koncepcji zwyrodnienia na tle toksycznym było prostsze, miało jednak pewne zastrzeżenia. Przedewszystkiem, o ile to można było sądzić ze stanu ogólnego chorej objawów toksycznych właściwie się nie stwierdzało. Zwłaszcza nerki i wątroba reagujące na toksyny wogóle bardzo szybko nie wykazywały żadnych zmian (brak białkomoczu, nie zwiększony urobilinogen). Również tętno przed wystąpieniem objawów sercowych było współmierne z ciepłotą. Brak było również obrzęku powiek, który większość autorów uważa za toksyczne uszkodzenie śródbłonka naczyń. Obrzęk kończyn dolnych i krzyża oczywiście tym czynnikiem toksycznym tłumaczonym być nie mógł.

Dane powyższe nakazały dokładniejszą analizę całego obrazu chorobowego, tembardziej, że wyłaniała się i inna koncepcja. Znanym jest ogólnie fakt, że w chorobach zakaźnych, w których istnieje możliwość dostania się materjału zakaźnego do krwiobiegu moment ten przejawia się klinicznie szybkiem powstawaniem nowych ognisk chorobowych i silnemi dreszczami. Zważywszy więc, że w naszym przypadku tym objawom towarzyszyło jeszcze nasilenie się bólów mięśniowych, to trzeba przyznać, że przypuszczenie analogicznego mechanizmu w mięśniu sercowym miało za podstawę pewne dane. Ponieważ właśnie w tym okresie wystąpiły objawy sercowe, podejrzenie usadawienia się włośnic w mięśniu sercowym nasuwało się samo przez się. Oczywiście, że tej kwestji nie można było przesądzić a nawet przechylić szalę zwykłego prawdopodobieństwa w tę lub ową stronę, ale odnieśliśmy wrażenie, że wspomniana interpretacja wykazała jednak dużo punktów stycznych z obrazem klinicznym naszego przypadku.

To jedno spostrzeżenie z liczby trzech przypadków włośnicy, które mieliśmy możność obserwowania na naszym oddziale w latach 1926—28 nie uprawnia do wyciągania żadnych dalszych wniosków, ale uzupełniony innemi spostrzeżeniami klinicznemi, ew. sekcyjnemi wniesie niewątpliwie światło co do kwestji powikłań sercowych włośniczych. Istotą powikłania w naszym przypadku było zapalenie mięśnia sercowego, udział zaś włośnic pośredni czy bezpośredni miał znaczenie drugorzędne bez wpływu na rokowanie i leczenie. Z powodu niemożliwości jednak ustalenia przyczyny i mechanizmu tego powikłania ucierpiał obraz patogenetyczny a tem samem zrozumienie całokształtu obrazu klinicznego.

Z punktu widzenia symptomatologji sercowej przypadek nasz jest analogiczny do przypadków włośnicy, opisanych przez Trommera i Hebenstreita. Autorowie ci stwierdzali zwiększenie się sylwetki serca o cechach rozstrzeni, szmer skurczowy na koniuszku, wzmożenie tonów u podstawy serca i objawy niedomogi krążeniowej. Wzmożenie tonów trwało do 3—4 miesięcy. W naszym przypadku objawy niedomogi trwały blisko 4 tygodnie, wzmożenie zaś tonów stwierdzaliśmy po 3 miesiącach. Później przypadek ten znikł nam z obserwacji. Według Ortnera zaś, za obecnością trichin w mięśniu sercowym w przebiegu włośnicy przemawia nikłe, często niemiarowe tętno, asthma cardiale, oraz bóle serca.

Reasumując krótko dotychczasowe wywody jesteśmy zdania, że nasz przypadek należałoby ująć w ten sposób: w przebiegu niewątpliwej włośnicy powstaje powikłanie sercowe o cechach zapalenia mięśnia sercowego. Brak objawów toksycznych z jednej strony, z drugiej zaś dane cechujące tworzenie się powikłań w sensie przerzutów czyniło bardziej prawdopodobnem usadowienie się włośnic w mięśniu sercowym. Gdyby u naszej chorej nastąpiło zejście śmiertelne, przypadek ten skierowalibyśmy na sekcję z rozpoznaniem tej formy: *Myocarditis trichinosa (ex invasione trichinellis?)* coby wyrażało nasze podejrzenia i nasz punkt widzenia.

Piśmiennictwo.

1) E. Leschke: „Tierische Parasiten des Herzens". Kraus-Brugsch tom IV, I część, str. 690. — 2) A. von Domarus: „Grundriss der inneren Medizin", 1926, str. 122. — 3) Matthes: „Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten", 1923, str. 116. — 4) N. Ortner: „Differentialdiagnostik innerer Krankheiten", 1928, str. 203. — 5) Trommer i Hebenstreit: „Beitrag zur Trichinose". — 6) Gruber: „Ueber Trichinose". Wiener Klinische Wochenschrift, 1927, Nr. 52.

Dr. Karol BRAUN, sekundarjusz oddz. oto-laryngol., Lwów.
Jan SOSIN, mł. asyst. Inst. Anatomji patol. U. J. K.

Zgorzelinowe zapalenie gardła z brakiem leukocytów wielojądrzastych we krwi.

(Przyczynek do kazuistyki t. zw. agranulocytozy).

Na posiedzeniu lekarzy Medycyny Wewnętrznej w Berlinie, w lipcu 1922 roku opisał poraz pierwszy Verner Schulz rzadkie postacie schorzeń migdałków, które podzielił na dwie grupy. Jedną z nich określił on wtedy jako tak zwaną „Monocytenangina", drugą grupę tych schorzeń określił on jako *„Gangreneszierende Processe mit Defekt des Granulocytensystems"*. Od tego czasu schorzeniami temi bardzo zainteresowano się w świecie lekarskim, w piśmiennictwie zaś pojawiają się od czasu do czasu opisy przypadków poszczególnych. Drugą postać wspomnianych schorzeń Verner Schulz określił skróconem mianem „Agranulocytoza". Friedemann nazwał tę jednostkę chorobową *„Angina agranulocytotica"*, zaś Weiss *„Mucositis necroticans agranulocytotica"*.

Schorzenie to dotyczy przeważnie kobiet w wieku średnim. Trwa trzy do dziesięciu dni, a wszystkie pierwsze przypadki opisane miały przebieg śmiertelny. Później opisywano przypadki o przebiegu pomyślnym. Etjologja schorzenia jest niejasna. Friedemann przyjmuje etjologję zakaźności.

Obejmuje ono przedewszystkiem migdałki, następnie błonę śluzową jamy ustnej, języka i gardła, gdzie stwierdza się głębokie owrzodzenia i martwicę. Nadto pojawia się żółtaczka, niekiedy obrzęk śledziony i wątroby i bardzo charakterystyczny obraz krwi. Przy prawidłowej liczbie ciałek czerwonych zachodzi znikoma ilość granulocytów, które w niektórych przypadkach mogą zupełnie z krwi zniknąć. Podobny przypadek, przez nas spostrzegany, opisuję poniżej.

C. N., lat 28. Wywiady: Dawniej nigdy nie chorowała, jest 5 lat zamężną, bezdzietna, mąż zdrów.

Choroba rozpoczęła się przed 9 dniami, dreszczami, łamaniem w kończynach i bólami głowy. Następnego dnia wystąpiły bóle gardła i wymioty. Ciepłota 40°. Ten stan trwał ze wzmagającem się nasileniem przez cały tydzień. Z końcem tygodnia pojawiła się silna żółtaczka. Sensorium wolne. W drugim dniu choroby wstrzyknięto chorej 5 tysięcy j. surowicy przeciwbłoniczej, bez żadnego jednak wyniku. Stan chorej bardzo ciężki. Ponieważ objawy się nasilały i stan się pogarszał, a wszelkie zabiegi lecznicze nie dawały poprawy, skierowano chorą w 9-tym dniu choroby, w stanie bardzo ciężkim na oddział laryngologiczny Państwowego Szpitala powszechnego.

Stan obecny: Chora zgłasza się w stanie bardzo ciężkim o nieco zamroczonem sensorium, nie przyjmuje żadnych pokarmów. Wzrostu średniego, budowa kośca dobra, odżywienie dobre. Uderza silnie żółtaczkowe zabarwienie skóry. Głowa jest bez zmian. Szpary powiekowe są równe. Źrenice dobrze oddziaływują. Żółtaczkowe zabarwienie twardówki. Nos jest bez zmian. Obrzęk okolicy podszczękowej.

Płuca są w granicach prawidłowych, wypuk po stronie lewej w dole jest stłumiony. Po stronie prawej, zwłaszcza w górze, jest znaczne stłumienie. Wysłuchem stwierdza się szmery oddechowe pęcherzykowe osłabione, z dźwięcznemi rzężeniami.

Granice serca są prawidłowe, a tony głuche.

Powłoki brzuszne są wiotkie, wątroba jest macalna pod łukiem, brzeg wątroby macalny, powierzchnia gładka. Śledziona wypukiem jest powiększona, niemacalna.

Na skórze szyi stwierdza się ponad obojczykiem martwicze powierzchowne ubytki naskórka, pochodzące najprawdopodobniej od okładów, stosowanych w domu.

Jama ustna jest w całości wypełniona językiem silnie obrzękłym, który po stronie prawej, wykazuje ostro odgraniczone czarniawo zabarwione miejsce martwicze, obejmujące $^1/_3$ przedniej części języka. Wśród tej martwicy jest widoczny żółtawo zabarwiony pas martwiczy. Ruchomość języka jest prawie zupełnie zniesiona. U nasady język wykazuje głębokie owrzodzenia i żółtawą martwiczą tkankę, podobnie jak na migdałkach. Po podniesieniu języka szpatułką ku górze jest widoczna martwica na dnie jamy ustnej. Błona śluzowa policzka po stronie prawej wykazuje również martwicę i jest pokryta nalotem żółtawo-brudnym. Z powodu silnego obrzęku i bolesności języka nie można dokładnie zbadać jamy gardłowej. Widoczne są tylko znacznie powiększone migdałki, wykazujące głębokie, ostro odgraniczone owrzodzenia, pokryte brudno-żółtym martwiczem nalotem.

Odczyny: Wassermanna (—). Sachs Georgi (—).

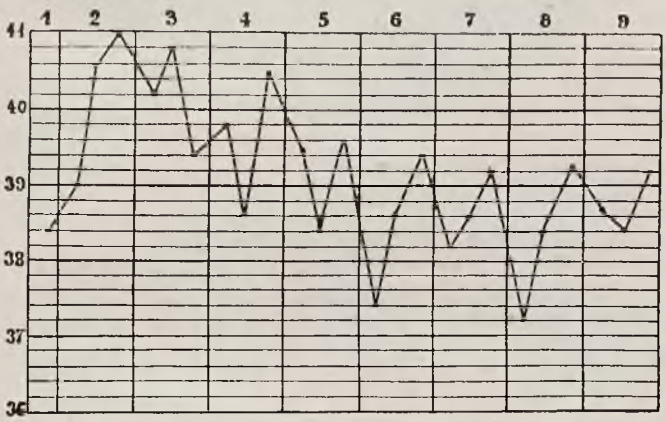
Bakterjologiczne badanie nalotu migdałków: W hodowli z gardła stwierdzono paciorkowce hemolizujące.

Bakterjologiczne badanie krwi: Na agarze i na buljonie nic nie wyrosło.

Badanie cytologiczne krwi: Ciałek czerwonych: 4,400.000, ciałek białych 300, Sahli 90, Index 0.90.

Różnicowanie krwi według Schillinga: 100% limfocytów, wśród nich pojedyncze wczesne formy limfocytów, pozatem żadnych innych ciałek białych.

Krzywa gorączkowa, od pierwszego dnia choroby przedstawia się następująco:



Ryc. 1. Krzywa gorączkowa od pierwszego dnia choroby.

7. VII. Stan chorej popołudniu znacznie się pogorszył. Żółtaczka się wzmogła, skóra przybrała żółtaczkowo-brunatny odcień. Wzmógł się też obrzęk okolicy podszczękowej. Wystąpiła zupełna niemożliwość pobierania nawet płynnych pokarmów. Chwilami zupełne zamroczenie. Przy stałem pogarszaniu się stanu chorobowego, mimo ciągłego podawania środków nasercowych, nastąpiło w nocy zejście śmiertelne, nim zdołano przygotować krew do przelania jako jedyny środek leczniczy w tym przypadku.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

Sekcja: Liczba prot. 596/28 z dnia 9. VII. 1928 w 18 godzin po śmierci.

Zwłoki kobiety lat 28. Wzrost średni. Budowa dobra. Odżywienie mierne. Stężenie pośmiertne mięśni w całości jest utrzymamane.

Skóra jest żółtaczkowo zabarwiona, plamy pośmiertne są rozległe.

Błony śluzowe, widzialne od zewnątrz, są sinawe i żółtaczkowo zabarwione.

Szpik kości długich czerwony.

Głowa i twarz są umiarowe. Czaszka zmian nie przedstawia. Opona twarda jest przekrwiona. Zatoki żylne częściowo pośmiertnie skrzepłą krwią są wypełnione. Opony miękkie są silnie przekrwione i obrzękłe.

Mózg jest wielkości odpowiedniej, zwoje jego są przypłaszczone, a rowki wązkie, tkanka mózgowa ciastowata i wilgotna (obrzękła), na powierzchni przekroju mózgu stwierdza się wybitne przekrwienie.

Opłucna lewa w zakresie płatu dolnego jest zmętniała i pokryta świeżym nalotem włóknikowym, prawa jama opłucnowa jest całkowicie zarośnięta.

Płuca są wielkości odpowiedniej, ciężaru powiększonego. Płat dolny płuca lewego w dolnej części, płat górny płuca prawego w całości jest bezpowietrzny, na przekroju płuca stwierdza się nieco wystające nad powierzchnię i zlewające się ze sobą, żywo czerwone ogniska. Pozostałe części płuc są silnie przekrwione i obrzękłe.

Krtań, tchawica i oskrzela są silnie żylnie przekrwione i nieco żółtawo zabarwione, pokryte wydzieliną śluzowo-surowiczą.

Gruczoły chłonne, okołooskrzelowe i okołotchawiczne są dość powiększone i pylicowo zmienione.

Serce jest wielkości odpowiedniej, w wymiarze poprzecznym nieco rozszerzone. Błona wewnętrzna naczyń i wsierdzie jest silnie hemoglobiną napojone. Mięsień sercowy jest przekrwiony, bez połysku o wyglądzie gotowanym, kruchy.

Błona śluzowa jamy ustnej uległa na znacznej przestrzeni zgorzeli. Miejsca zgorzelinowe są ciemno brunatno zabarwione, od zewnątrz pokryte jakby nalotem, pod postacią błony silnie przylegającej, jasno żółto zabarwionej. Jest to tkanka martwicza. Najbardziej zajęta jest prawa strona jamy ustnej, łuki podniebienne z migdałkami, boczna i tylna ściana gardła. Same migdałki są znacznie powiększone dochodzą bowiem do wielkości małych włoskich orzechów, pokryte są one również błoną jasno-żółtą, po zdjęciu której stają się widoczne owrzodzenia, sięgające w głąb zagłębień migdałkowych.

Prawa strona języka, od wierzchołka aż do podstawy uległa również martwicy i przedstawia obraz podobny.

Śledziona jest bardzo powiększona, silnie przekrwiona, miąższ jej zbiera się obficie na nożu.

Wątroba ma wielkość odpowiednią, jest przekrwiona, na przekroju rysunek jej jest zatarty, powierzchnia lśniąca, miąższ jej jest bardzo kruchy.

Drogi żółciowe zmian widocznych nie przedstawiają.

Nerki są nieco powiększone, wiotkie, przekrwione, brzegi ich po przekrojeniu nieco się wywijają, miąższ nieco lśni, stosunek substancji korowej do rdzennej jest prawidłowo utrzymany, jakkolwiek rysunek nerki już się zaciera.

Nadnercza są wielkości odpowiedniej i pośmiertnie się rozpadają.

Trzustka jest przekrwiona, gruboziarnista, wielkości normalnej.

Żołądek jest rozszerzony, jego błona śluzowa blada, gdzieniegdzie pokryta wybroczynami, groszkowana i pokryta dość znaczną ilością śluzu. Dwunastnica jest pokryta obfitym żółciowo zabarwionym śluzem. Jelita są nieco wzdęte, a ich błona śluzowa blada, nieco matowa, pokryta obfitym śluzem. Grudki chłonne są nieco powiększone.

W jajniku lewym znajduje się ciałko żółte miesiączkowe.

Macica wielkości odpowiedniej, mięsień jej miernie ukrwiony. Z przedniej zewnętrznej ściany macicy zwisa, jakby na szypule guz, białawy, plastyczny, wielkości dużego jabłka, który na przekroju składa się z tkanki tłuszczowej i włosów. Błona śluzowa jest przekrwiona, rozpulchniona i pokryta obfitym śluzem.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Stomatitis, pharyngitie et tonsilitis gangraenosa. Gangraena supertitialis linguae. Pneumonia lobularis haemorhagica lobi inferioris pulmonis sinistri et superioris dextri. Pleuritis fibrinosa pulmonis sinistri. Obliteratio cavi pleuralis dextri. Nephritis acuta parenchymatosa. Degeneratio myocardii et hepatis parenchymatosa. Tumor lienis septicus. Oedema cerebri. Imbibitio haemoglobinaemica intimae vasorum et endocardii. Icterus. Cystitis dermoidalis subperitonealis uteri. Medulla ossium rubra.*

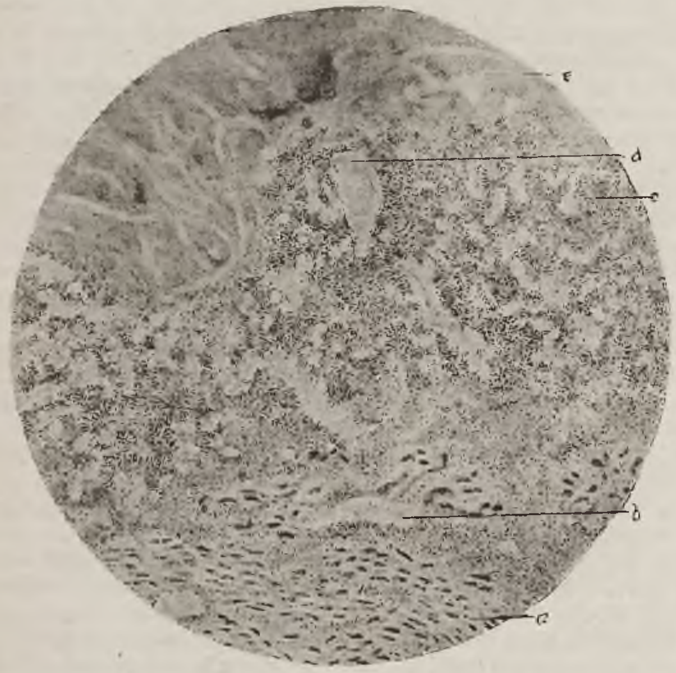
Badanie mikroskopowe narządów:

Jama ustna. Błona śluzowa jamy ustnej uległa martwicy. W tkance podśluzowej naczynia krwionośne są silnie porozszerzane, a w nich tkwią zakrzepy. Dookoła naczyń stwierdza się obfite nacieki limfocytarne.

Język. Błona śluzowa języka w miejscach, ulegających zgorzeli, jest zupełnie martwicza, a pod nią są bardzo obfite nacieki drobnokomórkowe, utworzone niemal wyłącznie z komórek limfoidalnych. Naczynia krwionośne są wybitnie porozszerzane i przekrwione, a ponadto pod błoną śluzową są rozległe wylewy krwawe. Nacieki zapalne, wnikają one również pomiędzy obrzękłe pęczki mięsne języka.

Migdałki. Śluzówka, pokrywająca migdałki i wnikająca do ich zagłębień, jest również zupełnie martwicza. Sam migdałek ma budowę zatartą, naczynia jego są porozszerzane i przekrwione, a miejscami powstają przestrzenie wypełnione krwią. W niektórych naczyniach tkwią zakrzepy, a wśród nich nagromadzone są drobnoustroje, przedstawiające się pod małem powiększeniem pod postacią plamek niebieskich, o budowie ziarnistej. W okolicy takich zakrzepionych naczyń także sama tkanka migdałka ulega

początkowej martwicy. Sam miąższ w powierzchownych warstwach obrzękły, zbudowany prawie wyłącznie z limfocytów wśród których widoczne są mniej liczne komórki o pęcherzykowatych jądrach, odpowiadających najbardziej nieco wybujałym śródbłonkom. Leukocytów wielojądrzastych się nie stwierdza.



Ryc. 2. J ę z y k. Zapalenie z martwicą błony śluzowej: a. włókna mięsne, między niemi nacieki zapalne, b. naczynie krwionośne, c. tk. martwicza nacieczona zapalnie, d. naczynie przekrwione, e. martwica. Ok. rys. Leitz II. Obj. Zeiss aa.

P ł u c a. W pęcherzykach płucnych znajdują się bardzo znaczne ilości dobrze utrzymanych ciałek czerwonych, a wśród nich nieliczne limfocyty i złuszczone nabłonki. Gdzieniegdzie widoczna jest siatka włóknika. W niektórych pęcherzykach stwierdza się nagromadzenia drobnoustrojów. Naczynia wszystkie są zapalnie przekrwione. W całości płuca przedstawiają obraz zapalenia zrazikowego krwiotocznego. *(Pneumonia lobularis hemorrhagica).*

S e r c e. W tkance łącznej okołonaczyniowej, a także między pęczkami włókien mięśnia sercowego dają się widzieć, co prawda nieliczne nacieki drobnokomórkowe i obrzęk tkanki łącznej. Same naczynia, nawet najdrobniejsze są rozszerzone i silnie przekrwione. Rozczłonkowania (fragmentacji) nie stwierdza się.

Ś l e d z i o n a. Budowa jej jest pozacierana, zwłaszcza w zakresie grudek Malpighiego. Naczynia krwionośne oraz zatoki żylne są przepełnione krwią, wskutek czego obraz, tembardziej staje się niewyraźny. Komórki siateczkowo śródbłonkowe wykazują wzmożone bujanie, są powiększone, a jądra ich silnie się barwią.

W ą t r o b a wykazuje wybitne zmiany. W torebce Glissona znajdują się znowu nierównomiernie porozmieszczane nacieki zapalne, złożone z komórek limfoidalnych, miejscami ulegających nawet rozpadowi. Nacieki te gromadzą się obficiej dookoła naczyń krwionośnych. Beleczki wątrobowe ulegają wybitnej fragmentacji. W wielu miejscach komórki wątrobowe się nie barwią, co dowodzi ich martwicy.

N e r k i. Szczególnie w substancji korowej, mniej w rdzennej, stwierdza się dowolnie, jakościowo i ilościowo, porozmieszczane nacieczenia komórkowe zapalne, też złożone z komórek limfoidalnych, naczynia silnie przekrwione, a nabłonki tak krętych jak prostych, przeważnie obok zwyrodnienia miąszowego wielkiego stopnia, ulegają martwicy i złuszczeniu. Stosunkowo najmniej są zmienione kłębki nerkowe.

T r z u s t k a, poza silnem przekrwieniem, wybitniejszych zmian nie wykazuje.

Ż o ł ą d e k i j e l i t a. Poza nieznacznem powiększeniem grudek chłonnych i zmianami pośmiertnemi w błonach śluzowych, żadnych godnych uwagi zmian się nie stwierdza.

G u z, z w i s a j ą c y z p r z e d n i e j ś c i a n y m a c i c y, wykazuje utkanie torbieli skórzastej, zawierającej: tkankę tłuszczową i włosy.

B a d a n i e b a k t e r j o l o g i c z n e ś l e d z i o n y. Zaszczepiono miąższ śledzionowy na agar z płynem opuchliny jamy brzusznej, jednak nie udało się wyhodować żadnych drobnoustrojów.

Badanie drobnowidowe wykazało zatem najwybitniejsze i najdalej posunięte zmiany, i to w postaci rozległej martwicy błony śluzowej, przedewszystkiem migdałków, z następowem przejściem



Ryc. 3. W ą t r o b a. a. beleczki wątrobowe, ulegające martwicy, b. naciek komórkowy zapalny okołonaczyniowy, c. światło naczynia. Ok. rys. Leitz IV. Obj. Zeiss AA.

tejże martwicy na ich otoczenie i podstawową część języka. Zmiany wsteczne postępujące, wywołane bezwątpienia drobnoustrojami, jak się z badania drobnowidowego okazuje, są najprawdopodobniej następstwem zakaźnego zakrzepowego zapalenia naczyń



Ryc. 4. N e r k a. a. nabłonki kanalika, ulegające martwicy, b. naczynie krwionośne przekrwione, c. kłębek, d. naciek komórkowy zapalny. Ok. rys. Leitz IV. Obj. Zeiss AA.

krwionośnych. W preparatach mikroskopowych uderza bowiem obecność zakrzepów zakażonych w naczyniach i zmiany zapalne ich ścian. Zarówno w tkance martwiczej, jak w świetle naczyń, stwierdzono liczne drobnoustroje pod postacią ziarniniaków, barwiących się Gramem dodatnio.

Podnieść też należy niezwykłą dążność martwicy do postępowania w głąb, jak się to szczególnie widzi na języku, gdzie martwica zajmuje nawet częściowo jego mięsień.

O ile chodzi o zmiany drobnowidowe, stwierdzone w narządach miąższowych, to uderzają przedewszystkiem wybitne zmiany wsteczne, a nawet martwica. Stwierdza się ją szczególnie w wątrobie i w nerkach. W wątrobie występuje ponadto wybitne rozczłonkowanie beleczek. Obok tych zmian wstecznych we wszystkich narządach miąższowych, mniej lub bardziej wyraźnie występują zmiany zapalne pod postacią przekrwienia, nacieków limfoidalnych i obrzękowego rozluźnienia budowy drobnowidowej narządów. Te zmiany w narządach miąższowych są już niewątpliwie następstwem dostania się do nich drobnoustrojów i to drogą naczyń krwionośnych; dowodzą tego świeże i dalej posunięte zmiany zapalne, stale koło naczyń się usadawiające.

Całość obrazu sekcyjnego i drobnowidowego w badanym przypadku wskazuje na zakażenie ogólne ustroju, które wyszło niewątpliwie z gardła, i to zakażenie bardzo jadowite, za czem świadczą najlepiej zarówno zmiany w gardle i jamie ustnej, jak w narządach wewnętrznych.

Również, na podstawie przypadków agranulocytozy, opisywanych przez różnych autorów (Schultze, Alice, Banz, Piette, Eugene, Licht-Hartman, Schafer, Rotter), można twierdzić, że jest to sprawa wpływająca szkodliwie na cały ustrój, a przedewszystkiem na aparat leukopoetyczny.

Aparat limfatyczny wykazuje nieco wzmożony rozrost. Zarówno w przypadkach opisywanych przez Rottera, jak i w naszym przypadku, zaznacza się bujanie komórek śródbłonkowych zarówno w śledzionie, jak w gruczołach limfatycznych.

Szpik kostny może być czerwony, co przemawia za zmianą warunków jego czynności, lub też żółty, obfity w tłuszcz. Drobnowidowo stwierdzano w nim dość znacznego stopnia zmniejszenie młodych postaci leukocytarnych.

Ciałka czerwone krwi zwykle nie wykazują znacznych zmian, poza opisywanymi kilkoma przypadkami, które łączyły się z anemją bardzo znacznego stopnia.

O etjologji nie można nic pewnego powiedzieć, ponieważ w różnych przypadkach wyhodowano z gardła różne drobnoustroje jak: łańcuszkowce hemolityczne, gronkowce, laseczniki prawdziwej błonicy, gramoujemne laseczniki z grupy pyocjaneus, pneumococcus mucosus, w większości jednak przypadków łańcuszkowce hemolityczne. Ze śledziony zwykle nie udawało się nic wyhodować, prócz dwóch czy trzech przypadków, w których wyhodowano łańcuszkowce hemolityczne.

Co do patogenezy, to nasuwałyby się dwie myśli, pierwsza, że chodzi tu o mniejszą wartościowość samych leukocytów wielojądrzastych (granulocytów), a różnorodną florę bakteryjną, lub druga, że mamy do czynienia z jakimś nieznanym drobnoustrojem, który wybiórczo działa na aparat leukopoetyczny, podobnie jak działa bensol i Thorium X.

W żadnym z opisywanych przypadków nie stwierdzono stanu mniejszej wartościowości, jak *status thymico lymphaticus* i t. p.

Charakterystyczne jest to, że w podawanych przypadkach daje się zauważyć pewną proporcjonalność zmian martwiczych do ilości leukocytów we krwi, t. j. im mniej leukocytów we krwi, tem większe zmiany w narządach.

To jednak nie przemawia za żadnem z wyżej wymienionych przypuszczeń, gdyż, w miarę, jak będzie mniejsza wartościowość leukocytów, to czynnik chorobotwórczy prędzej się z nimi upora i z większą siłą może uszkadzać tkankę narządów, jak w organizmie zdrowym. Jeżeli natomiast czynnik chorobotwórczy będzie działać wybiórczo, to warunki będą podobne, gdyż również leukocyty prędzej ulegną zniszczeniu.

Rotter w jednym przypadku stwierdził raka macicy i wyraził przypuszczenie, czy w danym przypadku toksyny nowotworowe nie uszkodziły aparatu leukopoetycznego i nie spowodowały agranulocytozy.

W naszym przypadku znaleziono torbiel skórzastą, co przemawiałoby raczej za mniejszą wartościowością ustroju. Jeżeli zatem u tego samego osobnika istnieje jedno zaburzenie rozwojowe, to może istnieć także inne, jak mniejsza wartościowość szpiku kostnego.

Co do bujania komórek śródbłonkowych, to są one wyrazem dążności organizmu do samobrony po utracie leukocytów wielojądrzastych. Za mniejszą wartościowością przemawia również to, że sprawa prawie zawsze kończy się śmiercią, gdyby zaś w grę tutaj wchodziły jakieś specjalne drobnoustroje, to złośliwość ich nie zawsze byłaby tak znaczna i spotykalibyśmy jakieś postacie poronne agranulocytozy, co się jednak nie zdarza.

Piśmiennictwo.

Alice L.: Deut. Archiv f. Klin. Med. B. 143, 1923, H. 1 u. 2. Banz R.: Beitrag zur Frage Agranulocytosis, Münch. med. Woch. 1925, Nr. 29. — Licht u. Hartmann: Zur Frage der Agranulocytose Deut. Med. Woch. B. 51, 1925, H. 37. — Bultrer H.: Beitrag zur Kenntnis Agranulocytose, Virch. Arch. B. 262, 1926. — Piette, Eugene C.: Histopathology of agranulotic angina The Journ. of the Americ. Med. Assoc. Bd. 84, 1925, Nr. 19. — Rotter W.: Beitrag zur path. Anatomie der agranulocytaeren Erkrankung, Virch. Arch. B. 258, 1925. — Schäfer R.: Zur differential Diagnose der Agranulocytose, Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 151, 1926, H. 3 u. 4. — Schultz: Ueber gangräneszierende Processe mit Defekt des Granulocytensystems, Deut. med. klin. 1922.

Dr. ZIENKIEWICZ, Kierownik Szpitala. Łokacze.

Śródbłoniak prącia.

Chory N. T., lat 38, z zawodu szewc, żonaty (3 dzieci) zgłosił się do szpitala ze skargą na ból w brzuchu i na utrudnienie w oddawaniu moczu.

W wywiadach dur osutkowy w 1918 r. Chorób wenerycznych nie przechodził. Żona poronień nie miała.

Podczas badania stwierdziłem wypełnienie pęcherza moczowego na 3 palce poniżej pępka. Powłoki brzuszne były napięte i bolesne przy dotyku. Prącie niewielkie, lecz twarde. W środkowej części prącia stwierdza się wyczuwalny guz wielkości orzecha włoskiego. Granice guza trudno wybadać; skóra na prąciu jest ruchoma.

Jądra są bez zmian. Gruczoły pachwinowe są niewyczuwalne. Gruczoł krokowy jest prawidłowej wielkości, miękki, bez zmian widocznych. Ciepłota 36,8°, tętno 96. Inne narządy zmian nie wykazują. Podczas zbierania wywiadu chory podał, iż od 1½ roku zauważył w prąciu nieznaczny guzek, który stale się powiększał. Wobec tego, iż ten guz mu nie przeszkadzał ani w oddawaniu moczu, ani przy spółkowaniu — nie zwracał się do lekarza. Jednak od dwóch miesięcy oddawanie moczu stało się trudniejszem i w końcu wręcz niemożliwem. Wszelkie próby odprowadzenia moczu nawet najmniejszym cewnikiem nie odniosły skutku, gdyż cewnik nie mógł przejść przez jakąś przeszkodę.

Biorąc pod uwagę wywiady chorego, a mianowicie guz, który stale rósł i w końcu przeszkadzał prawidłowemu oddawaniu moczu i wobec tego, iż trudno było odprowadzić mocz, którego ilość stale wzrastała, zaproponowałem choremu usunięcie prącia.

Pozostawał, prawda, sposób odprowadzenia moczu drogą przekłucia pęcherza trójgrańcem, lecz chory nie zgodził się na żaden z powyższych zabiegów i odszedł.

Po trzech dniach chory zgłosił się powtórnie już z prośbą o przeprowadzenie operacji.

Pęcherz moczowy sięgał już na dwa palce powyżej pępka.

Aby sobie ulżyć z ciśnieniem moczu w pęcherzu, chory uciekał się do sposobu, jakiego używają dojarki krów. Sposób ten stosowany był przez chorego przez dłuższy czas, jednakowoż w czasie opisywanym stał się mało skutecznym. Chory nie był w stanie wydoić całej zawartości pęcherza.

W uśpieniu eterowem dokonałem zabiegu. Po rozcięciu skóry starałem się guz wyłuszczyć, lecz okazało się, że nie można tego dokonać, więc usunąłem całe prącie, zszywając następnie śluzówkę cewki ze skórą.

Cewka moczowa była zdrową. Z chwilą usunięcia prącia mocz silnym strumieniem (do wysokości 1 metra) wylał się z pęcherza.

Po ośmiu dniach pobytu w szpitalu (od 9. X. — 16. X.) chory wypisał się z raną prawie zagojoną (był potem jeden raz do opatrunku). Chory oddaje obecnie mocz prawidłowo. Przy badaniu odciętego prącia stwierdziłem guz wielkości orzecha włoskiego, odmiennej budowy od reszty prącia; guz przerósł ciała jamiste. Cewka moczowa na całej przestrzeni jest drożną dla cienkiego zgłębnika i nie wykazuje widocznych zmian chorobowych.

Drobnowidowe badanie skrawka, wyciętego z guza, dokonane przez Zakład Anatomji Patologicznej U. J. K. we Lwowie (L. 998/29 z dnia 19 października 1928 r.) wykazało, co następuje: Wśród podścieliska tkankołącznowego, wybitnie włókienkowego, miejscami ulegającego zwyrodnieniu szklistemu, stwierdza się stosunkowo nieliczne szczelinki, miejscami porozszerzane, z wi-

doczną jeszcze gdzieniegdzie wyściółką śródbłonkową. Szczelinki te bezpośrednio otoczone są pasmami komórek o jądrach nieco wydłużonych z dość wyraźną budową chromatyny. Komórki te stanowią bezpośrednią granicę światła wspomnianych szczelin. Przeważnie tkanka guza składa się z pełnych gniazd lub pasm, wytworzonych jedynie z komórek opisanych, przyczem te gniazda i pasma są w dość ściślym związku z wyżej opisanem podścieliskiem. Wreszcie wśród utkania stwierdza się tu i ówdzie wylewy krwi świeże i starsze. Całość odpowiada utkaniu śródbłoniaka, wychodzącego z szczelin chłonnych, w którym podścielisko ulega miejscami zwyrodnieniu szklistemu.

A zatem jestto śródbłoniak prącia.

W opisanym przypadku zasługuje na uwagę fakt, że pęcherz moczowy mógł rozszerzać się do znacznych rozmiarów i być w takim stanie przez dłuższy czas, niemniej należy zwrócić uwagę na sposób oddawania moczu zapomoca dojenia się.

Nowotwory prącia, poza jego rakami, wychodzącemi z żołędzi i napletka, należą do spraw chorobowych, rzadko zachodzących, a odnosi się to przedewszystkiem do nowotworów prącia nie tyle zewnętrznych, ile wewnątrz prącia się rozwijających.

Rak prącia może niekiedy przechodzić na cewkę moczową i następnie przechodzić na ciała jamiste drogą naczyń chłonnych i wypełnić przestrzenie tychże jam.

Z nowotworów klinicznie i anatomicznie dobrotliwych należy wymienić tłuszczaka i naczyniaka, z nowotworów atypowych mięsaka i śródbłoniaka. Wydarzają się także potworniaki i torbiele skórzaste.

Co się tyczy mięsaków, Colmers w r. 1903 przytacza 21 przypadków mięsaka prącia, w polskiem piśmiennictwie z Zakładu lwowskiego anatomji patologicznej Zakrzewski ogłosił w r. 1924 przypadek mięsaka wrzecionowato-komórkowego u chłopca 4-letniego. Mięsak ten zajmował naciekowo całe ciała jamiste prącia i dał przerzuty do gruczołów chłonnych pachwinowych. Według Zakrzewskiego, liczba ogłoszonych do r. 1924 przypadków pierwotnego mięsaka prącia nie przewyższa 50. Należy zauważyć, że mięsak prącia naogół niema wywoływać trudności w oddawaniu moczu.

Śródbłoniaki prącia *(endothelioma intravasculare)* wychodzą z śródbłonków ciał jamistych i mogą przypominać pod względem histologicznym raka cewki moczowej, przechodzącego w przestrzenie naczyniowe ciał jamistych prącia. W piśmiennictwie znane są tego rodzaju śródbłoniaki; niektóre też przypadki, opisywane, jako raki prącia, wyglądają raczej na śródbłoniaka.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Warszawa.

Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą *).

Przed naszkicowaniem planu zwalczania gruźlicy na terenie województwa, jako jednostki administracyjnej, należałoby pokrótce scharakteryzować stan obecny akcji przeciwgruźliczej. Temat ten był wielokrotnie omawiany, obecnie jednak posiadamy świeże materjały sprawozdawcze, które pozwolą porównać rzeczywisty stan rzeczy z teoretycznemi wymaganiami.

Organizacja zwalczania gruźlicy idzie w kierunku wzorów przeważnie francuskich; ośrodkiem zwalczania staje się przychodnia przeciwgruźlicza (le pivot central, według określenia L. Bernard). Główny nacisk dotąd był położony na organizację przychodni; robiły to samorządy i towarzystwa społeczne przy znacznych subwencjach rządowych. Sprawę ułatwiała taniość organizacji — fundusze znaczne nie były tu potrzebne — lekarze zdobywali nowe placówki i chętnie popierali tworzenie przychodni, wymagania były zbyt ogólne, wobec czego zaregestrowano cały szereg przychodni, które w pojęciu nowoczesnem nie są niemi. Takich zaregestrowanych przychodni było u nas 152 do dnia 1. XII. 1928 roku; to znaczy, że jedna przychodnia przypada na około 200,000 ludności. Łóżek szpitalnych i sanatoryjnych jest 7,371, czyli jedno łóżko przypada na 4,000 ludzi.

Zestawienie prac przychodni przeciwgruźliczych wykazuje, że w roku 1927 przeszło przez te przychodnie 59,890 osób (bez Śląska i miasta Łodzi); stwierdzono w tem chorych na gruźlicę 32,475, czyli 54%. Z pośród chorych skierowano do szpitali i sanatorjów razem 4,172 osoby, czyli zaledwie niecałe 13% (12,8%); reszta — 28,300 osób — pozostaje w domach bez jakiejkolwiek opieki zakładowej i w bardzo złych warunkach mieszkaniowych.

Tak wygląda opieka nad chorymi, znajdującymi się już w ewidencji, gorzej jest, gdy się przyjrzymy cyfrom teoretycznym.

Przeciętna śmiertelność z gruźlicy w wielkich miastach Polski wynosi 30 na 10,000 (rok 1924). Jeśli przyjmiemy tę cyfrę dla całego kraju, to wypadnie, że mamy przypadków śmierci z gruźlicy przeszło 80,000, zaś chorych na gruźlicę (przyjąwszy liczbę siedmiokrotnie większą) przeszło ½ miljona, to znaczy, że przychodnie przeciwgruźlicze mają w swojej ewidencji niecałe 12% chorych, a skierowały do zakładów 0,83% tych „teoretycznych" gruźlików. Pozostają jeszcze ambulatorja Kasy Chorych, ale zaledwie 15% ludności jest ubezpieczonych, i lekarze prywatni i urzędowi — odsetek bardzo nikły. Chorzy nie są kierowani do zakładów, gdyż miejsc zakładowych jest zamało. Niektóre miasta i województwa są pod tym względem uprzywilejowane (względnie, naturalnie), inne zupełnie łóżek szpitalnych i sanatoryjnych nie mają; do tych należą przedewszystkiem województwa kresowe, a więc Wołyńskie — 1,437.000 ludności i Poleskie — 880.000 ludności — po 5 łóżek, Nowogródzkie — 800.000 ludności — 2 łóżka, Tarnopolskie — 1,428.000 ludności — 0 łóżek (ludność według stanu z r. 1921, łóżka według spisu na 1. I. 1929 r.).

W Polsce mieszkania jednoizbowe wynoszą 36,8% ogółu mieszkań; z tego 67% mieści się w piwnicach i suterenach (dane te dotyczą miast z ludnością ponad 20.000 — rocz. statyst. r. 1928). W miasteczkach i wsiach kresowych, jeśli chodzi o skupienie, stosunki nie są z pewnością lepsze od przeciętnych. Dość przypomnieć wsie w Nowogródzkiem, gdzie są liczne chaty kurne jednoizbowe. Nie wydaje się zatem, aby izolacja chorego w domu była możliwa do przeprowadzenia. Z drugiej strony raporty i inspekcje przychodni przeciwgruźliczych stwierdzają zgodnie, że praca ich jest niezmiernie utrudniona. Niema w Polsce ani jednej przychodni (prócz miejskiej w Łodzi), związanej organizacyjnie lub choćby drogą wewnętrznego porozumienia z zakładem izolacyjno-leczniczym. Jest szereg przychodni, które w ciągu roku nie umieściły w zakładach ani jednego chorego.

Należy stwierdzić, że o ile jest ogromny brak przychodni jako instytucyj rozpoznawczych i propagandowych, o tyle jeszcze jest większy brak łóżek dla obserwacji, izolacji i leczenia chorych na gruźlicę. Istnieje przerost liczby przychodni nad zakładami leczniczemi. Przychodnie nie wiedzą, co z chorymi robić, a jednak należy podkreślić, że przychodnia jest raczej nietyle ośrodkiem walki z gruźlicą, ile, według ściślejszego określania angielskiego, sortownią „clearing" i musi mieć odpływ chorych. Jest ona tylko jednem z ogniw walki z gruźlicą i wymaga istnienia szeregu innych ogniw.

Zgodnie z obecną ustawą o zakładach leczniczych „obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach, wydzielonych z powiatów, zaś szpitali specjalnych dla osób psychicznie chorych, oraz dla innych kategoryj chorych, które oznaczą osobne ustawy — na wojewódzkich związkach komunalnych".

Nasuwa się tu koncepcja tworzenia oddziałów obserwacyjno-izolacyjnych powiatowych, obsługujących powiat, zaś jako dla kategorji „chorych specjalnych" — zakładania przez związki wojewódzkie, obsługujące terytorjum województwa, — wojewódzkich sanatorjów i prewentorjów.

Podstawę prawną do tworzenia tego rodzaju instytucyj daje rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 o związkach międzykomunalnych. Związki te przedstawiałyby organizację o mocnych podstawach finansowych, które bez trudu mogłyby zakłady specjalne utrzymywać.

Niektóre z województw z inicjatywy wojewódzkich urzędów zdrowia myślą o realizacji tak szerokich projektów. Jako przykład możnaby przytoczyć projekty województwa białostockiego.

Województwo to pragnie mieć narazie sanatorjum o 350 łóżkach (nie licząc już posiadanych 155 łóżek w szpitalach) i zamierza założyć związek samorządów w celu zrealizowania projektu po upewnieniu się, że Rząd udzieli mu terenu na gruntach państwowych, zapomogi z Departamentu Służby Zdrowia i pożyczki z Banku Gospodarstwa Krajowego.

Związek taki jest pomysłem, już zrealizowanym, jeśli chodzi o szpital dla psychicznie chorych, którego brak w pierwszym rzędzie dawał się w tem województwie odczuwać.

Statut wymienionego, już istniejącego, związku określa cel jego powstania, wymieniając kilkanaście związków komunalnych na terenie województwa, doń należących. Związek jest osobą prawną, władzami jego są: Rada, Zarząd i komisja rewizyjna. Rada

*) Referat wygłoszony na zebraniu Sekcji przeciwgruźliczej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia.

składa się z przedstawicieli po 2-ch od każdego członka, w tem z urzędu prezydent miasta wydzielonego lub przewodniczący wydziału powiatowego. Rada może wyłonić komisje do poszczególnych spraw. Z zakładów i urządzeń związku mogą korzystać osoby, zamieszkałe na terenie członków związku. Członkowie wpłacają udziały, które stanowią majątek związku, oddzielny od majątku każdego członka. Obowiązki członka rozszerzają się w miarę rozszerzania się jego granic i zapotrzebowań.

Wydaje się, że tworzenie tego rodzaju związków oraz nowa ustawa o kosztach leczenia wskazują wyjście z sytuacji. Ostateczne uporządkowanie wniesie ustawa o zwalczaniu gruźlicy. Niezależnie jednak od daty wejścia jej w życie należałoby przeprowadzić akcję planową przez tworzenie kompleksów urządzeń walki z gruźlicą na terenie pewnych jednostek administracyjnych, kierując wysiłek organizacyjny i finansowy bardziej skoncetrowanie, nie zaś rozpraszając go, jak dotąd działo się to z konieczności. Więc naprzykład w ubiegłym roku budżetowym udzielono mniejszych lub większych zapomóg 62 instytucjom, rozproszonym w Warszawie i 16 województwach; w bieżącym roku budżetowym już 96 instytucjom. Należy zaznaczyć, że większość tych instytucyj byłaby poważnie zagrożona przez cofnięcie zapomogi rządowej, stałe jednak subwencjonowanie tych instytucyj bardzo obciąża więcej niż skromny budżet walki z gruźlicą i rozprasza coraz bardziej wysiłki, które należałoby raczej skupić i nadać im jednolity kierunek. Nasuwa się tu pomysł zorganizowania wzorowego powiatu, województwa. Departament Służby Zdrowia musiałby wziąć wydatny udział finansowy w organizacji, jednocześnie nadając jej jednolity kierunek. Natomiast utrzymanie i prowadzenie kompleksu instytucyj wzięłyby na siebie odpowiednie związki. Należałoby, oczywiście, przewidzieć udział w tych związkach organizacyj ubezpieczeniowych i społecznych. Sprawa ta była przedstawiona na Polskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w czerwcu roku zeszłego w referacie „Rola Rządu w walce z gruźlicą" i była scharakteryzowana jako „regjonalizm" w dziedzinie zwalczania gruźlicy.

Reasumując powyższe, zadania poszczególnych jednostek będą: samorządy — towarzystwa w porozumieniu z Kasami Chorych utrzymują przychodnie przeciwgruźlicze, powiaty — oddziały izolacyjno-obserwacyjne, związek międzykomunalny, obejmujący całe województwo, który z czasem przekształci się w związek wojewódzki, — sanatorjum i prewentorjum wojewódzkie.

Na zakończenie pragnę przytoczyć niektóre wnioski, podniesione na zeszłorocznym zjeździe kierowników wydziałów zdrowia, poświęconym zwalczaniu gruźlicy w Anglji.

Zgłaszanie przypadków gruźlicy jest pożyteczne, należy tylko mieć środki pomocy dla zgłoszonych. W miarę rozwoju akcji przeciwgruźliczej krzywa przypadków gruźlicy spada, krzywa „podejrzanych" podnosi się. Obliczenie przypadków śmierci z gruźlicy w poszczególnych prowincjach wykazuje stosunek odwrotnie proporcjonalny liczby przypadków do liczby łóżek dla gruźliczych. Odgrywają tu rolę bezwątpienia i inne czynniki, należy jednak na ten fakt zwrócić uwagę. Wreszcie znaczny spadek śmiertelności z gruźlicy w całej Anglji i Walji zachodzi w tym samym stopniu w okręgu przemysłowym, gdzie warunki mieszkaniowe i ogólne higjeniczne są bardzo złe, mianowicie w Lancashire, gdzie główny nacisk położono na izolację chorych.

Te liczby i przykłady, zarówno obce, jak i nasze, wskazują na konieczność podjęcia planowej akcji przez tworzenie terytorjalnych kompletnych organizacyj, w których nie brakłoby ani jednego ogniwa.

Dziennik Ustaw Nr. 5 z 1929 r. poz. 50.

Rozporządzenie

Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928 r. w sprawie wykonania niektórych postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Na podstawie art. 1, 2, 9 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676), zarządza się co następuje:

§ 1.

Wykaz chorób zawodowych, objętych art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676) ustala się w następujący sposób:

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującemi substancjami, względnie związkami: 1) alkohol metylowy, etylowy, alkohole wyższe, alkohole skażone, 2) antymon, 3) arsen, 4) benzol i pochodne, (anilina, nitrobenzol itp.), 5) chlor, jod, brom, fluor, 6) chrom, 7) cjanowe związki, 8) cynk, 9) dwutlenek siarki, 10) fenole, 11) formaldehyd, 12) fosfor, 13) fosgen, 14) kwasy silne, 15) ługi silne, 16) mangan, 17) olej skalny oraz lotne i płynne produkty jego destylacji (benzyna, ligroina itd.), 18) nitrogliceryna, 19) ołów, 20) rtęć, 21) dwusiarczek węgla, 22) siarkowodór, 23) terpentyna, 24) tlenki azotu, 25) tlenek węgla.

B. Następujące choroby, jeżeli na skutek pracy zawodowej wystąpią u osób niżej określonych zawodów:

26) glistnica u osób, zatrudnionych w górnictwie,

27) głuchota u osób, zatrudnionych przy młotach pneumatycznych, u kotlarzy, kowali, kolejarzy, puszkarzy, tkaczy itp.,

28) gruźlica w związku z pylicami u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu,

29) kesonowa choroba u osób, pracujących w powietrzu sprężonem,

30) nerwice, nabyte na skutek pracy zawodowej u telefonistek, sygnalistów itp.,

31) nosacizna u osób, zatrudnionych pielęgnowaniem chorych lub usuwaniem padłych koni, mułów, osłów,

32) nowotwory, owrzodzenia i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, olejów maszynowych i innych smarów,

32) choroby oczu i ich przydatków, wywołane podczas pracy zawodowej na skutek działania trujących i nietrujących organicznych i nieorganicznych pyłów, gazów i płynów (kapelusznicy, lakiernicy, malarze, młynarze, murarze, ogrodnicy, piekarze, rolnicy, tapeciarze itp.),

34) choroby oczu u osób, których praca zawodowa wymaga znacznego przybliżenia przedmiotów do oka (drukarze, grawerzy, koronczarki, krawcy, litografowie, szwaczki itp.),

35) oczopląs u górników,

36) przepuklina u osób, zajętych dźwiganiem i rzucaniem ciężarów (tragarze, robotnicy transportowi, kolejowi itp.),

37) przymiot u osób, wydymających szkło (w hutach szklanych),

38) pylica u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu,

39) choroby skórne na skutek działania urazów cieplnych pyłu, płynów i substancyj chemicznych (garbarze, murarze, piekarze, praczki, robotnicy cementowi, tkacze itp.),

40) choroby skórne i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy zawodowej na działanie promieni krótkofalowych (Roentgen, rad, substancje radjoaktywne, promienie pozafjołkowe, X, itp.),

41) skurcze zawodowe u pracowników biurowych, muzyków, w przemyśle włókienniczym, telegrafistów itp.,

42) tężec u osób, zatrudnionych przy zbieraniu i przeróbce szmat i gałganów, ogrodników i innych robotników leśnych, rolnych i ziemnych,

43) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak skóra, włosie itp.,

44) zaćma szara u osób, narażonych na promieniowanie roztopionego szkła, metali (hutnicy),

45) choroby zakaźne u osób, narażonych na zakażenie przez wykonywanie pracy zawodowej (lekarze, personel lekarski, pomocniczy, praczki),

46) zapalenie pochewek, ścięgien i torebek maziowych (staw łokciowy, nadgarstkowy i kolanowy), na skutek urazów mechanicznych u drukarzy, dekarzy, górników itp.,

47) zmiany chorobowe o charakterze gośćcowym u górników, murarzy, praczek, robotników ziemnych, rolników itp.,

48) zimnica u osób, zatrudnionych przy pracach nad osuszaniem błot,

49) żylaki, stopa płaska, kolano szpotawe u osób, wykonywujących pracę przeważnie stojąc (kelnerzy, piekarze, stolarze itp.),

Lista ta uzupełniona będzie w miarę potrzeby.

§ 2.

Szczegółowe przepisy, mające na celu zapobieganie chorobom zawodowym, wymienionym w § 1 niniejszego rozporządzenia, wydane będą w drodze oddzielnych rozporządzeń odpowiednio do wymogów ochrony zdrowia w poszczególnych rodzajach pracy zawodowej.

Przepisy te powinny być podawane do wiadomości i szczegółowo objaśniane robotnikom już przy ich przyjęciu do pracy. Przepisy, wydane w myśl ustępu pierwszego, określą w jakim zakresie i w jaki sposób zarządzenia ochronne mają być wywieszone w danym zakładzie przemysłowym lub poszczególnych jego oddziałach.

Kierownicy robót obowiązani są przestrzegać stosowania ich przez robotników.

§ 3.

Z chorób, wymienionych w wykazie I, zawartym w § 1, obowiązkowemu zgłaszaniu podlegają:

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującemi substancjami, ich stopniami i związkami:

1) ołów; 2) rtęć, 3) arszenik i związki arsenowe, 4) fosfor, 5) chrom, 6) tlenki azotu, 7) tlenek węgla, 8) dwusiarczek węgla, 9) związki cjanowe, 10) benzol i pochodne, 11) alkohol metylowy, 12) terpentyna.

B. 13) zmiany chorobowe, wywołane przy pracy działaniem promieni Roentgena i substancjami radjoaktywnemi, 14) owrzodzenia i nowotwory u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, 15) pylica krzemicowa u osób, narażonych przy pracy na wdychanie pyłu, zawierającego krzem (z kwarcu, granitu, piaskowca itp.), 16) glistnica u górników, 17) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak wełna, włosie, skóry itd.

§. 4.

Przewidziane w art. 6 zgłoszenia do powiatowej władzy administracyjnej ogólnej (lekarza powiatowego) winny być składane na piśmie w ciągu doby od chwili ustalenia choroby zawodowej, według następującego wzoru:

Chory: Nazwisko: . . . .
imię . . . . . wiek . . miejsce zamieszk. . . .
ulica . . . . Nr. domu . . zakład pracy . .
oddział . . . .
Nazwisko pracodawcy lub firma . . . .
miejscowość . . . . . . ulica, Nr domu . .
Rodzaj choroby: . . . .
Stwierdzono (podejrzenie) . . . . . zajęcie, względnie czynnik wywołujący chorobę . . . .
Uwagi . . . .

Podpis lekarze zgłaszającego . . . . .
Adres lekarza zgłaszającego . . . . . .

O złożonem do powiatowej władzy administracyjnej ogólnej zgłoszeniu choroby zawodowej winna osoba, składająca zgłoszenie, zawiadomić o tymże terminie inspektora pracy ze wskazaniem nazwiska, imienia i wieku chorego oraz miejsca jego zatrudnienia (nazwy firmy lub nazwiska pracodawcy i jego adresu). W zawiadomieniu winien być również ściśle określony rodzaj choroby zawodowej, co do której zachodzi podejrzenie.

§ 5.

Lekarz powiatowy, otrzymawszy kartę zgłoszenia, powinien bezzwłocznie sam, a o ile chodzi o zakład państwowy, z lekarzem odnośnej władzy:

a) zbadać chorego i ustalić rodzaj choroby, przyczem zbadać, czy źródło choroby nie znajduje się w jego mieszkaniu lub w przedmiotach użytku;

b) jeżeli powyższe badania dały wynik ujemny, przenieść je na teren warsztatu pracy.

Badaniu podlegają w pierwszym rzędzie osoby, pracujące w tych samych warunkach, co chory, przyczem osoby z dobrem samopoczuciem i wyglądem mogą być poddane tylko oględzinom doraźnym, zaś pracowników o wyglądzie niezdrowym, charakterystycznym dla danej choroby, lub skarżących się na charakterystyczne dolegliwości, zbadać dokładnie;

c) badania współpracowników chorego przeprowadzić nawet wtedy, gdy źródło choroby z wielkiem prawdopodobieństwem zostało ustalone poza warsztatem pracy, o ile warsztat ten wogóle nastręcza możność nabawienia się danej choroby;

d) o ile oględziny współpracowników chorego nie dają rezultatu, a chory zmarł, dokonać oględzin wewnętrznych (sekcji) zmarłego;

e) w związku z wynikami tych badań i oględzin dokonać oględzin fabryki, warsztatu, względnie pomieszczeń, w których zaszedł przypadek choroby zawodowej, pozatem oględzin narzędzi, surowców, produktów, jako też badania warunków pracy poszkodowanego.

W tym celu lekarz powiatowy zawiadomi obwodowego inspektora pracy o ustalonych wynikach badań lekarskich i dokona łącznie z nim oględzin danej pracowni. Przytem winny być wzięte pod uwagę następujące okoliczności:

1) jakie czynniki działają szkodliwie, 2) czy są stosowane przepisane środki zapobiegawcze, 3) czy choroba wynikła z powodu niestosowania tych środków przez zarząd zakładu lub nieprzestrzegania ich przez pracowników, 4) czy pomienione środki okazały się niewystarczającemi i jakie potrzebne byłyby uzupełnienia urządzeń, względnie przepisów zapobiegawczych, 5) czy są wywieszone przepisy zapobiegawcze na miejscu widocznem i czy są one podawane do wiadomości robotników przy ich przyjęciu do pracy.

O ile inspektor pracy poweźmie podejrzenie o chorobę zawodową, może on zwrócić się do lekarza powiatowego o wdrożenie badań, przewidzianych w punktach a), b), c) i d) niniejszego paragrafu.

Badania i dochodzenia te w zakładach przedsiębiorstw kolejowych, niepodlegających inspekcji pracy, przeprowadza lekarz powiatowy z udziałem lekarza kolejowego.

§ 6.

Wydawanie zarządzeń, mających na celu usunięcie przyczyny, wywołującej choroby zawodowe, na podstawie wyników przeprowadzonych dochodzeń należy:

a) do powiatowych władz administracji ogólnej, odpowiednio do ich właściwości ogólnej w sprawach nadzorowania nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów sanitarnych oraz w sprawach walki z chorobami wogóle, a w szczególności i z chorobami zawodowemi;

b) do obwodowego inspektora pracy w drodze nakazów w granicach, przewidzianych w art. 23 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 14 lipca 1927 roku o inspekcji pracy (Dz. U. R. P. Nr. 67, poz. 590).

Odpisy wydanych zarządzeń obie te władze komunikują sobie bezzwłocznie nawzajem.

Władze, wymienione w punktach a) i b), winny działać łącznie w następujących wypadkach:

1) w wykonywaniu art. 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu przy dokonywaniu oględzin, przewidzianych w punktach b) i c) art. 7 tegoż rozporządzenia; takie łączne oględziny winny być dokonywane w miarę możności conajmniej raz do roku;

2) w razie, gdy wskutek niemożności uprzedniego porozumienia zostały wydane zarządzenia, kolidujące ze sobą;

3) w miarę możności we wszystkich ważniejszych wypadkach na skutek inicjatywy jednej z tych władz.

O ile w powyższych wypadkach władza powiatowa administracji ogólnej i obwodowy inspektor pracy nie uzgodnili swego stanowiska w sprawie wydania zarządzeń, rozstrzyga wspólnie okręgowy inspektor pracy i władza administracyjna II instancji. Gdyby porozumienia nie osiągnięto, sprawę rozstrzyga ostatecznie Minister Pracy i Opieki Społecznej łącznie z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

§ 7.

Winni przekroczenia postanowień, zawartych w art. 5 i 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu, podlegają karze w myśl art. 13 tegoż rozporządzenia.

§ 8.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 24 marca 1925 r. w sprawie stosunku organów inspekcji pracy do organów służby zdrowia władzy administracyjnej I instancji (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 265) niema zastosowania do działalności organów inspekcji pracy i organów służby zdrowia w zakresie wykonywania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676) i przepisów, na podstawie tego rozporządzenia wydanych.

§ 9.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych: (—) *Sławoj-Składkowski.*
Minister Pracy i Opieki Społecznej: (—) *Dr. Jurkiewicz.*
Minister Przemysłu i Handlu: (—) *E. Kwiatkowski.*
Minister Rolnictwa: (—) *K. Niezabytowski.*

OCENY.

Dr. med. W. Janusz: *Kilka uwag krytycznych o krytykach.*

Swego czasu w „Archiwum Historji i Filozofji Medycyny", Tom V, str. 300 — 301 zwróciłem uwagę na wyjątkowy w niemieckiej literaturze naukowej głos uczonego Fr. Lejeun'a (M. m. W. N. 16 1926 r.), który w rzeczowym swym referacie podniósł szczególne zainteresowanie się historją medycyny w Polsce. Ocenienie polskiego dorobku naukowego oraz wysunięcie Polski jako wzoru przypisywałem, stale rozwijającemu się u nas ruchowi naukowemu w dziedzinie historji i filozofji medycyny. Nie znaczyło to oczywiście, żebym nie dostrzegał równocześnie zasadniczych niekiedy braków w tej dziedzinie nauki u nas, to jednak przyznaję, że narodowej mojej ambicji nie była mi bynajmniej obojętna podobna opinja bezinteresownego przedstawiciela nauki narodu raczej nam wrogiego niż życzliwego. Uczeni niemieccy, w dalszym ciągu śledząc pilnie postęp polskiej pracy w dziedzinie historji medycyny, nie mieli widocznie żadnego powodu by zmieniać swe dotychczasowe mniemanie o nas, kiedy w dwa lata po F. Lejeunie znakomity uczony niemiecki prof. H. Sigerist wyraził się wręcz entuzjastycznie i z pełnem uznaniem, ogłaszając w roczniku „Kyklos" (1928, str. 155): „w dziedzinie nauczania historji medycyny wypadnie powiedzieć, że na czele wszystkich narodów kroczy obecnie śmiało Polska. Urządzenia jakie tu spotykamy mogą służyć za wzór dla całego świata..." Z powyższych zapatrywań prof. Sigerista logicznie wnioskować można, że jeśliby wspomniane słowa uznania odnosić się miały wyłącznie do zaawansowania organizacji studjów historji medycyny w Polsce, nie zaś do dotychczasowego stanu prac u nas w tej dziedzinie, to przecież owa organizacja studjów jest właśnie wynikiem polskiego historycznego dorobku naukowego a zatem musiała się opierać na pewnych ważkich zdobyczach dotychczasowych, w przeciwnym bowiem razie byłoby niemożliwością wznosić gmach wspomnianej organizacji, służącej innym narodom za wzór bez jakichkolwiek zasad fundamentalnych.

Słowa prof. Sigerista kontynuują zatem opinję Fr. Lejeuna, którą podałem do wiadomości ogółu czytającego, nie wątpiąc, że świat lekarski z taką samą miłą satysfakcją przyjmie do wiadomości. Ograniczając się do streszczenia pracy Lejeuna, nie uważałem za stosowne wykraczać poza jej ramy i zastanawiać się nad brakami w stanie naszej pracy, które zresztą nam samym są dobrze znane. Reasumując zdanie Lejeuna po dokładnem rozważeniu doszedłem do wniosku, jaki uzasadniłem na wstępie. Podobnie do sprawy tej ustosunkował się po mnie p. Dr. H. Higier, któremu w udziale przypadło zwrócenie uwagi na wspomnianą pracę prof. H. Sigerista (Warsz. Czas. Lek. Nr. 15 — 16 1928 r.). I jego bynajmniej pochwały nauki niemieckiej nie wzbiły w fałszywą dumę, lecz przeciwnie w szlachetną ambicję — abyśmy w zupełności zasłużyli na owe panegryki. Stanowisko Dra Higiera, jako polskiego autora, zrozumiałe jest całkowicie i przedstawia się zupełnie uzasadnione dla każdego poważnego człowieka. Takich bowiem ludzi pochwały nie psują, lecz mogą być raczej zachętą do dalszego doskonalenia się.

Zupełnie odosobnione i zgoła niezrozumiałe stanowisko zajmuje Dr. J. Fritz, jeden z pracowników na polu historji medycyny, który w Pol. Gaz. Lek. Nr. 8, 1929 r., str. 145, nawołuje do skromności. Można się zgodzić jedynie z jego twierdzeniem, że, historja medycyny u nas jest przecież ciągle jeszcze, jeśli chodzi o młodych na tym polu pracowników — w okresie dyletantyzmu.

W samokrytycyzmie winniśmy za wszelką cenę unikać sofizmatów, nie licujących zgoła z powagą tych, którzy czując się do tego powołani oceny swe muszą kreślić z jaknajbardziej objektywnego stanowiska, a właśnie sofizmatem takim jest twierdzenie Dra J. Fritza, że uznanie, jakie składają nam obcy autorowie, powtarzane przez naszych pisarzy „może jedynie dobrej sprawie zaszkodzić". Myśl powyższa Dra J. Fritza wykazuje już sama w sobie znaczną wadliwość, tembardziej, że ogółowi lekarzy polskich jest zwłaszcza niemieckie piśmiennictwo najbardziej dostępne i znane. Gdyby Dr. J. Fritz zechciał szczerze wdać się w intencje omawianego przez siebie artykułu Dra H. Higiera, byłby niewątpliwie zauważył jak zdrowy umysł myślącego i czującego po polsku poważnego człowieka reaguje na, zdaniem Dra J. Fritza, niezasłużone pochwały.

Odpowiedź.

Zob. uwagi podpisanego w Pol. Gaz. Lek. 1929, str. 144/5.

Dr. med. i fil. Józef Fritz.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ratownictwo, rok I, nr. 1, ze stycznia 1929: Od redakcji. — Józef Zawadzki: Ratownictwo lekarskie w Polsce. — Statut Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach. — Organizacja stacyj ratunkowych. — Józef Zawadzki: Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach przed przybyciem lekarza. — Franciszek Białokur: Grypa. — Projekt zawartości większej apteczki domowej.

Ratownictwo, rok I, nr. 2, z lutego 1929: Franciszek Białokur: Urządzenia społeczne — poradnie dla wykolejeńców życiowych i niedoszłych samobójców. — Franciszek Obarski: Lekarz Pogotowia Ratunkowego a publiczność. — M. S. Trzebiński: Przewożenie chorych. — Pierwsza pomoc w zatruciach przed przybyciem lekarza. — Pomoc doraźna w zatruciach gazami. — 10 przykazań przeciw grypie. — Apteczki szkolne. — Bibljografja ratownictwa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 9, 28 lutego 1929: M. Landsberg: O artretyzmie. — Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego. — A. Festensztadt: Ropomocz niemowlęcy w świetle współczesnych poglądów (streszcz. zbior.). — N. Szenker: Leczenie nadżerek części pochwowej buljonem szczepionkowym Besredki. — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce (ciąg dalszy). — J. Maleciński: Działalność ś. p. Dra Wincentego Boguckiego w Polsce Odrodzonej.

Wychowanie Fizyczne, rok X, zeszyt 3, z marca 1929: E. Piasecki: Teorja wychowania fizycznego a dziedziny pokrewne. — K. Stojanowski: Przyczynek do analizy sprawności fizycznej. P. Klamrzyński: Sprawność fizyczna a budowa ciała.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 9 z 3 marca 1929: J. Kaulbersz: Wyciąg z czosnku i rosiczki jako środki sercowo-naczyniowe. — L. Bier: W sprawie handlu smalcem t. zw. holenderskim w Polsce. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 13, z lutego 1929: W. Roszkowski: Źródła synonimów w nomenklaturze zoologicznej. — W. Stefański: Synonimika robaków pasorzytniczych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lekařů českých.

Nr. 3. 1929.

As. Dr. A. Anders: *Melanuria spuria*. Thormählen w r. 1866 w Göttingen w przypadku złośliwego nowotworu wątroby i śledziony (przerzuty) u kobiety znalazł w moczu ciekawy objaw. Po dodaniu odczynników, używanych przy próbie Legala na aceton, mocz przybrał barwę niebieską. W literaturze odczyn ten nazwano „odczynem Thormählena". Thormählen a przed nim jeszcze Salkowski uznali ten odczyn za typowy dla obecności indolu. Mocz badany przez Thormählena był barwy brunatnej, zawierał dużo indykanu, wykazał ujemny odczyn dwuazowy. Przy pomocy licznych badań chemicznych udało się mu uzyskać żółtobiały proszek, który zawsze zawierał indykan, od którego nie mógł oddzielić substancji, barwiącej się niebiesko. Oprócz przypadku powyższego, rak żołądka oraz otrucie kwasem karbolowym dały podobny odczyn. O odczynie Thormählena istnieje obfita literatura a cały szereg autorów uważa jeszcze dzisiaj ten odczyn, jako typowy dla melaninu. Autor opisuje przypadek, który przedstawiał początkowo znaczne trudności rozpoznawcze; rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlicą i jej następstwami (zapalenie opłucnej i jama) a pomiędzy jamą, z której wyrasta nowotwór [1]) barwikowy, ponieważ w moczu znalazł ciekawy wynik odczynu Legala, a po przeglądnięciu odnośnej literatury, (Lenhartz), poznał, że jest to odczyn na melanin [2]). Stosunkiem odczynu Thor-

---

[1]) Podobny przypadek opisał Jedlička.

[2]) Rozpoznanie patologa brzmiało: *Tuberculosis pulmonis dextri inveterata. Pleuritis interlobaris dextra. Tumor pulmonis sinistri verissimiliter carcinoma bronchogenes. Gangraena pulmonis sinistri. Melanuria? Cachexia.*

mählena do melaninu zajął się cały szereg autorów. Jacksch nie uważa odczynu tego za charakterystyczny dla melaninu, znalazł go w każdym moczu, bogatym we fenol. Dreschfeld znalazł odczyn ten przy „coma diabeticum“. Eppinger natomiast uważa odczyn ten za swoisty dla melanogenu i melaninu (dopatruje się pokrewieństwa z tryptofanem, którego sustancją pochodną jest melanogen). Waldsack znalazł odczyn ten dodatnim w moczu świnek, karmionych melaninem. Zeynek w moczu w przypadku melanosarkoma. Weiss uznaje dwa odczyny. zielony, bezwartościowy dla rozpoznania melanurji i niebieski, posiadający pewną wartość rozpoznawczą. Decydującemi są utleniające odczyny melaninowe. Na klinice Prof. Veselego zbadano 600 moczów. Niebieski odczyn znaleziono tylko w przypadku opisanym nowotworu płuc z rozległą zgorzelą. Z pewnością w przypadku tym chodziło o nieprawdziwą melanurję, jakkolwiek dla istnienia melanurji nie jest koniecznem znalezienie melanosarkoma (w literaturze opisane są przypadki niedrożności jelit, zapalenia płuc, niedokrwistości postępowej złośliwej, cukrzycy i in. z obecnością melaninu w moczu). Odczyn z chlorkiem żelaza, (który uważa za rozstrzygający dla melanurji), wypadł ujemnie [3]). W innych przypadkach zgorzeli płuc znalazł autor odczyn zielony. (Im więcej indykanu w moczu, tem odczyn bardziej zielony). Chemik uważa odczyn Tormählena za odczyn na indol i jego substancje pochodne. Chemja nie uznaje różnicy między zielonym a niebieskim odczynem Thormählena. Prawdopodobnie jest odczyn ten odczynem na ciało blizkie indykanowi, jest zawisły od okoliczności, w których przychodzi do większego wydzielania indykanu (procesy gnilne w jelitach). Autor nie może uznać odczynu Thormählena jako odczyn czuły na melanin i zastąpić nim inne utleniające odczyny melaninowe. Nie zgadza się na pogląd Eppingera, dopatrującego się w tym odczynie niedomogi ustroju na chemiczną zmianę pyrolowego jądra. Odczyn ten stoi w związku z procesami rozkładowymi, wywołanymi drobnoustrojami, (a nie jest wyłącznym odczynem na melanin).

Dr. B. H r b e k: *Zwapienie wątroby i śledziony, rozpoznane Roentgenem.* Przypadek 9-letniej dziewczynki rozpoznany Roentgenem. Roentgen wykazał zwapniałą (krwiopochodną) gruźlicę wątroby i śledziony, przy współistniejącej gruźlicy kręgów piersiowych i lędźwiowych, oraz zwapniałych gruczołach krezkowych. Zwapnienie objawia się w postaci wysyconych plam ostro ograniczonych, wielkości główki szpilki do wielkości ziarnka prosa.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery Gynecology and Obstetrics.

1927. XLV/3.

Joseph L a r i m o r e i Evarts G r a h a m: *Uchyłki i zdwojenia dwunastnicy.* Autor proponuje, by do mianownictwa uchyłków dwunastnicy a więc prawdziwych i fałszywych — wprowadzić trzeci rodzaj: uchyłków wrzekomych. Obraz rentgenologiczny jest podobny do pierwszych. W rzeczywistości jednak są one tylko zdwojeniem dwunastnicy, prawdopodobnie pochodzenia wrodzonego. Odróżnienie ich od uchyłków prawdziwych i fałszywych jest klinicznie niemożliwe. Dopiero podczas zabiegu lub na stole sekcyjnym przekonujemy się, że z niemi mamy do czynienia. Autor opisuje dwa przypadki uchyłka wrzekomego i jeden rozległego uchyłka fałszywego. W obu przypadkach uchyłka wrzekomego znalazł zmiany w pęcherzyku żółciowym. Po usunięciu samego pęcherzyka dolegliwości znikły.

John F r a s e r: *Badania nad nowotworami złośliwymi sutka.*

Vernon D a w i d: *Zapalenie otrzewny. Badania doświadczalne.*

Lincoln D a v i s: *Późny nawrót wrzodu trawiennego po zespoleniu żołądkowo - jelitowem.*

Karl M e y e r i Harry S i n g e r: *Samoistne krwiaki okołonerkowe i tętniak tętnicy nerkowej.*

Fred C o t o n: *Sztuczne wklinowanie w złamaniach uda.*

Douglas Q u i c k i Max C u t l e r: *Przejściowy płaskokomórkowy rak (transitional cell epidermoid carcinoma).* Z grupy raków płaskokomórkowych jamy ustnej i gardłowej wydziela autor podgrupę nowotworów o swoistej budowie histologicznej, którym daje nazwę „transitional cell epidermoid carcinoma“.

Są one bardzo złośliwe a występują najczęściej na migdałku, podstawie języka i jamie nosowo - gardłowej.

---

[3]) Helman widzi w odczynie tym bezsporny dowód melanurji. (Brunatny lub czarny osad, powstały po dodaniu chlorku żelaza, rozpuszcza się w ługu sodowym, a ścina się po dodaniu kwasu nieorganicznego).

Przebieg kliniczny charakteryzuje wczesne wystąpienie przerzutów, które to objawy są dominujące w porównaniu z objawami sprawy pierwotnej, która często jest niewidoczna.

Zwykle rozpoznaje się je mylnie jako raki pochodzenia skrzel., śródbłoniaki i mięsaki. To mylne rozpoznawanie należy tłumaczyć głębokiem pochodzniem sprawy pierwotnej, jakoteż tem, że wczesne przerzuty powodują powiększenie gruczołów chłonnych szyi z następowemi objawami zanim jeszcze rozwiną się objawy pochodzące od guza pierwotnego.

Wybitne uczulenie tych nowotworów na promienie Rentgena jest dla nich bardzo charakterystyczne w przeciwieństwie do odpornych na te promienie raków płaskokomórkowych. Leczeniem wyboru tego rodzaju raka jest naświetlanie promieniami rentgena.

Ira C o h e n i Ralph C o l p: *Rak dwunastnicy.*

Chirurgja kliniczna.

F. H i n m a n: *Wycięcie nerki.*

J. S c h o e m a k e r: *Operacyjne leczenie niedrożności kiszki zstępującej z powodu nowotworów.*

W. B a b c o c k: *Podstawowa technika przy zabiegach na nerwach obwodowych.*

L. S c h u l t z: *Obustronne wycięcie żuchwy z powodu prognatyzmu.*

L. T h o r n t o n: *Leczenie starych, zakażonych złamań piszczeli.*

H. K u h n: *Technika odjęcia szyjki przy pomocy kauteru.*

R. W i l l a n: *Urazowe pęknięcie spojenia łonowego.*

Janik (Lwów).

Piešmiennictwo francuskie.

Le concours médical.

1928, Nr. 42.

S a v i g n y: *Zwyczaje bólu. (L'habitude de la douleur).* Wskutek zajęcia chorobowego lub urazu ból powracać może w pewnym rytmie, z pewnego rodzaju przyzwyczajeniem. Niestety, z tym „przyzwyczajeniem“ ból nie przestaje być dla chorego nieznośnym lub nieprzyjemnym. Dla zwalczania takich bólów należy odrzucić morfinę z powodu jej niedogodności i niebezpieczeństwa. W tym celu należy stosować leki kojące, które podawane przez czas dłuższy nie sprowadzają zatrucia, nie szkodzą wątrobie i nerkom i nie powodują objawów nawykania.

Cibalgina, nie zawierająca alkaloidów odurzających koi bóle bez sprowadzania toksykomanji, w dawkach leczniczych może być przez czas dłuższy podawana bez szkody dla ustroju, jest najlepszym środkiem przeciw przewlekłym bólóm, a także nadaje się w różnego rodzaju nerwobólach, na które tak często użalają się nerwowe „inteligentne“ kobiety, których nadwrażliwość względem nawet nieznacznych bólów dochodzi do przesady. Przepisując takim chorym 2—4 kołaczyki lub 2—4 ampułki cibalginy dziennie, udaje się w zupełności usuwać nazawsze takie niepożądane objawy.

Piśmiennictwo hiszpańskie.

Boletin del Hospital Civil de San Juan de Dios.

1928, Nr. 27, 28 u. 29.

Dr. Carlos B u s t a m a t e P e r e z: *Zapalenie otrzewny na tle gruźliczym.* Autor przytacza przypadek zapalenia otrzewny na tle gruźliczem, który poddano operacji. Ponieważ zwężenie jelit trwało i po operacji, zastosowano prócz innych zabiegów także kilka zastrzyków Fibrolysin'y. Nastąpiło wypróżnienie i odejście wiatrów, zmniejszyło się wzdęcie. Stan ten trwał stale, tak, że można było po jakimś czasie wypisać chorą ze szpitala. Autor zaleca Fibrolysin'ę w podobnych przypadków.

Piśmiennictwo holenderskie.

Vlaamsch Geneeskundig Tijdschrift.

Nr. 47, 24 November 1928.

Dr. H. O. V a n d e P u t t e (Gent): *Ergosteryna w krzywicy* Vigantol podawano w poliklinice licznym oseskom z nadspodziewanym wynikiem i to przeważnie w dawce 2 × dziennie po 10 kropel 1%-towego roztworu w oliwie. Zauważono szybki zanik licznych objawów krzywiczych, jak Craniotabes, pocenie się i obrzmienia stawów. Tkanka kostna tworzyła się normalnie, zęby przerzynały się dobrze, a dzieci zaczęły chodzić. Na niedokrwistość towarzyszącą krzywicy miał Vigantol mniejszy wpływ.

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

1929. Nr. 1.

Prof. August Forel z podobizną w 80 rocznicę urodzin.

Babadagly (Odessa): *O sztucznem poronieniu w Związku Sowjetów.* Sztuczne poronienie jest problemem pokojowego samobójstwa ludzkości. W wszystkich krajach liczba sztucznych poronień się wzmaga, a główną tego przyczyną jest logika życia ekonomicznego, silniejsza aniżeli wszelkie sankcje policyjne. W Niemczech n. p. 80—90% poronień jest nielegalnych, pomimo, że 5—7 tysięcy ludzi zostaje uwięzionych z powodu poronień. Rząd sowiecki legalizował w r. 1920 poronienie. Od tego czasu większa część poronień przeszła z miejsc nielegalnych w ręce lekarzy i w następstwie tego ilość przypadków septycznych, śmiertelnych, oraz powikłań z poronienia stale się zmniejsza. Powtóre możliwem się stało badanie stosunków społecznych, technicznych, klinicznych i statystycznych, dotyczących poronień, czem obecnie zajmują się różne naukowe zjazdy, towarzystwa i zakłady publiczne. Ujemną stroną legalizacji poronień w Rosji jest stale wzmaganie się poronień i zanikanie uczucia macierzyńskiego u kobiet. Wskazania społeczne przeważają bowiem wielokrotnie wskazania czysto lekarskie przy wykonywanych w szpitalach poronieniach. 85—95% poronień dotyczy kobiet zamężnych. W miastach ustanowione są specjalne komisje poronień, składające się z lekarzy i delegatek robotnic, do których kobieta zgłasza się z życzeniem poronienia i które kierują kobietę do szpitala. Toteż oddziały poronień w szpitalach są zawsze przepełnione. Wskazania społeczne uznane są tylko w pierwszych trzech miesiącach ciąży, późniejsze poronienie może być wykonane jedynie z poważnych wskazań lekarskich. Przeważający sposób poronienia wczesnego jest wyskrobanie, w późniejszych poronieniach wchodzą w użytek inne sposoby. Wstrzyknięcie jodyny do macicy autorowie ostro zwalczają. Rząd walczy przeciw wzmaganiu się poronień środkami popularnemi, jak odczyty, wystawy i przedstawienia, filmy, literaturę i t. p., oraz przez szerokie propagowanie i wolną sprzedaż środków zapobiegawczych ciąży. W Moskwie ustanowiono w r. 1923 „Państwową Komisję do badania środków zapobiegawczych ciąży". Zmniejszać i unormować poronienia potrafią tylko: naprawa ekonomicznego dobrobytu kraju i ponowne wychowanie kobiety do macieżyństwa.

Takeya-Siko (Hakuoka w Japonji): *Dziwna anomalja serca z opacznem położeniem niektórych narządów.* Przypadek dotyczył sekcji jednoletniej dziewczynki. Wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy i kiszka gruba były prawidłowo położone, zaś położenie śledziony, żołądka, trzustki i płuc były opaczne (situs inversus viscerum partialis). Serce samo dla siebie było prawie prawidłowo położone, lecz położenie wszystkich jego części było widocznie przewrotne (situs inversus partis omnis cordis). Przegroda przedsionków tylko szczątkowa, żyły płucne wpływały wraz z żyłami próżnemi do lewego przedsionka. Aorta wychodziła z prawej komory, tętnice płucne z lewej.

M. Blassberg (Kraków): *Pozacukrzycze leczenie insuliną.* Jest ono: 1) otłuszczające u asteników, ozdrowieńców i gruźlików, leczenie trwa 3—4 tygodnie, 2) w chorobie Basedowa, przez 6—8 tygodni; hormon trzustki jest niejako atagonizmem tyreoidyny, 3) w chorobach wątroby, albowiem insulina wiąże glikogen do komórek wątrobowych; więc stosuje się insulinę w miąższowem zapaleniu wątroby (hepatitis parenchymatosa), w zwykłej żółtaczce, w ostrym żółtym zaniku, w uszkodzeniach wątroby z otrucia, w kile i marskości wątroby. Insulina usuwa też przykry świąd w chorobach wątroby, 4) w chorobie Raynauda, 5) w moczówce prostej, 6) w chorobach chirurgicznych, a to w razie kwasicy po operacji, w procesach septycznych, w czyraczności, ropniach i ropnicach, które pod wpływem insuliny lepiej się goją, 7) w krwotokach macicznych pochodzenia jajnikowego, oraz w zatruciach ciąży i nadmiernych wymiotach ciąży, 8) u osesków w otruciach alimentarnych, w wysychaniu tkanek i wymiotach acetonowych, 9) w łuszczycy i miejscowo w kroplach na wrzody skórne.

Korolow (Perm Z. S. S. R.): *Przypadek zranienia aorty przez przełyk.* Chory przy jedzeniu zupy rybnej z sucharkami zakrztusił się, poczem dostał bólów w piersi, krwioplucia i krwawych stolców; lecz zmarł dopiero po siedmiu dniach. Sekcja wykazała przedziurawienie aorty wielkości grochu.

Jardu (Kremenczug Z. S. S. R.): *Groźny krwotok w ropniu okołomigdałkowym.*

Van Beclaire (San Diego, Kalifornja): *Lekarskie drapacze chmur.* Kooperatywy lekarskie budują w miastach amerykańskich wielopiętrowe domy przeznaczone dla wspólnych celów lekarskich. Domy te mają wszelkie urządzenia dla lekarzy, rozmaite udogodnienia dla chorych, obszerne garaże automobilowe, bibljoteki lekarskie, sale posiedzeń, windy dla chorych leżących i t. d. Tak n. p. w mieście Saint Paul (w stanie Minnisota) powstał już w 1912 r. 13-sto piętrowy dom, w którym mieszka 210 lekarzy i 117 dentystów. Nawet w małem mieście Hempstead koło Nowego Jorku, liczącem ośm tysięcy mieszkańców, mieszka w jednym dwupiętrowym domu, który kosztował 120.000 dolarów 12 lekarzy i 4 dentystów. W Seattle (w stanie Washington) w 18-sto piętrowym domu, który kosztował 2,500.000 dolarów, mieszka 260 lekarzy. Podobnych lekarskich drapaczy chmur autor wylicza w wielu miastach Stanów Zjednoczonych. W suterynach mieszczą się obszerne garaże automobilowe, w parterze często wielkie apteki i różne sklepy, na dachu ogród z aleją spacerową. Prócz tych domów lekarskich powstają też domy z różnemi klinikami prywatnemi. Dwa takie zbiorowe domy wybudowano w Los Angeles w Kalifornji, w których mieszczą się prywatne kliniki dla wszelkich oddziałów chorób z odpowiedniemi urządzeniami i pracowniami lekarskiemi. Stały historjograf zajmuje się obserwacją przypadków, każdy chory ma dokładną historję choroby, tak, że te przedsiębiorstwa kooperatywne służą nietylko chorym, lecz oddają też usługi dla obserwacji lekarskiej.

Dr. Fels.

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche med. Wochenschrift.

1929, Nr. 3.

Dr. Ernst Joel (Berlin): *Doświadczenia z Dionin'a na zwierzętach.* Dionin'ę, chlorowodorek etylomorfiny, poddano dokładnym badaniom na zwierzętach i ludziach. W celach porównawczych stosowano morfinę.

Ostre zatrucie, wywołane zastrzykiem podskórnym średniej trującej dawki Dionin'y równa się zatruciu morfiną, objawy narkotyczne występują jednak w mniejszym, motoryczne zaś w silniejszym stopniu. Dalej stwierdzono, w doświadczeniach na zwierzętach, że również do Dionin'y ustrój przyzwyczaja się niewątpliwie i to w sensie zwiększania się odporności na jej działanie narkotyczne. W porównaniu jednak z morfiną, jest przyzwyczajenie się do Dionin'y znacznie mniejsze. Badania stwierdzają, że Dionin'a rozkłada się w mniejszym stopniu w ustroju zwierzęcym. Ponieważ podniecające działanie Dionin'y jest tylko nieznaczne, niema obawy przed przyzwyczajeniem się ustroju człowieka do tego środka. Należałoby zatem przed zastosowaniem morfiny tytułem próby przepisać zawsze najpierw Dionin'ę. Ponieważ nieznane są przypadki nadużycia Dionin'y uważa autor, że słusznie nie podciągnięto Dionin'ę pod prawo, dotyczące przetworów z makowca i wyraża nadzieję, że prawo to nadal nie będzie tyczyło tego preparatu.

Medizinische Klinik.

1929, Nr. 3.

Dr. Walter, K. Fränkel: *Działanie Ephetonin'y na żołądek i kiszki.* Autor opisuje korzystne działanie Ephetonin'y na działalność żołądka i kiszek w 3 przypadkach. W pierwszym występowały bardzo silne napadowe kurcze żołądka z wymiotami, nie dające się usunąć żadnemi środkami. 1 tabletka Ephetonin'y rano i ½ tabletki wieczorem usunęły zupełnie dolegliwości, poczem dawkę zmniejszono na 2 razy dziennie po ½ tabletki. Po 5 miesiącach leczenia Ephetonin'ą nie odczuwała chora żadnych dolegliwości. Pozatem stosował autor Ephetonin'ę u chorej, która cierpiała na silne zaparcie, wywołane codziennem użyciem większej ilości pewnego narkotyku; w tym przypadku nastąpiło natychmiast regularne wypróżnienie bez bólu i rozwolnienia. W innym przypadku długotrwałego zaparcia okazała się Ephetonin'a jako znakomity środek pobudzający ruch robaczkowy. Według autora jest Ephetonin'a z powodu swej własności sympatikotonicznej cennym środkiem, regulującym czynność żołądka i kiszek. Dawkowanie winno być jednakże indywidualne.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIV Posiedzenie naukowe z dnia 19 października 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki.

1. Kol. Nowicki pokazuje i omawia preparaty anatomiczne: *a) rzekomej przepukliny przeponowej lewostronnej* u chłopca lat ??, u którego wykonano laparotomję z powodu objawów zwę-

żenia kiszki. Sekcja wykazała, jak najczęściej, po stronie lewej wpuklenie poprzecznicy i części zstępującej kiszki przez przeponę do jamy opłucnowej lewej, tworzące wysterczającą w tej jamie guzowatość wielkości wielkiej pięści. Pętle jelita, tworzące guzowatość, są rozdęte i pokryte opłucną przeponową. Pozostałe części kiszki w kierunku kątnicy są nieco rozdęte. Mowca omawia stosunki anatomiczne, które ułatwiają tworzenie się tego rodzaju przepuklin. Przepuklina przedstawiona jest niewątpliwie pochodzenia wrodzonego. Przyczyną śmierci było zapalenie ropne w otrzewnej pooperacyjne,

b) rozszczep wrodzony powłok brzusznych u noworodka, który żył 10 minut po urodzeniu. Rozszczep przedstawia się pod postacią jakby rozległego braku przedniej ściany jamy brzusznej, i to przedewszystkiem po stronie lewej, począwszy od wyrostka mieczykowego aż po spojenie łonowe, przyczem jest zupełny brak części płciowych zewnętrznych. Brzegi powłok brzusznych, a raczej granicy rozszczepu, są wytworzone ze ścieńczałej skóry i mięśni płaskich a granica rozszczepu po stronie lewej tworzy łuk, wypukłością zwrócony na zewnątrz. W następstwie rozszczepu narządy wewnętrzne jamy brzusznej są wybrzuszone (szczególnie wątroba, nerka lewa, śledziona, jelita) i tworzą kłąb, zwrócony na lewo z następowem skrzywieniem odpowiednim kręgosłupa i dostosowaniem się kończyn dolnych. Pępowina jest zepchięta na dół i znajduje się tuż nad spojeniem łonowem. Rozszczep przechodni niewątpliwie także na przednią część przepony i stąd pochodzi wypadnięcie serca wraz z workiem osierdziowym do jamy brzusznej. Aczkolwiek tego rodzaju wady rozwojowe wydarzają się rzadko (1 na 5000 porodów), piśmiennictwo odnośne jest dość znaczne. Istnieje szereg teoryj, starających się wyjaśnić sposób powstawania tej wady rozwojowej, a więc zrostami z owodnią, opóźnionem oddzielaniem się woreczka żółtkowego i t. d. W danym przypadku najprawdopodobniej nadmierna fizjologiczna przepuklina pępowinowa doprowadziła do tej wady rozwojowej. Wiadomo bowiem, że u zarodków jednocentymetrowych istnieje fizjologiczna przepuklina pępowinowa, która też może być sprawą wyjściową dla niezamknięcia się jamy brzusznej,

c) perlaka III-ciej komory mózgu u mężczyzny 49-letniego, który już w okresie końcowym zgłosił się do szpitala, gdzie też przypuszczano krwiotoczne zapalenie opony twardej; typowy perlak, wielkości jaja kurzego wciskał się do komory bocznej, lewej, powodując wodogłowie wewnętrzne,

d) narządy z przypadku ziarnicy złośliwej od 32-letniego mężczyzny, przypadek o tyle atypowy, że zajęte były przedewszystkiem gruczoły chłonne zaotrzewnowe, miednicze, pachwinowe i udowe, natomiast gruczoły szyjne niezmienione, pachowe zaś w bardzo nieznacznym stopniu.

W dyskusji kol. Goertz omawia część kliniczną, odnośnie do przypadku ziarnicy złośliwej.

Odnośnie do roszczepu powłok jamy brzusznej kol. Węgłowski omawia przepukliny prawidłowe u płodu i uważa przypadek kol. Nowickiego, jako pozostałość po takiej przepuklinie.

Kol. Schram — uważa powyższy przypadek za przepuklinę pępowinową; przypadki nadmiernej wielkości już nie nadają się do operacji.

Kol. Barącz uważa także przypadek demonstrowany przez Kol. Nowickiego jako przepuklinę pępowinową. Kol. Barącz przed przeszło 30 laty spostrzegał i operował taki przypadek a nawet w r. 1899 odstąpił go do kazuistyki kol. Schramowi. Rozchodziło się o noworodka płci męskiej urodzonego przed kilku godzinami. Jako nieprawidłowość rozwojową przedstawiało dziecko 10 cm dług. i 8 cm szeroki brak skóry częściowo pokryty galaretowatem amnion.

Sznurek pępkowy odchodził w górze. Amnion i otrzewna były na kilka cm naddarte, a przez otwór ten wypadły: żołądek, wątroba i znaczna część pętli jelita cienkiego i leżały na brudnej pościeli. Trzewia obmyto ciepłym rozczynem kwasu borowego i w narkozie chloroformowej z wielką trudnością reponowano, worek przepuklinowy resekowano, naczynie pępkowe podwiązano, brzegi skóry odświeżono i z wielką trudnością głębokimi szwami zaszyto. Dziecko jednak zmarło po kilku godzinach.

W związku z przypadkiem perlaka, kol. Pisek omawia swój przypadek.

W odpowiedzi kol. Nowicki zauważa, odnośnie do przemówienia kol. Węgłowskiego, Schrama i Barącza, że celowo nienazwał sprawy u noworodka przepukliną pępowinową, lecz rozszczepem, bo brak jest worka przepuklinowego. Co do próbnego nakłucia gruczołów celem uzyskania rozpoznania, zauważa, że takie nakłucie może się przydać tylko w razie świeżych zmian ziarniczych: w przypadkach zwłóknienia gruczołu, nakłucie jest bezcelowe. W każdym razie pewniejsze rozpoznanie otrzymuje się badaniem gruczołu wyciętego. Do przemówienia kol. Piseka zauważa, że w uchu środkowem, a także miedniczkach, macicy i t. p. lubią się tworzyć niekiedy zmiany podobne do perlaka, są to jednak twory pochodzenia zapalnego.

2. Kol. Gruca przedstawia 1) chorą 25-letnią z *nawykowem zwichnięciem rzepki*. W 14 r. życia poraz pierwszy zwichnięcie na zewnątrz z następowym silnym wysiękiem i kilkutygodniową bolesnością. Od tego czasu zwichnięcie powtarzało się co roku, a później, po jeździe na nartach nawet kilka razy dziennie. Ostatnie zwichnięcie podczas tańca bardzo bolesne miało miejsce z wiosną b. r. Przy badaniu w klinice prócz zupełnego zwiotczenia więzadeł i torebki chorego stawu stwierdzono ciało luźne po zewnętrznym brzegu rzepki — wielkości 1 × 2 cm — zrośnięte z torebką. Rzepkę można było łatwo przy wyprostowanej kończynie zepchnąć przez kłykieć zewnętrzny na zewnętrzną stronę stawu.

U chorej przeszczepiono (Prof. Schram) mięsień (semitendinosus) półścięgnisty na przyśrodkowy brzeg rzepki — w ten sposób, że ścięgno jego odcięte od kłykcia przyśrodkowego kości piszczelowej przeprowadzono przez kanał przewiercony w płaszczyźnie czołowej przez przyśrodkową połowę rzepki — i zeszyto w pętlę. Równocześnie usunięto półwolne ciało z zewnętrznego brzegu rzepki. Ciało to pochodziło prawdopodobnie z chrząstki odszczepionej z kłykcia zewnętrznego uda. Od czasu operacji chora ani jednego zwichnięcia nie miała. Przy zginaniu rzepka wysuwa się czasem na kłykieć zewnętrzny, ale go nie przeskakuje. Przeszczepiony mięsień wzmocnił się — ruchomość w stawie kolanowym zupełna. Sposób ten jest racjonalniejszym od dotychczas podanych, gdyż 1) zwichnięciu zapobiega nie materjał rozciągliwy i poddający się z czasem, jak przy sposobach Marwedela, Perthesa, Goebla, Ali Krogiusa, Hübschera, Wulstenia, Klappa i innych, 2) zwichnięcie następuje zawsze przy zginaniu kolana, a w tym właśnie czasie przeszczepiony zginacz napina się i czynnie rzepkę wstrzymuje. Zabiegi na szkielecie (osteotomja nadkłykciowa, przeniesienie guzowatości kości piszczelowej z ścięgnem rzepki na przyśrodkową stronę, plastyka kłykcia zewnętrznego uda (Lexer) są ciężkie i mniej pewne.

Zwichnięcie nawykowe rzepki powstaje zawsze na podłożu wrodzonem, polegającem na nadmiernej wiotkości torebki stawowej i niedorozwoju kłykcia zewnętrznego uda. W rodzinie chorej na to samo cierpi ojciec i ciotka.

2) 18-letnią chorą z *operacyjnem usztywnieniem stawu biodrowego*. Chora od ośmiu lat cierpi na gruźlicę biodra — od sześciu lat była leczoną zachowawczo. Cierpienie podgajało się i zaostrzało znowu co pewien czas. Z chwilą przyjęcia na klinikę Roentgen wykazywał zupełne zniszczenie główki, rozszerzenie panewki i sprawę czynną w szyjce. Ruchomość była bardzo znacznie ograniczona, kończyna ustawiona w zgięciu i przywiedzeniu. U chorej przed $4^1/_2$ miesiącami wykonano operacyjnie pozastawowe usztywnienie stawu — sposobem zbliżonym do sposobu Matheu (cięcie Smith-Petersena, skośne przecięcie krętacza wielkiego u podstawy: odchylenie ku górze, wydłutowanie dwu płytek z kości biodrowej — które obrócone od 90° oparły się wolnymi końcami na łożysku krętacza wielkiego — położenie na nie krętacza wielkiego i przybicie razem z płytkami do kości udowej). Obecnie po zdjęciu gipsu kończyna jest zupełnie sztywna — płytki i krętacz idealnie wgojone — chora chodzi bez dolegliwości. Sprawa w szyjce goi się.

Wskazanie do operacyjnego usztywnienia biodra przy gruźlicy stanowi 1) niezupełne zesztywnienie i z powracaniem wadliwej pozycji. 2) Pseudoarthoza śródstawowa bolesna i podatna do nawrotów cierpienia. 3) Gruźlica biodra przewlekająca się. Usztywnienie ustala chory staw i pozwala sprawie zagoić się lepiej niż jakikolwiek inny sposób. Utrata ruchomości o tyle nie wchodzi w rachubę, że gruźlica biodra bardzo rzadko goi się z pozostawieniem ruchomości stawu.

Odnośnie do sprawy, który sposób usztywnienia lepszy śródstawowy (Abbee, Brackett, Farell, Nové, Forserand, Rendu — czy pozastawowy (Kappro, Abbee, Hibb, Hass, Matheu) kol. G. oświadcza się, za ostatnim, gdyż jest dla chorego lżejszym, nie naraża go na nawrót cierpienia i daje o wiele szybciej i łatwiej i pewniej zupełne zesztywnienie.

W dyskusji kol. Schramm omawia przypadek nawykowego zwichnięcia, uważając, że najracjonalniejsze jest przeszczepienie mięśnia.

3. Kol. Graf — omawia *a) sposoby usuwania kamieni pęcherzowych* u 2 chorych. *b) kamicę l. moczowodu* u chorej z wtórnemi zmianami w nerce.

Ad *b)* kol. Laskownicki omawia metodę operacyjną.
4. Kol. Kuhl przedstawia chorego *z gruźlicą płuc i wadą serca.*

XXV Posiedzenie naukowe w dniu 26 października 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki.

Przewodniczący zawiadamia o Zjeździe mikrobiologów, który odbędzie się we Lwowie w dniach 3 i 4 listopada.

1. Kol. Lipiński przedstawia *uzdrowieńca po zapaleniu opon mózgowych na tle zakażenia łańcuszkowcem krwiobójczym.*

W dyskusji kol. Gąsiorowski podnosi, że do zajęcia opon mózgowych doszło prawdopodobnie wtórnie w następstwie pierwotnego zapalenia gardła lub ucha. Mówca podnosi trudność nazywania takich przypadków schorzeniami pierwotnemi. Kol. Sieradzki usprawiedliwia stanowisko obu mówców. Kol. Marischler podnosi korzystny wynik leczniczy.

W odpowiedzi kol. Lipiński usprawiedliwia rozpoznanie pierwotnego zapalenia opon mózgowych z powodu luźnego związku z poprzedniemi schorzeniami.

2. Kol. Pisek wygłasza odczyt p. t.: *300-lecie odkrycia krążenia krwi przez W. Harveya* (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Ziembicki przyłącza notatkę z przed 50 lat ogłoszoną w Przeglądzie lekarskim: *O rocznicy urodzin Harveya.*

3. Kol. Bednarski wygłasza odczyt p. t.: *O starożytności naszych przesądów, leków.*

W dyskusji — kol. Sieradzki omawia głębokość spostrzeżeń ludowych, jaka się mieści na dnie nieraz pozornych przesądów, zwłaszcza jeżeli chodzi o wpływ miesiączkowania w rolnictwie. Kol. Pisek omawia wpływ pośredni, jaki wywierają stowarzyszenia amer. które zajmują się zamawianiem chorób przez odmawianie modlitw. Kol. Fels mówi o menotoksynie i wpływie potu na rośliny. Wreszcie kol. Bednarski dodaje, że początków medycyny ludowej należy szukać w wysokiej kulturze rodzin kapłańskich i królewskich dawnych stuleci.

XXVI Posiedzenie naukowe w dniu 9 listopada 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki.

1. Kol. Laskownicki omawia *a) przypadek ciała obcego w pęcherzu u kobiety i mężczyzny;* zabieg usunięcia wykonano we wzierniku operacyjnym; *b) metodę usunięcia uchyłka pęcherza moczowego u mężczyzny.*

W dyskusji kol. Oberlaender omawia swój przypadek wrodzonego uchyłka pęcherza.

2. Kol. Gruca przedstawia: *a) przypadek tętniaka tętnicy udowej zewn., prawdopodobnie urazowego pochodzenia.* Zamierzone jest podwiązanie tętnicy powyżej i poniżej guza i ewentualne następowe wyłuszczenie. Niebezpieczeństwo martwicy kończyny jest małe przytem usadowieniu schorzenia i wobec braku już obecnie tętniaka w przedłużeniu tętnicy udowej, wskazującego, że istnieje już wystarczające krążenie uboczne,

b) przypadek operowanej stopy szpotawej. 18-letnia dziewczyna z obustronną stopą płaską pochodzenia krzywiczego. Po jednej stronie wykonano przed 4 miesiącami operację Ogotona — wycięcie klina z kości skokowej i łódkowej zwróconego podstawą ku dołowi i na wewnątrz z wynikiem bardzo dobrym. Dolegliwości ustąpiły i powstało zupełnie prawidłowe sklepienie — nawet odwiedzenie kości piętowej znikło zupełnie.

Omówienie znanych sposobów leczenia operacyjnego ciężkiej stopy płaskiej. Sposób Ogotona zdaniem mówcy jest najprostszy i zupełnie wystarczający.

W dyskusji kol. Barącz podnosi, że podobne przypadki tętniaków najchętniej operowałby metodą Matasa przez wykonanie endoaneuryzmorafji. Kol. Pisek omawia metodę leczenia tętniaków żelatyną. Kol. Ostrowski — omawia wartość niektórych sposobów operacyjnego usuwania tętniaków i przypomina swój pogląd na wpływ tętniaka na pnie nerwowe wzgl. współczulne.

W odpowiedzi kol. Pisekowi kol. Gruca podnosi, że obecnie nie stosuje się wstrzykiwania żelatyny do tętniaków.

Statut Związku lekarzy szkolnych Okręgu Szkolnego Kuratorjum lwowskiego.

§ 1.

Nazwa stowarzyszenia brzmi: „Związek lekarzy szkolnych Okręgu szkolnego Kuratorjum Lwowskiego".

§ 2.

Siedzibą Związku jest miasto Lwów — okręg działania rozciąga się na okręg szkolny Kuratorjum Lwowskiego.

§ 3.

Związek jest zrzeszeniem wszystkich lekarzy szkolnych szkół państwowych i prywatnych, którego celem jest:

a) pogłębienie wiedzy z zakresu higjeny szkolnej przez posiedzenia, referaty, ewent. prace naukowe, urządzanie zjazdów naukowych,

b) uzgodnienie pracy nad dozorem higjenicznym i ulepszenie metod dotychczasowych,

c) obrona interesów zawodowych i godności lekarza szkolnego.

§. 4.

Do wypełnienia tych zadań służą związkowi następujące drogi:

a) rozwijanie działalności oświatowej przez urządzanie zebrań. zjazdów, kursów i konferencyj naukowych, odczytów publicznych, wykładów, wycieczek i innych przedsięwzięć tego rodzaju; zakładanie i prowadzenie bibljotek fachowych, czytelń naukowych, czasopism; wydawanie książek, czasopisma perjodycznego, oraz innych wydawnictw związanych z działalnością Związku,

b) prowadzenie dla swoich członków kursów specjalnych umożliwiających im rozszerzanie wiedzy,

c) utrzymanie łączności z instytucjami podobnemi w kraju i za granicą,

d) organizowanie kasy wzajemnej pomocy, funduszów stypendyjnych na materjalne popieranie członków pracujących w dziedzinie higjeny szkolnej.

§ 5.

Członkiem zwyczajnym Związu może być każdy lekarz szkolny w służbie czynnej, członkiem nadzwyczajnym może być lekarz szkolny w stanie spoczynku lub też byli lekarze szkolni.

§ 6.

Związek składa się z członków honorowych, członków zwyczajnych i nadzwyczajnych.

§ 7.

Na członka zwyczajnego przyjmuje się lekarza szkolnego, na propozycję dwu członków zwyczajnych Związku na posiedzeniu Wydziału i zawiadamia się o tem najbliższe Walne Zgromadzenie.

§ 8.

Członków honorowych mianuje Walne Zgromadzenie na propozycję Wydziału większością $^3/_4$ głosów obecnych.

§ 9.

Każdy członek zwyczajny i nadzwyczajny płaci wkładkę miesięczną, której wysokość corocznie uchwala na propozycję Wydziału, Walne Zgromadzenie.

§ 10.

Każdy członek Związku ma prawo brać udział w wykładach, odczytach i posiedzeniach Związku, korzystać ze środków i urządzeń naukowych tegoż, jak pracowni, bibljotek, kursów etc. oraz z prenumeraty ulgowej organu Związku. Prawo głosowania, jak również prawo wyboru czynnego i biernego, mają tylko członkowie zwyczajni.

§ 11.

Obowiązkiem wszystkich członków jest popierać cele i zadania Twa. Kto mimo upomnień pisemnych nie płaci wkładek przez 3 miesiące z rzędu, może być uchwałą Walnego Zgromadzenia wykluczony ze Związku, na wniosek skarbnika za uprzednią zgodą Wydziału.

§ 12.

Członek, który dopuścił się czynu niehonorowego, postępowaniem swem ubliżył godności członka Związku lub działał na szkodę Związku, może być przez Wydział zawieszony. Zawieszenie to przedkłada Wydział najbliższemu Walnemu Zgromadzeniu, które głosowaniem tajnem decyduje większością $^3/_4$ głosów obecnych; aż do tej decyzji członek wykluczony pozostaje zawieszony w swych prawach.

§ 13.

Spory wynikające ze stosunków stowarzyszeniowych między członkami Związku lub Wydziału rozstrzyga w jedynej instancji Sąd Polubowny, do którego każda strona wybiera po jednym sędziu, a ci dobierają sobie przewodniczącego. W razie niezgody na jego wybór rozstrzyga los między kandydatami podanymi przez sędziów. Złożeniem Sądu zajmuje się Przewodniczący Związku lub członek Wydziału przezeń wyznaczony.

Sprawy o prawomocność uchwał lub zarządzeń Związku nie podlegają Sądowi polubownemu lecz Walnemu Zebraniu.

§ 14.

Posiedzenia naukowe odbywają się w dniach przez Wydział wyznaczonych.

§ 15.

Majątek Związku tworzą składki członków, dochody z wykładów publicznych i wydawnictw, książki, zbiory prac członków, oraz inne sumy i przedmioty nabyte drogą kupna lub darowizny. Wszystkie dochody Związku mogą służyć tylko na cele wymienione w § 3 statutu.

§ 16.

Sprawami Związku kieruje Wydział obierany corocznie na Walnem Zgromadzeniu i przed niem odpowiedzialny, a złożony z przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza i skarbnika. Ponadto ma Wydział prawo kooptować do swego grona dalszych członków do szczególnych poruczeń. W razie ustąpienia jednego lub kilku członków wydziału w ciągu roku pozostali kooptują sobie następców. Jeżeli ustąpi naraz trzech lub więcej członków Wydziału, lub gdy ustąpią naraz przewodniczący i sekretarz, wtedy Wydział pozostały zwołuje Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie, celem wyborów uzupełniających, oraz zdania sprawy z czynności przez ustępujących Wydziałowych.

§ 17.

Do zakresu Wydziału należą wszystkie sprawy Walnemu Zebraniu nie zastrzeżone a w szczególności: wykonywanie uchwal Walnego Zgromadzenia, zarząd majątkiem związku, tworzenie nowych Zakładów lub rozszerzanie istniejących wymienionych w § 4, zarząd ogólny Zakładów utrzymywanych przez Związek, przyjmowanie i oddalanie funkcjonarjuszów Związku i wynagradzanie ich w wysokości uchwalonej na Walnem Zebraniu, wreszcie nadzór i kontrola ich czynności. Czynności te załatwia wydział na posiedzeniach zwoływanych przez Przewodniczącego, lub w razie przeszkody przez zastępcę.

Do ważności uchwał potrzeba większości bezwzględnej członków Wydziału. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów obecnych na posiedzeniu. W razie równości głosów rozstrzyga przewodniczący. Na żądanie 3 członków Wydziału ma przewodniczący zwołać posiedzenie.

§ 18.

Przewodniczący względnie jego zastępca i sekretarz reprezentują Związek na zewnątrz i podpisują wszelkie pisma i dokumenta imieniem Związku, a zobowiązanie pisemne podpisuje ponadto skarbnik.

§ 19.

Kontrolę nad czynnością Wydziału i zarządem majątku Związku wykonywa z ramienia Walnego Zebrania, Komisja rewizyjna złożona z trzech członków, którzy podpisują wynik kontroli. Komisja rewizyjna ma prawo przeglądania o każdym czasie ksiąg rachunkowych i inwentarzowych prowadzonych przez Wydział, celem stwierdzenia stanu kasy i inwentarza. Komisja ta ma obowiązek sprawdzać bilans roczny Związku, a Walnemu Zebraniu przedłożyć ze swem sprawozdaniem wniosek o udzielenie lub odmówienie absolutorjum Wydziałowi ustępującemu.

§ 20.

We wrześniu corocznie na dni 14-cie przed datą Walnego Zebrania ogłasza Wydział członkom pocztą dzień i miejsce Walnego Zgromadzenia, ustala porządek dzienny obrad tegoż i zaprasza komisję rewizyjną do przeprowadzenia bilansu. Na Walnem Zebraniu zdaje wydział sprawę ze swej działalności i stanu majątku Związku.

Do prawomocności uchwał Zebrania, potrzebna jest obecność trzeciej części członków uprawnionych do głosowania. W razie braku takiego kompletu moc obowiązującą mają uchwały następnego Walnego Zgromadzenia, otwartego w pół godziny po pierwszem bez względu na liczbę obecnych członków. Poza wyjątkiem wymienionym w § 23 uchwały zapadają większością bezwzględną głosów obecnych, w razie równości głosów rozstrzyga przewodniczący.

§ 21.

Do zakresu czynności Walnego Zebrania należy: a) odmawianie lub udzielanie absolutorjum Wydziałowi na wniosek Komisji rewizyjnej,

b) mianowanie członków honorowych na wniosek Wydziału,

c) wybór nowego wydziału,

d) wybór komisji rewizyjnej,

e) załatwianie wniosków wydziału i członków Związku,

f) oznaczanie wysokości wkładek i innych opłat na cele Związku,

g) zmiana statutu i rozwiązanie związku.

Wniosek o zmianę statutu lub rozwiązanie Związku musi wpłynąć pisemnie na ręce przewodniczącego conajmniej na dni 14, inne wnioski 3 dni przed datą Walnego Zebrania.

§ 22.

Nadzwyczajne Walne Zebranie może zwołać Wydział na mocy uchwały własnej a musi je zwołać na żądanie pisemne komisji rewizyjnej, lub trzeciej części członków zwyczajnych. Uchwały zapadają jak w § 20.

§ 23.

Rozwiązanie Związku może nastąpić na mocy uchwały $^3/_4$ wszystkich członków uprawnionych do głosowania. Wniosek o rozwiązanie musi być conajmniej na 14 dni naprzód podany do wiadomości wszystkich członków zwyczajnych i honorowych.

Przy rozwiązaniu Związku majątek przechodzi w zarząd Twa lekarskiego lwowskiego.

§ 24.

Podpisani na statutach stanowią Komitet założycieli, który uprawniony jest — po zatwierdzeniu statutów przez Urząd Wojewódzki — do zwołania walnego zgromadzenia konstytucyjnego celem wyboru organów Twa.

Dr. Adam Jarocki, Dr. Anna Mikiewiczówna, Dr. Stanisław Bühn, Dr. Tomaszewski Józef.

NEKROLOGJA.

Ś. p. JAN KIEŁKIEWICZ.

W lutym 1929 r. chirurgja i urologja polska poniosła dotkliwą stratę — mianowicie dnia 2 lutego po długiej i ciężkiej chorobie zmarł dr. med. Jan Kiełkiewicz, ordynator oddziału chirurgiczno-urologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Człowiek ten całem swojem pracowitem życiem zasłużył na dobrą pamięć i gorące i nieprzemijające wspomnienie.

Urodzony w 1875 r. w Nieszawie, kształcił się w gimnazjum w Piotrkowie; następnie wstąpiwszy na uniwersytet warszawski, dostaje dyplom lekarski w 1901 r. Bezpośrednio potem pracuje w ciągu jednego roku na oddziale chorób wewnętrznych Dr. Janowskiego. Zamiłowanie i temperament ciągną go jednak nieprzeparcie do chirurgji i oto już w 1902 r. przenosi się na oddział chirurgiczny Dr. Wład. Krajewskiego. Był to, jak wiadomo, jeden z najlepiej postawionych oddziałów chirurgicznych w Warszawie, a zarazem szkoła dla młodych chirurgów, dająca sposobność do rozwinięcia i doskonalenia wrodzonych zdolności. Wyniósł też stamtąd ś. p. Dr. Kiełkiewicz gruntowną znajomość chirurgji oraz zamiłowanie do pracy naukowej; pozostało mu też na całe dalsze życie najlepsze wspomnienie o tej owocnej pracy. Do osoby Krajewskiego żywił prawdziwy kult — odzywał się o nim zawsze z najwyższą czcią i miłością. Bo też zżyli się ze sobą bardzo, gdyż ś. p. Dr. Kiełkiewicz pracował na oddziale Krajewskiego aż do śmierci swego mistrza, którą bardzo boleśnie odczuł. W ciągu tego czasu był przez 3 lata asystentem eksternem przy szpitalu Dzieciątka Jezus oraz asystentem prywatnym

Krajewskiego w lecznicy. Za namową też Krajewskiego poświęca się ś. p. Dr. K. chirurgji dróg moczowych.

W 1905 r. w ciągu kilku miesięcy zwiedza kliniki w Berlinie i Wiedniu. Lata 1908—1909 spędza w Paryżu na bardzo skrupulatnych studjach w klinice Albarran'a. W końcu 1909 r. powraca na oddział wówczas prowadzony przez Dr. Ciechomskiego, gdzie materjał urologiczny oddany zostaje do jego dyspozycji. Jednocześnie zostaje konsultantem urologiem przy szpitalu Dz. Jezus. Wówczas też zaczyna stosować nabytą wiedzę na tej placówce i wkrótce imponuje otrzymanemi wynikami.

Ogłasza szereg prac z dziedziny operacyjnej urologji, w których stara się spopularyzować nowe metody operacyjne oraz nabyte doświadczenia własne. Tu trzeba przytoczyć prace nad nową podówczas operacją prostatektomji nadłonowej, nad zabiegami wytwórczemi pęcherza moczowego przy wynicowaniu tegoż, wreszcie nad również nowemi wówczas operacjami na miedniczce nerkowej (Pyelotomia).

Wojna przerywa jego pracę w tej specjalnej dziedzinie chirurgji urologicznej. Zostaje ordynatorem szpitala głównego w Modlinie i niebawem dostaje się do niewoli niemieckiej. Okupanci jednak, potrzebując wykwalifikowanych chirurgów, pozostawiają Go w Modlinie na stanowisku kierownika wielkiego szpitala chirurgicznego, gdzie pracuje do 1917 r. Powraca później do Warszawy i pracuje znowu na oddziale Dr. Ciechomskiego. W 1920 r. po ustąpieniu prof. Leśniowskiego zostaje ordynatorem oddz. chirurg.-urologicznego w szpit. Św. Ducha, a w krótce potem po przeniesieniu tegoż oddziału w szpit. Przemienienia Pańskiego. Na tej placówce pozostał już do śmierci i tu miał sposobność do rozwinięcia całego zasobu żywotności umysłu, energji i temperamentu chirurgicznego. Tutaj pracuje z całym zapałem nad najnowszemi zagadnieniami i ulepszeniem techniki w dziedzinie chirurgji urologicznej. Ulepszył i uprościł technikę wykonywania prostatektomji, sprowadzając ten zabieg do rekordowej cyfry kilkuminutowej operacji (Technika operacyjna prostatect. P. G. L. 1922, Nr. 3). Znaczną pracę włożył w wprowadzenie pyelografji, jako koniecznej metody badania szczególniej w cierpieniach nowotworowych nerek. (Rozpoznawanie nowotworów nerki z szczególnem uwzględnieniem pyelografji. Ks. pam. XII Zjazdu Chir. Pol. 1925 r.). Zastosowanie przez Niego w tym celu pyelografji wyprzedziło prace znanych urologów paryskich. Wreszcie b. poważne wyniki dały prace nad gruźlicą dróg moczowych. W szeregu prac i odczytów popularyzował wiedzę o konserwatywnych zabiegach chirurgicznych w gruźlicy dróg nasiennych (Leczenie chirurg. gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn. P. G. L. 1925 rok), oraz o leczeniu chirurgicznem gruźlicy nerek (wykłady na kursie dopełniającym dla lekarzy). Pozatem trudno zliczyć te wszystkie demonstracje kliniczne czy to na posiedzeniach klinicznych w szpitalu Przemienia Pańskiego, czy też w Towarzystwie Chirurgów, lub w Warsz. Tow. Lek., których to towarzystw Zmarły był gorliwym i czynnym członkiem. (Warsz. Tow. Lek. od 1907 r., Tow. Chirurgów od założenia). Również postępem wiedzy urologicznej za granicą, a szczególniej we Francji interesował się ś. p. Dr. K. bardzo. Starał się regularnie bywać na zjazdach chirurgicznych i urologicznych w Paryżu, dokąd Go też ciągnął sentyment odbytych studjów. Od 1926 r. był członkiem międzynarodowego Tow. Urologicznego.

Niewątpliwie ś. p. Dr. K i e ł k i e w i c z był jednym z czołowych urologów polskich. Znany był w całym kraju i uznany jako taki przez wszystkich niemal lekarzy i szerokie sfery publiczności. Duże zasługi położył na polu popularyzacji wiedzy urologicznej wśród lekarzy polskich i bardzo duże miał przed sobą możliwości. Zabiegał i gotował się do wydatnego powiększenia oddziału, co wzmogłoby jeszcze zasięg Jego czynu lekarskiego. Niestety, nieobliczalna choroba i niespodziewana śmierć przecięła to obiecujące życie w największym pędzie twórczości i ekspansji. Cześć Jego pamięci!

Ogłosił drukiem następujące prace:

1. Przypadek ropniaka nerki. Przeglad chirurgiczny 1910 r. T. II.

2. Przypadek przerostu gruczołu krokowego, operowany sposobem Freyer'a. P. Przegl. Chirur. 1910. T. II.

3. Sączek Freyer'a, używany przy prostatectomji nadłonowej. P. Przegl. Chir. 1910. T. II.

4. Przypadek wczesnej gruźlicy nerki. Polski Przegląd Chir. T. IV, zesz. II.

5. W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy dróg nasiennych (odczyt). Polski Przegląd Chir. 1912. T. VII.

6. Wynicowanie pęcherza moczowego. Wytworzenie nowego pęcherza i cewki. Pol. Przegl. Chir. 1913, T. VIII, zesz. II.

7. Dwa przypadki wczesnej gruźlicy nerek. Pol. Przegląd Chir. 1913. T. VIII.

8. Przypadek kamienia w miedniczce nerkowej, usuniętego drogą cięcia miedniczki. Pol. Przegl. Chir. 1913. T. IX.

9. Przypadek kamienia miedniczki nerkowej. Pol. Przegl. Chir. T. IX, zesz. II, 1913 r.

10. Przypadek gruźlicy nerki z dwoma moczowodami. Polski Przegl. Chir. 1914, T. XI, z. I.

11. Technika operacyjna prostatectomji. Pol. Gaz. Lek. 1922, Nr. 3.

12. Przypadki nephritis dolorosa et nephritis haematurica. Pol. Gaz. Lek. Nr. 49, 1922.

13. Leczenie chirurgiczne gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn. Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 99.

14. Rozpoznawanie nowotworów nerki ze szczególnem uwzględnieniem pyelografji. Księga pamiątkowa XII Zjazdu Chirurgów Polskich 1925 r.

15. Gruźlica narządu moczowo-płciowego u mężczyzn. „Gruźlica i jej zwalczanie" wykłady, wygłoszone na pierwszym kursie uzupełniającym dla lekarzy 1927 oraz w Warsz. Tow. Lekarskiem.

W. Lilpop.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e W a r s z a w s k i e zawiadamia, iż na posiedzeniu wyborczem dnia 22 stycznia b. r., wybrano: na Prezesa — Dra Kazimierza Zielińskiego (ponownie); na Wiceprezesa — prof. Dra Ludwika Paszkiewicza; na Sekretarza dorocznego — Dra Jana Trzebińskiego; na członka Zarządu — Dra Marjana Rylkę. Pozostały skład Zarządu — bez zmiany.

Sekretarz stały: *Prof. Dr. A. Gluziński.*

S t o w a r z y s z e n i e L e k a r z y P o l s k i c h, pragnąc przyczynić się do jaknajszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych ,urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimatoterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W piątek 8 marca, godz. 20'30 Dr. med. Władysław Podsoński. (Lwów—Lubień Wielki). Lubień Wielki zdrój siarczany i znaczenie siarki w organiźmie.

Dr. H e l e n a S p a r r o w została mianowana docentem bakterjologji na wydz. lek. Uniw. Warsz., dr. Janusz Wiktor S u p n i e w s k i docentem farmakologji doświad. na wydz. lek. Uniw. Warsz.

Z a r z ą d I z b y L e k a r s k i e j W a r s z a w s k o-B i a ł o s t o c k i e j zawiadamia, że Zwyczajne Zgromadzenie Rady Izby odbędzie się w dniu 24 marca (niedziela) 1929 r. o godz. 11 w sali Warszawskiego Tow. Higjenicznego, przy ul. Karowej Nr. 31. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołów Rady z dnia 20 maja 1928 r. i z dnia 30 grudnia 1928 r. 2) Sprawozdanie Zarządu, Komisji Kasy Pogrzebowej i Sądu za rok 1928. 3) Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Zarządu w roku 1929. 4) Preliminarz Budżetowy za rok 1929 i wnioski budżetowe Zarządu. 5) Uwzględnienie rezygnacyi Rady, Zarządu i Sądu.

Lwów.

L w o w s k i e T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e. VII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 8 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Doc. A. Gruca: Przypadek porażenia obu kończyn dolnych (pokaz); 2) kol. Doc. A. Gruca: Przypadek złamania szyjki kości udowej (pokaz); 3) kol. Prof. W. Nowicki: Pokazy anatomo-patologiczne; 4) kol. A. Chwalibogowski i H. Szusterówna: O hepatosplenomegalji Niemann-Picka (wykład).

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Fels, Progulski, Stella, Nowicki, Elmer.

Poznań.

Do wszystkich pp. lekarzy i zarządów instytucyj sanitarnych. „Koło medyków", studentów Uniwersytetu Poznańskiego zwraca się do wszystkich Lekarzy i Zarządów Instytucyj Społecznych z prośbą o przyjmowanie podczas wakacyj uniwersyteckich (od 1. V. do 1. X.) koleżanek i kolegów z semestrów klinicznych oraz absolwentów na odpowiednie posady do pomocy lekarzy, pracy w szpitalach, sanatorjach, pracowniach klinicznych lub chemicznych, instytucjach sanitarnych, przedsiębiorstwach farmaceutycznych i t. d.

Wyżej wymienione zajęcia umożliwią studentom medycyny pracę związaną z wykształceniem fachowem i dadzą sposobność nabycia pod doświadczonem kierownictwem niezbędnego dla lekarza wykształcenia praktycznego.

Dużo koleżanek i kolegów z wymienionych semestrów pracowało już w klinikach uniwersyteckich, krajowych lub prywatnych i obeznani są zpraktyką lekarską.

Prosimy uprzejmie o nadesłanie zgłoszeń z podaniem warunków przyjęcia kandydatów, również ew . życzeń co do specjalności (chirurgja, ginekologja, pedjatrja, laryngologja i otjartja, choroby wewnętrzne, nerwowe i psychjatrja, skórne i weneryczne, oczne i t. d.).

W razie niereflektowania na pomoc koleżanek i kolegów w czasie letnim, prosimy również o łaskawe zawiadomienie każdorazowego zapotrzebowania w ciągu roku ewentualnych zastępstw i posad pod adresem:

„Koło Medyków" Sekcja Pomocy Materjalnej, Poznań, Wały Leszczyńskiego 6, dom Medyków. Za Sekcję Pom. Materjalnej: (—) T. Kuźniewski. Za Zarząd: (—) R. Boesche.

Dziekanat Wydziału Lekarskiego U. P. i Zarząd Związku Lekarzy Z .P. gorąco popierają akcję studentów medycyny.

Z kraju.

Składanie zeznań o dochodzie. Ogłoszono rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 24 stycznia w sprawie przesunięcia na rok podatkowy 1929 terminu do składania zeznań o dochdzie z art. 50 ustawy o państwowym podatku dochodowym. Termin do składania przez osoby fizyczne i spadki wakujące (nieobjęte) zeznań o dochdzie, wyznaczony w art. 50 ustawy o państwowym podatku dochodowym (Dz. U. R. P. z r. 1925 Nr. 58, poz. 411) przesuwa się na rok podatkowy 1929 z dnia 1 marca na dzień 1 maja 1929 r.

Ze świata.

V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania (New Education Fellowship) odbędzie się w dniach od 8—12 sierpnia 1929 r. w Helsingör (Danja). Ostatnie obrady tego rodzaju, które zgromadziły około 1200 wychowawców, toczyły się w Locarno przed dwoma laty. Na konferencji będzie przemawiał szereg znakomitości wychowawczych całego świata, między innymi: Miss Helen Parkhurst (Stany Zj.), dr. O. Decroly (Uniw. Brukselski), dr. Adolphe Ferrière i inni. Poza wykładami będą prowadzone dyskusje i kursy pod kierownictwem znanych wychowawców. Między innemi będą omawiane następujące tematy: „Psychologja nowego wychowania", „Technika nauczania", „Badania nad rozkładem zajęć", „Metoda Delcroly'ego", „System daltoński", „Dziecko a religja", „Nowoczesne szkoły podczas pracy", „Wychowanie rodzicielskie i dziecko w domu". Komitet, chcąc uprzyjemnić uczestnikom pobyt, będzie urządzał liczne wycieczki w piękne okolicy, otaczające miejscowość Helsingör. Do Komitetu organizacyjnego należy z Polaków p. Radlińska, (Warszawa, Śniadeckich Nr. 8).

Zmarli.

Dr. Władysław Jarecki, dyrektor Instytutu głuchoniemych i ociemniałych w Warszawie, członek Zarządu Głównego Związku Lekarzy R. P., prezes Towarzystwa głuchoniemych i ociemniałych, członek Zarządu Towarzystwa „Latarnia" i Zjednoczenia pracowników niewidomych, oraz prezes Koła Szkolnego przy Instytucie głuchoniemych. Wielce zasłużony, pożyteczny i energiczny pracownik na każdem polu działalności, cieszył się uznaniem i poważaniem podwładnych i kolegów, oraz czułością działwy. Zmarł w Warszawie dnia 1 marca b. r.w wieku lat 50.

Dr. Wincenty Bogucki. Dnia 24 stycznia b. r. zmarł w 57 roku życia Dr. medycyny Wincenty Bogucki, wiceprezydent m. st. Warszawy, b. naczelnik Wydziału zdrowia publicznego Magistratu, b. prezydent m. Odesy, b. wiceminister spraw wewnętrznych w gabinecie Kiereńskiego w Piotrogrodzie; do resortu tego wiceministra należały departament medycyny i weterynarji. Cześć Ich pamięci!

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonym w numerze 9-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronie 171 spisie wykładów, jakie się odbyły na Pierwszym Kursie Instrukcyjnym dla działaczy i pracowników komisyj i zarządów uzdrowiskowych, w wierszu 15 od dołu zamiast S. Weil ma być Ignacy Dębicki.

W ogłoszonej w nr. 8-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. pracy A. Landaua i J. Glassa p. t. „Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy. Doniesienie I." — zaszły następujące omyłki druku:

1) Na str. 137, szpalta pierwsza, wiersz 7 od dołu — zamiast „zaciśniętych" winno być „zaciśnięcia".

2) Na tejże stronicy, szpalta druga, wiersz 26-y od dołu, po słowie „wreszcie" wypuszczono nazwisko „Udaondo".

3) Na str. 139, szpalta druga, wiersz 30-y od góry, zamiast „hipotemji" winno być „hipotensji".

4) Na tejże szpalcie, wiersz 13-y od dołu, zamiast „Ferrarini", winno być „Ferranini".

5) Na tejże szpalcie, wiersz 2-gi od dołu, po słowach „wyczerpywanie się" opuszczono słowa „i męczenie się tych chorych".

6) Na str. 140, szpalta pierwsza, wiersz 8-y od góry, opuszczono słowa „tyczącemi się".

7) Na tejże szpalcie, wiersz 23-y od góry, zamiast słowa „współczulnego" — winno być „roślinnego".

8) Na tejże szpalcie, wiersz 32-y od dołu, po słowie „tak" opuszczono słowo „jak".

9) Na tejże szpalcie, wiersz 8-y od dołu, zamiast „Bierach", winno być „Pierach".

10) Na str. 140, szpalta druga, wiersz 30-y od góry, zamiast „naczynio - odruchowe" winno być „naczynio - ruchowe".

W numerze 7-mym Polskiej Gazety Lekarskiej z roku bieżącego na przedniej stronie okładki w spisie rzeczy numeru ma być w wierszu 5-ym tekstu tak polskiego jak i francuskiego poprawione nazwisko autora pracy na Liebesmann.

Redakcja otrzymała:

St. Sterling-Okuniewski: „Sur l'importance que présente la découverte du virus tuberculex filtrant pour la phtisiologie". Odb. z „Lyon médical" nr. 48 i 49 z r. 1928.

St. Sterling-Okuniewski i M. Rosnowski: „Przyczynek do epidemjologji i kliniki włośnicy. Spostrzeżenia z ostatniej epidemji". Odb. z „Lekarza wojskowego" nr. 4. tom XII, r. 1928.

Dr. P. Slonimski: „Les thrombocytes contiennes-ils de l'hémoglobine". Extrait des Comptes Rendus de l'Association des Anatomistes. Prague (2 — 4 avril 1928).

P. Słonimski: XXIII Zjazd „l'Association des Anatomistes" w Pradze. Odb. z Warsz. Czas. lek. z dnia 10 maja 1928.

P. Słonimski: „O architektonice kory mózgowej". Odb. z Wszechświata. nr. 10. 1928 r.

Okólniki i pisma okólne Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie za 1927 r. Biblioteki Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. Tom XV. Kraków 1928.

J. Zaremba: „Technika zakładania opatrunków gipsowych". Bibjloteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Tom XVI, Kraków 1929.

Sprawozdanie Zarządu Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie za 1927 rok. Kraków 1928. Nakład własny.

Babomeix, Benda, Léon Binet, F. Bordet, Casteux, Courcoux, Descomps, H. Durand, Lemierre, Lian, Mignot, Pruvost, Ribadeau Dumas, Rousseau, Sergent, Clément Simon, Turpin: „Questions cliniques d'actualite". Leçons professées a la Charité Service du Professeur Sergent. Masson et Cie Paris. 1929.

Jules Janet: „Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme". Masson et Cie — Paris 1929.

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1929, nakładem Księgarni Nowości we Lwowie 1929.

Karol Jonscher: „Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych". Wydawnictwo: Medycyna w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Zeszyt VIII, Warszawa 1928 r.

Kalendarz przeciwgruźliczy na rok 1929, wydany nakładem Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie.

Nr. 13. 31. marca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

(Ciąg dalszy).

V. Grupa badań.

Fujiwara wprowadza przy otrzymywaniu surowic precypitacyjnych dwie zasady: 1. wywoływacz ścięty przez gotowanie i 2. częste i wielokrotne jego podawanie śródżylne w małych ilościach. Aby rozstrzygnąć, co stanowi istotną zaletę sposobu Fujiwary, rozdzieliliśmy obie powyższe zasady, chcąc w ten sposób się przekonać, czy i która z nich ma wpływ rozstrzygający, względnie, czy obie są ze sobą nierozerwalnie złączone.

Celem otrzymania odpowiedzi na powyższe pytania, wykonano szereg doświadczeń, w których czterokrotnie podawano śródżylnie surowicę ściętą w odstępach 7-dniowych, względnie surowicę normalną 10-krotnie co drugi dzień. Do doświadczeń użyto 12 królików, rozdzielając je na cztery serje.

Serja 1. Dla przekonania się, jaki wpływ na powstawanie precypityn wywiera ścinanie, wstrzyknięto czterokrotnie do żyły usznej trzem królikom ściętą surowicę ludzką, w odstępach 7 do 8 dni. Ilość materjału użytego wynosiła na każdego królika i wstrzyknięcie od 0.35 do 0.40 g ściętej surowicy, roztartej w 3—4 cm^3 roczczynu fizjologicznego soli kuchennej (1 cm^3 surowicy normalnej odpowiada 0.2 g surowicy ściętej sposobem Fujiwary). Ta serja doświadczeń przedstawiałaby więc połączenie sposobu Uhlenhutha ze sposobem Fujiwary.

Serja 2. Innym trzem królikom wstrzyknięto 4-krotnie w tych samych odstępach czasu ściętą surowicę, lecz tylko w ilości 0.02 g każdorazowo. Ilość wywoływacza w 2 cm^3 0.85% roztczynu soli kuchennej jest więc bardzo drobna, bo do całego uodpornienia użyto tylko ilości surowicy, równej 0.4 cm^3 surowicy normalnej.

Serja 3. Należącym do tej grupy królikom wstrzyknięto 10-krotnie co drugi dzień surowicę normalną. Uodpornienie to miało na celu stwierdzenie, czy sam sposób wstrzyknięć licznych i częstych ma wpływ na zwiększenie się wartościowości surowic. Do wstrzyknięć brano każdorazowo po 2 cm^3 normalnej surowicy ludzkiej.

Serja 4, także złożona z trzech królików, miała dać odpowiedź na pytanie, czy małe ilości precypitynogenu, podanego często nie są tą istotną dodatnią stroną sposobu Fujiwary. W tym celu wstrzykiwano królikom tej serji tylko po 0.1 cm^3 surowicy normalnej. Ponieważ dokładne wstrzyknięcie $^1/_{10}$ cm^3 płynu nie jest łatwe, rozcieńczano surowicę bezpośrednio przed wstrzyknięciem 10-krotnie 0.85% NaCl.

Wszystkie 12 królików zaczęto uodporniać równocześnie: wszystkie trzymano w jednakowych warunkach i żywiono jednakowo. Wstrzyknięć dokonywano do brzeżnej żyły usznej w ilościach wyżej podanych; u wszystkich królików 8-go dnia po ostatniem wstrzyknięciu, po 24-godzinnym poście, wykonywano próbne upusty krwi, a surowice zmianowano według Uhlenhutha.

Wyniki mianowania i protokół doświadczeń przedstawia tablica II. Już rzut oka na powyższą tablicę poucza, że króliki należące do serji 1-ej dały surowice stosunkowo słabe. Pierwsze dwa (Nr. 131 i 132) wytwarzały odpowiednie precypityny. Królik trzeci (Nr. 133) wogóle nie wytworzył precypityn. Surowice królików Nr. 131 i 132 nie precypitowały w rozcieńczeniu 1 : 10 i 1 : 100. Zahamowania u królika Nr. 133 nie zauważono. Objawów chorobowych zwierzęta nie okazywały prawie żadnych; jedynie tylko po 3 i 4-em wstrzyknięciu dostawały króliki lekkiego wstrząsu nadwrażliwościowego, nigdy jednak groźnego, jak to często się zdarza przy śródżylnem wprowadzaniu tych samych ilości surowicy normalnej. Można to tem tłumaczyć, że białko ścięte nie może odrazu wejść w reakcję z odnośnemi przeciwciałami, a drobne ilości wywoływacza wolno rozkładanego wystarczają dla stopniowego zobojętnienia przeciwciał nadwrażliwościowych. Pierścienie, występujące przy mianowaniu tych surowic są zupełnie podobne, jak przy użyciu surowic, otrzymanych sposobem Fujiwary t. zn. są delikatne i wolno występują. Nadto spotykamy się tu również z opisanem przy sposobie Fujiwary zjawiskiem hamowania w rozcieńczeniu 1 : 10 i 1 : 100.

Lepsze nieco wyniki otrzymano w serji drugiej, tj. przy stosowaniu drobnej ilości wywoływacza. Działanie toksyczne, o ile było, to tylko nieznaczne. Nawet najlżejszych wstrząsów nadwrażliwościowych nie było, co stoi w związku z małemi dawkami wywoływacza. Do uodornienia bowiem wystarcza ilość równa 0.4 cm^3 surowicy normalnej a więc 20 razy mniej, niż w sposobie Uhlenhutha. Wszystkie trzy surowice (134, 135, 136) dały wyniki dobre. Dwie doszły do miana 1 : 30.000, coprawda aż po godzinie, jedna do 1 : 20.000 po 20 minutach. Zahamowania w rozcieńczeniu 1 : 10 silne, w 1 : 100 słabsze. Pierścienie i czas występowania właściwy dla ściętego wywoływacza.

Serja trzecia przypomina pierwszą. Tam, jak i tu, przy dużych ilościach precypitynogenu stosunkowo niskie miana surowic. Króliki nie okazywały poważniejszych objawów nadwrażliwości, lecz schudły, siedziały osowiałe, jednem słowem źle znosiły wielkie ilości obcej surowicy. Suma wywoływacza, zastrzyknięta jednemu królikowi, wynosiła 20 cm^3, a więc aż 50 razy więcej niż w poprzedniej grupie, a 20 razy więcej niż w oryginalnym sposobie Fujiwary. Obraz odczynu typowy dla surowic otrzymanych przy użyciu normalnego wywoływacza. W rozcieńczeniach 1 : 10 silne straty, tem silniejsze im większe zgęszczenie surowicy homologicznej, więc brak zahamowania. Miano niższe niż w serji drugiej i czwartej.

Trzy króliki (Nr. 138, 139 i 140) z serji czwartej, uodporniane często i małemi dawkami surowicy normalnej dały wyniki najlepsze. Miana ich przechodziły 1 : 30.000. Nadto sposób uodporniania tych królików przewyższa sposób Fujiwary także i z tego względu, że pierścienie występują wszędzie natychmiast i wyraźnie, tem silniej im większe zgęszczenie wywoływacza, jednak nie tak silnie jak przy sposobie Uhlenhutha. Zahamowania, charakterystycznego dla precypityn otrzymanych ściętą surowicą nie było zupełnie, a także nie zauważono żadnych objawów nadwrażliwościowych u zwierząt tej serji.

Chcąc jednak sprawdzić, czy zachęcające wyniki, jakie otrzymano w serji czwartej przy uodpornieniu częstem i małemi dawkami wywoływacza, nie są tylko zbiegiem okoliczności, uodporniono tym sposobem większą ilość królików a mianowicie 13 (serja 5 na tablicy II). U wszystkich królików wykonano po 10 wstrzyknięć śródżylnych, podając każdorazowo po 0.1 cm^3 surowicy normalnej, rozcieńczonej bezpośrednio przed wszystrzyknięciem 0.9 cm^3 0.85% NaCl. Prawie wszystkie zwierzęta były podczas uodporniania zupełnie zdrowe. Dopiero począwszy od 5-go lub 6-go wstrzyknięcia dostawały niektóre z nich bardzo lekkich wstrząsów nadwrażliwościowych. W tydzień po ostatniem wstrzyknięciu (w wypadku Nr. 141 po 11 dniach) brano próbki krwi z ucha i mianowano według Uhlenhutha. Wyniki (tablica II) zgadzają się z wynikami w doświadczeniu wstępnem na trzech królikach (Nr. 138, 139 i 140 na tablicy II). Wszystkie surowice z wyjątkiem dwu (Nr. 159 i 170) posiadały miano wystarczające, aby je użyć do celów praktycznych, a sześć osiągnęło nawet miano 1 : 40.000 w czasie, wymaganym przez Uhlenhutha. Podobnie silne surowice przy stosowaniu innych, dotąd przez nas opisanych metod należały do rzadkości.

Te pomyślne wyniki przy częstem podawaniu małych ilości precypitynogenu miałyby odpowiednik w technice otrzymywania surowic aglutynacyjnych (Pinner), w której drobne ilości bakteryj zupełnie wystarczają do pobudzenia wytwarzania przeciwciał, prawdopodobnie dlatego, iż tak drobne ilości żywych, nawet bardzo zjadliwych bakteryj nie szkodzą organizmowi. Ogólnie zaś znanem jest, że wszelkie wprowadzenie do ustroju drogą pozajelitową białka obcogatunkowego wywiera nań szkodliwy wpływ i to tem silniejszy, im białka jest więcej, tudzież im więcej ono toksyczne. Już ta okoliczność, że zwierzęta uodporniane bardzo drobnemi dawkami nie chorują, tłumaczy, iż mogą one lepiej wytwarzać wysokowartościowe przeciwciała. W związku z tem należy wspomnieć o doświadczeniach poczynionych w ostat-

TABLICA II

L. p. królika	Waga królika	Płeć	Ilość injekcyj	Odstęp czasu między injekcjami	Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu	Ilość, jakość i sposób podania antygenu	Mianowanie — Rozcieńczenia homologicznego antygenu: 1:10	1:100	1:1.000	1:5.000	1:10.000	1:20.000	1:30.000	Badanie swoistości	Rodzaj precypityny
131	2400	♀	4	7 - 8 dni	8 dni	Injekcja śródżylna skoagul. surow. ludzk. w ilości 0·35 gr każdorazowo	+ zah. część	+ zah.	+ 5'	+ 5'	+ 5'	+ 5—7'	+ 30'	S. 1:100	ludzka
132	2190	♀	4	"	"		+ zah. część	+ zah.	+ 5'	+ 5'	+ 10'	—	—	K. ślad	"
133	2450	♀	4	"	"		+ po 30—50	+ min. ślady	+	—	—	—	—	S. ślad	"
134	2550	♀	4	"	"	Injekcja śródżylna skoagul. surow. ludzk. w ilości 0·02 gr każdorazowo	+ zah.	+ część	+ 5'	+ 5'	+ 10'	+ 10—20'	+ ? 1 h	swoista	"
135	2100	♀	4	"	"		+ zah. część	+	+	+ 5'	+ 5'	+ 20'	—	"	"
136	1300	♀	4	"	"		+ zah.	+	+	+ 5'	+ 8'	+ 10—20'	+ 1 h	S. 1:100	"
129	2150	—	10	co drugi względnie trzeci dzień	"	Inj. śródżylna norm. surowicy ludzka 0·2 cm³ każdorazowo	+ natychmiast	+	+ 1—2'	+ 5'	+ 10'	—	—	swoista	"
130	1650	♂	10		"		+ natychmiast	+	+	+	+	+ 15'	—	B. 1:1000 S. 1:1000	"
137	1600	♂	10	"	"		+ natychmiast	+	+	+ 30—40'	—	—	—	B. 1:10	"
138	1670	♂	10	"	"	Inj. śródżylna norm. sur. ludzk. w ilości 0·1 cm³ każdorazowo	+ natychmiast	+	+ 5'	+ 5'	+ 5'	+ 5'	+ 20'	B. 1:100 S. 1:100	"
139	1700	♀	10	"	"		+ natychmiast	+	+	+ 5'	+ 5'	+ 15'	+ 15'	S. 1:1000	"
140	—	♂	10	"	"		+ natychmiast	+	+	+ 5'	+ 5'	+ 5—10'	+ 5—10'	S. 1:100	"
141	2700	♀	10	co drugi dzień	11 dni	Injekcje śródżylne po 0·1 cm³ surowicy normalnej rozcieńczonej 1:10 w 0.85% NaCl.	+ natychmiast	+	+ 5'	+ 5'	+ 5'	+ 10—15'	1:40.000 15'	swoista	"
159	2550	♂	10	"	7 dni		—	—	—	—	—	—	—		końska
160	1920	♀	10	"			+ 3 - 5'	+	+ 5'	+ 10'	—	—	—	"	"
161	1870	♂	10	"	"		+ 2—3'	+	+ 5'	+ 10'	+ 20'	—	—	"	"
162	1700	♂	10	"	"		+ 2 3'	+	+ 5'	+ 5'	+ 10'	—	—	"	"
165	2350	♀	10	"	"		+ natychmiast	+	+	+	+ 3'	+ 5'	+ 8'	Br. 1:1000	bydlęca
166	1970	♂	10	"	"		+ 3—4'	+	+	+	+ 20'	—	—	"	"
167	2150	♂	10	"	"		+ natychmiast	+	+	+	+ 3—4'	+ 15'	+ 20'	"	"
168	2050	♂	10	"	"		+ 2'	+	+	+	+ 15'	—	—	"	"
169	2000	♂	10	"	"		+ natychmiast	+	+	+	+ 3—4'	+ 5—8'	+ 5—8'	"	"
170	1820	♀	10	"	"		+ wolno i opalizuje	+	+	?	?	—	—	"	"
143	3000	♂	10	"	"		+	+	+	+	+	+ 3—5'	1:40.000 20'	swoista	ludzka
144	2700	♀	10	"	"		+	+	+	+	+ 2'	+ 10'	1:40.000 15'	"	"

UWAGA: Duża litera B. oznacza: bydlęcą, Br. — baranią, S. — świńską surowicę.

nich czasach, iż przeciwciała wytwarzają się nawet wówczas, gdy po wstrzyknięciu śródskórnem wywoływacza wytniemy szybko kawałek skóry w miejscu wstrzyknięcia, a więc zanim jeszcze wywoływacz ów przejdzie w dostrzegalnej ilości do obiegu krwi.

Odnośnie do swoistości wyżej wymienionych surowic, to badania w tym kierunku przeprowadzone (jednak nie uwidocznione na tablicy) wykazują, że wyniki są mniej zadawalniające. Jak przy innych sposobach uodporniania, tak i tu istnieje dość znaczny odsetek surowic precypitacyjnych, które w zgęszczonych rozcieńczeniach obcogatunkowego białka dają także wyniki dodatnie, przyczem precypityna ludzka okazuje się najmniej swoista wobec białka świńskiego.

Z wyników badań tej grupy widzimy, że potwierdzają one wyniki F u j i w a r y, i dają także odpowiedź na pytanie, co jest korzystne w metodzie F u j i w a r y, czy sposób podania wywoływacza co do czasu i ilości, czy jego ścięcie przez gotowanie? Wynika z nich, że drobne ilości antygenu wprowadzone śródżylnie również w stanie normalnym, nieściętym wystarczają w zupełności do wytworzenia precypityn o wysokiej wartościowości. Przeciwnie podanie wielkich ilości wywoływacza nie wydaje się być celowe, a może nawet jest szkodliwe, ponieważ zwierzę, oddziaływując na to chorobowo nie wytwarza dostatecznie silnych przeciwciał. Odczyny, dokonywane przy użyciu w ten sposób otrzymanych precypityn odznaczają się tem, że pierścienie występują szybko i wyraźnie, nie są one jednak nigdy tak gęste, a ilość precypitatu nie dorównuje nigdy strątom jak przy uodpornianiu dużemi dawkami wywoływacza. Nadto miano tych surowic precypitacyjnych opadało dość znacznie i szybko, jak się to okazało później na podstawie przeprowadzenia kilku powtórnych mianowań tych surowic. Celem uchylenia tych błędów i uzyskania lepszych wyników przystąpiliśmy do dalszych badań.

VI. Grupa badań

składa się z dwu seryj. W obu tych serjach połączono sposób częstych a małą ilością wywoływacza wykonywanych wstrzykiwań z powtórnem uodparnianiem R a y s k y'e g o i R o č e k a, nieco go tylko zmieniając. W pierwszej serji wprowadzono dwa okresy uodpornienia, przegrodzone trzema mniej więcej miesiącami przerwy. W drugiej serji wstrzykiwano wywoływacz w trzech okresach, przegrodzonych dwoma przerwami, wynoszącemi również około trzech miesięcy. Po każdem uodpornianiu badano wartościowość surowic, aby się przekonać, czy wogóle i jak silnie wzmaga się miano przy powtórnem uodpornianiu.

U pierwszych ośmiu królików (Nr. 142, 145, 146, 153, 154, 155, 156 i 171 na tablicy III) wykonano 7—10 wstrzyknięć, podając co drugi dzień każdorazowo po jednym cm^3 surowicy rozcieńczonej 10-krotnie w 0.85% NaCl. W tydzień po ostatniem wstrzyknięciu (u królików Nr. 142 i 145 po 11 i po 10 dniach) brano próbki krwi i mianowano surowicę według U h l e n h u t h a. Wyniki, jak widać na tablicy III, są wcale dobre. Po przeszło 3-miesięcznej przerwie wykonano znowu w ten sam sposób 5—8 wstrzyknięć i w tydzień po ostatniem mianowano powtórnie surowice. Prawie wszystkie króliki wytworzyły silne precypityny, jeden nawet o mianie 1 : 160.000, zaś dwa z nich o mianie 1 : 80.000 po 5 minutach. U królika Nr. 171 po 11-dniowej przerwie wykonano tylko dwa wstrzyknięcia, a już podniosło się miano czterokrotnie.

Jak wspomniano, w serji drugiej wprowadzono dwie przerwy, a mianowicie między pierwszą a drugą serją wstrzykiwań przerwę około 3-miesięczną, zaś między drugą a trzecią przerwę czteromiesięczną (Nr. 152, 157 i 158 na tablicy III) lub 11-dniowa (Nr. 163 i 164). Po każdej serji wstrzyknięć, robionych stale w ten sam sposób, badano wartościowość surowic i pozostawiano zwierzęta do dalszych injekcyj. U trzech pierwszych królików (Nr. 152, 157 i 158) podnosiło się miano surowic prawie w dwójnasób za każdą serją wstrzyknięć, a w jednym wypadku otrzymano surowicę o mianie wyjątkowo silnem, bo 1 : 160.000, przyczem pierścień wystąpił w przeciągu 15 minut i chociaż był delikatny, jednak zupełnie wyraźnie dawał się zauważyć. Pozostałe dwa króliki (Nr. 162 i 164) należały do rodzaju tych zwierząt, które wogóle precypityn nie dają i pomimo trzechkrotnego uodporniania, surowica ich nie precypitowała nawet w najmniejszych rozcieńczeniach. W tej grupie doświadczeń, jak i w poprzednich, choć w mniejszym stopniu, dało się zauważyć ciekawe zjawisko, że precypityny, zyskane przez stosowanie małych ilości wywoływacza, nie dają w odczynie pomimo swego wysokiego miana tak silnych strątów, jak precypityny uzyskane ze zwierząt uodpornianych wielkiemi dawkami obcogatunkowego białka. Niestety z powodu braku aparatu N u t t a l a i I n c h l e y a nie można było stwierdzić ilościowych różnic, jakie zachodzą w precypitatach, powstałych przy użyciu surowic uzyskanych rozmaitemi sposobami. Różnice oceniano na oko, stwierdzając większe lub mniejsze zmętnienie. Celem zaś uniknięcia omyłki wskutek sugestji wybrano szereg surowic o jednakowych mianach, a pochodzących od zwierząt uodpornianych rozmaitemi sposobami i wykonano odczyny w jednej podstawce, oceniając stosunkowo dość dokładnie przez porównanie, gdzie i jak silny powstał strąt. Na podstawie tych badań przyszliśmy do przekonania, że surowice otrzymane przy użyciu małych ilości wywoływacza, podawanego często czyto w jednej, czyto w kilku serjach wstrzyknięć mają naogół miana znacznie wyższe, niż miana surowic uzyskiwanych wstrzykiwaniem wielkich dawek; atoli nasilenie pierścieni jest słabsze i ulega małym wahaniom w rozmaitych stężeniach homologicznego białka. Naodwrót, posługując się dawnemi sposobami np. U h l e n h u t h a, otrzymywaliśmy surowice wprawdzie może nie tak wysokowartościowe, lecz dające bardzo wyraźne i szybko występujące strąty w niewielkich rozcieńczeniach wywoływacza (1 : 100 i 1 : 1000), w dalszych rozcieńczeniach pierścienie są coraz delikatniejsze, aż wreszcie w rozcieńczeniach zbliżających się do miana surowicy są już ledwie dostrzegalne.

Fakt, że przy użyciu tego samego wywoływacza otrzymujemy w precypitynach uzyskiwanych różnorakiemi sposobami rozmaite strąty, daje pewien wgląd w sprawę powstawania surowic precypitacyjnych. Jeżeli mianowicie uodporniamy króliki małemi dawkami wywoływacza, otrzymujemy surowice o wysokiem mianie, lecz dające słabe strąty. Surowice te zatem są dobre pod względem ilościowym, lecz gorsze pod względem jakościowym. Natomiast uodparniając dużemi dawkami wywoływacza otrzymujemy surowice dobre pod względem jakościowym, lecz rozmaite pod względem ilościowym (wyraźnie i szybko występujące strąty przy rozmaicie wysokiem mianie surowic). Wynikałoby więc z tego, że między ilością a jakością precypityn w surowicy uodpornionych królików nie musi istnieć stały stosunek, lecz mogą się one wahać w zależności od sposobu uodparniania lub innych czynników.

W związku z tem byłaby sprawa obniżania się z czasem pierwotnego miana surowic precypitacyjnych. Jak wiadomo, największy spadek miana surowic precypitacyjnych przypada w niedługi czas po pobraniu ich od zwierzęcia. Po tym szybkim spadku miana dają się nieraz przechowywać surowice precypitacyjne całemi miesiącami, a nawet latami, bez znacznych ubytków wartościowości. Jeżeli więc posiadamy surowicę precypitacyjną, która oddziaływa nawet w bardzo wielkich rozcieńczeniach wolno występującym i słabym strątem czyli posiadamy surowicę wybitnie ilościową, to możnaby przypuścić, że surowica ta w jednostce objętości posiada mało nagromadzonych, niejako zakumulowanych precypityn, daje wskutek tego wiotsze strąty, prędzej się wyczerpują i po krótszym czasie opada jej miano tak, iż może się stać małowartościową do tego stopnia, że będzie już nieprzydatną do użycia w praktyce. Natomiast im więcej w pewnej objętości surowicy precypitacyjnej jest nagromadzonych, niejako zakumulowanych przeciwciał, tem dłużej da się owa surowica przechowywać bez znacznego obniżenia jej wartościowości Z tego można wysnuć wniosek, że jeżeli chcemy uzyskać surowicę, dającą się długo bez zmian przechowywać, to trzeba uodporniać zwierzęta wielkiemi dawkami wywoływacza. Należy więc nietylko pobudzić ustrój do tworzenia precypityn, ale zmusić go do wytworzenia ich w wielkiej ilości.

Opierając się na wyżej opisanych doświadczeniach, przekonaliśmy się, że ilość wywoływacza użytego do wstrzykiwań stoi w prostym stosunku do ilości strątu, powstającego przy odczynie precypitacji, lecz oczywiście do pewnych tylko granic. Jeżeli bowiem dawki wywoływacza są za duże, to zatruwają uodporniany organizm i wyniszczając go, zmniejszają jego zdolność wytwarzania przeciwciał. Większość dawniejszych, powszechnie używanych sposobów otrzymywania precypityn posługiwała się przy uodpornianiu znacznemi ilościami obcogatunkowego białka. F u j i w a r a wprowadził nowy kierunek, wykazując, że można otrzymać wysokowartościowe surowice, jeżeli się użyje do wstrzykiwań małych ilości wywoływacza. Posługując się dawnemi sposobami otrzymywaliśmy precypityny wprawdzie rzadko oddziaływujące wybitnie pod względem ilościowym, lecz dające znakomite wyniki co do jakości precypitatu. Natomiast przy użyciu małych ilości precypitynogenu do uodporniania królików surowice precypitacyjne działają wybitnie ilościowo, lecz pierścienie pod względem jakościowym są mniej silne i wyraźne.

Mając na uwadze powyższe wyniki badań naszych, że od ilości wywoływacza i sposobu uodporniania królików jest zależną wła-

L. p. królika	Płeć	Waga królika	Uodporniony razy	Uodpornienie I: Ilość injekcyj	Uodpornienie I: Sposób wykonania injekcyj	Uodpornienie I: Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu	Przerwa między uodpornieniem I a II	Uodpornienie II: Ilość injekcyj	Uodpornienie II: Sposób wykonania injekcyj	Uodpornienie II: Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu
142	♀	2520	2	10	Injekcje śródżylne wykonywane co drugi dzień ilością 0·1 cm³ surowiey normalnej w rozcieńczeniu 1·10 0.85% NaCl.	10 dni	110 dni	5	Injekcje wykonywane co drugi dzień ilością 0·1 cm³ surowicy norm. z dodatkiem 0·9 cm³ 0·85 NaCl celem uzyskania rozcieńczenia surowicy 1:10	7 dni
145	♂	2700	2	10		11 „	„ „	5		7 „
146	♂	1970	2	10		11 „	„ „	5		7 „
153	♀	2500	2	7		7 „	105 „	8		7 „
154	♂	2400	2	7		7 „	„ „	8		7 „
155	♂	2450	2	7		7 „	„ „	8		7 „
156	♂	2350	2	7		7 „	„ „	8		7 „
171	♂	1870	2	7		10 „	11 „	2		8 „
152	♀	2900	3	9		7 „	105 „	5		10 „
157	♂	2200	3	7		7 „	„ „	8		7 „
158	♀	2300	3	7		7 „	„ „	8		7 „
163	♀	2230	3	10		7 „	89 „	7		10 „
164	♀	2700	3	10		7 „	„ „	7		10 „
172	♀	3150	2	9			7 „	3	Injekcje dootrzewnowe po 4 cm³ sur. normaln. każdorazowo	6 „
173	♀	3000	2	9			7 „	3		6 „
174	♀	3650	2	9			7 „	3		6 „
175	♀	2650	2	9			7 „	3		6 „
176	♂	2850	2	9			7 „	3		6 „

TABLICA III

Mianowanie po pierwszem uodpornieniu	Mianowanie po drugiem uodpornieniu	Badanie swoistości	Rodzaj precypityny
1:20.000 do 5'	1:160.000 do 20'	z surowicą końską i świńską + 1:1000	ludzka
1:20.000 po 10'	1:80.000 po 5'	swoista	"
1:10.000 po 10'	1:80.000 po 5'	"	"
1:20.000 po 8'	1:40.000 po 5'	"	świńska
1:1.000 po 5'	1:1.000 po 5'	z surowicą bydlęcą + 1:100	"
1:20.000 po 5'	1:40.000 po 8'	swoista	"
1:40.000 po 10'	1:40.000 po 5'	z surowicą ludzką + 1:10	"
1.10.000 po 15'	1:40.000 po 8'	—	końska
—	1:10.000 po 15'	—	"
1:20.000 po 5'	1:40.000 po 8'	z surowicami: ludzką, końską i bydlęcą + 1:1000	świńska
1:20.000 po 10'	1:40.000 po 5'	z surowicami: ludzką, końską i bydlęcą + 1:1000	"
Mimo trzechkrotnego uodpornienia (ostatnie w tablicy nieuwzględnione) nie posiada miana nawet 1:10			końska
			"
	1:40.000 po 10'	swoista	"
	1:60.000 po 15'	z surowicą ludzką, bydlęcą 1:10	"
	1 20.000	z surowicą ludzką 1:100+ z surowicą świni 1:1.00+	"
	1:60.000 po 10'	z surowicą ludzką, bydlęcą i świni 1:10+	"
	1:10.000 po 10'	swoista	"

177	♂	2400	2	8	Injekcje śródżylne wykonywane co drugi dzień ilością 0·1 cm³ surowicy normalnej w rozcieńczeniu 1:10 0·85% NaCl		22 dni	1	0·2 cm³ + 2 cm³ surowicy normalnej śródżylnie	7 dni		1 80.000 po 20'	sur. świńska 1 100	ludzka
178	♂	2500	2	8			22 „	1		7 „	Padł przed mianowaniem			
179	♂	2000	2	8			22 „	1		7 „		1:20.000 po 15'		„
180	♂	2550	2	8			22 „	1		7 „		1:40 000 po 10'	z sur. końską 1:100	„
199	♀	3100 3300	2	9		8 dni	24 „	2	Celem uniknięcia śmiertelnego shoku anafilaktycznego podano najpierw 0·15 cm³ surowicy rozcieńcz. do obj. 1 cm³ 0·85% NaCl a w godz. potem podano zależnie od wagi zwierz. 2—3 cm³ sur. norm. W 24 godz. podano powtórnie wielką dawkę	7 „	1:10.000 do 15'	1:20.000 po 20'	z sur. końską 1:100 z sur. świni 1:10	„
200	♀	3100 2550	2	9		8 „	24 „	2		7 „	1:100 po 5'	1.10.000 po 20'	z sur. świni 1:10	„
201	♀	3200 3200	2	9		8 „	24 „	2		7 „	1:10.000 po 10'	1:10.000 po 2'	z sur. końską 1:1.000 z sur. świni 1:100	„
202	♂	2350 2500	2	9		8 „	24 „	2		7 „	1.1.000 po 20'	1:1.000 po 2'	nie badano	„
203	♀	2350	1	9		8 „	24 „	2		7 „	1:1.000 po 15'	padł przed uodpornieniem powtórnem		
204	♀	2450 2650	2	9		8 „	24 „	2		7 „	1:100 po 5'	1:1.000 po 2'	nie badano	„
205	♀	1950 2300	2	9		8 „	24 „	2		7 „	1:1.000 po 10'	1:10.000 po 15'	nie badano	„
206	♀	1950 2200	2	9		8 „	24 „	2		7 „	1:10.000 po 5'	1:20.000 po 5'	sur. końska 1:100 sur świńska 1:100	„
207	♂	2600	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:20.000 po 10'	1:40.000 po 10'	z sur. bydl. i ludzką 1:1.000 z sur. świni 1:1.000	końska
208	♂	2600	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:10.000 po 5'	1:20.000 po 8'	z sur. bydlęcą, ludzką i świni 1:1.000	„
209	♀	3300	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:1.000 po 5'	padł wśród powtórnego uodporniania		
210	♂	2000 2100	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:1.000 po 3'	1:1.000 po 5'	swoista	„
211	♂	2000 2200	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:1.000 po 4'	1:20.000 po 20'	z sur. bydlęcą z sur. świni i ludzką 1:100	„
212	♂	2550 2250	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:10.000 po 10'	1:40.000 po 20'	z sur. bydlęcą, świńską i ludzką 1:10	„
213	♂	2600 2600	2	10		7 „	33 „	2		7 „	1:10.000 po 10'	1;20.000 po 10'	z sur. bydlęcą 1:10 z sur. świni i ludzką 1:100	„

UWAGA: Króliki Nr. 152, 157 i 158 zostały po upływie 130 dni uodpornione po raz 3-ci w podobny sposób jak poprzednio. Miana ich podniosły się dość znacznie, a mianowicie po trzeciem uodpornieniu królik Nr. 152 posiadał miano 1:20.000, Nr. 157 posiadał miano 1:80.000 i Nr. 158 posiadał miano 1:160.000.

ściwość precypityn wytwarzania silnych lub słabych strątów, tudzież czułość odczynu, spróbowaliśmy w następnej grupie badań przez połączenie sposobów uodporniania wielkiemi ilościami obcogatunkowej surowicy ze sposobami małych a często powtarzanych dawek wytworzyć surowice, posiadające zespolone właściwości obu tych metod.

C. d. n.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

(Ciąg dalszy).

L e c z e n i e. Widzieliśmy jak różnorodnie przedstawia się problem etjologji dusznicy oskrzelowej, nic więc dziwnego, że i leczenie musi tu być bardzo różnorodne, traktowane indywidualnie, przystosowane do wyników obserwacji i przeprowadzanych badań klinicznych.

1. Przedewszystkiem należy chorego usunąć z pod wpływów czynników szkodliwych, tych, które w danym przypadku odgrywają wybitną rolę w etjologji i jak zazwyczaj wywołują zaraz napad, a mianowicie:

a) należy usunąć chorego z pod wpływu swoistych allergenów,

b) zwrócić uwagę także na wpływ nieswoistych bodźców, jak bodźce fizykalne, psychiczne, reflektoryczne i t. p., oraz na bodźce względnie działające n. p. uczulenie względne.

2. Leczenie swoiste odczulające.

3. Leczenie bodźcami nieswoistemi („skeptofilaktyczne"):

a) proteinoterapja, b) szczepionki nieswoiste z drobnoustrojów wyhodowanych z plwociny,szczepionki Danysza, tyfusowe, c) zastrzyki tuberkuliny, d) pepton w injekcjach lub doustnie, injekcje zawiesiny siarki, krzemionki, metali kolloid.

Bodźcami fizykalnemi:

a) nagrzewaniami, b) promieniami X, c) lampą kwarcową, d) hydroterapją.

4. Gimnastyka oddechowa: a) Saengera, b) maska Kuhna.

5. Leczenie djetyczno-klimatyczne.

6. Leczenie farmakologiczne.

7. Psychoterapja.

8. Chirurgiczne.

9. Inkrety.

Ad 1. Po wyszukaniu swoistego wywoływacza musimy ten czynnik etjologiczny usunąć. Wiemy, że w pewnych wypadkach li tylko jedynie po usunięciu tego wywoływacza, tutaj w grę wchodzącego, odrazu ustępują napady. Niestety jednak przypadki tego rodzaju należą stosunkowo do rzadkości, gdyż zazwyczaj w grę wchodzą liczne czynniki wyżej szeroko omawiane, a nie tylko uczulenie. Kwestja usunięcia wywoływacza nie zawsze przedstawia się tak prosto. Ten swoisty wywoływacz może być substancją zasadniczą pożywienia, bez której chory obejść się nie może, może być tak związany z zawodem chorego (pył mączny u młynarzy, pewne leki u aptekarzy i t. p.) że chory musiałby zmieniać zawód, a to już może być dla niego absolutnie niemożliwem. Albo te allergeny mogą być wogóle tak rozsiane w powietrzu, że trudno się od nich odgrodzić. Tutaj musimy dążyć przynajmniej do czasowego usunięcia tych szkodliwości i przez ten czas przeprowadzić leczenie odczulające, swoiste lub nieswoiste. Bez tego usunięcia leczenie odczulające przeprowadzić się nie da.

Z problemem usuwania wywoływacza z otoczenia chorego łączy się ściśle kwestja t. zw. „przeciwmiazmiatycznych komór" S t o r m a v. L e e n w e n. Opis tych urządzeń znajduje się w monografji i w innych publikacjach tegoż autora. Zaznaczyć trzeba, że urządzenia te poza Holandją nie rozpowszechniły się. Naogół wziąwszy potrzebę tych komór łatwo ominąć. W wypadkach działania allergenu B wystarczy zmiana mieszkania. Przy działaniu zaś allergenu A zmiana klimatu, zmiana miejscowości stałego pobytu efekt dać musi.

Przy uczuleniu alimentarnem możemy się posługiwać leczeniem typowo antyanafilaktycznem t. zn. w pół godz. przed spożyciem danego pokarmu podać dawkę subminimalną tej substancji w formie pigułki po 0,05. W ten sposób udawało się nieraz uzyskać zadawalniające w praktyce rezultaty.

Na koniec muszę zwrócić uwagę na t. zw. uczulenie względne które nieraz bardzo komplikuje leczenie i utrudnia obserwację. Jak wyżej wspominaliśmy występuje ono w chwilach pogorszenia się stanu chorego, dlatego też w czasie trwania stanu dychawiczego musimy baczną uwagę zwrócić na dietę i obserwować, czy pewne pokarmy nie pogarszają duszności. Dieta naogół wziąwszy musi być lekka stosunkowo mało białkowa, mało złożona, aby ewentualnie składniki jej łatwo można skontrolować próbami skórnemi. Musimy się też liczyć z patologicznym odruchem, który daje trawienie zwłaszcza białek w pewnych przypadkach.

Ma się rozumieć, że to wszystko cośmy powiedzieli o usuwaniu bodźców uczuleniowych stosuje się też i do nieswoistych bodźców, jak fizykalne, odruchowe i t. p., o których zresztą wiemy z badań D u k a, że i one mogą spełniać rolę bodźca swoistego wyłącznie jedynego. Musimy tutaj zwrócić przedewszystkiem uwagę, czy istnieją warunki do powstawania chorobotwórczych odruchów. U każdego chorego należy dokładnie zbadać przedewszystkiem nos, gardło, krtań i ewentualne nieprawidłowości usunąć. U kobiet zwracamy uwagę przedewszystkiem na organa płciowe, usuwając zmiany w położeniu macicy, gdyż wiemy że stąd bardzo często powstają chorobotwórcze odruchy wpływające na napady astmy. Dalej należy zwrócić uwagę na wszelkie zmiany czy to w woreczku żółciowym, czy to w przewodzie pokarmowym, które usuwać należy.

Unikanie bodźców fizykalnych jest nieco trudniejsze, bo jak np. możemy uniknąć wahań w ciśnieniu barometrycznem lub innych zmian klimatycznych? Tutaj ograniczyć się musimy do pozostawienia chorego w pokoju o stałej temperaturze niezbyt ciepłej, w pokoju suchym unikając zbytniej insolacji. Bardzo ważne jest zawsze wpływanie na stan psychiczny chorego drogą sugestji i utrzymywanie chorego w stanie ciągłej euforji, a więc usuwanie bodźców psychicznych, które mają tutaj doniosłe znaczenie. Są opisywane przypadki gdzie usunięcie chorego od ciężkich trosk życiowych sprowadzało zupełne wyleczenie, a wiemy, że nieomal w każdym przypadku czynniki psychiczne pewną rolę tu odgrywają.

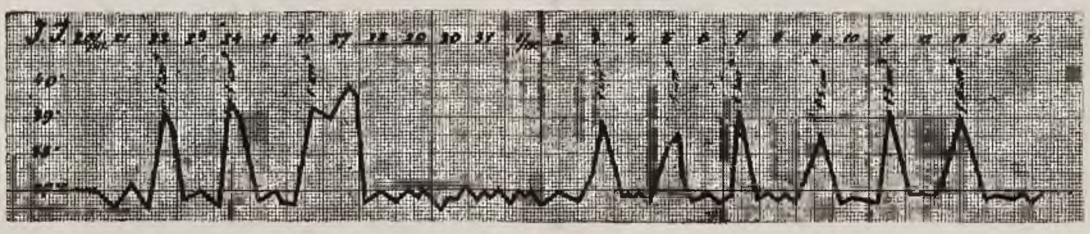
Samo usuwanie przyczyn bardzo często nie wystarcza i jest ono bardzo uciążliwe. Usuwanie poszczególnych momentów trwa nieraz zbyt długo, a chory cierpiący na ciągłe duszności domaga się ulgi zaraz. Często takie usuwanie przyczyn jest niemożliwe, zwłaszcza na czas dłuższy, a zresztą nawet tam, gdzie przyczyna jest pojedyńcza i gdzie usunąć ją można musimy pamiętać, że samo usunięcie bodźców kwestji nie rozwiązuje, gdyż pozostaje jeszcze owa zasadnicza dyspozycja. U chorego, który już raz się uczulił istnieje już obawa, że przy odpowiednich warunkach może znowu się uczulić na jakąś inną substancję. W praktyce przy pojedynczem uczuleniu ta dyspozycja nie jest tak silną, jednakowoż zazwyczaj mamy do czynienia z uczuleniem wielorakiem. W wielu wypadkach musimy chorego zabezpieczyć przed fatalnym wpływem powtórnego zetknięcia się ze szkodliwą substancją. Do tego celu służy leczenie odczulające swoiste, które zresztą ma także wpływ na samą dyspozycję. Początkowo starano się odczulać na każdą substancję z osobna. Obecnie wiemy, że wystarczy operować mieszaniną tych substancyj lub nawet tylko pojedynczą substancją Odczulanie jednym wywoływaczem powoduje drogą nieswoistych odczuleń odczulenie na inne antygeny, fakt, który stanowi przejście do leczenia nieswoistego. Tu muszę podnieść, że pojęcie leczenia swoistego nie należy przywiązywać tylko do leczenia odczulającego na wywoływacz. Odnosi się ono do zwalczania każdej swoistej przyczyny. Psychoterapja przy astmie na tle bodźców duchowych będzie również leczeniem swoistem. W praktyce jednak ograniczamy się tutaj do leczenia wywoływaczami.

Leczenie to przeprowadzamy przeważnie w ten sposób, że wyciąg substancji, która okazała się wywoływaczem wstrzykujemy w dawce homeopatycznej domięśniowo. Roztworów używamy takich samych jak do prób skórnych a więc w płynie którego skład podał C o c a, tylko tutaj używamy rozcieńczeń znacznie mniej stężonych mniej więcej 10—20 razy rozcieńczonych. Zaczynamy od dawki 0,1 cm podajemy co 2—3 dni każdą dawkę o 0,1 cm zwiększając. Co do ilości tych infekcji nie da się nic ścisłego powiedzieć gdyż wchodzą tu w grę warunki indywidualne. Niektórzy chorzy po pierwszej injekcji reagują gorączką natomiast po 3—4 injekcji już żadnej reakcji niema nawet mimo zwiększania dawek. Czasem reakcja utrzymuje się przez cały czas leczenia. Niekiedy wogóle żadnej reakcji niema na tak małe dawki. O ile dojdzie do dawki takiej, która już da nam objawy ogólnie niepożądane, jeżeli wywołuje napad dychawicy choćby tylko lekki, to wtedy dawkę następną należy obniżyć najczęściej do połowy, aby potem znowu bardzo oględnie postępować naprzód. Czasem

musimy wogóle na tej zmniejszonej dawce pozostać Należy się jednak tutaj liczyć z pewnemi warunkami indywidualnemi chwilowemi, które powodują, że chory taki tylko chwilowo był na wyższą dawkę nadczuły. Co do czasu jak długo takie leczenie ma być przeprowadzone, to kwestję tę trzeba brać bardzo indywidualnie. W każdym razie wobec tego, że operujemy dawkami tak małemi, nie możemy się spodziewać jakiegokolwiek wyniku przed upływem 2 — 3 miesięcy.

Co do wartości tego leczenia, to nie należy go zbytnio przeceniać. Naogół wziąwszy zawiodło ono nadzieję jakie w niem pokładano. Może właśnie dlatego, że jest ono zbyt jednostronne i że jesteśmy zmuszeni operować dawkami malemi. Niemniej jednak w wielu wypadkach ono pomaga i dlatego jest polecenia godne. Jednak przedewszystkiem tylko w tych wypadkach gdzie uczulenie rzeczywiście odgrywa dominującą rolę. Czasem leczenie to stosowane nawet przez rok cały nie dało wyniku. Przyczyna tego leży może w ciężkości schorzenia, gdzie nierównowaga wegetatywna jest tak silna, że nie jesteśmy w stanie wyjść poza dawki subminimalne, a temsamem nie możemy zbytnio wpłynąć na czynniki regulujące wyższe ośrodki. Czasem znowu inne czynniki fizykalne czy odruchowe mogą nam leczenie osłabiać. Musimy się też liczyć z tem, że w bardzo ciężkich przypadkach ta nierównowaga jest tak wielka, funkcja układu wegetatywnego jest tak zdyssocjowana, że metodą drażników wiele uzyskać nie możemy. Centra wyższe są już tak niedomagające, że pobudzić ich do sprawniejszej czynności nie będziemy mogli. Bardzo często jednak w praktyce przyczyną w braku efektu tego leczenia jest poprostu nieuwzględnianie czynników dodatkowych bodźców fizykalnych, odruchowych czy psychicznych.

stopień okresowo występującej duszności. Jeden przypadek pozostał bez efektu. Co do tego jednak muszę zanaczyć, że chory ten nie reagował zupełnie gorączką nawet na stosunkowo duże dawki. Dodać tu muszę, że brak reakcji gorączkowej nie leżał u tego chorego w braku odpowiedniego mechanizmu reakcji gorączkowej, gdyż tenże sam chory na bodźce nieswoiste (siarka) reagował bardzo silną gorączką utrzymującą się przez 2 dni nawet po dawce bardzo małej. Przyczyna więc owego ujemnego efektu leżała tutaj prawdopodobnie w tem, że w szczepionce owej nie znajdowały się bakterje specjalnie z tym ustrojem ściślej związane. Co do przypadków o dodatnim efekcie załączone tablice ilustrują nam sposób, w jaki te wypadki reagowały. Na jednej krzywej widzimy, że chory reagował od razu bardzo wysoką ciepłotą na injekcje szczepionki, i że się zmniejszała szybko ta ciepłota. Raz tylko objawy były specjalnie gwałtowne: ogólne dreszcze, znaczne osłabienie, zawroty głowy, lekkie zwiększenie się duszności, ciepłota zaś jeszcze na drugi dzień dochodziła do 40°. Wobec tego na parę dni przerwano leczenie, aby je potem znowu kontynuować. Następne reakcje były prawidłowe. Widzimy dalej, że w przypadku tym chory do ostatniej injekcji reagował wysoką ciepłotą, jakkolwiek już nieco mniejszą mimo nieco większej dawki. Muszę podnieść, że właśnie w tym przypadku efekt leczenia był wprost wspaniały. Na drugiej krzywej widzimy, że chory tylko na 3 początkowe injekcje reagował zwyżką temperatury. Na następne injekcje mimo zwiększenia dawki chory nie reagował, jednakowoż i tutaj efekt leczenia był bardzo dobry. Zdawałoby się z tego, że stopień reakcji gorączkowej może nam coś powiedzieć jaki będzie efekt leczenia, że przy dużej reakcji możemy się spodziewać dobrego efektu, przy mniejszej zaś efektu tego nie



Co do jakości substancji, jakie możemy używać do odczulenia to używać możemy każdej substancji, która okazała się antygenem. Muszę zaznaczyć, że w trzech przypadkach używałem nawet wyciągów oczyszczonych z kurzu mieszkaniowego. W 2 przypadkach efekt leczenia był nawet całkiem dobry, udało się uzyskać długotrwałą poprawę, która po dziś dzień się utrzymuje. W jednym przypadku efekt leczenia trwał około 2 miesięcy, poczem nastąpił nawrót choroby. Tu jednak muszę zaznaczyć, że przypadek ów był niezmiernie ciężki, a ponowne pogorszenie wywołane czynnikami ubocznemi, a mianowicie grypą.

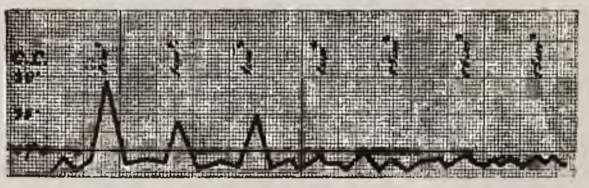
Na specjalną uwagę zasługuje leczenie szczepionkami z bakterji. Stosunek bakteryj do dychawicy oskrzelowej omóliśmy wyżej. Muszę tu jeszcze podnieść, że istnieją wielkie trudności w odkryciu rzeczywiście działającego tutaj szczepu z pośród niezliczonej ilości różnych gatunków bakteryj, jakie mamy w plwocinie. Nie zawsze te najliczniejsze bywają chorobotwórczemi. O trudnościach prób skórnych z bakterjami mówiliśmy już w wyżej wspomnianych publikacjach.

Leczenie tutaj napotyka samo przez się na wielkie trudności. Należy pamiętać, że operujemy tutaj ewentualnie antygenem, który stale znajduje się w ustroju np. w oskrzelach, a usunąć niezawsze można. Dlatego też całe dawkowanie nasze jest problematyczne, gdyż my podając nawet minimalną dawkę ciał bakteryjnych wywołujemy lokalną reakcję stanu tam, gdzie te bakterje stale się znajdują. Wobec tej reakcji zwiększa się przenikliwość błony śluzowej, wskutek czego przychodzi do większego przenikania tych antygenów i wskutek tego możemy otrzymać w sumie dawkę zbyt wysoką, po której następuje nawet pogorszenie.

W ostatnim roku rozpoczęliśmy leczenie dużemi dawkami szczepionki od 1 — 2 cm zwykle sporządzanej szczepionki. Ogółem leczyliśmy w ten sposób 6 przypadków i tu już z góry musze zaznaczyć, że efekt był stosunkowo bardzo dobry. W 5 przypadkach uzyskaliśmy nawet bardzo znaczną poprawę. W 2 przypadkach ciężkich, lecz nie długotrwających uzyskaliśmy prawie zupełne uwolnienie chorego od napadów, które trwa dotychczas, a więc przez 6 miesięcy. W jednym przypadku lżejszym również uzyskaliśmy taki sam efekt, w 2 wypadkach bardzo ciężkich i długotrwałych uzyskaliśmy bardzo znaczną poprawę, napady gwałtowne ustąpiły prawie zupełnie, pozostał jednak pewien lekki

będzie. Jednakowoż obserwowaliśmy jedną chorą, która nawet na duże dawki szczepionki reagowała tylko stanami podgorączkowemi do 37,5 a pomimo tego efekt leczenia był również nadzwyczaj dobry. Muszę zaznaczyć, że ten ostatni przypadek był bardzo silnie związany etjologją dychawicy z katarami oskrzeli. Po każdem przeziębieniu występowały silne napady. Pierwszy napad wystąpił również po przeziębieniu. Z tych obserwacyj wynika jak różnorodnie może reagować ustrój na bodźce, które nawet mają swoisty charakter do pewnego stopnia.

Odnośnie do mechanizmu tego leczenia, podnieść należy, że niema ono wybitniejszych cech leczenia swoistego. W przypad-



kach rzeczywistego uczulenia dawki znacznie mniejsze niż tu używane (1—2 cm) wywołują już groźne objawy ogólne, względnie napady. W jednym z naszych przypadków już 0.8 cm roztworu wywoływacza 1 : 2000 wywoływało napad. — Z drugiej jednak strony odczyny gorączkowe, które tu nieraz spotykaliśmy są w stosunku do dawki zbyt duże, aby można je odnieść do nieswoistego działania obcego białka. Zatem w powstawaniu tego odczynu musimy przyjąć pewien stopień ogólnej allergji, dotyczącej całego ustroju, a nie specjalnie tego mechanizmu, który powoduje skurcz oskrzeli.

Odnośnie do leczenia nieswoistego podnieść muszę, że jakkolwiek pomiędzy temi bodźcami wszystkiemi w ich sposobie działania muszą istnieć zasadnicze, nawet wielkie różnice, że inaczej w szczegółach działać będzie np. nagrzewanie, a inaczej injekcja obcego białka, to jednak wszystkie te bodźce mają pewien ogólny wspólny mechanizm polegający na 2-fazowem przesuwaniu równowagi w układzie wegetatywnym i z tem związanemi zmianami występującemi w całym ustroju, w składzie krwi, czy w funkcji całych narządów. Niemniej jednak te różnice są ważne nawet dla

naszych praktycznych celów i nieraz widzimy, że jedno leczenie nieswoiste pomaga tam, gdzie inne zupełnie zawiodło. Dlaczego tak się dzieje trudno dokładnie powiedzieć. Dopiero gdy poznamy dokładnie szczegóły mechanizmu działania tych bodźców i stosunek tegoż do poszczególnych patogenetycznych form dychawicy, będziemy mogli z góry obrać właściwy sposób. Niektóre z tych szczegółów omawiałem powyżej i na razie na nich musimy opierać się w wyborze odpowiedniego bodźca. Pozatem jednak tylko drogą prób i doświadczeń w poszczególnym przypadku możemy postępować naprzód.

Najbardziej rozpowszechnionym sposobem leczenia jest proteinoterapja stosowana na klinice lwowskiej przy dychawicy oskrzelowej już przed wieloma laty. Jednakowoż wybitnie dodatnich wyników tutaj zanotować nie mogliśmy. Po dużych dawkach obserwowaliśmy nawet pogorszenie. Zawsze winniśmy unikać zbyt gwałtownych bodźców, które wywołując zbyt wielką fazę ujemną powodują nieraz napad na drodze nieswoistej.

Zwrócić należy uwagę czy chory nie jest uczulony do tego białka, które używamy do zastrzyków; spostrzegaliśmy parokrotnie, że nawet w ciągu leczenia przewlocznego proteinoterapją po 5 lub 6 injekcjach występował nagle gwałtowny wstrząs o charakterze anafilaktycznym.

W ustroju zaś o tak chwiejnej równowadze wegetatywnej, o tak silnej dyspozycji do uczulenia te dwie fazy mogą dość szybko po sobie następować wzajemnie się zastępować, a co gorsza z tendencją do fazy ujemnej do uczulania. I dlatego przy leczeniu obcem białkiem tych ujemnych wyników nieraz nagle i w sposób niespodziewany występujących zawsze musimy się obawiać. Dlatego też specjalnie proteinoterapja do naszych celów mniej się nadaje. Niektórzy autorowie radzą proteinoterapje kombinować z inną formą leczenia nieswoistego. Niektórzy autorzy radzą podawać tutaj pepton. Leczenie to wprowadzone zostało przez Aulda. Podaje się albo doustnie, albo dożylnie. Co do dawek doustnych, to jedni podają dawki subminimalne 0.05, inni dawki stosunkowo duże 0.5 pół godziny przed każdem jedzeniem. Do wlewań dożylnych używamy dawek zupełnie małych. Leczenie to jest przez niektórych autorów zachwalane przez innych sceptycznie traktowane. Według naszych spostrzeżeń efekt nie nadzwyczajny, jednakowoż stosowaliśmy to leczenie tylko przygodnie w 2 przypadkach i dlatego musimy się wstrzymać od definitywnego wypowiedzenia zdania.

Leczenie szczepionkami z bakteryj z plwociny omówiliśmy wyżej. Niektórzy podawali leczenie szczepionkami nie swoistemi z tyfusu, jednak ten sposób nie utrzymał się. Na specjalną uwagę zasługuje tutaj sposób podany przez Danysza. Leczenie enteroantygenami. Otóż tu mechanizm tego leczenia jest nieco podobny do mechanizmu leczenia szczepionkami z plwociny. Możemy tu także mieć do czynienia z ową dwoistością allergji. Musimy przypomnieć, że nieraz widzieliśmy związek stanu dychawicy ze stanem przewodu pokarmowego. Nie jest więc wykluczone, że przychodzi tutaj do chłonięcia ciał szkodliwych pochodzenia bakteryjnego z przewodu pokarmowego, a głównie z jelita grubego. Ciała te mogą działać albo pierwotnie toksycznie, albo na drodze anafilaktycznej. Tak więc w szczepionce Danysza możemy mieć nawet czasem swoisty wywoływacz.

Leczenie dychawicy oskrzelowej tuberkuliną wprowadzili Ranke i Pietroforte, a obecnie bardzo gorąco zaleca ten sposób Storn v. L. Leczenie rozpoczyna się od $^1/_{1000}$ mg starej tuberkuliny, stosując zastrzyki co tydzień w dawkach stale rosnących aż do $^1/_{10}$ mg. Leczenie długie i żmudne, dawkowanie musi być bardzo indywidualne. U nas leczenie to było stosowane w paru przypadkach jednak bez wyników dodatnich. — Przyznać trzeba, że przypadki owe były ciężkie.

Leczenie peptonem omawialiśmy wyżej. Tutaj dodać pragnąłbym, że opiera się ono na znanem z prac eksperymentalnych przeciwanafilaktycznem działaniu tegoż. Gow (Brith med. J. 1920. I, 481) podaje, iż widział nawet pod wpływem tego leczenia znikanie prób skórnych dodatnich przy uczuleniu. W injekcjach dożylnych stosuje się 5% roztwór, w domięśniowych 7% roztwór. Dawki indywidualne od 0.2 rosnące do 4. Leczenie niezbyt bezpieczne ze względu na możliwość wstrząsu.

Autochemo-autoseroterapja. Krew pobrana z żyły wstrzykuje się w mięśnie albo zaraz, albo dopiero po oddzieleniu się skrzepu, samą surowicę. Musimy podnieść, że leczenie to w przypadkach lekkich daje efekt, w przypadkach ciężkich natomiast jest niewystarczające. Dawki 5, 10, 15, 20 cm. Ogólnie 4—6 injekcji. Musimy to podnieść, że mechanizm działania tego leczenia jest w swych szczegółach bardzo zawiły i nieznany. Należy pamiętać, że krew w naczyniu poza żyłą bardzo szybko się zmienia tak, iż powtórnie wstrzyknięta może już powtórnie działać jako ciało obce. Nie jest wykluczone tutaj działanie pewnych fermentów uwolnionych z ciałek białych.

Aby ominąć wszystkie niedogodności związane z preparatami białkowemi możemy posługiwać się drażnikami niebiałkowemi. Tu bardzo gorąco poleca Storn v. L. siarkę. Dawkowanie musi być brane indywidualnie zależnie od stopnia reakcji. Zaczynamy od 0.5—1 cm, 1% Sulfur praecipit. w ol. oliv. stosuje się te injekcje co 4—5 dni w dawkach powoli rosnących dochodzących do 5 cm, aż do poprawy. Przy wielkiej wrażliwości początkowe dawki całkiem małe 0.1.

Dok. nast.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI. Lwów.

Odczyn Adamkiewicza-Boltza.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. K. Bocheński

Podana niedawno przez O. H. Boltza modyfikacja próby Adamkiewicza miała być pierwotnie, jako ściśle swoista, środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu kiły. Szczególnie dobre wyniki miała ona dawać w przypadkach kiły nerwowej (neurolues) i to zależnie od ciężkości samego schorzenia, jakoteż w paraliżu postępującym (paralysis progressiva). Ujemny wynik próba ta miała dawać z płynem mózgowo-rdzeniowym ludzi zdrowych i chorych nerwowo. Wyjątek mieli stanowić tylko pijacy nałogowi i cierpiący na miażdżycę naczyń, daleko posuniętą, jakoteż starcze przedwczesne otępienie.

Teoretyczne uzasadnienie tej metody podali Blix i Backlin którzy wykazali, że wchodzą tu w grę ciała białkowe grupy trypofanowej, a czynnikiem działającym ma być kwas glyxylowy, tworzący zanieczyszczenie bezwodnika octowego.

Dietrich i Wüllenweber przeprowadzili badania za pomocą tej metody w 100 przypadkach ludzi zdrowych i cierpiących na organiczne schorzenia nerwowe i doszli do przekonania, że ujemny wynik jej nie wyklucza organicznego schorzenia nerwowego. Natomiast dodatni wynik ma znaczenie rozpoznawcze, jakkolwiek odczynu samego nie można uważać za swoisty. Na wynik próby nie ma wpływu ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, gdyż w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych ilość białka wielokrotnie przekraczała prawidłowe ilości. a mimo to odczyn pozostał ujemny.

Sposób wykonania tej próby jest następujący: Do 1 ccm płynu mózgowo-rdzeniowego w probówce dodaje się kroplami 0.3 ccm bezwodnika kwasu octowego i wstrząsa się. Następnie dodaje się, również kroplami, 0,8 ccm zgęszczonego kwasu siarkowego i wstrząsa się powtórnie. Po kilku (4—6) minutach występuje zmiana zabarwienia, którą widać dokładnie na białem tle.

Według Boltza dodatnia jest próba tylko wtedy, gdy wystąpi zabarwienie niebieskie lub fioletowe, natomiast żółte, czerwone lub brunatne uważać należy za odczyn ujemny.

Przy sposobności badania chwiejności koloidalnej ciał białkowych w płynie mózgowo-rdzeniowym u kobiet ciężarnych, rodzących i chorych ginekologicznie — o czem mówić będziemy na innem miejscu — przeprowadziliśmy szereg doświadczeń z tą próbą. Płyn uzyskiwaliśmy przy sposobności znieczulania lędźwiowego.

Ogółem zbadaliśmy 110 kobiet, z tego:

- 6 ciężarnych i rodzących,
- 4 zdrowe (operowane z powodu przetok i zastarzałych pęknięć krocza),
- 38 z torbielami jajnika,
- 40 kobiet z włókniako-mięśniakami macicy,
- 2 cierpiące na raka szyi macicy, nadające się jeszcze do operacji,
- 5 z utrzymaną ciążą zewnątrzmaciczną,
- 8 z pękniętą ciążą trąbkową,
- 5 z zapaleniem przydatków, i
- 2 kobiety z nowotworami złośliwemi, u których wykonano próbne otwarcie jamy brzusznej.

Dla przejrzystości oznaczyliśmy zabarwienie fioletowe, czyli odczyn silnie dodatni: (++), zabarwienie niebieskie, czyli odczyn dodatni (+), zabarwienie żółto-czerwone, czyli wybitnie ujemny odczyn: (— —), słabo ujemny lub niepewny odczyn, wyrażający się przez zabarwienie czerwono-brunatne, oznaczyliśmy: (—), a płyn bezbarwny: 0.

Wyniki badań naszych przedstawia następująca tabela.

Rodzaj cierpienia		Liczba badan. przyp.	Wynik odczynu				
			0	(—)	(——)	(+)	(++)
Ciężarne i rodzące		6	2	1	1	1	1
Zdrowe		4	3	1			
Rak macicy nadaj. się do oper.		2		1		1	
Włókniaki macicy		40	3	26	10	1	
Ciąża zewnątrzmaciczna	utrzymana	5	1	4			
	przerwana	8			8		
Torbiele jajnika		37	9	17	10	1	
Zapalenie przydatków macicy		5		1	4		
Nowotwory złośliwe		2					2
Zakażenie połogowe		1					1
Razem		110	18	51	33	4	4

U wszystkich kobiet wykonano odczyny Wassermanna i Sachs-Georgi'ego, u niektórych także odczyn Meinicke'go. Wypadły one ujemnie (——).

Z zestawienia powyższego wynika, że dodatnio wypadła próba w obu przypadkach nowotworów złośliwych, jakoteż w 1 przypadku zakażenia połogowego łańcuszkowcem. Natomiast mniej wyraźny, ale również dodatni odczyn otrzymaliśmy w 1 przypadku raka szyi macicy, który zaliczyć możnaby do grupy I, według znanego podziału, w 1 przypadku mnogich mięśniaków macicy połączonych z bardzo znaczną niedokrwistością wtórną (czerwonych ciałek 2,460.000) i wreszcie w 1 przypadku torbieli skórzastej jajnika.

Z 6 ciężarnych i rodzących wypadła próba raz silnie dodatnio, (++), a raz słabo dodatnio (—). W pierwszym przypadku była to rodząca, u której wykonano cięcie cesarskie brzuszne, ze względu na znaczny niestosunek porodowy, silne bóle głowy i białkomocz. Ciśnienie krwi jednak nieznacznie tylko przewyższało wartości prawidłowe tak, że nie można było przewidzieć, czy w dalszym przebiegu porodu nie wystąpiłyby drgawki. W każdym razie stan rodzącej nasuwał pewne podejrzenia i obawy w tym kierunku.

Co do przypadku zakażenia połogowego, to badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykonano na drugi dzień po wystąpieniu porażenia połowiczego u położnicy w 3-cim tygodniu połogu. Odczyny Wassermanna, Sachs-Georgi'ego i Meinicke'go ujemne, kilkakrotne zaś posiewy krwi, wykazały obecność łańcuszkowca hemolitycznego. Badanie dna oka wykazało zmętnienie tarczy.

Na podstawie przytoczonych powyżej wyników sądzimy, że dodatni (++) lub słabo dodatni i niepewny (+) wynik próby Boltza nie oznacza jeszcze jakiegoś organicznego schorzenia nerwowego, gdyż odczyn ten wypadał dodatnio także z płynem mózgowo-rdzeniowym kobiet, które ani nie miały kiły, ani też nie wykazywały organicznych schorzeń nerwowych.

Piśmiennictwo.

Adamkiewicz: Pflüg. Arch. 9. 156. 1874. — Blix — Backlin: Amer. J. Psych. 3. 111. 1923. — Dietrich — Wüllenweber: Klin. Woch. 37. 1928.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Wilhelm KWASKOWSKI. Tomaszów lubelski.

Rozpoznawanie wczesnej ciąży na podstawie metod bio-fizyko-chemicznych.

Ręczne badanie macicy i jej przydatków celem określenia wczesnej ciąży nie mogło i nie może zadowolić położników całkowicie. Przyczyny tego stanu rzeczy znane są dostatecznie. By uzupełnić niedociągnięcia metod klinicznych, poczęto szukać dróg nowych. W rozumowaniach wychodzono z założenia, iż płód — jako objekt poniekąd obcy dla ustroju ciężarnej — winien posiadać właściwy odpowiednik we krwi, albowiem krew roznosi po całym ustroju składniki przyswojone i równocześnie zbiera z tkanek przeważną część wytworów ich przemiany materji; gdy jedni badacze poszukiwali rozwiązania trudności rozpoznawczych wczesnej ciąży we krwi ciężarnej, to autorowie inni skierowali swą uwagę na składniki patologiczne moczu ciężarnych i zachowanie się odczynów skórnych w przebiegu ciąży. Stąd — różnorodność dociekań i badań. Przystępując do omówienia tych metod, zastrzegam się z góry, iż będzie to tylko szkic węglem.

Szczegóły łaskawy czytelnik znajdzie w pracach, które podam poniżej.

Metoda chemiczna (dialyzacyjna) E. Abderhaldena. Chemja odróżnia ciała zdolne do tworzenia kryształów, jak sole, kwasy krystaliczne, cukry i t. d., zwane krystaloidami, od innej grupy ciał , które kryształów nie tworzą; są to materje bezkształtne, zwane koloidami. Do koloidów należą z ciał organicznych klej, guma arabska, białka; z ciał nieorganicznych — krzemionka, siarczki i inne. Większa część soków ustroju tworzy zawiesiny koloidalne. Gdy krystaloidy łatwo przez dyfuzję przechodzą z roztworów do wody poprzez błonę roślinną lub zwierzęcą, to koloidy przez te błony nie przesiąkają. Tę właściwość krystaloidów i koloidów wykorzystywuje się do celów praktycznych, mianowicie — rozdziału jednych od drugich. Rozdział taki zwiemy dializą. Chcemy np. zbadać jakikolwiek płyn na obecność fermentów proteolitycznych. Wlewamy badany płyn do woreczka z błony zwierzęcej, zwanego w danym wypadku woreczkiem dializacyjnym — dodajemy pewną ilość białka i opuszczamy do walca z czystą wodą; po pewnym czasie badamy wodę w walcu na obecność peptonów, wiadomo bowiem, iż ciała, powstałe przez redukcję białka — peptony — przesiąkają przez błony zwierzęce. Gdy badanym płynem jest wyciąg z narządów lub jeden z soków lub płynów ustroju, zasada badania pozostaje ta sama.

Tę zasadę E. Abderhalden wprowadził do określania wczesnej ciąży. Emil Abderhalden twierdzi, iż surowica krwi kobiety ciężarnej oddziaływa w pewien — właściwy tylko dla ciężarnej — sposób na tkankę łożyska. To oddziaływanie surowicy ciężarnej na substrat łożyska polega na redukcji białek łożyska pod wpływem specyficznych fermentów surowicy krwi ciężarnej do stopnia peptonów. Próbę wykonywujemy w sposób następujący: Szereg woreczków wypróbowanych uprzednio co do jednakowej gęstości i nieprzepuszczalności białka (próba biuretowa), po dodaniu do każdego 0,5 substratu łożyska i po 1,5 cm^3 surowicy badanej wstawia się do suchych kolbek; dla kontroli napełniamy równą ilość woreczków surowicą bez substratu łożyska; woreczki, opłukane zewnętrznie, wstawiamy do innych kolb, z których każda zawiera 20 cm^3 wody z domieszką toluolu. Kolbki wstawiamy na 16 godzin do cieplarki w ciepłocie 37°. Po upływie tego czasu kolbki wyjmujemy z cieplarki, woreczki wyciągamy, bierzemy z każdej kolbki pipetą 10 cm^3 dializatu i wlewamy do uprzednio przygotowanych suchych probówek. Do każdej probówki dodajemy 0,2 cm^3 1% wodnego roztworu ninhydryny i gotujemy w ciągu jednej minuty. Po 30' sprawdzamy, które próby dały zabarwienie niebieskawe. W razie istnienia ciąży nieobumarłej, dialyzat surowicy badanej + substrat łożyska winien dać z ninhydryną odczyn dodatni. Źródło błędów może tkwić w złem przygotowaniu woreczków dializacyjnych, w niewłaściwem pobraniu krwi (pobieramy naczczo), a najczęściej w wadliwem przygotowaniu substratu, co jest naogół żmudne i wymaga dużej akuratności i wprawy.

Abderhalden, posługując się tą metodą w położnictwie i chorobach kobiecych — ma do 90% trafnych rozpoznań. Ciążę normalną rozpoznaje od II miesiąca. Metodą tą możemy rozpoznawać nowotwory — złośliwe i niezłośliwe — należy tylko użyć właściwego dla każdego przypadku substratu. Celem uproszczenia i udostępnienia metody dializacyjnej, Abderhalden

przedłożył pewną modyfikację tej próby przyczem wyniki są identyczne z wynikami metody dializacyjnej. Probówkę z jałowym substratem i badaną surowicą (korek do zamknięcia probówki winien być również jałowy) umieszcza w cieplarce w temp. 37°. Po 12-tu godzinach, o ile surowica rzeczywiście należy do ciężarnej — stwierdzamy wyraźnie zmętnienie w powyższej probówce. Kontrolna probówka z surowicą bez substratu żadnych zmian nie wykazuje.

Metoda optyczna Abderhaldena. Do metod optycznych należy metoda polarymetryczna, metoda zapomocą refraktometru i interferometru.

W badaniach polarymetrem posługujemy się peptonami danego substratu (białko przeszkadza obserwacji, skręca bowiem płaszczyznę polaryzacji w lewo) i notujemy w ciągu 6-ciu do 38-miu godzin stopień skręcenia płaszczyzny polaryzacji jako probierz zmian w strukturze peptonów pod wpływem badanej surowicy. Jeżeli mamy pepton łożyska i surowicę ciężarnej, stwierdzamy zmiany w stopniu skręcenia płaszczyzny polarymetru. W przeciwnym razie, to znaczy o ile surowica nie należy do ciężarnej — stopień skręcenia płaszczyzny polarymetru pozostanie bez zmian. Metoda ta, o ile peptony są przygotowane dobrze i zachowana jest skrupulatna jałowość rąk i naczyń — daje mało błędów.

Zasada metod refraktometrycznej i interferometrycznej polega na określaniu różnicy załamania się światła w badanych surowicach. Refraktometr Pregla zastosowania w klinice nie znalazł, panuje atoli interferometr Hirscha; budowa jego jest następująca. Interferometr składa się z 2-u rur, z których węższa wsunięta jest częściowo do rury szerszej. Do rury węższej — od przodu — przymocowana jest rurka mała; rurka ta posiada lampkę osramową, zasiloną 2-ma akumulatorami, soczewkę, małe lusterko i pryzmat; lampka stanowi źródło światła; węższa rura ma soczewkę, poza soczewką dwie płytki szklane, umieszczone jedna nad drugą, przyczem płytka szklana górna zapomocą mikrośruby z podziałką na 100 kresek może być nachylana dowolnie; za płytkami jest pryzmat. Rura szersza posiada wannę ze szklanemi okienkami po obu stronach; do wanny wstawiamy kamerę, przedzieloną w płaszczyźnie poziomej na dwie części; wanna, dla wyrównania ciepłoty badanych płynów, znajdujących się w kamerze — napełniona jest wodą destylowaną; w wannie jest termometr; za wanną — płaskie lusterko.

Światło lampki osramowej przechodzi przez soczewkę, odbija się od małego lusterka, przechodzi przez pryzmat i przez wąską szczelinę wpada do interferometru; w interferometrze promienie światła dzielą się na dwa snopy — dolny i górny; snop dolny przechodzi przez soczewkę, omija płytki szklane, przechodząc pod niemi — przez pryzmat, przez wodę w wannie, pod kamerami, pada na lusterko płaskie; snop górny przechodzi przez soczewkę, przez obie płytki szklane, przez pryzmat, przez wodę w wannie, przez jedną z kamer z badanym płynem i trafia również, jak i snop dolny — na lusterko płaskie poza wanną. Następnie oba snopy promieni — dolny i górny — odbijają się od lusterka, wracają tą samą drogą, jaką każdy z nich poprzednio przebył, dając dwa obrazy tęczy (dolny i górny), widoczne przez okular interferometru.

Obraz tęczowy dolny jest nieruchomy; górny zaś jest przesuwalny w lewo i w prawo zapomocą wspomnianej wyżej mikrośruby. O ile kamerę napełnimy wodą destylowaną, czyli płynem identycznym z płynem wanny, to barwy tęczy górnej ustawiają się prawidłowo nad barwami tęczy dolnej, mianowicie — zielona nad zieloną, czerwona nad czerwoną i t. d. Gdy zaś kamerę napełnimy płynem o innej aniżeli woda destylowana koncentracji, to barwy poszczególne obrazu interferencyjnego górnego nie będą się znajdowały nad takiemiż barwami obrazu dolnego, a przeciwnie — czerwona nad zieloną i t. d. Otrzymanie obrazów tęczy o rozmieszczeniu barw nieidentycznem wskazuje, iż płyny badane różnią się koncentracją (promienie, przechodząc przez płyny o koncentracji różnej mają do przebycia drogi o długości niejednakowej).

Manipulując mikrośrubą, możemy jednak ustalić oba obrazy tęczy tak, by barwy tęczy górnej zlewały się z barwami tęczy dolnej. Odczytując liczbę podziałek, na jaką przekręciliśmy w tym celu mikrośrubę — otrzymujemy różnicę koncentracji badanych cieczy.

Określanie ciąży zasadniczo jest identyczne. Do jednej połowy kamery interferometru nalewamy określoną ilość surowicy kobiety, badanej na ciążę, do drugiej połowy kamery takąż ilość tejże surowicy z dodaniem substratu łożyska. Zestawiamy obraz interferencyjny surowicy bez substratu z dolnym nieruchomym obrazem tęczy i wyliczamy znanym już sposobem jej koncentrację.

Po obliczeniu podziałek, przekręcamy kamerę o 180° i poddajemy badaniu koncentrację surowicy z substratem łożyska. Jeżeli surowica należała do ciężarnej, to znajdujące się w niej fermenty ciążowe zadziałają na substrat łożyska i koncentracja surowicy + substrat powiększy się w zestawieniu z koncentracją surowicy bez substratu. Różnica ponad pięć kresek przemawia za ciążą.

Interferometr może służyć do rozpoznawania nowotworów, a Sellheim posługuje się interferometrem do określenia płci żywego płodu w łonie matki. Rozumie się, iż używamy przytem odpowiednich substratów.

Metoda Diensta. Metoda ta polega na wykrywaniu w surowicy krwi antitrombiny, której ilość, podług mniemania autora metody, w czasie ciąży ulega zwiększeniu.

Antitrombina znajduje się w każdem normalnem osoczu krwi. Wiąże ona trombinę i znosi tem samem trujące — według Diensta — działanie tej substancji. We krwi krąży stale trombogen i sole wapnia. Pod wpływem soli wapnia i zaczynu trombokinazy, który to zaczyn uwalnia się podczas rozpadu ciałek białych — trombogen przetwarza się w trombinę; trombina zaś przekształca fibrinogen w fibrynę, czyli włóknik, co powoduje krzepnięcie krwi. Szkodliwą w nadmiarze trombinę — jak wspominaliśmy wyżej — wiąże antitrombina. Jest ona odporna na wysoką ciepłotę, nie rozkłada się przy gotowaniu i daje próbę biuretową. A że w ciąży, wskutek wzmożonego rozpadu ciałek białych i czynności zaczynotwórczej łożyska — wzrasta ilość trombiny, to — zdaniem Diensta — równocześnie musi wzrosnąć i ilość antitrombiny. By antitrombinę odkryć w surowicy, Dienst stosuje gotowanie, ponieważ antitrombina znajduje się w surowicy nie w stanie wolnym, jak to ma miejsce w osoczu, lecz tylko w związku z trombiną, jako metatrombina, rozpad pod wpływem wysokiej ciepłoty trombiny powoduje uwolnienie z metatrombiny odpornej na ciepło antitrombiny, którą można wykryć za pomocą próby z ninhydryną.

Wykonanie próby. Do szeregu probówek z 10 cm³ 1% ninhydryny dodajemy kolejno 1, 2, 3, 5 kropel surowicy i w końcu 49 kropel, czyli 1¾ cm³ surowicy. Następnie każdą probówkę kolejno gotujemy w ciągu jednej minuty. Zabarwienie niebieskofioletowe przemawia za ciążą osoby badanej. Metoda powyższa posiada swych zwolenników (Timofcew) i swych przeciwników (Gänsle, Vogel). Zawodziński odmawia próbie Diensta wartości rozpoznawczych, albowiem próba wypadła dodatnio z surowicami tak kobiecemi, jak i męskiemi.

Odczyn Botelho. W myśl intencyj autora, odczyn był przeznaczony do rozpoznawania choroby rakowej.

Wykonanie próby jest proste. Do 0.25 cm³ surowicy, pobranej naczczo, dodajemy tyleż roztworu fizjologicznego soli kuchennej, poczem 2 cm³ 5% roztworu kwasu cytrynowego (ac. citr. 5.0, formalini 30% 1.0, aq. destill. 100.0); po skłóceniu wlewamy 0.7—0.9 cm³ odczynnika jodowego (Jodi puri 1.0, Kal. jodati 2.0 Aq. destil. 210.0). Następuje wyraźne zmętnienie, które w surowicach prawidłowych rozpuszcza się szybko, a w surowicach zmienionych chorobowo utrzymuje się nawet po 12 godzinach. Badania następne wykazały, iż odczyn Botelho nie jest specyficzny dla raka, albowiem występuje w cierpieniach o charakterze przewlekłym, między innemi w sprawach kiłowych, z pośród zaś stanów fizjologicznych — w ciąży. Odczyn ten stwierdza chwiejność koloidów surowicy krwi: pod wpływem czynników przyczynowych normalny stosunek albumin, do globulin (60 : 40) ulega przesunięciu na korzyść globulin, te zaś — jako mniej stałe — łatwiej tworzą skłaczanie.

Podług Wiślańskiego, odczyn Botelho u ciężarnych był wyraźnie dodatni już w II m. ciąży.

Zaleski twierdzi, że próba powyższa wypada dodatnio u ciężarnych z objawami zatrucia, lub obarczonych kiłą, albo gruźlicą.

Metoda Biernackiego. Metoda ta polega na określaniu szybkości opadania krwinek czerwonych. W latach 1894—1897 Biernacki opracował metodę do badania tego odczynu i podał swe spostrzeżenia nad chyżością opadania krwinek czerwonych tak we krwi normalnej, jak i zmienionej chwilowo. Szybkość sedymentacji krwinek czerwonych — podług B. — zależna jest od ilości fibrinogenu, czyli zaczynu włóknika we krwi. Im fibrinogenu więcej — opadanie krwinek szybsze, im mniej — tem sedymentacja wolniejsza.

Autorowie późniejsi dopatrywali się związku przyśpieszonego opadania krwinek ze zwiększoną zawartością cholesteryny we krwi (Bürker, Kürten), spostrzegano też przyśpieszoną sedymentację krwinek i niskie napięcie powierzchniowe surowicy krwi; notowano małą ilość albumin w osoczu; Höber widzi w sedymentacji krwinek zjawisko elektro-chemiczne: zwiększona ilość globulin o ładunku elektrycznym dodatnim znosi naładowanie ujemne

krwinek, wytrąca je i ułatwia im następnie zlepianie się; ostatecznie przyjęło się zdanie Fahroensa, iż chyżość opadania krwinek uzależnia się od przesunięcia normalnego stosunku albumin do globulin na korzyść ostatnich.

Stąd szeroka gama możliwości dodatniego odczynu B. w wielu stanach chorobowych, co poniekąd przesądza jego wartość rozpoznawczą w przypadkach ciąży. O znaczeniu tego odczynu dla różniczkowania poszczególnych schorzeń i rokowania wspominać tu nie będę.

Technika odczynu B. w modyfikacji Linzenmeiera jest łatwa. Nabieramy do strzykawki 0.2 cm³ 5% roztworu cytrynianu sodowego i wciągamy z żyły w przegubie łokciowym 0.8 cm³ krwi; po ostrożnem zmieszaniu wlewamy do probówki 6.5 cm wysokiej i o przekroju 5 mm i ustawiamy pionowo przy ciepłocie 17—20° C. Liczba minut jaka upłynie, by warstwa opadających krwinek doszła do dolnej podziałki probówki, oddalonej o 18 mm od podziałki górnej, daje nam wynik badania. Normy dla mężczyzn 7—9 godz., dla kobiet 5—6 godzin.

Metoda Vogla i Zinsa (bilirubinemja fizjologiczna w ciąży). Szereg autorów (Hermann, Kornfeld, Nożykow i in.) stwierdził w różnych okresach ciąży, zwiększoną zawartość bilirubiny we krwi. Posługiwano się przytem metodą, podaną przez Vogla i Zinsa. Do 0.5 cm³ surowicy na szkiełku zegarkowem dodaje się 1cm³ 20% kwasu trójchlorooctowego i po dokładnem zmieszaniu, sączy się przez bibułę. W razie dodatniego wyniku próby na sączku po wyschnięciu pozostaje zabarwienie zielone wskutek utlenienia się bilirubiny na biliwerdynę pod działaniem kwasu trójchlorooctowego. Próba jest łatwa, dostępna dla lekarza praktyka; należy jednak pamiętać, iż poza ciążą występuje ona w schorzeniach wątroby, w chorobach gorączkowych, w niewyrównanych wadach serca i w obecności wchłaniających się krwiaków.

Wczesne rozpoznanie ciąży za pomocą sztucznie wywołanej glikozurji. Cukromocz w ciąży w pierwszej jej połowie zależny jest od zmniejszonej wartości granicznej nerek dla cukru gronowego i od przewagi w tym czasie ciałka żółtego. Główną zaś przyczyną wystąpienia cukromoczu u ciężarnych jest zmiana napięcia układu nerwowego wegetacyjnego ze względu na przewagę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, pracujących po stronie n. współczulnego. Działanie florydzyny przypuszczalnie posiada te same punkty zaczepienia.

Kamnitzer i Jozeph wykazali, iż po zastrzyknięciu domięśniowo 0.01 florydzyny u każdego człowieka występuje cukromocz, u ciężarnych zaś wystarcza dawka florydzyny — 0.002. Stellmath uważa tę próbę za niepewną, ponieważ i u niециężarnych daje ona w ¹/₃ przypadków wynik dodatni. Gottliebowa i Rychliński sądzą, iż próba Kamnitzera i Jozepha nie posiada większej wartości rozpoznawczej, albowiem może ona wywołać cukromocz u ciężko chorych nieciężarnych, a u ciężarnej zdrowej pozostać bez właściwej reakcji.

Frank i Nottman podają osobie badanej na ciążę naczczo 100 g cukru gronowego. W moczu, badanym co pół godziny — wykrywają cukier, chociaż ilość cukru we krwi pozostaje na poziomie normalnym.

Roubitschek podaje tylko 10 g cukru gronowego, a w 20' później wstrzykuje ½ cm³ adrenaliny 1.0 : 1.000, co u ciężarnych powoduje cukromocz. Cukromocz jednak nie jest pewną oznaką ciąży: zjawia się poza ciążą, wypada ujemnie u ciężarnych. Atoli oddaje usługi w różniczkowaniu między ciążą jajowodową, a guzami przydatków macicznych. W ciąży pozamacicznej po zastosowaniu próby na cukromocz otrzymujemy wyniki dodatnie. W zapaleniach przydatków — wyniki tych prób są ujemne.

Aschheim i Zondek wykorzystali do celów rozpoznawania wczesnej ciąży fakt, iż w moczu ciężarnych znajdują sie hormony przedniego płata przysadki, jak i hormony jajnika. Te ostatnie często występują w moczu nieciężarnych, wykrywanie zaś hormonów przysadki dało tylko 4% błędu.

G. Pall wykazał, iż ilość diastazy (zaczyn skrobiowy) w moczu ciężarnych jest trzykrotnie wyższa i uważa ten wzrost diastazy w moczu za charakterystyczny w ciąży.

Odczyny skórne w ciąży. Skóra jest poniekąd ilustracją sprawności czynnościowej narządów wewnętrznych i układu roślinnego. A że ciąża wywiera pokaźny wpływ na układ roślinny, do którego Kraus zalicza system nerwowy autonomiczny-ośrodkowy i obwodowy, zespół gruczołów dokrewnych, elektrolity ustrojowe oraz układ koloidów komórkowych, to staje się zrozumiałem szeroki wpływ ciąży na skórę. Znany jest powszechnie stosunek ciąży do zabarwienia skóry, do owłosienia, występowania liszaja pryszczykowego, świerzbiączki ciążowej i t. d.

Te spostrzeżenia próbowano zużytkować do celów rozpoznawania wczesnej ciąży.

Engelhorn i Wintz wstrzykiwali śródskórnie wyciągi łożyskowe; wystąpienie obrzęku zapalnego i zaczerwienienia w miejscu zastrzyknięcia przemawiał ich zdaniem za ciążą. Zauważono jednak podobne odczyny po zastrzyknięciu słabych roztworów wyskoku, wody przekroplonej i t. d. (wzmożona wrażliwość naczynioruchowa).

Notowano odczyny skórne po zastosowaniu środków drażniących (1% roztwór chininy, formaliny, sublimatu i t. d.) naskórnie; wstrzykiwano roztwory fizjologiczne NaCl, KCl, $CaCl_2$, $MgCl_2$.

O wartości tych prób dla rozpoznawania wczesnej ciąży Wiślański pisze tak: „powyższe doświadczenia przekonały nas, że ciąża rzeczywiście może wpływać na pewne właściwości skóry, niektóre z nich potęgować, inne natomiast osłabiać, lecz nie będą to nigdy zmiany zasadnicze i diametralnie różne. Na ogół skóra ciężarnych reaguje szybciej i silniej na wszelkie bodźce, lecz nigdy nie mogliśmy stwierdzić takich zmian, które nie mogłyby występować i poza ciążą, zwłaszcza u osobników szczególnie wrażliwych".

Próba bąbla (pewna odmiana próby Aldricha) podana przez Guggenheimera. Wstrzykujemy doskórnie w okolicę przedramienia, lub podudzia 0.2 cm³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Powstaje bąbel, który trwa normalnie minut 60. U osób ciężarnych czas ten skraca się znacznie. Autor otrzymał wynik dodatni w 93% wczesnej ciąży. Próba ta może być brana w rachubę li tylko w przypadkach, w których ustrój badanej na ciążę nie wykazuje żadnych tendencyj do obrzęków (ma tu znaczenie normalny procent globulin w surowicy badanego osobnika, albowiem zwiększona ilość globulin idzie zwykle w parze z objawami wagotonji i gromadzeniem się wody w ustroju). Z powyższego widzimy, iż wyszczególnione metody pracowniane nie posiadają w rozpoznawaniu wczesnej ciąży wartości bezwzględnej, atoli rozszerzyły one znacznie horyzont naszych wiadomości teoretycznych i wystawiły wyraźny drogowskaz, w jakim kierunku podąży myśl ludzka, by sięgnąć po najwyższy triumf wiedzy — poznanie prawdy.

Piśmiennictwo.

Klemczyński: Gin. Polsk., t. V, zesz. X—XII. — Zaleski: Gin. Pol., t. V, zesz. X—XII. — Zawodziński: Gin. Pol., t. V, zesz. X—XII. — Wiślański: Gin. Pol., t. V, zesz. IV—VI. — Wiślański: Gin. Pol., t. VII, zesz. IV—VI. — Wysocki: Gin. Polsk., t. VI, zesz. VII—IX. — Eiger, Grossman, Klemczyński: Gin. Pol., t. VI, zesz. VIII—IX. — Gottliebowa, Rychliński: Pol. G. Lek., r. 1924. — Hellerówna: Pol. G. L., r. 1925. — Siwiński: Pol. G. L., r. 1924. Dawidowicz: Pol. G. L., r. 1923; Streszczenia Gin. Pol.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

W sprawie zakładania przychodni przeciwjagliczych i udzielania pomocy rządowej na ich utrzymanie.

Warszawa, dnia 1 marca 1929 roku. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. Z. 687/29. Do Panów Wojewodów.

W myśl art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333 z 22. III. 1928) obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy wśród ludności oraz zapewnienia chorym jagliczym możności odpowiedniego leczenia ciąży na odpowiednich związkach komunalnych. Związki komunalne są obowiązane w pierwszym rzędzie, jeśli na ich terenie szerzy się jaglica, utworzyć i utrzymywać specjalne przychodnie przeciwjaglicze (art. 7).

Już na skutek wezwania Ministerstwa Spraw Wewnetrznych (Departamentu V Służby Zdrowia) — okólnik L. Z. Z. 7838/23 z dn. 20 września 1926 — i z pomocą finansową Rządu pewna liczba związków komunalnych utworzyła i prowadzi przewidziane przez powyższe rozporządzenie przychodnie przeciwjaglicze, wszakże liczba tych przychodni ciągle jest jeszcze niedostateczna i wiele związków komunalnych, na których terenie szerzy się jaglica, nie przystąpiło do uruchomienia przychodni.

Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) zwraca się do Panów Wojewodów, aby w myśl ust. 2 art. 7 wzmiankowanej ustawy wezwali gminy i powiatowe związki komunalne, na których terenie szerzy się jaglica, do uwzględnienia w budżetach samorządowych odpowiednich kredytów na prowadzenie przychodni przeciwjagliczych.

Jednocześnie zechce Pan Wojewoda zwrócić uwagę interesowanych samorządów, że w myśl ust. 3 art. 6 w mowie będącego rozporządzenia mogą zwrócić się za pośrednictwem Pana Wojewody do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o udzielenie zapomogi na urządzenie i prowadzenie przychodni przeciwgruźliczej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) w pierwszym rzędzie udzielać będzie zapomóg tym związkom komunalnym, gdzie jaglica szerzy się endemicznie i gdzie najbardziej odczuwać się daje brak przychodni przeciwjagliczych przy uwzględnieniu siły finansowej danego samorządu, przytem jednak wysokość zapomogi naogół nie może przekraczać 1/3 ogólnych wydatków na te przychodnie.

Wszelkie wnioski w sprawie udzielania zapomóg rządowych samorządom na urządzenie i prowadzenie przychodni przeciwjaglicznych z kredytu budżetu na rok 1929/30 zechce Pan Wojewoda jaknajrychlej, a w każdym razie przed dniem 1 kwietnia 1929 r.. przesłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi V Służby Zdrowia) do rozpatrzenia, gdyż z powodu ograniczonych kredytów na ten cel późniejsze wnioski prawdopodobnie nie będą mogły być uwzględnione.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
Dr. Piestrzyński.

OCENY.

Prof. A. Pilez: *Die Anfangsstadien der wichtigsten Geisteskrankheiten.* Nakładem Julius'a Springera r. 1928, str. 58.

Psychjatrja praktyczna poucza, że w leczeniu chorób psychicznych uzyskujemy tem pewniejsze i lepsze wyniki, im wcześniej tacy chorzy zostaną umieszczeni w specjalnych zakładach, w których stosuje się systematyczne leczenie. Jak wiadomo pewne schorzenia psychiczne przedstawiają się dla chorego wręcz beznadziejnie już od pierwszej chwili, jak naprzykład organiczne schorzenie mózgu; jeśli nadto uwzględnimy znaczenie konstytucji w psychjatrji, wówczas sądy nasze staną się bardziej powściągliwe niż dotychczas, zwłaszcza gdy dotyczą najrozmaitszych odmian *dementiae praecocis.* Wnioskując atoli z ogólnej masy chorób psychicznych stwierdzimy bez większych pomyłek, że odsetek wyzdrowień w przebiegu zaburzeń psychicznych zależy przedewszystkiem od jak najwcześniejszego zapewnienia takim chorym odpowiednich warunków szpitalnych. Już Esquirol zauważył, że po 3-ch latach trwania choroby umysłowej powraca do zdrowia jeno 1/30 wszystkich chorych wspomnianych, po 2-letnim okresie chorobowym widoki wyleczenia maleją coraz bardziej a jeśli w ciągu pierwszego roku zasłabnięcia nie zaznaczy się w stanie cierpiących jakaś poprawa, wówczas nadzieja zupełnego wyleczenia staje się coraz bardziej zwodnicza. I tak lekarz angielski Retreat stwierdził, że 80% zostało wyleczonych takich chorych umysłowych, którzy wstąpili do szpitala psychjatrycznego już w pierwszych 2—3-ch miesiącach zasłabnięcia, który to odsetek natomiast spadł do 40% w odniesieniu do chorych, którzy wstąpili do szpitala w ciągu pierwszego roku trwania choroby. Na podobne cyfry powołuje się również szereg innych poważnych psychjatrów. Okoliczności te winne zwrócić uwagę lekarzy praktyków na doniosłe znaczenie psychjatrji praktycznej. Dlatego też autor chcąc utrwalić w pamięci lekarzy to, co zdobyli w czasie swoich studjów w treściwym zarysie kreśli obrazowo początek i rozwój porażenia postępującego, cierpienia starcze, schorzenia psychiczne na tle miażdżycowem, paranoia, dementia praecox (schizophrenia), psychozy reaktywne i wreszcie psychozy na skutek zatrucia alkoholem. Książeczka omawiana ma na celu ułatwić jeno rozpoznanie a nie lecznictwo. Rzecz oczywista dziełko owe nie może zastąpić właściwego podręcznika psychjatrji, to jednak usiłuje ono zwrócić uwagę na te najważniejsze okresy zaburzeń psychicznych, których ścisłe rozpoznanie stanowi często o dalszym losie chorego. Z tego względu przestudjowanie tej książeczki ma praktyczne znaczenie dla większości lekarzy-praktyków.

W. Janusz (Kulparków).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły orygianalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 5, z 1 marca 1929: S. Rudzki: W spomnienie pośmiertne po ś. p. gen. dyw. Dr. Zdzisławie Juchnowicz-Hordyńskim. — Br. Koskowski: Incompassibilia w receptach. — St. Marczewski: Bezsoczność żołądka, a czynność wydzielnicza trzustki. — Z. Stanowski: Znaczenie psychiki w walce i obronie przeciwgazowej. — Wł. Mozołowski: Anatomja i fizjologja w nauczaniu przedklinicznem (streszcz. zbior.).

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 2, z r. 1929: J. Budzińska-Tylicka: Współczesne metody wojen a zabezpieczenia ludności cywilnej. — Dziesięciolecie Kółka sanitarjuszy studentów polaków w Leśnym (dok.). — Głos okręgu Warszawskiego w sprawie organizowania Drużyn Ratowniczych P. C. K. — Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża. — Czerwony Krzyż za granicą.

Medycyna, rok III, nr. 7, z 22 lutego 1929: St. Klein: Żółtaczka hemolityczna. — A. Rudolf: Oddziaływanie mechanizmu oddechowego na krążenie krwi. — S. Cytronberg: Kilka niezbędnych dla lekarza współczesnego wiadomości z zakresu chemji fizycznej i koloidowej (dok.). — H. Gromadzki: Wezwanie do ogólno-polskiej statystyki cięć cesarskich wykonanych na obszarze Rzeczypospolitej w roku 1928.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 10, z 7 marca 1929: St. Kramsztyk: O stosunku witamin do przemiany mineralnej, osobliwie wapniowej. — H. Lewiński: „Ascaridiasis", jako przyczyna śmierci nagłej u dzieci. — E. Weinkifer: O zagadnieniu migdałkowem i schorzeniach poanginowych (metatonsillites), (Streszcz. zbior.). — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce (c. d.).

Dziecko i matka, rok VI, nr. 5, z r. 1929: M. Czerkawska: Wiersz: „Gosia". — J. Pisarczykówna: Psychologiczne badanie niemowląt. — J. Prażmowska: Nadmiar troskliwości. — Eug. Masiejewska: Bibi. — B. Połasiński: Dzienniczek matki. — J. Strzelecka: Dzieci u fryzjera. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — J. Śmiarowska: Niemowlęta na spacerze. — Fr. Ks. Cieszyński: Karmienie. — W. Piotrowska: O wyprzeniu u niemowląt. — T. Welfle: Dokąd wyjechać na lato. — Matki między sobą.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 2, z lutego 1929: Różne popularne artykuły z zagadnień higjeny życia codziennego.

Wiadomości lekarskie, rok II, nr. 2, z lutego 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — M. Schieber: Zastosowanie promieni Roentgena w diagnostyce chorób płucnych. — Wł. Medyński: O zapobieganiu chorobom zawodowym. — H. Mierzecki i E. Meisels: Powikłania stawowe łuszczycy. — O. Salamander: Zapobieganie chorobom zawodowym i ich zwalczanie w Polsce. — A. Buchholz: Wtórna wakcyna. — L. Schrenzel: Kilka uwag w sprawie chorych na przemęczenie. — E. Dymnicki: Leczenie gruźlicy w Kasie chorych.

Wiadomości farmaceutyczne, LVI, nr. 10, z 10 marca 1929: M. Gatty-Kostyal i Piotr Derlatke: Doniesienie uzupełniające do pracy p. t.: „Ocena wartości sporyszu i wyciągów sporyszowych według farmakopei niemieckiej D. A. B. VI. (Wiadomości farmaceutyczne 1928, nr. 26 i 27). — Nowe leki. — Z praktyki zawodowej.

Nowiny lekarskie, rok XLI. zeszyt 5, z 1 marca 1929: R. J. Leszczyński: O obwodowem działaniu sparteiny. — W. Mikułowski: O zespole „wiatru południowego" u oseska. — J. Zeyland: Przewód pokarmowy jako wrota zakażenia w gruźlicy. — B. Kalitowicz: O działalności Zakładu leczniczo-szkolnego w Śremie. — M. Skokowska-Rudolfowa: Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości (c. d.).

Lekarz Polski, rok V, nr. 3, z marca 1929: M. Zachert: Nasilenie jaglicy w Polsce w 1927 roku. — Inż. Z. Rudolf: Rozwój urządzeń wodociągowo-kanalizacyjnych (c. d.). — Uzdrowiska dla chorych gruźliczych. — Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą. — Zestawienie sprawozdań Izb lekarskich z 1926 i 27 r. Medycyna społeczna za granicą.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 2, z lutego 1929: Od redakcji. M. Kacprzak: Powstanie i rozwój międzynarodowego mianownictwa. — Mianownictwo chorób i przyczyn zgonów według uchwały Międzynarodowej Komisji z dnia 14 października 1920. — Inż. Z. Rudolf: Wartość nawozowa osadów kanalizacyjnych, oraz higjeniczne względy przy ich stosowaniu dla celów rolniczych. — J. Babecki: O zasadniczych podstawach działalności Kasy chorych.

Trzeźwość, r. 1929, nr. 1—2: Nowy atak na ustawę przeciwalkoholową. — List pasterski J. E. Ks. Biskupa Tymienieckiego. — M. Moczydłowska-Niekraszowa: Kilka słów z obczyzny. — Ks. Kler. J. Szczepkowski: Kazanie o alkoholiźmie. — J. Szymański: Do brata w niedoli. — M. Sokalówna: Alkoholizm i walka z nim w krajach europejskich i pozaeuropejskich. — M. Skiba: Około plebiscytu w Zamościu. — Wł. Chudecki: Pijaństwo i grypa. — M. Skiba: Z wystawy przeciwalkoholowej Tow. „Trzeźwość". — Dyrekcja Państwowego Monopolu Spirytusowego w roli mentora. — Fr. Kostrzewski: Dwa rysunki.

Medycyna Praktyczna, rok III, zesz. 2, z r. 1929: L. Korczyński: Dyspragia vegetativa. Niezborność wegetatywna. Sympatykotonja. Wagotonja. — E. Łotocki: Odma sztuczna i jej znaczenie w leczeniu gruźlicy. — J. Acker: Uwagi o Ferrophytinie „Ciba".

Klinika oczna, rok VI, zeszyt 4, z 31 grudnia 1929: J. Stasiński: O arteriosklerozie dna oka w świetle osobistych spostrzeżeń i klinicznych doświadczeń. — J. Abramowicz: O zmianach barwikowych na tarczy nerwu wzrokowego. — M. Eljasberg: Operacja irrydektomji sposobem limboirydotomji. — M. Starorypińska-Lewenstam: O leczeniu gruźlicy oka pirquetyzacją. — J. Abramowicz: W jaki sposób można wytworzyć obraz zwichnięcia soczewki do przedniej komory. — W. H. Melanowski: O ropniach podokostnowych oczodołu w płonicy. — J. Feig: Uwagi o ślepocie zmierzchowej wśród ubezpieczonych Tarnowskiej Kasy chorych. — B. Pines: Autowakcyno- i seroterapja przy jaglicy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest et de la Société des Sciences Médicales de Cluj.

1928, Nr. 7 (Juli).

D. Simici, C. Mustata i Petrovici: *Działania siarczanu baru i Citobarjum w leczeniu wrzodu żołądkowego i zespołów hiperstenicznych żołądka.* Autorzy podają swe spostrzeżenia o działaniu Citobarjum na wrzód żołądkowy, nieżyt żołądka i schorzenia na tle dyspepsji.

Podawano przez czas dłuższy lub krótszy 4 razy dziennie po 15 g Citobarjum (siarczan baru) na godzinę przed jedzeniem. Dolegliwości subjektywne jak również objawy przedmiotowe ustąpiły u większości chorych zupełnie albo też zmniejszyły się znacznie. Tylko w niektórych przypadkach nie zauważono zmiany. Citobarjum (siarczan baru) nadaje się do skutecznego leczenia licznych przypadków wyżej wymienionych schorzeń.

Piśmiennictwo niemieckie.

Münch. med. Woch.

Nr. 49. 1928.

Prof. Dr. Franz Ertl i Dr. Anton Hain: *Stosowanie Vigantolu w ginekologji w charakterze środka wzmacniającego.* Leczenie Vigantolem ciężkich wtórnych anemji i stanów osłabienia w praktyce ginekologicznej. Leczono kobiety z zajętemi szczytami, po schorzeniach ginekologicznych, cierpiących skutkiem ciąży pozamacicznej oraz gorączki poporodowej. Także kobietom ciężarnym podawano Vigantol dla wzmocnienia. Zauważono widoczny korzystny wpływ u anemicznych i słabowitych. W licznych przypadkach zanotowano przyrost wagi kilku kilogramów w ciągu kilku tygodni. Nawet u chorych na raka wewnętrznych narządów zauważono zwiększenie się apetytu. Opierając się na swych spostrzeżeniach uważają autorowie, że należy polecać Vigantol jako środek wpływający korzystnie na ogólny stan zdrowia, przyrost wagi i wzrost łaknienia w anemicznych stanach, zwłaszcza po operacji jak również w okresie połogowym.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberculose.

Tom 89.

Borock i Widré: *O zatorze powietrznym podczas odmy sztucznej.* Przypadki zatoru takiego można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej należą przypadki z nagle występującą nieprzytomnością, drgawkami, porażeniem połowiczem, porażeniem mięśni ocznych czasami wymiotami, zniknięciem tętna i oddechu, zejście śmiertelne lub powrót do zdrowia — w ciągu godzin lub dni. Te przypadki nazywano odruchami z opłucnej.

W grupie drugiej brak zmian tętna i oddechu, występują natomiast częściowe niedowłady z pozostającą słabością mięśni i paraestezje; trwają niezbyt długo.

Grupę trzecią stanowią przypadki chwilowej nieprzytomności lub ślepoty, napotykane tam, gdzie wprowadzenie gazu jest utrudnione przez zrosty.

Sternberg uważa przypadki te za embolję, wobec faktu wystąpienia przy następnych napełnieniach objawów grupy pierwszej u trzech chorych.

U 890 chorych z ilością 13.935 napełnień było 12 przypadków zatoru, co stanowi 1.3% przypadków. Dwa należały do typu pierwszej grupy, 9 — do drugiej, ilość trzeciej nie jest podana z powodu niemożliwości odróżnienia tych przypadków od zemdlenia, napadu histerji i t. p. Śmiertelność z powodu zatoru wynosiła zero, o ile nie liczyć zmarłego z objawami status thymicolymphaticus. Saugman na 215 przypadków z 5.500 napełnieniami miał dwa śmiertelne zatory przy pierwszem napełnieniu. Sandberg miał trzy śmiertelne zatory.

Nigdy nie zdarzyło się autorom, by przy braku zrostów i ujemnem końcowem ciśnieniu wystąpił zator; wszystkie 12 przypadków wystąpiły przy obecności pęcherza gazu i zrostów. Stąd wniosek, iż mechanizm powstawania zatorów w tych przypadkach jest inny, aniżeli przy wejściu igły do naczynia płucnego; a mianowicie, gaz przedostaje się z pęcherza odmowego do naczynia naderwanego zrostu, potem do naczyń płucnych. Wobec małego światła tych naczyń i szybkiego wyrównania się ciśnienia w pęcherzu i naczyniu dostaje się do krążenia mała ilość gazu. Zatoru przez wpuszczanie powietrza bezpośrednio do naczynia płucnego autorzy nie mieli, ani razu, nie zdarzyło się to też nigdy Forlaniniemu. Saugman swoje śmiertelne przypadki uzależnia od gorszej w początkowych okresach stosowania odmy techniki. Samo wejście do naczynia płucnego nie wystarcza do wywołania zatoru ponieważ ciśnienie w powierzchownych naczyniach płucnych nie jest ujemne i gaz z igły manometru nie może być przyssany; zatory byłyby zjawiskiem codziennem, gdyby wejście igły do naczynia przy zamkniętym kranie mogło je spowodować. Wpuszczenie gazu przy braku charakterystycznych wahań, manipulacji z przepłukiwaniem fizjologicznym rozczynem, odsyłanie strzykawką, co może wywołać przypadkowo wahanie ciśnienia, są przyczynami zatorów śmiertelnych. Prawidłowa technika broni przed tego rodzaju skutkami.

Zapobiec zatorom z powodu nadrywania zrostów jest rzeczą niemożliwą; nie pomaga tu ani bardzo stopniowe podnoszenie ciśnienia w pęcherzu odmowym, ani spostrzeganie wahań, ani orjentacja według skarg chorego.

Ten typ zatorów, chociaż bez porównania częstszy, nie jest niebezpieczny.

Kercman: *Znaczenie odmy obustronnej w leczeniu gruźlicy płuc.* Materjał obejmuje 51 przypadków. W 6-ciu stosowano odmę następczo, w 45-ciu jednocześnie odmę obustronną. W 13 przypadkach osiągnięto znaczną poprawę, u 12-tu ciepłota spadła do normy, w 7-miu znikły laseczniki, 7-miu chorych osiągnęło zdolność do pracy, w 5-ciu przypadkach były zmiany wytwórczo-wysiękowe obustronne rozsiane z jamami w górnych płatach obustronnie, u 55-ciu — jednostronne, przeważnie włókniste zmiany całego płuca z jamami, a po drugiej stronie gruźlica bronchopneumonja jednego płatu, u 2-ch jamy i wytwórcze zmiany obustronnie, przy zajęciu w lepszem płucu tylko górnego płatu; w jednym przypadku obustronna gruźlica bronchopneumonja.

W grupie tej w 3-ch przypadkach z bardzo dobrym trwałym wynikiem stosowano odmę następczą. W 9-ciu wystąpił wysięk.

W drugiej grupie, obejmującej 17 przypadków osiągnięto poprawę mniej wybitną, nikt nie osiągnął zdolności do pracy, ciepłota opadła do poziomu podgorączkowego, przybytek wagi nieznaczny.

W 10-ciu przypadkach stan pozostał bez zmiany, bądź jednej bądź obu stron nie można było z powodu zrostów ucisnąć.

W 11-tu przypadkach — pogorszenie. Wszyscy chorzy tej grupy byli w bardzo złym stanie ogólnym przy rozpoczęciu leczenia, ucisk z powodu zrostów nie dał się wykonać.

Ze względu na to, iż przy odmie jednostronnej sprawa ze strony przeciwległej, o ile nie jest wygojona, zaczyna postępować stosunkowo prędko po rozpoczęciu stosowania odmy, jeszcze w ciągu pierwszego roku, pozostaje konieczność stosowania jednocześnie odmy z obu stron.

Rzadko udaje się rozpocząć odmę ze strony drugiej bez konieczności kontynuowania jej po stronie pierwszej. Należy zaw-

sze, w celu odroczenia jednoczesnego stosowania odmy z obu stron, starać się opanować drugą stronę przez krótkotrwałe rozluźnienie płuca uciśniętego.

Odma stosowana następczo daje ze zrozumiałych względów lepsze wyniki. Tylko w 1/10 przypadków ze zmianami obustronnemi udaje się zakończyć odmę po jednej stronie bez konieczności rozpoczęcia wcześniej ucisku drugiej strony.

W połowie przypadków występował wysięk, raz jeden był wysięk obustronny.

W trzech przypadkach wystąpiła samoistna odma, co autor objaśnia rozedmą poprzednio uciśniętego płuca lub rozerwaniem przy ucisku powierzchownych ognisk, szczególnie jam.

Należy unikać stosowania odmy obustronnej przy bardzo powierzchownych ogniskach, specjalnie zaś w jamach. Uratowanie chorych przy tem powikłaniu możliwe było dzięki kilkakrotnemu odsysaniu w ciągu dnia lub nawet dni powietrza z opłucnej. Przyczyną ciężkiego stanu chorego jest nie tyle zmniejszona powierzchnia oddechowa, ile ucisk i przemieszczanie śródpiersia. O ile przy jednostronnej odmie dąży się nieraz do dodatniego ciśnienia, przy obustronnej ciśnienie na wysokości wydechu nie powinno przekraczać zera. Tylko przy zgrubieniu opłucnej po wysięku można dla wywołania ucisku podnieść nieco ciśnienie. Zbite ogniska jamy o twardych ścianach nie nadają się do obustronnej odmy. Do odmy obustronnej nadają się sprawy o rozsianych miękkich ogniskach. Przeciwwskazane jest stosowanie obustronnej odmy przy sprawach wysiękowych ostro przebiegających z skłonnością rozpadową. Pamiętając o naciekach ulegających wessaniu, nie należy bez pewności obecności rozpadu śpieszyć się z obustronną odmą.

Autor gani obustronne jednoczesne napełnianie opłucnych, jak również wpuszczanie powyżej 300 ccm. Autor przewiduje możność stosowania odmy obustronnej w bardzo ograniczonej liczbie przypadków.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Doroczne Walne Zebranie Koła Lwowskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Dnia 31. I. 1929 r., odbyło się doroczne Walne Zebranie Koła Lwowskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Zagaił je Przewodniczący Prym. Dr. Leszczyński.

Następnie sekretarka Dr. L. Füllenbaum, odczytała sprawozdanie doroczne z działalności i prac Towarzystwa, wykazując niezbicie jej stały rozwój.

Posiedzenia odbywano co 2—3 tygodnie, wypełnione one były przez przedstawianie interesujących przypadków schorzeń skóry, nad którymi toczyła się żywa a poważna dyskusja.

W roku 1928 odbyło się 19 posiedzeń (w roku 1927 — 15) na których przedstawiono 272 chorych, (w roku 1927 — 229).

W dyskusji zabierano głos 220 razy. Nadto wygłoszono 5 odczytów (Prym. Dr. Leszczyński, Dr. Mierzecki, Dr. Kauczyński, Dr. Kwiatkowski i Dr. Nadel).

Przypadków dostarczyły głównie klinika skórna, oddział żeński i męski Państw. Szpitala Powszechnego, Przychodnia Kasy chorych. Dzięki referatom z posiedzeń, Lwow. Tow. Dermatolog. umieszczanym stale w „Centralblatt für Haut u. Geschlechtskrankheiten" przez członka Tow. Dra F. Goldschlaga, jakoteż dzięki pracom członków Tow. ukazującym się drukiem w pismach zagranicznych, uzyskali dermatolodzy lwowscy kontakt i uznanie zagranicą. Ogółem ogłosili członkowie Tow. w roku 1928 drukiem 17 prac. Na zjeździe lekarzy słowiańskich w Pradze, w maju 1928 r., było Koło Lwowskie Pol. Tow. Dermat. reprezentowane w Sekcji Dermatolgicznej, przez Przewodniczącego Prym. Dr. Leszczyńskiego (wykład).

Na Zjeździe dermatologów Polskich w Poznaniu (wrzesień 1928) brali udział czynny (wykłady) członkowie Tow.: Dr. Blatt, Dr. Kauczyński, Dr. Kwiatkowski, Prof. Dr. Lenartowicz, Prym. Dr. Leszczyński i Prym. Dr. Ostrowski.

Po odczytaniu sprawozdania sekretarza, zdał sprawę ze stanu funduszów Tow. skarbnik Prof. Dr. Lenartowicz.

Po udzieleniu absolutorjum ustępującemu Zarządowi wybrano go ponownie w niezmienionym składzie a to: Przewodniczący: Prym. Dr. Leszczyński, Zastępca Przewodniczącego: Dr. Brill, skarbnik: Prof. Dr. Lenartowicz, sekretarka: Dr. Füllenbaum, członek zarządu: Prym. Dr. Ostrowski.

Sekretarka: *Dr. L. Füllenbaum.*

Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy powiatowych województwa pomorskiego odbytego w Toruniu dnia 25 lutego 1929 roku.

Zjazd otworzył wojewoda pomorski, który, jako niedawno mianowany, miał pierwszą sposobność zapoznania się z lekarzami powiatowymi swego województwa.

W swem programowem przemówieniu wojewoda podkreślił:

1) Konieczność wytężonego czuwania nad stanem sanitarno-porządkowym osiedli ze zwróceniem szczególnej uwagi na okres Wystawy w Poznaniu;

2) przeprowadzenie stopniowe, lecz bezwzględne zasady, iż chory, umieszczony w szpitalu, przestaje z tą chwilą być klijentem lekarza szpitalnego;

3) zwracanie większej uwagi na wydawane urzędowe świadectwa lekarskie, które wskutek zbędnej dobrotliwości lekarzy wyrządzają nieraz krzywdę sprawom natury społecznej lub utrudniają celowe zamierzenia administracyjne.

Następnie naczelnik Wydziału Zdrowia dr. Krysiński zaznajomił lekarzy powiatowych z treścią obrad zjazdu naczelników wydziałów zdrowia, odbytego w Departamencie Służby Zdrowia w dniach 17 i 18 b. m., i pouczył ich co do uchwalonych tam postulatów.

Z kolei poszczególni lekarze powiatowi odczytywali sprawozdania ze stanu sanitarnego powiatu za ub. 1928 r.

Po sprawozdaniach lekarzy powiatowych naczelnik Wydziału Zdrowia Dr. Krysiński zaznajomił zebranych z dalszemi etapami akcji sanitarno - porządkowej, przyczem wytknął dotychczasowe niedomagania w tej dziedzinie na terenie poszczególnych powiatów i zapowiedział natężenie tej akcji na wiosnę i konieczność wysiłku w tej akcji szczególniej na szlakach, któremi dążyć będą zwiedzający Wystawę Krajową w Poznaniu.

Przedstawiciel Dyrekcji Robót Publicznych wygłosił referat o technice sanitarnej dróg bitych i urządzeń wodnych.

Inspektor lekarski Dr. Lewszecki wytknął usterki w urzędowaniu lekarzy powiatowych, ujawnione w nadsyłanych sprawozdaniach oraz przy inspekcji ich działalności na terenie.

Po tym referacie Dr. Krysiński szczegółowo i osobowo podkreślił wykazane niedomagania, a delegat Ministerstwa wyjaśniał celowość poszczególnych rozporządzeń i zarządzeń władz centralnych. Zamiast referatu senatora Dra Steinborna „Walka z chorobami wenerycznemi" (p. senator wyjechał do Warszawy na posiedzenie Senatu) wygłosił referat Dr. Lachowski, lekarz powiatowy z Grudziądza, „Przychodnie i ośrodki zdrowia", w którym wykazał, iż instytucje te są potrzebne i mogą egzystować na Pomorzu.

Za zakończenie Zjazdu delegat Ministerstwa Dr. Jarniński wygłosił przemówienie, analizując przebieg odbytych obrad, przyczem podkreślił:

1) konieczność otrząśnięcia się ostatecznego z uroku, jaki pozostawiły b. władze niemieckie w dziedzinie sanitarnej; urok ten prowadził do bezczynności w błędnem przekonaniu, że stan posiadania w tej dziedzinie jest dobry jeszcze na długie lata;

2) wielką wagę medycyny zapobiegawczej, tak bardzo opuszczonej na tutejszym terenie, gdzie sfery lekarskie wierzą tylko w lecznictwo, nie zawsze w równej mierze dostępne dla bogatych i ubogich;

3) należyte ustosunkowanie wiedzy lekarskiej i sumienia lekarskiego do stanowiska urzędowego;

4) konieczność dokładnego zapoznania się z uzdrowiskami polskiemi, dotychczasowa bowiem hypnoza w kierunku uznawania jedynie renomowanych uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych jest może bezwiedną krzywdą narodową i państwową.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Praca nad podniesieniem uzdrowisk polskich. Dążenia i starania o należyty rozwój organizacyjny uzdrowisk polskich zyskały w dniach ostatnich poważną podstawę. Podstawą tą jest Pierwszy (i to pierwszy nietylko w Polsce, ale i w Europie) Kurs Instrukcyjny dla działaczy i pracowników komisji i zarządów uzdrowiskowych, oraz samorządów zainteresowanych uzdrowiskami. Kurs przeprowadzonym został przez Państwową Szkołę Higjeny przy pomocy Departamentu Służby Zdrowia M. S. W., a z inicjatywy i przy współpracy Związku Uzdrowisk Polskich. Trwał on od 28. II. do 10. III 1929 r.

Kurs objął 47 godzin wykładów z dziedziny ustawodawstwa uzdrowiskowego, przemysłowego, sanitarnego i administracyj-

nego i kontroli środków żywności, zagadnień budżetowych i kredytowych uzdrowisk, organizacji zrzeszeń gospodarczych i spółdzielczych na terenie uzdrowisk, spraw sportu i wychowania fizycznego w uzdrowiskach, a wreszcie organizacji pracy w komisjach uzdrowiskowych.

Wykładowcami Kursu byli znawcy przedmiotów, których kierownictwo Kursu znalazło wśród wyższych urzędników ministerjalnych, wśród wykładowców Państwowej Szkoły Higjeny, lekarzy uzdrowiskowych i działaczy uzdrowiskowych. W szczególności na Kursie wykładali: Radcowie ministerjalni Ministerstwa Spraw Wewnętrznych K. Prökl, Inż. E. Zaczyński, A. Hujda, H. Wohl i W. Czapiński, z Ministerstwa Robót Publicznych Naczelnik J. Szymkiewicz i Radcowie M. Weinfeld i M. Okęcki, z Ministerstwa Przemysłu i Handlu Radca R. S. Śląski, z pośród Profesorów Państwowej Szkoły Higjeny Dr. M. Kacprzak, Inż. A. Szniolis, Inż. S. Żmigrod i Docent Dr. S. Weil, z Lekarzy uzdrowiskowych Dr. I. Dembicki (Ciechocinek) i Dr. E. Lewicka (Druskieniki), wykładał wreszcie Dyrektor Związku Uzdrowisk Polskich J. St. Szczerbiński.

Wykłady Kursu uzupełnione były wysoce interesującemi wycieczkami: do doskonale prowadzonych biur i urządzeń Komisji Klimatycznej Otwocka, do Ośrodka Zdrowia Amelin w Mokotowie, do Instytutu Przyrodoleczniczego Im. Marszałka Piłsudskiego, do Zakładów Motoru i do Magazynów Balneotechnicznych Firmy Szulc w Warszawie.

W Kursie wzięło udział 43 słuchaczki i słuchacze z uzdrowisk i letnisk: Busko, Bukowina, Ciechocinek, Druskieniki, Hel, Horyniec-Zdrój, Inowrocław, Jaremcze, Krynica, Nadwórna, Niemirów Zdrój, Otwock, Rabka, Rymanów Zdrój, Szczawnica, Truskawiec, Ustroń, Wejherowo, Zakopane, Zaleszczyki i Gdynia.

Słuchaczami byli lekarze uzdrowiskowi, dyrektorzy zakładów i komisji uzdrowiskowych, członkowie komisji uzdrowiskowych i członkowie zarządów gminnych w uzdrowiskach. Frekwencja słuchaczy na Kursie była bardzo wysoką.

Słuchacze Kursu otrzymali przy jego zakończeniu odpowiednie świadectwa.

Zamknięcie Kursu odbyło się w sposób uroczysty w Auli Państwowej Szkoły Higjeny. Zagaił je krótkiem sprawozdaniem z przebiegu Kursu jego kierownik Dr. J. Lubczyński, poczem Dr. W. Przywieczerski Naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowisk Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. wyraził żywe zadowolenie Departamentu z urządzenia i przebiegu Kursu, który niewątpliwie będzie pierwszem ogniwem w dziedzinie zawodowego szkolnictwa uzdrowiskowego.

Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny B. Minister Chodźko wygłosił następnie dłuższe przemówienie, pełne głębokich poglądów na wartość społeczną naszych uzdrowisk, z których zaczynają korzystać obecnie coraz to szersze warstwy społeczeństwa, organizowane w dobrowolnych i przymusowych instytucjach ubezpieczeniowych.

Dyrektor Związku Uzdrowisk Polskich J. St. Szczerbiński przedstawił historję zorganizowania Kursu i złożył podziękowanie Państwowej Szkole Higjeny i jej Dyrektorowi, Dyrektorowi Służby Zdrowia i Prelegentom za prace podjęte około Kursu, słuchaczom zaś za tak liczny ich udział w pracach Kursu.

Członek Zarządu Z. U. P. Inż. W. Kryński stwierdził z zadowoleniem fakt organizowania naszego przemysłu uzdrowiskowego, stanowiącego tak poważny czynnik gospodarczy naszego państwa, na zasadach wiedzy i nauki. Senjor zaś Słuchaczów Kursu Burmistrz M. Górzyński z Otwocka złożył imieniem Słuchaczy Kursu podziękowanie wszystkim tym, którzy organizacją Kursu się zajęli, oraz zapewnił, iż korzyści Kursu dla jego słuchaczy i uzdrowisk są wprost bezcenne.

Sekretarz Komisji Klimatycznej J. Lazar z Ustronia na Śląsku wygłosił wreszcie podniosłe przemówienie, podkreślające wartości uzdrowisk w dziedzinie potęgowania miłości ojczyzny i zakończył staropolskiem „Bóg zapłać“ dla tych wszystkich, którzy nad podniesieniem uzdrowisk pracują.

Przebieg Kursu stwierdził w całej pełni, jak trafną była myśl jego urządzenia oraz stanie się niewątpliwie bodźcem do dalszej rozbudowy uzdrowiskowego kształcenia zawodowego.

Spis Słuchaczy Pierwszego Instrukcyjnego Kursu dla działaczy i pracowników komisji i zarządów uzdrowiskowych oraz samorządów zainteresowanych uzdrowiskami:

1) Busko Zdrój: Sieradzki Tadeusz i Żelichowski Michał. — 2) Bukowina: Cwiżewicz Tadeusz. — 3) Ciechocinek: Czechowski Antoni i Rzadkowolski Wincenty. — 4) Druskieniki: Malinowski Michał. — 5) Gdynia: Zakrzewski Władysław. — 6) Hel: Bieńkiewiczowa Janina i Kierzkowska G. — 7) Horyniec Zdrój: Inż. Dembiński Wojciech i Prezes Karłowski Stanisław. — 8) Inowrocław: Kortus Walenty. — 9) Jaremcze: Radca Jasiński Jan. — 10) Krynica Zdrój: Jodłowski Franciszek i Pawelec Jan. — 11) Nadwórna: Dr. Giełczyński S. i Inż. Br. Kułakowski. — 12) Otwock: Burmistrz Górzyński Michał, Wice-Burmistrz Reiner Maksymiljan, Ławnik Żukowski Olgierd i Dr. Mierosławski Ludwik. — 14) Rabka: Chrząszczyński Władysław. — 15) Rymanów Zdrój: Dr. Woytkowski Jan. — 16) Szczawnica: Poseł Stadnicki Hr. Adam, Kalinowski Jan. — 17) Truskawiec: Inż. Jarosz Aleksander. — 18) Ustroń: Lazar Jerzy. — 19) Wejherowo: Miedzianowski J. — 20) Zakopane: Dr. Mastalerz Kazimierz. — 21) Zaleszczyki: Datko Juljan. — 22) Istebna: Mickiewicz Adam. — 23) Częstochowa: Żebrowski Leon. — 24) Warszawa: Czarnowski August, Ostaszewski J., Ilczuk Leonard, Poznańska Marja, Weber Stanisław, S. Sitek, Tajchmanowa J. — 25) Parczew: Hurkówna Józefa.

Poza wymienionymi brały udział w Kursie w formie słuchania poszczególnych luźnych wykładów dwie osoby z Warszawy.

Konkurs. Szpital Szkolny Szkoły Podchorążych (Szpital Ujazdowski w Warszawie) rozpisuje konkurs na posadę kierownika oddziału ginekologiczno-położniczego. Wymagane warunki: a) przynajmniej 10-letnia praktyka w dziale chorób kobiecych i położnictwa, b) umiejętność samodzielnego kierowania oddziałem ginekologiczno-położniczem.

Do podań należy dołączyć: 1) metrykę urodzenia, 2) dowody stwierdzające obywatelstwo polskie, 3) dyplom lekarski z prawem praktyki w Państwie Polskiem, 4) własnoręcznie napisane curriculum vitae, 5) świadectwa z poprzedniej pracy w klinikach lub szpitalach, 6) odbitki prac naukowych.

Kierownikowi przysługuje uposażenie funkcjonarjuszów państwowych VI grupy z ustawowemi dodatkami. Podania uprasza się nadsyłać do Komendy Szkoły Podchorążych Sanitarnych — Warszawa, ul. Górnośląska Nr. 45 do dnia 1 kwietnia 1929 r.

Warszawa, dnia 11. III. 1929 r. Komendant Szkoły Podchorążych Sanitarnych (—) *Dr. med. S. Hubicki*, generał-brygady.

Program II-go Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie. Sobota i Niedziela 23 i 24 marca 1929 r. Sobota, dnia 23 marca: Posiedzenie ranne, godz. 10 do 12½. (Sala Rady Miejskiej. Ratusz. Plac Teatralny). 1) Otwarcie Zjazdu. — Zagajenie Przewodniczego. Wybór Prezydjum. Przemówienia powitalne. — 2) Krótkie sprawozdanie z działalności: a) Komitetu do Zwalczania raka za okres międzyzjazdowy 1924—1929 — Doc. Dr. St. Sterling-Okuniewski, b) Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie — Prof. Dr. Fr. Krzyształowicz. — 3) Krótkie sprawozdanie z działalności innych środowisk: Krakowa — Prof. Dr. Stł Ciechanowski. Łodzi — Dr. J. Marzyński. Lwowa — Prof. Dr. W. Nowicki. Poznania — Prof. Dr. A. Jurasz. Wilna — Doc. Dr. E. Czarnecki. Posiedzenie popołudniowe, godz. 3 popoł. do 6½ popoł.: 4) Organizacja Koła Pań Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka — PP. A. Paszkowska, P. Sterling-Okuniewska, Dr. M. Szczodrowska, M. Wejnertowa. — 5) Projekt organizacji Kół Pań w innych ośrodkach Rzeczypospolitej — Dr. Z. Garlicka. — 6) O roli oddziałów szpitalnych radjologicznych w walce z rakiem — Doc. Dr. Z. Crudziński. — 7) Organizacja przytułków — Dyr. Dr. Cz. Wroczyński. Wieczorem o godz. 9-tej bankiet.

Niedziela, dnia 24 marca: Posiedzenie ranne, godz. 10 do 12½ (Sala Rady Miejskiej, Plac Teatralny). Wykłady: Leczenie nowotworów radem — Prof. Dr. A. Czyżewicz. — Hodowla tkanek nowotworowych (z pokazem) — Doc. Dr. J. Zweibaum. — Poczem nastąpi zwiedzanie (autobusami): 1) Przychodni P. K. do Zwalczania Raka, 2) Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie, 3) Przytułku dla nieuleczalnych przy Szpitalu św. Łazarza. Posiedzenie popołudniowe, godz. 3½ do 6: Prace naukowe, wykonywane na Ziemiach Polskich z dziedziny nowotworów. 1) Rak w Warszawie jako zagadnienie rasy — P. St. Adamowiczowa. — 2) O przebiegu niektórych odczynów odpornościowych w raku — Dr. K. Pelczar. — 3) O własnościach serologicznych tkanek normalnych i rakowatych — Doc. Dr. L. Hirszfeld, Dr. W. Halber, Dr. J. Laskowski. — 4) O badaniach interferometrycznych — Prof. Dr. M. Eiger. — 5) Wpływ układu nerwowego mimowolnego na powstawanie nowotworów — Prof. Dr. M. Eiger, Doc. Dr. E. Czarnecki. — 6) Tarczyca i nadnercze a wzrost mięsaka szczurzego (z pokazem) — Dr. J. Flaks. — 7) Wyniki trzyletniego stosowania radu w nowotworach złośliwych narządów rodnych kobiety — Dr. M. Floksztrumpf. — 8) Współczesne leczenie ołowiem nowotworów złośliwych — Dr. M. Floksztrumpf, Dr. J. Kołodziejski, Dr. Milewski. — Zamknięcie Zjazdu.

Najbliższa Międzynarodowa Konferencja Pracy. Dnia 30 maja rozpocznie się w Genewie XII Międzynarodowa Konferencja Pracy, której porządek dzienny obejmować będzie zgodnie z decyzją Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy następujące zagadnienia:

1) Zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom przy pracy (II czytanie).

2) Ochrona przed nieszczęśliwemi wypadkami robotników, zatrudnionych przy ładowaniu i wyładowywaniu statków (II czytanie).

3) Sprawa pracy przymusowej (I czytanie).

4) Długość dnia roboczego pracowników (I czytanie).

Dwa pierwsze zagadnienia dyskutowane były w I czytaniu podczas zeszłorocznej konferencji, która postanowiła wstawić je na porządek dzienny tegorocznej konferencji dla powzięcia ostatecznej uchwały, t. j. przyjęcia projektu konwencji, lub też zalecenia.

Pozostałe dwa zagadnienia omawiane będą po raz pierwszy na tegorocznej konferencji, skutkiem czego w tych sprawach ostateczne decyzje nie zapadną jeszcze w roku bieżącym.

Dla ułatwienia dyskusji przygotowało Międzynarodowe Biuro Pracy sprawozdanie, omawiające stan prawny i faktyczny obydwóch tych zagadnień w poszczególnych państwach.

Niezależnie od tego przedłożony będzie Konferencji Międzynarodowego Biura Pracy raport o obecnym stanie bezrobocia, gdyż Rada Administracyjna uznała że zbadanie całokształtu tego zagadnienia posiadać może w chwili obecnej poważne znaczenie społeczne.

Zauważyć wreszcie potrzeba, że niezależnie od XII-ej Konferencji, zbierze się w październiku XIII Konferencja poświęcona wyłącznie sprawom związanym z pracą marynarzy.

Bezrobocie pracowników umysłowych. Podczas swej pierwszej sesji, która odbyła się w dniach 22—23 października z. r. wezwała Komisja Doradcza dla spraw pracowników umysłowych Międzynarodowe Biuro Pracy do opracowania w porozumieniu z Międzynarodowym Instytutem Współpracy Umysłowej raportu na temat: „Bezrobocie pracowników umysłowych". Plan tego raportu przygotowany przez Biuro i przyjęty już przez Komisję przewiduje następujące działy:

a) Zbiór dokładnych danych o rozmiarach bezrobocia pracowników umysłowych oraz jego następstwach społecznych.

b) Analizę przyczyn bezrobocia.

c) Analizę środków zaradczych.

Aby zebrać możliwie dokładny materjał informacyjny zwróciło się Międzynarodowe Biuro Pracy do głównych organizacyj pracowników umysłowych z prośbą o przesłanie wszelkich wiadomości oświetlających powyższe problematy.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VIII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 15 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) kol. W. Lipiński: Błonica sromu (pokaz); 2) kol. K. Czyżewski: dwa przypadki chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowego (pokaz); 3) kol. H. Mierzecki: Grzybica guzowata (pokaz) i uszkodzenie skóry po Roentgenie (pokaz); 4) kol. J. Leńczewski: Poród i połóg u chorych kiłowych (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Goldschlag, Franke, Gąsiorowski, St. Ostrowski, Landesówna, Grabowski, J. Selzer.

Poznań.

Wydział lek. Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu. W piątek, dnia 15. III. 1929 o godz. 8,15 wieczorem odbyło się w sali wykładowej Uniwersyteckiej Kliniki Dermatologicznej (Szpital Miejski III p.) Zebranie Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Dr. Stöckl: Uszkodzenie zarodka przez promienie Roentgena. 4. Dr. Czyzak: Pęknięcie tętnicy głównej podczas porodu. 5. Dr. Prochorow: O bolesnem miesiączkowaniu.

Wilno.

W dniach 26—29 września r. b. odbędzie się w Wilnie VIII Zjazd Internistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Tematy główne:

1) Ciśnienie krwi i jego zaburzenia. Sprawozdawcy: prof. Januszkiewicz, prof. Eiger i prof. Traczewski z Wilna i doc. Sochański ze Lwowa.

2) Układ śródbłonkowo-siateczkowy. Sprawozdawcy: prof. Paszkiewicz, prof. Venulet i doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy.

Komitet Miejscowy Zjazdu uprzejmie uprasza PP. Kolegów o zgłaszanie referatów, pokrewnych powyższym tematom, chętnie jednakże będą widziane i referaty ze wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Sprawozdawcy tematu głównego mogą przemawiać do 50 minut (art. 15 regulaminu), wykład zwyczajny, zarówno luźny jak i dodatkowy do tematów głównych trwać może 15 minut (art. 16). Referaty główne powinny być zgłoszone w takim terminie, by uczestnicy Zjazdu mogli je otrzymać wydrukowane w Organie T. I. P. najpóźniej na miesiąc przed otwarciem Zjazdu (art. 13). Wykłady zaś zwyczajne (dodatkowe oraz luźne) z dokładnem podaniem tytułów oraz ich streszczeniem należy zgłaszać do Komitetu Miejscowego (Wilno, szpital św. Jakóba, biuro I-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.) najpóźniej na 2 miesiące przed Zjazdem t. j. do dnia 26 lipca celem umieszczenia referatu na porządku dziennym obrad. Wykładu, zgłoszonego w okresie późniejszym lub nadesłanego bez streszczenia, Komitet nie może umieścić na porządku dziennym. Uwzględniać się będzie przedewszystkiem prace członków T. I. P. (honorowych i zwyczajnych). Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, przyjęty przez Zarząd Miejscowego Koła lub przez Zarząd Główny po pisemnem zgłoszeniu się do nich. We wszystkich sprawach, związanych z powyższym Zjazdem, należy się zwracać do Przewodniczącego Sekcji, prof. Zenona Orłowskiego według wyżej wskazanego adresu.

Ze świata.

33-ci kurs dokształcający dla lekarzy we Wiedniu urządza Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego w czasie od 3 do 15 czerwca 1929 roku, z zakresu: chirurgji, ortopedji, urologji, położnictwa i ginekologji. Wszelkich bliższych wyjaśnień w tym względzie udziela sekretarz kursów Dr. A. Kronfeld, Wien IX, Porzellangasse Nr. 22.

Redakcja otrzymała.

Na ręce Warszawskiego Komitetu redakcyjnego nadesłano następujące dzieła francuskie:

1) *A. C. Guillaume:* L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. I Les endocrines dans la physiopathologie clinique. G. Doin et Cie Paris.

2) *R. J. Weissenbach i F. Françon:* Causes et traitement des rhumatismes chroniques. Gaston Doin et Cie Paris.

3) *R. Demanche:* Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis. Gaston Doin et Cie Paris.

4) *O. Crouzon:* Le syndrome epilepsie. Gaston Doin et Cie Paris.

5) *René Cruchet:* Encéphalite épidémique. Les origines — Les 64 premières observations connues. Gaston Doin et Cie Paris.

6) *G. Faroy:* Therapeutique digestive. Les principaux médicaments. Gaston Doin et Cie Paris.

7) *Paul Petit-Dutaillis:* Troubles fonctionnell et dystropies à l'etat chronique en gynécologie. G. Doin et Cie Paris.

R. Monceaux: „Troubles des échanges mutritifs dans la tuberculose pulmonaire". Nakładem firmy Girault w Saint Cloud. 1929.

S. I. Hlykman w Dniepropetrowsku: „Estestwennaja klassyfikacja terapewtyczeskych mer i osnownoi pryncyp zwolczyn terapji".

R. Makuszewicz: „O niedorozwiniętej postaci schizofrenji". Odbitka z Kwartalnika klinicznego, tom VII, zeszyt IV, r. 1928.

St. Breyer: „Zagadka człowieka", Kraków 1929.

H. Higier: „Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlania promieniami Roentgena". Odb. z Warsz. Czas. lek. nr. 30 i 31 z r. 1928.

H. Higier: „Nieco z lecznictwa, dietetyki i higjeny żydów starożytnych". Odb. z Medycyny, nr. 26 i 27 z r. 1928.

Wł. Mikulowski: „Zagadnienia współczesnej diagnostyki". Odb. z Medycyny nr. 5 z r. 1928.

Wł. Mikulowski: „L'application thérapeutique de l'oxygène en clinique infantile". Odb. z Archives de médecine des enfants. Tomme XXXII. nr. 2, z r. 1929.

Wł. Mikulowski: „Su di un caso di lue congenita febbrile del fegato in un ragazzo do quattordici anni". Odb. z La Pediatria. Vol. XXXV, fasc. 20, 1928.

Nr. 14. 7. kwietnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.

O postępowaniu chirurgicznem w przypadkach z objawami wrzodu żołądkowo-dwunastnicowego, którego nie stwierdza się przy operacji.

Z Kliniki Chir. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Znanem jest każdemu chirurgowi, który ma do czynienia z większym materjałem wrzodu żołądka i dwunastnicy, iż w nierzadkich przypadkach rozpoznawanych klinicznie jako wrzód i jako takie operowanych — w czasie zabiegu nie stwierdza się żadnych zmian lub też tylko bardzo nieznaczne, które nie odpowiadają pozornie doznawanym przez chorego dolegliwościom. Niespodzianki takie, zwłaszcza, o ile objawy przemawiające za operacją były ciężkie, jak np. wielki krwotok, sprawiają chirurgom pewne, że tak powiem, rozczarowanie i wzbudzają poczucie niedostateczności środków rozpoznawczych, któremi rozporządzamy w ustaleniu wskazań operacyjnych.

O ile kwestja leczenia operacyjnego wrzodu żołądka i dwunastnicy zbliża się do ostatecznego rozwiązania na korzyść doszczętnego wycięcia wrzodu wraz z częścią oddźwiernikową, o tyle sprawa postępowania w omawianych przypadkach jest, podobnie jak ich etjologja, niejasną.

Nie ulega wątpliwości, że przyczyny, które wywołują zespół klinicznych objawów naśladujący w zupełności wrzód oddźwiernikowo- dwunastnicowy, mogą być rozmaite; konieczną jest też pewna klasyfikacja odnośnych przypadków, co wraz z próbą ustalenia wskazań do poszczególnych zabiegów oraz oceną ich wartości jest przedmiotem niniejszej pracy.

Wśród naszego materjału 272 chorych operowanych na skutek rozpoznania wrzodu żołądka lub dwunastnicy w latach 1920 do 1928 znalazło się 18 „mylnie“ rozpoznanych przypadków, których historję choroby tutaj w krótkości podajemy.

P r z y p a d e k 1. L. h. ch. 60. 1920/21) Br. W. l. 34, od 12 lat chory, bóle po jedzeniu, przed kilku laty krwotok żołądkowy. Röntg.: cz. oddźw. zaostrzona, na ucisk bolesna, po 4 g. $^3/_4$ baru zalega. Treść: naczczo Hcl. wol. 12., og. 22., po śniad. pr. 20, 25. Przy operacji prócz licznych zrostów w okolicy zgięcia wątrobowego, w żołądku i dwunastnicy nie można znaleźć żadnych zmian. Mimo tego ze względu na wywiady — zespolenie tylne. W r. 1923 brak poprawy, bóle wymioty, kwasota naczczo 0.0, po śniadaniu 12,6.

P r z y p a d e k 2. (L. h. ch. 148, 1922). Moj. H. lat 33, od 10 lat chory, bóle w godz. po jedzeniu, odbijania, wymioty, stale zażywał sodę. Röntg.: żoł. ślimakowato zwinięty, wypr. praw., bulb. bez zmian; powtórne badanie: na k. małej nyża (?) Rozp. ulc. call. curv. minoris? Treść: naczczo 6/15 po śniad. 14/20, śluz, ć. czerwone nieliczne. Przy operacji mimo gastrotomji i obejrzenia k. małej nie stwierdza się nigdzie wrzodu; wobec tego nie wykonano nic więcej. 1923 brak jakiejkolwiek poprawy.

P r z y p a d e k 3. (L. h. ch. 251/1921 i 245/1922). Pink. B. l. 45, od 3 lat chory, bóle w pół godz. po jedzeniu, wymioty kwaśne. Treść naczczo: 53/68, po śniad. 32/62. Przy operacji nie stwierdza się mimo dokładnego badania żadnych zmian. Dolegliwości trwają dalej. W r. 1927 ponowna operacja wykazuje małe stwardnienie na krzyw. małej; wycięcie podłużne tamże stwierdza maleńki, ale głęboki wrzodzik, uleczenie.

P r z y p a d e k 4. (L. h. ch. 144/1922). Mich. C., l. 40, chory od 5 lat, bóle okresowo po jedzeniu, w ostatnich czasach wymioty. Röntg.: po 6 g zalega pół baru; opuszka dw. jako plamka. Treść naczczo: 36, 45, po śniadaniu 36, 65. Rozp. Ulc. duod. Przy operacji nie stwierdza się wrzodu, tylko kilka luźnych zrostów; i nieznacznie powiększonych gruczołów limfat. Zespolenie żoł.-jelit. Zrazu poprawa, potem znowu bóle i dawne dolegliwości.

P r z y p a d e k 5. (L. h. ch. 272 z r. 1924). Rozalja J. l. 21, chora od 12 lat, bóle po jedzeniu i w nocy trwające okresami; obecnie pogorszenie, wymioty; od dawna cierpi na bicie serca, duszność. Wyraźne objawy Basedowa. Röntg.: bulbus wypełnia się trudno, jako plamka, bolesny; po 3 godz. $^1/_3$ baru zalega, nad barem dużo płynu. R.: wrzód dwunastnicy. Treść: naczczo oboj., po śniad. 2/6. Przy operacji nie można stwierdzić w żołądku i dwunastnicy żadnych zmian, prócz znacznie zgrubiałego i skurczonego oddźwiernika. Pyloromyotomja typowa. Po zabiegu znaczna poprawa, bóle, wymioty ustały zupełnie. Treść naczczo obj., po śniad. 3/8. W r. 1928 małe dolegliwości żołądkowe.

P r z y p a d e k 6. (L. h. ch. 167, 1925). Marja M. l. 26, chora od 3 tygodni, zrazu nudności i wymioty po kilka razy dziennie; potem bóle bardzo silne w nadpępczu i podżebrzu prawem po jedzeniu i w nocy, łagodzone przez posiłek. Stolec zaparty. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się trudno, bolesna, lekkie opóźnienie wydalania. Treść: naczczo 25, 45, po śniadaniu 15, 35. Rozp.: wrzód dwunastnicy (?) Przy operacji nie stwierdza się żadnych zmian chorobowych, oddźwiernik nieco zgrubiały. Pyloromyotomja, mimowolne otwarcie światła dwunastn. szew, płatek sieci na tenże. Dolegliwości ustąpiły zupełnie. Po 2 tygod. Röntg.: opuszka nieco nieostra, żoł. po 3 g. pusty. Treść: naczczo 6, 12, po śniad. 7/13. Wr. 1928 stan subj. zupełnie dobry.

P r z y p a d e k 7. (L. h. ch. 356, 1925, ż.). Jadwiga Mor. l. 28. Od 4 miesięcy bóle w nadpępczu po stronie prawej po jedzeniu i w nocy, odbijania kwaśne; od 6 dni pogorszenie, bóle bardzo silne, wymioty krwawe częste, wielkie osłabienie, zaparcie stolca. Osoba b. wychudła, rozlana bolesność w nadpępczu. Röntg.: mało papki z powodu wymiotów, silna peristaltyka, opuszka dwunastnicy trwale wypełniona, bolesna, po 6 g. trwała plamka barowa w okolicy opuszki. Rozp.: wrzód dwunastnicy. Treść: naczczo 0.8, po śniad. 16, 24. Próba benz. w kale +. Przy operacji mimo bardzo dokładnego badania nie można stwierdzić żadnych zmian w żołądku i dwunastnicy. Pyloromyotomja; przytem mimowolne otwarcie światła dwunastnicy, szew w poprzek dwuwarstwowy. Natychmiastowa poprawa, wymioty, bóle ustąpiły. Röntg.: po 2 g. żoł. pusty, w okolicy opuszki widoczna trwała plamka barowa. Chora opuszcza klinikę w dobrym stanie. Stan ten trwał 8 mies., potem znowu bóle, wymioty. Röntg.: wielka ilość płynu, wymioty utrudniają badanie. Relaparotomja: liczne i silne zrosty okolicy odźwiernika z otoczeniem; wobec tego zespolenie tylne. Poprawa. Po 2 tyg. nowe bardzo obfite i częste wymioty, które powoli uspokajają się, tak iż chora po dalszych 2 tyg. opuszcza klinikę. Röntg.: b. wiele płynu w żołądku, treść naczczo i po śniadaniu obojętna. Dalsze losy nieznane.

P r z y p a d e k 8. (L. h. ch. 326, 1925, ż.). Kat. O., l. 42. Od 3 lat bóle po jedzeniu w nadpępczu, od 2 mies. pogorszenie, bóle bardzo silne, w stolcu krew (?) Röntg.: zrazu przyśpieszenie, potem opóźnienie wydalania, tak, iż po 3 g. połowa baru zalega, opuszka wydłużona, niebolesna, gastro-enteroptosis. Treść: naczczo 15, 20, po śniadaniu 26, 50. Rozp.: Susp. quoad ul. duod. Przy operacji stwierdza się jedynie zgrubienie okrężne odźwiernika, nieznaczne pasemkowate zrosty. Pyloromyotomja typowa, płatek sieci na szew. Poprawa dolegliwości podmiot.; Röntg.: opuszka nieregularna, małe zaległości po 2 g. Treść: naczczo 4, 16, po śniad. 10, 25. W r. 1928 chora czuje się zupełnie dobrze.

P r z y p a d e k 9. (L. h. ch. 149, 1926 m.). Mordko T. l. 18, chory od 3 tygodni, bóle w żołądku po jedzeniu, wymioty kwaśne, zaparcie. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się przelotnie, nieostro, bolesna. Treść: naczczo 40, 60, po śniad. 42, 65. Rozp.: podejrz. na wrzód dwunastnicy. Przy operacji stwierdza się jedynie przerosły, zgrubiały okrężnie odźwiernik, na jego przedniej powierzchni małe zmętnienie bł. surowiczej (blizna?) Pyloromytomja, warstwa podśluzówkowa prawidłowa, szew warstwowy surowiczo-mięśniowy poprzeczny. Po 2 tyg. Röntg.: szybkie wypr. żołądka, bar płynie szerokim stałym strumieniem do dwunastnicy. Treść: naczczo 0,0, po śniad. 4, 16; żółć obecna — znaczna podm. poprawa. Zgłosił się w r. 1928; ma niewielkie dolegliwości żoł.; wynik badania Röntg. jak wyżej.

P r z y p a d e k 10. (L. h. ch. 108, 1927 m.). Ant. D., l. 37. Chory od $1^1/_2$ roku; bóle silne stale w kilka godz. po jedzeniu w podżebrzu prawem, odbijania, zaparcie, w ostatnich czasach wymioty. Röntg.: bez zmian. Treść naczczo 0.10, po śniad. 6, 18. Rozp.: Susp. quoad ul. duod. Przy operacji stwierdza się jedynie przerost odźwiernika, zresztą brak jakichkolwiek zmian. Pyloromyotomja, szew warstwy mięśn. surow. w poprzek. Poprawa subjektywna. Röntg.: szybkie wydalanie trwałym strumieniem baru, po 1 g. żoł. pusty. Treść naczczo 0,0, po śniad. 2, 14. Po roku stan

chorego zupełnie dobry, nie odczuwa dawnych bólów i dolegliwości.

Przypadek 11. (L. h. ch. 202, 1928 m.). Ludw. D. l. 27. Od roku chory na żołądek, bóle po jedz., wym., raz atak podejrzany na kryte przebicie wrzodu. Röntg.: opuszka dw. wypełnia się nieregularnie, nieostro, bolesna. Treść naczczo 6,16, po śniad. 13, 23. Przy operacji stwierdza się znaczny przerost (zgrubienie okrężne) odźwiernika, na przedniej ścianie małe zbielenie błony surowiczej. Pyloromyotomja, szew poprzeczny warstwy m.-sur. Po operacji bezpośrednio znaczna poprawa. Röntg.: bar przechodzi ciągłym strumieniem do dwunastnicy, po 3 kwadransach żoł. pusty. Treść naczczo 0,2, po śniad. 4, 14. W r. 1928 doniósł, iż ma nieznaczne dolegliwości żoł.; przybył 20 kg na wadze.

Przypadek 12. (L. h. ch. 244, 1928 m.). Teodor M., lat 33. Od 2 lat bóle w parę godzin po jedzeniu. wymioty kwaśne, zauważył raz czarne stolce. Nadpępcze po stronie prawej tkliwe. Röntg.: przewężenie stałe na krzywiźnie dużej, opuszka bez zmian. Podejrz. na ulc. praep. Treść naczczo 0, 15, po śniad. 29, 40, krwawienie. Przy operacji stwierdza się znaczny przerost odźwiernika, nieznaczne zmiany na błonie surowiczej. Pyloromyotomja, szew warstwy mięśn.-surow. poprzeczny. Stan podm. po oper. wyśmienity. Röntg.: bar płynie nieprzerwanym strumieniem do dwunastnicy, po 1/2 godz. żoł. pusty. Treść naczczo 2, 12, po śniad. 5, 18. W r. 1928 doniósł, iż ma się dobrze, przybył na wadze blizko 29 kg.

Przypadek 13. (L. h. ch. 1928 ż.). Beila l .29. Chora od 4 lat, bóle po jedzeniu i w nocy, wymioty; od paru tygodni pogorszenie, w klinice chora jęczy mimo diety i środków łagodzących bez przerwy. Röntg.: Peryst. b. żywa, przecinająca; nad barem na szer. 2 palców płyn. Canalis pylor. wypróżnia się bardzo szybko; kontur krzywizny małej w połowie p. desc. nieostry. Opuszka dw. wyciągnięta, matowa. Okolica odźw. bolesna na ucisk. Przy operacji stwierdza się jedynie odźwiernik bardzo zgrubiały. Pyloromyotomja, zwieracz gruby na 10—12 mm. Wynik bezpośredni zabiegu znakomity, szew warstwy mięśn.-sur. poprzeczny, bóle, wymioty znikły zupełnie. Röntg.: b. szybkie wypr. się żołądka, po 1 g. pusty. Treść naczczo 0,0, po śniad 0,18, chora opuszcza klinikę bez dolegliwości.

Przypadek 14. (L. h. ch. 240, 1928 m.). Max F., l .32. Chory na żołądek od 2 miesięcy, bóle po jedzeniu, wymioty częste. Röntg.: wykazuje opóźnienie wydalania, opuszka dw. wypr. się nieregularnie, tkliwa. Treść: naczczo ob., po śniad. 5, 10. Obustronne nacieki w szczytach. Przy operacji stwierdza się jedynie świeże gruzełki rozrzucone w jamie brzusznej, też na otrzewnej żołądka. Jamę brzuszną zaszyto.

Przypadek 15. (L. h. ch. 3, 1928 m.). Piotr P. l. 40. Chory od 3 lat, gniecenie w dołku podsercowym po jedzeniu, czasem wymioty, czarne stolce. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się przelotnie, nieostro, bolesna. Rozp. Ulc. duod. Treść: naczczo oboj., po śniad. 15, 25. Przy operacji stwierdza się w odźwierniku zgrubienie tak znaczne, że zachodzi podejrzenie na początkujący nowotwór; kilka małych gruczołków w krzywiźnie dużej części odźwiernikowej, ściana żołądka w obrebie tej ostatniej wydaje się jakby zgrubiała. Wobec tego wycięcie części odźwiernikowej w. Rydygiera. Wynik bezpośredni dobry. Treść 0,0, po śniad. 4, 10. Po pół roku chory zgłosił się w dobrym stanie, ma nieznaczne dolegliwości żoł. W wyciętym preparacie stwierdza się znacznie przerosły, 10 mm gruby zwieracz, oraz duże fałdy przerosłej błony śluzowej żołądka tuż przed odźwiernikiem. Na błonie śluzowej bardzo liczne brodawkowate zgrubienia, ułożone pasmami, na szczycie których widnieją erozje wielkości główki od szpilki; wrzodu ani blizny nigdzie nie stwierdza się; drobnowidowo — wybitny przewlekły stan zapalny, w niektórych miejscach bł. śluzowa zanikła, w innych bardzo silnie polipowato przerosła; bardzo liczne mieszki i erozje mieszkowe, nacieki drobno-komórkowe, miejscami „metaplazje" w nabłonek kubkowy — (gastritis chronica).

Przypadek 16. (L. h. ch. 279, 1927 m.). Marc. B. l. 37. Chory od 5 lat, bóle w kilku godz. po jedzeniu, wymioty. Röntg.: żoł. rozszerzony, wydalanie opóźnione, opuszka wypełnia się nieostro, niewyraźnie. Treść naczczo 60, 75, po śniad. 40, 64. Rozp. Ulc. duod. Przy operacji stwierdza się odźwiernik zgrubiały, tworzący przy ujęciu w rękę wyraźny guz; gruczoły nigdzie nie powiększone. Wobec podejrzenia na wrzód odźw. wycięcie części odźw. w. Rydygiera. Wynik bezpośredni i po roku dobry. Treść 2, 6, po śniad. 10, 18, w r. 1928 zdrów, nieznaczne dolegliwości żoł. Na wyciętej części żołądka stwierdza się jedynie znacznie przerosły zwieracz, nigdzie nie spotyka się owrzodzeń lub blizny. Błona śluzowa okazuje miejscami znaczny brodawkowaty przerost. drobnowidowo nacieki drobnokomórkowe, liczne mieszki, miejsca znacznie przerosłe.

Przypadek 17. (L. h. ch. 289, 1926 m.). Karol H. l. 23. Chory od lat 2. Bóle po jedzeniu w kilka godzin i nad ranem bardzo silne; w ostatnich czasach kwaśne wymioty. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się nieostro, niewyraźnie, tkliwa, wydalanie miernie opóźnione. Treść: naczczo 24, 42, po śniad. 23, 43. Rozp. Ul. duod. Przy operacji stwierdza się guzowate zgrubienie odźwiernika, kilka zrostów. Wobec podejrzenia na wrzód, wycięcie odźwiernika w. Krönleina. Wynik bezp. b. dobry. Treść naczczo oboj., po śniad. 6, 12. Po dwu blizko latach stan dobry, odżywia się prawidłowo. W wyciętej części żołądka stwierdza się znacznie przerosły zwieracz, brak wrzodu lub blizny. Makroskopowo błona śluzowa gładka, drobnowidowo bardzo nieznaczne zmiany przewlekłe zapalne.

Odnośnie do wszystkich wymienionych przypadków należy zaznaczyć, że badano zawsze starannie woreczek żółciowy i drogi żółciowe względnie wyrostek robaczkowy celem wykluczenia ich ewentualnych schorzeń jako przyczyny dolegliwości.

Jeżeli z przytoczonych tu 17 przypadków wyłączymy przypadek 3, który jest dowodem na to, że dolegliwości chorego przecież mogły być sprowadzone przez wrzód ukryty na krzywiźnie małej a stwierdzony dopiero przy drugiej operacji, względnie, że rozwinął się on dopiero na tle przedtem istniejących zmian zapalnych (p. n.), oraz przypadek 14, w którym dolegliwości żołądkowe były zależne od świeżej erupcji gruzełków na otrzewnej żołądka a może i zmian gruźliczych błony śluzowej tegoż, pozostaje 15 przypadków odnoszących się w ściślejszem znaczeniu do omawianej tutaj kwestji.

Co się tyczy częstości przypadków, to w piśmiennictwie spotykamy odnośnych dat nader mało. Payr1) określał ilość takich „mylnych" rozpoznań na 20%, opierając się na 46 przypadkach operowanych w pewnym okresie czasu, a jakkolwiek cyfra ta wydaje się wobec naszej (6'6%) nieco za wysoką, w każdym razie świadczy o tem, że przypadki takie są dość częste. Oczywiście częstość ta zależy od dokładności badania, doświadczenia osobistego oraz wskazań ogólnych do operacji, których się trzyma dany chirurg. Wśród naszego materjału spotykaliśmy prócz opisanych przypadków także i takie, w których poza naszą kliniką wykonano mimo nieistnienia wrzodu zespolenie żołądkowo-jelitowe, a które będą przedmiotem oddzielnej pracy.

Ze względu na stronę czysto rozpoznawczą, wskazania do operacji oraz rokowanie przedoperacyjne ważną jest kwestja, czy jesteśmy w stanie przed zabiegiem przypadki w rodzaju tu omawianych wyodrębnić i odróżnić od przypadków właściwego wrzodu okolicy odźwiernika lub dwunastnicy.

Wiek, płeć chorych nie dają nam szczególnych wytycznych punktów, choć przeważnie byli to ludzie w wieku młodym lub średnim, przyczem kobiety, licząc procentowo zdają się nieco przeważać.

Wywiady przedstawiają się dwojako: U jednych chorych czas trwania dolegliwości jest długi, sięga kilku do kilkunastu lat, a nawet jak w przypadkach Konjetznego 20 i 30, przyczem dolegliwości występują okresowo, pogarszają się stopniowo a polegają głównie na bólach w kilka godzin po jedzeniu i naczczo, odbijaniach, czasem wymiotach, nawet krwawych; u innych czas trwania choroby jest uderzająco krótki, kilka tygodni lub miesięcy, przyczem zwraca uwagę niestosunek między krótkiem trwaniem dolegliwości a ich nasileniem, zwłaszcza o ile na pierwszy plan wybijają się uporczywe wymioty, które przy wrzodzie odźwiernikowo-dwunastniczym zjawiają się zazwyczaj późno w następstwie zwężenia. O ile przypadki pierwsze nie różnią się w wywiadach od przypadków wrzodu o tyle wywiady w drugich zdają się być charakterystyczne dla braku wrzodu. Bolesność uciskowa jest zaznaczona nieraz dość wybitnie i nie daje podobnie jak wynik badania treści, która może być prawidłową, lub przedstawiać odchylenia w obydwu kierunkach, żadnych pewnych danych. Możliwe, że badanie morfologiczne treści żołądkowej naczczo po zadziałaniu histaminy oraz zachowanie się wydzielania czerwieni obojętnej pod wpływem histaminy stosowane obecnie na klinice przez autora pozwoli na rozpoznanie zmian przewlekłe zapalnych żołądka, tak ważnych dla patogenezy omawianych przypadków.

Najciekawszym jest wynik badania Roentgenowskiego, które jest zazwyczaj rozstrzygającem przy wskazaniu do operacji, a we wszystkich prawie przypadkach (z wyjątkiem p. 10) wykazywało pewne zmiany, najczęściej mierne opóźnienie wydalania, niewyraźne i nieregularne wypełnianie się opuszki dwunastnicy, często nadmierną peristaltykę; zwracają też uwagę trwałe pozostałości barowe lub cienie robiące wrażenie uchyłków, które zdają się zależeć od obecności głębokich fałdów przerostej nieraz błony śluzowej po obu stronach zgrubiałego odźwiernika. Zmiany Roentgenowskie, uzasadniające rozpoznanie, względnie podejrzenie na wrzód odźwiernika lub dwunastnicy opisali w swo-

ich przypadkach jako częste również Payr, Konjetzny2) i inni. Możliwe, że bardzo precyzyjne badanie Roentg., a szczególnie stosowanie rzadkiej zawiesiny w małej ilości pozwoliłoby na ściślejsze rozpoznanie w omawianych przypadkach (Berg).

Wreszcie o ile chodzi o zmiany konstytucyjne, to i wykazanie ewentualnych „stigmatów", świadczących o nieprawidłowej czynności układu wegetatywnego nie przedstawia nic pewnego dla właściwego rozpoznania, wobec częstości ich występowania przy wrzodzie i ścisłego związku powyższych zaburzeń z jego powstawaniem, będącego podstawą „teorji nerwowej" (Bergmann i inni). Wśród naszych przypadków zwraca uwagę przypadek 5-ty, z wybitnemi objawami Basedowa, na którego związek z wrzodem żołądka niejednokrotnie wskazywano (Katz, Gali, Westphal, Holler).

Jak wynika więc z powyższych danych, nie jesteśmy w stanie na podstawie badania klinicznego zabezpieczyć się przeciwko „mylnemu" rozpoznaniu wrzodu; jedynie jeszcze wywiady mogą nam jak wspomniano nasunąć myśl, że mamy do czynienia nie ze sprawą anatomiczną postępującą powoli i doprowadzającą do coraz większych zmian, lecz ze zboczeniem czynnościowem, którego przyczyna nie jest nam jeszcze bliżej znaną.

Po otwarciu jamy brzusznej uderza nas zazwyczaj niestosunek pomiędzy znacznemi dolegliwościami chorego a brakiem zmian, których spodziewaliśmy się z mniejszą lub większą pewnością.

Stan, który wtedy stwierdzamy przedstawia jak sądzić można z naszych przypadków pewne cechy charakterystyczne. Najważniejszem i najczęstszem jest zgrubienie okolicy odźwiernika, które przy ujęciu w całą dłoń robi wrażenie dość opornego i wyraźnego guza, a który dopiero przy chwycie na wykazanie drożności objawia się nam jako jednostajny, okrężny wałek z otworem w środku; bez zastosowania tego środka można łatwo myśleć o zaczynającej się sprawie nowotworowej. W jednych razach prócz zmiany powyższej nie stwierdzamy wogóle żadnych zmian na otrzewnej żołądka i dwunastnicy (przyp. 8, 13). W innych spostrzegamy na przedniej powierzchni odźwiernika malutkie zmleczenia, lub nieznaczne zrosty, blaszki, i te przypadki nastręczają nam pewne wątpliwości co do obecności małego wrzodu. Wreszcie należy wyodrębnić przypadki w których prócz zmian grubości odźwiernika, możemy zauważyć tu i ówdzie powiększony gruczołek chłonny w krzywiźnie dużej i stwierdzamy pewne jakby zgrubienie, zwiększenie oporności ściany żołądka, zwłaszcza w części odźwiernikowej (przyp. 15). Wspomnieć należy, że dla stwierdzenia ewentualnie ukrytego wrzodu polecano w podobnych przypadkach pewne zabiegi dodatkowe jak np. otwarcie dwunastnicy względnie żołądka i obejrzenie błony śluzowej od wewnątrz (zastosowany w przyp. 2-gim) oraz t. zw. duodenoskopję, którą szczególnie zalecał Beck, posługując się szczególnym przyrządem optycznym w rodzaju rektoskopu, wprowadzanym do wnętrza żołądka, wreszcie używano prześwietlania dwunastnicy lampką wprowadzoną poza nią. Sposobu pierwszego nie możemy polecić, gdyż otwarcie światła zwłaszcza dwunastnicy nie jest obojętnem, co do duodenoskopji zaś, to daje ona wyniki niewystarczające, według Heymanna, któremu ani w jednym przypadku nie udało się z jej pomocą stwierdzić przyczyny znacznych nieraz dolegliwości; Heymann jest zdania, że gdzie brak jakichkolwiek cech zewnętrznych wrzodu zwłaszcza dwunastnicy tam go niema wogóle, a ze zdaniem tem, szczególnie o ile chodzi o wrzód odźwiernika a zwłaszcza dwunastnicy i o dolegliwości trwające latami, musimy się na podstawie naszego doświadczenia zgodzić.

Rozstrzygnięcie pytania jaka jest przyczyna dolegliwości w przypadkach omawianych a przedstawiających po otwarciu jamy brzusznej wyżej wymienione cechy nie jest łatwem. Kwestja ta wiąże się ściśle z kwestją t. zw. kurczu odźwiernika (pylorospasmus) u dorosłych oraz ze sprawą obrazu chorobowego jaki przedstawia przewlekły stan zapalny ściany żołądka (gastritis) i stosunku tegoż do powstawania wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Co do możliwości czysto nerwowego, nie zależnego od zmian anatomicznych kurczu odźwiernika, to niektórzy autorowie jak Brugsch, Faulhaber i inni nie uznają jego istnienia, a przypuszczają, że jest on tylko objawem wtórnym wywołanym przez małe wrzodziki (ragady) okolicy odźwiernika. Cały szereg innych autorów, przedewszystkiem Bergmann, oraz wielu chirurgów, dysponujących materjałem stwierdzonym naocznie, przypisuje samoistnemu kurczowi odźwiernika wielką rolę. Haidenhain 3) stwierdzał niejednokrotnie kurcz z przerostem aż do zwężenia bez jakichkolwiek owrzodzeń i uważa go za cierpienie analogiczne do kurczu odźwiernika osesków, który może zostać w życiu późniejszym wyrównany i przebiegać do czasu bez objawów. Takie „zwężenia dobrotliwe" na tle skurczu i przerostu opisał anatomo-patolog Gruber, który jednak wątpi o związku ich ze skurczem odźw. osesków. Jako przyczyny kurczu podają Finney i Friedenwald czynniki nerwowe, „irrytatywne" i odruchowe. Okazuje się jednak, że przy bliższem zbadaniu histologicznem stwierdzono dosyć często zmiany anatomo-patologiczne, które uważano za przyczynę kurczu; i tak Kelling4) stwierdził drobnowidowo małe nacieki w samym mięśniu, a wielu autorów jak Borgbjärg5), Kemp6), Faber7) a zwłaszcza Konjetzny uważają zmiany przewlekle-zapalne części odźwiernikowej (gastritis chronica) za przyczynę kurczu i dolegliwości. Wreszcie Payr kładzie główny nacisk na przyczyny konstytucjonalne, jako tło kurczu odźwiernika, który nie ogranicza się według nowszych badań wyłącznie do tego ostatniego. Cała sprawa jest dość zawiła, a poszczególne zapatrywania nie wykluczają się wzajem. Zarówno kurcz odźwiernika jak i zmiany zapalne mogą być zależne od nieprawidłowych bodźców nerwowych, a doświadczenia Stahnkego8), który przez drażnienie n. błędnych uzyskał zmiany zapalne błony śluzowej żołądka, rzucają na sprawę powyższą nowe światło. Z jednej strony kurcz odźwiernika trwając latami może przez zastoinę sprzyjać wystąpieniu zmian zapalnych, z drugiej zaś te ostatnie, o ile dotyczą okolicy odźwiernika z powodu obecności nadżerek i zaburzeń wydzielniczych mogą podtrzymywać kurcz. Na podstawie naszego materjału musimy stwierdzić, że w jednych przypadkach wybija się na pierwszy plan kurcz odźwiernika, w innych zaś przewlekły stan zapalny, tak, że trudno ustalić jednolitą przyczynę omawianego obrazu chorobowego.

Co do przypadków pierwszego rodzaju, istnieją niewątpliwie takie, w których i histologicznie nie stwierdza się żadnych prawie zmian (np. przypadek Nr. 17). Należą tu niewątpliwie przypadki z anamnezą krótką, co również przemawia przeciw pierwotnemu zapaleniu błony śluzowej jako przyczynie skurczu; w tych razach jesteśmy skłonni przypuścić tło konstytucjonalne, przyczem przyczyny, natury odruchowej odległe czy miejscowe, wywołujące usadowienie się kurczu właśnie w odźwierniku, nie są nam bliżej znane; przypadki te tworzą oddzielną grupę. Do grupy drugiej należy zaliczyć przypadki w których stwierdza się przy operacji nieznaczne choćby zmiany miejscowe w okolicy odźwiernika jak minimalne blizenki, (przyp. 9) zrosty lub drobnowidowe nacieki w mięśniu; zmiany te można uważać za następstwa przebytych małych owrzodzeń błony śluzowej lub głębszych procesów zapalnych i nic nie stoi na przeszkodzie, aby uważać je za przyczynę kurczu odźwiernika i związanych z nimi dolegliwości.

Stanowią one niejako przejście do przypadków trzeciego rodzaju, zazwyczaj z anamnezą długą i dla wrzodu typową, w których nie stwierdzamy go wprawdzie ale obok przerostu odźwiernika znajdujemy mniej lub więcej znaczne zmiany zapalne w błonie śluzowej części odźwiernikowej, a zewnętrznie zgrubienie okolicy odźwiernika i samych ścian żołądka (Konjetzny) oraz nieraz powiększone gruczoły chłonne okołożołądkowe (przyp. 15, 16).

Na wyodrębnione tutaj z grubsza 3 typy kliniczne przypadków dolegliwości wrzodowych bez właściwego wrzodu posiadamy przykłady zarówno wśród naszego materjału jak i wśród dość wielu już przypadków opisanych przez wyżej cytowanych autorów.

Zależnie od zapatrywań na przyczyny dolegliwości stosowano w odnośnych przypadkach różne metody operacyjne. Ciekawem jest, że samo wykonanie laparotomji bez jakiegokolwiek zabiegu przynosi czasem nagłą ulgę, którą możemy do pewnego stopnia wytłumaczyć wpływem psychicznym a może działaniem diety; poprawa ta jednak jest krótka i chorzy wracają niechybnie (Heymann) z dawnemi dolegliwościami.

Zwolennicy zespolenia żołądkowo-jelitowego jako metody leczniczej przy wrzodzie żołądkowo-jelitowym wykonywali je chętnie, zwłaszcza dawniej i w przypadkach, w których wrzodu nie stwierdzili, jedni przypuszczając, że zabieg ten w każdym razie nie zaszkodzi, inni w dobrej wierze, że dolegliwości spowodowane kurczem odźwiernika i zastoiną względnie nadkwasowością zostaną złagodzone przez zespolenie, podobnie, jak się dzieje przy istniejącym wrzodzie odźwiernikowym lub nawet odległym od niego. Nie ulega już dziś jednak wątpliwości, że działanie zespolenia jest tem mniej korzystne im mniejsze są zmiany spowodowane przez wrzód, i że zespolenie wykonane w przypadkach w których brak wrzodu, nie tylko nic nie pomaga, ale staje się przyczyną nowych ciężkich dolegliwości. Nasze dwa przypadki, datujące się jeszcze z lat 1921—1922 świadczą o tem wymownie, a kwestja ta zostanie omówioną gdzieindziej. Dziś już godzą się wszyscy na to, iż zespolenie należy w przypadkach

takich jako szkodliwe bezwarunkowo zarzucić. Wspomnieć dalej należy, że w zamiarze zniesienia szkodliwych wpływów nerwowych na żołądek polecano w przypadkach kurczu odźwiernika szereg metod operacyjnych polegających na zniszczeniu lub przecięciu nerwów. I tak Bircher polecał częściowe przecięcie gałązek n. błędnego żołądka, zapomocą której to metody miano uzyskać dobre wyniki, (Kostlivy i in.) poprawę widział również po przecięciu nerwów żołądka Gionolla. Jeżeli jednak uprzytomnimy sobie, że żołądek posiada znaczny automatyzm zarówno pod względem wydzielniczym jak i ruchowym i że jak wykazali Kirchner i Mangoldt oraz Redwitz nawet po poprzecznem wycięciu uzyskuje prawidłową czynność, musimy uważać skutek tego rodzaju operacji za niezupełny i nietrwały.

Inne metody polegają odpowiednio do zapatrywań na pierwotne źródło dolegliwości w omawianych przypadkach bądź to na unieszkodliwianiu samego odźwiernika, bądź to na doszczętnem wycięciu go wraz z schorzałą częścią odźwiernikową żołądka.

Idea unieszkodliwienia odźwiernika nie jest nową i datuje jeszcze od Doyena (1895). W r. 1905 zwrócił Payr uwagę na „guz skurczowy" odźwiernika, objawiający się nadkwaśnością, wymiotami, bólami i lekką zastoiną, który uzależniał od obecności małych wrzodzików i porównywał do skurczu zwieracza odbytu, przy jego rozpadlinie; jako metodę operacyjną polecał w tych przypadkach t. zw. pyloroplastykę Heinecke-Mikulicza. Operacja ta obmyślona dla odźwiernika zwężonego bliznowato i jako taka zarzucona, w ostatnich latach zyskała wielu zwolenników, którzy polecali ją w zastosowaniu do przypadków kurczu odźwiernika bez jego zmian anatomicznych (Grekow, Gregory 8), Petroff, Martynow, Braizew); ostatniem jej stadjum rozwoju jest zmodyfikowana przez Oehlekera 9) a chętnie w Ameryce stosowana operacja Finneya. W r. 1924 zajął się Payr bliżej przypadkami dolegliwości wrzodowych bez wrzodu i uważa je bez względu na przyczynę za główne wskazanie do przecięcia zwieracza odźwiernika, które wykonuje jednak bez naruszania błony śluzowej a więc analogicznie do operacji Ramstedta u osesków; korzystne wyniki Payra potwierdzili inni autorzy, poddając jego metodę pewnym modyfikacjom (Kotzeborn, Schoemaker, Butzengeiger); nie brak jednakże i zapatrywań krytycznych (Muschkatin i in).

Według naszego doświadczenia do pyloromyotomji nadają się przedewszystkiem przypadki należące do pierwszej z wyżej wymienionych grup, z krótką względnie anamnezą a bardzo silnemi dolegliwościami, w których przy zabiegu stwierdzamy jedynie przerosły i skurczony odźwiernik, bez żadnych innych zmian a w których wobec krótkiego trwania choroby trudno przypuścić obecność większych zmian zapalnych. Jaka jest przyczyna usadowienia się kurczu w odźwierniku, czy są to małe nadżerki błony śluzowej w jego okolicy, czy jakieś zmiany chorobowe w przebiegu nerwów żołądka, czy też w innych odległych narządach (Pauchet), jak rozległy jest łuk odruchowy—nie wiemy, ale możemy twierdzić, że zabieg znoszący ostateczny efekt tych zmian, tj. kurcz odźwiernika jest teoretycznie a jak można sądzić z niektórych naszych przypadków i klinicznie wskazany i uzasadniony. Wynik w niektórych razach był wprost znakomity, co zależy jednak naszem zdaniem obok należytego wskazania także w znacznej mierze i od techniki zabiegu. Nie można się pod tym względem zgodzić z Payrem, że otwarcie mimowolne światła dwunastnicy jest bez znaczenia, gdyż właśnie w tych przypadkach, w których ten błąd został popełniony widzieliśmy wyniki złe lub niezadawalniające, a zależne jak się można było przekonać od następowych zrostów lub zwężenia. Uniknąć tego błędu, który zdarza się bardzo często wobec stosunków anatomicznych można przez zastosowanie szczególnej techniki, polegającej na napięciu zwieracza i wyrównaniu otaczających go kieszonek błony śluzowej w czasie przecinania 11). Bardzo korzystnem również jest zeszycie warstwy mięśniowo-surowiczej w poprzek, przez co pokrywa się i oddala od siebie końce przeciętego mięśnia, a sposób ten polecany przez Butzengeigera stosujemy obecnie zawsze z małą odmianą. Dobry wynik pyloromyotomji ujawnia się nietylko w podmiotowym stanie chorego ale i w obrazie Roentgenowskim jako przyśpieszenie wydalania treści kontrastowej, która trwałym prądem opuszcza żołądek; również i podwyższona kwasota treści żołądkowej uległa niejednokrotnie dość znacznemu obniżeniu, co musimy wobec niektórych zdań przeciwnych podkreślić. O trwałości wyników świadczą obce i nasze przypadki, jakoteż do pewnego stopnia doświadczenia na zwierzętach (Kotzeborn). Dobrze i przy odpowiedniem wskazaniu wykonana pyloromyotomja jest zabiegiem niewinnym i skutecznym.

Co do przypadków grupy drugiej, w których stwierdzamy bardzo nieznaczne zmiany jak małe zmleczenia, blizenki na błonie surowiczej okolicy odźwiernika lub nieznaczne zrosty tamże, a mimo dokładnego badania danych na wrzód nie posiadamy i w tych razach, zwłaszcza o ile odźwiernik jest w całości zgrubiały, pylorotomja dała nam wyniki dobre; zmiany wymienione mogą być niewątpliwie przyczyną kurczu odźwiernika, ale same przez się nie uzasadniają tak ciężkiego zabiegu, jakim jest wycięcie części żołądka.

Pozostają wreszcie przypadki grupy trzeciej z anamnezą długą, typową dla wrzodu okolicy odźwiernika lub dwunastnicy, obciążoną nieraz znacznym krwotokiem żołądkowym; Roentgen wykazuje w tych razach nieraz objawy zwężenia (Borgbjärg, Kemp, Faber, Konjetzny). Na przypadki te, w których po otwarciu jamy brzusznej nie znajdujemy ku naszemu zdziwieniu wrzodu, zwrócił w ostatnich latach szczególną uwagę Konjetzny, uważając za główną i pierwotną przyczynę dolegliwości, względnie kurczu odźwiernika i krwotoków przewlekły stan zapalny (gastritis) odźwiernikowej części żołądka. K. sądzi, że w przypadkach tych uleczenie uzyskać można najpewniej przez wycięcie całej schorzałej części żołądka a opiera się na szeregu swoich przypadków w których stwierdził rozległe zmiany zapalne a nawet przejścia w bujanie nowotworowe; ważnem jest również według K. zabezpieczenie chorego przed powstawaniem wrzodu na tle zmian zapalnych. Możliwe, że w przyp. Nr. 3, wyżej przytoczonym wrzód stwierdzony dopiero przy drugiej operacji rozwinął się na tle poprzednio istniejących zmian zapalnych, stwierdzonych też w wyciętej części żołądka. Kwestja ta wiąże się ze sprawą stosunku wrzodu do tych ostatnich i nie może być bliżej omawianą na tem miejscu. Należy w każdym razie Konjetznemu przyznać, że wskazania swoje stawia ostrożnie i przestrzega przed „rabunkowem" wycinaniem żołądków przez niedoświadczonych chirurgów. Jakkolwiek mimowoli cofamy się przed wycięciem zewnętrznie niezmienionego żołądka, musimy się zgodzić na to, że niektóre przypadki z objawami szczególnie ciężkiemi, nadają się do wycięcia, zwłaszcza o ile stwierdzimy obok przerostu odźwiernika także i zgrubienie ściany części odźwiernikowej (Konjetzny) a zwłaszcza powiększone gruczoły chłonne okołożołądkowe typowe dla zmienionej błony śluzowej; nawet jeżeli przypuścimy, że kurcz odźwiernika był w tych przypadkach pierwotnym, trudno spodziewać się po samej pyloromyotomji cofnięcia się daleko posuniętych zmian degeneratywno-zapalnych błony śluzowej; przed wykonaniem zespolenia w takich stanach tembardziej należy przestrzec. Wycięcie zaś części odźwiernikowej, gdyż ta ostatnia okazuje główne zmiany, może jak wykazują przypadki Konjetznego sprowadzić zupełne uleczenie. Nasze 3 przypadki wycięcia, wykonanego co prawda z powodu niepewności co do istoty zgrubienia odźwiernika, a zwłaszcza przyp. Nr. 15, zdają się również świadczyć na korzyść wycięcia, przy „gastritis", o ile będzie ono zastrzeżone do pewnych tylko, odpowiednio dobranych przypadków.

Piśmiennictwo.

1) Zbl. f. chir. 1924, 24. Arch. f. Kl. Chir. 138. 2) Zbl. f. chir. 1923, 26, Arch. f. kl. chir. 129 3) D. Z. f. Chir. 179. 4) Arch. f. kl. chir. 120. 5) Arch. f. Verdkr. 30. 6) B. z. P. u. T. d. Ernst. 2. 7) Z. f. kl. med. 76, podręcznik Kraus-Brugscha. 8) Zbl. f. chir. 1924. 33. 9) Zbl. f. chir. 1924. 39. 10) Zbl. f. chir. 1925. 20. 11) Hilarowicz: Zbl. f. chir. 1929, 10.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

(Ciąg dalszy).

VII. Grupa badań.

W tym celu użyliśmy do doświadczeń 24 królików, rozdzieliwszy je na dwie serje. U królików pierwszej serji wykonano 9 wstrzyknięć śródżylnych, podając każdorazowo po 1 cm^3 surowicy końskiej normalnej, rozcieńczonej 10-krotnie 0.85% NaCl. Po tygodniowej przerwie, wykonano przez trzy, po sobie następujące dni trzy wstrzyknięcia śródotrzewnowe (celem uniknięcia wstrzą-

su nadwrażliwościowego), podając każdorazowo po 4 cm³ normalnej i nierozcieńczonej surowicy końskiej. W sześć dni po ostatniem wstrzyknięciu pobrano próbki krwi i zmianowano surowice wedle Uhlenhutha. Wyniki przedstawione są na tablicy III. Nr. 172—176.

W drugiej serji, złożonej z 19 królików, wykonano pierwszą część uodporniania, podając małe dawki (0.1 cm³) surowicy 8 do 10 razy co drugi dzień. Po przerwie 22 do 33-dniowej wykonano uodpornienie powtórne, podając antyanafilaktycznie 0.15—0.2 cm³ surowicy rozcieńczonej jak poprzednio, a po godzinie podano śródżylnie dawkę surowicy, odpowiadającą 1 cm³ na 1 kg wagi zwierzęcia. Dawkę tę powtórzono dnia następnego. Mianowanie surowicy wykonano dla porównania zarówno po pierwszem jak i drugiem uodpornieniu. Doświadczenia te są zestawione w tablicy III, Nr. 177—213.

Jak z tej tablicy można się przekonać, miana surowic precypitacyjnych, otrzymanych w obu serjach królików są bardzo wysokie. Takie wysokowartościowe surowice jak 1 : 60.000 lub 1 : 80.000 należały do rzadkości przy uodpornianiu dawniejszemi sposobami, posługującemi się wielkiemi ilościami wywoływacza. Surowice, opisane przez Fujiwarę są coprawda wysokowartościowe, lecz posiadają wyżej wyliczone błędy, które nie zachęcają zbytnio do posługiwania się jego metodą dla celów praktycznych. Powyżej podana odmiana sposobu Fujiwary, polegająca na podawaniu małych ilości obcogatunkowej surowicy nieściętej, usuwa częściowo błędy właściwego sposobu Fujiwary. Surowice otrzymane tym sposobem nie hamują w rozcieńczeniach wywoływacza powyżej 1 : 10, lecz pierścienie są niewiele wyraźniejsze, niż przy oryginalnym sposobie Fujiwary, a zatem wprawdzie te surowice działają silnie pod względem ilościowym, natomiast jakościowo, pod względem nasilenia odczynu pozostawiają jeszcze nieco do życzenia.

Króliki w obu serjach doświadczeń, zgodnie z przewidywaniami, dały surowice najlepsze ze wszystkich podanych sposobów.

Jak widać, pierwsze, wstępne uodpornienie, wykonane często i małemi ilościami wywoływacza pobudziło ustrój królika do wytwarzania swoistych precypityn, silnych pod względem ilościowym, a więc działających nawet na znikome dawki wywoływacza. Surowice te atoli po wykonaniu pierwszej serji wstrzyknięć są jeszcze dość słabe jakościowo i dają tylko delikatne pierścienie nawet w niskich rozcieńczeniach wywoływacza. Dopiero po wykonaniu powtórnego uodporniania zmienia się znacznie obraz odczynu. W niskich mianowicie rozcieńczeniach powstają prawie natychmiast silne kłaczkowate strąty, a szybkość i nasilenie odczynu są dwukrotnie większe. Przeciętne miano surowic precypitacyjnych ludzkich podnosi się nieznacznie, ale zato szybkość powstawania pierścieni, jakość i ilość strątów jest znacznie większa. Miano przeciętne precypityn ludzkich, wynoszące po wstępnem uodparnianiu 1 : 5.512 podnosi się po powtórnem uodpornieniu do 1 : 8.857. Natomiast miano precypityn końskich, wynoszące po wstępnem uodpornieniu 1 : 8.714 dochodzi po powtórnem uodpornieniu do 1 : 23.500. Nasilenie oraz przebieg odczynu zupełnie podobne jak u precypityn ludzkich. Czemu należy przypisać w tej grupie badań tak znaczną różnicę w mianie precypityn ludzkich i końskich, otrzymywanych w ten sam sposób, trudno orzec.

Przejdźmy teraz do sprawy swoistości surowic. Większą część surowic, jakie są podane na tablicy III, przebadano dokładnie pod tym względem z surowicami heterologicznemi, najczęściej spotykanemi, a mianowicie precypityny ludzkie z surowicą bydlęcą, końską i świńską, zaś precypityny końskie z surowicą ludzką, bydlęcą i świńską. Jak to uwidacznia tablica, surowice są tem mniej swoiste, im wyższe jest ich miano. To zachowanie się swoistości możnaby tłumaczyć wielką ilością wstrzyknięć, co zgadzałoby się z przypuszczeniem Manteufla i Begera, iż w razie wykonywania więcej niż 3 wstrzyknięć zmniejsza się swoistość precypityn. Jednak przeciw temu przemawiają doświadczenia Fujiwary, który także uodporniał małemi wprawdzie, lecz częstemi dawkami. Wprawdzie starano się wykazać, niejednokrotnie nawet z dodatnim skutkiem, że wywoływacz ogrzany powoduje tworzenie się precypityn o większej swoistości. Precypityny ludzkie, otrzymane według Fujiwary, jak to zresztą podaje sam autor, mają słabo oddziaływać nawet na białko małp. Manteufel i Beger przy powtarzaniu doświadczeń Fujiwary stwierdzili większą swoistość w ten sposób otrzymanych precypityn, wyjąwszy blisko pokrewne gatunki, gdzie ograniczenie heterologiczności nie daje się zauważyć. Przeprowadzone ostatnio przez Meisnerową badania nie wykazują wielkich różnic między swoistością surowic, otrzymanych przy pomocy wywoływacza niezmienionego a gotowanego. W każdym razie trudno przypuścić na podstawie spostrzeżeń własnych i przytoczonych cudzych doświadczeń, aby wywoływacz niezdenaturowany mógł być powodem tej dość znacznej nieswoistości. Można jedynie przypuścić, że injekcje przygotowawcze w pierwszej serji uodporniania, właśnie dlatego, że są małe co do ilości wprowadzonego antygenu wywołują reakcję alergiczną w wyższym stopniu, niż wykonane dużą ilością wywoływacza injekcje przy innych metodach, gdzie reakcja ustroju ma charakter więcej swoisty niż grupowy.

Już po ukończeniu doświadczeń z tej grupy badań ukazała się praca Blumenthala, opierająca się na doświadczeniach Yoshioki (surowice przeciwpneumokokkowe), Forneta i Müllera oraz Fujiwary. Główną zaletą metody Blumenthala ma być podanie powtórne wywoływacza po przerwie przynajmniej tak długiej, aby miał czas wytworzyć się stan nadwrażliwościowy. Przypomina to w dużym stopniu, pominięte milczeniem przez autora doświadczenia Raysky'ego, tudzież Ročeka, które służyły nam za podstawę przy opisanej przez nas odmianie uodpornienia powtórnego. Doświadczenia Blumenthala, podobnie jak i nasze, prowadzą do wyników dobrych i obie prace potwierdzają się nawzajem.

VIII. Grupa badań.

Z instytutu H. Pfeiffera wyszła praca Standenatha, w której autor dowodzi na podstawie doświadczeń, wykonanych na dwóch królikach, że przy uzyskiwaniu precypityn otrzymuje się o wiele lepsze wyniki, jeżeli przed właściwem uodpornianiem wykona się poprzednio u zwierząt zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego. W tym celu stosuje autor zawiesinę koloidalną obojętną w postaci tuszu. Tusz ten, wykonany specjalnie przez firmę Grüblera w Lipsku jest jałowy i bez dodatku środków przeciwgnilnych. Kilka dni przed uodpornieniem surowicą wstrzykuje autor śródżylnie ów tusz, rozcieńczony odpowiednio w wodzie przekroplonej a potem dopiero rozpoczyna uodpornianie królika surowicą. Jak już zaznaczono, autor ten podaje na dowód tylko dwa króliki, zaś dwa inne uodpornione surowicą w ten sam sposób, jednak bez uprzedniego zaczopowania układu siateczkowo-śródbłonkowego, służą jako kontrolne. Króliki z uprzedniem zaczopowaniem układu siateczkowo-śródbłonkowego wytwarzają precypityny dobre, bo miano jednej wynosi 1 : 20.000, zaś drugiej 1 : 40.000, podczas gdy u królików kontrolnych wynosi miano 1 : 2.500 i 1 : 10.000. Ostateczne odczytanie wyników następowało po 16 godzinach, natomiast autor nie podaje, jakie były wyniki po czasie krótszym np. jak się zwykło odczytywać po 20 minutach.

Ponieważ wkrótce potem ukazało się doniesienie Nadine-Collon'a, że wstrzykiwania tuszu nie wpływają na stopień wytwarzania się precypityn, a zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego odgrywa niewielką rolę także przy otrzymywaniu innych przeciwciał, postanowiliśmy to sprawdzić, powtarzając z jednej strony doświadczenia Standenatha w oryginale, z drugiej zaś strony poprzedzając metodę, opisaną w grupie VII naszych badań, zaczopowaniem układu śródbłonkowo-siateczkowego. Jako materjału kontrolnego użyliśmy królików uodpornionych wprawdzie w innym czasie ale w ten sam sposób, w jaki zostały uodpornione króliki z uprzedniem zaczopowaniem. Aby mieć możliwość dokładnego porównania wyników, użyliśmy do uodpornienia z zaczopowaniem tuszowem tej samej ilości zwierząt, jaka była uodporniona w tensam sposób, ale bez zaczopowania.

Przy powtarzaniu doświadczeń Standenatha wykonaliśmy u 5-ciu królików po dwa wstrzyknięcia tuszu (kolloidale Tusche nach Pfeiffer). W dwa dni po drugiem wstrzyknięciu tuszu wykonaliśmy cztery wstrzyknięcia surowicy ludzkiej unieczynnionej, podając codziennie po 2 cm³ do żyły usznej. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu wykonaliśmy próbne upusty krwi i mianowania surowic. Dwa króliki dały surowicę o mianie 1 : 10.000, jeden o mianie 1 : 1.000, zaś dwa padły już po wstrzyknięciach tuszu (z tych jeden po pierwszem, drugi po powtórnem w sposób gwałtowny, prawie bezpośrednio po wykonaniu wstrzyknięcia).

W następnych naszych doświadczeniach, przeprowadzonych na 18 królikach, wykonaliśmy naprzód zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego, a później uodpornianie według metody opisanej szczegółowo w VII grupie naszych badań.

W serji pierwszej tych doświadczeń wykonaliśmy na początek dwa wstrzyknięcia śródżylne tuszu, rozcieńczonego w wodzie przekroplonej w stosunku 1 : 15, względnie 1 : 20, przesączonego i ogrzanego do ciepłoty ciała. Między jednem a drugiem wstrzyknięciem zrobiono 3-dniową przerwę. Począwszy od następnego dnia po ostatniem wstrzyknięciu tuszu wykonano 10 wstrzyknięć surowicy końskiej, podając śródżylnie co drugi dzień po 0.1 cm³

TABLICA IV

L. p. królika	Waga królika	Płeć	I injekcje tuszu	Odstęp czasu między tuszem a surowicą	I injekcje surowicy	Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu	I Miano-wanie	Przerwa dni	II injekcje tuszu	Odstęp czasu między tuszem a surowicą	II injekcje surowicy	Odstęp czusu od ost. injekcji do upustu	II Miano-wanie	Badanie swoistości	Rodzaj precy-pityny
214	2100	♂	15 cm³ 10%	—	Przez cztery dni po sobie następujące injekcja śródżylna po cm³ surowicy ludzkiej			p a d ł							
215	2050	♂	15 „ 10% 10 „ 5%	2 dni		10 dni	1:10.000							swoista	ludzka
216	2050	♂	15 „ 10% 10 „ 5%	—				p a d ł							
217	2050	♂	10 „ 5% 10 „ 5%	2 „		10 dni	1:10.000							swoista	ludzka
218	2250	♂	10 „ 5% 10 „ 10%	1 „		10 „	1:10.000							„	„
219	2170	♂	10 cm³ 5% 10 „ 7%	1 „	10 injekcyj śródżylnych surowicy końskiej co drugi dzień w ilości 0·1 cm³ surowicy + 0·9 cm³ 0·85% NaCl	10 „	1:1 000	17			Przez trzy dni po sobie następujące wykonano 3 injekcje, każdego dnia jedną w ilości 1 cm³ surowicy na 1 kg zwierzęcia	7 „	1:10.000	„	końska
220	2500	♂	„ „	1 „		10 „	1:100	17				7 „	1:40.000	B. L S. 1:1.000	„
221	2550	♂	„ „	1 „		10 „	1:20.000	17				7 „	1:40.000	B. L. S. 1:1.000	„
222	2200	♂	„ „	1 „		10 „	1:1.000	17				7 „	1:10.000	B. L. 1:1.000 S. 1:1.000	„
223	2450	♂	„ „	1 „			Po szóstej injekcji królik padł								
224	2750	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	17				7 „	1:20.000	B. L. 1:1.000 S. 1:1.000	„
225	2070	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	13	10 cm³ 7·5% 10 cm³ 7·5%	2 dni		7 „	1:40.000	B. L. 1;1.000 S. 1:1.000	„
226	2600	♂	„ „	1 „		10 „	1:1 000	13	» „	2 „		7 „	1:40.000	swoista	„
227	2170	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	13	„ „	Po ost.		inj. tuszu królik padł			
228	2070	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	13	„ „	2 dni		7 „	1:40.000	B. L. S. 1:1.000	„
229	2350	♂	„ „	1 „		10 „	1;20 000	13	„ „	2 „		7 „	1:20.000	L. S. 1:1.000 B. 1:1.000	„
230	2100	♂	„ „	1 „		10 „	1:20.000	13	„ „	2 „		7 „	1:40 000	S. L. 1:1 000 B. 1:1.000	„
231	2700	♂				10 „	1:1.000	13	„ „	2 „		7 „	1:10.000	B. S. 1:100	„
232	2350	♂				10 „	1:10.000	13	„ „	2 „		7 „	1 20.000	swoista	„
233	2900	♂				10 „	1:1.000	13	„ „	2 „		7 „	1:10.000	swoista	„
234	2700	♂				10 „	1:10 000	13	„ „	2 „		7 „	1 40.000	B. L S. 1:1.000	„
235	2800	♀				10 „	1:1.000	13	„ „	2 „		7 „	1:10 000	L. S. 1:100	„
236	2100	♀				10 „	1:10.000	13	„ „	2 „		7 „	1:20.000	B. L. S. 1:1.000	„

UWAGA: Duża litera B. oznacza: bydlęcą, L. — ludzką, S. — świńską surowicę.

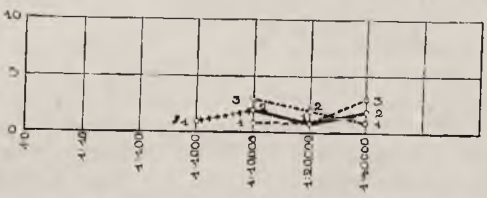
surowicy, 10-krotnie rozcieńczonej 0.85% NaCl. Po 17 dniach przerwy wykonano przez trzy po sobie następujące dni trzy wstrzyknięcia surowicy końskiej, podając każdorazowo po 1 cm³ surowicy na 1 kg wagi królika. W godzinę przed pierwszem wstrzyknięciem uodpornienia powtórnego podano 1 cm³ 10-krotnie rozcieńczonej surowicy, celem uniknięcia możliwego wstrząsu nadwrażliwościowego. Jeden z królików (nr. 223) padł wśród pierwszego uodporniania z powodu ogólnego ropienia.

W serji drugiej doświadczeń podano, jak i w serji pierwszej najpierw dwa wstrzyknięcia tuszu, potem wykonano analogicznie uodpornienie pierwsze, a w 13 dni po ostatniem wstrzyknięciu surowicy znowu dwa śródżylne wstrzyknięcia tuszu z przerwą jednodniową. Tym razem oba wtórne wstrzyknięcia tuszu wykonano jednakowemi dawkami, podając każdorazowo po 10 cm³ 7.5% rozczynu tuszu (jeden królik padł natychmiast po drugiem wstrzyknięciu tuszu). W dwa dni później wykonano powtórne uodpornienie surowicą końską w ten sam sposób jak w serji poprzedniej.

W serji trzeciej doświadczeń wykonano najpierw uodpornienie pierwsze małemi dawkami, a w trzynaście dni później wstrzyknięto śródżylnie dwukrotnie z przerwą jednodniową po dziesięć cm³ 7.5% tuszu. W dwa dni potem przeprowadzono uodpornienie powtórne w sposób podobny, jak w obu poprzednich serjach.

A zatem podano tusz w serji pierwszej tylko przed pierwszem uodpornieniem, w serji drugiej przed pierwszem i przed drugiem uodpornieniem, zaś w serji trzeciej tylko przed drugiem uodpornieniem.

Miano surowic badano po pierwszem i po drugiem uodpornieniu. Wyniki są przedstawione na tablicy IV oraz na krzywej Nr. 5.



Krzywa Nr. 5.

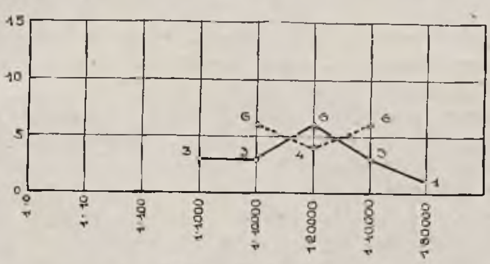
Linja krzyżykowa oznacza doświadczenia na królikach Nr. 214—218.

Linja ciągła oznacza doświadczenia na królikach Nr 219—224.

Linja kreskowa oznacza doświadczenia na królikach Nr. 225—230.

Linja kropka-kreska oznacza doświadczenia na królikach Nr. 231—236.

Wyniki są dość podobne do tych, jakie są zestawione na tablicy III, gdzie uodparniano w ten sam sposób, lecz bez zaczopowania tuszem układu siateczkowo-śródbłonkowego.



Krzywa Nr. 6.

Linja ciągła oznacza surowice, otrzymane według metody, opisanej w VII grupie badań Nr. królików 177—213 (z wyjątkiem królików padłych).

Linja kropkowana oznacza surowice, otrzymane według metody, opisanej w VIII grupie badań Nr. królików 219—236 (z wyjątkiem królików padłych).

Do porównania z wynikami otrzymanemi na tablicy IV zestawiono taką samą liczbę królików uodpornianych, a mianowicie króliki Nr. 177, 178, 180, 199, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212 i 213 (porówn. tablica III, oraz krzywa Nr. 5).

W serji pierwszej, gdzie tusz podano tylko przed pierwszem uodpornieniem, miano przeciętne surowic jest stosunkowo najniższe, bo wynosi 1 : 14.000. W serji drugiej, gdzie tusz podawano dwukrotnie zarówno przed pierwszem jak i przed drugiem uodpornieniem wyniki są najlepsze, bo miano przeciętne surowic wynosi 1 : 30.000. Nakoniec w serji trzeciej, gdzie podano tusz tylko przed drugiem uodpornieniem wynosi miano przeciętne surowic 1 : 18.333.

Przeciętne miano wszystkich surowic, uzyskanych we wszystkich tych trzech serjach wynosi 1 : 23.750.

Podobnie przedstawia się też przeciętne miano surowic u królików kontrolnych, które wynosi 1 : 22.062.

Najsilniejsze odbiegnięcie od kontroli widzimy w serji drugiej (króliki Nr. 225—230), gdzie różnica między mianem przeciętnem surowic kontrolnych, a surowic tejże serji wynosi 1 : 7.938 na korzyść królików, z zaczopowaniem dwukrotnem układu siateczkowo-śródbłonkowego tj. przed pierwszem i przed drugiem uodpornianiem.

Co do swoistości surowic, to wyniki są analogiczne jak królików kontrolnych i nie daje się zauważyć różnic wybitniejszych, jak o tem można się przekonać przez porównanie odpowiednich tablic.

Z doświadczeń tych można zatem wysnuć ten wniosek, że istotnie wstrzykiwania tuszu wpływają dodatnio na wytwarzanie precypityn, aczkolwiek może nie w tym stopniu, jako to wypadło z doświadczeń S t a n d e n a t h a, który użył do swych doświadczeń zbyt małej liczby zwierząt.

Dok. nast.

Doc. Dr. HUEBSCHMANN i asyst. Dr. J. UNGAR. Praga.

Przesączalna postać prątka gruźliczego w gruźlicy skóry.

Z Kliniki chorób skórnych prof. Sambergera i bakterjologicznego instytutu prof. Honla w Pradze.

Gruźlica skóry, jak wiadomo, odznacza się zwykle tak rzadką obecnością prątków Kocha, że często nawet przy najstaranniejszem badaniu niemożliwem jest je znaleźć. I tak z biegiem czasu powstały dwie grupy, a mianowicie:

1. *Grupa pewnej, ustalonej gruźlicy skóry (prątkowej).*

a) lupus vulgaris, b) lupus follicularis disseminatus, tub. veruc. cutis, verruca necrogenes, tbc. vera cutis, scrophuloderma, erythema indur. Bazin, lichen scrophulosorum, tuberkulidy guzko-martwicowe (papulo necrot.) i tbc. cutis miliaris.

2. *Grupa gruźlicy prawdopodobnej* t. zw. toksytuberkulidy, z których najważniejszym jest lupus erythematodes.

Następujące dwa czynniki rozstrzygają o przynależności do grupy gruźlicy skóry:

1. *Obecność prątka gruźlicy na skrawkach.* Najpewniejszą w tym kierunku jest stara metoda Ziehla. Jednak i przy lupus vulgaris (toczeń pospolity) klinicznie ustalonym pod względem przynależności do gruźlicy, trudnem jest bardzo często wykazanie prątka. Nasunęło się więc pytanie, czy metoda Ziehla w rzeczywistości potrafi odkryć prątki Kocha i w zmienionych postaciach. Z tego powodu powstała metoda Grama, modyfikowana przez Mucha, przy pomocy której można we wielu przypadkach tuberkulid, wykazać „różne ziarna" i „barwiące się ułamki prątków". Po dziś dzień jest jeszcze kwestją nerozstrzygniętą czy i tą metodą osiągamy dowód gruźliczego pochodzenia choroby skóry. Również i metoda a n t i f o r m i n o w a nie daje pewnych wyników. Jeśli nadmienimy ponadto jeszcze obecność kwasoodpornych saprofytów, pasorzytujących na powierzchni skóry, nie wyczerpaliśmy tem ani w przybliżeniu wszystkich wątpliwości tego działu.

2. *Dodatni wynik zaszczepienia tkanki chorej zwierzęciu doświadczalnemu.* Tutaj zwracamy uwagę na niektóre braki. Zazwyczaj szczepienia takie dokonuje się na świnkach, czułych na działanie prątka gruźlicy typu ludzkiego. Niektórzy dermatolodzy polegają na tem doświadczeniu. Można na niem polegać, o ile próba wypadnie dodatnio, — nigdy zaś nie można na podstawie ujemnego wyniku wyłączyć gruźlicy w materjale doświadczalnym. Przypomnijmy ponadto doświadczenie P o u t r i e r a, który wyciął toczeń pospolity, część wyciętą przedzielił i każdą cząstkę odrębnie zaszczepił innej śwince. U jednego zwierzęcia wystąpiły zmiany gruźlicze, u drugiego zaś nie. Z tego jest widocznem, jak przypadkowem może być rozmieszczenie prątka gruźlicy w tkance chorej.

Wiemy dalej dziś, że szereg gruźliczych chorób skórnych i tuberkulidy są pochodzenia zwierzęcego. Byłoby zatem wskazanem zaszczepić materjał skórny nietylko śwince ale również królikowi *) do przedniej komory oka, co dotychczas miało miejsce w bardzo nieznacznej mierze.

---

*) Królik jest bardzo czuły na typ prątka gruźliczego zwierzęcego pochodzenia.

Występowanie więc prątka gruźlicy w skrawkach i wynik doświadczeń na zwierzętach, głównie zaś hodowla, są najbardziej przekonywającymi momentami. Momenta te uzupełniamy jeszcze następującymi czynnikami pomocniczymi, o wartości mniejszej: 3) budowa drobnowidowa o ustalonym charakterze, 4) dodatni odczyn tuberkulinowy, a w końcu 5) współistniejące objawy gruźlicze, które wystąpiły bądź wcześniej, bądź równocześnie ze schorzeniem skórnem u badanego osobnika, względnie w rodzinie, otoczeniu i t. d.

Ostatni zwłaszcza punkt posiada wartość tylko względną.

Nawet najczęstsza, bezsprzeczna gruźlica skóry, jaką jest toczeń pospolity nie odpowiada czasem najważniejszym warunkom, wymaganym od ustalonych postaci gruźlicy skóry, tem mniej dalsze, rzadsze postacie, jak to jeszcze szczegółowiej omówimy.

Każdemu skórnikowi musiała się zapewno żywo nasunąć kwestja o istnieniu przesączalnej postaci prątka gruźlicy, która umożliwiałaby w sposób jasny wytłumaczyć ów szereg dotychczasowych, ujemnych wyników gruźlicy skóry. Nie będę tu rozstrząsał, czy postać przesączalna prątka gruźlicy istnieje, czy też nie. Rozwój i dzisiejszy stan tego problemu dostatecznie jest poparty pracami autorów tej miary, jak Nocard i Roux, Mecznikow, Babes, Arloing, Spengler, Kirchenstein, Reenstdiern, Behring, Gongerst, Courmant, Fontes, Vandriemer, Durand, Handurog, Vonucci, Dufourt, Beckel, Lydja, Rabinowitsch i inni.

Na tem miejscu należy również wspomnieć o odczytach i pracach ogłoszonych na VI. Zjeździe czechosłowackich lekarzy, przyrodników, inżynierów, a to prof. Honla i prof. Kimly.

Nas, przy niektórych rzadkich, atypowych albo wątpliwych postaciach gruźlicy skóry, zajmowała głównie myśl, czy przesączami otrzymanemi z wyciętych części tkanki skóry, dają się wywołać u zwierząt doświadczalnie zmiany, opisywane w literaturze, jako typowe dla istnienia przesączalnej postaci prątka gruźlicy.

Zanim przystąpimy do omówienia naszych doświadczeń, zbierzemy wyniki dotychczasowej pracy na polu chorób gruźliczych skóry. Jakkolwiek starannie przeglądaliśmy odnośną literaturę, znaleźliśmy tylko dwukrotną wzmiankę. Jedną jest praca Balbiego z r. 1927, który szukając za przesączalną postacią prątka gruźlicy w procesach gruźliczych skórnych znalazł na 11 przypadków tocznia pospolitego jeden przypadek dodatni. Nie wyklucza on przytem jednak przypadkowej gruźlicy doświadczalnej świnki. Dat szczegółowych brak.

Drugą jest praca Mangonattiego z r. 1928 o wynikach osiągniętych w 3 przypadkach tocznia pospolitego i w jednym przypadku tocznia rumieniowatego. Ze świnek zaszczepionych, niektóre zginęły w ciągu pierwszych trzech dni po zaszczepieniu, bez swoistych zmian przy sekcji. Inne zginęły między 46—79—92 dniem. Te świnki (chociaż przedtem wszystkie były ujemne) wykazywały trwały, dodatni odczyn oftalmiczny.

Przy sekcji napotykamy głównie na dwa obrazy:

1) rzadko (w 3 przypadkach na ogólną liczbę 48 świnek morskich) znajdujemy zwiększone gruczoły chłonne krezkowe na przekroju różowe lub różowo-białawo-szare. Drobnowidowo: komórki o zagęszczonych jądrach i liczne ciała włóknisto-nabłonkowe. Prątków gruźlicy nie znaleziono jednak,

2) częściej wykazano guzki białawo-szare, od wielkości prosa począwszy do wielkości główki szpilki, rozsiane w śledzionie, wątrobie, płucach, nerkach i nadnerczach. Gruczoły krezkowe, były zawsze powiększone, często niektóre piersiowe, we środku zserowaciałe.

Drobnowidowo wykazano nadmiar komórek nabłonkowych, brak wszelkiej martwicy albo zserowacenia, natomiast zmiany wsteczne w komórkach (zagęszczenie jąder, zwyrodnienie) a we wnetrzu guzków bezpostaciową miazgę komórkową. Rzadko znajdywano olbrzymie komórki typu Langhansa, zaś w nich i około nich przy bardzo starannem badaniu niekiedy skąpą ilość prątków odpornych na alkohol i kwasy, pod względem morfologicznym, zachowujących się, jak typowe prątki gruźlicy. Wycinek gruczołu chłonnego aseptycznie zaszczepiony śwince, wywołał wrzód o dnie słoninowatem i nierównych brzegach, który po 2-miesięcznem trwaniu nie okazywał tendencji do samoistnego wygojenia.

Podobne wyniki dał toczeń rumieniowaty.

W dalszym ciągu wspomina Balbi dodatkowo jeszcze o swoich podobnych doświadczeniach przeprowadzonych w przypadkach tocznia rumieniowatego i sarkoidu Dariera.

Do naszych doświadczeń użyliśmy następujące przypadki:

1) *Lupus follicularis disseminatus* na twarzy u mężczyzny. U chorego rozpoznano lpt. billateralis obsoleta, Mantoux wykazał alergję średniego stopnia. BW. ujemny. Stan somatyczny bardzo dobry. Chory pozostaje w naszej obserwacji prawie 3 lata. Rozpoznanie kliniczne i drobnowidowe bezsporne. Prątka gruźlicy nie wykazano ani na licznych skrawkach, ani w płynie uzyskanym z wykwitu skórnego, ani na pożywce, ani też zapomocą doświadczeń wykonanych na zwierzętach.

Ujemne te wyniki nie wywołają zdziwienia, jeśli uświadomimy sobie, jak mało w literaturze opisanych jest przypadków tego rodzaju, gdzie zdołanoby jakimkolwiek sposobem wykazać obecność prątka gruźliczego.

2) *Lupus follicularis disseminatus* twarzy, górnych i dolnych kończyn. Chora pozostaje pod naszą obserwacją od 2 lat. Stan somatyczny dobry, w płucach przestarzałe, wygojone gruźlicze zmiany. Odczyn Mantouxa ujemny. BW. ujemny. Badania kliniczne i drobnowidowe potwierdziły rozpoznanie.

3) *Granuloma anulare* (ziarniniak). Prof. Šamberger w swem dziele zalicza tę postać do gruźlicy skóry prawdopodobnej. Drobnowidowo znajdujemy i w najbardziej typowych przypadkach tylko nacieki, utworzone przeważnie z komórek nabłonkowych, nigdy zaś z komórek olbrzymich.

Do niedawna nie opisano ani jednego przypadku, w którym stwierdzonych obecność prątka gruźlicy, względnie w postaci ziaren. Dopiero w r. 1927 ogłosił Dittrich pracę, w której twierdzi, że udało mu się metodą Klingmüllera wykazać w 2 przypadkach granuloma anulare prątki, w postaci laseczek i ziarenek. W tem miejscu należy również wspomnieć o pracy Sezary-Vandremera, którzy wyleczyli ziarniniak 14 wstrzykiwaniami odpowiedniej szczepionki przeciwgruźliczej. Należy zaznaczyć, że ziarniniak goi się czasem samoistnie, jeśli wytniemy małą jego część. Badanie kliniczne i drobnowidowe potwierdziły w zupełności rozpoznanie naszego przypadku.

Przystępujemy obecnie do właściwych doświadczeń.

Do badań użyliśmy młode, zdrowe, dobrze odżywione zwierzęta, które nie zetknęły się z gruźlicą, ani z materjałem gruźliczym, o ujemnym odczynie skórnym. Tkankę skórną chorych, wyciętą wedle zasad antyseptyki, sterylnie w misce roztarto, poczem zawieszono w roztworze fizjologicznym soli kuchennej i przesączano przez świeczki Chamberlanda L3. Każdy przesącz, zaszczepiono, bądź na właściwą pożywkę dla prątka gruźlicy, (kartofla, Hohn) bądź badano na obecność innych drobnoustrojów. Dopiero przesącz, nie wykazujący obecności widzialnych drobnoustrojów wstrzyknięto świnkom dootrzewnowo. Zwierzęta które następnie zginęły, poddano sekcji, a w narządach, wykazujących pewne zmiany, szukano za prątkiem, poczem ich zawiesiny zaszczepiono dalszym zwierzętom doświadczalnym.

Jeżeli zbierzemy nasze dotychczasowe spostrzeżenia t. j. przebieg u zwierząt, jakoteż wynik sekcyjny i drobnowidowy, możemy orzec:

Zwierzęta szczepione przesączami wyciętej tkanki w naszych przypadkach ginęły, prawie, że zawsze w ciągu 3—6 tygodni pod obrazem postępującego charłactwa. Niekiedy sekcja wykazywała przekrwienie płuc, jelit i gruczołów, oraz lekkie zwiększenie tychże. Odczyn Mantouxa był zawsze ujemny. Prątka nie znaleziono. znaleziono.

W dalszych pasażach ten czynnik szkodliwy — prawdopodobnie przesącz zarazka — ulega widocznie osłabieniu, przysposabia się i zmienia swój charakter pod względem klinicznym, oraz histologiczno-anatomicznym. Ostatni pasaż wykazuje wybitnie dobrotliwy przebieg kliniczny. Zwierzęta wprawdzie początkowo tracą na wadze, ale następnie z powrotem występuje u nich widoczna poprawa, oraz przyrost na wadze, aż do ich uśmiercenia.

Przebieg ten wykazuje podobieństwo do postaci uleczalnej, opisanej przez Arloinga, do zakażenia, wywołanego osłabionym zarazkiem. Zwłaszcza u jednego zwierzęcia podobieństwo to było uderzające. Świnka (l. 62) z dnia 13 marca 1928 szczepiona przesączem tkanki z granuloma anulare, przeszła okres znacznego charłactwa, następnie się stan polepszył, i w pełni zdrowia przetrwała do końca doświadczeń, do października t. zn. do uśmiercenia, we wybornym stanie somatycznym. Przypadek ten można sobie tłumaczyć nieznaczną jadowitością szczepionego materjału, który zwłaszcza w ziarniniaku musi być według klinicznego przebiegu mało jadowitym.

Odczyn Mantouxa był u wszystkich zwierząt przez cały okres trwania doświadczeń trwale ujemny. Zmiany w gruczołach chłonnych dostrzegalne gołem okiem u zwierząt nadal żyjących były bardzo znaczne, a zwiększały się biegiem pasażu w miarę, jak ubywało na jadowitości. Zmiany te dotyczyły gruczołów pachwinowych, krezkowych, około-wnękowych, około-aortalnych, około-tchawicowych, około-oskrzelowych, zamostkowych i t. d. w różnym stopniu stwardniałych. Niekiedy i śledziona była powiększona.

Wyniki badania nad obecnością prątka gruźlicy były zawsze ujemne, z wyjątkiem zwierzęcia (l. 12) o którem będzie jeszcze mowa. W niektórych gruczołach znaleźliśmy delikatne ziarenka kwaso-odporne, w innych gramo-dodatnie. Odróżnienie ich od artefaktów jest bardzo trudne i prawie niemożliwe. Hodowla była zawsze ujemna.

Nasze wyniki dotychczasowe wykazują duże podobieństwo do wyników osiągniętych przez Lydję Rabinowitsch.

Wyjątek stanowi świnka (l. 12) szczepiona 29 maja 1928 r. ze świnki l. 48 uśmiercona dnia 13 października 1928 w dobrym stanie cielesnym. Oprócz zwiększonych gruczołów chłonnych i ognisk prosówkowych szaro-żółtawych w wątrobie, znaleziono w sieci ognisko wielkości główki szpilki, zserowaciałe, otorbione, a w niem prątki Kocha ++. Zwierzę było dobrze odżywione, tłuste, o sierści gładkiej, błyszczącej. W innych narządach nie znaleziono prątka Kocha. Z hodowli zserowaciałego materjału, dodatniej na pożywce Hohna wyrosła osada gruźlicza typu ludzkiego, która zaszczepiona w jądra świnki, powoduje jej śmierć w ciągu miesiąca. Przypadek ciekawy z tego powodu, że zwierzę nie wykazywało żadnych objawów charłactwa, przybierało prawidłowo na wadze, a zaś wykazanie prątka Kocha zaskoczyło nas, ponieważ w przypadku gruźlicy doświadczalnej świnek jest to obraz niezwykły. Zwierzę reagowało na zakażenie w sposób swoisty. Odczyn Mantouxa był ujemny, jakkolwiek zwierzę posiadało znaczny zgoła stopień odporności, o czem świadczy prawidłowy jego rozwój i sekcja. Tym samym materjałem szczepioną była jeszcze jedna świnka (l. 34). Wykazywała ona obraz podobny, lecz prątków nie znaleziono. Nadmieniamy, że prątek gruźliczy znaleźliśmy i wyhodowaliśmy z gruczołu świnki w V-tym pasażu.

Badanie drobnowidowe wykazuje ogólne zmiany, spotykane niekiedy przy przewlekłych zatruciach. Dowodem na to: zmiany w wątrobie (martwica skrzepowa *) znaczna ilość makrofagów i eozynofilów w śledzionie i gruczołach. Jedynie w niektórych przypadkach stwierdzono zwiększoną ilość szklistego włóknika, dającego obraz charakteru zapalnego.

Streszczamy: w dwóch przypadkach „lupus follicularis disseminatus" i w jednym przypadku „granuloma anulare" znaleźliśmy zmiany, opisane w literaturze, jako typowe dla t. zw. przesączalnej postaci prątka Kocha. Jest to dowodem, wykazującym dobitnie przynależność lupus follicularis disseminatus do gruźlicy skóry. Odnośnie zaś do granuloma anulare, jeśli udadzą się nam doświadczenia te i w przyszłości, to stanowić będą one — według wspomnianego wyżej Dittricha — jedyny dotychczas rzeczywisty dowód o przynależności ziarniniaka do gruźlicy skóry.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R Rencki.

Dokończenie.

Przejdźmy teraz do bodźców fizykalnych. Otóż tu musimy uwzględnić dokładnie fakt, czy dany bodziec nie odgrywa specjalnej roli w etjologji danego przypadku, czy dany bodziec nie jest specyficznym wywoływaczem. W takich przypadkach owe pozornie nieswoiste leczenie ma wprost fatalne skutki. Dalej musimy podnieść, że w przypadkach uczulenia na światło wszelkie próby leczenia odczulającego zupełnie zawiodły. O działaniu lampy kwarcowej u jednej z naszych chorych wspominałem wyżej. W każdym przypadku o ile po pierwszych dawkach mielibyśmy ujemne, a gwałtowne wyniki, leczenie natychmiast przerwać należy.

a) Nagrzewanie suchem, gorącem powietrzem lamp żarowych podane zostało przez Strümpla. Przeprowadzać je możemy tylko w odpowiednich urządzeniach. Ma ono specjalnie działać na objawy kataralne. U nas leczenie to było stosowane w paru przypadkach. Niektóre przypadki wykazywały pewną poprawę, inne były więcej odporne. Leczenie to jako leczenie pomocnicze ma dużą wartość.

b) Naświetlanie promieniami X działa przestrajająco lokalnie na tkanki płucne. Naświetla się 4—6 razy wprost poszczególne pola płucne. W wielu przypadkach lżejszych daje się spostrzegać rzeczywiście bardzo dodatni wpływ. W naszych 12 przypadkach w ten sposób leczonych, wyniki były niezbyt dodatnie, jednakowoż poprawa nawet znaczna prawie w każdym przypadku dała się uzyskać, tylko, że poprawa ta była przejściowa. Musimy się tu liczyć z faktem, że naświetlania takie początkowo mogą dawać nawet przejściowe pogorszenie. Pogorszenia te jednak nie są zatrważające, gdyż szybko ustępują miejsca poprawie.

c) Naświetlanie lampą kwarcową jako ogólnie krzepiące i powodujące zatrzymanie jonów wapnia w ustroju, daje czasem wyniki dodatnie. Często jednak występuje tutaj czasowa wrażliwość na promienie pozafjołkowe, chorzy reagują gwałtownie napadami dychawicy.

d) Leczenie kąpielami ciepłemi z zimnemi polewaniami działa dodatnio na wyksztuszanie i na objawy kataralne. Z kąpieli specjalnych zalecają niektórzy kąpiele siarczane.

Ad 4). Leczenie gimnastyką oddechową wyszło z założenia, że dychawica oskrzelowa polega na nieprawidłowości w rytmie oddychania, które przez gimnastykę można usunąć. Metoda Saengera polega na oddychaniu według liczenia gdzie wydech jest długi, a wdech krótki. Schemat:

1 2 3 4 5 6 7 8 9
wydech wydech

Znacznie lepiej do tego celu nadaje się maska Kuhna, która zmusza chorego do odpowiedniego oddychania i usuwa błędy nierównomiernego szybszego przy wydechu, powolniejszego przy wdechu liczenia. Działanie maski Kuhna polega na utrudnieniu wdechu, a ułatwieniu wydechu, a więc wprowadza warunki wprost przeciwne niż przy napadzie duszności oskrzelowej. Stosuje się to leczenie 2 razy dziennie po ½ godz. a nawet i więcej. Zważać trzeba, aby nie stosować po jedzeniu. Działa leczenie to przedewszystkiem na rozedmę. A to już jest wiele. W lekkich przypadkach nie allergicznych może ono wystarczyć w cięższych przypadkach ma ono dużą wartość pomocniczą. Chorzy zaraz po zdjęciu maski Kuhna uczuwają poprawę w duszności, jak to przekonaliśmy się na licznych naszych chorych. Niewątpliwie działa tutaj w dużej mierze i suggestja.

Podobne działanie do maski Kuhna mają komory respiracyjne. Wymagają one jednak specjalnych urządzeń i mogą być stosowane tylko w odpowiednich sanatorjach.

O diecie przy stanie dychawicowym mówiłem już wyżej. Leczenie dychawicy dietą wegetarjańską było znane od dawna, nie święciło jednak zbytnich triumfów. Obecnie niektórzy autorowie doszukują się związku między skazą moczanową, a dychawicą, dlatego też polecają dietę bezpurynową. Należy uwzględnić wagotoniczne działanie trawienia pokarmów białkowych. Wykluczyć należy napoje wyskokowe.

Dalej należy tu zawsze uwzględniać stan przewodu pokarmowego i według tego regulować dietę. Na koniec nie możemy zapominać, że istnieją przypadki dychawicy alimentarnej. W takich przypadkach nieraz trudno jest dojść do tego, który z pokarmów jest szkodliwy. Próby skórne dają tu nieraz wyniki wątpliwe. Najlepiej postępować w takich przypadkach, gdzie mamy podejrzenie na uczulenie pokarmowe według schematu Kaemmerera. 1—2 dni głodówka, leżenie w łóżku, chory dostaje najwyżej kawę lub herbatę, 3-ci dzień cukier i bułka, 4-ty dzień jaja, 5-ty dzień masło, 6-ty dzień mleko, 7-my dzień jarzynę, 8-my dzień mięso itd., każdego dnia dodajemy nowy składnik pożywienia i notujemy kiedy mamy napad. W ten sposób drogą czystego doświadczenia możemy wyjaśnić etjologję danego przypadku.

Wyżej już rozważaliśmy jaki wpływ na dychawicę ma klimat i słuszne jest zdanie Avellisa: „Każdy astmatyk ma swój własny klimat". I słusznie, nigdy nie możemy z góry powiedzieć, czy klimat jakiejś miejscowości będzie dobrze działał, czy źle. W przypadkach nader ciężkich, dopiero drogą prób przez wielokrotne zmiany miejsca pobytu, można wybrać odpowiednią klimatycznie miejscowość. Naogół należy unikać miejscowości wilgotnych i wystawionych na gwałtowne wiatry. Dodatnio działają miejscowości położone ponad 1500 m. n. p. m. Nieźle również mają wpływać miejscowości podgórskie do 500 m. n. p. m.

Leczenie farmakologiczne prostemi związkami chemicznemi i alkaloidami jeszcze dotychczas mimo tak różnych naszych poglądów oddaje nam niezmierne usługi, stanowi najważniejszą broń w walce z tą chorobą. Niektóre z tych środków podajemy także systematycznie w celu leczenia istoty choroby i zapobiegania napadom. Inne nadają się tylko do użytku doraźnego w celu przerwania napadu.

Połączeń wapniowych używano oddawna, gdyż w braku tegoż w ustroju dopatrywano się przyczyny dychawicy. Należy podnieść, że ma on wpływ dodatni na równowagę wegetatywną

---

*) Podobne ogniska martwicowe w wątrobie pochodzenia toksycznego w przebiegu chorób zakaźnych u zwierząt opisuje Fränkel, Gärtner, Seiffert.

i posiada pewne działanie antianafilaktyczne. W praktyce jednak to dodatnie działanie, odnośnie do dychawicy, okazało się dość słabe. Wapń podajemy przez usta w postaci *calcium lacticum* w proszku lub *calcium chloratum* w rozcynie; ten ostani związek podawaliśmy także w injekcjach dożylnych, co jednak okazało się prawie równoznacznem z podażą doustną. Słabą stroną tego leczenia jest, wykazane przez Dadleza szybkie wydzielanie się wstrzykniętego wapnia z ustroju, czasem nawet z pewną nadwyżką własnego wapnia ustroju. Mamy więc tu do czynienia raczej z pewnem zaburzeniem wewnątrz ustroju w użytkowaniu wapnia. Ta niedomoga w zatrzymywaniu wapna łączyć się może z zaburzeniami w układzie wegetatywnym, gdyż jak wiemy z pracy Zondecka układ parasympatyczny wpływa na wydzielania wapnia. Bardzie celowe więc by było w leczeniu podawanie czynników, które wpływają na zatrzymanie wapnia w ustroju, jak witastaryna, witaminy hormon Collippa, przytarczyca, naświetlanie lampą kwarcową, galwanizacja skóry i cały szereg bodźców nieswoistych w pewnej fazie działania. (W jednym z przypadków tężyczki udało się nam podnieść poziom wapnia we krwi z wartości nienormalnie małych do wartości 20 mg% we krwi, a więc 2 razy większej niż przeciętnie normalna. Do wyniku tego doszliśmy podając wapno razem z naświetleniami lampą kwarcową).

Energicznie zatrzymywać ma jony wapniowe w ustroju wyciąg ze śledziony. W 3 przypadkach stosowaliśmy wespół z leczeniem wapniem zastrzyki wyciągu ze śledziony. W jednym przypadku wynik wybitnie dodatni, w 2 pewne polepszenie. Materjał jeszcze zbyt szczupły, ażeby ten sposób leczenia propagować, jako specjalną metodą. Muszę tu nawiasowo dodać, że w każdym przypadku obserwowaliśmy dość szybki i dość znaczny (2 kilo na 10 dni) przybytek na wadze.

Jod. Dodatnie działanie jodu nie polega tylko na wpływie tegoż środka na nieżyt oskrzeli i ewentualne rozszerzenie oskrzeli (Pal, Pick) lecz sięga głębiej do przemiany materji, wpływa na układ wegetatywny (podnosi S.) i na tarczycę. Odnośnie do wartości tego leczenia musimy podnieść, że w wielu przypadkach nie działa zupełnie, w innych wprowadza tylko poprawę. W niektórych jednak przypadkach działa nadzwyczaj efektownie. Obserwowałem chorą, która znajdowała się w ciężkim stanie dychawicowym, a która po podaniu 0.2 jodku sodowego natychmiast traciła duszność, w dalszem leczeniu poprawa ta się utrzymywała. Tu muszę podnieść, że wśród przypadków u nas leczonych 3 przypadki reagujące dodatnio na jod wykazywały skłonności do tycia, a przeciwnie przypadki wykazujące skłonność do wychudzenia reagowały dość szybko jodzicą. Czy ta otyłość ma wskazywać nam leczenie jodem trudno określić wobec małej ilości przypadków.

Wobec znanego dodatniego działania jodu na zaburzenia w funkcji tarczycy, należałoby podawać jod przedewszystkiem tam gdzie obok dychawicy doszukujemy się zaburzeń tarczycowych.

Atropina. Leczenie przewłoczne atropiną wypracowali Trousseau i v. Norden. Zaczyna się od 0.3 mg 2—3 razy dziennie powoli podnosząc dawkę, dopóki niema objawów toksycznych, jak suchość itp.

Zazwyczaj podajemy w formie pigułek po 0.3 mg, 5—8 razy dnia przez 4—6 tygodni albo w formie zastrzyków codziennych po 0.5 do 2 mg. Tutaj muszę podnieść, bardzo interesujące zjawisko przez nas obserwowane parodoksalnego odczynu, a mianowicie objawy ogólne o charakterze wagotonicznym podobne do zapadu lub pogorszenie się stanu. Zjawisko to spostrzegano głównie w przypadkach zmian skórnych jak obrzęki naczynio-ruchowe i pokrzywka. W każdym razie z możliwością przykrych objawów liczyć się musimy i tutaj. Leczenie przewłoczne atropiną daje w wielu przypadkach dużą poprawę i dlatego zasługuje na specjalną uwagę.

Oprócz tych zasadniczych leków polecano cały szereg najrozmaitszych specyfików zachwalanych w handlu, które jednak były przeważnie kombinacjami tych zasadniczych leków. Wiele z nich działało bardzo niedokładnie. Chciałbym tu jednak zwrócić uwagę na kombinację, którą podaje Petrow, a mianowicie kombinacja małych dawek atropiny, papaweryny, kokainy i kamfory. Autor w swej pracy rozwodzi się szeroko nad mechanizmem działania tej mieszanki. Tu musimy podnieść, że połączenie to jest specjalnie szczęśliwe, jeżeli się zważy działanie farmakodynamiczne każdego leku z osobna.

Działanie tych dodatków podnosi działanie małych dawek atropiny. Autorowie puścili specjalny skład z tych leków złożonych jako środek patentowany do handlu. Muszę tu podnieść, że wysuwają się tu pewne trudności techniczne w utrzymaniu równocześnie tych leków, a przedewszystkiem zwykłego chlorku papaweryny ze zwykle używanym salicylanem czy bedźwinianem kofeiny. Po szeregu prób przeprowadzonych u nas doszliśmy do naszej mieszanki o składzie następującym:

Rp.

	Atropini sulf.	0.003
	Papaverini mur.	0.2
	Coffeini citrici	0.5
	Aquae destil.	10.0
	M. D. Steril pro inj. subcutan.	
Rp.	Atropini sulf.	0.003
	Papaverini mur.	0.2
	Coffeini citrici	0.5
	Calcii chlor.	2.5
	Aquae destil.	150.0
	M. D. S. 3-y łyżki dziennie.	

Injekcje tej mieszanki podskórne stosowaliśmy w ten sposób, że 1 cm odpowiedniej mieszanki wstrzykiwaliśmy równocześnie z dwoma cm Ol. Camph. Do mieszanki przeznaczonej do użytku doustnego można w przypadkach, kiedy możemy się spodziewać dodatniego działania jodu dodać małą ilość jodku sodowego. Na podstawie materjału naszej kliniki. możemy stwierdzić, że mieszanka o składzie wyżej podanym działa w użyciu przewłocznem nieraz nadzwyczaj dobrze. Z braku miejsca nie będę podawał odpowiedniej historji chorób. Podnieść muszę, że injekcje raz albo nawet 2 razy dziennie podawane, działają energiczniej od doustnego sposobu podawania. Objawów ubocznych nie obserwowaliśmy nigdy. Czasem jedynie chorzy ci skarżyli się na pewną suchość w ustach, jednak nieznaczną. Stosowanie tej mieszanki o tyle jest celowe, że podawanie atropiny musi trwać przez czas bardzo długi, przez szereg miesięcy aby poprawę uzyskać i ją utrzymać. Tutaj już takie minimalne dawki atropiny działają dodatnio, nie mówiąc o synergetycznem działaniu innych składników. Przy leczeniu samą atropiną musimy dochodzić do dawek wyższych, a te dawać mogą w użyciu przewłocznem objawy chronicznego zatrucia jak suchość w gardle, i t. p., a nawet uporczywe biegunki, które zmuszają nas do przerwania leczenia.

Do injekcji próbowałem dodawać jeszcze ślad adrenaliny jednakowoż to powodowało lokalną ischemję skóry, zatrzymanie się leków tamże i skutkiem tego zmiany lokalne na skórze, wobec czego ten składnik usunąłem. Mimo tych dodatnich wyników, daleki jestem od przypuszczenia, aby to leczenie mogło w każdym przypadku być jedyne i w każdym przypadku wystarczające. Leczenie to — może dać pewne osłabienie działania czynników swoistych, lecz nie może go znieść zupełnie. I jakkolwiek leczenie to zawsze odnosi pewien skutek, to jednak nie zawsze jest on równo dodatni i długotrwały. Dlatego też raz jeszcze podnieść muszę, że leczenie zawsze do czynników poszczególnych etjologicznych stosować się musi.

Leczenie samego napadu jest znane i dlatego tu tylko krótko zestawię. Morfina działa uspakajająco na podniesione centrum oddechowe. Działa bardzo wybitnie i dodatnio. Z łatwo zrozumiałych względów należy używać jej tylko w ostateczności nigdy zbyt często.

Atropina często zawodzi, bo ona znosi tylko działanie nerwu błędnego, ale nie znosi obrzęku błony śluzowej już powstałego. Januschke poleca połączenie atropiny z uretanem. Należy podnieść, że chorzy na astmę jako wagotonicy, są specjalnie na atropinę odporni.

Adrenalina najbardziej rozpowszechniona dzięki działaniu sympatikomimetycznemu i rozszerzającemu mięśnie oskrzela działa bardzo dobrze, jednak gwałtownie i krótko. Działanie adrenaliny wzmacnia i przedłuża dodatek pituitryny, co znalazło wyraz w astmolizynie, która jest najlepszym i najbardziej efektywnym lekiem i nigdy prawie nie zawodzi w ostrym napadzie. Jednakowoż działanie tych leków jest zbyt gwałtowne zawsze wywołuje podniecenie, a u ludzi wrażliwych nawet drgawki z następowem osłabieniem, bólem głowy i t. p. innemi objawami dodatkowymi bardzo nieprzyjemnemi.

Efedryna i efetonina działają również bardzo dobrze, jednakowoż są to leki od astmolizyny znacznie słabiej działające, a co gorsza po pewnym czasie ustrój się przyzwyczaja i nie reaguje na nie znacznie wcześniej niż na astmolizynę. Działanie to jest jednak znacznie łagodniejsze i przyjemniejsze. Do leczenia przewłocznego dychawicy jakto przekonaliśmy się absolutnie nie nadają się, jak to chce wmówić produkująca je firma.

Należy tu jeszcze zwrócić uwagę, aby chory sam sobie stosując adrenalinę nie nadużywał jej, gdyż były opisywane przy-

padki daleko idącego wyniszczenia, które powstało na tle chronicznego codziennego stosowania tego leku (Coke).

Oprócz tych środków polecano nieraz amylnitryt, aspirynę, chloralhydrat, uretan, papawerynę, teobrominę, kokainę, wreszcie afenil. Leki te w pewnych bardzo lekkich przypadkach mogą odnosić pewien skutek. Na ogół jednak są zupełnie niepewne. Na wyróżnienie zasługuje jedynie papaweryna. Należy tu zwrócić uwagę, że leki wymienione dają czasem idjosynkrazją. Mogłem obserwować przypadek dychawicy, gdzie po zażyciu aspiryny występowały napady. Zwrócić tu trzeba uwagę także na pewne bodźce odruchowe, które czasem w poszczególnych przypadkach są zdolne powstrzymać napad. I tak obserwowałem chorą, która sama wpadła na to, że np. włożenie rąk lub nóg do gorącej wody uchyla u niej napad dychawicy. Nakoniec istnieje cały szereg różnych inhalacyj i papierosów przeciwastmatycznych. Wreszcie szereg aparacików służących do rozpylań pewnych płynów sprzedawanych jako specyfiki, a w których substancją działającą jest prawie zawsze adrenalina. .Mamy tu więc aparaty Tickera, Parke Davis, Säubli i t. p. Następnie mamy aparaty duże, które jak przy rozedmie ułatwiają mechanicznie ruchy oddechowe. Wszelkich inhalacyj i papierosów w zasadzie należałoby unikać, gdyż w skład wielu tych patentowanych środków wchodzą leki takie jak morfina względnie strammonium. Widzieliśmy jeden przypadek psychozy na tle chronicznego używania tych papierosów. A jednak mimo wszystko choremu musimy dać jakiś środek, którym będzie mógł sobie natychmiast napad przerwać bez względu na to, gdzie się w danej chwili chory znajduje. Już sam fakt posiadania takiego leku działa psychoterapeutycznie dodatnio, a to jest moment bardzo ważny i dlatego też do takich papierosów nieraz uciekać się musimy.

Ze wszystkich specyfików tu podawanych na specjalne wyróżnienie zasługuje proszek abisyński, fabrykat d'Exibard w Paryżu, w formie tabaczki, którą się zapala, a obfite dymy wdechuje, albo w formie papierosów. Działanie naprawdę dodatnie. Według urzędowego zapewnienia w tabaczce tej niema opjum. Z naszych specyfików w kraju wyrabianych na uwagę zasługuje Asthmin „Motor". W każdym razie zwrócić musimy uwagę, aby chory tych inhalacyj nie nadużywał.

Przedstawiony wyżej stosunek przemiany materji do dychawicy wskazuje, że jednak pomiędzy nią, a istotą dychawicy istnieje pewien związek. Zresztą powinniśmy pamiętać, że u chorych wyniszczonych, układ wegetatywny jest chwiejniejszy i dlatego podnoszenie ogólnego stanu chorego jest bezwzględnie konieczne, także ze względu na samą dychawicę podnosząc stan chorego ogólny, wyrównując pewne zaburzenia w przemianie materji możemy wpływać drogą pośrednią na mechanizm patogenetyczny dychawicy, dlatego też u chorych o podupadłem odżywieniu staramy się je podnieść przez leczenie dietetyczne, leczenie klimatyczne względnie stosujemy tu arsen lub inne leki ogólnie tonizujące względnie naświetlania lampą kwarcową. Musimy tu jeszcze pamiętać, że niekiedy u chorych takich spotykamy gruźlicę i ze względu na to, takie leczenie jest bezwzględnie wskazane.

Widzieliśmy wyżej jak ważne są tu czynniki psychiczne. Dlatego też obowiązkiem jest naszym uwzględnić te czynniki w leczeniu. Niemam tu na myśli jakiejś psychoterapji ścisłej według jakiegoś systemu, która w tej formie tutaj by się mniej nadawała, bo wiemy, że o ile czynniki psychiczne występują nieomal w każdym przypadku, o tyle bardzo rzadko są one wyłącznym czynnikiem chorobotwórczym. Dlatego ścisła psychoterapja kryłaby w sobie niebezpieczeństwo zapoznania innych czynników bardziej istotnych. Ścisła psychoterapja musi się ograniczyć tylko do niewielkiej liczby przypadków czysto psychogennych. Zresztą wiemy, że i w tych nawet przypadkach wystarczy zwykłe leczenie suggestywne i usuwanie tych szkodliwych bodźców psychicznych. O rodzajach tych psychicznych bodźców mówiliśmy wyżej.

Bardzo często spotykany jest ujemny wpływ silnych afektów strachu czy gniewu, nastrojów stanów depresji, zwątpienia, stanów roztroju nerwowego. Na to musi lekarz zwrócić baczną uwagę i usuwać te bodźce szkodliwe w równej mierze, jak usuwać powinien bodźce swoiste czy fizykalne. Fatalny nieraz wpływ wywierać może na chorego jego własne otoczenie, jego rodzina przez swój przygnębiony nastrój i ciągłą obawę, a dalej ciągłe troski życia codziennego również u tak przewrażliwionego chorego wywierają wpływ ujemny, nie mówiąc już o ciężkich zmartwieniach. Dlatego też nieraz wyrwanie tego chorego z otoczenia, przeniesienie choćby do szpitala wywiera wpływ zbawienny.

Z drugiej strony wiemy, że zwłaszcza wobec ułatwień opieki społecznej u chorych tych rozwija się dychawica jako nerwica zamiarowa z obawy powrotu do trudów życia, do walki o byt. Lekarz tu musi wniknąć głęboko w psychologję chorego, aby jakoś rozwiązać ten trudny problem.

Dalej sam lekarz musi specjalnie tutaj pozyskać bezwzględne zaufanie chorego, które z jednej strony warunkuje bezwzględne stosowanie się do jego wskazań i daje możność dodatniego sugestywnego działania na chorego.

Otóż doszukiwanie się przyczyn swoistych schorzenia w każdym wypadku jest bezwzględnie, konieczne, jednakowoż trwać ono musi dość długo. A chory tymczasem żąda natychmiastowej pomocy, której lekarz mu udzielić musi. Dlatego też musimy zaczynać od leczenia objawowego, farmakologicznego i to na samym początku od środków silnych lecz pewnych, jak astmolizyna, efetonina, a nawet morfina, aby dać ulgę choremu w napadach i wzbudzić w nim zaufanie do leczenia.

Równocześnie zaczynamy leczenie farmakologiczne przewlekłe np. atropiną lub podaną wyżej mieszanką, której skutków przynajmniej przejściowych możemy być pewni. Obok tego rozpoczynamy nasze badania i próby dodatkowe. Dalsze leczenie zależy od wyniku naszych badań. Ogólnie rzecz biorąc pewna wielowartościowość i wielorakość sposobów leczenia oddaje tu dobre usługi, wykazuje choremu niezmierną ilość możliwości dodatniego leczenia. Nadto nie należy pogardzać leczeniem dodatkowem, według tego cośmy wyżej powiedzieli, które oddaje nam dobre usługi i znacznie wzmacnia leczenie zasadnicze.

Leczenie chirurgiczne polega na przecinaniu nerwu błędnego (Max Kapis) albo przecięciu nerwów sympatycznych (Kummel) jako drogi dośrodkowej patologicznego odruchu. Co do wartości tych sposobów leczenia musimy się zastrzec że osobistych doświadczeń nie mamy. Musimy się oprzeć na wynikach innych autorów. Otóż tu odrazu rzuca się w oczy fakt, że dadatnie wyniki podają prawie wyłącznie twórcy lub współtwórcy tych metod podczas gdy inni ogłaszają wcale nie zachęcające wyniki. Np. Pels-Leusden odnosi się do chirurgji układu wegetatywnego z dużą rezerwą. Nie wchodząc w drobiazgowe teoretyczne rozważanie Kummla muszę podnieść pewne wątpliwości. Przedewszystkiem nie wiemy dokładnie, co tu działa czy istotnie przecięcie nerwu, czy tylko czasowo reaktywne przyranne procesy drażniące obwodowy odcinek jeszcze żywego nerwu, dlatego efekt tej operacji jest nieraz przejściowy. A dalej czy zaiste przecinanie tak ważnych nerwów nie jest szkodliwe. A jeśli dalej uwzględnimy ważne działanie czynników zupełnie obwodowych, splotów obwodowych i komórek wegetatywnych obwodowych, to do operacji tej z jeszcze większą musimy się odnieść rezerwą. Tak czy owak obecnie jeszcze ostatniego zdania w tej sprawie powiedzieć nie można, potrzebna jest jeszcze wieloletnia obserwacja operowanych chorych.

Inkrety. Wobec tego, że wpływ gruczołów dokrewnych, jakkolwiek niewątpliwy, jest bardzo zawiły i trudny do rozwikłania, leczenie inkretami nie mogło znaleść szerokiego zastosowania. Leczenie adrenaliną i pituitryną omawiałem wyżej. Z innych inkretów ja próbowałem przytarczycy, jednak bez efektu. Jedynie leczenie preparatami tarczycy znalazło tu większe zastosowanie. Z naszych chorych w jednym przypadku mogliśmy zanotować dodatni wpływ, niektórzy autorowie polecają leczenie to. Wpływ tarczycy na dychawicę oskrzelową omawialiśmy wyżej. Jest on bardzo zawiły i niestały, dlatego też i leczenie tarczycą powinniśmy stosować bardzo oględnie i tylko w razie jakichś objawów hypofunkcji tego gruczołu.

Piśmiennictwo.

Brown: Asthma. Mosby Comp. 1917. — Duke: Asthma, Hay fever, Urticaria and allied manifestation of Allergy. St. Luis, Mosby Co. 1925. — Storm van Leeuwen: Allergische Krankheiten Asthma bronchiale, Heufieber, Urticaria und andere (tłum. Verzar). (Springer). — Kämmerer: Allergische Diathese und alergische Erkrankungen. 1926. Springer. — Coke: Asthma. London 1923. — Morawitz: Asthma. (Specielle Pathologie und Therapie der Inneren Krankheiten Kreus-Brugsch). — Dresel: Erkrankungen des veget. Nervensystems. Alto. — Danysz: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. — Brown-Hunter: Ann. of. Clin. Med. 4. 1925. — Black-Moore: J. of Americ. Med. Ass. 1926. 3/I. — Benard: Buel. Soc. M. Hosp. Paris. 1926. 50. — Brown: J. of Immun. VII. p. 97. — Babaock J. of A. M. A. 1915. XIV. — De Besche: Nork. mag. for Laegevidenskaben 80. 8. ref. J. A. M. A. 73. — Brems: Acta Med. Scand. 1925. De Besche: Zft. f. ärtrt. Fortbild. 1926. 23. 5. — Braenker: Arch. f. klin. Chir. 1925. 137. 3/4, 1926. 139. 1. — Bass: Klin. Wochschrf. 1926. 5. 35. — Bass: Zft. ges. exp. med. 1926. 49. 416. Bergahoff: Strahlen Therap. 1928. 21. 4. — Coca-Grove:

J. of inf. Dis. 20. 776. — Coca: J. of Immun. VII p. 163. — Cooke: J. of Immun. VII p. 147 i VII p. 219. — Carber: Americ. J. of. Physiol. 1922. 59. 227. — Castelmann: Presse Med. 1923. 31. 2. — Claude Simonin: Presse Med. 1926. 34. 64. — Dresel-Katz: Klin. Wschft. 1922. 36. — Daly-Clark: J. of Physiology. 1921. 54. 367. — Eskumon: Klin. Wschft. 1926. 5. 16. — Erkes: Zblt. f. Chir. 1926. 53. — Eimer: Fortschritte d. Therap. 1925. 1. 19. — Fründ: Bruns Beitr. z. Klin. Chir. 136. 1926. — Gutn: Vhdl. d. dent. Geselschaft. f. inn. Med. XXXV. 205. — Gesul: New-York State J. of. Med. 1926. — Gottieb: New-York State J. of. Med. r. 106. p. 313. — Gordon: Dtsch. Med. Wschft. 1926. 52. 50. — Grossfeld: Wien f. inn. Med. 1926. 13. 1. — Hanzlich: J. of A. M. A. v. 83. 1924. — Hoxie-Morris: Endocnnology. v. 4. p. 47. — Hirschfeld-Prokopowicz: Soc. Biolog. 1925. — Hoover: Arch. of Int. Med. XV. 1. — Hofbauer: Wien. med. Wschft. 1926. 75. 29. — Hofbauer: Klin. Wschft. 1926. 5. — Hajós: Zft. ges. exp. Med. 1926. 49. 4/6. — Hesse: Deutsch. med. Wschft. 1926. 52. — Hirajama: Tohoku v. V. 544. 563. — Jansen: Zft. f. d. ges. exp. med. 1925. 45. — Jankowski: P. Arch. Med. Warsz. 1926. IV. — Jankowski: P. G. L. 1928. Nr. 46—48 i P. G. L. 1929 Nr. 1—3. — Kraus-Zondek: Klin. Wschft. 1922. 36i 996. — Koessler: J. A. M. A. 1927. — Kollmer: Ann. of Atiart. 1926. 30. — Kümmel: Arch. f. Klin. Chir. 192. 499. — Kühn: Zblt. f. inn. Med. 45. 5. — Klewitz: Fortschritte d. Therap. 1925. 1. 22. Kylin: Zft. f. d. ges. exp. med. 1925. 45. — Kylin-Myrcham: D. Arch. f. Klin. Med. 1925. — Langcope, O'Brien:J. of Immun. 1925. X. p. 681. — Longcope: J. Exp. Med. XXII. 793. — Longcope-Mackenzie: Endocrinology. 1925. — Larser-Paddock-Alexander: J. of Imm. v. VII. 2. — Longcope: Proc. Soc. of Exp. Biol. and Med. 1918. 20. 16:17. 133. — Loewenstein: Med. Klin. 1926. 22. — Landenheimer: Therap. d. Gegenwart. 1926. 67. 8. — Moritz: J. of biol. Chem. 1925. v. LXVI. — Major: Johns. Hopkins Hosp. Bull. XXXIV. p. 104. — Morgan: Ohio-State Med. 7. 1923. — Nakasawa: Tohoku v. V. 544. 563. — Pattenger: Americ. J. of Med. Sc. 1924. 167. Rackemann: Arch. of Inf. Med. 1922. v. 30. 226. — Rackemann-Graham: J. of Immun. 8. p. 312. — Rosenberg: Zft. f. d. ges. exp. Med. Bd. 45. 1. — Rackemann: Inf. Clinics 1922. 56. — Rove: Americ. J. Dis. of. Child. 1924. — Rohde: Arch. f. klin. chir. 1926. 139. — Staland: J. Immun. 1923. 8. 103. Spivack-Grove: J. of inf. Dis. 20. 776. — Sochański: P. G. L. 1924. 1925. 1926. 1928. — Samson: Beitr. z. Klin. u. Tuberk. 1926. 65. 2/3. — Schiff: Ann. of Clin. Med. y926. 5. 4. — Storm v. Leenwen: Klin. Wschft. 1926. 5. 16. — Storm v. Leenwen: Schweiz. Med. Wschft. 1926. 56. — Scott: Brit. M. J. 1926. 3413. — Tonietti: Zft. ges. exp. Med. 45. 4. — Thomas: N. Y. State J. of Med. 1926. — Tonietti: Zft. f. a. ges. exp. med. 1925. — Vollmer: Biochem. Zft. 140. p. 410. — Walter-Grove: J. of. inf. Dis. v. 20. 776. — Wierzchowski: P. G. L. 1925. 10. — Wiechmann: Münch. med. Wschft. 1926. 73. — Wigand: Klin. Wschft. 1926. 5. 12. — Wittkower-Petow: Zft. f. Klin. Med. 1927. 106. 3/4. — Ziegler, Lloyd. Elliot: Americ. J. med. Sc. 1926. 172.

OCENY.

Karol Jonscher: *Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych.* (Medycyna w monografjach i wykładach, zeszyt VIII). Warszawa 1928. str. 132 + IX. 8°.

Dotkliwą lukę w polskiem piśmiennictwie pedjatrycznem dla praktyków przeznaczonem wypełniła praca K. Jonschera. Autor omówił w niej jasno i zwięźle dietetykę niemowląt, która dla lekarzy niepedjatrów jest zagadnieniem trudnem, albowiem rozbieżność poglądów i przepisów jest w tej dziedzinie tak znaczna, iż wprost uniemożliwia orjentację niespecjaliście, skutki zaś tej niepewności są często fatalne dla organizmu dziecka. Wywody swe oparł autor o system odżywiania Pirqueta w praktyce ekonomiczny i łatwy do przeprowadzenia. W dwu częściach opracował odżywianie pokarmem i sztuczne podając przy końcu każdej liczne wskazówki o postępowaniu przy zaburzeniach w odżywianiu. Wykresy w tekscie świadczą o obfitym materjale obserwacyjnym zaś o śmiałości w wypowiadaniu własnych poglądów uwaga odnosząca się do zapalczywie zwalczanego przez obecnych pedjatrów „przesądu" o zaburzeniach podczas ząbkowania. Ilość środków leczniczych ograniczył do najniezbędniejszych starając się podkreślić przy używaniu nielicznych mieszanek doświadczenie, iż nie ich mnogość lecz prostota, umiejętność w dawkowaniu i konsekwencja decydują o wynikach. Monografja dla praktyków prowadzących poradnie i których obowiązkiem jest propagowanie odżywiania piersią, niezbędna.

Józef Fritz (Lwów).

Dr. J. Sédillot: *Le rôle du terain dans l'évolution de la syphilis.* Paris 1928. L. Arnetta. Cena 20 franków.

W przedmowie Sédillot broni się przeciw zarzutowi fantazji, której koledzy klinicyści dopatrują się w jego poglądach. Autor przekonany jest o prawdziwości swoich przypuszczeń, które stawiają kiłę w zupełnie nowem i — zdaniem autora — jaśniejszem świetle. Podstawą teorji Sédillot'a jest założenie, że krętek blady (spirochaeta pallida) nie jest samoistnie patogennym dla człowieka. Aby się krętek stał patogennym t. zn. wywołał w ustroju reakcję (chorobę), koniecznem jest połączenie się krętka z innym jakimkolwiek drobnoustrojem szkodliwym dla organizmu człowieka. W połączeniu tem wywołuje on w ciele ludzkiem rozmaite zmiany, zależnie od rodzaju zarazka, z którym się połączył. Tem stara się Sédillot wyjaśnić różnopostaciowość kiły, oraz zasadę, że kiła może być maskowaną jakąkolwiek chorobą inną. Symbioza z innemi mikrobami jest zatem patogenną, nigdy zaś spirochaeta pallida, względnie i zarazek z którym w danym przypadku doszło do symbiozy. Warunkiem powstania kiły jest więc symbioza; warunek zawsze możliwy w przyrodzie, trudny do zrealizowania w laboratorjum. Krętek ten, tak czuły w pracowni, może i po 50 latach wywołać zmiany chorobowe. W człowieku przechodzi drobnoustrój ten okres młodości, okres latencji i okres starości, każde zaś stadjum odpowiada innym warunkom środowiska, w którem przebywa. W okresie młodości (lues I, II i III wedle starych autorów), krętek, tak czuły in vitro, nie może istnieć sam. Utrzymuje się zaś w ciele tylko dzięki połączeniu z innym zarazkiem. Żyje on na skórze i błonie śluzowej, na powierzchni ciała, a więc tam, gdzie znajduje najwięcej korzystnych warunków do wejścia w symbiozę z innymi mikrobami. Ten okres nazywa Sédillot „période du tréponème ennuyeux". Gdy krętek przeszedł wszystkie możliwe połączenia u danego osobnika (każda symbioza trwa tylko przez pewien czas, a nie może się powtarzać) zmienia swój dotychczasowy charakter, przechodząc w niebezpieczne dla siebie stadjum. W tem stadjum może krętek, szczęśliwym zbiegiem okoliczności, zniknąć, obumrzeć. To jest „lues latens„ okres „du tréponème silencieux". W tym okresie, który może i bardzo długo trwać, żyje spirochaeta ukryta głęboko w niektórych tkankach, głównie w układzie chłonnym (nieraz pod postacią zarodników). Z miejsca ukrytego dostaje się mikrob od czasu do czasu do krwiobiegu. Dochodzi do „spirochaetaemii", która znika samoistnie, gdyż krętek nie znalazł warunków, w których mógłby wejść u danego osobnika w nieprzeżytą jeszcze i nieprzebytą symbiozę. W międzyczasie chory wchodzi w okres tworzenia się sklerozy, a tutaj spirochaeta znajduje nowe podłoże do rozwoju, nastaje okres nowych możliwości. Osiedla się w nowych miejscach chorobowych i obecnością swą wikła ich przebieg i wpływ na cały ustrój. Szczególnie, jeżeli miażdżyca występuje w mózgu i rdzeniu pacierzowym, połączenie miażdżycy z krętkiem prowadzi często do ciężkich i nieuleczalnych zmian (paralysis progressiva, tabes dorsalis i t. d.). Praktycznie ma teorja ta wpływ i na leczenie, którem Sédillot kończy swą książkę. Opiera się on na doświadczeniach i badaniach Fourniera, jednego z największych koryfeuszy syfilidologji, i pomimo dzisiejszego rozwoju i postępu pozostał wiernym zwolennikiem metody leczniczej Fourniera. Nie mówi nigdy choremu, że go wyleczy, tylko, że się będzie starał przeszkodzić występowaniu objawów kiły. W leczeniu rozróżnia chorych młodych i chorych starych powyżej 35 lat. U starych rokowanie jest gorsze, ponieważ są bliżej okresu sklerotycznego, istnieje więc większe niebezpieczeństwo osiedlenia się krętka do miejsc sklerotycznych, obojętnie jakiego pochodzenia. Zdaniem Sédillota niebezpieczeństwo zaczyna się przy wysokiem ciśnieniu krwi. Podaje, że u chorych cierpiących na t. zw. afekcje parasyfilityczne, względnie w początkowych przejawach tychże znalazł zawsze wysokie ciśnienie krwi. Tych chorych nie radzi leczyć śródżylnemi wstrzykiwaniami połączeń arsenu (arsenobenzol), wyjątkowo używa arsenobenzolu wśródmięśniowo w roztworze cukru (głównie solarsal). Radzi badać dokładnie mocz (stała Ambarda), aby przekonać się o czynności nerek i wątroby. Przeprowadza leczenie przeciwsklerotyczne (dieta) i używa starych leków Fourniera: rtęć i jod. Rtęć podaje wewnętrznie lub zastrzykach (kalomel). O jodzie twierdzi, „że nie mieliśmy, ani nie będziemy mieć nigdy lepszego leku, aniżeli kalium jodatum". Dieta i jod są dwa środki lecznicze, które stale podawać się powinno chorym. Ciekawym jest pogląd jego na malarję, która do-

starcza krętkowi nowe podłoże do symbiozy i przeto nie radzi stosować jej zapobiegawczo, gdyż tem postępowaniem wytrącamy sobie broń z ręki, która poraz wtóry użyta jest już bez znaczenia. Książka pisana jest nadzwyczaj zajmująco, w czem Francuzi cechują. Poznać ze sposobu wyrażania swych myśli, z użytego stylu, że Sédillot pierwszorzędnie włada piórem. Dla swej teorji szuka oparcia i w ostatnich, przed śmiercią wypowiedzianych słowach Pasteura: A może to być widzenie prorocze tego, co się dzisiaj dzieje, które miał Pasteur w agonji, gdy szeptał słowa, tak często powtarzane przez prof. Renona, który czuwał u jego łóżka: „Bernard miał rację, mikrob jest niczem, „terrain" (podłoże) jest wszystkiem". Książka dużo przynosi nam nowego i mimo, że nie o jednem, o czem prawi Sédillot, długie można prowadzić dyskusje, niemniej zasługuje na baczną uwagę.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, rok 1928, tom VII, zeszyt IV, za październik — listopad — grudzień 1928: M. Bornsztain: Adam Wiesel. — M. Bornsztain: Znaczenie teorji psychoanalitycznej dla psychjatrji. — N. Zandowa i J. Mackiewicz: Brodawczak złośliwy splotu naczyniastego. — A. Holendrówna: Najnowsze prądy i zagadnienia w psychjatrji. — R. Markusiewicz: O niedorozwiniętej postaci schizofrenji. — G. Bychowski: Współczesny stan nauki o defektach moralnych. — Wł. Matecki: O schizofrencji wieku podeszłego. — L. Prussak: Próby leczenia wodogłowia następczego po drętwicy karku. — K. Horwitz: Opieka pozazakładowa nad psychicznie chorymi.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, nr. 1, z 1 stycznia 1929: Od redakcji. — F. Turowicz: Geneza i podstawy zasadnicze dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r. — Br. Siwik: Organizacja władz nadzorczych Kas chorych. — H. Kłuszyński: Po dwudziestu latach. — Opinja wobec dekretu z dnia 11 stycznia 1919.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, nr. 2, z 1 lutego 1929: Al. Wóycicki: Nowe orjentacje w postępie społecznym. — Alfr. Krieger: Okólnik Nr. 516, czyli burza w szklance wody. — Osw. Einfeld: Lekarz społeczny. — St. Benkiel: Czy t. zw. „żonom nieślubnym" przysługuje prawo do świadczeń ze strony Kas chorych. — H. Kłuszyński: Organizacja lecznictwa chorób zawodowych w Kasach chorych. — P. Dziurzyński: Z działalności funduszu bezrobocia za rok 1924—1927. — Z Kas i Związków.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 3, z marca 1929: M. Grzybowski: Działanie uboczne preparatów bizmutowych. — Z. Gorecki: Kwas moczowy w moczu a skaza dnowa i kamica moczanowa. — J. Węgierko: Istota i leczenie żółtaczki (dok.). — I. Jrrgang: Zagadnienia gruźlicze.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 6, z 15 marca 1929: W. Mikułowski: Przyczynki do mechanizmu krwotoków kiszkowych w durze brzusznym. — A. Bednarski: O starożytności naszych zwyczai, przesądów i leków ludowych. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości. — A. Wrzosek: Zasłużony lekarz prowincjonalny Jan Gawlik (1836—1928).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 11, z 14 marca 1925: T. Kramsztyk: O stosunku witamin do przemiany mineralnej, osobliwie wapniowej. (dok.). — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej. — I. Stein: Xanthomata (twory żółciakowe) (streszcz. zbior.). — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 11, z 17 marca 1929: Wina owocowe w przemyśle farmaceutycznym. — Kilka przykładów nieracjonalnych kompozycyj receptowych. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Nowiny społeczno-lekaskie, rok III, nr. 6, z 15 marca 1929: Nekrolog ś. p. Dr. Władysława Jareckiego. — Mr. Z. Rudolf: O usuwanie śmieci i nieczystości z miast. — St. Czerwiński: Przestępstwo a zazdrość. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z organizacyj lekarskich. — Z Izb lekarskich.

Medycyna, rok III, nr. 8, z 2 marca 1929: P. Pręgowski: Do leczenia i patogenezy niektórych t. zw. czynnościowych cierpień psychicznych. — St. Klein: Żółtaczka hemolityczna. (dok.). — Sew. Citronberg: O najważniejszych zdobyczach chemji fizycznej w dziedzinie fizjologji przewodu pokarmowego. (c. d. n.).

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 2, z lutego 1929: Goldberg-Górski: Kilka słów o dostawkach t. zw. podpartych lub czynnościowych. — J. Gombiński: Przypadek ropnego zapalenia zatoki szczękowej pochodzenia zębowego.

Pamiętnik Wileńskiego Tow. lekarskiego i Wydziału lek. Uniw. St. Batorego, rok V, zesz. 1, za styczeń—luty 1929: A. Łapiński: O sposobach wykrywania indolu w hodowli bakteryj. — P. Lidzka: W sprawie etjologji rumienia guzowatego u dzieci. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka T. I., rozdz. 2. — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 3, z marca 1929: St. Chrząszczewski: O przemianie materji i energji. — R. Kuntze: O niektórych nowszych pojęciach i zagadnieniach entomologji stosowanej. — Z. Łoskiewicz: Parę słów o metalografji.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 6. z 15 marca 1929: K. Barczowski: Zmiany ciśnienia w gałce ocznej pod wpływem środków bojowych. — N. Refet: Rozwój obrony przeciwchemicznej w Turcji. — Wł. Jarecki i Br. Karbowski: Zmysł wibracyjny a rozwój słuchu u głuchych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 12, z 24 marca 1929: Br. Koskowski: Incompassibilia w receptach. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Zagadnienia rasy, rok 10, tom IV, nr. 4, z grudnia 1928: I. Mydlarski: Typy antropologiczne i metody ich ujmowania. — B. Nowaczyński: O zawodzie nauczyciela. — L. Wernic: Międzynarodowy Zjazd Związku przeciwweneryczmego w Nancy r. 1928 a walka z syfilisem wrodzonym. — W. Borkowski: Z Konferencji Międzynarodowej Federacji Towarzystw Eugenicznych, odbytej w Monachium dnia 13 września 1928 r.

Zdrowie, rocznik XLIV, nr. 3, z marca 1929: M. Kacprzak: Ś. p. Dr. Wincenty Bogucki. — B. Salak: Poradnie społeczno-lekarskie w Tarnopolszczyźnie, jako funkcja samorządów i publicznej Służby Zdrowia. — Skokowska-Rudolfowa: Dotychczasowe wyniki walki z gruźlicą w kraju i plan Departamentu Służby Zdrowia na najbliższy okres. — J. Przedborski: Chorobowość i śmiertelność wśród żydów w świetle roczników statystycznych m. st. Warszawy. — S. Adamowiczowa: Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia publicznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease. (An American Journal of Neuropsychiatry)

Nr. 6 (Grudzień 1928 r.), str. 118.

A. A. Brill: *Stosowanie psychoanalizy w psychjatrji.* Autor stosował w praktyce z dobrym wynikiem poglądy Freuda, sformułowane pod nazwą „Metapsychologji" *) oraz teorje, przedstawione w książkach Freuda „Jenseits des Lustprinzips" i „Das Ich und das Es", które pomogły w znacznej mierze do wytłumaczenia całego szeregu niejasnych problemów w psychjatrji. Przedstawia przytem niektóre przypadki, wybrane z rozległego materjału.

Lauren H. Smith: *Dwa przypadki choroby Page'ta (Ostitis deformans) powikłane chorobą umysłową.* W ostatnich latach napotykamy w piśmiennictwie zwiększoną ilość opisywanych przypadków choroby Page'ta. Badania te przyczyniły się do znaczniejszego udoskonalenia fizykalnego i laboratoryjnego, zaś stosunkowo mało przedstawiono przypadków klinicznych. E. et Locke (Oxford Medicine, Vol. VI) pisze, „że nawet w przypadku znanego zgrubienia czaszki, oraz zmian w strukturze jej kości, umysł zawsze pozostaje prawidłowy". Autor przeciwstawia się temu

*) Tym terminem określa Freud psychologiczną podstawę psychoanalizy.

twierdzeniu, opisując dwa przypadki choroby Paget'a, wykazujące objawy zaburzeń umysłowych. Czyni to, by zwrócić uwagę na fakt, że czasami choroba umysłowa wikła chorobę Pageta. Szczególnie w jednym przypadku (kobieta 50-letnia) zaburzenia umysłu pozostają bezspornie w związku ze zmianami w czaszce, podczas gdy etjologja drugiego przypadku nasuwa pewne wątpliwości (dur).

S. Brock: *Samoistna narkolepsja, katapleksja i katalepsja, połączone z niezwykłą halucynacją. Opis przypadku.* W r. 1880 Gelineau opisał przypadek senności napadowej, przez niego nazwaną „narkolepsją". Uważał on senność napadową za nowy rodzaj neurozy („a new species of neurosis"). Od tego czasu Henneberg, Redlich, Goldflam i inni opisywali szereg podobnych przypadków, Ostatnio trzy świeże publikacje, dwie w języku angielskim (Adie S. et K. Wilson) i jedna w języku francuskim (Lhermitte i Tournay) wzbudziły na nowo zainteresowanie się tym ciekawym problemem. Adie opisał 6 przypadków tej choroby, charakter napadów oraz stosunek do innych chorób, uwzględniając przytem fizjologię układu nerwowego. Problem sam rozstrząsany jest w myśl badań Pawłowa. Wilson opracował 5 przypadków i pod ogólnym tytułem „Narkolepsje" daje ciekawe tłumaczenie tego problemu. Dowodzi, że mamy do czynienia tu nie z chorobą sui generis lecz z grupą symptomatologiczną. Autor artykułu zgodnie stwierdza z Adiem, że typ samoistny tej choroby istnieje i występuje najczęściej w wieku młodzieńczym, rzadziej występuje w wieku powyżej 40 lat. Częściej ofiarami są mężczyźni, rzadziej kobiety. (Na 50 przypadków Adiego 2 kobiety, na 43 Wilsona 6 kobiet). Osobnicy ci byli zdrowymi pod każdym innym względem, nie wykazując nieprawidłowości fizykalnych, nerwowych albo psychicznych, z wyjątkiem może objawów, wskazujących na niedomogę przysadki mózgowej. Dziedziczność i zawód nie wyjaśniają charakteru choroby. Ważnym jest fakt, występowania tej choroby po ostrem zapaleniu mózgu w przypadkach opisanych przez Adiego, Redlicha, Pessiera, Stieflera i Spillera. Nigdy nie występują objawy histeryczne. Rzadko występują również napady epileptyczne. Typ mózgowy wykazuje tendencję do polepszenia się stanu. Choroba charakteryzuje się występowaniem u tegoż chorego w różnym okresie czasu napadów mimowolnego stanu, podobnego do snu hipnotycznego (narkolepsje), nieraz bez widocznej przyczyny, oraz ataków zapadu. Mięśnie nagle wiotczeją (relaxatio musculorum) w tak silnym stopniu, że chory upada na ziemię przytomny lecz niezdolny do jakiegokolwiek ruchu. Tę niezdolność do jakiegokolwiek ruchu oznaczył Adie terminem „katalepsji". Osobnik okazuje wszystkie fizykalne objawy snu, jest jednak pełnym świadomości i przebywa w stanie „bezruchowej świadomości" („motisuless awareness"). (Adie używa terminu „deposturing", Redlich „affective Tonusverlust", Stern „Tonusblokade", Henneberg „Kataplektische Hemmung" i t. d.). Napady występują przy najrozmaitszych okolicznościach; w czasie spaceru, jazdy konnej, w teatrze, podczas jedzenia i t. d. Towarzysząca senność trwa od kilku sekund do kilku godzin, przeciętnie trwa kilka minut. Jedynie w jednym przypadku Wilson u chorego w stanie kataplektycznym opisał stan nerwowy. Znalazł zwiotczenie, stratę głębokich odruchów oraz dodatni odruch Babińskiego. Z powrotem siły motorycznej, objawy te zniknęły. Bezsilność w czasie napadu oznacza się terminem „katalepsja". Mimo pewnego podobieństwa choroba ta nie jest charakteru epileptycznego albo histerycznego. Prawdopodobnie chodzi tu o ogólną reakcję, wywołaną wzruszeniem (emotio), charakteryzowaną zwiotczeniem, katapleksją, katalepsją, powikłane mimowolnym snem słabszego lub silniejszego stopnia (narkolepsja). Wenderowicz pierwszy zwrócił uwagę na podobieństwo, zachodzące między bezsilnością kataplektyczną, a napadami okresowego paraliżu rodzinnego. Anglicy dopatrują się przyczyny w pewnych zmianach kory mózgowej (Magnus de Kleyn). Autor opisuje przypadek napadowego snu po silnym wzruszeniu z objawami wyżej wymienionymi. Przypadek różni się od innych w piśmiennictwie opisanych 2 niezwykłemi objawami. Chory w śnie napadowym miał wzrokowe i słuchowe halucynacje, po obudzeniu się z mimowolnego snu, wykazywał symptomy paraliżu wiotkiego. Z powodu braku danych patologicznych *uważa autor cały ten zespół objawów za samoistny.*

Wm. Allan: *Status hemicranius i częstość napadów migreny.* Charakterystycznem dla migreny jest jej okresowe występowanie, przytem częstość napadu jest różna u tegoż osobnika. W większości przypadków ataki powtarzają się po całym szeregu tygodni, czasami miesięcy, rzadziej po całym szeregu lat. Napady mogą wystąpić wreszcie kilkakrotnie w jednym tygodniu, może dojść do „status hemicranius". Przeciętnie przerwy trwają od 2—4 tygodni. U kobiety mogą lata całe współdziałać z miesiączką, jakkolwiek w większości przypadków związek ten nie zachodzi. W r. 1920 Pagnier i Nast wyrazili pogląd, że bardziej charakterystycznym dla migreny, aniżeli ból głowy jest fakt, że po napadzie chory przez pewien okres czasu jest odporny, że przyczyna, która napad wywołała, nie jest w stanie przez pewien okres czasu wywołać podobnego napadu. Pogląd ten stoi w sprzeczności z pojęciem migreny trwałej t. zn. „status hemicranius" (Auerbach) względnie „status migrainous" (Crookshank). Autor opisuje 5 przypadków ciągłego bolu głowy, które odróżnić należy od przypadków bólu głowy organicznych i psychonerwowych. Przytem statystycznie podaje, że na 566 przypadków migreny, przez niego badanych, napad powtarza się raz na miesiąc albo częściej w 82%, raz na dwa tygodnie w 53%, codzienne występowanie napadu znalazł w 5-ciu przypadkach.

Lelond B. Alford: *Epilepsja i dementia praecox typami abiotroficznymi.* Autor przedstawia cały szereg stanów nerwowych, u których proces patologiczny przebiega na podkładzie abiotrofji. Proces patologiczny w chorei Hundingtona, w dementia praecox i epilepsji jest abiotrofją albo zwyrodnieniem dziedzicznem. Nagłe napady epileptyczne (tremor, chorea, athetosis i myoclonus) są typami ekstrapiramidowego uszkodzenia. Zaburzenia umysłowe przy dementia praecox oraz pogorszenie się epilepsji są wynikiem pewnych uszkodzeń struktury na podstawie mózgu. *Dr. Ungar* (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 41. 1928.

Prof. H. von Hoesslin: *Przyczynek do oceny klinicznej leków ośrodkowo pobudzających serce i krążenie, w szczególności przetworów kamforowych.* Na wstępie omawia autor wady oleju kamforowego, przyczem, ciekawe, nie bardzo się obawia o zatory tłuszczowe po śródżylnem stosowaniu. Sekcje wykazały, że pozostałe w płucach kropelki tłuszczu nie mają żadnego znaczenia dla leczenia. Natomiast działanie oleju zawsze jest niepewne, wskutek czego pierwszeństwo bezwarunkowo przysługuje wodnym roztworom kamfory.

Po ocenie różnych nowoczesnych przetworów wspomina, że istniała wielka niedogodność z powodu, że po części używane bywają do wstrzykiwań podskórnych, a po części i dożylnych, przyczem należało różnie dawkować, a zatem zachodziły trudności w ich wzajemnem porównaniu. O ile wiadomo, niema dotąd spostrzeżeń porównawczych u człowieka, zwłaszcza o ile doświadczenia tyczą się krążenia. Dlatego też badań dokonywać należało w możliwie jednakowych warunkach, czyli do porównania poszczególnych przetworów nie powtarzać tego samego przetworu, a stosować rozmaite preparaty.

Oprócz 20% olejku kamforowego stosowano w tymsamym stężeniu kamforę w roztworze dwuetylenu, czyli rozczyn kamfory „Höchst". Często posiłkowano się 2% camphogenem Bayera, składającym się z 25% acetdwuetylamidu i 15% salicylanu sodowego. Kilkakrotnie stosowano camphemol „Ciba", w którym kamfora zawieszona jest zapomocą emulsyny, pochodnej mentolu, przyczem 1 cm³ camphemolu zawiera 0,1 kamfory. Zbliżony do kamfory naturalnej hekseton (3 - metylo - 5 - izopropylo - 2 - 3 cykloheksenon) podług badań działa na zwierzęta tak samo jak kamfora. Dzięki łatwej rozpuszczalności skutek następuje po śródżylnem zastosowaniu tak samo szybko jak po camphemolu i po kamforze „Höchst". Objawy podrażnienia po równych dawkach są nieznaczne. Coramina (dwuetylamid kwasu pyridyn - beta - karbonowego) „Ciba" podawana po 0,25 różni się od wymienionych przetworów tylko tem, że pobudzenie ośrodka oddechowego ujawnia się w silniejszym stopniu. Pogłębienie oddechu następuje natychmiast i towarzyszy mu często jęczenie i kaszel. Tak samo jak przy doświadczeniach na zwierzętach podług Strossa, wzrost ciśnienia krwi może być osiągnięty nietylko po dawkach wielkich, powodujących kurcze, z czego wynika, że coramina nie wzmacnia skurczów serca, a przeciwnie, obserwowano podczas doświadczeń niekiedy pewne osłabienie czynności serca. U człowieka śródżylne zastrzyki coraminy zwykle działały nieco krócej, aniżeli po kamforze. To samo tyczy się cardiazolu Knolla. H. nie uznaje twierdzenia Fahrenkampa co do potęgowania działania naparstnicy zapomocą coraminy i cardiazolu.

Trwałość działania różnych przetworów wstrzykniętych dożylnie jest w przybliżeniu jednakowa z wyjątkiem cardiazolu i oleju kamforowego. Dziwnem wydaje się, że można to obserwować po bardzo różnych dawkach poszczególnych przetworów. W zasadzie poprawa tętna w zależności od stanu chorego trwa 15 — 30 minut, a że większe dawki nie działają względnie dłużej i silniej, to należy przypuszczać, że wielką tu rolę odgrywa jed-

nokrotne pobudzenie i że następnie nadmiar kamfory, łącząc się na kwas glikuronowy staje się nieczynnym. Wogóle zaś rzec można, że działanie poszczególnych przetworów, wstrzykniętych śródżylnie niewiele się różni wzajemnie pod względem poprawy tętna, względnie czynności serca. Ośrodkowe pobudzenie mięśni po coraminie i cardiazolu jest nieco większe, o ile je się podaje w dawkach, odpowiadających dawkom dożylnym 0,01 — 0,02 kamfory. Nadmiernie wielkie dawki dożylne nie są celowe, gdyż działanie ich w zasadzie nie wzrasta w stosunku do ilości użytego przetworu. Szkodliwości wielkich dawek nie zauważono; dobierać je jednak należy tak, aby objawy ruchowego i psychicznego podniecenia nie wpływały ujemnie na oddziaływanie leków na krążenie, gdyż po ustaniu wpływu tego następuje tem większe wycieńczenie chorego. Po dożylnem wstrzyknięciu kamfory chory po kilku minutach powinien się uspokoić.

Do pracy v. H. dołączona jest tablica i opisy chorób. W pewnym przypadku ciężkiej niedomogi serca po zadawaniu camphogenu, heksetonu, roztworu kamfory „Höchst" i cardiazolu na koniec wstrzyknięto coraminę. Stan groźny chorego w agonji poprawił się tylko na czas krótki po środkach ocucających; po cardiazolu stan podmiotowy i złe tętno się nie poprawiały, a oddech zwalniał się jeszcze bardziej. Coramina zaś działała bardziej podniecająco.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 31. X. 1928 r.

Przewodniczący prezes prof. Latkowski. Obecnych 80.

Wybrano przez aklamację na członków honorowych: Prof. Dr. Karola Kleckiego i Prof. Dr. Marchlewskiego Leona.

Demonstracje: Z kliniki okulistycznej kol. Sokołowski przedstawia przypadek ciała obcego w oku.

W dyskusji zabierał głos prof. Majewski.

Kol. Ślączka przedstawia przypadek guza mózgu w okolicy parietalnej lewej, w gyrus supramarginalis i gyrus angularis.

Kol. Nowicki referuje część chirurgiczną przedstawianego przypadku. Guz wielkości jaja kurzego wychodził z opon miękkich, pozostawał w luźnym stosunku z tkanką mózgu. Histologiczne badanie wykazało: Endothelioma sarcomatodes.

Kol. Pelczar wygłasza odczyt p. t.: *„Z badań nad rakiem"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 7. XI. 1928 r.

Przewodniczący Prezes prof. Latkowski. Obecnych 100.

Prezes zawiadamia o jubileuszu Nowin Lekarskich, który odbędzie się 18 b. m. w Poznaniu. Prezes zawiadamia o Walnem zebraniu Lekarzy Słowiańskich okręgu Krakowskiego w dniu 25 b. m. a następnie o wieczerzy wspólnej z okazji wyboru członków honorowych Prof. Marchlewskiego i Prof. Kleckiego.

Kol. Blassberg i kol. Medyński wygłaszają odczyt p. t.: *„Psychotechnika i poradnictwo zawodowe a medycyna"*.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Schinagel, Medyński, Blassberg, Schwarzbart.

Posiedzenie z dnia 14. XI. 1928 r.

Przewodniczący Prezes prof. Latkowski. Obecnych 70.

Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci Prof. Łobaczewskiego i doc. Morawskiego.

Kol. Spira przedstawia chorego po operacji kosmetycznej nosa. W następstwie kiły wrodzonej przyszło do wytworzenia się nosa siodełkowatego i do pociągnięcia końca nosa ku górze. Przez założenie odpowiedniej podkładki z kości słoniowej wyrównano w zupełności zapadnięcie, zabieg wykonano śródnosowo bez znaku od zewnątrz.

Doc. Zieliński wygłasza odczyt p. t.: *„Zagadnienia konstytucji w epilepsji"*.

Kol. Piltz wygłasza odczyt p. t.: *„Z zagadnień epilepsji"*.

Kol. Sikorska Aurelja wygłasza odczyt p. t.: *„O leczeniu epilepsji"*.

Przyjęto nowych członków: Dr. Gutwińskiego i Dr. Ryglickiego.

W dyskusji zabiera głos Doc. Zieliński w sprawie profilaktyki epilepsji. Wyraża zapatrywanie swoje i innych autorów, według którego alkohol nie odgrywa tej roli w etjologji epilepsji, jaką mu powszechnie przypisują.

Kol. Szczeklik zapytuje kol. Sikorską o teorję anafilaktyczną epilepsji, a następnie zwraca uwagę na pewną sprzeczność, jaka istnieje w leczeniu epilepsji, w której podaje się z jednej strony według Władyczki glukozę dla zwalczania napadów epileptycznych, a z drugiej strony leczy się te napady dietą obfitującą w ciała ketonogenne celem wywołania ketonurji.

Kol. Sikorska w odpowiedzi zaznacza, że sprawa alkoholu w epilepsji nie jest jeszcze pewną; co się zaś tyczy sprzeczności w diecie w epilepsji, to rzeczy te są obecnie w toku badań i nie są rozstrzygnięte.

Posiedzenie z dnia 21. XI. 1928 r.

Przewodniczący Prezes prof. Latkowski. Obecnych 60.

Prezes zawiadamia o Walnem Zebraniu Związku Lekarzy Słowiańskich Okręgu krakowskiego które odbędzie się 25 b. m. o godz. 11 rano w sali Krak. Tow. Lek.

Kol. Eisenberg wygłasza odczyt p. t.: *„Zagadnienie gatunku w bakterjologji"*.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Klecki, który podkreśla słuszność zdania Dr. Eisenberga, że gatunek jest pojęciem praktycznem. Prof. Klecki jest zdania, że przy formowaniu gatunku należy brać pod uwagę wszystkie cechy, a nie tylko cechy morfologiczne. Podaje jako przykład przesączalność bakterji gruźliczych. Jeśli prątek gruźlicy może przybierać formę przesączalną, jeśli może być niewidzialny, to jednak ta cecha fizjologiczna jest bardzo ważną, ważniejszą nawet od morfologicznej. Należy zatem rozróżniać i cechy czynnościowe a nie tylko morfologiczne. W dalszym ciągu mówi Prof. Klecki o zmienności bakterji, co jest już dzisiaj rzeczą ustaloną.

Prof. Gieszczykiewicz stwierdza również, że przy ustalaniu gatunku kwestja praktyczna wysuwa się na plan pierwszy. Cechy serologiczne są dla pewnych gatunków cechami gatunkowemi a przynajmniej na nich najczęściej rozpoznanie nasze opieramy (bacil. typhi, vibrio cholerae), u innych gatunków cechy serologiczne służą dla wyróżnienia odmian, są wreszcie gatunki jak n. p. bact. coli, gdzie niemal każdy szczep stanowi odrębny typ serologiczny. W tych przypadkach ta sama cecha która gdzieindziej może być uznana za cechę gatunkową prowadziłaby do zupełnego rozbicia gatunku. Obecnie cechy morfologiczne uważa się raczej za cechy rodzajowe. Prof. Gieszczykiewicz rozpatruje następnie kwestję form przesączalnych. Pewne gatunki bakteryj mogą w pewnych warunkach — zdaje się — przyjmować inne postacie, inne cechy morfologiczne. Sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie zbadana, o ile jednak zjawiska te powtarzałyby się stale w pewnych przypadkach to nie podlegałoby to ważności cech morfologicznych.

Kol. Hirsch zapytuje czy podział na gatunki jest podyktowany tylko względami praktycznemi.

Kol. Eisenberg w odpowiedzi zaznacza, że zarazki przesączalne jest to forma życiowa, która wymyka się z pod naszych środków badania. Następnie kol. Eisenberg omawia dalej kwestję podziału gatunków.

Posiedzenie wspólnie z Krakowskiem Kołem Internistów dnia 28. XI. 1928 r.

Przewodniczący prezes Prof. Latkowski. Obecnych 60.

Prezes prof. Latkowski odczytuje listę Komisji Matki, którą proponuje Wydział Towarzystwa Lekarskiego. Na przewodniczącego Komisji proponuje Wydział Członka honorowego prof. Wachholza. Wybór Komisji Matki i przewodniczącego Komisji, przyjęto jednogłośnie.

Kol. Doc. Siedlecki wygłasza rzecz: *„O niedokrwistości aplastycznej"*.

Kol. Szczeklik: *„O wczesnych okresach białaczek"*.

W dyskusji zabiera głos Prof. Latkowski który podkreśla, że badanie histologiczne gruczołów limfatycznych w przypadkach przedstawianych przez kol. Szczeklika, zawiodło zupełnie, a jedynie obserwacja kliniczna przyczyniła się do postawienia rozpoznania.

Kol. Gradzińska i kol. Ściesiński przedstawiają przypadek *ruptura lienis* w przebiegu malarji.

Kol. Ściesiński przedstawia przypadek spontanicznego pęknięcia śledziony z ostrym obrzękiem, dotyczący mężczyzny l. 32, leczonego zimnicą szczepioną z powodu porażenia postępującego. Pęknięcie torebki znajduje się na końcu tylnym śledziony, pod torebką powierzchni wypukłej znajduje się dość duży skrzep krwi i małe trójkątne pęknięcie. W jamie brzusznej 3 litry krwi płynnej i skrzepłej. Mikroskopowy obraz śledziony typowy dla ostrego obrzęku z obecnością pasorzytów zimniczych, nielicznych w krwinkach czerwonych i barwnika zimniczego. Kol. Ściesiń-

ski przytacza pokrótce 5 przypadków spontanicznego pęknięcia śledziony w przebiegu zimnicy szczepionej i omawia mechanizm tych pęknięć.

W dyskusji zabiera głos kol. Pelczar: W malarji na szczycie gorączki jest zwiększenie ilości krwi w krwiobiegu. W okresie dreszczów występuje powiększenie się śledziony a potem ma następować skurcz śledziony. Możliwe, że nagły skurcz śledziony może doprowadzić zwłaszcza u osobników, którzy szereg ataków przeszli, do pęknięcia torebki śledziony.

Kol. Ślączka wygłasza rzecz: *„Injekcje perineuralne antypiryny"*.

W dyskusji zabiera głos kol. Reiner.

Prof. Latkowski oświadcza, że ostatnio zanadto dużo środków nieobojętnych dla ustroju wstrzykuje się zwłaszcza śródżylnie, przez co nieraz przynosi się szkodę choremu; demonstracja kol. Ślączki powinna być przestrogą, aby leków niewypróbowanych w klinikach i szpitalach nie wstrzykiwać.

Posiedzenie z dnia 5. XII. 1928 r.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci zmarłych kolegów ś. p. Motyki i bł. p. Rosenblata.

Prezes zawiadamia o posiedzeniu Komitetu przeciwgruźliczego, które odbędzie się w piątek o godz. 6 wieczorem w sali Magistratu i wypowiada parę słów w sprawie akcji przeciwgruźliczej.

Prof. Rosner i prof. Godlewski demonstrują przypadki pseudohermafrodytyzmu męskiego.

W dyskusji prof. Wachholz wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku hermafrodytyzmu męskiego i nadmienia, że w medycynie sądowej decydującym dla określenia płci hermafrodyty jest popęd płciowy danego osobnika.

Kol. Kaczyński demonstruje przyrząd do fotografji zwłok w całości.

Prof. Wachholz wygłasza odczyt p. t.: *Grafologiczno-patologiczna ekspertyza pisma.* (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 12 grudnia 1928.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 70.

Kol. Romanowa przedstawia przypadek *Lichen ruber planus*.

W dyskusji prof. Walter mówi o etjologji i leczeniu tego cierpienia. Następnie nawiązując do przypadku podkreśla, że w dermatologji mamy do czynienia z niewielką ilością spraw chorobowych samej skóry, natomiast duża część chorób skórnych jest ściśle związana z chorobami organów wewnętrznych. Wskazuje na przemianę pojęć na istotę schorzeń skórnych, która ostatnio nastąpiła w dermatologji.

W dyskusji kol. Blassberg.

Kol. Reiss przedstawia przypadek *gruźlicy wrzodziejącej jamy ustnej* u osobnika *z gruźlicą płuc, pęcherza* i innych organów.

W dyskusji Prof. Latkowski zaznacza, że w tym przypadku naświetlanie byłoby przeciwskazane, ze względu na zmiany w płucach które mogłyby się rozsiać.

Doc. Szymanowicz przedstawia preparat makroskopowy i mikroskopowy *guza jajnikowego*, który przed kilku tygodniami został wyjęty u kobiety lat 37, a który przed zabiegiem operacyjnym rozpoznano jako torbiel jajnika prawego. Wywiady nie dają nic szczególnego; pacjentka zawsze była zdrowa. Pierwszy perjod miała w 16 r. życia, późniejsze regularnie co 4 tygodnie. W r. 1927 rodziła prawidłowo. Żadnych dolegliwości ani objawów pochodzących od gruczołów wewnętrzno - wydzielniczych nie miała. Po wyjęciu guz okazał się makroskopowo torbielą wielokomorową, o nierównej konsystencji. Na przekroju wykazywał utkanie niejednolite, w przeważającej części podobne do plastra miodu, tylko o większych komórkach, szaro - żółto zabarwionych, wypełnionych płynem galaretowatym. Ponieważ w klinice ginekologiczno - położniczej U. J. wszystkie guzy jajnikowe bez wyjątku są badane histologicznie, przeto i w tym wypadku nie uszło uwagi niezwykłe utkanie histologiczne guza. Pokazało się, że jest on zupełnie podobny do utkania gruczołu tarczowego, wykazującego w niektórych miejscach bujanie złośliwe. *(Carcinoma)*. Rozpoznano zatem *struma ovarii maligna (carcinomathodes)*. Podobny guz opisał pierwszy Gottschalk. lecz sądził, że jest to *folliculoma malignum*. Później dopiero Kretschmer i Pick stwierdzili identyczność tych guzów z tarczycą i podczas gdy pierwszy uważał je za przerzuty z tarczycy, drugi widział w nich teratoidalne twory. Bauer odrzuca pochodzenie tarczycowe i twierdzi, że to tylko *kystoma pseudomucinosum* o specjalnej budowie, wychodzący z nabłonka jajnika. Klinicznie guzy te nie przedstawiają nic charakterystycznego. Mogą być dobrotliwe, jeżeli rozwijają się w dermoidzie, złośliwość ich nie będzie ulegać wątpliwości, jeżeli spotka się je w teratoblastomie. Guz nasz robi wrażenie, że pierwotnie rozwijał się jako dobrotliwy a z czasem uległ zwyrodnieniu rakowatemu. Trudno jest stwierdzić częstość *struma ovarii*. Pick spotkał je 6 razy na 21 dermoidów. Mayer 2 razy na 131 dermoidów. Sądzę że tylko wtedy można mówić o *struma ovarii*, jeżeli tarczyca przeważa w guzie a taki stosunek nie jest częsty. Dalej omawia doc. Szymanowicz przypadek *przedwczesnego odklejenia łożyska* normalnie usadowionego w 10 m. ks., którego objawy rozpoczęły się typowym stanem przedeklamptycznym, niestety nierozpoznanym przed wystąpieniem objawów już dokonanego odklejenia. Chorej mimo natychmiastowego rozwiązania i zastosowania wszelkich możliwych środków ratunkowych, nie wyłączając transfuzji krwi, nie udało się uratować.

W dyskusji kol. Blassberg, Ściesiński, Frommer, Reiner oraz doc. Szymanowicz w odpowiedzi.

Kol. doc. Kostrzewski wygłasza wykład *w sprawie nietypowych przypadków duru wysypkowego* (demonstracja 2 przypadków).

W dyskusji kol. Blassberg przypomina i podkreśla dużą wartość rozpoznawczą objawu dr. Motyki, umożliwiającego różniczkowanie między durem brzusznym a wysypkowym. Po dość silnem uciśnięciu plamki opuszką palca plamka nie znika pod uciskiem, a otoczenie plamki przez ucisk bieleje. Po chwili skóra wraca do pierwotnego stanu, wszelako przy dalszej obserwacji tego samego miejsca zauważa się, że po upływie pół do jednej minuty pierwotnie zbielałe miejsce na nowo staje się białe, a zbielenie to zatacza nieraz coraz szersze kręgi. Dr. Blassberg śledząc w licznych przypadkach duru osutkowego podczas epidemji w r. 1919 za tym objawem, przekonał się, że zjawisko to istotnie bardzo wyraźnie i prawie stale występuje i uważa objaw Dra Motyki za cenne wzbogacenie arsenału rozpoznawczego w durze osutkowym.

Prof. Latkowski podkreśla, że przypadek drugi w którym wystąpiła wysypka bez gorączki jest nadzwyczaj rzadkim. Rozpoznanie duru wysypkowego w takim przypadku jest bardzo trudne, a rozstrzyga jedynie dodatni odczyn Weila - Felixa. Uderzającą w tym przypadku jest leukopenja, którą w przebiegu duru plamistego bardzo rzadko spotyka się. Dalej nadmienia prof. Latkowski, że widział odczyn Weila - Felixa występujący nieraz w 14 dniu choroby.

Prof. Latkowski podziela zapatrywanie kol. Kostrzewskiego co do znaczenia rozpoznawczego *encephalomeningitis*, które zjawia się w toku duru wysypkowego. *Menigitis* w toku duru wysypkowego jest zupełnie różną od *meningitis typhosa*, która przedstawia obraz ciężkiego schorzenia i inny obraz płynu mózgowo - rdzeniowego. Niekiedy wykonanie punkcji lędźwiowej i zbadanie płynu mózgowo - rdzeniowego rozstrzyga o rozpoznaniu duru wysypkowego. Również reakcja złota jest w durze wysypkowym charakterystyczna.

Pozatem zabierają głos kol. Blassberg i doc. Kostrzewski.

Demonstracja. Kol. Blassberg pokazuje liście bielunia dziędzierzawy *(Datura Strammonium)*, których pacjent błędnie użył jako odwaru na wewnątrz zamiast do odkadzania lub papierosów. Po napadzie epileptoidalnym, majaczeniach i innych objawach zatrucia hyoscyno - atropinowych pacjent po kilkunastu godzinach wrócił do zdrowia.

Walne Zebranie Krak. Tow. Lek. dnia 19. XII. 1928 r.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 50.

Prof. Wachholz przewodniczący Komisji Matki proponuje ponowny wybór starego Zarządu w składzie następującym:

Wybrano na 1 rok:

Prezes Prof. Dr. J. Latkowski, wiceprezes Dr. J. Landau, sekretarz doroczny Dr. Edward Szczeklik.

11 członków Komisji Rewizyjnej: Dr. Blassberg, Doc. Dr. Bujak, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Maciąg, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Prof. Dr. Piltz, Prof. Dr. Rosner, Prof. Dr. Rutkowski, Dr. Strzemieński, Dr. Wojciechowski.

2 delegatów do Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lekarskiego b. Galicji: Prof. Dr. Lenartowicz, Prof. Dr. Nowicki.

10 delegatów na Walne Zgromadzenia Tow. Lekarskiego b. Galicji: Doc. Dr. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Fuchs, Dr. Glassner, Dr. Jankowski, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Dr. Strzemieński, Dr. Surzycki.

2 członków Komisji kontrolnej Krak. Tow. Lekarskiego· Dr. Wachtel, Dr. Piotrowski.

1 członek Komisji Krak .Tow. Lekarskiego b. Galicji: Dr. Strzemieński.

Wybrano na 3 lata:

Skarbnik Dr. Akermann i dwaj redaktorzy Prof. Dr. Ciechanowski i Doc. Dr. Kostrzewski.

Bibljotekarz Dr. Spira, gospodarz Doc. Dr. Seńkowski i sekretarz stały. Prof. Dr. Gieszczykiewicz zostali wybrani w ubiegłym roku na okres 3 letni.

Prof. Łatkowski dziękuje za wybór.

Następnie Prof. Marchlewski wygłasza odczyt p. t.: *Badanie absorbcji widma nadfijołkowego przez substancje organiczne na usługach biochemji.*

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXVII Posiedzenie naukowe z dnia 16 listopada 1928 r.
Przewodniczy Kol. Ziembicki.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne Kolegom: bł. p. Hermanowi Finklowi i ś. p. Edwardowi Kikingerowi.

1. Kol. Lipiński omawia przypadek *różycy świń u człowieka.*

W dyskusji przemawiali: Kol. Gąsiorowski, Leszczyński, Fels, Ostrowski Tadeusz, Węgrzynowski, Bałącz i prelegent.

2. Kol. Kuhl przedstawił przypadek *odwrotnego zupełnego przemieszczenia trzew.*

3. Kol. Schütz okazał *zdjęcia: a) powyższego przypadku, b) przypadku przemieszczenia serca.*

4. Kol. Czeżowska omówiła przypadek *żółtaczki hemolitycznej.*

5. Kol. Dobrzaniecki przedstawił i omówił szereg przypadków *z zakresu plastyki twarzy.*

6. Kol. Hilarowicz przedstawia z kliniki chirurgicznej *przypadek przecięcia gałązek komunikujących (rami communicantes)* w zakresie splotu ramieniowego czyli t. zw. ramisekcji u kobiety; zabieg został wykonany z powodu bardzo ciężkiego stanu który wystąpił w następstwie odjęcia sutka z powodu raka, a charakteryzował się nadzwyczaj intenzywnemi bólami kończyny, zwiększeniem napięcia mięśniowego oraz niemożnością jej używania; wobec braku jakichkolwiek objawów nawrotu należało uważać stan ten za pokrewny formie wyodrębnionej przez Babińskiego i Frommenta jako t. zw. kontraktury odruchowe, fizjopatyczne powstające w następstwie urazu, obecności blizny i t. d., a zależne od zaburzeń unerwienia sympatycznego, określane również przez Leriche'a jako *„reflex d'axone"* i leczone przez niego wycięciem okołotętniczem n. współczulnego. Po omówieniu historji badań nad czynnością gałązek komunikujących i ich roli w innerwacji tonicznej mięśni przedstawia prelegent najważniejsze wskazania do ramisekcji według Bonniota i Wertheimera (ze szkoły Leriche'a), a mianowicie prócz wszystkich wskazań do wycięcia okołętniczego także i pewne stany wzmożonego napięcia mięśniowego jak chorobę Little'a, następstwa uszkodzeń mózgu, Parkinsonismus a przedewszystkiem następstwa urazu obwodowego jak w przedstawianym przypadku. Mowca przedstawia technikę zabiegu wykonanego jak się zdaje po raz pierwszy na ziemiach Polski, bardzo mozolną i dość trudną wobec głębokości pola i złożonych stosunków anatomicznych. Wynik w tym przypadku wprost rozpaczliwym jest bardzo zadowalniający, gdyż chorej bóle ustały prawie zupełnie, napięcie mięśniowe wróciło do normy i chora może ręką poruszać. Mowca wzywa neurologów do skierowywania odpowiednich przypadków w celu leczenia ich „ramisekcją".

W dyskusji przemawiał kol. Schramm.

7. Kol. Ziembicki wygłosił odczyt z przeźroczami o dziełku Szymona z Łowicza: *Macer de herbarum virtutibus z r. 1532.* (Rzecz opisana dla Zjazdu Historyków Medycyny, który odbył się w zeszłym miesiącu w Krakowie).

XXVIII Posiedzenie naukowe z dnia 23 listopada 1928 r.
Przewodniczy Kol. Ziembicki.

1. Kol. Rothfeld omawia przypadek, dotyczący chłopca 17 let. *po nagminnem zapaleniu mózgu z napadowemi ruchami mimowolnemi* i zaburzeniami oddechowemi, opadnięciem szczęki dolnej i t. p. Objawy te są pochodzenia striarnego, organicznego nie zaś czynnościowego.

W dyskusji kol. Pisek omawia swój przypadek, dotyczący chorego z nagminnem zapaleniem mózgu z utratą mimiki i przymusowem leżeniem na prawym boku. Kol. Krzemicki omawiając przypadek kol. Rothfelda, podnosi, że ruchy oddechowe chorego przypominają astmę.

2. Kol. Zalewski omawia *a) przypadek obcego ciała w krtani i oskrzelu, b) przypadek ciała obcego w krtani.*

3. Kol. Dobrzański przedstawia 3½ let. dziecko u którego *usunął z przełyku dwie drobne monety;* zabieg wykonano w oesophagoscopji.

4. Przewodniczący kol. Ziembicki przypomina, że w dniu 24 b. m. Tow. Aptekarzy obchodzi jubileusz odkrycia lampy naftowej przez ś. p. Łukasiewicza.

5. Kol. Gąsiorowski wygłasza odczyt a) p. t. *O biologji pałeczki otoczkowej twardzieli,* b) p. t. *Masowe badanie serologiczne na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą* (przeznaczone do druku).

XXIX Posiedzenie naukowe z dnia 30 listopada 1928 r.
Przewodniczy Kol. Ziembicki.

1. Kol. Adamówna przedstawia uzdrowieńca po *zapaleniu krwotocznem opon miękkich mózgu.*

2. Kol. Doliński wygłasza odczyt p. t.: *Walka rządu włoskiego z gruźlicą.* Ponadto przedstawia stan uzdrowisk we Włoszech, Wiedniu i Belgji.

W dyskusji kol. Pisek przypomina memorjały i zabiegi dawnej Rady m. Lwowa w kierunku zwalczania gruźlicy. Kol. Węgrzynowski omawia ustawę ubezpieczenia przeciw gruźlicy we Włoszech i stanowisko innych ustawodawców (Anglja, Polska). Kol. Mikołajski omawia rozporządzenie władz sanitarnych o sposobach zwalczania i konieczności zgłaszania przypadków gruźlicy, niebezpiecznej dla otoczenia. Kol. Seidl mówi o leczeniu gruźlicy w Kasach chorych i dotychczasowej ustawie, która po 52 tygodniach pozbawia ubezpieczonego dalszego leczenia. Kol. Selcer M. omawia sposób sanatoryjnego leczenia gruźlicy za granicą. Kol. Doliński, omawiając projekt ustawy, uważa, że należy zwrócić się z prośbą do Rządu o przyspieszenie wydania ustawy przeciwgruźliczej. Kol. Węgrzynowski zwraca się do Zarządu Tow. w sprawie uproszenia jednego z członków na referenta ustawy i wyznaczenie osobnego posiedzenia. Wniosek przyjęto.

XXX Posiedzenie naukowe z dnia 7 grudnia 1928 r.
Przewodniczy Kol. Grek.

1. Kol. Nowicki przedstawia i omawia przypadek sekcyjny *odosobnionej ziarnicy złośliwej jelita biodrowego.* Ten rzadki przypadek dotyczy mężczyzny lat 36, zarobnika. u którego klinicznie rozpoznano niedrożność jelita. Bliższych danych chorobowych nie można było uzyskać, gdyż chorego dostarczono do szpitala już w stanie końcowym. Sekcyjnie (Nr. prot. 924/28) stwierdzono w odległości około 2 m od zastawki Bauhina nacieczenie ściany jelita biodrowego na długości 20 cm tkanką białawą i to przedewszystkiem w zakresie błony śluzowej i podśluzowej, wypustkowato w zakresie mięśniówki. Światło jelita na całej niemal długości nacieczenia tak zwężone, że nie przepuszczało nawet ołówka. Jelito zwężone zrośnięte było na ograniczonej przestrzeni z esicą. Jelito powyżej zwężenia i tuż przy niem wykazywało dwa głębokie owrzodzenia, z których jedno przebiło kanałowato między blaszkami krezki przez krezkę do jamy brzusznej i spowodowało ostre śmiertelne zapalenie otrzewnej. Jelito cienkie powyżej zwężenia dość znacznie rozszerzone i z mięśniówką przerosłą. Gruczoły krezkowe, odpowiadające odcinkowi jelita tu zajętego były powiększone, dość miękkie białawe. Badanie drobnowidowe ściany jelita zwężonego wykazało utkanie ziarnicy złośliwej i to jeszcze w dość wczesnym okresie z obecnością dość licznych komórek wielkich jedno i wielojądrzastych ziarniczych, jak równie (świeższe zmiany) w gruczołach chłonnych krezkowych.

Prelegent podnosi niezwykłą rzadkość wogóle ziarnicy złośliwej przewodu pokarmowego a tembardziej ziarnicy odosobnionej, a więc ograniczonej jedynie do niego; takich przypadków jest zaledwie kilkanaście ogłoszonych w piśmiennictwie. Ziarnica złośliwa przewodu pokarmowego pojawia się pod trzema postaciami, jako wrzodziejąca, gruczołowata lub naciekowo rozlana, jak w przypadku przedstawionym. Stwierdzano też objawy niedrożności u chorych operowano. W żadnym przypadku nierozpoznano właściwego tła chorobowego.

W dyskusji kol. C z e r n e c k i mówi o swoim przypadku ziarnicy przewodu pokarmowego, u chorego były równocześnie zmienione inne gruczoły chłonne.

2. Kol. S z u r e k przedstawie i omawia następujące preparaty anatomo - patologiczne:

a) zupełne zamknięcie zakrzepem głównego pnia tętnicy płucnej u kobiety l. 28, która nagle zmarła w kilka dni po porodzie; zakrzep w postaci czopu tkwi w pniu tejże, tętnica ta następnie wchodzi w tętnice lewą i prawą. Niewątpliwie początek zakrzepu stanowił zator zakrzepowy, pochodzący z zakrzepów, stwierdzonych sekcyjnie w żyłach macicznych. Mowca omawia mechanizm powstania tego zamknięcia zakrzepowego oraz podnosi, że w ostatnich tygodniach spostrzegano w Instytucie anat. patol. kilka podobnych przypadków u osób po porodzie lub po operacjach guzów narządów rodnych wewnętrznych;

b) wątrobę z przewlekającym się zanikiem żółtym; odnośna kobieta l. 26 zmarła po 6-tygodniowej chorobie wśród wybitnej żółtaczki. Wątroba zmniejszona jest przynajmniej o $^2/_3$, wybitnie żółta, o rysunku przekroju zupełnie zatartym, jednak nie bardzo wielka i krucha. Wywiady, badanie kliniczne i podmiotowe nie mogło wykazać tła chorobowego;

c) dwa żołądki z rakiem, pochodzące od mężczyzny lat 23 i kobiety lat 31; mowca pokazuje je ze względu na młody wiek osobników tym rakiem dotkniętych. Liczba raków u osobników poniżej lat 30 wynosiła w statystyce tut. instytutu anatomji pat. za czas 1904—1920 przyp. 46, a w tem 30 kobiet; u mężczyzny rozpoznano raka i nawet wykonano laparotomję, jednak z powodu rozległości sprawy i przerzutów jamę brzuszną zaszyto bez jakiegokolwiek zabiegu na żołądku.

W dyskusji kol. S o c h a ń s k i omawia stronę kliniczną. Kol. P i s e k. Zdaje się że w ostatnich latach częściej widujemy zakrzepy i zatory — w szczególności w tętnicy płucnej — niż w latach dawniejszych, podczas gdy częstość zmian w samejże tętnicy płucnej należy ciągle do rzadkości. Przed wielu laty opisał mowca z lwow. szpitala powsz. przypadek *endocarditis vegetans arteriae pulm.*, p r z y p a d k o w o przy sekcji stwierdzony — bez żadnych następstw i bez żadnych szczególniejszych za życia objawów. Kwestja częściej obecnie zdarzających się zakrzepów i zatorów t. płucnej z zejściem śmiertelnem stanęła na porządku dziennym w Niemczech i na Zachodzie i co dziwniejsze że przypadki z oddziałów wewnętrznych wielokrotnie przewyższają przypadki chirurgiczne np. z kliniki wewnętrznej J a h r a zebrano 4 razy więcej niż z chirurgicznej.

Tenże autor jak również szereg innych autorów sądzą że przyczyna leży w nadmiernie często stosowanych obecnie zastrzykach dożylnych. Inna grupa autorów zaprzecza temu. O c h l e r podejrzewa afenil, L i n h a r d t każdy dożylny zastrzyk, R e y e, H e g e l e r, B u r w i n k e l, O b e r n d o r f e r i in. nie zgadzają się z tym poglądem. W ostatnich czasach zjawiły się obszerne statystyczne, porównawcze zestawienia obejmujące kilkanaście lat, tysiące chorych i sekcyj i odsetek śmiertelnych przypadków zatorów. Najnowsza praca z kliniki K u l b s a również zaprzecza istnieniu związku przyczynowego pomiędzy zakrzepami, zatorami a zastrzykami dożylnemi i stwierdzając niewątpliwy wzrost w latach 1912—1927 (z jedyną przerwą w r. 1920) w dwójnasób zakrzepów, a śmiertelnych zatorów — do pięciokrotnej wysokości niż dawniej, wykazuje że ilość nie leczonych dożylnie przypadków zakrzepów, przewyższa wielokrotnie ilość leczonych dożylnie i wyklucza związek przyczynowy. Zawsze jednak sądzi mowca że niezaprzeczony wzrost przypadków zatorów i zakrzepów daje do myślenia a tłumaczenie że znakomita terapja chorób serca obecna utrzymuje tak długo działalność serca dopóki — poprzednio już zużyte naczynia bardziej stają się skłonne do zakrzepów i zatorów prowadzących do śmierci nagłej (O b e r n d o r f e r) — nie wyjaśnia sprawy.

W odpowiedzi kol. N o w i c k i podnosi, że kol. P i s e k odnośnie do przypadku pierwszego wspomniał o wpływie, jaki, według niektórych, mają na powstawanie zakrzepów wstrzykiwania śródżylne. Kol. N o w i c k i z naciskiem podniósł stwierdzenie w ostatnich tygodniach kilku przypadków zatorów i zamknięcia tętnicy płucnej z nagłą śmiercią. Przypadki te mogłyby być ostrzeżeniem w kierunku zachowania się chorych po operacjach i dla położnic.

3. Kol. W ę g r z y n o w s k i *Sprawozdanie z VI międzynarodowego Zjazdu Unii przeciwgruźliczej w Rzymie.*

a) Kol. W ę g r z y n o w s k i omawia organizację przeciwgruźliczą włoską i stosunek do niej Mussolinego,

b) kol. T o m a n e k omawia *stronę naukową zjazdu,*

c) kol. F r i s c h omawia *wystawę przeciwgruźliczą różnych państw* ze szczególnem uwzględnieniem wystawy polskiej,

d) kol. C y b u l s k a omawia *przebieg zjazdu pielęgniarek.*

St. Ostrowski, sekretarz.

Zjazd Lekarzy Powiatowych Województwa Poznańskiego w Bydgoszczy.

W dniach 9 i 10 lutego r. b .odbył się w Bydgoszczy zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poznańskiego, na który przybyli 33 lekarze.

Zjazd powitał imieniem miasta Bydgoszczy wiceprezydent Dr. T. Chmielarski, dziękując zjazdowi za zaszczyt wyróżnienia miasta Bydgoszczy i prosząc, ażeby uczestnicy zjazdu byli względni przy ocenie usiłowań miasta w sprawie utrzymania na odpowiednim poziomie instytucyj i urządzeń sanitarnych.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, podkreślając dodatnie znaczenie zjazdów mających się odtąd odbywać kolejno w miastach powiatowych, albowiem uczestnicy zjazdów, zwiedzając instytucje sanitarne w poszczególnych powiatach na terenie Województwa, będą mogli wyrobić sobie skalę porównawczą przy faktycznej ocenie tych urządzeń, w związku z już funkcjonującemi lub mającemi powstać podobnemi instytucjami na terenie ich powiatów.

W imieniu Wojewody poznańskiego zagaił zjazd Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego Dr. Górski, poczem przystąpiono do wykonania porządku dziennego.

Jak ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, na terenie województwa poznańskiego dokonane zostały w 1928 r. w dziedzinie zdrowotności publicznej między innemi następujące ulepszenia:

Zakończono budowę względnie przebudowę szpitali i pawilonów dla chorych zakaźnych w Bydgoszczy, Grodzisku, Wieleniu, Inowrocławiu, Jarocinie, Zdunach, Mogilnie, Obornikach, Poznaniu, Śmiglu, Wolsztynie i Żninie.

Stacje opieki nad matką i dzieckiem, kuchnie mleczne oraz żłóbki powtały lub zostały ulepszone w Bydgoszczy, Chodzieży, Grodzisku, Inowrocławiu, Jarocinie, Kościanie, Lesznie, Mogilnie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Pleszewie, Rawiczu i Śmiglu.

Kąpieliska ludowe, łazienki i natryski urządzono w Bydgoszczy, Fordonie, Gnieźnie, Gostyniu, Jarocinie, Kościanie, Międzychodzie, Ostrzeszowie, Szamotułach, Środzie, Śmiglu i Śremie.

W dziedzinie wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego zorganizowano opiekę lekarską, urządzono boiska, strzelnice i t. p. w Chodzieży, Gostyniu, Inowrocławiu, Trzcinicy, Lesznie, Odolanowie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Rawiczu, Rakoniewicach i Stęszewie.

Higiena szkolna doznała poprawy przez zaangażowanie w szeregu miast lekarzy szkolnych względnie przez wyznaczenie przez kilka sejmików pewnych kwot, umożliwiających zwiedzenie wszystkich szkół powszechnych i zbadanie uczniów przez lekarzy powiatowych. W Kościanie, Ostrzeszowie i Szamotułach powstały nowe gmachy szkolne ze wszystkiemi nowoczesnemi urządzeniami.

Akcja sanitarno - porządkowa zrobiła duże postępy. Skanalizowano całkowicie lub uzupełniono kanalizację w Gnieźnie, Koźminie, Wronkach, Sremie i Mosinie. W wielu mejscowościach urządzono nowe i odremontowano stare bruki i chodniki, zadrzewiono ulice i place, odremontowano domy, znacznie posunięto sprawę uporządkowania śmietników i ustępów. Komisje sanitarne wykazywały wzmożoną działalność przez częste lustracje miejsc i lokali użyteczności publicznej.

W dalszym ciągu porządku dziennego Inspektor lekarski Dr. Żmigrod wygłosił referat pod tytułem: „Podstawy prawne i technika dla przeprowadzenia zarządzeń sanitarno - porządkowych i dla podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju“, w którym przytoczył obowiązujące na obszarze Województwa Poznańskiego przepisy i rozporządzenia, normujące te sprawy. Referat ten, zawierający szereg przepisów pruskich, dotychczas obowiązujących w Województwie Poznańskiem, był wysłuchany z żywem zainteresowaniem.

Naczelny lekarz m. Poznania Dr. Szulc przedstawił projekt szematu organizacji sanitarjatu samorządowego.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego schroniska dla niemowląt, łazienek ludowych w Szwederowie,

miejskiej stacji dla chorych na gruźlicę, schroniska dla starców i sanatorjum dla chorych na płuca w Smukale. Wszystkie te instytucje stoją na należytym poziomie, są dobrze urządzone i prowadzone, co niejednokrotnie podkreślali uczestnicy Zjazdu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zjazd Przedstawicieli Uzdrowisk. W dni. 25 i 26. lutego b. r. odbył się w Warszawie Zjazd Przedstawicieli Uzdrowisk. Na miejsce ustępujących członków zarządu dokonano następujących wyborów.

Wybrani do zarządu: burmistrz dr. Ksawery Gróski (Krynica), prezes St. Karłowski (Korywiec—zdrój), T. Pietkiewicz (Zakopane), J. Kożuchowski (Nałęczów), M. Górzyński (Otwock) i inż. Łumina (Jaremcze).

Na zastępców: M. Reiner (Otwock), dr. S. Mazurkiewicz (Jastrzębiec—zdrój na Śląsku) i inż. R. Daniewski (Solec).

Do komisji rewizyjnej: E. Kasperowicz (Otwock), inż. Marjan Raczyński i A. Koperkiewicz (Ciechocinek).

Na tem obrady zakończono i zjazd zamknięto.

Tow. Neurolog. Warsz., pragnąc przyczynić się do zbliżenia i żywszej wymiany myśli neurologów polskich, urządziło w dn. 24. marca r. 1929 (w niedzielę) swe zebranie doroczne. Posiedzenia odbywały się w sali posiedzeń Tow. Naukowego — ul. Śniadeckich 8 o godz. $9^1/_2$ rano i o 3 popoł. Porządek dzienny: 1) Mackiewicz: O glejakach, 2) Bregman: O zaburzeniach w gruczołach dokrewnych. — Tow. Neurolog. Warsz. prosi o zgłoszenie swego ewentualnego udziału w dyskusji na ręce przewodniczącego Tow. Dra Bregmana (Moniuszki 11).

W dniu poprzedzającym zebranie doroczne, t. j. 23 marca 1929 r. (w sobotę), odbyło się w tymże lokalu o godzinie $8^1/_2$ zwykłe posiedzenie Tow. Neurol. z pokazami chorych.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jak najszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimaterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W piątek 22. marca, godz. 20'30 punktualnie. Dr. Henryk Rübenbauer (Lwów). Horyniec Zdrój i jego znaczenie lecznicze. Dyr. J. St. Szczerbiński. Zagadnienie polityki uzdrowiskowej. W 2-giej części posiedzenia Dr. A. Śmiechowski wygłosił odczyt p. t. „W sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniach społecznych".

Opinja Zarządu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego w sprawie obsadzania stanowisk pedjatrycznych w instytucjach leczniczych oraz społeczno-higienicznych. Chcąc podnieść poziom naukowy młodszych kolegów pedjatrów, chcąc ich zachęcić do większej pracy nad sobą, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego opracował przepisy niniejsze, które w sposób prosty i nieprzesadzający miejscowych zwyczajów precyzują trzy punkty następujące: A) — kto ma prawo nazywać siebie pedjatrą, B) — jakie stanowiska powinny być przez pedjatrów obsadzane, C) — w jaki sposób powinny być oceniane kwalifikacje zgłaszających się kandydatów.

A) Lekarz mianujący się pedjatrą powinien odpowiadać następującym warunkom: ogółem mieć conajmniej trzy lata praktyki lekarskiej szpitalnej, przyczem jeden rok winien być poświęcony pracy na oddziale chorób wewnętrznych dla dorosłych, dwa lata zaś pracy w szpitalnictwie dziecięcem, przyczem konieczne jest zaznajomienie się z chorobami zakaźnemi i wieku niemowlęcego. Zaświadczenie z odbytej praktyki winno być potwierdzone przez szefów instytucyj, w których dany kandydat pracował.

B) Przez pedjatrów winny być obsadzane następujące stanowiska zarówno czasowe jak stałe:

1. Wszystkie stanowiska w instytucjach leczniczych, udzielających pomocy wyłącznie lub między innemi dzieciom do lat 14-tu włącznie (szpitale, ambulatorja szpitalne i społeczne, kasy chorych, pomoc lekarska dla urzędników oraz inne instytucje lecznicze i społeczne). Lecznictwo ludności w tym wieku powinno znajdować się wyłącznie w rękach lekarzy pedjatrów. 2. Lekarzy szkolnych w szkołach powszechnych i średnich. 3. W stacjach opieki nad niemowlętami i dziećmi. 4. We wszelkiego typu żłobkach. 5. Ochronkach, bursach, domach sierot oraz innych zakładach wychowawczo-społecznych dziecięcych. 6. W przychodniach przeciwgruźliczych, przeciwkiłowych, przeciwreumatycznych, przeznaczonych dla dzieci do lat 14.

C) Na stanowisko asystentów klinicznych oraz szpitalnych przyjmowani są kandydaci według przepisów obowiązujących w danym zakładzie leczniczym. Na stanowiska ordynatorów i kierowników szpitalnych winni być wyznaczeni lekarze na zasadzie konkursu, według norm przyjętych w danej miejscowości.

D) Inne stanowiska wymienione wyżej winny być obsadzane na zasadzie konkursu. Konkurs ten winien wziąć pod uwagę kwalifikacje lekarzy pod względami następującemi: 1. Dotychczasowej działalności lekarskiej i społecznej, 2. lat pracy pedjatrycznej, 3. pracy na polu naukowem, 4. wyszkolenia w kierunku specjalnym, odpowiadającym danemu stanowisku (w stacjach opieki nad niemowlętami, w żłobkach, domach wychowawczych pierwszeństwo mają lekarze pracujący na oddziałach szpitalnych niemowlęcych; na stanowiska lekarzy szkolnych pożądani są w pierwszym rzędzie lekarze, posiadający wyszkolenie w dziedzinie wychowania fizycznego, higjeny szkolnej oraz psychologji dziecięcej; dla objęcia posad w przychodniach przeciwgruźliczych pierwszeństwo mają lekarze, pracujący nad gruźlicą wieku dziecięcego).

E) Powyższe kwalifikacje powinni oceniać lekarze fachowcy. W razie jeśli dana instytucja nie posiada w swym Zarządzie odpowiednich sił fachowych, mogących ocenić kwalifikacje kandydatów, pożądane jest, aby została powołana specjalna komisja złożona z fachowców, albo też dana instytucja winna zwrócić się do odpowiedniej organizacji naukowo-lekarskiej z prośbą o ocenę kwalifikacji zgłaszających się kandydatów.

Kraków.

Prezesem Polskiej Akademji Umiejętności obrany został Kazimierz Kostanecki, profesor anatomji opisowej U. J.

Dyrektorem zakładu dla umysłowo-chorych w Kobierzynie pod Krakowem został Dr. Stryjeński.

Dnia 16. marca zmarł Dr. Zygmunt Wielski w 57 r. życia.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. IX. Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 22 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Meller i E. Piotrowski: Przypadek ropnia płuc wyleczonego odmą (pokaz); 2) kol. T. Zalewski: Ropień płatu skroniowego pochodzenia usznego (pokaz); 3) kl. A. Gruca: Przypadek porażeń kończyn dolnych leczony operacyjnie (pokaz); 4) kol. W. Elmer i H. Scheps: Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem parathormonem Collipa w tężyczce (pokaz); 5. kol. H. Demianowski: Kokainizm (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący kol.: T. Ostrowski, Tennenbaum, Dobrzański, Legeżyński.

Wynik wyborów, dokonanych na posiedzeniu konstytuującem Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej, odbytem w dniu 10. marca 1929. Zarząd Izby: Naczelnik Izby: Prof. Dr. Witołd Nowicki, Lwów, ul. Kampiana 9. I. Zast. Nacz. Izby: Dr. Eugenjusz Dolinński, Lwów, ul. Gródecka 16. II. Zast. Nacz. Izby: Doc. Dr. Wiktor Reis, Lwów, ul. Fredry l. 4. Sekretarz: Prym. Dr. Stanisław Ostrowski, Lwów, ul. W. Pola 8. Skarbnik: Dr. Zygmunt Stobiecki, Lwów, ul. Asnyka 2. Członkowie: Dr. Antoni Dobrzański, Lwów, ul. Batorego 12. Dr. Kazimierz Flis, Rudki. Dr. Michał Salpeter, Lwów, ul. Sykstuska 17. Dr. Miron Wachnianin, Lwów, ul. Senatorska 11 a.

Zastępcy Członków Zarządu: 1. Dr. Mikiewiczówna Anna, Lwów, ul. Kochanowskiego 8. 2. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 3. Dr. Bikeles-Mardechai, Lwów, ul. Podwale 7. 4. Dr. Fox Jan, Kulparków. 5. Dr. Danielski Zygmunt, Lwów, pl. Bernardyski l. 2 a. 6. Prof. Dr. Franke Marjan, Lwów, ul. Wałowa 29. 7. Dr. Damański Emanuel, Lwów, ul. Barska 1. 8. Dr. Buraczyński Tytus, Lwów, ul. L. Sapiehy 25. 9. Doc. Dr. Gruca Adam, Lwów, ul. Sobieskiego 1.

Sąd Izby. Członkowie: 1. Dr. Begleiter Henryk, ul. Sykstuska 15. 2. Dr. Bereźnicki Jan, Lwów, ul. Podwale 7. 3. Dr. Bikeles Mardechai, Lwów, ul. Podwale 7. 4. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 5. Dr. Ehrlich Dawid, Lwów, ul. Kościuszki 6. 6. Dr. Fels Izrael, Lwów, ul. Słoneczna 1. 7. Dr. Gruca Adam, Lwów, ul. Sobieskiego 1. 8. Dr. Jonas Maks, Lwów, ul. Akademicka 11. 9. Dr. Kamiński Zygmunt, Lwów, ul. Asnyka 15.

10. Dr. Kotiers Zdzisław, Lwów, ul. Jabłonowskich 2. 11. Dr. Lachowicz Zdzisław, Lwów, ul. Kraszewskiego 13. 12. Prof. Dr. Lenartowicz Jan, Lwów, ul. Sykstuska 43. 13. Dr. Lipiński Witołd, Lwów, ul. Piekarska 54. 14. Dr. Ludwig Stanisław, Lwów, ul. Chorążczyzny 16. 15. Dr. Mączewski Stanisław, Lwów, ul. Piekarska 3. 16. Dr. Pohorecki Andrzej, Lwów, Szpital powszechny. 17. Dr. Pogonowska Marja, Lwów, ul. Asnyka 6. 18. Dr. Rosenbaum Jerzy, Stanisławów, ul. Smolki 2. 19. Doc. Dr. Sabatowski Antoni, Lwów, ul. Asnyka 2. 20. Dr. Sawicka Henryka, Lwów, ul. Piekarska 11. 21. Dr. Schneider Natan, Lwów, ul. Kosciuszki 24. 22. Dr. Skrowaczewski Paweł, Lwów, ul. Fredry 6. 23. Dr. Świątkiewicz Michał, Lwów, ul. Piekarska 1 b. 24. Dr. Zion Oswald, Lwów, ul. Kraszewskiego 5.

Zastępcy Członków Sądu: 1. Dr. Aleksiewicz Andrzej, Lwów, ul. Asnyka 2. 2. Dr. Beltowski Adam, Lwów, ul. Kopernika 29 a. 3. Dr. Ciepielowski Władysław, Lwów, ul. Halicka 5. 4. Prof. Dr. Cieszyński Antoni, Lwów, ul. Batorego 38. 5. Doc. Dr. Czernecki Wincenty, Lwów, ul. Bielowskiego 1. 6. Dr. Czeżowska Zofja, Lwów, ul. Tarnowskiego 11 a. 7. Dr. Damański Emanuel, Lwów, ul. Barska 1. 8. Dr. Dattner Hugo, Lwów, ul. Cłowa 7. 9. Dr. Dawidowicz Emil, Lwów, ul. Zimorowicza 5. 10. Dr. Drak Juljusz, Lwów, ul. Sykstuska 56. 11. Dr. Epler Roman, Lwów, ul. Nabielaka 12. 12. Dr. Garfeinówna Olga, Lwów, ul. Zielona 17. 13. Dr. Graf Nataniel, Lwów, ul. Gródecka 89. 14. Dr. Hermelin Eljasz, Lwów, ul. Jagiellońska 11 a. 15. Dr. Hołodyński Jerzy, Lwów, ul. Romanowicza 16. 16. Dr. Kauczyński Klemens, Lwów, ul. Jagiellońska 8. 17. Dr. Liebhart Stanisław, Lwów, ul. Dwernickiego 11 a. 18. Dr. Musiał Albin, Lwów, ul. Piekarska 11. 19. Dr. Piro Karol, Lwów, ul. Pełczyńska 2. 20. Dr. Schusterówna Helena, Lwów, ul. Piekarska 52. 21. Dr. Stauber Salomon, Lwów, ul. Mikołaja 11. 22. Dr. Szulisławska-Lindertowa Zofja, Lwów, Na Bajkach 24. 23. Prof. Dr. Zalewski Teofil, Lwów, ul. Sykstuska 49. 24. Dr. Zięborak Stanisław, Lwów, ul. Pijarów 4.

Członkowie Komitetu wykonawczego Kasy Ubezpieczeniowej Członków Izby Lekarskiej (K. U. C. I. L.). 1. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 2. Dr. Lipiński Witołd, Lwów, ul. Piekarska 54. 3. Dr. Salpeter Michał, Lwów, ul. Sykstuska 17.

Zastępcy: 1. Dr. Dadlez Józef, Lwów, ul. Piekarska 52. 2. Dr. Drak Juljusz, Lwów, ul. Sykstuska 56. 3. Dr. Geldmanówna Dorota, Lwów, ul. Łyczakowska 52.

Członkowie Komitetu wykonawczego Kasy Emerytalnej: 1. Dr. Czaczkowski Józef, Lwów, ul. Zimorowicza 12. 2. Prof. Dr. Cieszyński Antoni, Lwów, ul. Batorego 38. 3. Dr. Selzer Marcin, ul. Halicka 21.

Zastępcy: 1. Dr. Serbeński Walerjan, Lwów, pl. Dąbrowskiego 4. 2. Dr. Świtalski Mieczysław, Lwów, ul. Piłsudskiego 11.

Sąd polubowny Kasy Emerytalnej. Członkowie: 1. Prof. Dr. Halban Henryk, Lwów, ul. Mochnackiego 38. 2. Dr. Hinze Roman, Rzeszów. 3. Dr. Kuhn Adolf, Lwów, ul. Łyczakowska 46.

Zastępcy: 1. Dr. Zadurowicz Emil, Sambor. 2. Dr. Zgórski Kazimierz, Lwów, ul. Asnyka 1.

Komisja Rewizyjna Izby Lekarskiej: 1. Dr. Świątkiewicz Michał, Lwów, ul. Piekarska 1 b. 2. Dr. Zabłocki Stanisław, Lwów, ul. Kl. Tańskiej 3. 3. Prof. Dr. Zalewski Teofil, Lwów, ul. Sykstuska 49.

Delegaci do Naczelnej Izby Lekarskiej: 1. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 2. Dr. Danielski Zygmunt, Lwów, pl. Bernadyński 2 a. 3. Dr. Krzyczkowski Antoni, Warszawa - Praga, ul. Targowa 67. 4. Dr. Landau Henryk, Lwów, ul. Jabłonowskich 28. 5. Prof. Dr. Nowicki Witołd, Lwów, ul. Kampiana 9. 6. Dr. Ramer Salomon, Sanok. 7. Dr. Śmiechowski Antoni, Warszawa, ul. Szpitalna 12. 8. Dr. Wajgiel Eugenjusz, Warszawa, Akademja Weterynaryjna.

Zastępcy Delegatów do Izby Naczelnej: 1. Dr. Baranowski Tadeusz, Drohobycz. 2. Dr. Czyżewski Kazimierz, Lwów, ul. Łyczakowska 9. 3. Prym. Dr. Leszczyński Roman, Lwów, ul. Wałowa 23. 4. Dr. Mierzecki Henryk, Lwów, ul. Batorego 32. 5. Dr. Notz Juljusz, Lwów, ul. Dojazdowa 2. 6. Dr. Podsoński Władysław, Lwów, ul. św. Zofji 10. 7. Doc. Dr. Sabatowski Antoni, Lwów, ul. Asnyka 2. 8. Dr. Prym. Wolf Aron, Lwów, ul. Batorego 32.

Członkowie Sądu Izby Naczelnej: 1. Prof. Dr. Grek Jan, Lwów, ul. Romanowicza 5. 2. Doc. Dr. Reis Wiktor, Lwów, ul. Fredry 4.

Zastępcy: 1. Dr. Kuhn Adolf, Lwów, ul. Łyczakowska 46. — 2. Dr. Salpeter Michał, Lwów, ul. Sykstuska 17.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Województwo Lubelskie rozpisuje konkurs z terminem do 25 kwietnia b. r. na cztery posady lekarzy powiatowych oraz jedną posadę zastępcy lekarza powiatowego. O warunkach konkursu można się poinformować z ogłoszenia na tablicy w Izbie lekarskiej Lwowskiej lub w Województwie Lubelskiem.

Ze świata.

II Zjazd niemieckiego Towarzystwa dla badania narządu krążenia odbył się w Bad Nauheim w dniach 4 i 5 marca b. r. przy udziale około 150 uczestników pod przewodnictwem profesora A. Webera. Dwa główne, znakomicie opracowane i nadzwyczaj pouczające referaty profesorów: B. Grubera z Götyngi i Nonnenbrucha z Pragi będą ogłoszone niebawem w protokołach towarzystwa, jakie pojawią się w nakładzie firmy Theodor Steinkopff, Drezno - Lipsk. Poszczególne wykłady, wygłoszone na tym Zjeździe, o ile na to zasługują, będą ogłoszone nadto w czasopiśmie „Zeitschrift für Kreislaufforschung". Na przewodniczącego następnego zjazdu wybrano profesora J. Rihl'a z Pragi, a na miejsce przyszłego zjazdu miasto Drezno.

Najbliższy Zjazd lekarzy w Paryżu, zoorganizowany staraniem czasopisma „Revue Médicale Française" i jego współpracowników, odbędzie się od 9. do 14. czerwca 1929 r. i będzie dostępny dla wszystkich lekarzy francuskich i obcych, jak również dla studentów medycyny.

Biuro Komitetu ukonstytuowało się w następujący sposób: Przewodniczący: p. profesor Delbert. Wice-przewodniczący: pp. profesorowie Sergent i Desgrez. Komisarz generalny: p. profesor Balthazard. Sekretarz generalny: p. dr. Léon Tixier. Pomocnik sekretarza generalnego: p. Deval, kierownik laboratorjum Wydziału Lekarskiego. Skarbnik: p. dr. Léon Giroux, b. kierownik kliniki Wydziału Lek.

Zjazd będzie otwarty w Pałacu Wystaw miasta Paryża (Porte de Versailles), gdzie została urządzona wystawa pod protektoratem Francuskiego Komitetu Wystaw i pod kierownictwem p. Jean Faure, przewodniczącego Izby Syndykatu Fabrykantów wyrobów farmaceutycznych. Popołudniu dłuższe referaty będą wygłoszone w nowej sali Pałacu Wystaw przez pp. profesorów: Delbert i Sergent, przez dra Lesne, lekarza szpitali, i t. d.

Zrana program, racjonalnie rozłożony, pozwoli uczestnikom Zjazdu przyglądać się pokazom, które odbędą się przy współudziale wszystkich kierowników klinik Wydziału Lekarskiego, szpitali publicznych i prywatnych oraz asystentów Instytutu Pasteur'a, Instytutu Radowego i t. d.

Komitet Uroczystości, pod przewodnictwem p. dra Henri de Rothschild, ułożył program szczególnie wspaniały: Niedziela, 9. czerwca: wielkie przyjęcie w Pałacu Wystaw: orkiestra i numery teatralne, bufet. Wtorek, 11. czerwca: wieczór w Operze. Czwartek, 13. czerwca: wycieczka autocarem do doliny Chevreuse, śniadanie w Rombouillet, zwiedzenie pałaców Rambouillet i Dampierre, opactwa Port-Royal-des-Champs, podwieczorek w opactwie Vaux-de-Cernay. Piątek, 14. czerwca: uczestnicy będą przyjęci przez stacje klimatyczne i uzdrowiska, w warunkach szczególnie przyjemnych i korzystnych.

Komitet oprowadzać będzie codziennie panie po największych magazynach i muzeach, zapraszać — na koncerty, herbatki i t. p.

Można już zgóry przewidzieć, że powodzenie Zjazdu lekarzy w roku 1929 będzie daleko większe, niż w latach ubiegłych, dzięki temu, że Komitet, bogaty w doświadczenia poprzednich Zjazdów, mógł wprowadzić pożądane ulepszenia.

Udział: 50 franków dla uczestników Zjazdu, 20 franków dla pań i studentów medycyny. (Należność płatna czekiem albo przekazem pocztowym na rachunek „Journées Médicales", konto 1.55.60, Paryż).

We wszystkich kwestjach zwracać się do: p. dr. Léon Tixier, 18, Rue de Verneuil, Paris. (7 e).

Redakcja otrzymała.

St. Sroczyński: *„Inowrocław jako zdrojowisko"*. Odb. z Medycyny praktycznej, zesz. 1, z 1929 r.

H. Higier: *„Röntgentherapie im Bereiche der Gehirn und Rückenmarkstumoren"*. Odb. z „Nervenarzt". zeszyt 2, z r. 1929.

H. Higier: *„Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlenia promieniami Roentgena"*. Odb. z Warsz. Czas. lek. nr. 30 i 31 z r. 1928.

Nr. 15. 14. kwietnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. JANIK Alfred, asystent Kliniki. Lwów.

Cięcie brzuszne przy zabiegach na drogach żółciowych i wątrobie.

Z Kliniki Chir. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Jakie jest najwygodniejsze a zarazem najbardziej szanujące cięcie celem odsłonięcia dróg żółciowych — to pytanie, na które się słyszy różne odpowiedzi.

Dawniej używano zwykle cięcia podłużnego w linji białej lub pararektalnego, zadawalniając się kilkucentymetrową jego długością, ponieważ wystarczała najzupełniej do wykonania przetoki pęcherzyka, jako zabiegu wyboru.

Dziś wykonujemy najczęściej wycięcie pęcherzyka żółciowego, to też i dostęp do niego musi być lepszy. Zasadniczo chodzi o to, by z wykonanego cięcia móc dojść wprost do pęcherzyka i przewodów. Przytem przejrzenie przewodów w poszukiwaniu za kamieniami lub innemi zmianami — to niemniej ważna czynność jak usunięcie samego pęcherzyka. Ile to razy następuje po zabiegu nawrót napadów, nie z powodu wytworzenia się nowych kamieni w przewodach, ale z powodu pozostawienia ich podczas zabiegu. Wiemy bardzo dobrze, że dzieje się to stosunkowo nierzadko, mimo zdawałoby się dokładnego obmacania przewodów. Nic więc dziwnego, że celem ich wykluczenia, zaczyna się używać dziś w chirurgji dróg żółciowych sposobów wziernikowych, które prawdopodobnie zmniejszą w przyszłości ilość tych t. zw. nawrotów kamicy pooperacyjnej.

W ogólności cięcie powłok dla odsłonięcia dróg żółciowych powinno odpowiadać następującym wymogom:

1) powinno być szybkie i łatwe do wykonania i zeszycia,
2) powinno dawać dokładny dostęp do pęcherzyka żółciowego, celem jego wycięcia i do przewodów żółciowych, jakoteż narządów sąsiednich, celem ich przejrzenia,
3) w razie potrzeby powinno być łatwe do przedłużenia,
4) powinno być łatwe do gojenia się i dawać jak najmniejszą odsetkę przepuklin pooperacyjnych,
5) powinno tak biegnąć, by uszkadzało jak najmniej nerwów.

Cięcia obecnie używane są tak różnorodne, że trudno je tu dokładnie omówić. Dadzą się one podzielić na kilka grup:

a) podłużne środkowe,
b) podłużne para- i transrektalne.
c) skośne wzdłuż łuku żebrowego wprost przez wszystkie warstwy lub z rozdzieleniem poszczególnych warstw,
d) poprzeczne przez m. prosty, ewentualnie i przez linje białą,
e) podłużne środkowe z dodatkiem poprzecznego lub skośnego w kształcie kąta względnie litery T.

Nie wchodząc w głębszą ocenę poszczególnych wyżej wspomnianych cięć zaznaczamy, że na klinice lwowskiej Schramma większość ich została wypróbowana. Na podstawie tego doświadczenia nigdy nie używamy obecnie cięć podłużnych bocznych, jako nie fizjologicznych, nie dających się wykonać bez przecięcia kilku nerwów dochodzących do m. prostego od ostatnich nerwów międzyżebrowych w kierunku od tyłu i góry ku przodowi i dołowi.

Wynika z tego, że cięcia, które mają rzekomo na celu uszanowanie samego mięśnia, biegnąc przezeń podłużnie, nie odpowiadają wszystkim wymogom, ponieważ też uszkadzają ich nerwy. Nic więc dziwnego, że nawet po nich obserwowano zanik mięśnia i następową przepuklinę. Taką samą wadę ma cięcie faliste Kehra. Jak widzimy z powyższego jedynie cięcie skośne równoległe do przebiegu nerwów względnie jeszcze poprzeczne odpowiadają zdaniem naszem do zabiegów połączonych ze znacznemi trudnościami, z powodu zrostów lub też zmian w przewodach tak samo, jak nie wystarcza do tego samo cięcie w linji białej. Jakkolwiek samo cięcie poprzeczne względnie skośne jest jeszcze nie rzadko używane (Courvoisier, Kausch, Sprengel i t. d.) to jednak ustępuje ono miejsca coraz bardziej wygodniejszemu cięciu podłużno-poprzecznemu względnie kątowemu.

Cięcie T względnie L daje się w każdej chwili przedłużyć tak w kierunku poprzecznym jak i podłużnym, co jest bardzo ważne dla dogodnego dostępu. Jak wysoko należy prowadzić ramię poprzeczne zależy od warunków, najczęściej od wysokości położenia wątroby. W każdym razie niema nigdy potrzeby prowadzić je poniżej pępka, jak poleca Pochhammer. Już bardziej odpowiednie jest cięcie Czerny-Perthesa, w którem ramię poprzeczne biegnie tuż ponad pępkiem. My zaczynamy je 2—3 palce ponad pępkiem i prowadzimy w kierunku bocznym i nieco ku górze. Kąt płatu w pierwszym wypadku jest wprawdzie ostry, jednak gojenie się nie jest gorsze niż przy prostym. Przecięte brzegi mięśnia nie chwytamy specjalnemi nitkami by uniknąć ich skurczenia się, ponieważ dają się one później zeszyć zupełnie łatwo. Po dokładnem zatamowaniu krwotoku z mięśnia przecinamy pochewkę tylną i otrzewnę na dwu palcach wprowadzonych do jamy brzusznej od strony cięcia środkowego. Jelita dadzą się łatwo ustalić w dole zapomocą gazików tak, że rzadko przeszkadzają w zabiegu.

Obecnie więc zaczynamy dość często od cięcia środkowego, które niejednokrotnie wystarcza do całkowitego wykonania zabiegu. Jeśli zaś stwierdzimy, że warunki są ciężkie, dodajemy poprzeczne. Gdy się już raz decydujemy na dodanie tego cięcia, to przecinamy m. prosty w całości, a nie poprzestajemy tylko na odciągnięciu lub też częściowem nacięciu tegoż.

Takie cięcie daje możliwie najwygodniejszy dostęp do dróg żółciowych. Żadne inne cięcie nie daje nam tak łatwego dostępu do wysoko położonej wątroby, do jej płatu prawego, do zbliznowaciałego i skurczonego pęcherzyka, wreszcie do zmienionych przewodów żółciowych i do dwunastnicy.

Przy znacznej stosunkowo rozległości uszkadza mniej nerwów, niż inne cięcia, ponieważ jego ramię poprzeczne biegnie równolegle do nich.

Sączek gumowy i gaziki wprowadzamy przez ranę środkową lub boczną zależnie zresztą od warunków, unikając miejsca, w którem się schodzi cięcie boczne z środkowem, ze względu na łatwość tworzenia się w tem miejscu przepuklin.

Należy przyznać, że wykonanie takiego cięcia wraz z podwiązaniem naczyń trwa około 10 minut. Jednak tę stratę czasu wyrównujemy później, wskutek ułatwionej manipulacji na drogach żółciowych.

Zeszycie rany a zwłaszcza jej części bocznej musi być przeprowadzone bardzo skrupulatnie. Zaopatrujemy otrzewną, pochewkę, m. prosty i tkankę podskórną szwem ciągłym strunowym. Na skórę zaś zakładamy kilka szwów węzełkowych jedwabnych i ciągły strunowy. Specjalną uwagę zwracamy na miejsce połączenia obu cięć. Zupełnie nam do tego celu wystarcza jedwab i cattgut. Nie używamy nigdy materjału metalowego, jak poleca Braun.

Na 165 zabiegów na drogach żółciowych wykonaliśmy cięcie T względnie L w 99-ciu przypadkach. W dwu przypadkach widzieliśmy przepuklinę pooperacyjną. Mieliśmy sposobność badać 20% operowanych. Do tego doliczamy 40% pacjentów, którzy listownie nas zawiadomili o swym stanie. Każdy z nich wyraźnie pytany w kierunku przepukliny zaprzeczył jej istnieniu.

Chorzy, których sami oglądaliśmy częstokroć otyli wykazują zwykle silniej zaznaczoną bliznę pochodzącą z cięcia środkowego niż bocznego. Owszem nieraz cięcie boczne było ledwie widoczne. Nigdy nie zauważyliśmy zaniku m. prostego po stronie przecięcia. W przypadkach, w których sączek był wprowadzony w zakrecie cięcia bocznego było widoczne tylko miejsce, w którem tkwił on. W przypadkach zaś, w których dren był wyprowadzony w cięciu środkowem lub w miejscu połączenia cięć było zazwyczaj zaznaczone rozszerzenie blizny bez objawów przepukliny.

Wprawdzie Lexer poleca cięcie środkowe jako dające się łatwo i szybko wykonać i jako dające najmniej przepuklin, to jednak naszem zdaniem przepukliny powstają łatwiej w cięciu środkowem niż bocznem.

Nawiasowo zaznaczamy, że operujemy najczęściej w znieczuleniu n. trzewionych sposobem Rousiela przy dodatkowem obstrzykaniu powłok brzusznych w miejscu cięć.

Przestrzegamy przed używaniem cięć zbyt krótkich, jak to czyni Linnartz dając za przykład stosunki przy wycinaniu wyrostka robaczkowego („przed 20 laty wykonywano cięcie pararektalne długości 10—20 cm, celem usunięcia wyrostka robaczkowego. Dziś zadawalniamy się 5 cm cięciem naprzemiennem"). Na innem miejscu już zwracaliśmy uwagę na to, że nie można porównywać

stosunków operacyjnych przy usuwaniu wyrostka robaczkowego ze stosunkami przy wycinaniu pęcherzyka, choćby z tego względu, że w pierwszym wypadku dążymy li tylko do odnalezienia wyrostka i wycięcia jego, w drugim zaś bodaj czy nie ważniejszą rolę od usunięcia pęcherzyka odgrywa akt dokładnego przejrzenia reszty dróg żółciowych, celem wykluczenia niemiłych niespodzianek po zabiegu.

Wniosek.

Cięcie T, względnie L ma jedną wadę: wymaga dłuższego wykonania i zeszycia niż inne cięcia. Pozatem jednak posiada wszystkie zalety, jakie mieć powinno: dobry dostęp do pola operacyjnego, łatwość rozszerzenia dostępu, dobry wynik kosmetyczny, brak przepuklin.

Z tych względów polecamy je jako najlepsze.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

Dokończenie.

IX. Grupa badań

obejmuje doświadczenia nad uzyskiwaniem erytroprecypityn.

Jak wiadomo, Leblancowi i Kleinowi udało się przez wstrzykiwanie królikowi wyciągów z krwinek człowieka uzyskać erytroprecypityny, które dawały strąty tylko w rozczynach hemoglobiny i w wyciągach z krwi, natomiast nie dawały odczynu z surowicą wolną od barwika krwi. Także Leers potwierdził te badania. W ten sposób odczyn erytroprecypitacyjny wskutek działania erytroprecypityn wyłącznie tylko na rozczyny hemoglobiny homologicznej pozwalałby rozpoznać odrazu daną hemoglobinę i zaoszczędzałby w ten sposób dwóch oddzielnych badań, a mianowicie fizykalno-chemicznego celem wykazania barwika krwi i biologicznego celem stwierdzenia pochodzenia gatunkowego tej krwi, a zatem stanowiłby on znaczne uproszczenie metodyki badań śladów krwawych.

W doświadczeniach naszych postępowaliśmy według wskazówek Kleina, z tą jedynie różnicą, że krew ludzką pobieraliśmy nie ze zwłok, lecz z pępowiny przy porodzie. Po pobraniu świeżej krwi i po jej odwłóknieniu, przemywano krwinki tak długo rozczynem fizjologicznym soli kuchennej, aż płyn, znajdujący się nad niemi nie dawał odczynów na białko. Po dodaniu 3—4-krotnej ilości wody przekroplonej rozpuszczano krwinki, a później odwirowywano aż do zupełnego oddzielenia się cieniów (stromata). Następnie wykonano 4 wstrzyknięcia śródżylne w odstępach tygodniowych, podając każdorazowo po 2 cm³ tego wyciągu. Wyciąg przygotowywano zawsze świeży do każdego wstrzyknięcia. Postępując w ten sposób uodporniliśmy 10 królików, z tych pięć wyciągiem z krwinek baranich, zaś pięć wyciągiem z krwinek ludzkich. Doświadczenia powyższe są zestawione na tablicy V.

Erytroprecypityny baranie uzyskaliśmy naogół stosunkowo dobre: na pięć królików dwa posiada miano 1 : 1.000, a trzy 1 : 10.000. W przeciwieństwie do nich erytroprecypityny ludzkie są niskowartościowe: tylko jedna surowica ma miano: 1 : 10.000, zaś cztery posiadają miano zaledwie 1 : 10, więc prawie go nie posiadają. Trudno odpowiedzieć na pytanie, co stanowi powód tej różnicy? Czy wyciągi z krwinek ludzkich mają mniej własności antygenowych, czy też króliki jednej grupy dzięki przypadkowemu zbiegowi okoliczności oddziaływały silniej, zaś drugiej grupy słabiej. Jest to tem dziwniejsze, że według badań Batelli'ego właśnie rozczyny hemoglobiny barana, a także świni i szczura, działają toksycznie i hemolitycznie na królika w przeciwieństwie do dobrze znoszonych przez królika rozczynów hemoglobiny człowieka, psa, kota i bydła.

Wszystkie erytroprecypityny w naszych badaniach okazały się, jak tego dowiodły badania kontrolne, ściśle swoiste gatunkowo i narządowo. Pierścienie atoli przy erytroprecypitacji są o wiele bardziej delikatne i znacznie wolniej występują niż przy seroprecypitynach i stale hamują w rozcieńczeniach antygenu 1 : 10 i 1 : 100, co przy seroprecypitynach należy do rzadkości. Pierścienie osiągają największe swoje nasilenie w rozcieńczeniach antygenu 1 : 1000.

Doświadczenia tej grupy potwierdzają zatem badania autorów, zajmujących się erytroprecypitacją, że trudno jest uzyskać wysokowartościowe ludzkie erytroprecypityny, jakie w praktyce są koniecznie potrzebne, ponieważ ze śladów krwi małych lub starych nie udaje się otrzymać dostatecznie zgęszczonych wyciągów

TABLICA V

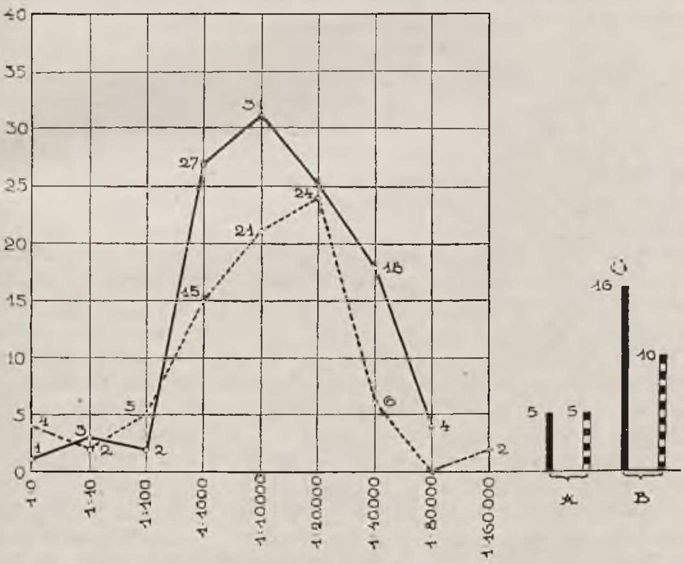
L. p. królika	Waga królika	Płeć	Sposób podania materjału	Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu	Mianowanie	Rodzaj erytroprecypityny
181	2800	♂	Wstrzyknięto śródżylnie 4-ro krotnie w odstępach tygodniowych po 2 cm³ zawsze świeżo przygotowanego wyciągu z krwinek a przyrządzonego według metody Kleina	7 dni	1:1 000 zaraz, a 1:10.000 po 10' ślad	barania
182	2750	♂		"	1:1.000 po 10' słabo, 1:10.000 po 40' wyraźnie	"
183	2250	♀		"	1:10—1:1.000 po 15' słabe pierścienie	"
184	2050	♀		"	1:10 po 10' (słabe zahamowanie) 1:100 wyraźnie po 5', 1:1.000 wyraźnie po 2—3'	"
185	1950	♂		"	1:10 po 10' (słabe zahamowanie) 1:10.000 po 30' słabo	"
186	2300	♂		"	1:10 po 10—15' zresztą brak precypitacji	ludzka
187	2600	♀		"	" " " " " "	"
188	2250	♂		"	" " " " " "	"
189	2300	♀		"	" " " " " "	"
190	1850	♂		"	1:10 po 10' ślad (słabe zahamowanie) 1:100—1:10.000 po 10' słabe pierścienie	"

barwika krwi. To też odczyn erytroprecypitacyjny, przynajmniej jak dotąd, zdaje się, nie uzyska prawa obywatelstwa wśród metod sądowo-lekarskich, ponieważ pewniej dochodzi się przy badaniu śladów krwawych do celu, wykonując próby fizykalno-chemiczne a następnie dokonując odczynu seroprecypitacyjnego.

Uwagi końcowe.

Jak już wspomniano na wstępie, badania nasze opierają się na materjale doświadczalnym, złożonym z 237 królików, z tego samców 134, samic 95, zaś w 11 przypadkach nie zanotowano płci w protokole doświadczeń. Podobnie jak i inni autorowie, zauważyliśmy, że samce nadają się lepiej do wytwarzania precypityn, niż samice. Różnice są jednak dość nieznaczne.

Przeciętnie miano surowic, uzyskanych u samców wynosi 1 : 18,189, zaś u samic 1 : 16,019 (porówn. krzywą Nr. 7).



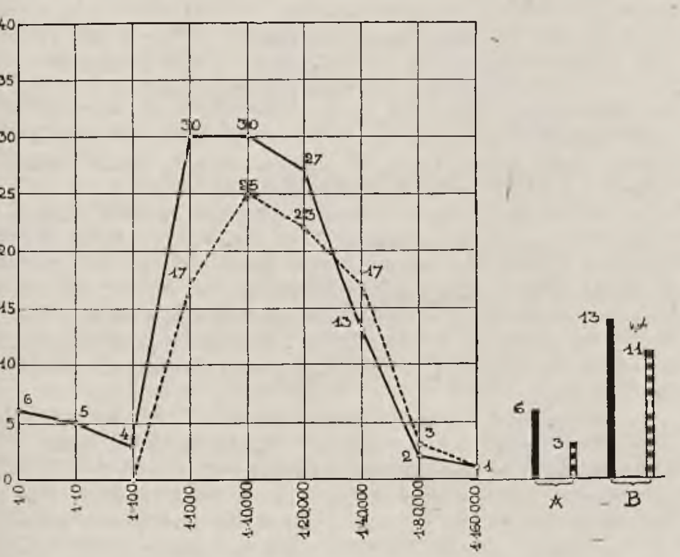
Krzywa Nr. 7.

Linja ciągła oznacza płeć męską zwierząt; przeciętne miano surowic 1 : 18.189.

Linja kropkowana oznacza płeć żeńską zwierząt; przeciętne miano surowic 1 : 16.019.

A oznacza zwierzęta padłe wskutek wstrząsu anafilaktycznego.

B oznacza zwierzęta padłe z innych przyczyn.



Krzywa Nr. 8.

Linja ciągła oznacza miesiące: XI, XII, I, II, III, IV włącznie; przeciętne miano surowic 1 : 14.617.

Linja kropkowana oznacza miesiące: V, VI, VII, VIII, IX, X włącznie; przeciętne miano surowic 1 : 21.023.

A oznacza zwierzęta padłe wskutek wstrząsu anafilaktycznego.

B oznacza zwierzęta padłe z innych przyczyn.

W doświadczeniach naszych uodpornialiśmy króliki surowicami: ludzką, końską, bydlęcą i świńską. Aczkolwiek w niektórych serjach naszych doświadczeń można było stwierdzić przewagę na korzyść tej lub innej surowicy, to jednak przy obliczeniu procentowem wszystkich doświadczeń nie zauważyliśmy jakichś wybitniejszych różnic we właściwościach antygenowych poszczególnych surowic. Natomiast były znaczne różnice w erytroprecypitynach ludzkich a baranich na korzyść tych ostatnich.

Co do wpływu pory roku na wartościowość surowic precypitacyjnych, to uwzględniamy, podobnie jak inni, tylko dwie pory roku: jedną zimną, podczas której zwierzęta jadły tylko owies, siano i buraki, tudzież drugą, ciepłą, podczas której zwierzęta dostawały ponadto jako dodatek do wspomnianego pokarmu świeżą trawę. Pomijamy tu znaczenie witamin, które są tak w jednym jak i w drugim pokarmie obecne. Różnice w mianie precypityn, otrzymanych w obu tych porach roku są dość znaczne, bo dochodzą do $^1/_3$ przeciętnego miana. Przeciętne bowiem miano precypityn, otrzymanych w miesiącach zimowych, a więc w listopadzie, grudniu, styczniu, lutym, marcu i kwietniu wynosi 1 : 14,617, zaś precypityn, otrzymanych w pozostałych miesiącach wynosi 1 : 21,023. W miesiącach zimowych było 14 królików, nie wytwarzających zupełnie lub tylko bardzo słabe precypityny; natomiast w miesiącach letnich najniższe miano precypityn wynosiło jednak 1 : 1.000. Straty królików z powodu wstrząsów nadwrażliwościowych oraz innych przyczyn są też większe w miesiącach zimowych niż letnich. Stasunki przedstawia krzywa Nr. 8. Dodać także należy, iż Manteufel i Beger oraz Meissnerowa dowodzą na podstawie swoich badań, że również swoistość precypityn jest w pewnym stopniu zależna od pory roku. W miesiącach letnich otrzymywali oni większą ilość surowic swoistych, niż w miesiącach zimowych, co znajduje potwierdzenie i w naszych doświadczeniach.

Za najlepszy ze sposobów uodporniania zwierząt dla uzyskania pod każdym względem najlepszych precypityn należy uznać sposób powtórnego uodporniania, jak tego dowodzą wyniki doświadczeń z V, VI i VII grupy naszych badań. Wszystkie precypityny, pochodzące od tej grupy zwierząt posiadają najwyższe miana i działają najlepiej jakościowo i ilościowo. Straty powstają szybko, są bardzo gęste i obfite. W rozcieńczeniach wywoływacza 1 : 10 do 1 : 1,000 opada już po minucie na dno probówki obfity osad. Zahamowania nie stwierdza się. Swoistość precypityn — pominąwszy znaczne, nie wchodzące w rachubę przy badaniach sądowo-lekarskich krwi zgęszczenia (1 : 10 do 1 : 100) białka heterologicznego — nie pozostaje również w tyle poza swoistością precypityn, uzyskanych według innych metod uodporniania. Króliki w naszej metodzie, pobudzone w pierwszem uodpornieniu przez szereg wstrzyknięć małych a często powtarzanych dawek normalnej surowicy do wytwarzania bardzo czułych precypityn, wytwarzają pod działaniem wstrzyknięć wywoływacza w powtórnem uodpornieniu swoiste precypityny w dużej ilości. Pierwsze uodpornienie jest niejako powolnem przygotowaniem ustroju zwierzęcia do wytworzenia w razie potrzeby precypityn w dużej ilości. Powtórne uodpornienie zapomocą wprowadzenia wielkich ilości antygenu wywołuje szybko nadmiar odpowiednich precypityn. Wykonanie przed wstępem i przed powtórnem uodpornieniem zaczopowania siateczkowo-śródbłonkowego wpływa jeszcze nieco korzystniej na wartościowość surowic precypitacyjnych(jak tego dowodzą doświadczenia drugiej serji zwierząt VIII grupy naszych badań), jednak należy się wówczas liczyć z pewnym odsetkiem strat zwierząt. W szczegółach zatem nasz sposób uodpornienia królików celem uzyskania surowic precypitacyjnych przedstawiałby się jak następuje:

1) Zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego zapomocą dwóch wstrzyknięć śródżylnych, z przerwą 1-dniową między niemi, 5% do 7,5% rozczynu tuszu koloidalnego.

2) Pierwsze, wstępne uodpornienie zapomocą 10 śródżylnych wstrzyknięć po 0,1 cm^3 normalnej surowicy + 0,9 cm^3 fizjologicznego rozczynu soli kuchennej, wykonanych co drugi dzień.

3) Przerwa od kilku tygodni do kilku miesięcy.

4) Powtórne zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego w sposób tensam jak pod 1).

5) Powtórne uodpornienie zapomocą kilku wstrzyknięć śródżylnych w odstępach 1-dniowych normalnej surowicy w ilości 1 cm^3 na 1 kg wagi zwierzęcia. Celem uniknięcia wstrząsu nadwrażliwościowego wstrzykiwać dożylnie na godzinę przed pierwszem wstrzyknięciem 0,1 cm^3 surowicy + 0,9 cm^3 rozczynu fizjologicznego soli kuchennej.

Sposoby wprowadzenia wywoływacza, wykonania próbnych upustów krwi i oznaczania miana surowic oraz sposoby skrwawiania zwierzęcia, jakie na podstawie naszych doświadczeń okazały się najlepsze, są bliżej opisane na wstępie pracy w technice badań.

Co do przechowywania surowic precypitacyjnych, to ze wszystkich podanych sposobów jest najlepsze przechowywanie surowic w stanie płynnym, jałowo, w chłodnem i ciemnem miejscu w zatopionych ampułkach szklanych. Z licznych, zachwalanych dodatków (chloroform, diaphtherin, fenol, tricresol, lysoform, ksylol, benzol, toluol, chinosol, sublimat, formalina, gliceryna i t. d.) okazał się jeszcze najlepszym dodatek 0,25 — 0,5% dodatek fenolu oraz sposób, podany przez Begera, wkładania do surowicy na przeciąg kilkunastu dni blaszki miedzianej. Przekonaliśmy się, że rzeczywiście przy metodzie Begera pozostają surowice jałowe, lecz przybierają wyraźne zielone zabarwienie, co wzbudza nieufność do takich surowic w sprzedaży, a również nie ułatwia odczytywania ich miana. Surowice przechowywane z dodatkiem fenolu zachowują się naogół podobnie jak surowice trzymane w stanie jałowym, atoli miano ich szybciej opada. I tak np. zestawiliśmy surowice precypitacyjne w ten sam sposób otrzymane, z tych jedne były przechowywane z dodatkiem 0,25 — 0,5% fenolu, drugie jałowo. Przeciętne miano surowic z dodatkiem fenolu, które wynosiło po skrwawieniu zwierząt 1 : 28.000 spadło po 12—18 miesiącach do 1 : 4,200, a zatem mniej więcej sześciokrotnie. Natomiast przeciętne miano surowic, przechowywanych jałowo, wynoszące po skrwawieniu zwierząt 1 :18,125, spadło po 12 — 18 miesiącach do 1 : 6,875, a zatem obniżenie się miana tych surowic wynosiło niewiele ponad 50%. Na podstawie naszych doświadczeń przyszliśmy jednak do przekonania, że surowice precypitacyjne bez względu na sposób ich trzymania, o ile są przechowywane dłużej niż 12 — 18 miesięcy, posiadają naogół rzadko miano dostatecznie wysokie, aby można było ich używać w praktyce. Tylko wyjątkowo zachowują niektóre surowice swoje wysokie miano przez szereg lat. Tak np. z ośmnastu surowic przechowywanych jałowo bez dodatku antyseptyków przez okres 4 — 6 lat, cztery zachowały miano 1 : 10,000, a więc jeszcze ewentualnie wystarczające do celów praktycznych. Natomiast z surowic, przechowywanych z dodatkiem fenolu, tylko jedna o mianie 1 : 5,000 utrzymała je bez zmiany po sześciu latach; zaś jedna o mianie 1 : 20,000, chociaż jeszcze po dwóch latach zupełnie nie zmieniła miana, to po sześciu latach precypitowała już tylko w zgęszczeniach wywoływacza 1 : 10. Tak zatem doświadczenia nasze potwierdzają w tym względzie badania innych autorów, a przedewszystkiem Uhlenhuta, iż najlepiej jest przechowywać surowice precypitujące bez dodawania antyseptyków.

Piśmiennictwo.

Batelli: 1905. Bull. de la Soc. de biol. T. 48. p. 450, Folia haematologica II. — Beger H. 1924. Centralblatt f. Bakt. Abt. I. Org. Bd. 91. S. 519. — Blumenthal E.: 1927. Deutsche Zeitschrift f. d. ges. gerichtliche Medizin. Bd. 10. S. 17. — Bonhoff: H. i Tsuzuki M.: 1909. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 4. S. 180 i 194. — Bruyonoghe R.: 1924. Comt. Rend. d. S. de la Société de Biologie T. XCI. Nr. 24. p. 384. 386. — Bruyonoghe R.: 1924. Arch. internat. de méd. exp. T. I. p. 373. — Bull C. G. i. King W.: 1923. Americ. Journ. Hyg. V. III. p. 491. — Collon, Nadine G.: 1927. Compt. Rend. d. S. de la Société de Biologie. T. XCVI. p. 427. — Dikoff: 1926. Centralblatt f. Bakt. Abt. I. Org. Bd. 99. S. 478. — Dold H.: 1921. w Abderhaldena Handbuch d. biolog. Arbeitsmethoden. Abt. XIII. T. 2. H. 1. S. 97. — v. Dungern: 1903. Die Antikörper. Jena, Fischer. — Fornet W. u. Müller M.: 1908. Zeitschrift f. biol. Technik u. Methodik. Bd. I. H. 3. — Fornet W. u. Müller M.: 1910. Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankheiten. Bd. 66. S. 215. — Fujiwara K.: 1922. Deutsche Zeitschrift f. d. ges. gericht. Medizin. Bd. I. S. 562. — Gay F. P. u. Fitzgerald T. G.: 1912. Univ. of California public. in pathol. V. II. Nr. 8. — Hectoen L.: 1914. Journ. of Infect. Dis. V. XIV. p. 403. — Kraus R.: 1913. w Kolle - Wassermanna Handbuch d. pathog. Mikroorganismen. Bd. III. — Łaguna: 1926. Nowiny Lekarskie, Rocznik 38, str. 423. — Leers O.: 1910. Die forensische Blutuntersuchung, Springer, Berlin. — Leblanc: 1901 — 1903. Blutuntersuchung, Springer, Berlin. — Leblanc: 1901 — 1903. Contribution à l'étude de l'imm. acquise. La Cellule T. 18. Paris — Vigot Frères. — Manteufel P. i Beger H.: 1921. Zeitschrift f. Immunitätsforschung. Bd. 33. S. 348. — Meissner G.: 1923. Centralblatt f. Bakt. I. Abt. Org. Bd. 100. S. 258. — Klein E.: 1905. Centralblatt f. Bakt. I. Abt. Org. Bd. 39. — Obermeyer i Pick: 1903. Wiener klin. Wochenschr. S. 659. — Pfeiffer H: 1923. w E. Abderhaldena Handbuch d. biol. Arbeitsmethoden. Abt. IV. T. 12. H. I. — Pinner M: 1921. Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. 46. S. 460. — Raysky M.: 1914. — Zeitschrift f. Hyg. Bd. 78. S. 151. Roček: 1914. Archiv. f. Hyg. Bd. 82. S. 321. — Rosenberg R.: Centralblatt f. Bakt. Abt. I. Org. Bd. 98. S. 259. — Śieszko St.: 1926. Nowiny Lekarskie, Rocznik 38. S. 452. — Standenath F.: 1923. Zeitschrift f. Immunitätsforschung Org. Bd. 38. S. 19. — Trommsdorff R.: Arb. a. d. Kais. Ges. Amt. Bd. 32. S. 2. — Uhlenhuth P.: 1901. Deutsch. Med. Wochenschrift. S. 82, 260 i 499. Uhlenhuth P. i Beumer: 1903. Zeitschrift f. Medizinalbeamte. Nr. 5 i 6. — Uhlenhuth P. i Steffenhagen K.: 1913. w Kolle - Wassermanna. Handbuch d. path. Mikroorganismen. Bd. III. S. 257. — Uhlenhuth u. Weidanz O.: 1912 w Kraus - Levaditi'ego. Hdb. d. Techn. u. Meth. d. Immunitätsforsch. Bd. 2. S. 721. — Wachholz L.: 1920. Medycyna Sądowa. Kraków. — Wachholz L. i Olbrycht J.: 1924. Medycyna Kryminalna. Warszawa.

Dr. Henryk REISS, asystent Kliniki. Kraków.

Z patogenezy przekrwień nawałowych skóry.

Z Kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.
Dyr. Prof. Dr. Fr. Walter.

Patogenzy przekrwień skóry nie da się ująć z jednego tylko punktu widzenia. Trzeba ją ujmować wielostronnie i wtedy spostrzeżemy, że czynniki patogenetyczne uzupełniają się wzajemnie i są od siebie zależne. Przekrwienie skóry daje zasadniczo obraz kliniczny w postaci rumienia *(erythema)*. Sprawa powstawania tych przekrwień jest zawiła i ujęta w wielostronny system regulacyjny.

Aby zrozumieć patogenezę przekrwienia skóry, trzeba sobie uzmysłowić układ jej unaczynienia, w szczególności w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej skóry. Z sieci naczyniowej podbrodawkowej odchodzą w kierunku brodawek naczynia końcowe, z których każde, rozpadłszy się w wiązkę o kształcie stożka, zaopatruje obszar o średnicy około 0,16 ccm, złożony z różnych ilości (do 15) brodawek skórnych. Wiązki tętnic końcowych mają długość rozmaitą, zależnie od wysokości ułożenia naczyniowej sieci podbrodawkowej, przyczem ich oś przebiega prostopadle lub co częściej bywa, skośnie do powierzchni skóry, zależnie od przebiegu włókien sprężystych, jak i od grubości samej skóry. Wskutek tego przecina te stożki dolna powierzchnia naskórka w postaci krążków okrągłych lub owalnych. Przekrój zatem płaszczyźniany warstwy brodawkowej skóry przedstawia obraz złożony z samych przekrojów o różnych średnicach. Przekroje te jednak, mimo silne unaczynienie skóry stykają się z sobą tylko w pewnych punktach, a pozatem oddziela je od siebie sieć bocznych naczyń włosowatych. Najczęściej zresztą nie są te krążki gęsto rozmieszczone i zupełnie się z sobą nie stykają; tam też pozostają dokoła nich pierścienie tkankowe, wypełnione siecią boczną naczyń włosowatych. Owa sieć boczna, jakby to już wynikało z nazwy przez Unna'ę jej nadanej, nie posiada zasadniczo własnego naczynia doprowadzającego, względnie odprowadzającego. Odcinki bezpośrednio krwią zaopatrywane określa Unna jako obszary naczyniowe (elementy powierzchniowe, Flächenelemente), które odpowiadają podstawie wiązek naczyń końcowych (Endarterienkegelbasis), przestrzenie zaś między niemi leżące jako sieć boczną (kollaterales Netz). W obrębie wiązek naczyniowych rozgałęzia się układ naczyniowy tętniczy na sieć naczyń włosowatych tętniczych, które przechodzą następnie w sieć naczyń włosowatych żylnych, wreszcie w układ naczyniowy żylny. Natomiast odchodzą od naczyń włosowatych tętniczych wzdłuż całego ich przebiegu pod kątem mniej lub więcej prostym boczne ich odgałęzienia, które rozgałęziają się w dalszym ciągu, a w końcu przechodzą w układ naczyniowy żylny. Ten boczny układ włosowaty wypełnia właśnie owe krążki, znajdujące się dokoła stożków naczyniowych.

Podobnie, jak mniejsze pierścienie sieci bocznej otaczają poszczególne stożki naczyniowe, tak otacza pierścień duży, odśrodkowo wobec tamtych ułożony, kilka stożków, jako całość. W istocie spostrzegamy nieraz w rumieniach ogniskowych obok plam okrągłych lub owalnych małe obwodowe pierścienie, półpierścienie lub różne odcinki linij krzywych w postaci łuków. Zjawiska te tłumaczył Unna, jako objawy ściśle związane z topografją unaczynienia skóry, przyjmujące za fakt oddzielenie sieci bocznej od naczyń doprowadzających. Łatwo można sobie bowiem wyobrazić, że wzmożony napływ krwi objąłby głównie i przedewszystkiem układ włosowaty, zawarty w obrębie stożków naczyniowych, ponieważ główny prąd krwi, zależnie od siły ssącej układu naczyniowego, dążyć będzie do odbycia drogi jak najkrótszej. Natomiast sieć boczną objęłoby przekrwienie wolniej i zrazu w mniejszym stopniu.

Unna opiera swą teorję na tym fakcie, że przy sztucznem nastrzykaniu skóry ulegają przedewszystkiem nastrzyknięciu małe, okrągłe lub owalne półka, przez co powstaje obraz rumienia

wielokształtnego i różyczkowatego. Dopiero stopniowo, przy silniejszem nastrzyknięciu, wypełniają się zawarte między pólkami przestrzenie, które tworzą jak gdyby system zlewających się z sobą pierścieni. Ponieważ jednak stwierdzono istnienie połączeń *(anastomoses)* pomiędzy poszczególnemi obszarami naczyniowemi (Endarterienkegelbasis), przeto nie wystarcza, zdaniem niektórych autorów, takie wyjaśnienie powstawania pewnych objawów z zakresu patologji przekrwień skóry, przedewszystkiem nawałowych (rumieni wielokształtnych — erythemata figurata, jak i rumieni ciągłych — erythemata continua). Albowiem wynikałoby z tego, że przestrzenie zawarte między podstawami wiązek naczyń końcowych są obficiej w krew zaopatrywane, niż to przypuszczał Unna. Teorję Unna'y popiera i potwierdza wszakże Renaut, który przyjmuje wprawdzie istnienie połączeń naczyniowych w obrębie układu końcowego unaczynienia skóry, ale stwierdza równocześnie, iż są one nieliczne, że przepuszczają bardzo mało krwi i że w krążeniu skórnem odgrywają tylko zupełnie podrzędną rolę. Tak więc stwierdza Renaut istnienie w przekroju skóry pól w pełni w krew zaopatrywanych i zaopatrywanych przez anastomozy. Obaj autorowie, Renaut i Unna, stwierdzają, że istnieje ścisły związek między topografją unaczynnienia skóry a poprzednio wymienionemi objawami z zakresu patologji przekrwień skóry. Spalteholz przypisuje tutaj natomiast większą rolę anatomicznemu układowi nerwów naczyniowych skóry, którego systematyzacja wykazuje podobieństwo do układu tętniczek końcowych. Ponadto opiera się on na badaniach Ebbecke'go, który zauważył zmiany w wejrzeniu skóry dłoni w warunkach prawidłowych u tych samych osób; stwierdził mianowicie kapillaroskopijnie zwężanie oraz rozszerzanie się ścian naczyń włosowatych w skórze dłoni, co objawiało się makroskopowo powstawaniem plamek białawych i czerwonawych w następstwie przekrwienia lub niedokrwienia, zależnie od zmian pojemności naczyń włosowatych. Plamki te miały nieraz po kilka milimetrów w średnicy, a kształt ich oraz wyrazistość zmieniały się kilkakrotnie w przeciągu minuty. Oczywiście okoliczność, iż nawet w warunkach zupełnie prawidłowych zachodzą zmiany w pojemności naczyń włosowatych w skórze, przemawia niezawodnie za istotą znaczenia układu włosowatego w patologji przekrwień skóry.

Niezależnie od nierozstrzygniętych zagadnień odnośnie do wyjaśnienia tych pewnych zjawisk, towarzyszących rumieniom, powstałym w następstwie przekrwienia nawałowego (n. p. plam okrągłych lub owalnych w obrębie niektórych rumieni ogniskowych), stwierdzić musimy związek pewnego rodzaju przekrwień nawałowych ze schematem topografji obszarów naczyniowych w skórze, jak i brak związku innego rodzaju przekrwień z tymże schematem. W przeciwieństwie bowiem do rumieni związanych z istniejącemi czynnikami krążenia skórnego pojawić się mogą rumienie od tych warunków niezależne. Tam mianowicie, gdzie bakterje pewnych rumieni zakaźnych przedostaną się do skóry, zacząć się może sprawa w jakiemkolwiek naczyniu włosowatem; wówczas spostrzegamy w tem miejscu plamę, która się powiększa w kierunku odśrodkowym. Przez zlanie się takich ognisk powstają rumienie ciągłe (erythemata continua), jakie widuje się w płonicy.

Za typ pierwszej grupy przekrwień (związanych z topografją krążenia skórnego) uchodzić mogą te przekrwienia, których objawy podciągamy zazwyczaj pod pojęcie nerwic naczyniowych skóry *(angioneuroses cutis)*, występujących u osób z nadmierną pobudliwością naczyń krwionośnych. Stany te powstać mogą pod wpływem najrozmaitszych czynników, jak np. wahania w ciśnieniu krwi lub wahania ciepłoty zewnętrznej, — lub pod wpływem czynników specjalnych, które wywołują zawsze pewne stałe odmiany rumieni; przyczem stosunek danego ustroju do określonych czynników wywołujących nazywamy idjosynkrazją.

Auspitz rozumiał przez nazwę nerwic naczyniowych skóry zapalenia skóry, w których zachodzi znaczna zmiana napięcia naczyniowego i wyróżniał nerwice pierwotne powstałe z odczynu zapalnego skóry w nieprawidłowy sposób odżywianej na różnorakie bodźce, oraz nerwice wtórne, powstałe z ośrodkowego lub obwodowego zadziałania czynników trujących, względnie zakaźnych. Auspitz podciągał pod pojęcie nerwic naczyniowych skóry takie schorzenia, jak *erythema multiforme et nodosum, urticaria, pellagra, herpes, roseola typhosa, ergotismus, impetigo herpetiformis, acne rosacea* i t. d., przyczem wyróżniał postaci powstałe ze schorzenia unerwienia odżywczo-czuciowego. Unna rozdziela patogenetycznie czynnik naczynioruchowy od zapalnego, przyczem przypisuje genezę skórnych nerwic naczyniowych wadliwemu stosunkowi napięcia naczyniowego między układem tętniczym i żylnym, co ułatwia niedokrwienia, sinice, obrzęki i różnego pochodzenia wykwity rumieniowate (erythanthemata). Nazwa ta, stworzona przez Unna'ę i zastosowana przez Auspitz'a, obejmuje rozmaite wykwity rumieniowate pochodzenia zarówno pierwotnego (w tem wykwity plamisto-grudkowe, grudkowo-pęcherzykowe względnie pokrzywkowe), jak i postacie objawowe, wtórne; z tych wchodzą w grę wykwity na tle zakaźnem, toksycznem (zaburzenia pokarmowe, ukłucia owadów, leki) i odruchowem (schorzenia kobiecych części rodnych, zakażenia otrzewnej, wady serca). Krzyształowicz obejmuje mianem wykwitów rumieniowatych wszystkie inne rumienie po wyłączeniu samoistnych rumieni wysiękowych, których przedstawicielami są: rumień wysiękowy wielopostaciowy i rumień guzkowy.

Wedle wiedzy współczesnej można zaliczyć do działu nerwic naczyniowych skóry tylko te sprawy chorobowe, w których zasadnicze objawy powstają pod wpływem unerwienia naczyniowego; zapalenia skóry nie powstają pod tym wpływem, wobec czego nie powinno się ich do działu nerwic zaliczać. Török wyłącza stanowczo z działu nerwic takie schorzenia, jak pokrzywka, obrzęk Quinckego, wszelkie rumienie zapalne i t. p., które to sprawy, jako zapalenia, powstają pod bezpośrednim wpływem czynników zapalnych. Do nerwic w ścisłem tego słowa znaczeniu zaliczamy wszelkiego rodzaju przekrwienia nawałowe miejscowe lub ogólne, powstałe z przyczyn odruchowych, toksycznych, mechanicznych i cieplnych (o czem niżej).

W przypadkach nerwic w szerszem tego słowa znaczeniu, a więc bez wyłączenia spraw wchodzących w zakres zapaleń, zachodzi niezawodnie wzmożona pobudliwość nerwów naczyniowych; wyjaśnienie powstawania objawów miejscowych jest przedmiotem licznych badań i nie jest dotychczas rozstrzygnięte. Besnier przypisuje ich patogenezę wpływom, działającym na ośrodki naczynioruchowe, stoi więc na stanowisku patogenezy odruchowej. Inni, opierając się na swych badaniach w niektórych sprawach zapalnych, przypisują tu także rolę miejscowym wpływom chemiczno-kolloidalnym na wewnętrzną i środkową warstwę ściany naczynia.

Typem objawu przekrwień grupy drugiej, występujących bez związku z topografją unaczynienia skóry, są rumienie zakaźne. Dlatego zalicza do tej grupy Unna rumień wysiękowy wielopostaciowy, jakkolwiek w tej jednostce chorobowej zauważyć można objawy, przemawiające bezwzględnie za pewnym związkiem z przebiegiem stożków naczyniowych w skórze, n. p. występowanie pierścieni dokoła ognisk pierwotnych (erythema iris).

Uzmysłowienie sobie schematu czynników, od których zależą pewne procesy, wypływające z unerwienia naczyń skórnych, ułatwia zrozumienie powstawania przekrwień skórnych. Załączona tablica przedstawia schematycznie układ nerwowo-naczyniowy w odpowiedniem znaczeniu tego słowa. W powstawaniu przekrwienia odgrywa bowiem ten układ rolę zasadniczą, a bezpośrednio kieruje ciśnieniem w skórnych naczyniach krwionośnych przez włókna nerwowe. Prawidłowe ciśnienie krwi w naczyniach krwionośnych i włosowatych oraz ukrwienie skóry zależy od równowagi napięcia obu tych układów włókien nerwowych. Zaburzenia w tej równowadze, powstałe z jakichkolwiek powodów, muszą wywołać zmianę w ilości krwi, przepływającej przez tkankę skórną ze zmianą ciśnienia w zakresie naczyń krwionośnych w skórze. Przekrwienie nawałowe danego odcinka skóry powstaje wskutek rozszerzenia światła naczyń tętniczych w tym odcinku, przez co prąd krwi, dążąc do wyrównania ciśnienia, skierowuje większą ilość krwi do tych naczyń. Rozszerzone nadmiernym przypływem krwi naczynia włosowate dają dla oka widoczny kliniczny obraz przekrwienia.

Z fizjologicznych doświadczeń autorów (Ostrumow i Golz) wynika, że aby nerwy rozszerzające zyskały przewagę, należy wpierw porazić nerwy zwężające. Na tem też oparto pogląd o porażennym charakterze przekrwień nawałowych. Pozostaje otwartą natomiast sprawa zmian napięcia włókien rozszerzających w zakresie patogenezy tych przekrwień. Exner wygłosił twierdzenie, że rozszerzenie naczynia polega wyłącznie na zahamowaniu wszystkich czynników w obwodowym zwoju naczynioruchowym (OZW) dla zwężenia światła naczyniowego. W istocie, znamy przyjęte i stwierdzone przez badaczy przekrwienia nawałowe czysto porażne (Recklinghausen, Török). Istota ich polega na udostępnieniu działania nerwów rozszerzających po ustaniu napięcia nerwów zwężających. Według Marchand'a i innych przeważna część przekrwień nawałowych są to jednak postaci mieszane, w których obok porażenia nerwów zwężających zachodzi podrażnienie (zwiększone napięcie) nerwów rozszerzających. Marchand, przestrzega więc przed sztucznem rozgraniczeniem obu tych postaci, których istota może się zmieniać zależnie od czasu i miejsca; poza tem zaznacza on trudności, jakie zachodzą w ich rozróżnianiu. Według Mayera i Gottlieba zmniejszenie napięcia w ośrodkach zwężających prowadzi automatycznie do

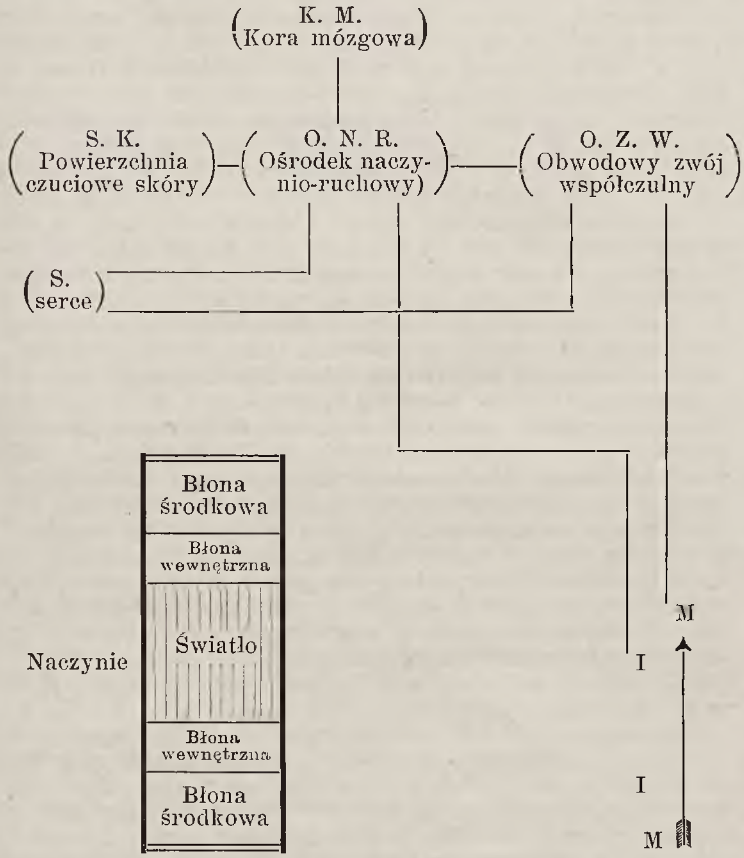
podrażnienia nerwów rozszerzających. Recklinghausen wyróżnia ponadto przekrwienie nawałowe z patogenezą czysto neurotoniczną, która więc polega na wzmożeniu napięcia nerwów rozszerzających. Jest to przekrwienie, jakie towarzyszy nerwobólom (neuralgiae). Patogenezy tego przekrwienia jeszcze atoli nie rozstrzygnięto, poza tem trzeba się tu liczyć z odruchowym charakterem przekrwienia wywołanego uczuciem bólu.

Niezależnie od tych wszystkich czynników istnieje niewątpliwie naczyniowy aparat, regulujący ciśnienie i przepływ krwi; Latschenberger uważa za pewne, iż zależy on od dwóch rodzajów czuciowych zakończeń nerwowych w samej tętnicy; mianowicie:

a) zakończeń nerwów śródbłonkowych, zawartych w śródbłonku błony wewnętrznej naczynia (I), które podrażnione przez wzmożone ciśnienie krwi wywołują odruchowo (poprzez ośrodek naczynioruchowy (ONR) rozszerzenie naczyń, i b) zakończeń nerwów śródmięśniowych, zawartych w błonie mięsnej naczynia (M), które podrażnione przez rozszerzenie i napięcie ściany tętniczej wywołują bezpośrednio (M—M) skurcz warstwy mięsnej. Dla zrozumienia zjawisk patologicznych w przekrwieniach skóry najważniejszą jest droga pierwsza, t. j. droga I—ONR—OZW—M (patrz na tablicę). Tak np. powstaje i tem się tłumaczy nagłe przejście z niedokrwienia wywołanego działaniem niskiej ciepłoty do przekrwienia odruchowego; ta sama droga odgrywa rolę w powstawaniu pewnych zmian odruchowych w zakresie dermografizmu (dermografizm odruchowy, Müller, p. n.).

W ostatnich czasach stwierdzono poza tem pewną samodzielność układu naczyń włosowatych i niezależność jego od naczyń krwionośnych w skórze, zwłaszcza w dziedzinie patogenezy przekrwień. Z najnowszych badań wynika, jak to między innymi stwierdzili kapillaroskopowo Müller, miss Carrier i Ebbecke, że naczynia włosowate zdolne są zmieniać swą pojemność niezależnie od ciśnienia krwi. Samodzielność tę spostrzec można i w wynikach badań doświadczalnych; mianowicie przy sposobności zabiegów podjętych na zwierzętach, polegających na wycinaniu okołotętniczych splotów nerwu współczulnego, a mających na celu badanie zarówno wpływu unerwienia jak i autonomji naczyń krwionośnych i włosowatych w zakresie patogenezy przekrwień skóry. Rieder wycinał całe gałązki zdążających ku skórze nerwów współczulnych okołotętniczych u zwierząt i stwierdził, że zabieg ten nietylko nie wpłynął na zmianę zasadniczego ciśnienia w obrębie naczyń włosowatych, ale nawet nie zniósł odruchu włosowatego (Capillarreflex). Odruch ten utrzymywał się również mimo usuwania dolnego szyjnego zwoju współczulnego *(ganglion cervicale inferius)*. Z tych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że istnieje w skórze pewien samodzielny układ unerwienia obok ogólnego układu wegetatywnego; na potwierdzenie tego przytacza fakt, że na przeszczepionych płatach skórnych (a więc nie posiadających unerwienia) występuje pod wpływem odpowiednich bodźców prawie taki sam odczyn naczynio-ruchowy, jak w skórze prawidłowej. Podobne badania na zasadzie usuwania zewnętrznej warstwy tętnic *(adventitia)* zawierającej włókna nerwu współczulnego, a dokonywane zazwyczaj na tętnicy ramiennej lub udowej u zwierząt, przedsiębrali też inni badacze (Leriche, Brüning, Schmidt, Friedrich), dochodząc do różnorakich wniosków, których znaczenia teoretycznego nie można jeszcze przesądzać.

Poza tem inni autorowie stoją na podobnem stanowisku niezależności układu włosowatego skóry, względnie pewnej czynnościowej samodzielności tkanki skórnej; Fischer stwierdził kapillaroskopowo przekrwienie i rozszerzenie naczyń włosowatych skóry wraz z wzmożonym i szybszym przepływem krwi po kataforetycznem wzgl. osmoelektrycznem wprowadzeniu alkoholu, chininy lub atropiny. Inni stwierdzają niezależność odruchową na drodze nerwowej. Według Krogh'a istnieje odruchowa pobudliwość skórnych naczyń włosowatych na bodźce tych samych segmentów ciała. Przez drażnienie narządów jamy brzusznej u ryb wywoływał ten autor zwężenie naczyń włosowatych w skórze powłok brzusznych, a drażniąc skórę brzucha wywoływał przekrwienie narządów brzusznych. Pobudliwości odruchowej, a więc skutkowi pośredniego zadziałania na układ włosowaty skóry, przypisują Deusch i Liepelt jego wrażliwość na niektóre związki kwasu azotawego (azotyny); po ich podaniu stwierdzili ci autorowie kapillaroskopowo na rąbku skórnym paznokcia przekrwienie i rozszerzenie naczyń włosowatych z szybszym przepływem krwi, przyczem zaznaczają, iż na te związki kwasu azotowego oddziałują mniejsze naczynia tętnicze, natomiast rozszerzenie się naczyń włosowatych ma być odruchowe. Najdalej idzie Lewis, który przeprowadził liczne badania naczynioruchowej wrażliwości skóry na bodźce i przypisuje daleko idący wpływ na regulację ukrwienia skóry chemicznym wytworom tkanki skórnej. Mianowicie mają odgrywać pierwszorzędną rolę w powstawaniu przekrwienia nawałowego produkty tkankowej przemiany materji, zawierające histaminę lub istniejące w postaci związków histaminowatych. Produkty te mają się przedostawać do światła naczyń włosowatych, działać chemicznie na ich ściany, dostawać się nadto do krążenia krwi i wywierać wpływ, prawdopodobnie drogą ośrodkową, na ciśnienie w narządzie krążenia. W tem miejscu warto zaznaczyć, że przetwory histaminowe wprowadzone do tkanki posiadają poza tem zdolność wywoływania wysięków *(lymphagoga)*.



Według Krogh'a zawiera tkanka produkt hormonalny, być może identyczny z pituitryną, który ma odgrywać rolę w utrzymaniu ciśnienia w naczyniach. Roli tego produktu przypisuje Krogh znaczenie w sprawach odruchowego przekrwienia, jakie nastaje w naczyniach włosowatych w razie zwężenia odpowiednich tętnic, który to objaw zauważyli Bier i Wehner. Badacze ci stwierdzili, że po zdjęciu opaski zaciskającej krwawią naczynia włosowate natychmiast, przecięte zaś poniżej opaski tętnice dopiero po chwili i stopniowo. Otóż to rozszerzenie naczyń włosowatych tłumaczy Krogh brakiem pituitryny, którą wobec ustania dopływu krwi tkanka wchłania i utlenia.

Natomiast inaczej tłumaczy to zjawisko odruchowe Wehner, który upatruje przyczynę rozszerzenia się naczyń włosowatych w podrażnieniu wywołanem przez brak tlenu, powstały z ustania dopływu krwi; Dale przypisuje w tym przypadku rolę pobudzającą jakimkolwiek wytworom przemiany materji.

Przez drażnienie zakończeń czuciowych nerwów skórnych wywołujemy odruchowe rozszerzenie naczyń z przekrwieniem skóry. Drażnienie zakończeń czuciowych przenosi się na naczynia przez obwodowy zwój współczulny OZW dotyczącego danego obszaru skóry. Zwój ten wszelako otrzymuje podrażnienia drogą dwojaką. 1) Przenoszą się nań wprost i bezpośrednio drogą SK—OZW, jak to doświadczalnie udowodnili Snellen i Loven; przykłady tego widzimy w typach zaczerwienienia skóry w miejscach podrażnionych, jakie występują bezpośrednio po zadziałaniu przyczyny i zwykle wkrótce znikają. 2) Poza tem przenoszą się podrażnienia na zwój obwodowy także drogą SK — ONR — OZW, a więc przez ośrodki naczynioruchowe (jak to udowodnili Ostrumow i Golz), rozłożone w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu właściwym. Tego znów przykłady widzimy w objawach przekrwień, wkraczających już w dziedzinę zapaleń; przekrwienie rozszerza się na odległe obszary skóry, przybiera charakter pełzający (np. w przypadkach zapalenia skóry po zadrażnieniu jej jodoformem), lub przekrwienie zapalne pojawia się w miejscach symetrycznie położonych po zadziałaniu przyczyny szkodliwej tylko po jednej stronie (np. t. zw. przeskakiwanie wyprysku, dla którego świeżo pojawiające się przekrwienie stanowi tło niewątpliwe).

Odcinek, oznaczony w schemacie O N R — O Z W, odgrywa w dziedzinie bodźców patologicznych bardzo ważną rolę. W ośrodku O N R ześrodkowują się rozmaite czynniki i podrażnienia wzmożone samoistną działalnością tegoż zwoju, które, doprowadzone do naczynia działają nań w kierunku ruchowym w stopniu wzmożonym. W swej drodze muszą jednak te bodźce przejść przez zwój obwodowy O Z W, który stanowi dla nich rodzaj śluzy, tamującej ich nasilenie w miarę potrzeb miejscowych dotyczących obszaru powłok zewnętrznych.

Z uwag poprzednich, dotyczących patogenezy przekrwień tętniczych wynika, iż powstają one przeważnie jako objaw porażny. Naczynia tętnicze, rozszerzone pod wpływem działania odnośnego unerwienia współczulnego gromadzą w sobie wielką ilość krwi, a przepływ jej przyśpiesza się. Pod ciśnieniem ulegają naczynia włosowate rozszerzeniu i przekrwieniu. Tak powstaje obraz przekrwienia tętniczego, nawałowego *(hyperaemia congestiva)*, którego nazwa więcej obrazową od nazwy „przekrwienia czynnego". Temu przekrwieniu przeciwstawić musimy przekrwienie, które charakteryzuje się przedewszystkiem zwiększeniem ciśnienia a wybitnem zwolnieniem krążenia, zastojem, przekrwienie żylne, zastojowe, którego nazwa ta jest odpowiedniejszą od nazwy „przekrwienia biernego".

W przypadkach mniejszej odporności ścian naczyń włosowatych lub uszkodzenia naczyń krążenia w ogólności np. przez jady zakaźne, stają się ściany naczyń przepuszczalne w mniejszym lub większym stopniu dla osocza i innych składników krwi. Takie stany, towarzyszące przekrwieniom skóry, wkraczać już mogą w dziedzinę spraw zapalnych. Czynnikami uszkadzającemi ściany naczyń krwionośnych i włosowatych w tym kierunku mogą być, wśród całego szeregu innych, także zwiększenie się ciśnienia krwi (zwłaszcza, o ile trwa ono dłużej w obrębie danego obszaru skóry), nieprawidłowy skład krwi oraz zaburzenia w unerwieniu odżywczem naczyń. Wszak wybroczyny skórne nieraz zachodzą w schorzeniach układu nerwowego; Schindler wskazuje w swem dziele na przypadki wybroczyn skórnych i krwawień w przebiegu śpiączkowego zapalenia mózgu, uwiądu rdzenia, porażenia połowicznego, twardzieli rozsianej, następnie w przypadkach guzów mózgowych, po postrzałach mózgu, wreszcie w skazie histeryczno-psychopatycznej. A więc mogą nawet wedle autora urazy psychiczne spowodować wystąpienie krwawień doraźnych. Wybroczyny takie występują w skórze, rzadziej w tkance podskórnej, a dotyczą najczęściej uda, ramienia i klatki piersiowej. Mironesco i Perlstein opisali śmiertelny wypadek krwawiączki, która wystąpiła po uszkodzeniu zwojów kręgowych jadem zakaźnym. Opisane przykłady są przyczynkiem do znajomości czynnego związku systemu nerwowego z patologją układu krwionośno-włosowatego.

W zestawieniu poszczególnych typów przekrwień nawałowych skóry należy mieć na względzie ich stosunek do topografji unaczynienia skóry, oraz to, że ich część występuje w praktyce najczęściej w łączności ze sprawą zapalną.

Na plan pierwszy wysuwają się przekrwienia zarówno miejscowe jak ogólne, które, o ile powstają pod wpływem bodźców błahych, uchodzić mogą za nerwicowe (patrz wyżej). Przekrwienia nawałowe miejscowe spotykamy niejednokrotnie w przebiegu zapaleń pewnych narządów lub tkanek, jako wyraz ciągłego odruchowego drażnienia ośrodków naczynioruchowych sprawą zapalną, toczącą się w skórze, błonach śluzowych lub narzadach sąsiednich. Przykładem tego są przekrwienia policzków u osesków dotkniętych skazą wysiękową, połowiczne przekrwienie twarzy w przypadkach zapalenia ucha środkowego lub ślinianki przyusznej, przekrwienia towarzyszące bólowi zębów i t. p. Czy w sprawach tych przeważa porażenie nerwów zwężających, czy podrażnienie nerwów rozszerzających, niewiadomo.. W innych przypadkach (np. gruźliczych) istnieje szczególna skłonność do przekrwień środkowych części policzków, jako wyraz osłabienia napięcia ścian naczyniowych w tym obszarze skóry; przyczynę tego objawu u gruźliczych upatrują niektórzy w podrażnieniu szyjnych zwojów współczulnych (Jacquet). Przekrwienia nawałowe ogólne względnie rozsiane mogą być pochodzenia np. ośrodkowego pod wpływem bodźców idących z kory mózgowej, a wypływających z różnych stanów duchowych, jak np. gniew, wstyd, radość. Mogą być wywołane ogólnym stanem gorączkowym; czynniki szkodliwe, krążące we krwi, wywołują przedewszystkiem drogą O N R — O Z W — M ogólne zwężenie naczyń skóry. Towarzyszą temu uczucie zimna, dreszcze i bladość skóry z objawem gęsiej skórki. Wywołane tem zwężeniem podniesienie ciśnienia śródnaczyniowego drażni śródbłonkowe czuciowe zakończenia nerwów naczyniowych i powoduje osłabienie obwodowych zwojów współczulnych drogą I — O N R — O Z W i SK — O N R — O Z W, czego następstwem bezpośrednim będzie przejście niedokrwienia w przekrwienie gorączkowe skóry, i to tem naglej i silniej, im silniejsze było poprzednie zwężenie naczyń. Przekrwienie w dermografiźmie, które występuje szczególnie łatwo u osób z nadmierną wrażliwością naczyń skórnych na bodźce mechaniczne *(diathesis vasomotorica* Müller), polega, zdaniem Török'a na zwiotczeniu mięsnej ściany naczynia pod bezpośrednim wpływem bodźca mechanicznego*). Nie może tu, zdaniem Török'a, wchodzić w grę, w przeciwieństwie do dermografizmu odruchowego, droga odruchowa, gdyż dermografizm jako taki, pojęty w ścisłem znaczeniu tego słowa, pojawić się może także na znieczulonych obszarach skóry. Ebbecke widział dermografizm w miejscach zniczulonych skóry w przypadkach porażenia czuciowego i ruchowego w następstwie uszkodzenia pni nerwowych; innym (Rajka, Fürth) udało się wywołać dermografizm na skórze porażonej od 9 miesięcy u osobnika z uszkodzonym splotem ramiennym *(plexus brachialis)*. Dermografizm pojawia się także na obszarach skóry sztucznie znieczulonych.

Objaw odruchowy, który nieraz towarzyszy objawowi wyżej wymienionemu, a który polega na zaczerwienieniu sąsiednich obszarów skóry, nazwał Müller dermografizmem odruchowym. Müller, a w szczególności Ebbecke sądzą, że zachodzi w tym przypadku obniżenie napięcia nerwów zwężających w obrębie małych tętniczek i odpowiednich naczyń włosowatych. Inni autorowie (Glaser, Zierl, Török, Rajka) przyjmują tu także podrażnienie nerwów rozszerzających; Török opiera się również na doświadczeniach Ricker'a i Regendanz'a, którzy osiągali znikanie dermografizmu przez zastosowanie zimnej wody, coby wskazywało na zupełną sprawność nerwów zwężających.

Niełatwo wytłumaczyć przekrwienia na ograniczonych przestrzeniach, jakie występują w przebiegu pewnych chorób zakaźnych, jakoteż w przebiegu pewnych zatruć. Najwybitniejszym przykładem takiego rumienia toksyczno-zakaźnego jest t. zw. rumień ospowy zwiastunowy *(erythema variolosum prodromale)*. Gdy powstawanie zwyczajnych wykwitów ospowych zależy od rozmnażania się jadu ospowego w ustroju, to rumień zwiastunowy jest wynikiem działania tegoż jadu na układ naczyniowy drogą ośrodkową. To że ten rumień występuje tylko i wyłącznie w zakresie pewnych obszarów skóry, świadczy o pewnem uprzywilejowaniu także pewnych trucizn względem pewnych części ustroju, względnie obszarów powłok zewnętrznych.

Do grupy przekrwień na tle toksycznych nerwic naczyniowych należą pewne osutki, które występują po zażyciu leków. Zaczerwienienia skóry powstałe po zażyciu takich przetworów, jak atropina, azotyn amylowy, chloral — są rozlane, przejściowe i bardzo podobne do rumieńca *(erythema pudoris)*, o ile dotyczą głównie głowy i szyi. Rumień po chloralu występuje często w postaci osutki, zwłaszcza w okolicach stawów kończyn; występuje on najczęściej po zadziałaniu czynnika przyśpieszającego stan porażenia naczyń, jak np. po jedzeniu i piciu, szczególniej napojów alkoholowych. Rumień, jaki spostrzegany po wypiciu wina przez osobnika zażywającego chloral, służy jako przykład przewlekłej nerwicy naczyniowej. Rumienie po wymienionych przetworach przebiegają bez obrzęków, złuszczań się naskórka i t. p., jakoteż bez objawów podmiotowych. Rozszerzenie naczyń skórnych po azotynie amylowym ma powstawać skutkiem porażenia ośrodków naczyniowych (Filehne). W zatruciu atropiną ma patogeneza przekrwienia polegać według Albertoni'ego na pobudzeniu ośrodkowem nerwów rozszerzających, zaś według Kobert'a na osłabieniu mięśni naczyń, względnie porażeniu zakończeń nerwowych w ścianie naczynia. W przypadkach przekrwień nawałowych w zatruciach pilokarpiną ma zachodzić pobudzenie nerwów rozszerzających (Platz). Sprawa zespołu objawów naczynioruchowych z zaczerwienieniem skóry, jakie czasem występują po wstrzyknięciu salwarsanu (neosalwarsanu), nie jest dotychczas wyjaśniona; przypuszcza się, iż poza wpływem ośrodkowym zachodzi tutaj także działanie obwodowe na naczynia, tem bardziej, że dołączyć się później mogą zmiany w skórze w postaci złuszczenia się naskórka, podobnie jak w wysypkach posalwarsanowych. Zaczerwienie skóry po podaniu kofeiny uważa Recklinghausen za neurotoniczną postać przekrwienia (t. j. z pobudzenia nerwów rozszerzających); Török, opierając się na doświadczeniach Gröer'a i Hecht'a przypuszcza poza tem bezpośrednie działanie kofeiny na małe tętniczki w skórze. Przekrwienia nawałowe, powstałe po zastosowaniu chloroformu i eteru, polegają

---

*) Zdaniem wielu autorów (Oppenheim, Ebbecke, Müller) istnieją zwykle u takich osób i inne cechy patologiczne, jak pobudliwość serca, pobudliwość wydzielnicza gruczołów potnych, pobudliwość odruchowa, bóle i zawroty głowy i t. p. *(homines vasomotorici)*.

na porażeniu ośrodkowem nerwów zwężających. Podobnie przekrwienia, powstałe po spożyciu pewnych potraw korzennych, połączone z wzmożonem poceniem się połowy ciała, uważa Török za skutek obniżenia napięcia unerwienia zwężającego naczynia, ze względu na podobieństwo tych objawów do objawów przy połowicznym bolu głowy *(hemicrania sympatho - paralytica)*.

Osutka jaka występuje po zażyciu nadmiernej ilości chininy jest rozlana, podobnie jak w przypadkach poprzednich, lecz towarzyszą jej już zmiany głębsze. Obejmuje zwykle całe ciało, trwa dłużej, towarzyszą jej obrzęk, złuszczanie się naskórka, pozatem występuje gorączka i objawy podmiotowe (częste omyłki rozpoznawcze w kierunku płonicy). Do tejże grupy należą zatrucia kwasem karbolowym, salicylowym, weratryną i naparstnica. Inny dział obejmuje osutki, jakie występują w postaci ognisk odosobnionych różyczki *(roseolae)* podobnych do odry, najczęściej jednak grudek obrzękowych i swędzących, czyli już właściwie bąbli. Prototypem tego działu jest osutka po antypirynie. Osutki te zajmują zwykle okolice stawów. Cechuje je niezbyt wielkie łuszczenie i usadawianie się raczej po stronach zginaczy. W przekrwieniach tej grupy napotykamy już stale uszkodzenia ścian naczyniowych. Zaliczamy do niej również zatrucia morfiną, hyoscyaminą, chloranem potasowym, kubebą, balsamem kopaiwskim i olejkiem terpentynowym.

Osobna grupa obejmuje przekrwienia nawałowe a w następstwie tego rumienie, w których porażenie ścian naczyniowych powstaje z przyczyny czysto fizycznej, np. z ustania jakiegokolwiek ucisku na skórę (odruch Lewina). Po ucisku skóry tępem narzędziem, naczynia, zamiast wrócić do stanu prawidłowego, rozszerzają się nadmiernie. Zjawisko to nie powstaje jednak drogą I — ONR — OZW, ponieważ przekrwienie to dotyczy ściśle i wyłącznie tych obszarów, na które ucisk zadziałał, i trzeba je uważać za porażenie samoistne ścian naczyniowych, powstałe po zadziałaniu ucisku, bez pośrednictwa ośrodka naczynioruchowego. Przekrwienia te powstają wyłącznie wskutek bezpośredniego porażenia zakończeń nerwów zwężających naczynia w warstwie mięsnej ściany naczyniowej (M). Świadczy o tem zresztą następowy, późniejszy skurcz naczyń w tych samych obszarach (z następowem niedokrwieniem i bladością) jako objaw, wynikający z czynności narządu regulacyjnego. Mianowicie objaw ten rozszerzałby się niewątpliwie na inne części skóry, gdyby powstawał odruchowo, za pośrednictwem ośrodka. Do tej samej grupy zaliczyć musimy przekrwienia powstałe po zdjęciu opasek, ściśle przylegających okładów, — dalej przekrwienia po silnem drapaniu, zaczerwienienia dokoła odcisków, przekrwienia skóry u noworodków po ucisku podczas aktu porodowego i t. p.

Niska ciepłota odgrywa rolę w patogenezie przekrwień nawałowych, o ile nie przekracza pewnych granic. W przeciwnym razie wywołuje w skórze zmiany zastojowe. Niska ciepłota w zwykłem tego słowa znaczeniu wywołuje przy dłuższem działaniu skurcz naczyń skórnych, który wiedzie po pewnym czasie drogą I — ONR — OZW — M do następowego odruchowego przekrwienia poraźnego przez porażenie zakończeń nerwów zwężających naczynia w warstwie mięsnej ściany naczyniowej. To porażenie odruchowe trwa tak długo, jak długo trwa działanie zimna, — o ile jak wyżej zaznaczono, ciepłota nie staje się zbyt niską i o ile dany osobnik oddziaływa na zmiany ciepłoty prawidłowo. To zjawisko przekrwienia należy uważać za dobroczynny objaw ochronny.

Zupełnie inaczej tłumaczymy sobie przekrwienie z zadziałania bezpośredniego ciepłoty wysokiej. Chodzi tu o t. zw. samoistne porażenie mięśniowe naczynia *(paresis idiomuscularis)*, bez podrażnienia układu nerwowego. Ogrzanie bezpośrednie skóry poraża bezpośrednio naczynia (Bernstein) i umożliwiałoby drogą napływu szybszego prądu ciepłej krwi nieustanne trwanie stanu poraźnego. Temu staje jednak na przeszkodzie samoistny mechanizm regulacyjny M — M: drażnione bowiem rozszerzeniem i napięciem ściany naczynia, zakończenia nerwów śródmięśniowych, prowadzą bezpośrednio do skurczu warstwy mięsnej (Latschenberger, p. w.). I tak ciepłota 45° C., która nieco tylko jest wyższą od ciepłoty krwi, zdoła wywołać silne porażenie naczyń z następowym ich powrotem do stanu prawidłowego. Już jednak ogrzanie do 50 — 60° wiedzie do zmian graniczących ze stanem zapalnym, jako z pierwszym stopniem oparzenia.

Przekrwienia wywołane środkami chemicznemi *(rubefacientia)* wiodą już wprost z reguły do stanów zapalnych, jakkolwiek działanie mechanizmu regulacyjnego nie jest i tu wykluczone. Do tych środków należą muszki hiszpańskie, kamfora, olejki eteryczne, kwasy, rtęć, jod, chrysarobina, siarka i t. p. Do takichże przekrwień wiodą ukąszenia owadów (mrówki, komary, pszczoły) oraz zetknięcia się z pewnemi gatunkami gąsienic lub pewnemi roślinami *(primula obconica, toxicodendron* i t. p.*)*.

Nieco niejasna jest grupa przekrwień nawałowych, znanych pod nazwą przekrwień zakaźnych *(hyperaemiae infectiosae)*, które już ze swej istoty nie mogą zależeć od stosunków anatomicznych układu naczyniowego skóry. Wynika to już z samej różnorodności osutek zakaźnych i wielkiej stałości objawów w każdej z nich z osobna. Każda z tych osutek wytwarza sobie niejako swoiste tło patologiczne, a znamienne dla pewnego jadu. Najwybitniej uwidacznia się to w przebiegu płonicy, której rumień różni się od rumieni powstałych po zastosowaniu leków i polega na niezliczonych zatorach bakteryjnych w naczyniach włosowatych w obrębie brodawek skórnych. Zatory te wywołują porażenie przyległych tętniczek z następowym nawałem krwi w odpowiednich obszarach tkankowych. Te przekrwione obszary, które przez zlewanie się wytwarzają rumień płoniczy, mieścić się mogą w obszarach naczyniowych krążenia *(Flächenelement* Unna, *Endarterienkegelbasis* Spalteholz) albo w sieciach bocznych i są od nich nierównie mniejsze.

W osutkach o charakterze różyczki, jak osutka w kile, różyczka właściwa, osutki w przebiegu duru brzusznego i plamistego przyjąć należy równomierne rozłożenie zatorów bakteryjnych w układzie krążenia skórnego, oddzielne zaś rozmieszczenie poszczególnych plam tłumaczyć należy zniszczeniem natychmiastowem jadu w bardzo wielu obszarach. Zniszczenie jadu w obszarach pozostałych, już ograniczonych, następuje dopiero po porażeniu poszczególnych pętli naczyniowych; tem np. tłumaczy Unna występowanie osutki w pewnych obszarach, czasowo nieprawidłowo w krew zaopatrywanych, np. osutki na brzuchu w przebiegu duru brzusznego.

Osutka odrowa stoi na pograniczu przekrwień nawałowych i zastojowych. Plama odrowa jest większą od płoniczej. Środkowa jej część jest wyniosła i lekko obrzmiała, część zaś obwodowa różni się nieco swą barwą i jest sino czerwona. Plamy te przemieniają się czasem w całości w bąble, okazują wybroczyny, rzadko się zlewają w przeciwieństwie do plam płoniczych i są o wiele więcej nieregularne. Te własności wskazują na to, że istnieje tu obok przekrwienia tętniczego (nawałowego) także i przekrwienie żylne (zastojowe), jako następowe zwężenia drobnych żyłek. To zwężenie żyłek tłumaczy w zupełności odcień sinawy plam, ich mniejsze zlewanie się, pewien obrzęk oraz wybroczyny. Dlatego jest obraz histopatologiczny odry tak zbliżony do obrazu pokrzywki.

Z pośród innych przekrwień nawałowych wspomnieć jeszcze można o odruchowych przekrwieniach w przypadkach czerwoności bolesnej *(erythromelalgia)*, gdzie objawy ustępują czasowo po stłumieniu podrażnienia obwodowego przez znieczulenie korzonków, a gdzie anatomo - patologicznie stwierdza się zmiany w naczyniach *(arteriosclerosis, endarteritis)*, a w niektórych przypadkach także słabe zwyrodnienie nerwów obwodowych, jako następstwo zmian naczyniowych (Weir-Mitchell, cyt. Krzyształowicz).

Tych kilka uwag podaję, zaznaczając wyraźnie, że zamiarem moim było wyłącznie rozważenie czynników z dziedziny patogenezy przekrwień nawałowych, bez uwzględnienia czynników etiologicznych. O ile je gdziekolwiek przytoczyłem, to tylko dlatego, że szły one narówni z czynnikami patogenetycznemi.

Piśmiennictwo.

Auspitz: System der Hautkrankh. Wiedeń 1881. — Besnier: Path. et. trait. des mal. de la p. p. Kaposi. Paryż 1891. — Bier: Dtsch. med. Wchr. 31, 1899 i Zentralbl. f. Chir. 1/2, 1924. — Brüning i Forster: Zentralbl. f. chir. 1922 str. 913. — Brüning i Stahl: Klin. Wchr. 1922, str. 1402. — Cybulski: Fizjologja człowieka, Kraków 1916. — Carrier: Amer. Jour. of phys. Vol. 61, 1922. — Dale: Brit. med. Jour. 1923, p. 1006. — Deusch i Liepert: Dtsch. Arch. f. kl. med., tom 160, 1928. — Ebbecke: Pflüg. Arch. f. d. g. Physiol. tom 169, 1917. — Fischer: Ztschr. f. Biol., tom. 87, 1928. — Friedrich: Kl. W. 45, 1924. — Glaser: w Müllera „Die Lebensnerven". — Gröer i Hecht: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med., tom 33, 1923. — Krogh i Harrop: Journ. of. ges. phys. Vol. 54. 1921. — Krogh: Bibl. f. Laeger, v. 119, str. 831, 1927. — Krehl-Marchand: Hdb. d. allg. Pathol. 1920. — Krzyształowicz: Etjologja i patogeneza chorób skórnych, Warszawa 1926 i „O rumieniach", Nowiny lekarskie rocz. XX, Nr. 7, 8, 9 i 10. — Lewis: Die Blutgefässe d. menschl. Haut usw., Berlin, Karger, 1928. — Loven: Ueber die Erweiterung der Arterien infolge Nervenerregung. Ber. üb. Verh. d. Kgl. Sächs. Ges. d. Wiss. Lipsk. 1867. — Leriche: Presse med. 1917, str. 513. — Mironesco i Perlstein: Bull. et mém. d. l. soc. med. des hop. de Paris, r. 43, 1927. — Müller: Die Lebensnerven 1924, stron 371. Ztschr. f. ang. Anat. u. Konstit., tom 6, 1920. Die Kapillaren der menschl. Körp., Stuttgart 1922. — Meyer i Gott-

lieb: Exper. Pharmakologie, Berlin - Wiedeń 1918. — Pfandler: Hdb. der Kinderheilkde. — Platz: w Müllera „Die Lebensnerven". Reiss Wł.: O nerwicach skóry. Kraków. 1897. — Rieder: Arch. f. kl. Chir., t. 150, 1928. — Renaut: Traité d'histol. pratique. Paris, 1897. — Ricker i Regendanz: Virchows Arch. f. path. An. u. Phys., 1910. — Rajka i Fürth: Dtsch. med. Wch. 24, 1924. Recklinghausen: Hdb. der allg. Pathologie des Kreislaufes. In dtsch. Chir. 1888. — Spalteholz: Blutgefässe der Haut (Hdb. der Haut u. Geschl. Krank., Berlin, 1927). — Schindler: Einflusse des Nervensyst. auf spont. Blut., Berlin, Karger 1927. — Török: Störungen der Blut u. Lymphstr. d. Haut. (Hdb. der Haut u. G. Kr.„ Berlin, 1927). — Török, Rajka i Wessely: Derm. Ztschr., tom 53, 1928. — Unna: Die Histopatol. der Hautkr., Berlin, 1894. Monatshefte f. prakt. Dermatol., 1889, 1890, tom 9, 10 i 11. — Wehner: Klin. Woch., 1925, str. 2005.

Dr. Ludwik PTASZEK, st. asystent. Lwów.

O wpływie hormonów płciowych żeńskich na przemianę spoczynkową (p. s.) w eksperymencie.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Marjan Franke.

W dalszym ciągu badań naszych nad wpływem gruczołów płciowych na przemianę spoczynkową (p. s.), zajęliśmy się w tej serji doświadczeń, zachowaniem się p. s. w operacyjnej niedomodze jajnikowej *).

Badania nasze przeprowadzaliśmy metodą i aparaturą Haldane'a, oznaczając p. s. w uśpieniu morfinowo - etetrowem lub chloralozą przy użyciu jużto komór szczelnie zamkniętych, jużto tracheotomji. Podnieść musimy, że wyniki przy różnej metodyce badań, były jednolite, a różnice oznaczeń p. s. nie przekraczały ± 8%.

Na wstępie dla porównania przytoczymy zachowanie się p. s. u psa po testektomji, badane w dłuższy czas po zabiegu (po roku). Znamiennem jest, że spadek p. s., poprzednio spostrzegany, do tego czasu utrzymywał się jeszcze, wykazując zniżkę do —57%. Całe zaś doświadczenie przedstawia się następująco:

Pies Nr. 12, wagi 17,5 kg. Przed usunięciem jąder produkował średnio 723 kalorji na dobę. Testektomja 10. III. 1928. I-szy okres spadku: 15. III. 1928 606 kal. (—16%), 23. III. 1928 467 kal. (—37%); II-gi okres wyrównania: 28. III. 1928 845 kal. (+16%); III-ci okres spadku trwałego: 5. IV. 1928 519 kal. (—28%), 18. IV. 1928 508 kal. (—30%). Następne badanie przeprowadzone w rok po tekstektomji, wykazało utrzymującą się zniżkę p. s.: 22. I. 1929 308 kal. (—57%).

Przemiana spoczynkowa u suk po owarjektomji zachowywała się w naszych doświadczeniach podobnie jak u psów po testektomji. Także ujęliśmy wyniki naszych badań w 2 grupy: I-szą: Okres tuż po pooperacyjny i II-gą: Okres późniejszy.

I. Zachowanie się p. s. w okresie tuż pooperacyjnym.

W okresie tym mieliśmy u suk, podobnie jak u psów, wybitny spadek p. s.: Suka Nr. 14, wagi 17 kg przed operacją produkowała średnio 769 kal. na dobę, a w tydzień po zabiegu (zabieg 17. X. 1928) 500 kal. (—34%), w dwa tygodnie zaś 551 kal. (—28%). Podobnie zachowały się pozostałe zwierzęta doświadczalne.

Na specjalną uwagę zasługuje zachowanie się p. s. w tym okresie u suki Nr. 16, wagi 3 kgm, u której bezpośrednio po zabiegu p. s. pozostala jeszcze przez pewien czas na poprzednim poziomie, a spadek wystąpił później. Produkcja kaloryczna przed operacją: 100 kal. na dobę, w tydzień po zabiegu (zabieg 3. I. 1929) 105 kal. (+5%), a w dwa tygodnie dopiero wystąpił wybitny spadek: 16. I. 1929 63 kal. (—37%).

Przyczynę spadku p. s. u suk w I-szym okresie, odnieśliśmy podobnie jak u psów, do ostrej utraty jednego z hormonów jajnikowego, który w zespole wkrewnym przyczynia się do utrzymania p. s. na pewnym stałym poziomie. Brak spadku p. s. w bezpośrednim okresie pooperacyjnym u suki Nr. 16., tłumaczymy sobie natychmiastowem działaniem kompensującem reszty aparatu wkrewnego, które wystarczyło na bardzo krótki czas, a spadek p. s. wystąpił dzięki temu nieco później.

II. Zachowanie się p. s. w późniejszym okresie pooperacyjnym.

W dalszym toku operacyjnej niedomogi jajnikowej wystąpiły, podobnie jak u samców, pozostałe dwa okresy, a to: II-gi okres przejściowego wyrównania p. s. i III-ci okres trwałego spadku.

Suka Nr. 14 wagi 17 kg o średniej produkcji 769 kal. na dobę, u której do 2 tygodni wystąpił spadek p. s. do —28%, (patrz pod I), wyprodukowała w 3 tygodnie po zabiegu 6. XI. 1928 648 kal. (—15%); wystąpiło zatem u niej wyraźne choć nie zupełne wyrównanie p. s. Badania następne u niej wykazały znów spadek p. s., który utrzymywał się do śmierci zwierzęcia, bo 12. XI. 1928 333 kal. (—54%) i 26. XII. 1928 312 kal. (—59%).

U suki Nr. 13, wagi 10 kg, nie badaliśmy p. s. w okresie I-szym i II-gim z przyczyn od nas niezależnych, badania zaś wykonane w miesiąc po operacji wypadły na okres III-ci trwałego spadku. P. s. przed zabiegiem średnio 485 kal. na dobę. Zabieg: 24. VIII. 1928. Pierwsze badanie po owarjektomji 23. IX. 1928 wykazało produkcję dobową równą 302 kal. (—37%), po drugim miesiącu: 24. X. 1928 283 kal. (—41%), a w trzecim miesiącu: 22. XI. 1928 320 kal. (—34%).

U suki znów 16, w drugim i trzecim okresie p. s. zachowywała się typowo, a więc po przejściowym spadku do —37%, (patrz pod I.) wystąpiło do 3 i pół tygodnia częściowe wyrównanie na —12%, a później ponowny spadek stale się utrzymujący około —40%.

U suk więc po owarjektomji mieliśmy do czynienia, podobnie jak u psów, z trzema okresami: I-szym spadku, II-gim przejściowego wyrównania i III-cim trwałego spadku p. s. Podnieść tu tylko należy to, że podczas gdy u psów wartości p. s. w II-gim okresie nawet często przewyższały cyfry wyjściowe, to u suk cyfry p. s. w tym okresie nie dochodziły do stanu wyjściowego.

Wahania p. s. po owarjektomji tłumaczymy podobnie jak po testektomji. Jak tam tak i tu spotykamy się z trzema okresami w zachowaniu się p. s.: I-szy okres spadku p. s. wywołany ostrą utratą hormonu zawartego w gruczołach płciowych, II-gi okres przejściowego wyrównania, dzięki kompensacyjnemu działaniu ze strony reszty aparatu wkrewnego i III-ci okres trwałego spadku p. s., wywołany wyczerpaniem się nadmiernie pracującego pozostałego aparatu wkrewnego.

Podnieść należy dwie cechy odróżniające krzywe wahań p. s. u samców i samic: a to 1) w okresie II-gim wyrównanie spadku p. s. nie dochodziło do cyfr wyjściowych; działanie wyrównawcze reszty aparatu wkrewnego w każdym przypadku nie było tak wybitne jak u psów, u których reszta gruczołów po testektomji zaznaczała nawet swoją pracę wzrostem p. s. ponad cyfry wyjściowe, i 2) okres III-ci trwałego spadku występował u suk, znacznie wcześniej niż u psów.

Zjawiska te tłumaczymy tem, że hormon jajnikowy posiada przypuszczalnie większe znaczenie w zespole wkrewnym, niż hormon jądrowy, skutkiem czego ubytek jego powoduje tak wielką lukę, że nawet nadmierna praca pozostałych gruczołów, nie może jej wypełnić.

*Poprzedni artykuł został ogłoszony w P. G. L. Nr. 39 i Comptes rendus des seances de la societe de biologie T. XCIX, p. 929.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O powinowactwie klinicznem, epidemiologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu [1]).

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Wł. Szenajch.

Kiedy przed czterema latami stawałem na Zjeździe Higjenistów polskich w Warszawie i na Zjeździe Pedjatrów polskich w Poznaniu ze swoim projektem racjonalnego zreformowania przychodni dziecięcych na terenie Państwa Polskiego według inteligentnych zasad aseptyki zastosowanej do zagadnień profilaksji chorób zakaźnych dziecięcych, podkreślałem wartość praktyczną, jaką dla lekarza pedjatry stanowić winna w tym względzie myśl o ścisłem powinowactwie klinicznem odry i kokluszu.

Myśl ta stanowiła jeden z najpewniejszych gwintów mojej argumentacji, której „żelazna" logika i „prostota" rozumowania utorowała wnioskom moim nietylko jednomyślną uchwałę II-go Zjazdu Pedjatrów polskich, ale także opinję Gen. Dyr. Zdrowia (9. II. 1925 r. z H. 900 25), uznającej dezyderat o reformie przychodni za najważniejszy ze wszystkich poruszonych na owym Zjeździe aktualnych potrzeb pedjatrji polskiej.

Sprawa niebezpieczeństwa ambulatorjów dziecięcych dla zdrowia publicznego jest sprawą dziś tak samo aktualną, jak przed czterema laty i nic dziwnego, że III Zjazd Pedjatrów polskich w Wilnie w r. 1922 uważał za stosowne powtórnie dosłownie i bez zmiany przedstawione przezemnie poprzednio wnioski uchwalić. Z tego punktu widzenia ma sprawa ta niewątpliwie już swoją przeszłość i przez to składa się powoli na jeden z rozdziałów historji medycyny w Polsce.

Jak wspomniałem na wstępie, osią mojego rozumowania w przedstawionym memorjale była myśl o potrzebie profilakcji

[1]) Według odczytu z dnia 26. IX. 1928 na posiedzeniu klinicznem Pol. Tow. Pedjatrycznego w Warszawie.

pedjatrycznej w ambulatorjach dziecięcych przedewszystkiem ze względu na odrę i koklusz. Oczywiście nie znaczy to, abym przez to ośmielił się bagatelizować niebezpieczeństwo zakażne ambulatoryjne innych infekcyj dziecięcych, jak błonica, płonica, czerwonka czy inne zakażenia krwi, czy dróg pokarmowych, oddechowych lub nerwowych, Chodziło mi jednak głównie o grozę niebezpieczeństwa zakaźnego amubulatoryjnego ze strony tych dwóch najbanalniejszych chorób wieku dziecięcego, które ze względu na swoje szerokie rozpowszechnienie, zwłaszcza w wielkich miastach, wyrządzają najgroźniejsze i najbardziej masowe spustoszenie wśród dzieci w pierwszych latach życia, a więc w wieku pozbawionym już odporności, osiągniętej na przeciąg pierwszych 3 miesięcy z łona matki, i w wieku, kiedy dziecko nie zdobyło jeszcze potrzebnej odporności na wszystkie najpospolitsze codzienne postaci zakażeń mieszanych dróg oddechowych, które się składają na nieodzowny, konsekwentny, często tak dramatyczny dalszy ciąg i epilog pierwotnego zakażenia przez t. zw. powikłania odrowe czy powikłania kokluszowe.

Banalność odry, choroby, która z powodu swojej notorycznie znanej częstości przybrała charakter choroby „współbiesiadującej z człowiekiem" — jak się wyraza Bernard — kryje przez tę swoją pospolitość niebezpieczeństwo indyferencji ze strony lekarza. Jeszcze bardziej cechy powszedniości i mniejszej wartościowości klinicznej czy epidemjologicznej przedstawia dla wielu lekarzy drugie, ściśle z odrą związane zakażenie dziecięce, jakiem jest koklusz.

Odkrycia powojenne Nicolle'a i Conseil'a w r. 1918 we Francji a Degkwitz'a w r. 1920 w Niemczech odbiły się mniej lub więcej głośnem echem w świecie pedjatrycznem, budząc z uśpienia interes naukowy dla odry ze stanowiska profilaksji.

Ruch wywołany tem nowem zagadnieniem odporności serologicznej — jeszcze dziś, w 10 lat po doniosłych odkryciach uczonych — nie zdołał wyjść poza pierścień eksperymentów naukowych, których realna wartość wymagać powinna była do dziś szerszej organizacji metodycznej seroprofilaksji przez wszystkich lekarzy. Tymczasem, jak wiadomo, sprawa ta, jakkolwiek naukowo i praktycznie ugruntowana, wymaga agitacji nie tylko wśród publiczności, ale i wśród szeregów lekarskich. Nie zdołała ona do dziś po 10 latach przekonać szerszego obozu lekarskiego o doniosłości zagadnienia. Jakkolwiek taki jest na razie stan rzeczy, to jednak nie ulega wątpliwości, że sprawa zorganizowanego serologicznego zapobiegania odrze ma przed sobą utorowaną przyszłość.

Interes, obudzony odkryciem serologicznem, nie pociągnął za sobą ożywienia klinicznego, ale raczej — kosztem świecącego tryumf profilaktyczny optymizmu — zahamował i przygasił ciekawość problemu odry pod względem klinicznym.

Wiadomo każdemu lekarzowi, jak często wstrzymujemy się w praktyce od podawania choremu jakichkolwiek zdecydowanie działających środków leczniczych, póki się nam nie wyjaśni obraz chorobowy — i postępujemy tak właśnie dlatego, aby niczem nie zamącić nagości obrazu klinicznego i aby go przez to łatwiej i rychlej należycie rozpoznać, lub przynajmniej poznać.

Niema wątpliwości, że epokowe odkrycie Behringa, mimo swoich zbawczych skutków, mimowoli uśpiło krytycyzm kliniczny świata lekarskiego dla nagiego obrazu chorobowego błonicy i w znacznym stopniu utrudniło lekarzowi sąd najbanalniejszego nieraz przypadku dyfterji pod względem oceny np. prognostycznej. Sam poniosłem pod tym względem przypadkowo szereg dotkliwych porażek prognostycznych, których ocena stanowi bezsprzecznie pewien interes dydaktyczny. W r. 1915 interwenjowałem w przeciągu jednego miesiąca w 4 przypadkach dławca błoniczego i w 2 przypadkach błonicy gardła w pow. brzozowskim i rzeszowskim w Małopolsce. Jeden z przypadków dławca dotyczył dziewczyny 20-letniej, którą z powodu objawów silnej stenozy intubowałem. W okolicy tej, objętej wówczas wojną, żadna z pobliskich aptek nie posiadała surowicy przeciwbłoniczej. W każdym z tych 6 przypadków błonicy ustaliłem złą prognozę nie tylko co do przebiegu choroby, ale wprost co do życia. Wszystkie przypadki wbrew moim przypuszczeniom zakończyły się zupełnem wyleczeniem, mimo braku leczenia surowiczego. Jestem pewny, że inny lekarz starszy wiekiem i rozporządzający doświadczeniem lekarskiem okresu przedsurowiczego byłby się był w tych wszystkich przypadkach i w ich łagodnej atmosferze zakaźnej dużo trafniej zorjentował i lepiej wypowiedział pod względem prognostycznym.

Wiadomo, że epidemja błonicy w zimie 1922 r. w Paryżu zaznaczyła 18% śmiertelności zamiast dotychczasowej 5% śmiertelności, dochodząc w przypadkach błonicy złośliwej do 50% śmiertelności. Jakkolwiek Lereboullet dowodzi, że w połowie tych przypadków winę złośliwości ponosi nie sam zarazek błonicy, ale zakażenie mieszane łańcuszkowcowe, to jednak nie zmienia to faktu, że i odkrycie Behringa osiąga z biegiem lat granice swego tryumfu.

Oczywiście fakty te nie przynoszą na chwilę ujmy znakomitemu odkryciu Behringa, które stanowiło silny szczebel postępu, ale przynoszą do pewnego stopnia ujmę klinice, która nie powinna była przeżywać ekstazy optymizmu ani nagłego zawodu rozczarowania, bo jedno i drugie są więcej funkcjami uczucia niż rozumu.

Otóż jak interes kliniczny polegający na dokładnem poznaniu skomplikowanego mechanizmu symptomatycznego i epidemjologicznego dyfterji niezupełnie szedł w parze z wielkiem odkryciem serologicznem Behringa, ale przeciwnie doznał pewnego zahamowania — podobnie i odkrycie Nicolle'a i Degkwitz'a, mimo swojego postępu i produktywności, może mieć za paradoksalny skutek odwrócenie uwagi lekarza od jego obowiązku ścisłego i wytrwałego śledzenia odry ze stanowiska ściśle klinicznego.

Że pogląd mój nie jest pozbawiony słuszności, świadczyć może fakt zjawienia się monografji Debré'go i Joannona o odrze w ścisłym związku z odkryciem Nicolle'a, które spowodowało kilkoletni okres doświadczeń zapobiegania serologicznego. Książka ma na celu omówienie epidemjologji, immunologji i profilaksji odry i jakkolwiek napisana przez klinicystów niepokoi czytelnika z powodu niedwuznacznej indyferencji klinicznej zagadnienia. Niewątpliwie książka ta, zresztą nadzwyczajnie pożyteczna i doskonale zwłaszcza pod względem statystycznym i serologiczno-technicznym, opracowana, nosi piętno ducha czasu w medycynie, którego jednym z wyrazów jest to chwilowe zahamowanie i skromne przycichnienie kliniki na rzecz pozornie bardziej naukowej i więcej wartościowej, bo chwilowo produktywnej serologji czy immunologji. Autorowie zastrzegają się, że nie chcą omawiać kliniki, ale właśnie to, że z okazji odkrycia serologicznego powstrzymują się, mimo że są klinicystami, od ustosunkowania swojego sądu klinicznego do fenomenu serologicznego, jest zdaniem mojem znamiennem dla „ducha czasu". Pod tym względem diamentralnie różne są książki pisane przez starszych lekarzy. Wystarczy porównać którąkolwiek książkę Hutinel'a, czy z dziedziny kiły dziecięcej, czy z dziedziny ostrych chorób zakaźnych. Autor, jak poznać można na każdym kroku, znakomicie zorjentowany w zdobyczach współczesnych bakterjo-, sero-, czy immunologji, odnosi się do tych nauk z życzliwą ale chłodną dozą pewnej rezerwy, wysuwając w każdem zagadnieniu na pierwszy plan jedynie swój interes kliniczny. Laborant jest dla autora tego więcej pożytecznym i niezbędnym najemnikiem, niż równowartościowym współczynnikiem interesu kliniczno-naukowego. Gdy interesowi klinicznemu ten lub ów fenomen laboratoryjny zawadza, on jako klinicysta potrafi przejść koło niego, jako koło rzeczy z filozoficznem, ale stanowczem: *„conentur sibi res non se submittere rebus"*. Nigdy nie poddaje się pracowni, ale ją raczej podbija pod swoje kliniczne panowanie.

Jakkolwiek monografja autorów francuskich o odrze, zgodnie z założeniem, wymija zagadnienie kliniczne odry, to jednak stanowi mimo to niesłychanie wartościowe źródło, z którego wolno także czerpać czytelnikowi klinicyście niejedną pożyteczną prawdę o mechanizmie tej choroby.

I tak autorowie przedstawiają tablice, z których wynika, że statystyka wszystkich krajów od szeregu lat, bo od roku 1861, mniej lub więcej zgodnie wykazuje przeważającą cyfrę zgonów wśród dzieci na odrę i na koklusz w porównaniu z innemi zakażeniemi. Autorowie nie interesują się specjalnie kokluszem, ale niemniej w jednem miejscu wypowiadają zdanie, że „wysoka śmiertelność w niektórych krajach na koklusz nie jest pozbawiona interesu, gdy się pomyśli o możliwości oparcia kampanji z kokluszem na zasadach podobnych do tych, które kierują walką z odrą". (Str. 22).

Autorowie przytaczając tablice chorobowości lub umieralności na choroby zakaźne dziecięce, mają za cel wykazać ważną rolę odry w stosunku do innych chorób zakaźnych, jakoteż w stosunku do całego szeregu innych czynników, jak wiek, mieszkanie i t. d.

Zaraz na I. tablicy czytamy:

Śmiertelność absolutna za 5-lecie 1881 — 1885 wynosiła w Anglji, Ks. Walji i Szkocji:

na odrę 61.830
na koklusz 61.260
W Belgji:
na odrę 11.855
na koklusz 13.355
W latach 1901—1905:
w Belgji na odrę 10.135
na koklusz 10.020.

Tablica IV. umieralności w Europie za dziesięciolecie 1900—1910:

rocznie na 1 miljon mieszkańców umiera na odrę 254 na koklusz 240.

Tablica VII. Poziom umieralności rocznej na 1 miljon mieszkańców przypada za czterolecie w latach 1906—1910:

we Francji na odrę 88, na koklusz 85
w Anglji na odrę 291, na koklusz 253
w Austrji na odrę 331, na koklusz 357
w Belgji na odrę 334, na koklusz 329
w Szkocji na odrę 352 na koklusz 394

Tablica VIII. Poziom umieralności rocznej na 100.000 mieszkańców wykazuje:

w Rotterdamie na odrę 25 na koklusz 26
w Berlinie na odrę 20 na koklusz 19
w Glasgowie na odrę 60 na koklusz 67
w Hamburgu na odrę 14 na koklusz 17
w Sztokholmie na odrę 13 na koklusz 14

Tablica XI rozwoju śmiertelności absolutnej w Stanach Zjednoczonych w latach 1901—1920 stwierdza przyrost śmiertelności:

na odrę 161% na koklusz 149%

Liczba zgonów, zarejestrowanych w Stanach Zjednoczonych w latach 1901—1920:

na odrę 105.115 na koklusz 120.486

Liczba ogólna zgonów zarejestrowanych we Francji w latach 1906—1913:

na odrę 31.125 na koklusz 25.127

Liczby te świadczyć mogą nietylko „o wysokiej śmiertelności na koklusz w niektórych krajach", ale zdaniem mojem świadczyć mogą o wielkiem podobieństwie statystycznem kokluszu i odry — a więc o statystycznem powinowactwie cyfrowem tych chorób pod względem śmiertelności.

Bardzo znamienna jest Tablica XIII. *śmiertelności absolutnej na odrę, płonicę, koklusz i dyfterję w Paryżu za lata 1904—1913 pod względem rozdziału procentowego śmiertelności różnego wieku.*

	0—3 lat	3—5 lat	0—5 lat	5 lat i powyżej
odra	81,9%	10,3%	92,21%	7,78%
koklusa	80 5%	12,34%	92,84%	7,16%
płonica	23,73%	21,21%	44,95%	55,04%
dyfterja	43,92%	23,65%	67,57%	32,42%

Z tablicy tej wynika, że wysoka śmiertelność na odrę i na koklusz przypada przedewszystkiem na dzieci małe w pierwszych 3 latach życia. A skoro tak jest, budzi się znowu wniosek, wyciągnięty z przytoczonej statystyki autorów francuskich, że jednak ten powtórny zbieg podobnych cyfr nie jest może tylko dziełem przypadku, ale świadczyć może o istniejącym powinowactwie tych dwóch chorób, tak groźnych dla małego wieku dziecięcego.

Tablica XXV *wykazuje poziom umieralności rocznej na 10.000 dzieci od 0 do 1 r. na szereg chorób zakaźnych w wielkich miastach francuskich w czasie od 1891—1900.*

w Lille umiera na płonicę 1,1, na dyfterję 10,4, na odrę 80,3, na koklusz 74,8,

w Paryżu umiera na płonicę 2,3, na dyfterję 12,6, na odrę 56,7, na koklusz 36,5,

w Roubaix umiera na płonicę —, na dyfterję 16,2, na odrę 56,4, na koklusz 57,7,

w Bordeaux umiera na płonicę 1,5, na dyfterję 26,6, na odrę 45, na koklusz 31,5,

w Lyonie umiera na płonicę 1,7, na dyfterję 20,2, na odrę 25,7, na koklusz 23,9,

w Nantes umiera na płonicę 1,3, na dyfterję 12, na odrę 20,2, na koklusz 21,5,

w Tuluzie umiera na płonicę 1,3, na dyfterję 12,2, na odrę 16,8, na koklusz 14,1.

Tablica ta świadczy, nietylko o podobieństwie cyfr zgonu na odrę i koklusz w 1-szym roku życia, ale świadczy także o wpływie wielkiego miasta na umieralność, i to tak odry, jak kokluszu.

Prof. Seligman z Berlina podaje, że statystyka obejmująca 344 miasta z całego świata wykazuje za rok 1926: 7446 przypadków śmierci na odrę a 7108 przypadków śmierci na koklusz.

Sprawę chorobowości i umieralności na chorobę zakaźną można rozpatrywać także w świetle stosunków atmosferycznych. Pod tym względem najważniejszą rolę należałoby przypisać słońcu. Że rola słońca w nasileniu i w charakterze zakażeń dziecięcych nie jest pozbawiona znaczenia, wynika z ciekawych dokumentów składających się na teorję znakomitego pedjatry francuskiego Piotra Woringera ze Strassburga.

Woringer przypuszcza, że przedewszystkiem czynnik słońca poza innemi przyczynami wywiera wpływ na ustrój i że temu czynnikowi przysługuje zdolność zmiany reakcyj obronnych. Podczas gdy badania epidemjologiczne uprzednie skierowywały uwagę w kierunku temperatury otaczającej lub wilgoci powietrza, nie zajmowały się natomiast wcale zmianami insolacji, autor wykazał, że śledząc z bliska krzywą chorobowości zakażeń o charakterze heliofobji, stwierdza się, że wcale niema równoległości między krzywemi choroby i temperatury. Choroby zakaźne, które przeważają w miesiącach zimowych i wiosennych mają charakter heliofobji, przeciwnie zakażenia letnio-jesienne mają znamiona heliofilji (dury, czerwonka). Ze stanowiska bakterjologicznego grupa zakażeń ze znamieniem heliofobji obejmuje prątek Kocha, zarazek zapalenia mózgu Economo, bakterje Yersin, zarazek ospy, zarazek świnki.

Mikroby te nie przedstawiają żadnego podobieństwa między sobą, ani ze stanowiska morfologicznego, ani biologicznie. To samo tyczy się i zakażeń o charakterze heliofilji — których mikroby nie wykazują podobieństwa między sobą.

To nasilenie z początkiem wiosny tłumaczy doskonale hipoteza braku słońca (carence solaire). Przestrzeń 2 do 3 miesięcy, która dzieli okres największego zimna od okresu największej chorobowości, jest jedną z przyczyn, dla których autor nie dopatruje się w temperaturze znaczenia etjologicznego dla zakażeń przez mikroby o typie heliofobji. Autor przeciwnie przychodzi do wniosku, że to przedewszystkiem przedłużony brak światła obniża oporność (rezystencję) ustroju w stosunku do zarazków o charakterze heliofobji i że słońce przywraca i wzmacnia odczyny obronne.

Rola uodparniająca słońca jest zresztą dobrze znana i została już w całym szeregu chorób w celach leczniczych wyzyskana.

Infekcje, w których notowano dobre wyniki leczenia światłem, należą do zakażeń o charakterze heliofobji (gruźlica, zakażenia łańcuszkowcami i gronkowcami, długotrwałe zakażenia płuc odoskrzelowe i t. p.).

Z chwilą gdy się przyjmie, że promienie słoneczne krótkie przedstawiają jeden z ważnych czynników odporności naturalnej, narzuca się myśl o ważnej roli skóry pod względem obrony ustroju, jeżeli nie przed wszystkiemi zarazkami, to przynajmniej przed temi, które noszą charakter heliofobji. Badania doświadczalne wykazały, że najczynniejsze pod względem biologicznym są promienie o krótkiej fali, które nie wnikają do głębszych warstw naskórka. Tak więc rola czynna w reakcjach obrony ustroju przypada komórkom naskórka, lub przynajmniej pewnym elementom powierzchownym skóry. Skutkiem tego te elementy przedstawiają aparat, który bezpośrednio lub pośrednio jest zdolny przenieść dla całego ustroju odporność przeciw zarazkom typu heliofobji.

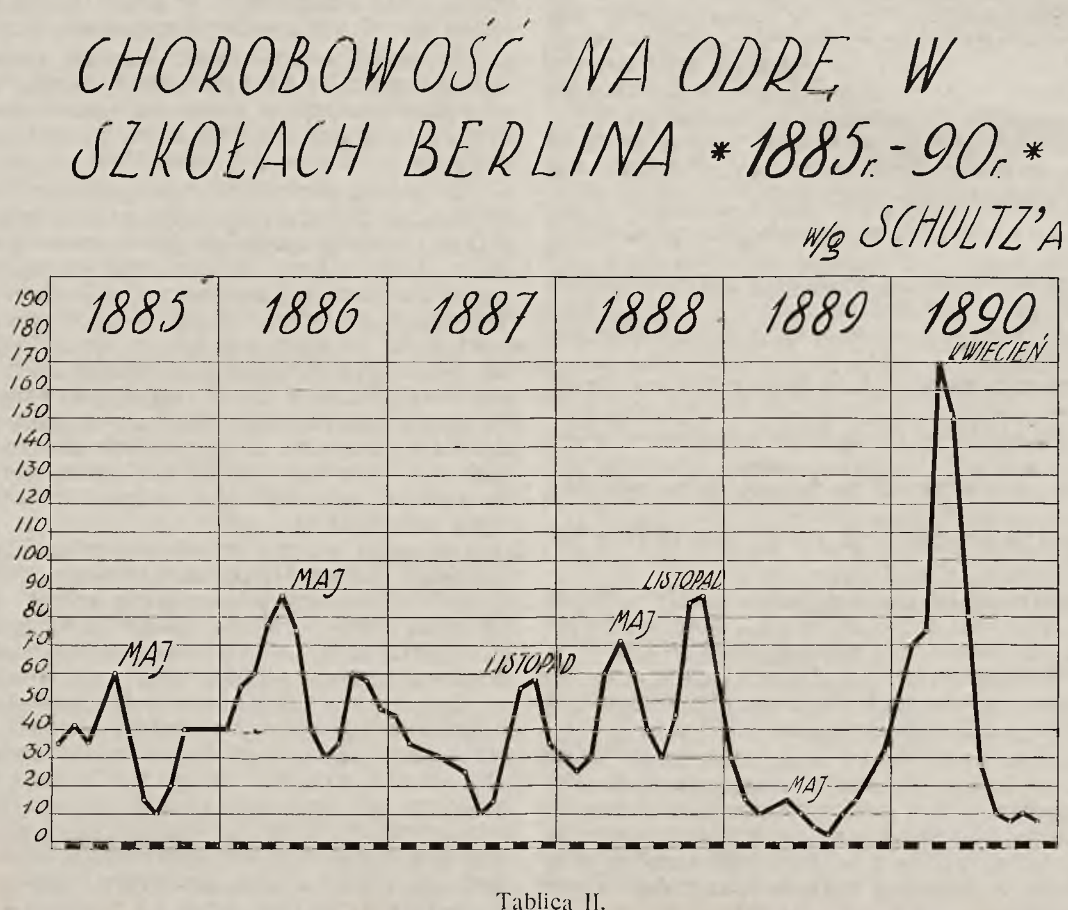
Tej funkcji skórnej nadaje Woringer nazwę dermofilaksji, rozumiejąc przez to czynność odpornościową, wychodzącą ze skóry i udzielającą się na przestrzeń wszystkim narządom; tak więc dzięki dermofilaksji płuco ma ochronę przed pneumokokiem, opony mózgowe przed meningokokiem i t. p.

To pojęcie o czynności ochronnej skóry różni się zasadniczo od tego, co Besredka opisał pod mianem odporności skórnej. Odporność Besredki jest odpornością czysto miejscową, ograniczoną do skóry. podczas gdy dermofilaksja wykonywa swoje działanie na cały ustrój. Fizjologicznym czynnikiem stymulującym dermofilaksji jest światło słoneczne. Czynne promienie są niezbędnym warunkiem dla normalnej funkcji dermofilaktycznej. Przrzydłużony brak słońca powoduje zanik funkcyj ochronnych skóry, które ponownie wracają z chwilą, gdy światło nanowo działa na skórę. W ten sposób tłomaczy autor, że rozmaite wahania nasilenia świetlnego powodują w regularnych odstępach czasu wahania zdolności ochronnej skóry (zdolności dermofilaktycznej) poszczególnych jednostek, a co za tem idzie — wahania w chorobowości całej ludności.

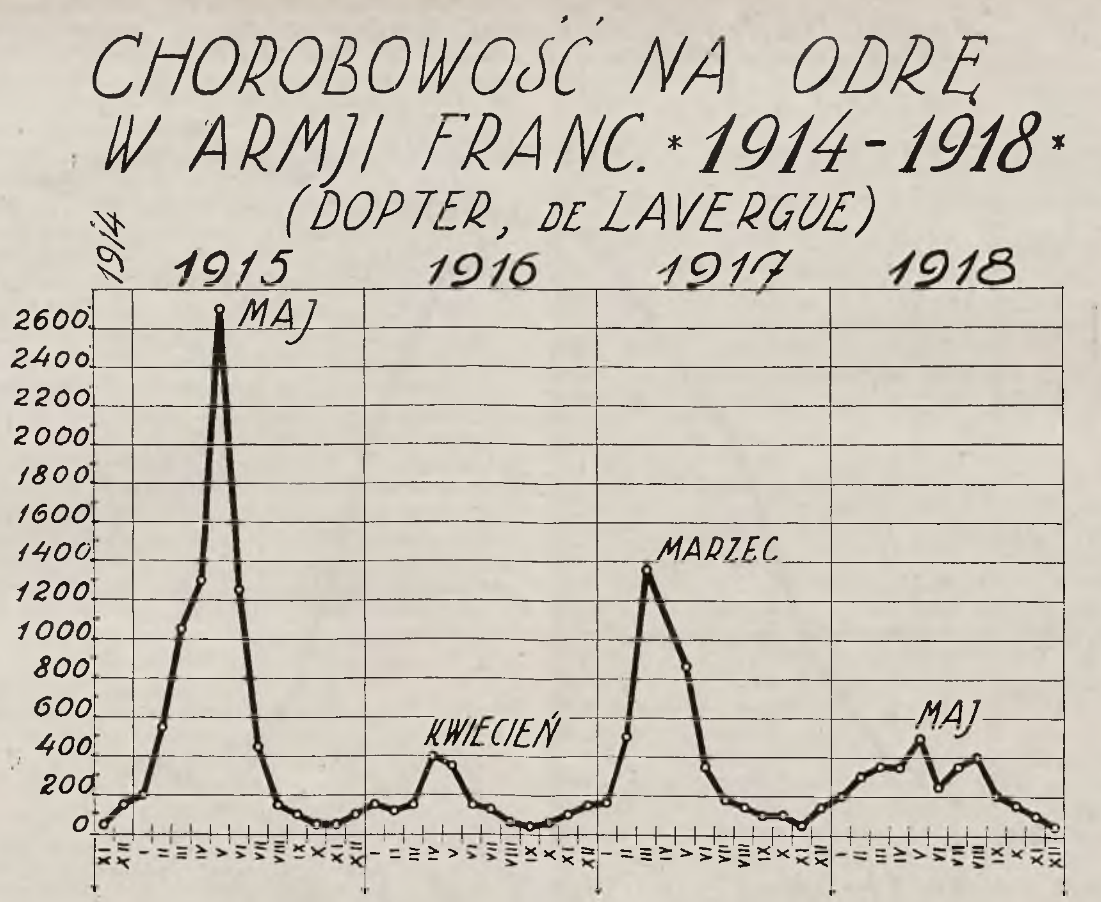
Ale skóra nie jest narządem ochrony dla wszystkich chorób zakaźnych. Z dermofilaksją mają związek jedynie zakażenia z grupy heliofobji — zakażenia z grupy heliofilji przeciwnie zdają się nie mieć żadnego związku ze skórą. Autor przypuszcza, że dla zarazków z grupy heliofilji, które ogólnie mają punkt zaczepienia w kanale trawiennym, jelita odgrywają taką samą rolę, co skóra w zakażeniach z grupy heliofobji. U osobników normalnych istnieje enterofilaksja przeciw zarazkom z grupy heliofilji — tak jak istnieje dermofilaksja przeciw drobnoustrojom z grupy heliofobji. Aby osobnik jakiś stał się czułym na zakażenie grupą heliofilji, potrzebny jest brak enterofilaksji pod wpływem czynników meteorologicznych. Autor nie twierdzi, aby koniecznie nadmiar insolacji powodował obniżenie enterofilaksji. Autor przyznaje, że możliwy jest wpływ innych czynników związanych z insolacją — a więc takich, jak upał, burze, i t. p. momenty.



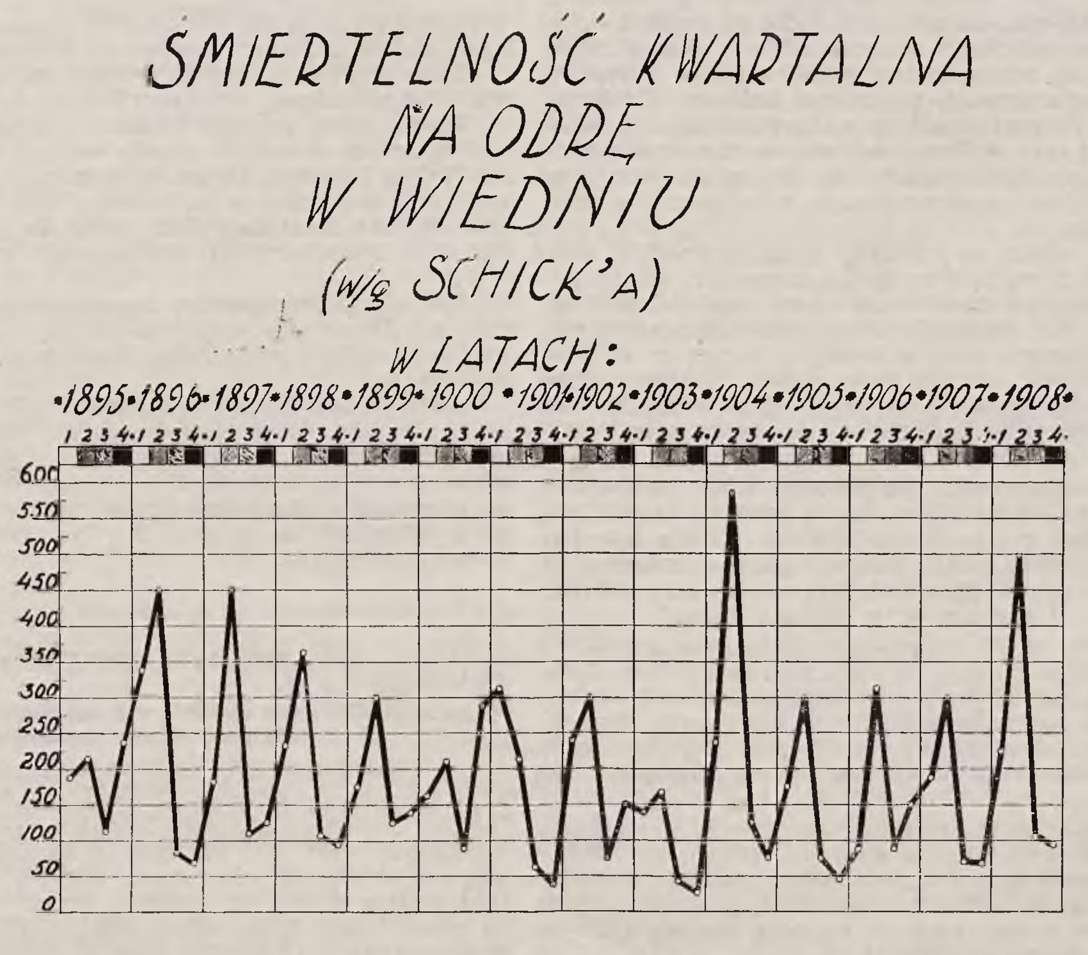
Tablica I.



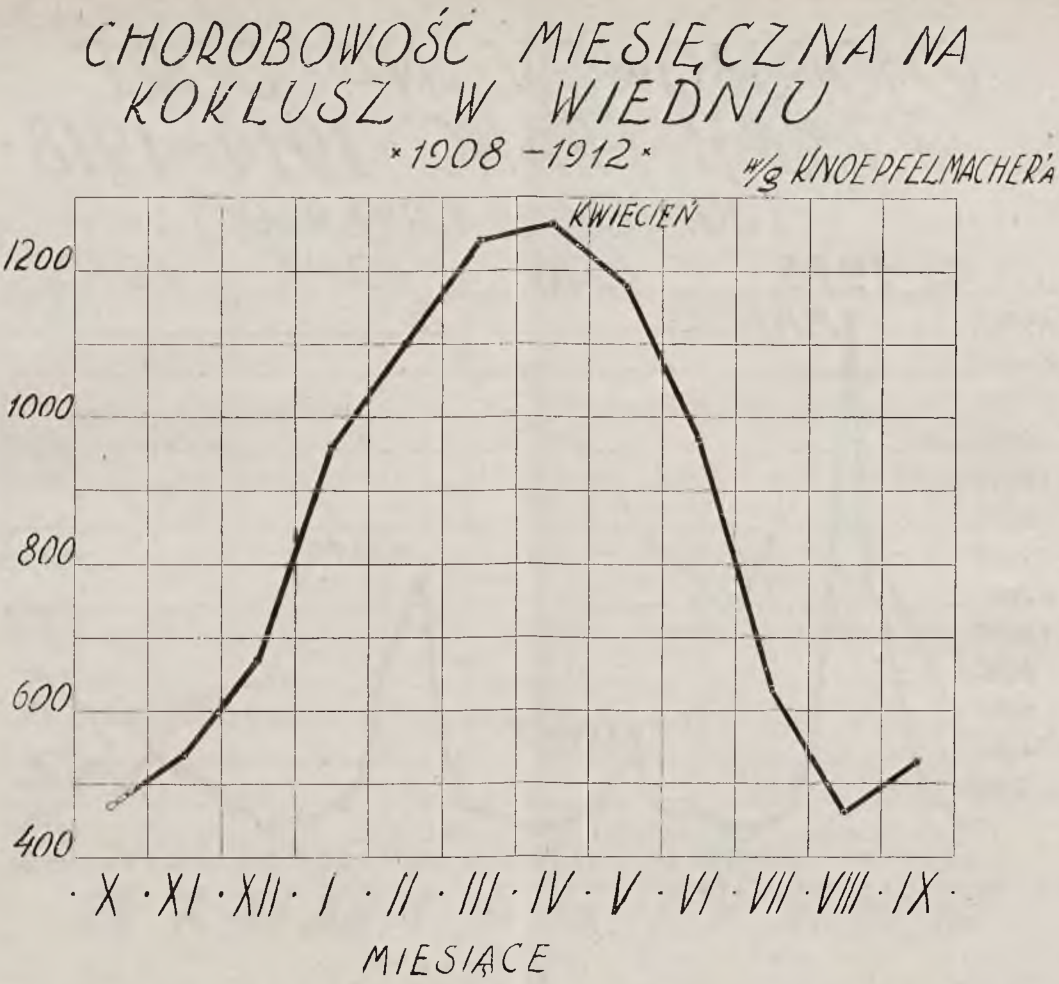
Tablica II.



Tablica III.



Tablica IV.



Tablica V.

Jakkolwiek skłonność do odry osób, które nie przebyły odry, jest ogólnie znana i jakkolwiek epidemja odry r. 1846 na wyspach Faroë dowodzi, jak bezbronny jest naogół człowiek wobec tej choroby, to jednak obserwacje statystyczne natchnęły Woringera do wyciągnięcia pewnych wniosków epidemjologicznych o odrze w związku z porą roku. Autor ten twierdzi, że największe nasilenie chorobowości na odrę przypada w miesiącach wiosennych, lub zimowych, najmniejsze — w miesiącach sierpniu i wrześniu.

Hirsch jest zdania, że przeważna liczba przypadków odry przypada na porę zimną, a nadewszystko na początek wiosny.

Schultz spotykał często drugi szczyt nasilenia chorobowego w październiku i listopadzie, który zdaniem tego autora stoi w związku z otwarciem szkół w jesieni, zwłaszcza ze wstąpieniem po raz pierwszy do szkół dzieci małych. W każdym razie krzywa Schultza wykazuje, że skłonność do odry podlega wpływowi pór roku i że brak słońca jest okolicznością bardzo usposabiającą do zachorowania.

Charakter sezonowy odry jest znacznie silniej zaznaczony w statystyce wieku młodzieńczego, jak to wykazują krzywe materjału żołnierskiego z czasu pokoju, krzywa Doptera i de Lavergne'a. Jest to krzywa o typie zimowo-wiosennym, nakrywająca się zupełnie z krzywą Woringera dla tężyczki. To samo potwierdzają krzywe wśród wojska z okresu ostatniej wojny.

Według autora chodzi na materjale żołnierskim przeważnie o osobniki, które już przebyły odrę w czasie swego dzieciństwa. Odporność, którą nabyli, zdołała ulec zatracie, lub stała się niedostateczną na to, aby uchronić przed powtórnem zachorowaniem. W przypadku tym nie chodzi już o zwiększenie rezystencji ogólnej przez słońce, ale chodzi o reakcję specyficzną, zachowaną pod wpływem słońca.

Krzywa Schicka wykazuje śmiertelność kwartalną z powodu odry wśród dzieci wiedeńskich w czasie lat 1895 do 1908. Wykazuje ona, że największa liczba przypadków śmierci przypada z wielką regularnością na II-gi kwartał roku t. j. na wiosnę. Brak słońca, przygotowuje więc teren dla wtórnych zakażeń, które są przyczyną powikłań śmiertelnych.

Niektóre statystyki kokluszu wskazują charakterystyczne wzniesienie zimowo-wiosenne. Cyfry podane przez Knoepfelmachera w Wiedniu za lata 1908 do 1917 wykazują wpływ pór roku z największem nasileniem chorobowem kokluszu w marcu.

Zdaje się więc, że koklusz, podobnie jak odra i płonica, może przybierać w pewnych warunkach typ zimowo-wiosenny.

Występowanie powikłań kokluszowych podlega działaniu pór roku w jeszcze silniejszym stopniu, niż sam koklusz.

Według Bertillon'a przypadki śmiertelne z powodu kokluszu we Francji przypadają w największej liczbie na miesiąc marzec, kwiecień, maj. Sprzyjający brak słońca dla zakażeń pneumokokowych i streptokokowych tłómaczy fakt stwierdzony już dla odry.

Tak więc z przytoczonych spostrzeżeń szeregu autorów wynika, że koklusz i odra mają jednakowy okres atmosferyczny swojej chorobowości i umieralności. Przypada on na miesiące zimowo-wiosenne.

Faktu tego nie zmienia okoliczność, czy ktoś teorję Woringera uzna za trafiającą do przekonania lub nie. Fakt ten znajduje tylko w teorji Woringera próbę wytłómaczenia, dla nas dowodzi on przedewszystkiem powinowactwa między odrą i kokluszem także w znaczeniu klimatyczno-atmosferycznem. Tak chorobowość, jak i umieralność na te dwie choroby, przypadają na ten sam okres atmosferyczny.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

W sprawie niektórych zasadniczych postanowień projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Do szeregu informacyj, które Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) otrzymało dotychczas od rządów: Czechosłowacji, Szwecji, Danji i Austrji w sprawie obaw, wyrażonych przez sfery lekarskie, co do rzekomego szkodliwego wpływu niektórych postanowień projektu rządowego ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przybyły jeszcze informacje ze strony rządu Rzeszy Niemieckiej, które poniżej podaje się w tłumaczeniu:

Urząd Spraw Zagranicznych ma zaszczyt zakomunikować Poselstwu Polskiemu na Jego notę z dnia 10 przeszłego miesiąca

Nr. 400- następujący kwestjonarjusz Pana Prezydenta Państwowego Urzędu Zdrowia, rozesłany do członków Państwowej Rady Zdrowia w miastach: Berlinie, Monachjum, Dreznie, Karlsruhe i Hamburgu jako też otrzymane nań odpowiedzi.

I. Czy żądanie przedłożenia świadectwa lekarskiego od osób wysoce podejrzanych, że są dotknięte chorobą weneryczną i że chorobę tę szerzą, działało odstraszająco na dane osoby co do szukania pomocy lekarskiej?

Pytanie to spotkało się z ogólnem zaprzeczeniem. Przeciwnie § 4 ust. 1 [1]) daje rękojmię zastosowania opieki sanitarnej względem szczególnie niebezpiecznych i zagrożonych osób obojej płci, a tem samem stwarza możność wdrożenia wczesnego ich leczenia.

II. Czy względny przymus zgłaszania chorych [2]) oddawał tychże w ręce niepowołanych doradców?

Niema oznak, wskazujących na wzmożone zwracanie się chorych do osób nieposiadających uprawnień do wykonywania lecznictwa. Przeciwnie, stwierdzono, że wenerycy, którzy pozostawali w leczeniu partaczy, porzucili ich i udali się pod opiekę lekarską.

III. Czy zniesienie reglamentacji spowodowało wzmożenie się stanu liczebnego przypadków chorób wenerycznych?

Na pytanie to można w ogólności dać odpowiedź przeczącą. Wskazuje się przytem na jedyną, istniejącą obecnie, statystykę, wydaną w tym względzie przez Związek Lekarzy Wielkiego Berlina, która to praca ogłoszona została w „Deutsche Medizinische Wochenschrift" z r. 1928 Nr. 45, str. 1893.

Berlin, dnia 3 lutego 1929.

OCENY.

Strohmayer Wilhelm: *Wrodzone i we wczesnem dzieciństwie nabyte stany otępienia.* (Tom X. Handbuch der Geisteskrankheiten, Hersg. v. O. Bumke). Wydanie J. Springer, Berlin, str. 374 R. M. 36.

Profesor jenajski, znany zaszczytnie z klasycznej „Psychologji wieku dziecięcego" opracował temat powyższy jako tom X nowego zbiorowego „Podręcznika chorób umysłowych Bumkego". Otrzymawszy od autora egzemplarz pracy, streszczam ją chętnie, jako omawiającą sprawę zarówno teoretycznie jak praktycznie nader ważną i aktualną tembardziej, iż pochodzi właśnie od wielce doświadczonego w tej dziedzinie praktyka - klinicysty i uczonego teoretyka.

Daje autor w monografji swej dokładny przegląd symptomatologji somatycznej i psychicznej, wspomina krótko powikłania psychotyczne głuptactwa (nasilenia okresowe. Pfropf — *schizofrenia* czyli schizofrenją pasożytniczą). Ilustrując obficie poszczególne postaci otępienia podkreśla i szerzej omawia rzadsze: *sclerosis tuberosa* i mongolizm oraz rodzinny idjotyzm amaurotyczny, znany powszechnie pod nazwą choroby *Tay-Sachsa,* którą jej w swoim czasie nadałem i w piśmiennictwie lekarskiem się przyjęła.

Po rozdziale, omawiającym etjologję i częstość zahamowań intellektualnych, Strohmayer przeprowadza ściśle rozpoznanie różniczkowe *(Dementia praecox infanto-juvenilis, Dementia infantilis, Paralysis progressiva infantilis,* matołectwo padaczkowe, karlictwo, *achondroplasia seu chondro-dystrophia i t. d.),* załączając schematy badań inteligencji według testów. Doświadczenie praktyczne autora przejawia się w dziale prognostyki i terapji, wychowania i eugeniki. Obok sprawy wychowania w domu i szkole nie omieszkał autor podać w zestawieniu dokładnem, dla lekarza przydatnem, wszystkie ważniejsze zakłady wychowawcze, państwowe, prowincjonalne, komunalne, społeczne, dobroczynne i prywatne, nie zapominając o stanie opieki społecznej w Europie Zachodniej.

Osobistą satysfakcję odczuwałem czytając rozdział o metodyce szeregowania niedołęstwa, głuptactwa, idjotyzmu i kretynizmu, którą się posługuje S. w całym podręczniku od pierwszej do ostatniej strony. Rozpatrując porównawczo najbardziej znane, dawne i nowsze, klasyfikacje neurologów, psychjatrów i pedjatrów Strohmayer zgodnie z Krepelinem, Oppenheimem, Schafferem, Antonem aprobuje i wykorzystuje moją etjologiczno-patogenetyczną metodykę ogłoszoną przed 20 laty na I Zjeździe Neurologów i Psychjatrów Polskich, gdyż uważa ją za najodpowiedniejszą (sie bleibt bis auf den heutigen Tag als bestes Einteilungsprinzip).

Mimo licznych usiłowań ze strony kompetentnej (Prof. Dollinger, Niechi, prof. Weygandh) uzupełnienia lub zmodyfikowania tej klasyfikacji, tłumaczy się prof. Strohmayer „sind wir nicht über die Richtlinien hinausgekommen, die seinerzeit Higier in seinem Vortrag". Zur Klassifikation der Idiote und zur Pathologie ihrer selteneren Formen „gegeben hat". Podstawowe linje kierownicze i przesłanki mojego odczytu uważa dotąd za obowiązujące dla siebie jako neuropsychjatry.

Higier (Warszawa).

Józef Gerstmann: *Leczenie paraliżu postępującego zapomocą malarji. (Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse).* Wydanie drugie, przerobione i powiększone. Nakład J. Springera, Wiedeń 1928, stronic 309.

Leczenie paraliżu postępującego zapomocą szczepienia malarją stanowi jedną z największych zdobyczy medycyny w ostatnim dziesiątku lat. Metoda Wagner-Jauregga (zaproponowana jeszcze w roku 1887) wprowadzona w czyn w r. 1917, a od września 1919 r. przeprowadzana systematycznie w klinice psych.-neur. we Wiedniu, rozrosła się szybko w Austrji i w Niemczech a wkrótce poza granicami tychże. Dziś metoda laureata Nobla jest niejako obowiązująca w leczeniu cierpienia, które do niedawna jeszcze uważano bezwzględnie za nieuleczalne.

W porównaniu z wydaniem pierwszem zasadniczy plan dzieła nie uległ większym zmianom, wzrósł jednak znacznie materjał. Wydanie pierwsze dzieła Gerstmanna (r. 1925) opierało się przedewszystkiem na doświadczeniach wiedeńskich (przeszło 1000 przypadków zaszczepionych), wydanie obecne opiera się na materjale obejmującym przeszło 2000 przypadków własnych i na olbrzymim materjale obcym. Dziś brak prawie miasta uniwersyteckiego na kuli ziemskiej, w któremby nie posługiwano się malarją. Toteż nie dziw, że spis literatury traktującej o leczeniu paraliżu postępującego obejmuje w dziele Gerstmanna 30 stronic zwartego druku.

Z bogatej treści chciałbym zwrócić uwagę na sprawę możliwości przenoszenia sztucznej malarji przez anopheles i na wyniki uzyskane metodą Wagner-Jauregga. Poczyniono szereg doświadczeń, z których wynika, że anopheles może ulec zakażeniu a nawet może przenosić malarję sztucznie zaszczepioną. Doświadczenia czynione ze szczepami bogatymi w postacie płciowe (gamety) wypadały prawie stale dodatnio. W doświadczeniach ze szczepami malarycznymi bez postaci płciowych E. Weiss z Tryestu, Horn i Kauders (z kliniki Wagner-Jauregga) otrzymali wynik ujemny, zgodnie z pierwszemi doświadczeniami Barzilai-Vidaldi'ego i Kaudersa, których badania z r. 1924 przeprowadzone w klinice wiedeńskiej, przez czas dłuższy uchodziły za nie podlegające dyskusji. Z dwu miejscowości doniesiono o zachorzeniu na malarję: dwojga osób mieszkających w pobliżu zakładu, względnie trojga przebywających w zakładzie, w którym szczepiono malarję (w wypadku ostatnim związek niepewny). W okolicach, w których znachodzi się anopheles należy używać szczepów wolnych od postaci płciowych a więc takich szczepów, które przeszły przez szereg pasaży. Wyniki uzyskane szczepieniem malarją w klinice wiedeńskiej pokrywają się z wynikami licznych innych klinik, czy też oddziałów szpitalnych. Gerstmann zestawia w statystykę na razie przypadki najdawniejsze t. j. z okresu lat 1917—1922 a więc obserwowane co najmniej przez 5 lat. Na 400 przypadków w 32% uzyskano zupełną remisję (powrót do dawnych zajęć i spełnianie tychże bez zarzutu), w 12,8% znacznego stopnia, lecz niezupełną remisję.

Dr. Arend (Lwów).

Wissenschaftlicher Ausschuss des Wiener Medizinischen Doktorenkolegiums. Medizinisches Seminar. Neue Folge. Wien Julius Springer 1928. Str. 445.

Nowy ten tom wydawnictwa, którego pierwszy tom oceniono na stronie 711 Polskiej Gazety Lekarskiej z roku 1926 obejmuje przeważną część tematów omówionych na wieczorach seminarjalnych odbytych przez wydział naukowy wiedeńskiego kolegjum lekarskiego w latach 1925 do 1927. Nowe to wydanie jest uzupełnieniem tomu poprzedniego, a to tem więcej, że na tematy wieczorów seminarjalnych odbytych w podanym wyżej okresie czasu obrano materjał nie omówiony w tomie poprzednim.

Najważniejsze zagadnienia współczesnej medycyny tak naukowej jak i praktycznej natury omawiane przez wybitnych specjalistów, dalej wyczerpujące dyskusje nad spornemi tematami poruszanemi na posiedzeniach wspomnianego towarzystwa zostały zebrane w krótkich a treściwych autoreferatach, ułożonych w porządku alfabetycznym, według nazw poszczególnych spraw chorobowych. Każdy referat poprzedzony jest pytaniem, które zostało postawione referentowi na odnośnem posiedzeniu towarzystwa. Referat zaś jest odpowiedzią opartą na najnowszych wynikach badań.

Pytanie postawione nieraz dwom referentom bywa przez nich rozpatrywane osobno, dlatego też często może znaleść czytelnik dwie nieco sprzeczne odpowiedzi, zależnie od zapatrywań tej czy

innej szkoły reprezentowanej przez danego referenta. Książka niniejsza nie stanowi więc rodzaju encyklopedji, lecz jest podręcznikiem dla lekarza praktycznego, w którym znaleść on może szybko odpowiedź i poradę w swych wątpliwościach w zakresie djagnostyki czy terapji w duchu najnowszych poglądów wiedzy lekarskiej. Rękojmię stanowi spis referentów należących do elity wiedeńskiego świata lekarskiego. Można więc książkę tą polecić gorąco lekarzom praktycznym prowincjonalnym, którzy mają z natury rzeczy trudniejszy dostęp do obszernej literatury fachowej z różnych dziedzin i specjalności a muszą zajmować się wszystkiemi sprawami chorobowemi nie ograniczając się do jednego działu medycyny.

K. K.

Dr. Witold Szumlański: *Pielęgnowanie ucha i ochrona słuchu.* Nakład Książnica - Atlas 1928.

Jest zasługą autora poruszenie tematu tego, w sposób popularny i przystępny, w naszej w tym kierunku dość skąpej literaturze. Po ogólnym wstępie, opisuje autor w najogólniejszych zarysach anatomję narządu słuchowego, jego fizjologię i przechodzi do części właściwej, do higjeny słuchu. Poza pewnemi usterkami w części anatomicznej, mamy w części szczegółowej przedstawioną higjenę tak ucha zdrowego, jak i chorego, przyczem autor specjalny nacisk kładzie na czynnik dydaktyczny. Brak jest tylko wzmianki o narządzie statycznym, który jako integralna część ucha zasługiwałby na wzmiankę.

Z. S. (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 12, z 21. III. 1929: E. Herman: Edward Flatau (z powodu 35-lecia pracy naukowej i działalności lekarskiej). — M. Bornsztajn: Pierwsza pracownia neurologiczna (Wspomnienie). — Wł. Sterling: Zespół kurczowo - torzyjny w wieku starczym. — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo - zasadowej (c. d.). — J. Stein: Xanthomata (twory żółciakowe) (Streszcz. zbior.) (Dok.). — M. Zachert: Nasz arsenał dla zwalczania jaglicy.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 2, z lutego 1929: Wł. Mozołowski: O budowie chemicznej hormonów. — M. Sokołowski: Wielki obryw górski w Szwajcarji. — Z. Łokuciejewski: Stosowanie prądu elektrycznego do podniesienia rozwoju i płodności roślin. — Br. Halicki: Mróz jako czynnik rzeźbotwórczy.

Medycyna, rok III., nr. 9,, z 9 marca 1929: A. Jędrzejowska: Metody oznaczania czynników dopełniających „witamin" w preparatach leczniczych i produktach spożywczych; — Sew. Cytronberg: O najważniejszych zdobyczach chemji fizycznej w dziedzinie fizjologji przewodu pokarmowego (c. d.).

Dziecko i matka, rok IV, nr. 6, z r. 1929: L. Krzemieniecka: Wiersz „Święcone". — W. Borudzka: Wychowanie religijne. — E. Szelburg-Zarembina: Podstawy równouprawnienia. Przedwiośnie. — J. Śmiarowska: Dziedzictwo talentu. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — T. Ciosławski: O mamkach. — T. Welfle: Ciechocinek. — Matki między sobą.

Położna, rok II, nr. 4, z kwietnia 1929: Dr. Jan Niewola: O rzucawce porodowej. — Dr. Henryk Reiss: Kiła a ciąża. — Dr. Z. Ślączkowa: O alkoholozmie (c. d.). — Z praktyki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

Band 46, Heft 4, 1928.

Dr. E. Bahl: *Spostrzeżenia nad działaniem Vigantolu.* Autor przytacza 90 przypadków rozwiniętej krzywicy u dzieci, które leczył Vigantol'em. Środek ten, zastosowany przeważnie pod postacią pastylek, usuwał Craniotabes w przeciągu 3-ch tygodni, zmiany w ukostnieniu w 6 — 8 tygodni. Fosfor w krwi osiągnął normalne wartości po 8 — 14 dniach. Między czasem wyleczenia lekkiej i ciężkiej krzywicy zachodziła tylko nieznaczna różnica. Uszkodzeń, mimo podawania Vigantol'u przez kilka miesięcy nie notowano. Na anemję i inne schorzenia, towarzyszące krzywicy Vigantol nie miał żadnego wpływu.

Narkose und Anästhesie.

Heft 12, 1928.

Dr. Fritz Driak i Dr. Hermann Wolf: *Operacja na twarzy, wykonana w znieczuleniu miejscowem, przygotowanem skopolaminą, zobojętnioną pod względem jej działania trującego.* Połączenie skopolaminy i Ephedrin'y (Ephetonin'y) uważają autorowie za bardzo szczęśliwe. Robiąc zastrzyk zawierający scopolamini hydrobromici 0,001 g Ephedrini (Ephetonini) 0,025 g unika się wszelkiego szkodliwego spadku ciśnienia krwi, nie zmniejszając działania usypiającego skopolaminy. Celem wykonania operacji na szczęce, wstrzykuje się $^5/_4$ godzin przed operacją $^1/_2$ — $^2/_3$ ampułki i 0,01 g morfiny. Resztę ampułki można zależnie od reakcji wstrzyknąć krótko przed lub podczas operacji razem z 0,01 g morfiny. Wstrzykiwanie większej ilości nie zaleca się w operacjach na szczęce, ponieważ w takich przypadkach chirurg zależny jest do pewnego stopnia od współpracy pacjenta, co przy głębokiem uśpieniu staje się niemożliwem.

Klinicznie potwierdzono fakt, zauważony doświadczalnie, że zmniejszenie ciśnienia krwi, wywołane skopolaminą usuwa jednocześnie podana Ephedrin'a lub Ephetonin'a. Mieszanina składająca się z skopolaminy i Ephedrin'y (Ephetonin'y) okazała się z tego powodu mniej trującą w porównaniu do tej samej ilości skopolaminy bez Ephetonin'y. Z dobrym skutkiem używa się znajdujące się w handlu ampułki składające się z skopolaminy - Eukodal'u - Ephetonin'y.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 33. 1928.

Dr. Giovanni Albano: *Nowa metoda rentgenograficzna do oznaczania wczesnej ciąży.* Autor przeprowadzał próby celem uwidocznienia rentgenograficznego ciąży w pierwszych dwu miesiącach i stosował w tym celu jako środki kontrastowe: jodek potasu, sól sodową czterojodfenolftaleiny i bromek strontu.

Badania swoje przeprowadził na 14 pacjentkach, z których dwie z włókniakami macicy, służyły mu dla kontroli, wszystkie inne były w ciąży w pierwszym lub drugim miesiącu. W 5 przypadkach podano jodek potasu doustnie, w 5 wykonano zastrzyki soli sodowej czterojodfenolftaleiny, w 2 wstrzyknięto bromek strontu. W dwu wyżej wspomnianych przypadkach, użytych dla kontroli, stosowano sól sodową czterojodfenolftaleiny. Wszystkie te preparaty okazały się zupełnie nieszkodliwemi tak na ustrój matki jak i płodu. Nie zauważono uszkodzenia, które wystąpiłoby natychmiast lub później. Środki te przechodzą przez placentę do wód płodowych. Wysoki ciężar cząsteczkowy tych preparatów umożliwia uwidocznienia macicy w pierwszych dwu miesiącach ciąży. Jako najlepszy preparat okazała się dożylnie stosowana sól sodowa czterojodfenolftaleiny dzięki szybszemu i lepszemu działaniu. Zaleca się wykonać zdjęcie w 30 minut po zastrzyku, po uprzednim oddaniu moczu i wypróżnieniu. Klisze należy słabo wywołać. Cień macicy u ciężarnych daje jasny obraz i wyraźne kontury, natomiast uterus fibromatosus daje słabsze cienie a przedewszystkiem kontury są nieregularne, brzegi postrzępione.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego w Sosnowcu z dnia 17. X. 1928 r.

Zebraniu przewodniczy prezes kol. Kozłowski.
Obecnych 30 członków i 7 gości.

1) Kol. Nasiłowski, demonstruje: dziewczynkę w wieku lat 1 mies. 3 z porażeniami mięśni kończyn dolnych (pseudotabes), podniebienia miękkiego oraz języczka.

Przed leczeniem występowało również zwracanie przez nos części przyjętego posiłku.

Porażenia wystąpiły mniej więcej w 3 tygodnie po przebyciu choroby gardła.

Dziecko wychudzone (waga $9^1/_4$ kg).

Wywiady oraz głównie rodzaj porażeń wskazywały na przebytą błonice i wystąpienia porażeń pobłonicowych.

Dziecko leczy się od 3 tygodni. Zastrzykiwania strychnini nitrici oraz galwanizacja mięśni połykowych. Stwierdza się znacz-

ną poprawę. Kol. N. omawia sprawę dawkowania strychnini nitrici u dzieci.

2) Odczyny Pirquet'a u kobiety z czynną gruźlicą gruczołów wnękowych oraz u jej dziecka (1 r. i 10 mies.) z powiększeniem gruczołów śródpiersiowych wnękowych i przyoskrzelowych. (Rentgenogram). U matki odczyn silnie dodatni.

U dziecka 2-krotnie ujemny dopiero odczyn wśródskórny Mantoux dodatni.

Kol. N. omawia przebieg choroby, leczenie i rokowanie w danym przypadku oraz doniosłe znaczenie odczynów biologicznych przy rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci.

3) Pokazuje rentgenogram i omawia przebieg choroby dziecka 11-miesięcznego, u którego wystąpiły nagle drgawki i porażenie prawostronne kończyn. Dziecko nieprzytomne, apatyczne, nie chce ssać piersi. Dziecko dobrze rozwinięte, przedtem pozornie zdrowe. Objawów oponowych nie stwierdza się. Osłuchowo i opukowo w płucach nic chorobowego nie stwierdza się. Prześwietlenie promieniami X i zdjęcia wykazują: Bronchadenopathia, peribronchitis, brak typowego ogniska pierwotnego zakażenia. Odczyn Pirquet'a dodatni. Odczyny Wassermanna i Meinicke'go z płynem mózg. rdzeniowym i z krwią ujemne. Dziecko zmarło w domu, po 10-ciu dniach od chwili wystąpienia porażeń, wśród objawów wychudzenia i zapaści, przypuszczalne rozpoznanie: Tuberculum solitare cerebri.

Przypadki demonstrowane przez kol. Paszyca dotyczą: 1) chorej od roku na żołądek K. M., l. 27. 2) Mężczyzny po złamaniu kości czaszki.

1) Chora cierpiała od roku na częste bóle w dołku. W treści żołądkowej znaleziono kwasotę ogólną 44; kwas solny wolny 20; b. dużą ilość krwi. Tak dolegliwości po jedzeniu jak i wymioty krwawe, które od tygodnia po każdem jedzeniu gnębiły chorą, zmuszały ją do głodzenia się. Chora przedstawiała obraz wynędznienia wysokiego stopnia.

Rozpoznano ulcus pylori.

Dnia 23 sierpnia 1928 r. wykonano resectio ventriculi sposobem Billroth'a 2.

W czasie zabiegu stwierdzono całkowite zamknięcie kanału odźwiernika wywołane zapalnym naciekiem jego ścian. Obecnie chora czuje się dobrze.

Apetyt ma bardzo dobry — obawa jednak przed nawrotem bólów jest tak wielka, że chora dotychczas jeszcze niema odwagi przejść do zwykłej diety.

Od zabiegu operacyjnego przybyło jej 4 kg wagi.

2) Drugi przypadek to mężczyzna l. 24 z Haematoma extradurale w okolicy tylnej lewej gałązki Art. Meningeae mediae bez widocznego uszkodzenia czaszki. Operacja trepanatio capitis w tej okolicy wykazała pęknięcie blaszki wewnętrznej i uszkodzenie Art. meningea med. bez jednoczesnego uszkodzenia blaszki zewnętrznej.

Kol. Puterman przedstawia i omawia 27-letniego mężczyznę, z zawodu zegarmistrza, najstarszego z 7-ga rodzeństwa, pochodzącego od matki, liczącej obecnie 51 lat, chorej na niedowład prawostronny po przejściu, 7 lat temu, bliżej nieokreślonej sprawy mózgowej. Ojciec 88-letni handlarz, zdrów; wszystkie inne dzieci zdrowe. Lues, abusus in baccho negantur.

Chory przechodził w dzieciństwie krzywicę, 14 lat temu dur plamisty.

Obecna choroba rozpoczęła się mniej więcej 3 lata temu od osłabienia najpierw ręki prawej, potem lewej ze stopniową utratą zdolności do pracy. Od 3—4 mies. chory doznaje uczucia znużenia i sztywności kończyn dolnych. Od kilku tygodni mowa jest zmieniona i utrudniona.

Przez krótki czas były zaburzenia połykowe. Chory miewa częste napady ziewania.

Badanie stwierdziło:

1) Objawy zanikowo-degeneracyjne neuronu ruchowego mózgowo-rdzen.

a) objawy opuszkowe: zaburzenia ruchowe języka, warg, utrudnienia mowy, napady ziewania.

b) Objawy piramidowe: chód spastyczno-paretyczny, wzmożenie ruchów okostnych, ścięgnistych, stopopląs, odruchy obronne (słabo wyrażone).

2) Objawy zanikowo-zwyrodnieniowe neuronu ruchowego obwodowego: zwyrodnienie ośrodków ruchowo-troficznych przednich rogów rdzenia szyjnego (zanik drobnych mięśni rąk, osłabienie ich siły, odczyn zwyrodnienia).

Narządy wewnętrzne bez zmian.

Ten obraz kliniczny: porażenie opuszkowe, spastyczne porażenia rdzeniczne, oraz rdzeniowy zanik mięśni znamionuje sprawę chorobową znaną od czasu Charcot pod nazwą: Sclerosis lateralis amyotrophica.

Z tem rozpoznaniem zgłosił się chory do kol. Putermana z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwers. Jagiellońskiego z adnotacją o ujemnym odczynie Wassermanna w krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, Nonne-Apelt +, pleocytoza $1^1/_3$, o braku zmian na dnie oka i o towarzyszących sprawie, zaburzeniach czucia w dystalnych częściach kończyn. Tych ostatnich zaburzeń pomimo kilkakrotnych badań chorego zarówno w swym gabinecie jak i wobec kolegów na Zebraniu Twa Lekarskiego nie udało się mówcy stwierdzić; wszystkie rodzaje czucia: dotykowe, bólowe, termiczne, stereognostyczne są zachowane.

Co do etjologji, mówca skłonny jest, w myśl Edinger'a przypuścić w danym przypadku wczesne zużycie się odziedziczonego ze strony matki mniej wartościowego układu ruchowego mózgowo - rdzeniowego, uszkodzonego może w dodatku przebytemi dawniejszemi sprawami chorobowemi (krzywicą, durem plamistym).

Dla uprzytomnienia niektórych szczegółów w tej rzadko przydarzającej się u nas sprawie chorobowej, kol. P. w krótkich słowach omawia jej przebieg, anatomję patologiczną, rozpoznanie różniczkowe, zatrzymując się nieco dłużej nad różniczkowaniem jej od sclerosis multiplex, dalej omawia rokowanie i leczenie, zwracając uwagę na stosowaną u chorego w klinice krakowskiej radjoterapję i przytaczając w kwestji tej Higiera: „O swoistym wpływie rentgenoterapji na chore komórki ruchowe i pobudzeniu przez hiperemizację do pracy nie zupełnie zniszczonych komórek, w sprawach zapalnych, rdzeniowych". Mówca osobiście sceptycznie się zapatruje na zabiegi radjoterapeutyczne w sprawach zanikowo-rdzeniowych. (Streszczenie własne).

W sprawie stosowania rentgeno-radjoterapji w przypadkach schorzeń zanikowo-degeneracyjnych systemu nerwowego zabiera głos i w krótkich słowach wyjaśnia działanie tych metod leczenia rentgenolog kol. Welfe.

Po wyczerpaniu materjału demonstracyjnego i przyjęciu do wiadomości odczytanego przez sekretarza protokołu z Zebrania Naukowego z dnia 19. 9. 1928 r., prezes kol. Kozłowski przypomina zbliżającą się rocznicę 10-cio lecia Niepodległości Polski i rzuca myśl, poruszoną na Zebraniu Zarządu Twa Lek., aby rocznicę tą uczcić, niezależnie od ofiarowania datku na cel Komitetu powiatowego t. j. budowę sierocińca im. Marszałka Piłsudskiego ufundowaniem jednorazowej zapomogi dla jednego studenta, względnie studentki medycyny na każdym z uniwersytetów polskich, uczestnika walk o Niepodległość Polski, albo sieroty po poległych w bojach o wolność Ojczyzny.

Wniosek kol. Kozłowskiego przyjęto.

Dla ufundowania tej jednorazowej zapomogi zobowiązuje się wszystkich członków Twa Lek. Zagł. Dąbrowskiego do wpłacenia jednorazowego datku poczynając od 25 zł wzwyż.

Na wniosek kol. Rydera zebrani uchwalają wezwać wszystkich Lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego by — o ile względy na dobro chorych zezwalają — nie kupowali, nie sprowadzali, ani też nie przepisywali instrumentów, narzędzi i środków leczniczych zagranicznych i w ten sposób przyczynili się do uzdrowienia państwowego bilansu handlowego.

Ożywioną dyskusję ze strony kol. Budzyńskiego i Barylskiego wywołał odczyt kol. Perłowskiego: „O leczeniu rzeżączki gonacriną na podstawie własnych spostrzeżeń".

Zdaniem mówcy leczenie rzeżączki niekiedy jest bardzo trudne. Sprawa przeciąga się nieraz całe miesiące przy najprawidłowszem leczeniu i zachowaniu się chorego. Często gonokoki pozostają w uśpieniu bardzo długo 20—30 lat, czego dowodzą 2 przykłady Dr. Orłowskiego z Berlina i jeden Luysa.

Aby zapobiec temu pozornemu wyleczeniu stosujemy metody prowokacyjne, które mają na celu wyprowadzić gonokoki na zewnątrz i dać możność wykazać je pod mikroskopem. Metody te są: mechaniczne, chemiczne i serologiczne.

Ponieważ żadna z nich nie jest pewna, należy stosować zawsze kilka metod. Według jego zdania najlepsze rezultaty daje metoda mechaniczna w postaci rozszerzania cewki dilatatorem Kollmana. Lekarze francuscy żądają badania spermy. Ale i ta metoda nie daje bezwzględnej pewności, bo Finger nie pozwala się żenić tym mężczyznom, w wydzielinie których znajduje gonokoki, Orłowski nie idzie tak daleko i radzi w takich przypadkach odbywać stosunki w kondonie przez 3 miesiące.

Jeżeli napotyka się tak znaczne trudności nie tylko przy leczeniu, ale i przy ustaleniu wyleczenia, to nic dziwnego, że poszukiwano za innemi metodami leczenia rzeżączki.

Z pośród takich metod zasługuje na uwagę leczenie rzeżączki gonacriną.

Gonacrina jest pochodną barwika akrydyny i ma nazwę chemiczną: chlorek diamino methyl akrydyny.

In vitro posiada własności bakterjobójcze, osobliwie na dwoinki Neisser'a albowiem powstrzymuje ich rozwój w roztworach 1 : 300.000 jak tego dowiedli w 1918 r. Davie i Hariel. Pozatem gonacrina posiada działanie fotodynamiczne, jako środek, dający fluorescencję. Dlatego niektórzy chorzy leczeni gonacriną w miesiącach letnich są tak mocno uczuleni na działanie słońca, że skóra ich wygląda czarno, jak u murzynów. Lecz działanie gonacriny w tym właśnie czasie zdaje się być lepsze, niż w zimie. Gonacrinę do leczenia rzeżączki wprowadzili dwaj lekarze francusy Jansion i Vanel i rezultaty ogłosili w „Presse Medicale" w lutym 1926 r. Rezultaty te są zdumiewające: na 165 chorych, u 153 otrzymali zupełne wyleczenie, co stanowi 90%. U tych 165 chorych dokonali 2620 wstrzyknięć gonacriny i nie zauważyli jakiegoś złego wpływu na organizm. Metoda ich polegała na śródżylnych injekcjach 2% wodnego rozczynu po 5 ccm, 3 razy tygodniowo. Żadnych innych środków ani wewnętrznych, ani do wstrzykiwań chorzy przez ten czas nie używali.

Zachęcony temi rezultatami zacząłem stosować gonacrinę u chorych z kasy chorych i u swoich prywatnych, przy tem ściśle trzymałem się metody Jansiona i Vanela, t. j. chorzy otrzymywali śródżylnie 5 ccm 2% rozczynu gonacriny po 3 razy tygodniowo i pozatem żadnych innych środków.

W ten sposób leczyłem 59 chorych, u których wykonałem 838 injekcyj śródżylnych.

Wszystkich chorych dzielę na 4 grupy.

Do 1 grupy należą ci chorzy, którzy rozpoczęli leczenie gonacriną i gonacriną doprowadzeni zostali do wyleczenia.

Takich chorych było 29.

Wyciek zwykle zmniejszał się po 5—6 injekcjach, mocz oczyszczał się po 8—10 injekcjach. Ani jeden z tych chorych nie przerywał zajęcia, ani jeden nie dostał komplikacji w postaci zapalenia najądrza, pęcherza lub wtórnej infekcji cewki.

U większości z tych chorych gonokoki znikały po 12—15 injekcjach, ale u 6 już po 3—5 injekcjach, a u 4-ch aż po 24—34 injekcjach. Do 2 grupy zaliczam tych chorych, u których rozpoczęte było leczenie gonakriną, a skończone zwykłą metodą.

Takich chorych było 16, u 5-ciu z nich trzeba było przejść do zwykłej metody, bo nawet po 15 do 30 injekcjach nie było żadnej poprawy, u 11-tu choć nieznaczna poprawa po 7—8 injekcjach, trzeba było przejść do zwykłej metody, bo chorzy, albo nie mogli przychodzić regularnie, albo nastąpiło stwardnienie żył

W 3-ciej grupie znajdują się chorzy, którzy rozpoczęli leczenie zwykłą metodą, a skończyli gonacriną.

Takich chorych było 7.

Po bezskutecznem leczeniu zwykłą metodą przez 4—5 tygodni chorzy byli wyleczeni gonacriną po 7 do 10 injekcjach, tylko u jednego z tych chorych trzeba było dokonać aż 19 injekcji.

Nakoniec do 4-ej grupy zaliczam chorych, którzy byli wyleczeni kombinowaną metodą t. j. injekcjami gonacriny dożylnie i zwykłą metodą ponieważ samą gonacriną nie można było osiągnąć żadnej poprawy nawet po 21 do 33 injekcyj.

Takich chorych było 7.

Reasumując to wszystko widzimy, że u 59 chorych leczonych gonacriną w 50% było wyleczenie, w 22% znaczna poprawa, w 20% nie było żadnej poprawy i w 8% chorzy otrzymali zbyt małą ilość injekcyj, aby można było wyprowadzić jakieś wnioski.

Z ubocznych objawów przy injekcjach gonacriny zauważyłem niekiedy przyśpieszoną akcję serca, niekiedy nudności, nawet wymioty, lecz te objawy trwały bardzo krótko 1—2 minuty.

U 2-ch chorych trzeba było zaprzestać leczenia gonacriną z powodu zbyt silnego działania fotodynamicznego na skórę.

Największą wadą gonacriny jest jej silna kaustyczność z powodu której cienkie żyły prędko ulegają obliteracji.

Choć rezultaty jakie otrzymałem przy leczeniu gonacriną są gorsze od rezultatów Jansiona i Vanela, to jednak uważam, że gonacrina powinna mieć szersze zastosowanie niż dotychczas (z polskich autorów ogłosili swe wyniki tylko dwaj koledzy: Podkomorski z Poznania i Szczodrowski) a to z tego powodu, że posiada ona takie dobre strony, których nie posiadają inne metody, a mianowicie:

1) Niema żadnego okresu rzeżączki, kiedy nie mogłaby być stosowana gonacrina.

2) Rzadko się zdarzają komplikacje w postaci zajęcia najądrza, tylnej cewki, sterczu, pęcherza.

3) Niema wtórnej infekcji, a więc niema tych długotrwałych potrypowych katarów cewki.

4) Jest wygodny dla chorych, bo przychodzą do lekarza tylko 3 razy w tygodniu i w domu już nie wstrzykują.

5) Daje większe szanse wyleczenia u kobiet, bo prędzej gonacrina może podziałać na gonokoki w fałdach błony śluzowej macicy lub w przydatkach.

6) Daje nieocenione usługi w tych okresach leczenia rzeżączki zwykłą metodą, kiedy nie jesteśmy pewni, czy mocz mętny jest od podrażnienia cewki, czy też gdzieś jeszcze są gonokoki. Przy zastosowaniu w tych przypadkach gonacriny mocz się oczyszcza, jeżeli już niema gonokoków, jeżeli zaś są, to są pod ciągłem działaniem środka bakterjologicznego.

7) Wreszcie metoda ta może być stosowana i przez niespecjalistów. W każdym razie wprowadzenie gonacriny do lecznictwa trypra należy uważać już za znaczny postęp. (Streszczenie własne).

Kol. B u d z y ń s k i nie zachwyca się gonacriną, gdyż nie daje ona lepszych wyników w leczeniu od dotychczasowych środków. Miał bardzo ładny wynik leczenia gonacriną u chorego, który co jakiś czas zapadał na schorzenie stawów na tle rzeżączkowem przy równoczesnem zaostrzeniu procesu miejscowego. Podkreśla konieczność przestrzegania czystości przy zabiegach docewkowych i systematyczności.

Uważa za mało prawdopodobne zachowanie żywotności gonokoków przez 40 lat. Kol. Budzyński aczkolwiek na razie zarzucił stosowanie gonacriny, to jednak uważa, że nie można jej wyrzucić z arsenału środków przeciwrzeżączkowych.

Kol. B a r y l s k i podniósł w dyskusji, że działanie fotodynamiczne gonacriny można częściowo usunąć podawaniem per os resorcyny w dawkach 0.25 z dodatkiem błękitu metylenowego. Unika się w ten sposób rumienia słonecznego i pieczenia odkrytych części ciała.

Lecząc kilka przypadków rzeżączki przewlekłej podczas szkoły ognia w okolicy Zakopanego w miesiącach czerwiec-lipiec przy podawaniu resorcyny z błękitem metylenowym nie stwierdził takiego mocnego zczernienia odkrytych części ciała, jak również nie widział pokrzywek, oparzeń 2 stopnia i t. d.

Według Jansiona dobroczynny wpływ wywiera gonacrina przy powikłaniach rzeżączkowych czy to zapaleniach pęcherza, jądra, przyjądrza, czy to przy zapaleniu stawów na tle rzeżączkowem. W ostatnim przypadku należy oprócz gonacriny podawać dożylnie 5 cm 3.25% rozczynu Natr. salicylicum co 2—3-ci dzień.

Półtoraroczne obserwacje kol. Barylskiego w stosowaniu gonacriny potwierdzają, że w ostrych rzeżączkach gonacrina działa słabo i samemi dożylnemi zastrzykiwaniami gonacriny trudno rzeżączkę ostrą wyleczyć.

Oprócz dożylnego podawania gonacriny kol. Barylski stosuje także miejscowe przemywania z gonacriny w rozcieńczeniu 1/10.000 sposobem Janet'a przy użyciu kanki zwyczajnej od irygatora, a nie kanki w kształcie litery Y, gdyż w kance tej tworzy się zastój w środkowej i tylnej części cewki moczowej, tak, że płyn, który pierwszą falą dojdzie do cewki odpływa dopiero pod koniec zabiegu Janetowskiego, co mija się z celem: obfitego przemywania cewki. Przy stosowaniu miejscowych zastrzykiwań gonacriny 1.0/10.000—1.0 : 8.000, stwierdził kol. Barylski pewnego rodzaju kumulację dawki tak, że chory który początkowo nie skarżył się na żadne dolegliwości, przy dalszych przestrzykiwaniach tym samym rozczynem odczuwał palenie w cewce moczowej. Gonacrina podawana dożylnie nie drażni nerek i nigdy nie udawało się kol. Barylskiemu zaobserwować białka w moczu.

Gonacrina plami bieliznę; chory winien więc przy przestrzykiwaniach cewki gonacriną nakładać na członek opatrunek by uniknąć plam żółto-zielonych, które jednak znikają w praniu. Gonacrina podawana dożylnie daje lepsze wyniki w rzeżączkach przewlekłych niż w ostrych. (Streszczenie własne).

Kol. P e r ł o w s k i odpowiadając kol. Budzyńskiemu i Barylskiemu podkreśla jeszcze raz dobre strony gonacriny.

Z powodu spóźnionej pory odczyt kol. W i t k o w s k i e g o: „O wskazaniach do sztucznego przerwania ciąży" odłożono do następnego zebrania.

Sekretarz: (—) *Dr. Krogulski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Oddziału Pol. Tow. Anat. - Zoologicznego za rok 1928/29.

W roku sprawozdawczym (od 29. II. 1928 do 13. III. 1929) Oddział Warszawski odbył 8 posiedzeń.

Pierwsze posiedzenie 17 marca 1928 r. było poświęcone uczczeniu trzydziestolecia pracy naukowej prof. Dr. Jana Tura.

W maju odczyt wygłosił prof. Dr. Etienne Rabaud z Paryża. Na posiedzeniach wygłoszono ogółem 11 referatów naukowych oraz 7 sprawozdawczych.

Referentami byli pp. Dr. Bilewicz, Dr. Chodkowski, Dr. Dehnel, p. Dębski, Dr. Gawarecki, Dr. Grzybowski, prof. Dr. Janicki, prof. Dr. Loth, Dr. Poplewski, prof. Roszkowski, Dr. Ruszkowski, Dr. fil. i med. Słonimski, prof. Dr. Tur, Dr. Zakolska.

Posiedzenie I. — 17. II. 1928.

W. Roszkowski: Prace naukowe prof. Jana Tura.

Posiedzenie II. — 25. IV. 1928.

E. Loth: Wrażenia z zakładów anatomicznych we Włoszech.

R. Poplewski: Ś. p. prof. Zygmunt Laskowski.

J. Grzybowski: Wrażenia ze zjazdu anatomów w Pradze.

Cz. Gawarecki: Rzadka odmiana mięśniaka dłoniowego długiego.

Posiedzenie III. — 23. V. 1928.

E. Rabaud: La teratogenese et l'adaptation.

Posiedzenie IV. — 28. XI. 1928.

J. Tur: Trzechsetlecie Harvey'a.

G. Dehnel: Spostrzeżenia nad rozwojem sójki (Garrulus glandarius L.).

St. Bilewicz: W sprawie wielkości absolutnej układów zarodkowych złożonych.

J. Dębski: Nowy typ anomalji mesodermy w rozwoju kurczęcia.

Posiedzenie V. — 12. XII. 1928.

J. Tur: Potwory nieskoordynowane i zjawiska eliminacji materjału zarodkowego.

J. Tur: Próba klasyfikacji prowizorycznej zarodkowych potworów bezpostaciowych.

E. Loth: O Międzynarodowej Komisji badania części miękkich.

Posiedzenie VI. — 30. I. 1929.

K. Janicki: Cykl rozwojowy Asphilina foliacea, pasorzyta sterleta Wołgi, według badań i eksperymentów na Stacji Biologicznej w Saratowie.

K. Chodkowski: Anomalja serca u noworodka.

Posiedzenie VII. — 27. II. 1929.

J. Ruszkowski: O kilku instytucjach naukowych w Brazylji.

Posiedzenie VIII. — 13. III. 1929.

Z. Zakolska: Przypadek partenogenetycznego podziału jaja w jajniku szczura.

Zwyczajne posiedzenia odbywały się przy udziale 35 do 80 członków i gości.

Większość referatów wydrukowana została w czasopismach specjalnych.

Wzrost zainteresowania Towarzystwem zaznaczył się także zgłoszeniem 11 nowych członków; obecnie Oddział Warszawski liczy 72 członków.

Przewodniczący: (—) *Prof. Dr. L. Kryński.*

Sekretarz: (—) *Dr. J. Ruszkowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Rzecz do dyskusji.

W projekcie ustawy o ubezpieczeniach, który ma wejść w niedługim czasie pod obrady Sejmu znajduje się między innymi paragraf według brzmienia którego lekarstwa członkom Kas chorych miałyby być udzielane nie bezpłatnie jak dotychczas, ale za pewną opłatą. Opłata miałaby być niewielka. Przytaczam ale nie roztrząsam treści tego paragrafu. Natomiast nasuwa mi się myśl, że jeżeli co, to porada lekarska powinna być nie bezpłatna ale płatna. Za opłatą za poradę lekarską udzielaną członkom Kas chorych przemawiają następujące względy.

1) Jest ogólnem zjawiskiem, że co przychodzi bez trudu, co nic nie kosztuje, małą przedstawia wartość. Ponieważ członkowie Kas chorych otrzymują poradę lekarską bezpłatnie, nie doceniają jej, co więcej nieraz lekceważą. Porada lekarska w ten sposób traci wszelką wartość sugestywną.

2) Bezpłatne udzielanie porady lekarskiej otwiera duże pole do nadużyć w następstwie czego lekarz, który ma badać chorych traci siły i czas na badanie zdrowych.

3) W następstwie wymienionych pod 2, lekarz nieraz mniej może czasu poświęcić istotnie chorym niżby ich dobro wymagało.

Przedstawionej myśli nie rozwijam szerzej, poddając ją dyskusji; nadmieniam tylko, że kwestję opłat za poradę lekarską możnaby w różny sposób uregulować. Np. tylko pierwsza porada mogłaby być płatna. W razie gdy zgłaszającego się członka Kasy, lekarz uzna istotnie chorym, opłata mogłaby być zwrócona mu w postaci wyższego zasiłku lub w innej formie. Wprowadzenie opłat za poradę lekarską członków Kas chorych powinnoby zmniejszyć, jeżeli nie usunąć nadużywających swych praw członków Kas chorych. W następstwie zaś tego powinno obniżyć koszta administracji a wreszcie ułatwić Kasom chorych spełnianie ich szczytnego zadania.

M. K.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Zygmunt Wielski.

W 57-mym roku życia zmarł w Krakowie w dniu 16 marca b. r. Dr. Zygmunt Steuermak-Wielski, lekarz rentgenolog. Zmarły pochodził z rodziny lekarskiej: ojciec, dziadek i brat dziadka byli lekarzami praktycznymi; urodził się w Szczekocinie, ziemi Kieleckiej, do gimnazjum uczęszczał w Warszawie a na Uniwersytet w Krakowie i tu uzyskał doktorat w roku 1897. Po uzyskaniu doktoratu uzupełniał swe wiadomości lekarskie zagranicą w Berlinie, Paryżu i Wiedniu, gdzie z całym zapałem oddawał się specjalizacji w chorobach skórnych i w tym dziale rozpoczął praktykę w Krakowie. Po kilku latach uzyskał ordynarjat chorób skórnych w szpitalu żydowskim w Krakowie. Na ten czas przypada szersze zastosowanie leczenia promieniami Roentgena i wtedy Dr. Wielski spostrzegł wielkie znaczenie naświetlania promieniami szczególnie w zakresie chorób skórnych, przerzucił się więc na tę specjalność i odtąd pracował wyłącznie w rentgenologji. Wielka sumienność w pracy, zamiłowanie do przedmiotu i pogłębianie studjów nad rentgenologją sprawiły, że uchodził za bezwzględnego znawcę w tym przedmiocie i zdanie jego było przez Kolegów bardzo cenione. Świat lekarski traci jednak w Zmarłym nietylko lekarza o głębokiej wiedzy, ale i serdecznego i życzliwego Kolegę; społeczeństwo zaś i chorzy człowieka o charakterze czystym jak kryształ a co najważniejsze dobrego i oddanego całą duszą cierpiącej ludzkości lekarza.

Dr. Jan Landau.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Jubileusz Edwarda Flataua. W tych dniach obchodzi jubileusz 35-lecia pracy naukowej i działalności lekarskiej jeden z najbardziej zasłużonych nauce lekarzy polskich, założyciel i gorliwy współpracownik „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego", Edward Flatau. Zasługi naukowe Jubilata, specjalnie w dziedzinie neurologji, znane są w ogólnych zarysach światu lekarskiemu, nietylko polskiemu.

Wyrazem uznania dla płodnej działalności Flataua jest ofiarowana mu z okazji jubileuszu księga zbiorowa, zawierająca kilkadziesiąt prac naukowych autorów polskich i cudzoziemskich, wśród których znajdujemy nazwiska, opromienione najwspanialszym blaskiem sławy naukowej.

Odczyt Dra S. Otolskiego. „Epoka" z dnia 3 marca b. r. donosi:

W ub. piątek odbył się w sali portretowej magistratu odczyt urządzony staraniem komitetu wystawy propagandowej przemysłu krajowego. Odczyt wygłosił dr. S. Otolski na temat „Zapotrzebowanie i produkcja przetworów farmaceutycznych". Prelegent w swym odczycie zaznaczył, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat przemysł farmaceutyczny poczynił olbrzymie postępy. Przy rozwoju nauki higjeny coraz więcej rozwija się zapotrzebowanie i sprzedaż środków leczniczych, gdyż dziś leczenie jest dostępne dla wszystkich.

Dawniej farmacja ograniczała się do apteki, a dziś to olbrzymia gałąź przemysłu, stojąca między chemją i medycyną.

Obecnie posiadamy już 15 fabryk na całym terenie Rzeczypospolitej, produkujących rocznie 15 tysięcy q. wartości 24 milj. złotych a zatrudniających 3.000 ludzi. Mimo to sprowadziliśmy w 1927 r. 11.4 tys. q. za sumę 10,400.000 z. przy wywozie 2.3 tys. q., wartości 326.000 zł.

Chociaż niektóre produkty musimy sprowadzać z zagranicy, to jednak same przetwory możemy całkowicie wytwarzać w kraju, dowodem tego szalony rozwój przemysłu farmaceutycznego w ostatniem dziesięcioleciu. Mamy w kraju cały szereg własnych surowców, jak węgiel, sól, ropę naftową, drewno, różnorodne rośliny lecznicze i t. d.

Głównym odbiorcą a raczej pośrednikiem jest świat lekarski, który dał wyraz zrozumienia konieczności popierania wytwórczości, krajowej. Podobne zrozumienie okazały również organy rządowe, jak i zrzeszenia społeczne, jak np. Kasy Chorych.

Zaznaczyć należy, że rozwój przemysłu farmaceutycznego ma również wielkie znaczenie na wypadek wojny.

Szpitale miejskie. Zarząd wydziału zdrowia opieki społecznej i szpitalnictwa magistratu polecił szpitalom, aby kierowały rakowatych do nowoutworzonego w szpitalu św. Łazarza oddziału dla dotkniętych rakiem jedynie na podstawie porozumienia z wydziałem, lub z Tow. zwalczania raka. Chodzi o kierowanie jedynie chorych, kwalifikujących się do dalszego racjonalnego leczenia w przeciwnym bowiem razie oddział byłby zajęty w bardzo krótkim czasie.

Ze Związku uzdrowisk. Dnia 13 b. m. odbyło się posiedzenie pełnego nowoobranego zarządu Związku uzdrowisk polskich. Dokonano wyboru prezydjum, do którego weszli: pp. Rajmund Jarosz z Truskawca — jako prezes i trzej wiceprezesi: pp. M. Górzyński z Otwocka, Zdzisław Kożuchowski z Nałęczowa i poseł Adam hr. Stadnicki ze Szczawnicy.

Centralizacja opieki higjeniczno-lekarskiej. Główna komisja sanitarna miejska rozważała projekt Dra Matusiaka w sprawie scentralizowania opieki higjeniczno-lekarskiej pod jednem kierownictwem i uznała zasadniczo za niezbędne połączenie ośrodków zdrowia ze stacjami opieki społecznej i lekarzami dla ubogich pod jednem kierownictwem. Dopóki projekt ten nie będzie zrealizowany praktycznie, polecono lekarzom kontynuować pracę z zainteresowanemi instytucjami.

W dniu 19 b. m. odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny uroczystość trzeciego kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów z udziałem przedstawicieli Ministerstw, Magistratu m. st. Warszawy i instytucyj społecznych, które poparły inicjatywę Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w kierunku prowadzenia szkolenia inżynierów w dziedzinie techniczno-sanitarnej.

Zebranie otworzył Inż. A. Szniolis w imieniu Dyrektora Państwowej Szkoły Higjeny, poczem przemawiali kolejno: Inż. Z. Rudolf, jako kierownik kursów oraz w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, Radca w imieniu Ministerstwa Reform Rolnych, Ppłk. Dr. Babecki, jako przedstawiciel Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskiwych, Dr. Maleciński od Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy, Dyr. Piekarski imieniem Polskiego Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego, Gen. Inż. E. Kątkowski, jako przedstawiciel Stowarzyszenia Techników i Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego Inż. A. Szniolis, imieniem Dyrekcji Państwowej Szkoły Higjeny oraz przedstawiciel słuchaczy, Inż. Czechowski.

Mówcy żywo motywowali potrzebę prowadzenia takich kursów, wykazując ścisłą łączność w pracy pomiędzy lekarzami i inżynierami na polu uzdrowotnienia kraju. Jednocześnie wskazywano, że kursa te nie mogą zastąpić wydziału inżynierji sanitarnej, jaki winien być utworzony w najbliższym czasie na Politechnice w Warszawie.

Przedstawiciel słuchaczy wyraził w imieniu kolegów głęboką wdzięczność za zorganizowanie kursu i za wykłady, które dały słuchaczom wiele nowych myśli i zapału do pracy.

Kurs trwał od 1-go do 18-go marca b. r. Udział w nim wzięło 22 inżynierów, w tem 15 z instytucyj państwowych i 7 z instytucyj samorządowych. Podobnież jak w latach poprzednich, instytucje państwowe wykazują większe zainteresowanie kursami dla inżynierów, niż samorządy, co uważać należy za objaw niekorzystny. Sprawę tę podkreślił kierownik kursu, Inż. Rudolf, wyrażając nadzieję że w przyszłości zarządy miast wydelegują większą liczbę swych inżynierów na kursa dokształcenia sanitarnego.

Kraków.

Do Szanownego Zarządu Towarzystwa. Delegacja Stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uchwaliła na swem drugiem posiedzeniu plenarnem, zmierzając do skrócenia odstępów między Zjazdami, przedstawić XIII Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie w r. 1929 po wysłuchaniu opinji wszystkich naukowych Towarzystw lekarskich i przyrodniczych polskich *wniosek* o przywrócenie w § 2 Ustawy Zjazdów przepisu, że *Zjazdy mają się odbywać co trzy lata* (zamiast co cztery, jak postanowiono w r. 1911).

Motywa tego wniosku są następujące:

Założyciel Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich Dr. Adrjan Baraniecki, tworzył je w tej myśli, że mają one być *dorocznym* przeglądem dorobku polskiej nauki i przez to stałym, nieustannym bodźcem do pracy. To też wedle pierwotnej ustawy Zjazdów z r. 1869 miały się one odbywać corocznie i I Zjazd w Krakowie w tymże roku uchwalił odbyć Zjazd następny wPoznaniu w r. 1870. *Przeszkodziła temu jedynie wojna francusko-pruska 1870,* i dlatego II Zjazd odbył się dopiero w r. 1872. Później przeszkody polityczne zmuszały do większych odstępów między Zjazdami, zwłaszcza że konieczność ograniczenia Zjazdów tylko do Lwowa i Krakowa nakładałaby przy częstszych Zjazdach zbyt wielki ciężar pracy organizacyjnej na te dwa środowiska. Licząc się z tem, wprowadził IX Zjazd w Krakowie w r. 1900 do Ustawy Zjazdów trzyletni odstęp między zjazdami, a dopiero XI Zjazd zmienił go bez głębszych motywów na czteroletni.

W wolnej Polsce niema już tych przeszkód politycznych, które zmuszały do rzadszych Zjazdów, a natomiast wzmogły się względy wymagające przynajmniej zbliżenia się do pierwotnej myśli twórcy Zjazdów przez częstsze ich odbywanie, aby przez to przyczynić się do wzrostu produkcji naukowej w Polsce i ile możności ją usamodzielnić z czasem do tego stopnia, jak w państwach zachodniej kultury.

Wprawdzie w niektórych gałęziach nauk przyrodniczych i lekarskich już teraz doszła nasza produkcja naukowa do tego stopnia, że coroczne Zjazdy przedstawicieli tych działów nie tylko są możliwe, ale nawet bardzo wydajne. Niemniej w innych gałęziach do takiego rozwoju jeszcze nie doszło i na zjazdy coroczne byłoby przedwcześnie. Ale w niezbyt odległej przyszłości już co dwa lata ogólne zjazdy przyrodniczo-lekarskie będące zresztą jedynym sposobem współpracy na pograniczach różnych gałęzi nauk, zapobiegającej nadmiernemu rozpraszaniu się ich na zbyt w sobie się zasklepiające specjalności.

W ten sposób stopniowo wzmocniłby się rozwój gałęzi na razie słabszych, silnie zaś rozwinięte działy odbywałyby swe Zjazdy, jak dotąd, corocznie, a to w jednym roku samodzielnie, w następnym zaś jako sekcje Zjazdów ogólnych.

Aby wszakże usunąć obawę niepowodzenia przy szybkiem przejściu z czteroletnich odstępów na dwuletnie, postanowiła Delegacja na razie wnieść o odbywanie Zjazdów co *trzy* lata.

Oprócz powyżej wyłuszczonych zasadniczych korzyści miałoby to ubocznie dwie dobre strony. Ułatwiłoby prace organizacyjne, których sposobu każde z pięciu miast uniwersyteckich, przyjmujących kolejno Zjazdy, przy długich odstępach Zjazdów musi się obecnie na nowo uczyć; powtóre ograniczyłoby reprezentacyjną stronę Zjazdów, temsamem pozostawiając więcej czasu i sił na wypełnianie właściwych zadań Zjazdu i pogłębiając ich wartość naukową.

Delegacja Stała Zjazdów uprasza Towarzystwo o wyrażenie opinji w tej sprawie najdalej do dnia 15 maja r. b. Odpowiedź należy kierować pod adresem przewodniczącego lub sekretarza Delegacji.

Doc. Dr. Tomasz Janiszewski, sekretarz Delegacji (ul. Długa 27).
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, przewodniczący Delegacji (ul. Szopena 11).

Ze świata.

Spółdzielczość budowlana w Niemczech. Wr. 1927 w Niemczech wybudowano 78.426 nowych mieszkań, przyczem 11,8% przypada na instytucje i władze publiczne, 27,9% — na organizacje spółdzielcze i 60,3% — na przedsiębiorstwa prywatne.

Rozpatrując działalność budowlaną poszczególnych grup, okazuje się, że rozwój spółdzielczości budowlanej zależy od rozmiaru danej miejscowości, a raczej od liczby zamieszkującej ją ludności robotniczej, która najchętniej wykorzystuje formę spółdzielczą. Największą zatem rolę odgrywają spółdzielnie budowlane w wielkich miastach, w których pobudowały one aż 51,1% nowych mieszkań. W Berlinie zaś spółdzielnie pobudowały stosunkowo najwięcej mieszkań, bo 68,3%. Podczas, gdy budownictwo prywatne posiada przewagę na wsi i w małych miastach, to rola jego zmniejsza się do 39,9% w wielkich miastach, a nawet do 31,1% w Berlinie.

Nr. 16. 21. kwietnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Wł. Szenajch.

Ciąg dalszy.

Wracając do monografji Debrégo i Joannona i do tablic statystycznych, przez nich przytoczonych, należy stwierdzić, że autorowie uważają umieralność na odrę za stojącą w prostym stosunku nie do cyfry absolutnego zaludnienia, ile raczej do gęstszego zaludnienia. Słaba na wsi i w małych miasteczkach, wielka w skupieniach wielkomiejskich. Wykazują że w wielkich miastach istnieje znaczna różnica między lekką odrą w klasach bardzo zamożnych i dostatnich a między odrą ciężką i śmiertelną w klasach robotniczych.

Na tę nadmierną umieralność na odrę składają się, zdaniem autorów 3 przyczyny: 1) większa częstość zachorowań na odrę w pierwszem dzieciństwie; 2) większy procent dzieci wątłych i chorych; 3) ciężkość odry u osesków, żyjących w złych przeludnionych mieszkaniach.

Zdaniem autorów ogólnie przez lekarzy przyjęte przekonanie o zgubnym wpływie szpitala na śmiertelność z powodu odry jest przesadą. Trzy czwarte chorych, umierających na pawilonach odrowych, ginie z powodu powikłań, które istniały już w momencie przyjęcia do szpitala.

Zaledwie jedna piąta lub jedna szósta śmiertelności ogólnej na odrę jest spowodowana przez pobyt w szpitalu. W rzeczywistości śmiertelność z powodu odry jest proporcjonalna do przeludnienia: złe mieszkania w dzielnicach biednych i na przedmieściach są główną przyczyną przesadnej śmiertelności z powodu odry.

Autorowie, rozpatrując wyniki śmiertelności dziecięcej na odrę, wspominają pobieżnie o krzywicy, zaburzeniach trawiennych w związku ze sztucznem odżywianiem osesków, o gruźlicy i o kile wrodzonej, jako o chorobach, które poprzednio osłabiając organizm dziecka, ułatwiają śmiertelne działanie ze strony odry.

Jak widać z krótkiego zestawienia, główną tendencją autorów francuskich Debrégo i Joannona było wykazanie, że odra jest ze wszystkich chorób zakaźnych wieku dziecięcego najbardziej śmiertelna, że śmiertelność ta specjalnie przypada na pierwsze dwa lata życia, że zależna jest od przeludnienia wielkomiejskiego i od wadliwych warunków higjenicznych ubogiej, wielkomiejskiej ludności robotniczej. Autorom chodziło o częściowe uniewinnienie szpitalnictwa od rozpowszechnionego zarzutu przyczyniania się do śmiertelności dziecięcej; zresztą zajmują się oni teorją, praktyką, historją i agitacją profilaksji serologicznej przeciw odrze.

Jak starałem się na tych samych cyfrach statystyk autorów wykazać, wysoka śmiertelność u dzieci wogóle, a u małych dzieci w pierwszych latach życia w szczególności, jest właściwością nietylko odry, ale i kokluszu. Autorowie sami raz jeden w przytoczonym przezemnie cytacie to zauważyli, ale budzi to u nich jedynie interes serologiczny, godny analogicznego jak w odrze zastosowania walki z kokluszem, mianowicie zapomocą injekcji surowicy ludzi dorosłych, którzy przeszli różne infekcje dziecięce, a więc także i koklusz. Zresztą nie widzą żadnego związku między odrą a kokluszem i temat odry nie daje im powodu do wycieczek na teren kokluszu.

Wspominają natomiast o błonicy i o zapaleniu płuc odoskrzelowem, jako o częstych dodatkowych zakażeniach odry, które mając charakter również zakaźny są wraz z odrą podwójnie niebezpiecznym czynnikiem zakaźnym, zwłaszcza w ogniskach większego skupienia małych dzieci.

Ponieważ książka ma charakter szlachetnej agitacji w sferach lekarskich na rzecz serologicznej metody uodparniania przeciw odrze, autorowie uważali za potrzebne mocno zaraz na wstępie zaakcentować fakt wysokiej śmiertelności wśród dzieci małych na odrę. Wysoka śmiertelność jest eo ipso dowodem grozy tej choroby. Należy więc z tem złem walczyć. Dla udowodnienia wysokiej śmiertelności i grozy tej choroby uznali za nastosowniejszy sposób uciec się do cyfr statystycznych.

Wszystko zależy od naszego „point de vue sur lequel on se place", czyli od sposobu czytania nawet w nieruchomych martwych cyfrach. Autorowie mają słuszność, ale i ja mam słuszność, doczytując się w tych cyfrach dowodu na równie wartościową liczbowo śmiertelność kokluszową.

Oczywiście nie uważam, zgodnie z tradycją Biegańskiego, Martinet'a, Mackenzie'go, opierania wniosków na podstawach nawet urzędowo - statystycznych za najfortunniejszą metodę przekonywania w medycynie. Niemniej posługuję się niemi, skoro już zostały zebrane, zdając sobie jednak sprawę z ich popularnej wartości.

Takim samym argumentem popularnym jest „vox populi", który się w każdej anamnezie codzień z ust matek powtarza w prostych słowach: „dziecko miało odrę a potem koklusz". Nie trzeba temi popularnemi argumentami pogardzać, bo i one zbliżają nas do prawdy o ile „plus sapit vulgus, quia tantum quantum opus est sapit".

W tych prostych słowach jest ożywcze źródło prawdy dla tych lekarzy, którzy nie mieli sposobności albo czasu „trzymać oczu i uszu otworem" w czasie corocznej niemal epidemji odry. Jest to zjawisko prawie tak nieodłączne, jak drgawki w zapaleniu mózgu, albo jak łuszczenie w szkarlatynie, że mianowicie w ślad za każdą prawie epidemją odry zjawia się epidemicznie koklusz. I jak drgawek lub łuszczenia może czasem we wspomnianych chorobach nie być, tak oczywiście można widzieć czasem epidemje odry bez wyraźnego podniesienia poziomu kokluszu, ale są to prawie wyjątki. i lud ma rację mówiąc o dziecku: „miało odrę a potem koklusz". Oczywiście spieszę dodać, że lekarz, który w czasie epidemji odry czy szkarlatyny ma wyłącznie uwagę swoją skupioną na taki lub owaki przebieg odczynu skórnego Pirquet'a lub Dicka, łatwo przeoczyć może nawet tak tłumowi w oczy rzucający się fenomen, jak właśnie wspomniana epidemja kokluszu w ślad za epidemją odry. Bo wszelkie odczyny laboratoryjne są caeteris paribus bronią obosieczną i zawsze mają dla klinicysty swoje „pile et face". Okoliczność nasilenia epidemicznego kokluszu w ślad po odrze potwierdzają także wykresy Woringera, Knoepfelmachera i t. p.

Jak spostrzeżenie objawu drgawek lub łuszczenia nie stanowi jeszcze syntezy klinicznej, ale jest tylko funkcją obserwacyjną lekarza mniej lub więcej pożyteczną do ustalenia rozpoznania klinicznego, tak obserwacja nasilenia fali epidemji kokluszowej w ślad za epidemją odry nie jest jeszcze zrozumieniem lub objawieniem kliniki kokluszu, ale jest ważnym przyczynkiem do zrozumienia kokluszu.

Duszą kokluszu jest jego właściwość objawiania się w postaci nawrotów t. j. budzenia się ze stanu utajenia do stanu energji kinetycznej pod wpływem urazu infekcyjnego najczęściej, właśnie pod wpływem urazu banalnej odry lub grypy kataralnej. Ponieważ obraz kliniczny grypy jest często dość efemeryczny i nie zawsze plastycznie uchwytny, najłatwiej jest lekarzowi obserwować fakt masowego budzenia się kokluszu właśnie pod wpływem odry, której jasno zarysowane kontury kliniczne z dostrzegalnemi okiem plamami Koplika i z następową rzucającą się w oczy wysypką, nie mogą tak łatwo ulec przeoczeniu.

Oczywiście nie chciałbym być posądzonym o to, że żądam, aby lekarz pragnący poznać klinikę odry i kokluszu oparł swoją wiedzę na wspomnianych, stereotypowo o uszy nasze obijających się słowach matki: miał odrę a potem koklusz, albo na moich w tym kierunku zapewnieniach, że tak w istocie jest, a nie inaczej. Nauka nie zna terroru wiary w czyjeś słowa, ale zna skuteczność obserwacji klinicznej. Lekarz, który chce poznać prawdę zrozumie, że znajdzie ją tylko w sobie t. zn. w swojej wytrwałej i drapieżnej, długie lata nieustającej pracy klinicznej, skierowanej na obserwację objawów chorobowych od samego początku do samego końca nie na jednym tylko chorym, ale na całym szeregu tych samych chorych, których się z oczu nie spuszcza i których się ma ciągle w swojem wytrwałem spostrzeganiu. Aby zaś skutecznie obserwować winien lekarz, jak mówi Mackenzie, „wyostrzyć brzytwę" swojego mniej lub więcej „zaniedbanego i niedostatecznego wychowania klinicznego", które dopiero po latach pracy nabiera produktywnej wartości. I wtenczas jeszcze po najdłuższej pracy nie zdobędzie ostatecznej prawdy, ale jej jeden etap, czyli szczebel postępu. Nawet tak „prosta" funkcja, jak ocena tętna cho-

rego, wymaga, jak wiadomo długich lat pracy nad sobą lekarza praktycznego.

Daleki jestem od tego, aby się kwapić z efektownem zapewnieniem, że w klinice kokluszu szczebel prawdy jedynie pracą nad swojem wychowaniem klinicznem zdobyłem. Nie jest to miejsce na personalne w tym kierunku wynurzenia, ale powtórzę to, co obowiązek lekarski kazał mi oświadczyć z okazji prac, pisanych na temat kokluszu niejednokrotnie od roku 1924 w różnych na ten temat artykułach w prasie polskiej i zagranicznej. Uważam, że w otchłań mroków, jakie otaczały klinikę kokluszu, pierwszy cisnął jasny promień światła pedjatra wiedeński Pospischill. Nauka jego o klinice kokluszu jest jak każde objawienie oślepiające swoją brutalną energją i zrywa dotychczasowe zardzewiałe łańcuchy ciągle tych samych bezkrytycznie powtarzanych autystycznych i banalnych komunałów. Jako jeden z jego uczniów miałem sposobność przez kilka lat nietylko obserwować ten sam (najbogatszy na całym kontynencie) materjał zakaźny dziecięcy, ale nadewszystko miałem sposobność namacalnie przekonać się o prawdzie słów natchnionych Mackenzie'go, że mianowicie, jedynie długa, konsekwentnie w pocie czoła przez szereg lat na tych samych chorych prowadzona, obserwacja kliniczna może prowadzić do „postępu" w medycynie.

Pospischill, jak Biegański, Brudziński, Gluziński w Polsce, jak Hutinel, Marfan we Francji i jak wspomniany Mackenzie w Anglji, należy do rzędu tych lekarzy, którzy w dzisiejszej epoce laboratoryjnej nie utracili wiary w geniusz kliniki, ale którzy w rzesze lekarzy, zdeprymowanych wzrastającym z dnia na dzień fantomem ciągle nowych analiz lub immunobiologicznych odczynów, ciskają ożywcze: „sursum corda". Każdy może być dobrym lekarzem, jeżeli, przy skromnym nawet materjale środków pomocniczych, wytęży talent i myśl kliniczną nad łóżkiem chorego i każdy zdobywać może tereny prawdy.

Pierwszą ścieżką, prowadzącą na gościniec prawdy w klinice wogóle a w klinice kokluszu w szczególności, jest potrzeba nawiązania duchowego kontaktu ze starą szkołą lekarzy myślicieli, których tak mocnem echem we współczesnej medycynie stał się wspomniany Mackenzie, a którzy za konieczny warunek skutecznego rozpoznawania choroby stawiali uprzednie zdobycie przez lekarza należytego wychowania klinicznego. Lekarz, który przystępując do chorego dziecka, sadza je i zaczyna swoją funkcję od sakramentalnego opukiwania klatki piersiowej, może od czasu do czasu trafić nawet w prawdziwe rozpoznanie, ale oczywiście ma złe „maniery" badania i ma wszelkie szanse, że zabrnie na fałszywą drogę, bo jakkolwiek koklusz „siedzi" w płucach a nie w uszach lub pęcherzu, to jednak badanie jak najszczegółowsze wywiadów i jak najuważniejsza obserwacja zewnętrzna dziecka jest, jak w każdej chorobie, nieuchronnym wstępem dobrego wychowania klinicznego lekarza, który nawet zgóry myśląc o płucach, musi oczywiście ocenić wzrokiem częstość oddechów, kolor powłok skórnych, kolor kończyn, czy ust, nie mówiąc już nic o niezbędnej ocenie tętna u dziecka w spokoju.

Wspominam o tym katechizmie badania lekarskiego, nie imputując bynajmniej na chwilę czytelnikowi, aby o nim miał nie pamiętać, ale robię to dlatego, że jak w klinice każdego cierpienia, tak w trudnej klinice kokluszu, zachowanie tych prostych form klinicznych jest niezbędnym warunkiem należytego opanowania trudności rozpoznawczych.

Lekarz, który przy łóżku chorego głęboko rozumie tę potrzebę spostrzegania ścisłego regulaminu badania fizycznego, jest dla mnie rękojmią porozumienia się co do jednej starej i złośliwej tajemnicy poliszynela w medycynie praktycznej, a mianowicie co do prawdy, że to wcale nie jest łatwa rzecz wcześnie odkryć „pneumonję" i że niema inteligentnego i doświadczonego lekarza któryby z tego właśnie najczęściej powodu mniej lub więcej gorzko nie cierpiał. I zdaje mi się, że właśnie w klinice kokluszu umiejętność trafnego i wczesnego zdemaskowania drobnego ogniska w fatalnie nieraz trudnych przeciwnościach badania lekarskiego, jest pointą naszego poznania. Mówiąc „pneumonia" mam oczywiście na myśli nietylko zapalenie płuc włóknikowe (które nie jest, nawiasem mówiąc rzadkością u dzieci, jak to Mouriquand przed kilku latami rentgenologicznie udowodnił), ale mam na myśli wszelkie postacie zagęszczenia płucnego w znaczeniu klinicznem, co oczywiście może być różnego stopnia stanem choćby jednodniowym „kongestji" płucnej, lub nawet tylko dyskretnem bronchiolitis, czy bronchitis circumscripta. Lekarz, który ma sposobność dużo dzieci badać, rozumie, że mówiąc o trudnościach wykrywania ogniska płucnego, mam eo ipso na myśli nietylko należyte operowanie nabytym czy wrodzonym talentem wykrywania takich lub owakich rzężeń zogniskowanych w płucu, ale oczywiście także ocenę wszelkich stanów nienormalnych płuca, jak np. stanów dyskretnie nieraz utrudnionego dopływu powietrza do płuc na całej ich przestrzeni, lub tylko w jednej części, albo zmian bębenkowego wypuku, lub jeszcze trudniej uchwytnej oporności wypukowej. Lekarz, wtajemniczony w ten trudny labirynt wczesnego wykrywania zmian w płucach dziecka, zrozumie, jak długie lata pracy nad sobą trzeba przetrawić, aby zdobywszy pewną perfekcję, stale jeszcze nie dość ufać sobie. Uważam, że jest to praca znacznie żmudniejsza, niż sumienne szukanie prątków Kocha „w jednym preparacie przez 4 godziny", jak tego słusznie wymaga technika szkoły lyońskiej, lub niż cierpliwe miareczkowanie w odczynie Wassermanna.

Wiadomo jednak, że tylko dzięki tej drapieżnej cierpliwości poszukiwaczy prątków w preparacie Szkoła lyońska okryła się sławą światową z powodu nowych zdobyczy naukowych z dziedziny gruźlicy.

Praca klinicznego szukania ogniska zapalnego wymaga od lekarza nietylko talentu i nietylko doświadczenia, cierpliwości uzbrojonej w ciągle utrzymującą się nieufność, czy jeszcze nie za krótko trwało badanie, ale wymaga oprócz tego pewnej dozy szlachetnego okrucieństwa ze strony lekarza, który prowokując zapomocą najbardziej nawet niewinnych fortelów kaszel, czy czynności oddechowe opornego dziecka chorego, wyrządza mu mimowoli pewną przykrość.

Otóż lekarz, który na wielkim materjale chorych pracuje, po szeregu lat dochodzi powoli do tej doskonałości, że zaczyna sobie nie ufać w kierunku wykrywania przez siebie ogniska w płucu dziecka, zwłaszcza kokluszowego. Rozumie on, że jeszcze poza pierścieniem własnych talentów jest pewna suma takich warunków, których mu się nie udało chwilowo podczas ostatniego badania pokonać. I czasem nie później, niż w godzinę drugi lekarz trafi na szczęśliwy moment, że akurat przy głębszym wydechu dziecka na jeden moment ognisko to słuchem uchwyci i odkryje. Doświadczony lekarz zrozumie, że jeżeli nic nie znalazł, to nazajutrz, albo za kilka dni przy sumiennem badaniu ognisko to mu się z rąk nie powinno wymknąć, jak lekarz, szukający prątków Kocha, nie zniechęci się po jednorazowym ujemnym wyniku swojego badania.

Płuco dziecka, zwłaszcza małego, które zapadło na koklusz, jest właśnie takim niesfornym, trudnym do badania terenem, który niestety dla poznania wymaga długoletniego, cierpliwego kształcenia lekarskiego. Mówię płuco oczywiście w tem znaczeniu, że w czasie kokluszu ono przedewszystkiem jest miejscem anatomicznego umiejscowienia chorobowego, t. j. „główną kwaterą" choroby. Oczywiście koklusz, jak inne choroby zakaźne, jest ogólnem zakażeniem ustroju, w którem rolę etjologiczną przypisuje Bordet odkrytym przez siebie bakterjom. Madsen w Danji wykazał, że zaledwie 57% w pierwszym tygodniu posiewów plwociny na płytkach Petriego daje wynik dodatni, w 5-ym tygodniu choroby stwierdzono zaledwo w 9% wynik dodatni. Dodam odrazu, że ten wynik ujemny pod względem badania bakterjologicznego jest podstawą do przyjętego przez higjenistów wyroku 3-tygodniowej zaraźliwości kokluszu. O ile się tyczy dzieci szkolnych, sprawa ta nie jest skomplikowana; o ile chodzi o dzieci małe, zjadliwość wchodzącej w grę flory bakteryjnej wtórnego zakażenia winna być mojem zdaniem bezwzględnie wzięta pod uwagę i, jako wtórne również „zaraźliwe" zakażenie, poddana dyskusji, domagającej się zastosowania aseptyki i odosobnienia dzieci małych na okres dłuższy niż 3 tygodnie.

Kilkudniowy okres zwiastunów kokluszu jest bardzo podobny klinicznie do okresu zwiastunów w odrze, a to z powodu nieżytu spojówek i drażniącego, krtaniowego „odrowego" kaszlu. Kaszel z początku akustycznie odrowy, przekształca się dość powoli w stopniowo charakterystyczny t. zw. kaszel typowy kokluszowy, połączony z kurczem krtani. Równocześnie w ślad za rozwijającym się kaszlem występują dyskretne, rozsiane lub umiejscowione wstępne rzężenia w płucach, których charakterystyczną cechą jest półdźwięczność. Przebieg choroby zależy od wieku dziecka i od ustosunkowania się organizmu do t. zw. zakażeń wtórnych. Jeżeli dziecko jest starsze — 7, 10-letnie — i jeżeli ma poza sobą przebytą kampanję odrową, a otoczenie jego jest pod względem infekcyjnym względnie jałowe i warunki higjeniczne dobre, to choroba może rzeczywiście, zgodnie z dawnemi poglądami autorów, w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy przejść łagodnie pod postacią anatomiczną Bronchitis, lub Bronchiolitis, lub Peribronchitis, czasem pod postacią rozstrzeni oskrzelowych (bronchektazji) samouleczalnych, którym towarzyszą większe lub mniejsze ataki kaszlu konwulsyjnego.

Inaczej jednak przebiega koklusz w przeważających masach małych dzieci, właśnie tych, których hekatomby wykazują krzywe śmiertelności dziecięcej, czy pod rubryką kokluszu, czy jako odra.

Bo właśnie, jak wspomniałem na wstępie, treścią dramatyczną kokluszu jest jego tendencja do bardzo uporczywego, przewlekłego

przebiegu w postaci nawrotów, wywołanych z okazji tej lub owej infekcji mieszanej. Nawroty mogą być połączone z charakterystycznym dla kokluszu kaszlem konwulsyjnym, jako głośne nawroty, albo bez tego kaszlu, jako t. zw. nieme nawroty. Nawrót kokluszowy, głośny czy niemy, odpowiada zawsze zmianom w płucach. Dzieci małe w pierwszych latach życia, jako nieodporne na szereg banalnych nawet zakażeń mieszanych, z musu im muszą podlegać i podlegają. Banalną taką rozpowszechnioną infekcją dziecięcą jest odra. Co się dzieje z dzieckiem, które przed rokiem lub pół rokiem przebyło koklusz i które z powodu okoliczności epidemjologicznych zapadnie na odrę? Dziecko małe, które przed rokiem, lub półrokiem przebyło koklusz, wykazuje zwykle niewielkie chociażby zmiany wysłuchowe, odpowiadające przy sprzyjających warunkach ograniczonemu zapaleniu oskrzeli, albo też kongestji płucnej. Jeżeli ogólny stan jego jest naogół dobry, to — zanim wystąpią objawy zwiastunów odry — dziecko to zmienia się i wykazuje przed okiem śledzącego lekarza szereg niepokojących, choć dyskretnych objawów pogorszenia ogólnych i miejscowych t. j. ze strony płuc. Pogorszenia tego nie wykryje oczywiście odczyn skórny, ale jedynie geniusz obserwacyjny. To pierwsze, bystro zauważone, nieznaczne z początku a potem coraz jawniejsze pogorszenie stanu płucnego, objawiającego się ogniskiem zapalnem, jest pierwszym sygnałem zbliżającego się urazu zakaźnego. Jeżeli w kilka dni potem zjawi się zapalenie powiek, plamy Koplika i kaszel odrowy, to wiemy, że urazem infekcyjnym, który wywołał pogorszenie stanu płucnego jest odra; innym razem orjentujemy się w aurze epidemicznej i zależnie od endemji obserwujemy nawrót kokluszowy pod wpływem urazu infekcyjnego grypy lub influency.

To nagłe pogorszenie stanu dziecka, które przed ½ rokiem, czy kilku miesiącami „przebyło" koklusz, staje się przyczyną, że zaniepokojona matka oddaje dziecko do szpitala. Fakt przyjęcia tego dziecka przez lekarza dyżurnego, który albo znajduje jakieś ogniska w płucu, albo, nic specjalnego nie znalazłszy, przeczuwa jednak, że dziecku coś brakuje, fakt jego przyjęcia na salę chorych staje się niejednokrotnie brzemiennym w katastrofalne skutki. Bo jeżeli lekarz dyżurny, młody i niedoświadczony, albo doświadczony, ale z powodu braku kontaktu lekarskiego w mieście, nie obznajomiony z panującą aurą epidemiczną odry, nie zada sobie najważniejszego pytania, dlaczego matka dziś właśnie przynosi to dziecko do szpitala, i na pytanie to nie znajdzie odpowiedzi, że mianowicie chodzić tu może o nawrót kokluszu pod wpływem zakażenia odrowego, że więc dziecko to, jakkolwiek wolne od zwiastunów odrowych i dziś niezakaźne pod względem odry, jutro albo przez noc może stać się niebezpiecznem dla otoczenia z powodu widomych albo nawet niewidomych zwiastunów odry u agonizującego dziecka, jeżeli, jednem słowem, lekarz przyjmie to dziecko na ogólną salę chorych, łatwo zrozumieć fatalne skutki takiego nieopatrznego przyjęcia dla całej sali i owych dzieci, które odry nie miały.

Z praktyki prywatnej:

W maju 1914 wezwany byłem w okresie panującej odry do 3-letniego dziecka Stasia K. w mieście D. w Małopolsce. Dziecko przechodziło w zimie koklusz wraz zapaleniem płuc lewostronnem. Choroba obecna trwa od 3 dni wśród ogólnego niedomagania. Ciepłota w dniu badania do 39°. Brak jakichkolwiek objawów zwiastunów odry. Dziecko blade, wykazuje przyspieszenie oddechów i tętna. Tony serca czyste. Badanie płuc wykrywa niewielkie ognisko w miejscu dawnego zapalenia płuc. Kaszel krótki, pneumoniczny. Rozpoznałem zapalenie płuc i wypowiedziałem się co do rokowania oględnie, ale z dozą optymizmu. Przybywszy nazajutrz do dziecka, dowiaduję się, że dziecko w nocy zmarło. Wiadomość ta nie tylko mię zawstydziła, ale i zdziwiła, bo jakkolwiek stan chorego był poważny, to jednak ani na chwilę nie przypuszczałem tak rychłej katastrofy. W 14 dni potem wezwała mię ta sama matka do rodzeństwa zmarłego dziecka, mianowicie do siostrzyczki, 4-roletniej Stefci K., u której stwierdziłem wyraźne objawy zwiastunów odry.

Ex post zrozumiałem, że nagłą przyczyną śmierci dziecka Stasia K. była również odra, która jednak, nie rozwinąwszy się nawet w postaci charakterystycznych zwiastunów, wywołała tragiczny nawrót kokluszu w formie zapalenia płuc w dawnem ognisku i stała się przyczyną śmierci dziecka kokluszowego a równocześnie przyczyną zakażenia siostry odrą.

Przypadek ten przeniesiony przez czytelnika myślą na teren ochronki, czy szpitala dziecięcego, dojrzewa oczywiście do należytych pod względem infekcyjnym rozmiarów.

Przypadek, przeniesiony myślą na teren kancelaryjno-statystyczny, świadczy jaskrawo o przyczynach powinowactwa cyfr pod rubrykami odry i kokluszu, jakkolwiek często dziecko, podciągnięte pod rubrykę kokluszu, umiera bezpośrednio z powodu odry, a naodwrót, dziecko, podciągnięte pod rubrykę odry, umiera z powodu swojego nawrotu płucnego kokluszowego.

W szpitalu Wilhelminy w Wiedniu wyrazem żelaznej dyscypliny aseptycznej był fakt, że w każdym przypadku zakażenia śródszpitalnego odrą przeprowadzano nadzwyczajnie skrupulatne poszukiwanie źródła zakażenia. Przy wyszkolonym i wydyscyplinowanym personelu lekarsko-pielęgniarskim śledztwo takie z reguły dawało pozytywne, pewne rezultaty.

Niemniej zdarzyło się kilka razy, że przy panującej na mieście w tymże okresie czasu odrze pojawiał się na sali chorych kokluszowych przypadek odry w zwiastunach u dziecka, które dłużej niż 18 dni na oddziale leżało i które z żadnem odrowem dzieckiem nie było w zetknięciu. W możliwość przenoszenia odry za pośrednictwem 3-ej osoby nikt ze znanych mi lekarzy, wychowanych w szkole infekcyjnej Pospischilla, nie wierzył. Szczegółowo przeprowadzone śledztwo wykrywało zawsze fakt, że w okresie 9—18 dni, poprzedzającym zjawienie się objawów zwiastujących odrę u zakażonego dziecka, żadne wprawdzie ze wspólnie z niem przebywających dzieci odry nie przyniosło, że dalej żadne z dzieci nie zostało wypisane do domu, że w razie wypisania śledztwo nie stwierdziło odry, że natomiast w okresie tym jedno dziecko, które kiedyś miało koklusz i z powodu nawrotu przybyło do szpitala, właśnie w tym krytycznym 18-dniowym okresie czasu dość nagle zmarło. Historja choroby, mimo 2-krotnie dziennie skrupulatnie przeprowadzanej wizyty szpatlowej jamy ustnej, obecności plam Koplika ani zapalenia spojówek u agonizującego dziecka nie notowała. A jednak właśnie fakt gwałtownego pogorszenia się stanu płuc dziecka kokluszowego i fakt nagłego zgonu stwierdzał, że dziecko znajdowało się w przededniu nadchodzącego okresu zwiastunowego odry. Mimo braku objawów zwiastunowych było już zakażone odrą i dla otoczenia zaraźliwe. Że tak niewątpliwie było, stwierdzały wywiady, przeprowadzone w rodzinie chorego, gdzie udało się stwierdzić w niektórych razach przypadek korespondującego zakażenia odrowego u rodzeństwa zmarłego dziecka. Fenomen ten był lekarzom tak znany i tak pewny, że ilekroć dziecko kokluszowe, które anamnestycznie odry nie przebyło, przybywało w czasie panującej na mieście odry na ogólną salę chorych i potem nagle wśród objawów płucnych umierało, to jakkolwiek ani badanie kliniczne za życia, ani tembardziej sekcja żadnych cech odry nie stwierdzały, jednak przeprowadzało się z obowiązku w związku z tem zejściem śmiertelnem dziecka szczegółową izolację wszystkich tych dzieci, które na odrę nie chorowały, a razem z niem na sali przebywały.

Jest to przyczynek, wielu lekarzom pedjatrom nieznany, a jednak niezbędny w praktyce aseptyki pedjatrycznej w każdym szpitalu, ochronce, czy w żłobku.

Ten ważny przyczynek do profilacji śródszpitalnej sygnalizowałem w pracy swojej (Pol. Gaz. Lek. Nr. 2, 1928) jako jedno z licznych odkryć mojego szefa Pospischilla.

C. d. n.

Dr. Adam ABDAŃSKI. Lwów.

W sprawie nowego sposobu leczenia pooperacyjnych nieżytów dróg oddechowych.

Z kliniki chirurg. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Jednem z najczęściej zdarzających się powikłań pooperacyjnych jest zapalenie płuc odoskrzelowe, występujące zarówno u operowanych w uśpieniu eterowem jak i u operowanych w znieczuleniu miejscowem. Wynika z tego, że przyczy takiego zapalenia należy szukać nietylko w miejscowem uszkodzeniu dróg oddechowych przez środek wdychiwany, ale też w całym szeregu innych okoliczności ubocznych lub właściwości ustroju osobnika operowanego. Do przyczyn tych należą: Zaburzenia w krążeniu, aspiracja wymiocin, niedostateczne przewietrzenia płuc, upośledzenie ruchów oddechowych wskutek bolu w ranie i t. p. Wszystkie one prowadzą do wzmożonej eksudacji w zakresie błon śluzowych oskrzeli i oskrzelików, a tem samem do objawów nieżytowych. W jednym wypadku objawy te w krótkim czasie ustępują i bez szczególnych zabiegów leczniczych, w innych zaś prowadzą do ciężkich schorzeń płuc, będących — szczególniej w podeszlejszym wieku chorego — najczęstszą i bezpośrednią przyczyną śmierci.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę (Eden) na czynnik nerwowy, jako taki, który powoduje wzmożoną wypocinę w zakresie dróg oddechowych. Szczególnie często ma się to zdarzać u osobników konstytucjonalnie słabych i przy zabiegach w pobliżu nerwu błędnego. Ma wtedy na drodze oddechowej powstawać zaburzenie w krążeniu i surowicze przepojenie części płuc. (Von den Velden). Zjawiska te, potwierdzone też przez innych (Kelling, Mandel, Schneider) mają występować również i wskutek mechanicznego drażnienia otrzewny z wyłączeniem innych szkodliwości (Eden —

Ruef). Łuk odruchowy tego zjawiska nie jest jednak dotąd znany. Tak samo nie wie się jeszcze nic pewnego o wpływie gruczołów dokrewnych na powyższą sprawę (Gauter).

Jakkolwiek zatem duża jest liczba przyczyn pooperacyjnych zapaleń dróg oddechowych, to jednak na pierwszem miejscu należy postawić pary eteru, któryby był naprawdę idealnym środkiem znieczulającym, gdyby w nim się nie kryło niebezpieczeństwo nieżytów dróg oddechowych (cytowane wg. Riedla). Obawa przed tem właśnie powikłaniem pooperacyjnem stworzyła cały szereg środków zapobiegawczych, które miały jużto na drodze mechanicznej (ułożenie głowy chorego) jużto na drodze farmakologicznej (atropina) usunąć je z sal chorych. Środki te jednak częściowo zawiodły tak, że i dzisiaj spotykamy się jeszcze niejednokrotnie z tem powikłaniem, aczkolwiek rzadziej może niż dawniej.

Szczegółowe badania doświadczalne nad działaniem par eteru na drogi oddechowe przeprowadził Popert. Przed nim już Loewitt wstrzykiwał w tym samym celu kilka kropel eteru do żyły szyjnej, albo wkraplał do otwartej tchawicy. Poppert zaś wprowadzał do otwartej tchawicy królika mieszaninę par eteru i powietrza. Królika następnie zabijał a w płucach znachodził przeważnie następujący obraz: płuca przekrwione, częściowo bezpowietrzne, przy ucisku wydzielał się z przekroju płyn krwawo zabarwiony. W tkance płucnej, jako też w opłucnej znachodził wybroczyny krwawe. Badaniem drobnowidowem stwierdził, że bezpowietrzne części płuc są zapadnięte, nigdzie jednak nie mógł wykazać nacieku zapalnego. Natomiast oskrzela były wypełnione czopami śluzu i one, zdaje się, powodowały mechaniczną bezpowietrzność w płucach. Nabłonki oskrzelowe, szczególnie oskrzeli drobniejszych, wykazywały znaczną produkcję śluzu. Wyniki tych doświadczeń zostały ostatnio z pewnemi drobnemi odchyleniami potwierdzone przez Riessa, a wszystkie one świadczą o tem, że anatomo-patologicznie cała sprawa ma swój początek i usadowienie w oskrzelach. Stąd wniosek, że wyleczenie nieżytu oskrzeli może zapobiec następowemu schorzeniu płuc.

W połowie 1925 r. ogłosił Bier w Münch. med. Woch. obszerny artykuł, zawierający niejako jego credo naukowe w stosunku do homeo- i izopatji, reprezentowanych przez Hahnemanna, Schultza i Luxa. Godłem homeopatji jest: *„Similia similibus“*, godłem izopatji *„Aequalia aequalibus curantur“*. Dla łatwiejszego zrozumienia wyrażę się nieco szerzej. Otóż według zapatrywań homeopatów wpływają leki na gojenie się spraw chorobowych nie przez działanie „z grubsza“ na poszczególne narządy, tylko przez ich drażnienie i podniecanie do pewnych czynności, przyśpieszających gojenie się. Drażnienie to i podniecanie ma miejsce — w myśl ich zapatrywań — tylko wtedy, jeżeli do ustroju wprowadzi się odnośne leki w małych dawkach. Wielkie dawki „porażają“ narządy. Dlatego to samo lekarstwo w małej ilości zwiększa czynność narządu a w wielkiej ją hamuje. *Mutatis mutandis* środek, który w większych ilościach działa szkodliwie, w małych dawkach działa leczniczo. Niepodobna wdawać się na tem miejscu w szczegółowe omówienie i naukowe uzasadnienie tych zapatrywań, bardzo dokładnie opisanych przez Biera w cytowanym artykule, opartym na osobistem doświadczeniu i bardzo rozległej literaturze. Sam Bier też w końcu zostawia na boku dociekania teoretyczne a najważniejsze wnioski wyciąga z danych praktycznych, których kilka podaje.

I tak zwraca uwagę przedewszystkiem na siarkę, środek w dawniejszej medycynie rozległe ale w dużych dawkach stosowany i dlatego zdyskredytowany. Działanie siarki na skórę jest powszechnie znane i to zarówno z badań doświadczalnych jak i z obserwacji przewlekłych zatruć siarką; objawia się zaś ono w ostatnim przypadku tworzeniem się owrzodzeń i czyraków na skórze. Stąd wniosek homeopatów, że czyraki i czyraczycę należy leczyć podawaniem małych dawek siarki. Bier, opierając się na tej zasadzie, leczył czyraczycę kołaczykami Stiegelego, zawierającymi po 0.0001 g sulf. jodati, a więc siarkę w dawce „homeopatycznej“.

W dalszym ciągu zwraca uwagę na jod, jako prawie swoisty środek przeciw wszelakiego rodzaju przeziębieniowym nieżytom górnych dróg oddechowych. Jod, zażywany w dawkach większych przez czas dłuższy,, wywołuje nieżyt błon śluzowych nosa, spojówek, tchawicy i t. d., używany zaś w dawkach „homeopatycznych“, wynoszących dziennie jedną kroplę nalewki jodowej, lub roztworu jodu i jodkali w wodzie, zapobiega nieżytom dróg oddechowych a nawet je leczy w początkach. Powyższą metodę podał już przed Bierem w r. 1923 Finck, a jak sam Bier twierdzi, już przed nimi stosowali ten sposób od dawna homeopaci. Następnie wspomina o fizykalnych a od dawna nawet w medycynie ludowej stosowanych środkach przeciw odmrożeniu, którem jest zimno, i przeciw oparzeniu, którem jest gorące powietrze o ciepłocie przeszło 100° C.

A wreszcie — i to nas w tej chwili najbardziej zajmuje — podaje jako „nowy“ środek leczniczy dla pooperacyjnych nieżytów oskrzelowych, wywołanych parami eteru — eter i to w postaci wstrzykiwań domięśniowych. I tu chciałbym odrazu zwrócić uwagę na to, że tak, jak już przed Bierem stosował jod Finck, tak już na szereg lat przed Bierem stosowali eter inni autorowie i to pod postacią wziewań (Machansky) lub wstrzykiwań (Bedö, Audrain), a co najważniejsze, z dobrymi skutkami. Metoda ta ma jednak i swoich przeciwników, chociaż bardzo nielicznych (Oehsenius, Macciotte, König).

Środek powyższy został następnie wypróbowany na klinice Biera przez jego asystenta Riessa. Autor ten stosował eter zarówno w celach zapobiegawczych jak i leczniczych. Wstrzykiwał mianowicie w obu przypadkach domięśniowo po 0.5 ccm eteru, 0.5 ccm oliwy z dodatkiem 1% roztworu psikainy (celem znieczulenia) pro dosi. Wstrzykiwań zapobiegawczych zaniechał jednak szybko, okazały się bowiem nieskutecznemi. Natomiast wstrzykiwania, stosowane już po wystąpieniu nieżytu oskrzeli, zostały uwieńczone zupełnym skutkiem i to w przeciągu jednego do kilku dni, bez stosowania jakichkolwiek środków leczniczych dodatkowych (okłady wysychające, kodeina, bańki itp.). Równie dobre wyniki uzyskał Riess przy stosowaniu eteru w ostrych nieżytach dróg oddechowych po przeziębieniach i w przewlekłym nieżycie oskrzeli bez rozedmy.

W krótki czas potem ogłosił Seidl wyniki badań kontrolnych nad tym środkiem przeprowadzonych na klinice Döderleina. Wstrzykiwał eter w przypadkach zarówno ostrego jak i przewlekłego nieżytu oskrzeli jakoteż w jednym przypadku zapalenia odoskrzelowego płuc. I podczas gdy — zgodnie z wynikami Riessa — wyniki leczenia ostrego nieżytu były zupełnie zadowalniające, leczenie eterem nieżytów przewlekłych nie dało — w przeciwieństwie do wyników Riessa — żadnych rezultatów a wstrzyknięcie dawki eteru w przypadkach zapalenia płuc odoskrzelowego wywołało — również w przeciwieństwie do wyników tegoż autora — tak groźne objawy (sinica, zimne poty, małe nitkowate tętno i wybitna duszność), tak, że autor nie odważył się na dalsze leczenie tego chorego eterem i jaknajusilniej przestrzega przed podobnem leczeniem.

W ciągu ubiegłego roku ogłosili swoje wyniki po stosowaniu eteru Hayward i Schneck. Pierwszy zachęca bardzo do stosowania powyższego środka i radzi go stosować „na szczycie objawów klinicznych“, bo wtedy działa najlepiej i najszybciej. Drugi rozszerza zakres działania eteru i na przypadki zawałów płucnych pochodzenia urazowego, a w nieżycie ostrym radzi znowu stosować eter „zapobiegawczo albo przy najmniejszych oznakach“. Wyniki tego autora (którego artykuł czytałem już po ukończeniu własnych spostrzeżeń) są wprost idealne, gdyż „od 2 i 1/2 lat nie stracił żadnego chorego naskutek powikłań płucnych“, a więc od czasu od kiedy posługuje się powyższą metodą leczenia.

Wobec powyższych doniesień i wielce obiecujących wyników postanowiłem wypróbować wspomniany środek na materjale tut. Kliniki. Naogół leczyłem 24 przypadki, z tego 5 wedle wskazówek Riessa (0.5 ccm eteru, 0.5 oliwy) z tą różnicą, że psikainę zastępowałem 1% roztworem nowokainy. Dodatek oliwy ma na celu opóźnienie wchłaniania eteru, a tem samem przedłużenie czasu jego działania; nowokaina zaś ma znieczulić miejsce wstrzyknięcia (wstrzykiwanie eteru jest bolesne). Według spostrzeżeń Seidla chorzy odczuwali ból mimo obecność środka znieczulającego. Jak się później przekonałem, przyczyną tego jest wadliwa technika. W pozostałych 19 przypadkach stosowałem własną mieszankę o składzie:

Guaiacoli
Camphorae
aa. 1,0
Ol. pini p.
0,5
Mentholi
0,1
Aethér. sulf.
Ol. oliv. steril.
aa. 10,0

Cel środków dodatkowych, zawartych w tej mieszance jest zupełnie zrozumiały ze względu na ich własności odkażające i odwaniające. Z mieszanki tej nabierałem do strzykawki 1 ccm, osobno dodawałem 0.5 ccm 1% wodnego roztworu nowokainy i wstrzykiwałem całą tę mieszaninę w m. czworogłowy uda po uprzedniem wkłuciu igły prostopadle do przedniej jego powierzch-

ni. Wskutek pionowego ustawienia strzykawki oleista zawiesina, gatunkowo od nowokainy lżejsza, znajdowała się nad nią tak, że pod ciśnieniem tłoka dostawała się do tkanki naprzód nowokaina i ją znieczulała. W chwili, kiedy do ujścia strzykawki zbliżała się dolna powierzchnia zawiesiny oleistej, przerywałem na chwilę nacisk na tłok a po $^1/_2$ minucie wstrzykiwałem ją zupełnie bezboleśnie. W czasie doświadczenia tej metody przekonałem się również że w przypadkach nieżytów, połączonych z wysoką ciepłotą i nieznośnemi dla chorego objawami podmiotowemi, należy przez pierwsze 2—3 dni stosować 2 razy dziennie po 1 ccm mieszanki (S e i d l i i. polecją tylko raz), zresztą proszą o to — szczególnie pod wieczór — sami chorzy, gdyż czują się wówczas w nocy znacznie lepiej i przedmiotowo stan ich ulega szybkiej i gruntowniejszej poprawie. We wszystkich przypadkach stosowałem wyłącznie ten sposób leczenia conajwyżej z dodatkiem okładów wysychających a z pominięciem wszystkich innych środków.

Wśród chorych, leczonych eterem, było z rozpoznaniem hernia inguin. 3, hernia fem. lib. 2, hernia fem. inc. 1, ulc. duod. 5, gangr. pedis 1, coxa vara 1, struma 3, hernia umbilic. 1, sublux. coxae 1, genu recurv. 1, ca. mammae 3, tumor scapulae 1, neopl. cocci 1, — z tego zaś w wieku od lat 14—20 było 4, od 20—30 — 5, od 30—40 — 6, od 50—60 — 4, powyżej 60 — 2.

Przy zestawianiu powyższych spostrzeżeń podzieliłem tych chorych ze względów dydaktycznych na 3 grupy:

Pierwsza obejmuje 19 przypadków, wyleczonych eterem z poop. nieżytu oskrzeli, w tem 14 po uśpieniu eterowem, 2 po znieczuleniu miejscowem, 3 po używanem w naszej klinice uśpieniu kombinowanem wg. H i l a r o w i c z a-S z a j n y (somnifen-uretan magn. sulf. z dodatkiem eteru), które według moich spostrzeżeń daje znikomą ilość nieżytów wogóle; te zaś, które leczyłem miały przebieg i charakter bardzo łagodny.

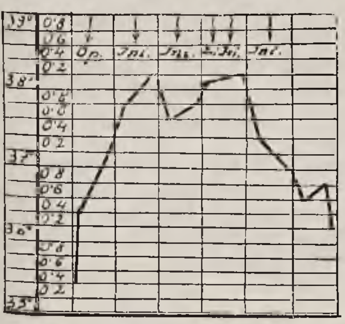
Druga obejmuje 2 przypadki ostrego tudzież 1 przewlekłego poop. nieżytu oskrzeli, których leczenie eterem nie dało rezultatu.

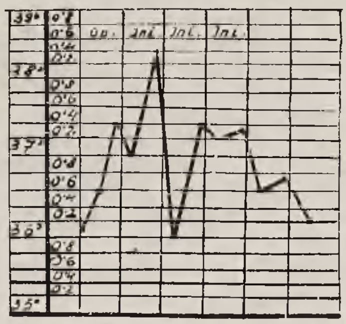
Trzecia zaś 2 przypadki, w których już nazajutrz przerwano leczenie eterem z przyczyn, jak niżej.

Odoskrzelowego zapalenia płuc nie leczyłem w powyższy sposób, nie chcąc się narazić na ewent. przykre następstwa, jak je opisał S e i d l.

Chorzy pierwszej grupy przedstawiali naogół podobny obraz kliniczny: w jeden do kilku dni po operacji zwyżka ciepłoty, kaszel, skąpa plwocina, szmery oddechowe zaostrzone, świsty, furczenia nad powierzchnią płuc. Leczenie rozpoczynałem z chwilą wystąpienia pierwszych objawów (szczegół ten podkreślam) wstrzyknięciem 1 ccm mieszanki eterowej, które powtarzałem u chorych z cięższym nieżytem jeszcze raz tego samego dnia wieczorem. Wszyscy mniejwięcej chorzy już w 5—15 minut (niektórzy później) po wstrzyknięciu podają zgodnie, że lżej im oddechać, że oddech ma woń przyjemniejszą, podobną do zapachu żywicy i że podrażnienie do kaszlu znacznie zmalało. Kaszel się zmniejsza wzgl. ustaje, chorzy odpluwają łatwiej i obficiej a ciepłota opada albo nazajutrz albo w najbliższych 1—2 dniach. Oczywista, że dane powyższe wahają się w nieznacznych granicach, zależnie od indywidualności chorych.

Dla przykładu załączam charakterystyczniejsze krzywe gorączkowe:





W 2 przypadkach ostrego poop. nieżytu oskrzeli, których nie udało się wyleczyć wstrzykiwaniami mieszanki eterowej, przyszło niestety do odoskrzelowego zapalenia płuc. Na tej podstawie wnioskuję, że wartość zapobiegawcza mieszanki eterowej jest żadna lub conajmniej mała. W przypadku zaś nieżytu przewlekłego oskrzeli stwierdziłem po zastosowaniu mieszanki raczej pogorszenie niż korzyść.

Odnośnie zaś do przypadków trzeciej grupy nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że w jednym z nich *(hernia fem. incarc.)* wystąpiła nazajutrz po wstrzyknięciu pokrzywka na twarzy i wyprostnej stronie kończyn. Najprawdopodobniej mieliśmy tu do czynienia z idjosynkrazją do eteru, chociaż nie można zupełnie wykluczyć możliwości zatrucia enterogennego (zastój treści jelitowej). W drugim przypadku, operowanym w znieczuleniu Roussiela *(resectio ventric. m.* R y d y g i e r), w którem stwierdzono też nacieczenie szczytów płucnych, nastąpiło po mieszance eter. gwałtowne i znaczne pogorszenie (ciepłota, rzężenia). U obu powyższych chorych przerwano natychmiast leczenie mieszanką. Opierając się na tem spostrzeżeniu muszę przestrzec przed stosowaniem mieszanki eterowej w przypadkach gruźliczego schorzenia płuc.

Mógłby ktoś zarzucić, że nieżyty pooperacyjne leczyło się i leczy równie dobrze bez zastrzyków eteru. Słusznie — ale przecie nierównie łatwiej i prościej jest wykonać wstrzyknięcie w mięsień czworogłowy uda niż np. postawić bańki lub założyć okład wysychający na kl. piersiową po operacji na niej, szczególnie wtedy, jeżeli jest częściowo lub w całości pokryta opaskami. Pozatem jest przeciwwskazane doustne podawanie leków *(natr. benz., ipec.) np.* w pierwszych dniach po operacjach na przewodzie pokarmowym ze względu na łatwość, z jaką ci chorzy wymiotują a samo sadzanie i obracanie chorych przy stawianiu baniek znoszą chorzy operowani daleko gorzej ze względu na bóle w ranie niż ukłucie przy wstrzykiwaniu.

Z e s t a w i e n i e:

W mieszance eterowej możemy mieć wartościowy środek dla leczenia ostrego pooperacyjnego nieżytu oskrzeli.

Zabieg sam cechuje prostota i brak jakichkolwiek niebezpiecznych objawów ubocznych.

Wstrzykiwać należy 1—2 razy dziennie po 1—$1^1/_2$ ccm mieszanki z dodatkiem 0.5 ccm 1% wodnego roztworu nowokainy w sposób wyżej opisany.

W s k a z a n i a i p r z e c i w w s k a z a n i a:

W myśl powyższych spostrzeżeń nadają się do leczenia mieszanką eterową ostre nieżyty górnych dróg oddechowych, natomiast przestrzec należy przed stosowaniem jej w przypadkach zapalenia płuc odoskrzelowego (S e i d e l) dalej nieżytów oskrzeli przewlekłych i katarów szczytów płucnych.

Piśmiennictwo.

B e d ö: Ztschr. f. Kinderheilk. 1923, 35. — B i e r: M. m. W. 1925, 18, 19. — E d e n: Arch. f. Klin. Chir. 1924, Vol. 133. — H. F e a t h e r s t o n e: The British Journ. of Surg. Vol. XII, 1924/25. G e n o e s e: Policlinico 1922, 34. — H a y w a r d: Zentralbl. f. Chir. 1928, 40. — K o r t e: D. m. W. 1909. — O c h s e n i u s: Monatsschr. f. Kinderh. 24. — P o p p e r t: D. Ztschr. f. Chir. T. 67, 1902. R i e s s: M. m. W. 1925, 19. — S c h n e c k: Ztrbl. f. Chir. z. 29/XII, 1928. — S e i d l: M. m. W. 1926, 3.

A. ŁAWRYNOWICZ i Z. CZYŻEWSKA. Warszawa.

Anatoksyna paciorkowcowa w praktyce szczepień ochronnych przeciwpłoniczych.

(Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy).

Próby wykorzystania anatoksyny paciorkowca płoniczego do szczepień ochronnych przeciwpłoniczych datują się od r. 1925. Z o e l l e r oraz B r o k m a n, H i r s z f e l d o w a, M a y z n e r i P r z e s m y c k i szczepienia te wykonywali stosując nieduże, stosunkowo, dawki anatoksyny. Z o e l l e r, stosując 1.500—2.000 jednostek (dawek skórnych) anatoksyny stwierdził jej własności antygenne oraz B r o k m a n, H i r s z f e l d o w a, M a y z n e r, P r z e s m y c k i szczepiąc 44 dzieci dawką 500 i 1000 jednostek anatoksyny (odczyn ogólny nie występował, miejscowy lekki zaledwo w kilku przypadkach) otrzymali uodpornienie u 34.

S m i t h, stosując anatoksynę, otrzymał uodpornienie w 43 do 56% swoich spostrzeżeń; odczyn na zastrzyknięcie był słaby.

Z e l i k i n a i K u r y c y n a, stosując rozmaite dawki anatoksyny u 100 dzieci w 2 tygodnie po 2-ch zastrzyknięciach otrzymały 80% uodpornionych, 13% z wrażliwością obniżoną i 7% osób u których odczyn Dicka po szczepieniach nie uległ zmianie. Odczyn na wprowadzenie anatoksyny był bardzo słabo zaznaczony. Dawkowanie najodporniejsze 4500 jednostek dla pierwszego i 30.000 jednostek dla drugiego zastrzyknięcia.

W dużych dawkach do 5000 jednostek z dobrym wynikiem L a r s o n, H u e n e k e n s i C o l b y stosowali toksynę pozbawioną toksyczności, przez dodanie rycinianu sodowego. % uodpornionych wahał się od 60.5% do 97%.

Większym materjałem rozporządzali C e l a r e k i S p a r r o w (1927 r.) szczepiąc 201 dzieci (przeważnie z przytułków) o rozmaitej wrażliwości. W wyniku spostrzeżeń dokonanych autorzy przy-

szli do wniosku, że zastosowana jednokrotnie w dużych dawkach (do 20—40.000 jednostek) anatoksyna płonicza stanowi antygen dający jaknajlepszy efekt uodporniający. Zastosowanie jednokrotne 1 cm sz. (20.000 jedn.) już po 7 dniach dawało 68% uodpornionych i 15% z wrażliwością osłabioną (poprzednio wrażliwych); po 14 dniach stwierdzono 79% uodpornionych; po 4 tygodniach odsetek uodpornionych pozostawał bez zmiany. Stosując w nieuodpornionych po 4 tygodniach drugie zastrzyknięcie anatoksyny w ilości 2 cm sz. (40.000 jedn.) otrzymali autorzy w 2 tygodnie później 88% uodpornionych.

Wybitne znaczenie praktyczne danych tych polegało przedewszystkiem na organizacyjnem ułatwieniu szczepień przez ograniczenie zastrzyknięć do jednego oraz przez umożliwienie stosowania znacznie większych dawek antygenu (do 20.000 jednostek w 1 cm³) bez znacznego odczynu ustroju. Stan odporności antytoksycznej występował niezwykle szybko (już po 7 dniach).

Odczyn ustroju na zastrzyknięcie anatoksyny paciorkowca płoniczego, naogół zwykle słabo zaznaczony, może jednakże w przypadkach wyjątkowych, występować w postaci bardzo wybitnej. Przykład takiego odczynu, posiadający całkowity obraz kliniczny intoksykacji jadem paciorkowca płoniczego podaje J. Fritz po powtórnem zastrzyknięciu anatoksyny (2cm sz. = 40.000 jednostek skórnych) w 12 dni po pierwszem zastrzyknięciu (1 cm sz.), które spowodowało tylko zwykły odczyn miejscowy.

Organizując na wiosnę r. 1928 w porozumieniu z sekcja Higjeny Szkolnej m. Warszawy (Kierownik Dr. M. Roszkowski) i w jesieni tegoż roku w barakach dla bezdomnych (lekarz sanitarny Dr. F. Brodzka) szczepienia ochronne przeciwpłonicze, wychodziliśmy, na podstawie naszego poprzedniego doświadczenia (Ławrynowicz, Hirszfeld i Ławrynowicz), z założenia, że szczepionka winna stanowić antygen możliwie wszechstronnie działający o możliwie małej toksyczności. Przyjęliśmy wobec tego za podstawę schemat Gabryczewskiego (toksyna + paciorkowce) w postaci sporządzanej przez Państwowy Zakład Higjeny szczepionki — anatoksyna paciorkowca płoniczego, zawierająca 20.000 jednostek w 1 cm sz. + paciorkowce płonicze — 100 miljonów w 1 cm sz.

Po poprzedniem wykonaniu odczynu Dick'a zaszczepiliśmy 944 dzieci wrażliwych, stosując 2 zastrzyknięcia — 1 cm sz. i w tydzień później 2 cm sz. szczepionki powyższej, co stanowiło razem 60.000 jednostek anatoksyny. (Odczynów Dick'a wykonano 3066, jedno szczepienie u 379 osób). Stosowanie szczepionki dawało naogół odczyn słaby. Odczyn miejscowy w przypadkach poszczególnych występował bardzo wybitnie, odczynów ogólnych większych prawie nie spotykaliśmy — podniesienie t° 0.5—1.0° spostrzegano w 15—20%; objawy toksyczne (wymioty, wysypka, t° do 39°) dały nie więcej niż 10 przypadków.

Odczyn na zastosowanie zawiesiny paciorkowców w anatoksynie jest znacznie mniejszy, aniżeli na stosowanie używanych poprzednio szczepionek; zwłaszcza wyraźnie występuje to jeśli się weźmie pod uwagę, że obecnie stosowana dawka antygenu jest 20—40 razy większa od poprzednio stosowanej.

Liczb dokładnych, charakteryzujących odczyn po zastosowaniu anatoksyny ze względu na charakter materjału, na którym szczepień dokonano (dzieci szkolne i dzieci w przychodni), przedstawić nie możemy.

Z zaszczepionych 2-krotnie 944 dzieci ze względu na trudności organizacyjne część tylko mogliśmy poddać badaniu kontrolnego odczynu Dick'a w różnych odstępach czasu po ukończeniu szczepień.

Wyniki tych spostrzeżeń przedstawia tabl. I., obejmująca wyniki kontrolnego odczynu Dick'a u 254 dzieci. Ze względu na trudności organizacyjne każde dziecko mogliśmy zbadać *tylko jednokrotnie*, powtórnych sprawdzeń odczynu Dick'a nie wykonaliśmy i materjałem dla charakterystyki jego wahań nie rozporządzamy.

Czas który upłynął od II szczepienia do kontrolnego Dick'a	Uodpornionych osób	Z osłabioną wrażliwością osób	Wrażliwość bez zmiany	Zwiększona wrażliwość osób	Razem osób
1 miesiąc	21 (33,3%)	20 (31,7%)	20 (31,7%)	2 (3,2%)	63
3 miesiące	30 (44,1%)	16 (23,5%)	18 (26,5%)	4 (5,9%)	68
4 miesiące	3	7	6	1	17
5 miesięcy i więcej	51 (48,0%)	40 (37,7%)	9 (8,5%)	6 (5,7%)	106
Razem	105	83	53	13	254

Wynik uodpornienia sprawdzany był u dzieci w miesiąc, 2, 3, 4 i 5 miesięcy po szczepieniach w zależności od właściwości i możliwości danego środowiska. Mimo że materjał nasz nie jest wystarczający do wyciągnięcia wniosków ostatecznych, podajemy go, układając grupy według czasu jaki upłynął od momentu wykonania drugiego zastrzyknięcia anatoksyny.

Tablica wskazuje, że stosunek odsetkowy osób uodpornionych z każdym miesiącem zwiększa się; w miesiąc po szczepieniach mieliśmy 33.3% uodpornionych, po 2 miesiącach — 44.1%, po 5-ciu miesiącach — 48%. Dane te nie zgadzają się z podanemi wyżej wynikami Celarka i Sparrow, którzy w 14 dni po jednokrotnem zastrzyknięciu 1 cm sz. (= 20.000 jednostek) anatoksyny mieli 79% uodpornionych. Przypuszczać należy, że wartość uodperniająca (antygenna) poszczególnych seryj anatoksyny nie jest jednakowa i wyniki otrzymywane w związku z tem mogą wypadać rozmaicie. Gdyby dalsze dokładne spostrzeżenia fakt ten potwierdziły — obniżałoby to wartość anatoksyny paciorkowca płoniczego jako typu szczepionki.

Po za grupą osób uodpornionych całkowicie mamy dość znaczną grupę osób z obniżoną po uodpornieniu wrażliwością na toksynę paciorkowca płoniczego — słabszy odczyn Dick'a. Nie jesteśmy bynajmniej skłonni przeceniać tej grupy wyników kontrolnego odczynu Dick'a ze względu na liczne zastrzeżenia jakie ona napotyka. Jednakże, biorąc pod uwagę, że grupa ta jest liczbowo dość znaczna, że ma ona tendencję do powiększania się (po miesiącu 31.7%, po 5 mies. 37.7%), skłonni jesteśmy uważać, że mimo pewnych zastrzeżeń świadczyć ona może o częściowem uodpornieniu. Grupa osób u których odczyn Dick'a pozostaje bez zmiany (wrażliwość zachowuje się) z biegiem czasu ulega znacznemu obniżeniu — po miesiącu 31,7%, po 5 miesiącach — 8.5%.

Całość liczb podanych świadczy niewątpliwie o wartości uodporniającej szczepionki, zawierającej anatoksynę paciorkowca płoniczego. Szybkość uodpornienia jest jednakże znacznie wolniejsza, niż to wypadło w początkowych spostrzeżeniach Celarka i Sparrow, którzy po tygodniu mieli 68% uodpornionych. Materjał nasz uzasadnia również potrzebę stosowania dwóch zastrzyknięć anatoksyny w celu otrzymania stanu odporności w warunkach szczepień masowych. Wyniki przez nas otrzymane po 2 ch zastrzyknięciach były nawet niższe, niż po 1-em zastrzyknięciu w spostrzeżeniach Celarka i Sparrow.

Podział wyników szczepienia według grup wieku nie dał możności wyciągnięcia wniosków praktycznych.

Jeśli porównamy teraz wyniki szczepień oryginalną metodą Dick'ów (toksyna paciorkowca płoniczego trzykrotnie zastrzykiwana razem 3500 jednostek skórnych) z wynikami wyżej podanemi, to okaże się, że po szczepieniach metodą Dick'ów mieliśmy 20.4% uodpornionych, 22.1% z osłabioną wrażliwością i 25.5% nieuodpornionych. Wyniki naszej obecnej akcji szczepień anatoksyną z paciorkowcami płoniczemi wypadają znacznie lepiej, dając liczbę uodpornionych do 48%, z osłabioną odpornością — 37.7%, oraz nieuodpornionych (w 5 mies. po szczepieniu) — 8.5%.

Ze względu na szczupłość materjału, którym rozporządzaliśmy wyniki te mają wartość wyłącznie orjentacyjną.

Wnioski: 1. Stosowanie szczepionki w postaci anatoksyny z paciorkowcami płoniczemi (20.000 jednostek + 100 miljon. paciork. w 1 cm sz.) daje odczyn miejscowy i ogólny słabo zaznaczony.

2. Szczepionkę stosować należy dwukrotnie 1 cm sz. i 2 cm sz. w odstępie tygodniowym (razem 60.000 jednostek).

3. Odsetek uodpornionych (mierzony odczynem Dick'a) po szczepieniu stanowi 33.3% w miesiąc po wykonaniu szczepień, 44.1% w 3 miesiące i 48% — w 5 miesięcy.

4. Stan odporności (mierzony odczynem Dick'a) po zastosowaniu szczepionki w postaci anatoksyny z paciorkowcami płoniczemi daje się otrzymać u większego odsetku szczepionych niż po stosowaniu oryginalnej metodyki Dick'ów w jej pierwotnej modyfikacji (toksyna paciorkowca płoniczego — 3500 jednostek).

Piśmiennictwo.

1. Brokman, Hirszfeldowa, Mayzner, Przesmycki: W. Cz. L. 1925, Nr. 11. — 2. Celarek i Sparrow: Pedjatrja Polska T. VII, z. 4, 1927. — 3. Hirszfeld i Ławrynowicz: P. G. L. 1928, Nr. 22. — 4. J. Fritz: Praktyka Lekarska 1929, s. 12 (dodatek do Polsk. Gaz. Lek.). — 5. Larson, Huenekens a Colby: Journ. of Americ. Medic. Assoc. 3. IV. 1926, według Zoeller'a Pr. Med. 1926, s. 1506). — 6. Ławrynowicz: P. G. L. 1926, Nr. 52. — 7. Smith: Brit. Journ. Exper. Pathol. IX. 1928 (według Bull. Past. 1928, str. 648). — 8. Zoeller: C. R. S. B. 1925, T. 92, s. 244; T. 93, s. 946, Pr. Med. 1926, s. 1506. — 9. Zelikina i Kuricyna: Mikrobiolog. Żurnał, T. VI, z. 1—2, 1928 r.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Emil MICHAŁOWSKI. Lwów.

Przypadek askarjazy woreczka żółciowego.

Z kliniki chirurg. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Schorzenia dróg żółciowych wywołane obecnością w nich glist ludzkich nie są zbyt rzadkie. Jeżeli jednak chodzi o pęcherzyk żółciowy, to przypadki znalezienia w nim glist spotyka się już o wiele rzadziej w piśmiennictwie.

Rozwój glist ludzkich jest rzeczą znaną, nie będę się więc nad nim rozwodzić, przypomnę tylko charakterystyczną, podnoszoną przez wszystkich autorów cechę glist, a mianowicie ich wielką zdolność do wędrówki. Tą właśnie cechą tłumaczyć sobie możemy ich rzadką wprawdzie, lecz spotykaną obecność w drogach żółciowych, a nawet w pęcherzyku żółciowym.

W klinice chirurgicznej lwowskiej mieliśmy sposobność obserwować przypadek askarjazy woreczka żółciowego.

X. Y., kobieta lat 28, żona kupca cierpi od 10 lat na bóle o charakterze kolkowym w podżebrzu prawem. Bóle te promieniujące ku górze i ku tyłowi występowały początkowo rzadko, następnie coraz częściej, wreszcie zaczęły się pojawiać pomiędzy napadami bóle stałe ciągnące o umiejscowieniu tem samem. Chora wspominała, że zauważyła kilkakrotnie żółtaczkę, która jednak ustępowała dość szybko. Spadła również znacznie na wadze. Stan obecny: Chora znacznie wychudzona, skóra o lekkim odcieniu żółtaczkowym. Zmian w narządzie klatki piersiowej nie znaleziono. Wątroba nieco powiększona, dolny jej brzeg macalny i bolesny. Przyśrodkowo od linji sutkowej prawej wyczuwało się bardzo bolesny, nie dający się ściśle odgraniczyć opór. Temperatura w czasie przyjęcia chorej normalna. Chorej podano dożylnie 3 g tetragnostu (Merck) w 50 cm³ wody destylowanej. Na zdjęciu roentgenowskiem zarysów woreczka nie wykazano. Rozpoznanie: *Cholelithiasis.*

W znieczuleniu Roussiel'a cięciem wzdłuż łuku żebrowego prawego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono: woreczek żółciowy znacznie powiększony, nienapięty, niezrośnięty z otoczeniem. Ściana woreczka niezgrubiała, surowicówka niezmieniona. Przewód żółciowy wspólny rozszerzony. Przy obmacywaniu woreczka stwierdzono wewnątrz glistę. Woreczek wraz z glistą usunięto.

W dwa dni po zabiegu wystąpiły u chorej nudności i bole w podżebrzu prawem. Podano wówczas santoninę z kalomelem. Wśród wymiotów odeszło kilka glist, poczem bóle ustąpiły.

W przebiegu pooperacyjnym uderzał mimo szybkiego gojenia się rany przez rychłozrost stan ogólny ciężki, apatja i silne osłabienie. W 14 dni po zabiegu chora opuszcza klinikę. W miesiąc po zabiegu chora donosi, że bóle w podżebrzu prawem występują jeszcze od czasu do czasu, miewa przytem często nudności i wymioty. Pozatem skarży się na częste bole głowy.

Podobne przypadki askarjazy woreczka żółciowego zostały zebrane i opisane przez Charlesa B r u c e'a w Archivs of Surgery z sierpnia 1928.

Przy zestawianiu objawów chorobowych w opisanych dotychczas przypadkach askarjazy woreczka żółciowego, na pierwszy plan wysuwa się zapalenie tego woreczka, wywołane najprawdopodobniej przez drażnienie mechaniczne, a być może i przez ciała toksyczne produkowane przez glistę. Zapalenie to posuwając się wzdłuż przewodów ku wątrobie może spowodować powstawanie w niej ropni, jak to miało miejsce w wypadku T y a n'a cytowanym przez B r u c e'a i w wypadku podanym przez N o w i c k i e g o. Powstawanie tych ropni odnoszą autorowie również do ciał toksycznych wydzielanych przez glisty, względnie do równoczesnej wtórnej infekcji. Wspomnieć należy że w ropniach tych znajdowano resztki pasożytów. Powikłanie to, jak również rozległe zapalenie przewodów żółciowych ma być szczególnie częste przy obecności glist w przewodzie wątrobowym wspólnym i w jego większych odgałęzieniach (N e u g e b a u e r Zentrblatt f. Chirurgie 1924). Na tle zapalenia ściany woreczka wywołanem przez glisty, mogą wystąpić znaczne owrzodzenia, w następstwie których przyjść może do przebicia ściany woreczka i zapalenia otrzewnej (N o r d m a n- K i r s c h n e r Chirurgie).

Drugim objawem występującym dość często jest żółtaczka, którą odnieść można do chwilowego zatkania przewodów wątrobowych przez wędrujące glisty. Charakterystycznem też jest, że żółtaczka ta ustępuje dość szybko. Do wystąpienia żółtaczki przyczynić się może w znacznej mierze zapalenie dróg wątrobowych wywołane obecnością w nich glist.

Jako jeden z objawów dość charakterystycznych podnieść należy stan ogólny ciężki, robiący wrażenie zatrucia organizmu. Na stan ten, który jak wyżej wspomniałem mieliśmy sposobność obserwować i u naszej chorej, wielu autorów zwraca uwagę, odnosząc go do ciał trujących, znalezionych w wyciągach z pasorzyta. W przypadkach zaś askarjazy dróg żółciowych zwykle stwierdza się wielką obfitość glist w przewodzie pokarmowym (B r u c e, T v i l e s, E b e r l e, B u t t, T u y a u).

Jak widać z powyższego zestawienia objawów żaden z nich nie może być uważany za swoisty dla askarjazy woreczka żółciowego. Co najwyżej w danym przypadku, przy objawach ze strony pęcherzyka żółciowego i przy równoczesnem znalezieniu glist albo ich jajek w wymiocinach względnie stolcach chorego, można przypuszczać, że powodem objawów są właśnie glisty.

To też wszyscy autorowie zgodnie zaznaczają, że ścisłe rozpoznanie jest niemożliwe. Wszystkie przypadki zebrane przez B r u c e'a, jak również przypadek wyżej opisany, były operowane jako kamica powikłana stanem zapalnym.

Przy rozpoznaniu różniczkowem między kamicą a askarjazą woreczka, wiek poniżej lat 20 ma przemawiać według V i e r o r d t a raczej za askarjazą. Jak wynika jednak z przeglądu piśmiennictwa wiek chorych u których stwierdzono glisty w woreczku żółciowym, wahał się pomiędzy 9 – 74 rokiem życia (B r u c e).

O tem w jaki sposób glisty z przewodu pokarmowego dostają się do dróg żółciowych nic pewnego powiedzieć nie można. Jeżeli się jednak weźmie pod uwagę charakterystyczną dla glist zdolność wędrowania, to najprawdopodobniej już dojrzałe glisty wędrują przez dwunastnicę do przewodu wątrobowego wspólnego.

Uwagi godny jest stosunek askarjazy dróg żółciowych do kamicy. N e u g e b a u e r stoi na stanowisku, że kamica żółciowa sprzyja dostawaniu się glist do dróg żółciowych, powołując się na H o r t o l o m e i, który na 61 obserwowanych przypadków askarjazy dróg żółciowych znalazł w 60% równocześnie kamicę. Glisty mogą być również powodem kamicy (K ö r t e). Niejednokrotnie znachodzono glisty jako jądra kamieni żółciowych, jak to miało miejsce w przypadkach opisanych przez G e m m e r i c h a i M i y a k e.

Jako zabiegi operacyjne w wypadkach o których mowa stosowano cholecystotomję lub zupełne usunięcie woreczka. Jeżeli chodzi o zabieg pierwszy to wydaje się on być racjonalny w wypadkach, kiedy poza obecnością glist nie stwierdza się ani zmian zapalnych ani kamicy woreczka żółciowego. Z drugiej strony jednak zauważyć należy, że wobec możliwej obecności jajek pasorzyta w woreczku, może nastąpić nawrót choroby. Toteż wielu autorów uważa za bardziej racjonalne i właściwe usunięcie woreczka szczególnie przy zmianach zapalnych w jego ścianie. Leczenie zaś pooperacyjne polega na podawaniu santoniny celem doszczętnego usunięcia glist z przewodu pokarmowego.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kalisz.

Kilka uwag na podstawie spostrzeganego przypadku raka esicy u 16-to letniego chłopca.

W nowszem piśmiennictwie lekarskiem omawiającem statystyki złośliwych nowotworów, poczęto zwracać uwagę na częstość występywania raka w wieku młodocianym. Dawniejsze poglądy, uważające raka za chorobę wyłącznie wieku podeszłego, uległy zmianie. Niewątpliwie dotychczasowe statystyki stwierdzają, że rak jest częstszy po 40-tym roku życia, z drugiej strony nie jest tak rzadki u ludzi znacznie młodszych, abyśmy go wykluczali z kręgu dociekań rozpoznawczych z przyczyny młodocianego wieku naszych chorych.

Podana w krótkości historja choroby przypadku, spostrzeganego przeze mnie, wymownie popiera powyżej wyrażone zdanie. Chory H. K., lat 16, wyznania mojżeszowego przyjęty został na oddział chirurgiczny dnia 28 listopada 1927.

W y w i a d: ojciec żyje, matka zmarła w 38 roku życia z powodu raka sutka, operowaną nie była, siostra jest zdrowa ma lat 22, pozatem wywiady rodzinne nie przedstawiają godnych uwagi szczegółów. Chory czuł się na ogół aż do wystąpienia objawów obecnej choroby zdrowym, rozwijał się normalnie, nie przechodził chorób wieku dziecięcego i zakaźnych. Początki obecnej choroby, objawiające się jako kruczenia jelit (początkowo niebolesne) chory zauważył w lutym 1927. W czerwcu kruczenia występowały w łączności ze stawianiem się jelit oraz pojawiło się uporczywe zaparcie stolca, pojawił się brak apetytu i utrata wagi ciała. W lipcu wystąpiło zaparcie stolca, trwające, jak chory podaje, około 3 tygodnie, środki przeczyszczające, podawane doustnie, nie działały, dopiero liczne wlewania z oliwy, wody mydlanej itd., zalecone przez lekarza, spowodowały oddanie stolca, od tego czasu stolce były tylko po codziennych lewatywach. Wraz z kruczeniem

jelit pojawiły się coraz częstsze bóle, początkowo w prawej dolnej części brzucha, później w całym brzuchu.

Stan obecny: Młodzieniec wysokiego wzrostu, smukłej postaci, o dość silnej budowie kośćca. Skóra i widoczne od zewnątrz śluzówki są bardzo blade, podściółka tłuszczowa jest w silnym zaniku. Narządy głowy, szyi, klatki piersiowej zmian chorobowych nie wykazują.

Brzuch: Obmacaniem stwierdza się na wysokości wyrostka kolczastego prawego talerza kości biodrowej twardy opór, opór ten jest rozmiarów mandarynki, o nierównej powierzchni, postaci jego nie można dokładnie oznaczyć, przy ruchach oddechowych jest nieznacznie ruchomy, natomiast wykazuje przy ugniataniu dość znaczną ruchomość i przesuwalność ku lewej stronie brzucha. Ucisk na okolicę wyczuwanego oporu jest bolesny. W czasie badania wystąpiły bardzo żywe ruchy robaczkowe jelit, spotęgowały się one do stawiania się pętli jelitowych widocznego głównie po lewej stronie brzucha. Po ustąpieniu stawiania się jelit nie można było stwierdzić bardzo wyraźnie wyczuwalnego przedtem oporu, natomiast wyczuwał się opór w okolicy lewego talerza biodrowego, jakkolwiek mniej wyraźnie, niż opór poprzednio opisany, to jednak w swym charakterze do niego podobny, tak, że można było wyrazić przypuszczenie w kierunku identyczności obu zmian. Poza tem obmacywaniem nie stwierdzono nienormalnych oporów lub punktów bolesnych. Wypuk nad całym brzuchem jest wysoko bębenkowy, lekko przytłumiony nad wyczuwalnym oporem. Gruczoły pachwinowe wyczuwają się twardo, nie są powiększone. *Per rectum* zmian chorobowych nie stwierdza się.

Prześwietlenie Roentgenem, wykonane kilkakrotnie bezpośrednio przed przybyciem chorego do szpitala, wskazywało na istnienie przewężenia esicy.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Przewlekłe przewężenie esicy, spowodowane guzowatym naciekiem.

Dnia 2. XII. 1927 wykonałem w uśpieniu eterowem zabieg operacyjny. Po otwarciu jamy brzusznej przez cięcie powłok w linji środkowej poniżej pępka wylała się nieznaczna ilość płynu przeźroczystego, bursztynowo-żółtego. W okolicy początkowej części esicy można było stwierdzić przewężenie, obejmujące pierścieniowato cały jej obwód. W miejscu przewężenia ściana esicy była zgrubiała, chrzęstne-twarda, pojedyncze warstwy ścian jelita i same ściany w stosunku do siebie nie były między palcami przesuwalne. Ten pierścieniowaty naciek gubił się bez wyraźnego ograniczenia w kierunku doustnym i końcowym esicy, która była tak powyżej, jak poniżej nacieku, silnie wzdętą. Omawiane zmiany przypominały mutando-mutandis klepsydrowate przewężenie żołądka, spotykane przy wrzodzie okrągłym, podobieństwo to było tem charakterystyczniejsze, że ściany jelita były tak poniżej, jak powyżej zwężenia, znacznie zgrubiałe, dzięki przerostowi mięśniówki, oraz wzdęte do rozmiarów żołądka. Rozszerzenie okrężnicy i olbrzymi przerost jej ścian sięgał w kierunku doustnym aż po ujście wątrobowe. Światło esicy w miejscu jej przewężenia nie przepuszczało nawet jednego palca. Gruczoły krezki były powiększone, twarde, również w sieci stwierdzono liczne twarde guzki. Krezka esicy była długą i zezwalała na jej rozległą ruchomość. Wobec podejrzenia, że zmiany opisane są nowotworowemi o złośliwym charakterze i ze względu, że przy opisanym stanie inny zabieg był niemożliwy wykonano założenie stałej przetoki kiszki ślepej, wycięto cząstkę guza, gruczoł krezki i guzki sieci dla zbadania drobnowidowego.

Cięcie w linji środkowej zamknięto szwem warstwowym na głucho. Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał nic godnego uwagi. Wiatry i stolce odchodziły dobrze przez założoną przetokę, charłactwo postępowało w szybkiem tempie, bólów chory nie odczuwał, czuł się tylko coraz bardziej osłabiony. Zejście śmiertelne nastąpiło dnia 2. I. 1928.

Wynik badania wyciętych guzków, wykonany w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu we Lwowie brzmiał: „W preparacie z guzka sieci stwierdza się, co następuje: Wśród tkanki tłuszczowej stwierdza się ogniska, złożone z komórek oddzielnie względem siebie poukładanych, ułożeniem względem siebie niekiedy przypominających cewki gruczołowe. Komórki te mają najbardziej charakter komórek nabłonkowych. Pierwoszcze tych komórek ulega zwyrodnieniu śluzowemu, stwierdza się też różne okresy tego zwyrodnienia, a więc początkowe pojawianie się śluzu w pierwoszczu komórki, a także okresy, w których komórka jest wybitnie rozdęta przez śluz a jądro jej zepchnięte do obwodu. Wreszcie stwierdza się także miejsca, w których nie można się już dopatrzeć utkania komórkowego w miejscu którego są wyłącznie masy śluzowe. Komórki wspomniane są rozrzucone także po jednej wśród utkania sieci. W guzku określonym, jako gruczoł chłonny, stwierdza się utkanie podobne do opisanego, tylko niektóre ogniska komórkowe są złożone z komórek przypominających wzajemnem względem siebie ułożeniem bardziej cewki gruczołowe, których nabłonki śluzowacieją. Utkania gruczołu chłonnego nie stwierdza się.

Całość odpowiada niewątpliwemu rakowi śluzowemu, ze względu na ułożenie cewkowate komórek, wyszlemu z błony śluzowej gruczołowej". Sekcji zwłok nie wykonano z powodu sprzeciwu rodziny i dotychczas niestety nie zaprowadzono w obrębie byłej Kongresówki przymusu sekcyjnego zwłok chorych, zmarłych w szpitalach.

Powyższa historja choroby jest przyczynkiem do wzbogacenia piśmiennictwa kazuistycznego, ze względu na rzadkość powstania raka kiszki grubej w tak młodocianym wieku chorego, zwłaszcza, jeżeli się weźmie pod uwagę, że dane mi było spostrzegać dopiero koniec sprawy, początek jej sięgał napewne kilka lat wstecz. Statystyka sekcyjna, Zakładu Anatomji patologicznej Un. we Lwowie, (Janusz, Pol. Gazeta Lek. Nr. 7, 1925) podaje 831 przypadków raka, spostrzeganych na stole sekcyjnym w tamtejszym Zakładzie, z tego 78 przypadków raka jelit. Między 10—20 rokiem życia raka jelit nie spostrzegano ani razu, natomiast w tym okresie życia w innych narządach stwierdzono raka 4-ro krotnie, w tej samej pracy czytamy, że Phillip zestawił 12 przypadków raka odbytnicy i 5 raka esicy w wieku lat 15. Wszystkie statystyki naogół są zgodne co do częstotliwości umiejscowienia raka jelit, mianowicie rak jelita cienkiego jest dość rzadki, częstszym jest rak kątnicy i esicy, najczęstszym w odbytnicy.

Podzielam zdanie Janusza, że małą liczbę zgłaszanych przypadków wystąpienia raka w wieku młodocianym należałoby przypisać mylnemu przekonaniu starszych lekarzy, iż rak zdarza się tylko w wieku podeszłym, ale także młodsi ten błąd popełniają, jedni i drudzy czynią to może nie zawsze i nie tyle z powodu nieświadomości co do możliwości występowania raka u ludzi młodych, ile po prostu dlatego, iż występowanie to jest względnie rzadkiem. Będziemy zawsze pamiętać, że przypadki podobne do mojego były spostrzegane, że w rozważaniach rozpoznawczych nie można przejść do porządku dziennego nad zagadnieniem istnienia raka tylko z powodu młodocianego wieku chorego, to wówczas ilość przyżyciowo stwierdzonych przypadków wzrośnie i rozpoznania w momencie, dozwalającym jeszcze na radykalny zabieg i uratowanie chorego będą częstszemi.

Rozpoznanie początkowych okresów raka przewodu pokarmowego jest bezwątpienia trudne. W godzinach ordynacyjnych jest często niemożliwe, gdyż chorzy zgłaszają się zwykle po południu po spożyciu obiadu z wypełnionym żołądkiem, mniej lub bardziej silne chwilowe wzdęcia są w stanie pokryć zmiany już nawet bardzo daleko posunięte, zwłaszcza, jeżeli chodzi o jelito grube.

Dwukrotnie spostrzegałem pomyłki w kierunku błędnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego, w jednym przypadku chodziło o raka kątnicy, który później operowałem radykalnie i szczęśliwie (chory w wieku lat 35), drugi raz wycięto gdzieindziej nawet pewnie niewinny wyrostek robaczkowy a pozostawiono raka poprzecznicy jako proces nierozpoznany. Omyłki takie są możliwe z kilku względów. Przedewszystkiem ma tu znaczenie skłonność błędnego przypisywania wszelkich dolegliwości umiejscowionych w okolicy kiszki ślepej, schorzeniom wyrostka robaczkowego, następnie fakt, że zmiany rakowate, umiejscowione nawet w końcowych odcinkach kiszki grubej, mogą dać dolegliwości w okolicy kątnicy. Dolegliwości te znajdują w tem wytłómaczenie, że skutkiem zmian rakowatych, powodujących zwężenie jelita grubego powyżej zwężenia występuje zastój, który pociąga za sobą rozszerzenie i przerost doustnych odcinków oraz zmiany zapalne i owrzodzenia śluzówki; stan ten prowadzi w dalszym ciągu do bolesnych skurczów i wzdęć, te ostatnie odbijają się, zwłaszcza w kątnicy, w którą wpadają nagromadzone gazy i nie mogą posuwać się dalej, te właśnie bolesne wzdęcia, którym jelito ślepe, dzięki cienkości jego ścianek, łatwo ulega, mogą powodować błędy rozpoznawcze. Błędy te są tem jeszcze łatwiejsze, jeżeli wystąpią owrzodzenia, przebijające na zewnątrz ściany jelita, możemy wówczas otrzymać obraz ostrego zapalenia wyrostka, jeżeli nastąpiło nagłe przebicie, lub też nacieków okołokątniczych, jeżeli proces postępuje powoli.

W przypadku przeze mnie opisanym zachodził jeszcze jeden czynnik, który też niekiedy może prowadzić do błędu, t. j. długość krezki esicy, pozwalająca na tak znaczną jej ruchomość, że przesuwała się ona w okolicę prawego talerza biodrowego, przesunięcie takie może być niekiedy utrwalone przez zrosty.

Prócz wymienionych trudności rozpoznawczych nowotworów jelit, możnaby wymienić jeszcze wiele innych, przekroczyłoby to jednak ramy komunikatu niniejszego.

Dokładne badanie, wyczerpanie wszelkich nowoczesnych metod, zwłaszcza stosowanie częstsze prześwietleń roentgenowskich

przyczyniłoby się niewątpliwie do poprawy statystyki leczenia operacyjnego, tembardziej, że raki jelit nie odznaczają się zbytnią złośliwością i nadają się do radykalnego wycięcia, nawet w okresach ich rozwoju, dość daleko postąpionego.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Karol BRAUN, sekundarjusz oddziału. Lwów.

Krótki zarys rozwoju i organizacja pracy oddziału oto-laryngologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz Dr. Z. Spalke,

W chwilach powstawania, organizacji i doskonalenia się rozmaitych warsztatów pracy naukowej w odbudowującej się Polsce, kiedy nierzadko z niczego, drogą żmudnych wysiłków i nakładem ogromnych kosztów powstają nowe zakłady i kliniki, oddział oto-laryngologiczny w Państwowym Szpitalu powszechnym we Lwowie, jedna z pierwszych placówek oto-laryngologji, dochodzi do wysokiego stanu rozwoju dzięki wytrwałej pracy i energji kierownika i założyciela oddziału, mimo bardzo ciężkich warunków, z powodu braku kredytów i pierwotnie nędznego pomieszczenia.

Kiedy w roku 1893 ówczesny Prymarjusz oddziału chirurgicznego Szpitala powszechnego, Prof. Dr. G. Ziembicki, stwierdził brak należycie zorganizowanego specjalnego leczenia chorób uszu, nosa i gardła w tymże szpitalu, zwrócił się do pracującego w tym czasie na oddziale chirurgicznym Dr. Z. Spalkego z propozycją wyjazdu na studja zagranicę, przyrzekając mu stworzenie, po powrocie ambulatorjum oto-laryngologicznego. Dzięki poparciu tej sprawy przez ówczesnego dyrektora szpitala Dr. Głowackiego, Dr. Spalke uzyskał 3-letni urlop dla celów naukowych i wyjechał do Wiednia gdzie pracował, jako asystent, Prof. Dr. Grubera i Prof. Dr. Stoerka. Po jego powrocie w roku 1897 zostaje przy oddziale chirurgicznym otworzone ambulatorjum oto-laryngologiczne, a kierownictwo zostaje powierzone Dr. Spalkemu. O łóżkach dla chorych stałych wtedy nawet jeszcze nie było można myśleć. dzięki jednak głębokiemu zrozumieniu i gorącej opiece, jaką Prof. Dr. Ziembicki otaczał zawsze tę nową placówkę pracy, ciężko chorych potrzebujących większych zabiegów operacyjnych można było umieszczać na łóżkach oddziału chirurgicznego.



Ryc. 1. Korytarz.

Że przewidywania Prof. Dr. G. Ziembickiego słuszne były, że brak było we Lwowie oddziału oto-laryngologicznego, dowodzą tego liczby ruchu chorych. Już w pierwszym roku było 527 chorych leczonych ambulatoryjnie i 114 stałych. A liczby te ciągle wzrastały. Przytem należy pamiętać, że były to czasy, kiedy we Lwowie ta gałąź wiedzy była w ogromnem zaniedbaniu, a tak chorzy, jak i lekarze praktycy musieli dopiero przyzwyczajać się do korzystania z porady specjalisty.

Kiedy w roku 1901, ilość chorych za ubiegłe cztery lata, wynosiła 2885 ambulantów i 475 chorych stałych, przyczem wykonano cały szereg większych zabiegów operacyjnych, mianuje ówczesny Wydział Krajowy Dr. Z. Spalkego kierownikiem i ordynarjuszem ambulatorjum dla chorób uszu, nosa i gardła przy Oddziale chirurgicznym Szpitala powszechnego we Lwowie. Z tym dniem byt ambulatorjum był już zapewniony i równocześnie położone zostały podwaliny pod przyszły oddział oto-laryngologiczny.

W roku 1919 ilość chorych wynosiła już 2226 ambulantów — przyczem liczba ta odnosi się do tych ambulantów, którzy się po raz pierwszy zgłosili, następnych wizyt nie notowano — i 1444 chorych stałych. Na Oddziale wykonano szereg zabiegów operacyjnych, a szereg lekarzy korzysta z praktyki w ambulatorjum w celach dokształcających.

W roku 1915, dzięki ciągłym staraniom kierownika ambulatorjum, udało się uzyskać 12 stałych łóżek wydzielonych administracyjnie z oddziału chirurgicznego.



Ryc. 2. Poczekalnia.

W roku 1918 otrzymuje kierownik ambulatorjum tytuł Prymarjusza Szpitala powszechnego. Wszelkie jednak starania o odpowiedniejsze pomieszczenie i o pewne dotacje na narzędzia, pozostają bez skutku. Ciągły brak funduszów nie pozwala na żadne reorganizacje w szpitalu. Dopiero w maju 1924 roku, za dyrekcji Dr. Krzyżanowskiego, udało się — dzięki propozycjom i zabiegom Prymarjusza oddziału wewnętrznego II. Dr. W. Ziembickiego, bratanka zmarłego już w międzyczasie chirurga Prof. Dr. G. Ziembickiego — uzyskać dla Oddziału skromne narazie pomieszczenie w jednem ze skrzydeł szpitala. Oddział rozporządzał początkowo 16-ma łóżkami dla chorych stałych, osobną salą operacyjną i ambulatoryjną. Odpowiedniejsze pomieszczenie i uposażenie oddziału pozwalało teraz na intenzywniejszą pracę co się też zaraz zaznaczyło w olbrzymim wzroście liczby chorych tak stałych, jak ambulatoryjnych. Dzięki zrozumieniu, jakie następnie okazały czynniki rządzące i dzięki ulepszeniom, jakie na Oddziale przeprowadzono za zgodą Tymczasowego Wydziału Samorządowego, którego Refe ent Szpitalnictwa, Dr. Lipski, natychmiast uznawał i zatwierdzał wszystkie zapotrzebowania Oddziału, można było Oddział postawić na wysokim poziomie, tak pod względem prac naukowych, jak pod względem leczniczym, przyczem równocześnie znaczna ilość lekarzy mogła korzystać z Oddziału.

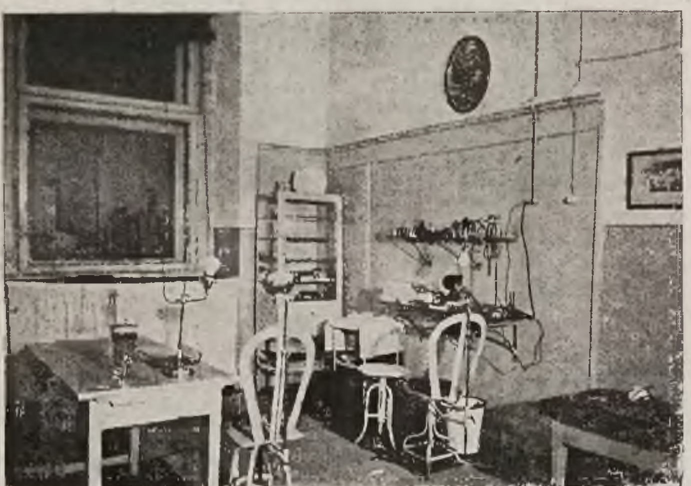
Obecnie Odział rozporządza 25 łóżkami dla chorych stałych, umieszczonych na trzech salach, salą operacyjną, ambulatoryjną i poczekalnią. Posiada zupełne instrumentarjum, pozwalające na wykonywanie wszelkiego rodzaju operacyj, w zakres oto-laryngologji wchodzących. Pozatem dla celów djagnostyczno-terapeutycznych znajdują się na Oddziale: pantostat, aparat parrus, lampa Solux, wziernik oskrzelowy Brüningsa, automatyczne krzesło obro-

towe z urządzeniem do badania błędnika. Oddział korzysta z pracowni bakterjologicznej, wspólnej dla całego szpitala.

Kierunek prac oddziałowych nadany jest przez ogólny charakter prac szpitalnych, który jest placówką, poświęconą *par exellence* medycynie praktycznej. W tym też kierunku rozwija się praca na Oddziale oto - laryngologicznym, przy ścisłem jednak przestrzeganiu klinicznych metod pracy. Największy nacisk skierowywano na schorzenia uszu, które w największej ilości były przyjmowane na Oddział, a, w miarę miejsca, przyjmowano także przypadki rino - laryngologiczne. Przyczem charakter oddziału wymagał przyjmowania przedewszystkiem przypadków ciężkich, a tylko w miarę wolnych miejsc, przypadków dla celów doświadczalno - naukowych. Leczenie zachowawcze przeprowadzano zasadniczo tylko ambulatoryjnie.



Ryc. 3. Sala operacyjna.



Ryc. 4. Ambulatorjum.

Rozwój Oddziału w ostatniem 5-leciu, objaśnia najlepiej zestawienie przypadków, w czasie tym na Oddziale leczonych.

Statystyczny podział, według poszczególnych chorób górnych dróg oddechowych i uszu, za czas 1924 — 1928 przedstawia się następująco. Statystyka ta dotyczy tylko chorych stałych, przyjętych na Oddział.

	1924	1925	1926	1927	1928
Otitis med. pur. acuta	54	67	66	62	68
Otitis med. pur. chron.	91	116	118	131	127
Otitis externa	9	7	3	10	4
Tonsilitis chron.	1	7	11	80	77
Tonsilitis acuta	6	5	11	—	7
Angina agranulocytotica	—	—	—	—	1
Abscessus peritons.	17	22	16	15	20
Angina Plaut - Vincenti	1	3	—	4	—
Abscessus ad rad. linguae	9	6	10	12	22
Angina Ludovici	—	2	3	6	10
Ranula	—	1	—	1	—
Phlegmona colli prof.	—	—	—	5	2
Sinuitis ethmoidalis, polypi nar.	14	18	20	15	18
Sinuitis maxill.	5	4	3	8	8
Sinuitis frontalis	3	5	10	—	8
Rhinitis hypertrophica	13	13	3	—	5
Deviatio septi	3	5	14	18	9
Fibroma baseos cranii	1	1	2	1	4
Atresia ossea choan.	—	2	—	—	1
Fractura nasi. Epistaxis	4	2	3	11	6
Perichondritis septi nar.	4	6	2	—	2
Neoplasma nas.	6	3	—	5	4
Tbc. nasi et laryng.	17	10	10	7	14
Lues nasi et laryng.	4	3	3	5	3
Scleroma	14	17	14	24	19
Polyp. laryngis	—	3	4	4	3
Neoplasma laryngis	5	2	5	8	2
Fractura laryngis	—	—	—	2	—
Oedema laryngis	9	12	4	—	2
Corp. alien eosophag. et trach	1	2	4	7	10
Aphonia hysterica	1	—	2	4	3
Razem leczonych	**292**	**344**	**341**	**445**	**459**

Jak z zestawienia tego wynika, ilość chorych, leczonych na Oddziale stale wzrasta. Leczone były prawie wszystkie schorzenia w zakres oto - laryngologji wchodzące. Najwięcej było przypadków usznych, tak ostrych, jak przewlekłych. Z innych przypadków przyjmowano sprawy ostre, wymagające natychmiastowego zabiegu.

W miarę wolnych miejsc, przyjmowano przypadki przewlekłe do leczenia zachowawczego. Wszystkie inne zgłaszające się przypadki załatwiano ambulatoryjnie.

Przyjmowani byli na odział tak chorzy miejscowi, jak zamiejscowi, w stosunku następującym:

	1924	1925	1926	1927	1928
Miejscowi	78	89	81	184	174
Zamiejscowi	214	255	260	297	285
	292	344	341	445	459



Ryc. 5. Sala chorych.

Chorzy zamiejscowi zgłaszali się nie tylko z okolic Lwowa, ale także z odległych okolic województwa tarnopolskiego, stanisławowskiego, wołyńskiego i lubelskiego.

Łóżka oddziałowe rozmieszczone były na 3 salach, z których jedna przeznaczona była dla mężczyzn a jedna dla kobiet, trzecia zaś, zależnie od potrzeby, zajmowana była raz przez mężczyzn, a raz przez kobiety, przyczem stale umieszczane były na tej sali dzieci do lat 12-tu.

Ilość mężczyzn i kobiet leczonych na Oddziale przedstawia się następująco:

	1924	1925	1926	1927	1928
Mężczyzn	172	189	196	253	238
Kobiet	120	155	145	192	221
Razem	292	344	341	445	459

Najliczniejsza grupa schorzeń leczonych na Oddziale, schorzenia uszu, przedstawiają się w szczególności następująco:

	1924	1925	1926	1927	1928
Otitis med. sinistra	17	30	24	31	27
purulenta dextra	21	30	31	25	33
acuta ambilateralis	16	7	11	6	8
Otitis med. sinistra	38	37	63	59	63
purulenta dextra	36	57	38	56	47
chronica ambilateralis	17	22	17	16	17
Razem przypadków uszu	145	183	184	193	195

Przyjmowano więc przypadki tak ostre, jak przewlekłe, przeważnie jednak takie, które nadawały się do zabiegu operacyjnego. Kierowano się następującemi wskazaniami do operacji:

a) przy sprawach ostrych: wysoka, utrzymująca się ciepłota, bolesność lub obrzęk na wyrostku sutkowym, obfity cuchnący wyciek, wskazujący na zniszczenie kości, obniżenie górnej ściany przewodu, objawy posocznicze lub mózgowe; b) przy sprawach przewlekłych: objawy oponowe lub mózgowe, objawy błędnikowe, perlak, cuchnąca wydzielina, uporczywe jednostronne bóle głowy, zaostrzenie procesu.

W sprawach ostrych przeprowadzano operacje tak wczesne, jak i późne, zależnie od objawów. Przeważnie operowano z końcem 3-go tygodnia, przy gwałtownych jednak objawach niekiedy w 5 i 8 dniu choroby, niekiedy jeszcze wcześniej.

Powikłań ze strony mózgu, opon, zatoki esowatej było stosunkowo niewiele. Przypadki te zestawione sa poniżej liczbowo.

	1924	1925	1926	1927	1928
Thrombosis sin. sigmoidei	3	2	3	9	5
Leptomeningitis purulenta	4	6	9	12	6
Abscessus cerebri	2	4	2	2	5
Razem	9	12	14	23	16

Odsetek śmiertelności przy tych powikłaniach usznych był dość znaczny, z pośród jednak tych przypadków, które wyleczone opuściły szpital — a które ogłoszone zostaną w osobnej pracy — przytacza się poniżej w skrótach kilka ciekawych historyj chorób:

Przypadek I.

15. IX. 25 przyjęto mężczyznę F. M. l. 50. A n a m n e z a: W dzieciństwie płonica, od tego czasu wyciek z ucha prawego. Od czasu do czasu poprawy i nawroty. Od 2 tyg. bóle głowy, gorączka, dreszcze, lewostronny niedowład, afazja. S t a n o b e c n y: Ucho prawe: w przewodzie ropa i granulacje, bolesność na kości skroniowej. Kernig +, sztywność, sensoryczna niemota, lewostronny niedowład. Zapalenie nerwu ocznego. Rozp.: *Otitis med. supp. chron. dextr. Abscessus cerebri lobi temp.*

16. IX. doszczętna operacja u. p. odsłonięto opony od strony Tegmen. Nakłucie wykazało w płacie skroniowym ropę. Nacięcie opon i tkanki mózgowej. Seton do jamy ropnia. Po operacji stan się poprawiał, objawy mózgowe ustępowały. 20. XI. opuścił zupełnie wyleczony szpital.

Przypadek II.

24. XI. 25. przyjęto mężczyzne l. 20, G. W. W y w i a d y: Od dzieciństwa wyciek z obu uszu po płonicy. Głuchota. W roku 1916, doszczetna operacja ucha lewego. Od dwóch tygodni bóle ucha prawego, wymioty, połowicze bóle głowy. S t a n o b e c n y: ucho prawe: obrzęk na *planum mastoideum* i bolesność, ropna wydzielina z ucha, granulacje. Ucho lewe: w przewodzie sucho, blizny i granulacje w głębi przewodu. Poza uchem blizna pooperacyjna.

26. XI. d o s z c z ę t n a o p e r a c j a ucha prawego. Po operacji bóle głowy, sztywność, Kernig +. Ciepłota 39°. Nakłucie lędźwiowe: płyn mętny, wysokie ciśnienie, Pandy ++, Nonne Apelt +, Białko 0.02%. R o z p.: *Otitis med. chron. ambil. Mastoiditis dextr. Leptomeningitis pur.*

30. XI. Badanie neurologiczne: wybitna sztywność, odruchy okostnowe kończyn dolnych i gornych obniżone, Kernig wybitny. Ogólna przeczulica.

Wobec tego postanowiono drugą operację t. j. odsłonięcie i szerokie nacięcie opony twardej. Po operacji stan chorego się poprawiał. Objawy mózgowe ustępowały. Dnia 16. II. 1926 r. chory opuścił szpital jako wyleczony.

Przyp. III.

25. II. 1928, przyjęto mężczyznę l. 15, B. L. Od dzieciństwa wyciek z ucha. Od tygodnia bóle głowy, wymioty, gorączka. S t a n o b e c n y: Ucho lewe: wyrostek sutkowy na ucisk bolesny. W przewodzie ropa, zupełne zniszczenie błony bębenkowej, granulacje. Ucho prawe zdrowe. Sztywność, Kernig wybitny. Nakłucie lędźwiowe: płyn wybitnie mętny, wysokie ciśnienie, Pandy +++, w polu widzenia liczne leukocyty. R o z p.: *Otitis med. supp. chron. sin. Leptomeningitis purulenta.*

26. II. operacja doszczętna lewego ucha. Szerokie odsłonięcie i nacięcie opony twardej. Po operacji stan chorego stale się poprawiał. 26. IV. chory opuszcza szpital, jako wyleczony.

Przyp. IV.

3. I. 26 przyjęto kobietę l. 20, W. J. Od kilku miesięcy bóle ucha prawego, gorączka, wyciek, od 2 tygodni dreszcze. S t a n o b e c n y: Ucho lewe zdrowe. Ucho prawe: w przewodzie ropa, wielka perforacja centralna. Wyrostek sutkowy na ucisk bolesny. Wzdłuż mięśnia mostkowo-sutko-obojczykowego bolesność na ucisk. Gorączka septyczna. R o z p o z n a n i e: *Otitis m. supp. chron. dextr. Thrombosis sinus sigm.*

4. I. O p e r a c j a d o s z c z ę t n a. Odsłonięto zatokę esowatą, ropień dookołazatokowy. Ścianę zatoki nacięto szeroko, zakrzep wyłyżeczkowano w obu kierunkach. Założono setony do zatoki. *Vena jugularis,* stosownie z doświadczeniem na Oddziale, nie podwiązywano. Po operacji chora jeszcze przez jakiś czas gorączkowała. Co drugi dzień 5 ccm trypaflawiny dożylnie. 27. II. opuszcza wyleczona szpital.

Przyp. V.

11. IV. 28. przyjęto na Oddział mężczyznę l. 23, J. M. W y w i a d y: Od 10-ciu lat wyciek z ucha lewego. Od trzech tygodni bóle w okolicy ucha lewego. Silny wyciek, obrzęk poza uchem, wymioty, gorączka, dreszcze. S t a n o b e c n y: Ucho prawe zdrowe. Ucho lewe: W przewodzie silne zwężenie, błony nie widać. Gorączka septyczna. Wymioty.

12. IV. 26 doszczętna operacja ucha lewego. Odsłonięto szeroko zatokę. Ściana zatoki pokryta granulacjami. Przy punkcji nie wydobyto krwi. Wobec tego szeroko nacięto. Zakrzep wyłyżeczkowano i założono setony. R o z p o z n a n i e: *Otitis med. supp. chron. sin. Thrombosis sin. sigm.* Po operacji chora gorączkuje, dostaje co drugi dzień 5 ccm trypaflawiny dożylnie. 26. V. opuszcza wyleczona szpital.

W latach 1924/28 wykonano na Oddziale następującą ilość operacyj:

	1924	1925	1926	1927	1928
Trepanacji wyrostka sutkowego	30	48	39	59	60
Doszczętnej operacji ucha środk.	55	69	74	78	82
Retrepanacji	—	7	3	7	3
Wyłuszczenia żabki (ranula)	—	1	—	1	—
Rozcięcia tchawicy	6	3	—	6	10
Nacięcia ang. Ludovici	2	2	3	4	10
Nacięcia głębok. flegm. szyjn.	—	—	—	1	2
Operacji Coldwell Luca	1	2	2	4	5
Operacji Killian na zat. czoł.	—	1	2	—	4
Tonsilectomij	—	—	9	80	77
razem	94	133	132	241	253



Ryc. 6. Sala operacyjna.

Operacje uszne wykonywano stale w uśpieniu ogólnem eterowem. Czas leczenia po trepanacjach wyrostka sutkowego trwał przeciętnie 2—3 tygodni, po operacjach doszczętnych 6—8 tygodni. Chorzy pozamiejscowi pozostawali przez cały czas leczenia na od-

dziale, podczas gdy miejscowi, po powierzchownem wygojeniu się rany opuszczali szpital i zgłaszali się do leczenia ambulatoryjnego.

W ostatnich latach wykonywano na Oddziale bardzo często wyłuszczenia migdałków, tak u chorych leżących na Oddziale otolaryngologicznym, jak też i u przysyłanych z innych oddziałów szpitala. Zabiegi te wykonywano w znieczuleniu miejscowem, oddzielając migdałki na tępo i, przecinając je następnie pętlą. Większych krwawień po tych zabiegach nigdy nie zauważono. Nie było wypadku skrwawienia.

Pozatem wykonano szereg innych operacyj ściśle według zasad chirurgji.

W powyższem zestawieniu nie wyliczono szeregu mniejszych zabiegów, jak usunięcia ciał obcych z przełyku, z jamy nosowej i w. i., które przeważnie wykonywano ambulatoryjnie.

Często skierowywano chorych na Oddział chirurgiczny z powodu braku miejsca.

Śmiertelnie przebiegających przypadków było w tym czasie:

1924	1925	1926	1927	1928
12	10	14	13	12

Na osobną wzmiankę zasługują przypadki twardzieli, leczone w tym czasie na Oddziale. Ilość tych przypadków przedstawia się następująco:

	1924	1925	1926	1927	1928
Mężczyzn	1	5	5	4	6
Kobiet	13	12	9	20	13
Razem	14	17	14	24	19

Jest to tylko znikoma część zgłaszających się chorych, których z powodu braku miejsca nie można było przyjąć. Przyjmowano przypadki duszące się, które wymagały natychmiastowego nacięcia tchawicy. Wyjątkowo tylko — w razie wolnych miejsc — przyjmowano chorych do leczenia zachowawczego. Co do leczenia, stosowano przeważnie naświetlania Rentgenem. Próbowano też innych środków, jednakowoż bez dobrych wyników. Po naświetlaniach mieliśmy wyniki dobre. Chorzy, którzy pilnie się do naświetlań zgłaszali, wykazywali poprawę. Równocześnie leczono tych chorych objawowo. Wyniki lecznicze osiągnięte na Oddziale w leczeniu twardzieli, jakoteż epidemjologja schorzenia, ogłoszone zostaną w osobnej pracy.

Załączona poniżej mapka objaśnia poniekąd rozprzestrzenienie twardzieli w tej części Polski, jednakowoż tylko w najogólniejszych zarysach, gdyż nie są tam uwzględnione te wszystkie przypadki, które na Oddział nie zostały przyjęte.



Ryc. 7. Geograficzne rozmieszczenie przypadków skleromatycznych leczonych na Oddziale w roku 1924 — 1928.

Już to skromne zestawienie wskazuje, że Polska jest jednym z tych nielicznych krajów, w których twardziel panuje endemicznie. Przy swoim typowo-przewlekłym, rodzinno-infekcyjnym charakterze, porywa to ciężkie schorzenie rok rocznie wiele przypadków, a, dotycząc przeważnie ludzi młodych i zresztą zdrowych, czyni z nich w krótkim czasie kaleki, włóczące się po wsiach i nie tylko jako ciężar, ale także jako niebezpieczeństwo dla społeczeństwa. Jako jednym z pierwszych warunków walki z twardzielą, byłoby stworzenie Scleromatorjum, gdzieby chorych odosobniono, leczono i przeprowadzano badania nad twardzielą i skądby wysyłano odpowiednio wyszkolonych lekarzy w okolice zagrożone tem ciężkiem schorzeniem, celem wyszukiwania i odosabniania tych chorych.



Ryc. 8. Sala ambulatoryjna.

Olbrzymia ilość chorych jest codziennie badana i leczona w ambulatorjum, prowadzonem przy Oddziale. W przechodni tej pracuje się stale przy czterech stołach równocześnie pod osobistem kierownictwem prymarjusza oddziału. Materjał chorych pochodzi tak ze Lwowa i okolicy, jak też i z województw okolicznych, skąd się chorzy po poradę zjeżdżają do Lwowa. Ambulatoryjnie wykonuje się też szereg zabiegów. Poniżej przedstawione są w najogólniejszych zarysach liczby z ruchu chorych w przychodni za czas 1924/28.

	1924	1925	1926	1927	1928
Liczba chorych ambulatoryjnych	4027	5721	6231	4843	5822

Podkreślić należy, że liczby powyższe odnoszą się tylko do tych chorych, którzy po raz pierwszy zgłosili się w przychodni, wszystkie następne wizyty nie były już notowane. Mała ilość wyszkolonych w oto-laryngologji sił fachowych, a zwłaszcza brak stałych lekarzy, na dłuższy okres czasu przydzielanych na Oddział, nie pozwala na odpowiednie wykorzystanie materjału. Mimo to wykonano w tym czasie ambulatoryjnie bardzo znaczną liczbę zabiegów.

	1924	1925	1926	1927	1928
Zabiegi,, wykonane w znieczuleniu miejscowem	1787	1013	2179	1518	1395
Zabiegi, wykonane bez znieczulenia	916	2067	1897	1632	2252
Razem	2703	3080	4076	3150	3647

Powyżej wyliczone są wszystkie zabiegi wykonane, tak większe, jak i mniejsze.

Oddział znajduje się obecnie w okresie stałego rozwoju, dzięki ciągłym ulepszeniom przy sprężystem i energicznem kierownictwie, jakoteż przy zrozumieniu jakie dla potrzeb Oddziału okazuje obecny dyrektor szpitala Dr. Pohorecki. Jest więc nadzieja że obecne braki, a przedewszystkiem nieodpowiednie i bardzo szczupłe pomieszczenie Oddziału, w niedalekiej przyszłości będą usunięte, co przyniesie korzyść chorym, nie znajdującym pomieszczenia dotychczas, i rozszerzy zakres prac na Oddziale, zwłaszcza pod względem operacyjnym.

OCENY.

Z powodu oceny „Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskieko Polskiego" za lata: 1917 do 1921 napisanej przez p. Wł. Szumowskiego w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" Nr. 10. 1929.

Profesor Szumowski w obszernej swej ocenie stawia redakcji „Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego" zarzuty natury ogólnej i szczegółowej. Te ostatnie można ująć w trzy punkty:

1) zarzut braków, wyrażających się nieuwzględnieniem całego szeregu prac, ogłoszonych drukiem w danym okresie czasu, 2) braki w skorowidzu, w których niema tytułów streszczeń, uwzględnionych w tomie, 3) błędy w wydrukowaniu nazwisk autorów. Zarzuty te są poparte wykazem zauważonych braków.

Jako ostatni z trzech redaktorów P. P. L. P. którzy kolejno omawiany tom opracowywali, poczuwam się do obowiązku udzielenia odpowiedzi na powyższe zarzuty. Obowiązek ten ciąży na mnie zarówno względem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, które mi powierzyło redakcję Przeglądu i względem czytelników, którzy z Przeglądu pragną korzystać.

Profesor Szumowski zarzuca, „że bezplanowość i dorywczość w robocie była cechą i poprzednich roczników Przeglądu Piśmiennictwa, w ostatnim tomie tylko przeszła dopiero wszelkie oczekiwania" — „nie wiemy, czy redaktorowie mieli jaki plan... gdyż o żadnym planie wiadomości nie podają".

W odpowiedzi należy przedewszystkiem zaznaczyć, że zadanie wydania Przeglądu Piśmiennictwa, które Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wzięło dobrowolnie na siebie od lat kilkudziesięciu, jest zadaniem niezwykle ciężkiem. Nawet tak wysoko stojące w kulturze społeczeństwa, jak społeczeństwo francuskie, nie posiadają do dziś dnia przeglądu swego piśmiennictwa. Podobne wydawnictwa niemieckie opierają się na szerokich podstawach współpracy i znacznej pomocy finansowej, o której Towarzystwo Lekarskie Warszawskie nawet nie może marzyć. Ciężkie to zadanie Towarzystwo Lekarskie Warszawskie spełnia w całości od dziesiątków lat własnemi tylko siłami, pracą bezinteresowną swoich członków, gdyż dopiero na przyszłość praca sprawozdawców i redaktora będzie płatną i to w skromnych granicach. Omawiany tom Przeglądu był przygotowany pod k o l e j n ą redakcją trzech redaktorów przez szereg lat. Niżej podpisany nie uważał za stosowne zaopatrzenie ostatniego tomu we wstęp, wyjaśniający niezwykle ciężkie warunki, w jakich ta książka powstała, czyni to teraz zmuszony krytyką profesora Szumowskiego. Wojna i czasy powojenne, poświęcone organizowaniu nowych i reorganizowaniu dawnych placówek naukowych, pedagogicznych, społecznych i t. p., jakoteż przekształtowanie finansowe, nieodłączne od warunków ekonomicznych kraju, sprawiły, że ogół lekarzy a zatem i członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego był przeciążony wszelaką pracą. Wszystko to, jak i inne jeszcze czynniki, spowodowały, że praca nad ostatnim tomem Przeglądu trwała tak długo. Tymczasem znaczny zastęp pracujących na niwie naukowej i szybki rozwój piśmiennictwa lekarskiego ostatnich lat domagał się gwałtownie jak najrychlejszego wydania Przeglądu Piśmiennictwa za lata ubiegłe. Objąwszy w roku 1927-ym obowiązki redaktora, po gruntownej rozwadze, zdecydowałem się za zgodą Zarządu Tow. Lek. Warsz., na przystąpienie do druku z tym zamiarem, by jak najprędzej uporządkować i wydać posiadany materjał a ewentualne braki skontrolować, uzupełnić i niebawem w formie d o d a t k o w e g o z e s z y t u ogłosić. Oto jest zarazem geneza skromnej prośby, umieszczonej na początku Przeglądu, która nie uszła uwadze profesora Szumowskiego, prośby skierowanej do autorów prac niestreszczonych w niniejszym tomie a ogłoszonych drukiem w latach 1917 do 1921, o nadesłanie tytułów prac, ewentualnie odbitek. Prośba ta kończy się zapowiedzią, chyba dość wyraźną: „s t r e s z c z e n i a t y c h- ż e p r a c u k a ż ą s i ę d o d a t k o w o". Jasnem jest, że chodzi tu przedewszystkiem o książki i broszury, drukowane w różnych miejscowościach i przez wielu wydawców, których wykrycie jest nieraz bardzo trudne. Przeglądanie przez redakcję prac, ogłoszonych w czasopismach tego okresu, jest już na ukończeniu, nie mniej jednak przyjmuję z podziękowaniem wykaz braków, ogłoszony przez profesora Szumowskiego, choć wykaz ten jest mi już znany. Pod tym względem więc zarzut braków a także rada profesora Szumowskiego: „należy mojem zdaniem jak najrychlej wydać II tom za te same lata" jest co najmniej,,, zbyteczna, skoro redakcja u z u p e ł n i e n i e Przeglądu już zapowiedziała otwarcie i w sposób jasny.

Co się tyczy zarzutu bezplanowości, pozwolę sobie zwrócić uwagę, że w Przeglądzie znajduje się „s p i s r z e c z y w e d ł u g d z i a ł ó w", który pozwala czytelnikowi z łatwością odszukać prace, odnoszące się np. do chorób płuc, chirurgji jamy brzusznej, chorób oczu i t. p. Podobne plany są przyjęte we wszystkich przeglądach obcych i oddają dobre usługi. Na temat słuszności niektórych ugrupowań w działy można oczywiście dyskutować, wobec braku jednak jakichkolwiek konkretnych zarzutów zaznaczę jedynie, że, jak dotąd tak i nadal, w miarę rozwoju nauk lekarskich i nowych poglądów, ugrupowania poszczególnych działów i stworzenie nowych będzie uwzględniane (w omawianym tomie stworzono nowy dział medycyny wojskowej). W następnych tomach dotychczasowy plan ulegnie dalszym zmianom, przypuszczam, ku zadowoleniu czytelników.

Następny zarzut brzmi: „ze spisu rzeczy wzięto na chybił trafił wyraz gruźlica i sprawdzono że 31 prac o gruźlicy, zamieszczonych w Przeglądzie nie dostało się do Skorowidza", poczem autor wylicza poszczególne pozycje. Sprawdziłem je wszystkie (nr. 109 mylnie wydrukowany, gdyż powinno być, zdaje się, 119). Wszystkie te pozycje z n a j d u j ą się w „alfabetycznym spisie rzeczy". Z tych pozycja 1462 („Jak wyzyskać do walki z gruźlicą szpitale polowe, przeznaczone dla piersiowo chorych") znajduje się wyraz „gruźlica"; poz. 1450 („Zwrot w zapatrywaniach na metodę sanatoryjną w walce z suchotami, jako klęska społeczna") znajduje się pod „suchotami"; poz. 211 („Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej") znajduje się pod „Kocha". Inne pozycje, jak np. 818 („Operacja Albeego w przypadkach gruźlicy kręgów") znajduje się pod „Albeego" (chodzi o technikę operacyjną); poz. 1026, 1032, 1039 („Przyp. gruźlicy nerek") znajdują się pod „nerek" (według schorzałych narządów, gdyż gruźlicą mogą być dotknięte wszystkie narządy. Podobna rzecz ma się z pozostałemi pozycjami. — Zdaje mi się przeto, że profesor Szumowski pragnie pod formą co najmniej ostrej krytyki (31 prac o gruźlicy.. n i e d o s t a ł o s i ę do skorowidza) zaproponować tylko rozszerzenie skorowidza w tym kierunku, by wszystkie cierpienia natury gruźliczej, w całości znalazły się pod wyrazem „gruźlica" a nie pod nazwą narządu, dotkniętego cierpieniem, jak to zresztą uczyniono w stosunku np. do duru, czerwonki i t. d. — Życzeniu profesora Szumowskiego stanie się zadość.

Wreszcie sprawa błędnego wydrukowania kilku nazwisk. Pod tym względem przyznaję całkowitą słuszność profesorowi Szumowskiemu. Niestety pośpiech w przeprowadzaniu korekty pozwolił mi na poprawienie tylko kilku błędów (patrz: Ważniejsze błędy) a i techniczne trudności drukarskie (brak ilości czcionek do tłustego druku) przy szybkiem tempie drukowania przyczyniły się też poniekąd do tych usterek. Nad pozostałemi błędami sam głębowo boleję, gdyż uważam je za mimowolną krzywdę dla autorów, którą postaram się choć w części naprawić sprostowaniem w „Uzupełnieniu".

Sądzę, że powyższa odpowiedź, która jest w znacznej mierze tylko wyjaśnieniem, przyczyni się do usunięcia nieporozumień, wywołanych ostremi a częścią niezasłużonemi zarzutami profesora Szumowskiego. Pragnę przytem podkreślić z całym naciskiem, że życzliwe uwagi i projekty, będą w pełni uwzględnione, w myśl tradycyjnych intencyj Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, by Przegląd Piśmiennictwa spełnił swój cel zasadniczy t. j. był pomocą w rodzimej pracy naukowej, iżby nie zanikły wyniki żmudnych wysiłków i dorobek naukowy przeszłych i obecnych pokoleń.

Zdzisław Gorecki.

* * *

O d p o w i e d ź k o l. G o r e c k i e g o uważam za pocieszającą, ponieważ jeszcze raz zapowiada wydanie II tomu „Przeglądu Piśmiennictwa" za te same lata. Przyznaję się, że wobec trudności wydawniczych, w jakich się znajdujemy, żywiłem poważne obawy, czy na spełnienie tej zapowiedzi, zamieszczonej już w I tomie, nie wypadnie czekać długie lata tak, jakeśmy długo czekali na I tom.

Należy się niewątpliwie najwyższe uznanie dla inicjatywy i ofiarności Tow. Lekarskiego Warszawskiego, jak też i jego współpracowników, dających swą pracę bezinteresownie. Ale to nie zmienia postaci rzeczy, że każda praca drukowana wymaga oceny, wzgl. krytyki. Niema nauki bez krytyki i niema postępu bez krytyki. A mam uzasadnione wrażenie, że kolejne tomy „Przeglądu Piśmiennictwa" nie były... coraz lepsze. W mojej krytyce z pewnością szeregi wykazanych luk wyglądały „ostro". Na swoje usprawiedliwienie muszę powiedzieć, że te szeregi znacznie poobcinałem w rękopisie, nie chcąc zajmować za dużo miejsca w druku. Wyglądałyby jeszcze „ostrzej". Podkreślam też, że kontrola nie była robiona systematycznie, lecz na chybił — trafił.

Oczywiście, praca p. t. „Operacja Albeego w przypadkach gruźlicy kręgów" powinna się znaleść w skorowidzu koniecznie także pod „gruźlica", nietylko pod „Albeego" i t. d.

Redagowanie i wydawanie takiej rzeczy, jak „Przegląd piśm. lek. pol." z pewnością mógłby ułatwić jakiś np. Związek polskich towarzystw lekarskich. Mógłby on i wiele innych pożytecznych rzeczy zrobić, że zwrócę jeszcze uwagę np. na stałą prawie nieobecność Polski w rubryce „La Médecine à travers le Monde" w Presse Médicale, którą w przeciwieństwie do nas w ostatnich czasach zasypują informacjami nasi sąsiedzi ze wschodu.

Wł. Szumowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VIII, zeszyt I, z r. 1929: A. Rudzki: O tak zwanym sutku krwawiącym. — L. Dengel: Internista a chirurg w sprawie leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy. — K. Czyżewski: Postępowanie w ostrem przebiciu żołądka. — E. Traczuk: Rozejście się rany brzusznej po operacjach na podstawie kliniki chirurgicznej II U. W. (1919—1928 r. L. Dengel: Przyczynek do plastyki warg. — W. Dobrzaniecki: Nowy sposób zakładania szwu śródskórnego. — W. Ostrowski: Współczesne sposoby leczenia oparzeń i odmrożeń.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, rok IV, zeszyt 3, z 1 marca 1929: Jr.: Stan bezkontraktowy w Kasach chorych Woj. Poznańskiego i Pomorskiego. — L. Winter: Nowelizacja ustawy Czechosłowackiej o ubezpieczeniu społecznem. — M. Zając: Współdziałanie Kas chorych z Zakładami ubezpieczeń pracowników umysłowych w zakresie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 24. XI. 1927 o ubezpieczeniu pracowników umysłowych — E. Wais: O konieczności zorganizowania dodatkowych pracowni chemiczno - bakterjologicznych przy dzielnicowych ambulatorjach Kasy chorych m. st. Warszawy. — St. Wilczyński: Współudział Kas chorych Województw Poznańskiego i Pomorskiego w opiece społecznej nad matką i dzieckiem.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok XI, nr. 13, z 28. III. 1929: Wł. Sterling: Zespół kurczowo - torsyjny w wieku starczym (c. d.). — A. Siedlecka: O szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terryego). — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo - zasadowej (c. d.). — N. Pryłucki: Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (streszcz. zbior.). — J. Koniecpolski: Kilka uwag w sprawie chorób zakaźnych żydów i chrześcijan.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 7, z 1 kwietnia 1929: M. Prochorow: O bolesnem miesiączkowaniu. — Z. Uchocka: Współczesne poglądy na niedokrwistość wieku dziecięcego.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 4, z r. 1929: F. Fidziński: Rej o wychowaniu fizycznem w Polsce XVI w. — W. Prażmowska: Wychowawcy fizyczni w Stanach Zjednoczonych. — W. Sikorski: Dobór ćwiczeń ze stanowiska różnic rozwojowych. J. Barau: Plamy i skazy na tarczy Igrzysk Olimpijskich.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 13, z 31 marca 1929: M. Chorzelska: Metody kolorymetryczne oznaczania fosforu we krwi i preparatach farmaceutycznych. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 3, z marca 1929: Rozmaite popularne artykuły z dziedziny życia codziennego.

Gruźlica, rok IV, nr. 1, za styczeń i luty 1929: K. Dąbrowski i W. Sobocińska: O zwapnieniach w gruźlicy płuc. — L. Regmunt-Sobieszczański: Dwa przypadki znieruchomienia kręgosłupa na tle gruźliczem. — St. Wąsowicz: Spostrzeżenia kliniczne u chorych nieprątkujących. — L. Lejzerowicz: Gruźlica u żydów w Warszawie.

Nowiny społeczno - lekarskie, rok III, nr. 7 z 1 kwietnia 1929: W. Jeżewski: Projekt zmian w ustawodawstwie ubezpieczeniowem. — Z. Rudolf: O usuwaniu śmieci i nieczystości z miast (c. d.). — A. Szokalski: Na marginesie „wykazu chorób zawodowych". — Medycyna społeczna zagranicą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberculose.

Tom 90.

Ze zjazdu towarzystwa lekarzy poradni gruźliczych w Wilbadzie dnia 5. IX. 1928 roku.

Kayser—Petersen: *Rola gruźlicy szczytów w powstawaniu suchot płucnych ludzi dorosłych.* Coraz częściej słyszy się głosy klinicystów, roentgenologów, a głównie lekarzy poradni przeciwgruźliczych, że punktem wyjścia suchot płucnych nie są zmiany swoiste w szczytach.

Gruźlica szczytów jest tylko jednym z okresów rozwoju suchot. Odpowiadając na pytanie, jak często z gruźlicy szczytów rozwijają się suchoty i czy w historji chorych na suchoty często można stwierdzić schorzenia szczytów płucnych, autor stara się rozwiązać zagadnienia ftizjogenezy.

Za pewnie pochodzące ze szczytów uważa autor wszystkie te przypadki zmian szczytów, w których obok zmian opukowych, mamy trzaskania, chrzęsty i zmiany roentgenologiczne. Stwierdzenia zmian szczytowych w Roentgenie nie żąda autor od chorych prątkujących, wśród których zresztą sprawy wyłącznie szczytowe są niezmiernie rzadkie (od 2—5%).

Na zmiany kataralne przy ujemnym wyniku badania Roentgenologicznego patrzy autor sceptycznie, jakkolwiek zaznacza, że nacieczenia swoiste, a nawet jamy mogą zniknąć bez śladu, a brak zmian roentgenowskich przy badaniu powtórnem nie wyklucza przebytej już gruźlicy.

Autor przytacza statystykę chorych, u których w r. 1923 w zakładzie ubezpieczeń w Turyngji rozpoznano gruźlicę szczytów (Turban 1) i którzy zostali umieszczeni w sanatorjach. Po 13 latach z 420 przypadków zmarło lub zostało z powodu gruźlicy niezdolnych do pracy 33 t. j. 7,6%. Z tych chorych zbadano powtórnie 200 a postęp sprawy chorobowej stwierdzono w 14 przypadkach, co wynosi również 7%, podobne badania powtórne przeprowadzono w Jenie u chorych, którzy w latach 1910—1925 z powodu stwierdzenia u nich gruźlicy I okresu wysłani zostali do sanatorjów. Z tych 247 chorych spostrzeganych od 2—17 lat zmarło na gruźlicę 7, zapadło na suchoty płucne 10 t. j. postęp cierpienia stwierdzony był w 17 przypadkach, czyli w 6,9% przypadków.

Z liczb powyższych wynika, że odsetek suchot rozwijających się ze spraw szczytowych nie jest znaczny. Inni autorzy (Bräuning, Lydtin, Redeker) nie podają też wyższej odsetki.

Druga część pracy autora dotyczy chorych na suchoty płucne. Na 236 takich przypadków z wywiadów i kart sanatoryjnych zaledwie w 15 przypadkach mógł autor znaleść prawdopodobieństwo szerzenia się sprawy swoistej ze szczytów ku dołowi. Wobec braku w większości tych przypadków zdjęć serjowych — jako pewne uważa on tylko cztery. Liczba znikoma 4 na 236. A więc istniała najpewniej inna droga szerzenia się gruźlicy; nie zastanawia się nad nią autor, pozostawiając to następnym mówcom.

Jak łatwo rozpoznaje się gruźlicę szczytów, wymagającą leczenia sanatoryjnego, dowodzą liczby następujące: u 93 osób z rozpoznanemi zmianami klinicznemi (wszystkie z obecnością rzężeń ale bez potwierdzenia zmian roentgenologicznie), którzy jednak nie zostali po rozpoznaniu wysłani do Sanatorjum i pozostali pod obserwacją poradni w przeciągu 2-ch lat — w żadnym przypadku nie nastąpiło szerzenie się choroby w płucach.

Z liczby 80 chorych ze zmianami klinicznemi i roentgenologicznemi (w tem 3 przypadki prątkujące) również bez leczenia sanatoryjnego — nie stwierdzono w żadnym postępu sprawy płucnej.

Autor dalej podaje kilka przypadków gruźlicy szczytów powstałej jako przerzuty z nacieków podobojczykowych, w których objawy kliniczne były znikome, a rozpoznanie zostało postawione przy pomocy promieni Roentgena. Gdyby chorzy ci nie byli przypadkowo badani w okresie powstawania nacieków, mogliby uchodzić (po ustąpieniu nacieków podobojczykowych) za typowe przypadki gruźlicy pochodzącej ze szczytów.

Dowodem, że gruźlica szczytów bywa niejednokrotnie wyrazem gruźlicy krwiopochodnej są przypadki stwierdzone zmian szczytowych u dzieci rozpoznawane jako t. zw. przerzuty Simona.

Z tych rozważań wynika, że rozwój suchot płucnych ze spraw szczytowych przestaje być panującym dotąd pewnikiem; dlatego wskazania do leczenia gruźlicy szczytów w sanatorjach jako główny środek zapobiegania powstawania suchot — nie są słuszne.

Sprawy szczytowe nie są zwiastunem suchot; same one w historji swojej często mają nierozpoznane schorzenia płucne; gruźlica szczytów może być epilogiem, a nie prologiem istniejącej choroby płucnej, bo czemby się tłumaczyło, że u $^1/_4$ części chorych zgłaszających się do poradni jenajskiej znaleziono zakończone nieczynne sprawy w szczytach.

Ulrici H.: *Nacieczenia przedsuchotnicze i przebieg rozwoju gruźlicy płuc.* Nacieczenia wczesne znane są w literaturze rentgenologicznej oddawna. Opisywane były przez autorów francuskich. jeszcze przed spostrzeżeniami Assmana; nie miały jednak wartości klinicznej ponieważ nie zgłębiono jeszcze ich roli w przebiegu suchot płucnych.

Powstanie nacieczenia wczesnego dotąd wyjaśnione nie jest. Możliwości jego powstania są rozmaite: 1) z ognisk już istniejących w ustroju, a więc zaognienie tych samych ognisk lub powstanie przerzutowe ze starego odległego ogniska; za tem ostatniem

przemawia jednoczesne powstanie dwustronnych nacieków i 2) jako nowe zakażenie, wtórne, z zewnątrz — czyli jako reinfekcja. Pierwsze spostrzeżenia Assmana dotyczyły ludzi młodych z otoczenia otwartej gruźlicy; w późniejszych spostrzeżeniach dużo było opisanych przypadków nacieków wczesnych, nie mających w otoczeniu swem chorych prątkujących.

O przyczynach powstania nacieków wczesnych mało można powiedzieć konkretnego, wymienić należy A. czynniki nieswoiste: 1) zachwianie równowagi ustroju w okresie dojrzewania płciowego, menstruacji, ciąży, połogu; 2) wpływów innych chorób zakaźnych: odra, krztusiec, grypa, przymiot; 3) zachwianie równowagi psychicznej: troski, nędza; 4) przepracowanie. B. Czynniki swoiste: zbyt gorliwie stosowane i nie zawsze wskazane: tuberkulina i światłolecznictwo.

Umiejscowione nacieki wczesne mogą być pod obojczykiem, w bocznej części klatki piersiowej, częściej po stronie prawej, ale i w płacie środkowym nie są nacieki wczesne rzadkością. W płatach dolnych dotąd były spostrzegane przypadki nieliczne.

Pierwotna nazwa nacieków Assmana jako nacieków podobojczykowych niema więc uzasadnienia. Proponowana przez Rodekera nazwa „nacieczenie wczesne" nie jest też właściwa, gdyż możliwe jest jej pomieszanie z dawniej opisanemi nacieczeniami okołoogniskowemi I i II okresu. Nazwa „nacieku wczesnego okresu trzeciorzędowego" nie jest także odpowiednią, gdyż jakkolwiek nacieki te powstają na początku okresu trzeciego klasyfikacji Raubego a sprawa chorobowa szerzy się z nich drogą kanałową, zachowują jednak budowę postaciową i chwiejność kliniczną charakteryzujące okres allergji II. Wobec tego, że stoją one jakgdyby na pograniczu okresów II i III proponuje autor nazwać je nacieckami przedsuchotniczymi (Praephtisisches Infiltrat).

Jako zapalenie okołoogniskowe mają te nacieczenia tendencję do szybkiego cofania się i dać mogą w zejściu: 1) stwardnienie i zwapnienie, co jednak rentgenologicznie i anatomicznie nie zostało jeszcze stwierdzone z powodu może zbyt małej ilości spostrzeżeń; 2) szybkie zserowacenie i wytworzenie wczesnej jamy (autor spostrzegał jamę powstałą po upływie pięciu tygodni od chwili wystąpienia nacieczenia); jamy te mają tendencję do samoistnego gojenia, zabliźniania się bez pozostawienia nawet śladu klinicznego i rentgenologicznego.

Cofnięcie się nacieku nie dowodzi zupełnego wygojenia ogniska, przeciwnie może raczej świadczyć o zmianie allergji i postępowaniu sprawy drogą kanalikową; autor nazywa to ucieczką do allergji III. Rozwój suchot z jamy wczesnej należy do przebiegu najczęściej obserwowanego przez autora. Tak powstające suchoty płuc przebiegają z objawami niedodmy i marskości w szczytach, szerzą się one z góry ku dołowi i nie różnią się w dalszym przebiegu od opisywanych dawniej przypadków.

„Gruźlica szczytów" nie jest zwalczana przez przedstawicieli nowej nauki, stwierdzanie jej oznacza późne a nie wczesne — jak sądzono dawniej — rozpoznanie.

Jeśli po wyżej opisanem nacieczeniu nie wytwarza się względna odporność ustroju, sprawa szerzy się przy objawach zapalnoallergicznych (II allergja) w postaci gruźlicy ostrej lub podostrej (phtisis exsudativa), rozsianej w obu płucach; przy tej postaci suchot następuje najczęściej zejście śmiertelne, ale może też wytworzyć się zarośnięcie ognisk gruźliczych tkanką włóknistą i doprowadzić do stwardnienia (phtisis cirrhotica): przy zupełnym upadku sił ustroju (okres IV, wyodrębniony przez Pagela i autora) postać włóknista może też dać zejście śmiertelne.

S. Gräff: *O początku suchot płucnych.* Przed czterema laty wypowiedział Bräuning zdanie, że gruźlica szczytów jest schorzeniem stosunkowo rzadkiem i, że z niej rozwijają się suchoty płucne, a one właśnie są przecież ośrodkiem zagadnienia gruźlicy. Assman i Redeker wskazali na nacieczenia zapalne, najczęściej umiejscowione pod obojczykiem, które zdaniem ich są wczesnym objawem suchot płucnych. Pośród zwolenników tych o powstawaniu suchot poglądów są tacy, którzy uważają, że wczesny naciek wyprzedza tylko sprawę w szczytach, nie zawsze dającą stwierdzić się klinicznie, lub rentgenologicznie, a która potem szerzy się od szczytów ku podstawie. Inni zaś są zdania, że suchoty mogą rozwijać się z nacieczenia wczesnego przy szczytach wolnych od gruźlicy. Nowa nauka musiałaby podważyć dotychczasowe dogmaty anatomo-patologów, którzy przez dziesiątki lat zgodnie z kliniką stwierdzali zmiany szczytowe w każdym przypadku suchot rozwiniętych i stwierdzali rozwój suchot postępujący od szczytów ku podstawie płuc.

Z całej jednak dotychczasowej literatury anatomo-patologicznej okazuje się, że nie można na zasadzie spostrzeżeń sekcyjnych wypowiedzieć się przeciwko powstawaniu pierwszych ognisk gruźliczych (wyłączając zespół pierwotny) w szczytach, t. j. ponad obojczykiem. Za tem przemawiają:

1) przypadki sekcyjne suchot rozwiniętych, które wykazują, że zmiany najtrwalsze i najstarsze znajdujemy w szczytach coraz świeższe w niższych odcinkach;

2) dane statystyczne wykazujące, że blizny w szczytach płuc są tak częste, iż ilość blizn pod obojczykiem nie odgrywa poważniejszej roli, mianowicie 96% i 3%.

Autor poddaje krytyce metody Roentgena, mówiąc, że na kliszy nie wszystko dojrzeć można i zapytuje, czy można mieć pewność na zasadzie obrazu Roentgena, że oprócz widocznego ogniska pod obojczykiem niema zmian w szczytach; odpowiedź wypada przecząco.

Autor porównywał klisze z preparatami anatomo-patologicznemi i stwierdzał, że wiele ognisk nie zostaje przez klisze wykrytych. Autor stoi niezbicie przy poglądzie, że blizna lub ognisko w szczycie, nieraz niedostrzegalne przy prześwietleniu lub na kliszy jest patogenetycznie w związku z rozwojem suchot.

Te grające rolę w patogenezie suchot ogniska lub blizny szczytowe mogą być tak drobne, że nastręczają trudności (przytacza przypadek Huebschmana) anatomo-patologowi w ich odnalezieniu; zrozumiałem jest, że istnienie takich ognisk nie może być stwierdzone przy pomocy przyrządu Roentgena. A więc ognisko w szczycie to podstawa rozwoju suchot. Skąd ono pochodzi i jak szerzy się dalej sprawa swoista?

Na podstawie obrazu histologicznego nie podobna stwierdzić, czy ognisko powstało drogą krwi czy oskrzeli; powstanie pierwszych zmian postaciowych w szczycie nie było dotąd przez żadnego anatomo-patologa bezpośrednio spostrzegane.

Wnioskując per analogiam do innych ognisk początkiem ma być wysięk zapalny wielojądrzasty, mający tendencję do organizowania się i najczęściej w zejściu dający bliznę — w ten sposób powstał drugi — po ognisku pierwotnem — ograniczony w czasie okres zmian wstecznych. Istnieje jeszcze inna możliwość, a mianowicie, że do blizny nie dochodzi, choroba szerzy się z ogniska tego drogą przeważnie oskrzelową, dając początek — najczęściej pod obojczykami — nowym ogniskom, a więc drugi okres anatomiczny przedłuża się i może prowadzić bezpośrednio lub z przerwami do zejścia śmiertelnego.

W innych, klinicznie częściej spostrzeganych przypadkach, po zakończonych blizną drugiego okresu anatomicznego może powstać okres trzeci, rozpoczynający się od ogniska pod obojczykiem, może szerzyć się bezpośrednio dalej lub znowu — jako zejście — dać bliznę będącą przedmiotem wyjścia następujących okresów anatomicznych.

Być może, że te pierwsze ogniska nowego anatomicznego okresu dają często odczyn odogniskowy, co stwierdzić można rentgenologicznie. Odczyn ten cofa się; ognisko zabliźnia się lub rozpada, daje wtedy jamę i t. d. Ognisko to, ani genetycznie ani morfologicznie, ani przebiegiem nie różni się od ognisk innych okresów anatomicznych. Ogniska takie niejednokrotnie były spostrzegane przez anatomo-patologów (w przypadkach śmierci z powodu przygodnych chorób). Anatomo-patolog nie może tego nazwać naciekiem wczesnym, gdyż zawsze stwierdzał istnienie ogniska w szczycie.

Spostrzeżenia anatomo-patologów wskazują na to, że większość ludzi przechodzi pierwszy i drugi okres anatomiczny ze zmianami umiejscowionemi w szczytach, oba te okresy mają tendencję do zabliźniania i mogą nieuczynniać się już w ciągu całego życia lub wielu lat. W późniejszych okresach życia zmniejsza się zdolność do zabliźniania, wzmaga zdolność do szerzenia się suchot.

Już kilkadziesiąt lat temu Orth powiedział, że szerzenie się suchot zależy od zmniejszonej odporności samych płuc, chociaż nauka o zmianie odczynu w gruczołach chłonnych już kwitła. Autor, jak zresztą i inni patologowie, nie uważa za możliwe wyodrębnianie obrazów anatomicznych odpowiadających trzeciemu okresowi Rankego. Podział Aschoffa i Beitzkego na okresy pierwotnej infekcji i reinfekcji również nie nadaje się, gdyż za reinfekt autorzy uważają powtórne z zewnątrz zakażenie. Autor nie widzi możliwości uwzględnienia w rozpoznaniu skąd przyszła infekcja czy jest ex- czy też endogenna: dlatego uważa, że jedynym podziałem możliwym do przyjęcia dla anatomo-patologa jest jego własny podział na okresy anatomiczne, ponieważ uwzględnia on porządek rozwoju ognisk w czasie i umiejscowieniu. Okresy anatomiczne przeciwstawia autor klinicznym i stara się wyjaśnić, czy klinika jest w możności okresy anatomiczne rozpoznać i potwierdzić. Okres anatomiczny pierwszy odpowiada zespołowi pierwotnemu: okres anatomiczny drugi odpowiada gruźlicy szczytów i zwykle przez klinicystów nie jest rozpoznany; jego istnienie stwierdza się post hoc lub wcale. To też trzeci okres anatomiczny z umiejscowieniem przeważnie podobojczykowem, wydaje się klinicznie pierwszym okresem choroby i od tego okresu rozpoczyna się spostrzeganie dalszego przebiegu choroby.

Trudno sobie wyobrazić, by z wygojonego ogniska, lub blizny mogła sprawa szerzyć się dalej. Tu autor wprowadza pojęcie endogennej reinfekcji spowodowanej przez bodziec zewnętrzny.

Dyskusja. Bacmeister wypowiada się przeciwko nowej nauce, mówiąc, że z początkiem suchot płucnych są zawsze ogniska w wierzchołkach z następnie występującem nacieczeniem podobojczykowem, lub bez niego. Ziegler zwraca uwagę, że podstawy nauki Assmana i Redekera oparte są wyłącznie na danych rentgenologicznych, a nie anatomo-patologicznych. Odczytywanie rentgenogramu jest jednak rzeczą subjektywną. Na zdjęciach nacieków przy wolnych szczytach autor dostrzegł w szczytach cienie zgęszczenia. Poza tem, autor uważa za wierzchołek płuca do II ż. (zgodnie z Tendeloo) i sądzi, że będące w mowie nacieki znajdują się w dolnej części szczytu; przypadków wczesnych nacieków sekcyjnych autor nie widział.

Brauner przypomina, że suchoty przebiegają skokami, którym odpowiadają coraz to nowe ogniska wysiękowe; naciek wczesny jest jednym z takich skoków. Stwarzanie nowych nazw dla starych spostrzeżeń uważa za błędne, a samą nazwę fałszywą, gdyż jak wykazał Gräffe zmiany w szczytach są zwykle wcześniejsze.

Schröder przestrzega przed przecenianiem znaczenia nacieków wczesnych. W 1400 badanych przypadkach typowe obrazy nacieków wczesnych spostrzegł jedynie w 32 przypadkach, z których na 29 stwierdzał ogniska w szczytach.

Küpfele sądzi, że naciek wczesny może powstać: 1) z ogniska szczytowego, 2) jako rzeczywiście wczesny naciek w sensie pierwotnej reinfekcji wysiękowej. To pierwsze wydaje się mu częstsze. W roentgenogramach demonstrowanych przez Ulrici i Petersena autor spostrzegł cienie w szczytach i uważa je za wcześniejsze od ognisk podobojczykowych.

Romberg sądzi, że rozprawy będą owocniejsze, jeżeli wcześniej uwzględni się najważniejszy moment „nowej nauki". Nie chodzi tu o wyjaśnienie, gdzie powstaje pierwsze ognisko reinfekcji w szczytach czy podobojczykowo — chodzi o sposób powstawania suchot. Najczęściej suchoty powstają nie powoli z ognisk w szczytach, tylko raptownie jak grypa, z naciekiem zapalnym. Miejsce nacieku może być zmienne.

Löschke widział w szczytach świeże nacieki podobojczykowe; odpowiadają one wysiękowo-serowato-zapalnym ogniskom, powstają zawsze endogennie przez przejście mas zakaźnych z ogniska szczytowego drogą oskrzelową. Naciek wczesny wskazuje na zwrot w chorobie ze sprawy łagodnej w złośliwą.

Ritter podaje statystykę przypadków rejestrowanych jako Turban I; tylko w 11% rozwinęły się suchoty płucne. Z przypadków suchot otwartych autor w 70—80% stwierdza początek chroniczny a nie ostry. „Nowa nauka" opiera się tylko na danych roentgenologicznych i nie docenia zmian szczytowych, które jego zdaniem stanowią początek suchot.

Assman podkreśla ogromne znaczenie kliniczne rozpoznania nacieków, które przebiegają nieraz jak grypa.

Wczesne leczenie może zapobiedz dalszemu szerzeniu się suchot. Czy są przytem stare ogniska w szczytach, uważa autor za nieważne. Częste występowanie ich przy wolnych szczytach nie jest chyba przypadkiem.

Neuman zaznacza, że przerzuty broncho- czy hematogenne zwykle umiejscawiają się na granicach płatów płucnych i tem objaśnia częste występowania nacieków pod prawym obojczykiem; odpowiednie miejsce leży na granicy pomiędzy górnym, a środkowym płatem.

Nicol wypowiada się za nową nauką. W 50% przypadków gruźlicy otwartej dopatrzył się początku ostrego. Dla klinicysty nie jest ważne pierwsze umiejscowienie reinfekcji, tylko pierwsze objawy, dające się klinicznie stwierdzić.

Huebschman mówi, że w 90% wszystkich sekowanych zmiany istnieją w szczycie w postaci blizny lub ograniczonego serowatego ogniska. Jeśli zmian tych roentgenologicznie nie widać, to dlatego, że są one otoczone tkanką rozedmową. Kwestjonuje swoistość nacieków wczesnych i żąda potwierdzenia tego charakteru przez anatomo-patologów. Wobec rzadkości przypadków każdy rozpoznany przypadek nacieku wczesnego w razie śmierci musi być dostarczony wypróbowanej stacji anatomo-patologicznej.

Unverricht nie może zgodzić się na lekceważenie ognisk szczytowych w patogenezie suchot i stwierdza, że ogniska wielkie (2 na 1 na 1 mm) nie są roentgenologicznie widzialne.

Böhme przyczyny różnic w poglądach dopatruje się w równości materjału obserwowanego. Lekarze ambulatoryjni widzą najwięcej nacieków wczesnych, lekarze zakładowi i anatomo-patologowie przeciwnie, ponieważ ten materjał do nich zwykle nie dochodzi.

Redeker sądzi, że większość tego, co mówiono o naciekach wczesnych oparte jest na wadliwej rejestracji; przypadki rejestrowane jako Turban II lub nieraz jako gorączkujące z jamami kryją w sobie nacieki wczesne — przypadków nacieków wczesnych jest znacznie więcej, niż autorzy notują. Jeżeli nacieki wczesne powstają wyłącznie z ognisk szczytowych, to jak objaśnić, że 77% (Simon) suchot u dzieci powstaje z nacieków wczesnych. Jeśli blizna lub ognisko w szczytach znajdujemy u 90% ludzi, to klinicznie ma to takie samo znaczenie, jak stwierdzenie obecności ogniska pierwotnego — potwierdza to tylko wartość nacieków wczesnych — przy wczesnym rozpoznawaniu suchot.

Często się teraz mówi o błędach Roentgena w porównaniu z wynikami autopsji. Przeciwko zarzutom możnaby przytoczyć: materjał sekcyjny nie nadaje się do rozstrzygnięcia zagadnienia o umiejscowieniu pierwszego ogniska szczytowego, gdyż po znacznem rozsianiu odnalezienie ogniska pierwszego jest niemożliwością; nie każda blizna w szczycie jest śladem początku sprawy. Najsłuszniejszym motywem zbijającym dane anatomo-patologów jest pozytywne stwierdzenie pierwszego ogniska podobojczykowego przez promienie Roentgena.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

II. Polski Zjazd Przeciwrakowy.

W dniach 23 i 24 marca r. b. obradował w Warszawie w Sali Rady Miejskiej II Polski Zjazd Przeciwrakowy, który zgromadziwszy około 400 osób z najpoważniejszych sfer lekarskich i działaczy społecznych całej Polski, dowiódł wymownie stale wzrastającego i dziś już wielkiego zainteresowania się społeczeństwa sprawą walki z rakiem zarówno pod względem ściśle naukowym jak i społecznym. Odczytów obu kategoryj słuchano z równem zainteresowaniem i cieszyły się one dużą frekwencją.

Posiedzenie inauguracyjne zaszczyciła swą obecnością Pani Prezydentowa Mościcka, jako Protektorka akcji walki z rakiem w Polsce.

Otwarcia Zjazdu dokonał b. minister, obecny Naczelnik Izby Lekarskiej, Dr. Witold Chodźko, zapraszając do Prezydjum Prof. Ciechanowskiego (Kraków), Prof. Ejgera (Wilno), Prof. Wrzoska (Poznań), Dra Marzyńskiego (Łódź), Doc. Czarneckiego (Wilno) i Dra Pelczara (Kraków). Przemówienia powitalne wygłosili: w imieniu Rządu Dyrektor Piestrzyński, w im. Komisarjatu Rządu Dr. Eberhard, w im. Tow. Higjenicznego Prezes Dr. Witosław Dąbrowski. Tow. Lekar. Prezes Kazimierz Zieliński, oraz przedstawiciele Uniwersytetów Polskich.

Pierwszy dzień obrad poświęcono społecznej stronie walki z rakiem. Referat Docenta Sterling-Okuniewskiego wykazał znaczną aktywność Pol. Komitetu do zwalczania raka zarówno w kierunku naukowym, jak i społecznym a porównanie ze sprawozdaniami z prowincji (Kraków, Wilno, Łódź i t. d.) pozwoliło stwierdzić dość wyraźną przewagę Stolicy w omawianej akcji. Wielkie Dzieło Daru Narodowego Im. Skłodowskiej-Curie, acz jeszcze nie ukończone, posuwa się dość szybko. Sprawę o nim zdawał w wyczerpującym referacie Prof. Krzyształowicz. Duże wrażenie zrobiło przemówienie Dra Wejnerta, dotyczące tworzenia przytułków dla nieuleczalnych rakowatych. W sprawie tej rozwinęła się rzeczowa dyskusja (Prof. Ejger, Prof. Wrzosek, i inn.) zakończona przyjęciem niżej podanego wniosku (3). Przyjęto również wniosek, wypływający z odczytu Doc. Grudzińskiego w sprawie oddziałów radjologicznych (4).

Część popołudniowego posiedzenia poświęcono całkowicie omówieniu działalności „Koła Pań" Pol. Komitetu do zwalczania raka. Z dużem zainteresowaniem wysłuchano referatów przedstawicielek tej Organizacji, które nakreśliły dokładny obraz swej rozległej i pożytecznej działalności oraz zgłosiły wniosek poniżej przytoczony (2). Przemawiały Panie: Drowa Wejnertowa, wiceprzewodnicząca „Koła", P. Anna Paszkowska, Sekretarka generalna, oraz przewodniczące poszczególnych sekcyj Drowa Sterling-Okuniewska, Dr. Garlicka i Dr. Szczodrowska.

Drugi dzień obrad dowiódł, iż Polska nie posiadając jeszcze specjalnych Instytutów dla naukowych badań raka, jednak poważnie i dość wszechstronnie w tym kierunku pracuje. Szereg naukowych odczytów rozpoczął piękny wykład Prof. Czyżewicza o leczeniu nowotworów radem. Następnie dr. Zwejbaum mówił o hodowli tkanek nowotworowych, Pelczar o przebiegu odczynów odpornościowych w raku, Hirszfeld, Halber i Laskowski o własnościach serologicznych tkanek norm. i rakowatych. Prof. Ejger po-

ruszył ciekawą sprawę badań interferometrycznych a wspólnie z Doc. Czarneckim opracował wpływ układu nerwowego mimow. na powstawanie nowotworów. „Tarczyca i nadnercze a wzrost mięsaka szczurzego" było tematem dra Flaksa, zaś wyniki trzyletniego stosowania radu w nowotworach złośliwych narządów rodnych kobiety podał dr. Flokstrumpf. Wspólnie zaś z drami Kołodziejskim i Milewskim podał wyniki leczenia ołowiem nowotworów złośliwych. Nakoniec o raku, jako zagadnieniu rasy mówiła p. Adamowiczowa.

Uczestnicy Zjazdu w przerwie między posiedzeniami zwiedzili Przychodnię Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Przytułek dla nieuleczalnych rakowatych w Szpitalu św. Łazarza i Instytut Radowy im. Skłodowskiej - Curie. Objaśnień udzielali Dr. Niewiadomski, kierownik Przychodni, Dr. Dłuska i Dr. Stefanowski.

Cechą swoistą tego Zjazdu był liczny udział w nim kobiet, pracujących społecznie. Przybyły one z różnych stron kraju, aby zapoznać się osobiście z działalnością wspomnianego „Koła Pań" jedynej instytucji tego rodzaju w Polsce.

Uchwały II Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego.

1) Zwrócić się do Departamentu Służby zdrowia z prośbą o utworzenie przy nim sekcji raka, na wzór istniejącej sekcji gruźlicy i in.

2) W celu rozszerzenia opieki nad chorymi na raka na terenie całego Państwa zorganizować w większych miastach „Koła Pań" na wzór istniejącego w Warszawie. Dla ujednostajnienia całej akcji nowe Koła winny posługiwać się drukami Koła Warszawskiego.

3) Należy dążyć do utworzenia w miastach wojewódzkich Przytułków dla nieuleczalnych chorych na raka, w czem inicjatywie społecznej powinny przyjść z pomocą Samorządy i Kasy chorych.

4) Dążyć do utworzenia w dużych szpitalach i klinikach Uniw. oddziałów radjologicznych, co wpłynie korzystnie na rozwój radjologji i może posiadać poważne znaczenie w walce z rakiem, gdyż oddziały takie uzupełnią rolę specjalnych Instytutów Radowych. W dążności do utworzenia tych oddziałów powinni zespolić swe wysiłki radjolodzy i działacze w walce z rakiem.

5) Zjazd uważa za palącą potrzebę dołożenie wszelkich starań ze strony Społeczeństwa, Samorządów i Rządu do naknajszybszego wykończenia Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie.

SPRAWY ZAWODOWE.

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Cel.

§ 1. Niniejsze Zasady Deontologji Lekarskiej mają być wytyczną w postępowaniu lekarzy względem chorych, społeczeństwa, kolegów, Izby Lekarskiej, Władz Państwowych, Władz Komunalnych, Kas Chorych, przy pracy naukowej, a dla Sądu Izby Lekarskiej mają być podstawą przy dochodzeniu i rozstrzyganiu spraw.

I. Obowiązki lekarzy w ogólności.

§ 2. Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przedewszystkiem na względzie dobro chorego i zdrowie publiczne, oraz pomnąc o swem powołaniu do pracy humanitarnej. Powinien on przestrzegać godności i honoru tudzież wspólnych interesów moralnych i materjalnych stanu lekarskiego, a także zasad koleżeństwa w stosunkach z innymi lekarzami.

§ 3. Każdy lekarz, ustalając rozpoznanie choroby i rokowanie co do dalszego jej przebiegu, winien informować o tem chorego jaknajoględniej, licząc się zawsze z psychiką pacjenta.

§ 4. Udzielanie pomocy lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym, lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem przypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej, z którą każdy lekarz na wezwanie śpieszyć powinien.

Za swe czynności lekarz ma prawo żądać stosownego wynagrodzenia, a przy wszelkich czynnościach, które można odroczyć, ma prawo umówić się co do jego wysokości.

§ 5. Lekarz ma unikać narzucania swych usług lekarskich tudzież reklamy kupieckiej, a tembardziej reklamy jarmacznej i szarlatańskiej.

§ 6. Stosunki koleżeńskie ma znamionować prawość, lojalność i uprzejmość. Lekarz wystrzegać się winien wszystkiego, coby mogło przynieść ujmę stanowi lekarskiemu.

§ 7. Lekarze przynależni do Izby Lekarskiej, mają się stosować do jej uchwał i zarządzeń.

II. Obowiązki lekarzy względem chorych.

§ 8. W razie naglącej potrzeby lekarz obowiązany jest udzielić tymczasowej doraźnej pomocy lekarskiej bez względu na to, czy otrzyma należne honorarjum, zwłaszcza o ile w danej miejscowości niema zapewnionej i ogólnie dostępnej pomocy.

Wszelako i w tych razach lekarz ma prawo żądać po udzieleniu tymczasowej pomocy stosownego wynagrodzenia.

W miejscowości gdzie jest kilku lekarzy, zaleca się dla nagłych nocnych przypadków, organizowanie nocnych dyżurów lekarskich.

§ 9. Z reguły nie jest dopuszczalne ordynowanie bez uprzedniego zbadania chorego jedynie tylko na podstawie wywiadów o przebiegu i objawach choroby.

Wyjątkowo może lekarz bez zbadania ponownego przepisywać dalsze leczenie takiemu choremu, którego już przedtem w ciągu tej samej choroby osobiście zbadał, a przebieg dotychczasowego cierpienia daje dostateczną podstawę do dalszych zarządzeń leczniczych.

§ 10. Przepisywanie leczenia drogą korespondencji jest niedopuszczalne, a ogłaszanie tego rodzaju leczenia stanowczo jest wzbronione.

Wyjątkowo może lekarz w dalszym ciągu przepisywać leczenie w drodze korespondencji, o ile już poprzednio miał chorego w osobistej obserwacji.

§ 11. Lecząc chorego, lekarzowi nie wolno jest bez koniecznej ku temu potrzeby odwiedzać go w domu, lub polecać przychodzenie do siebie. Dotyczy to zarówno chorych prywatnych, jakoteż i chorych należących do Kas Chorych, do organizacyj pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, czy też innych, temu podobnych instytucyj.

§ 12. Przy dokonywaniu zabiegów, mających na celu przerwanie ciąży, lekarz winien kierować się następującemi zasadami:

a) Decyzja o konieczności dokonania zabiegu powinna być powzięta na podstawie, narady conajmniej dwóch lekarzy, protokólarnie spisanej.

b) Zabieg winien być dokonany w klinice, szpitalu, domu zdrowia, i tylko w przypadkach, grożących niebezpieczeństwem życia ze względu na zwłokę, lub powodowanych innymi ważnymi względami, dopuszczalne jest przeprowadzenie zabiegu tego w prywatnem mieszkaniu pacjentki, nigdy zaś ambulatoryjnie w gabinecie lekarza.

c) Zabieg winien być dokonany w asyście drugiego lekarza, lub conajmniej personelu pomocniczego; opis zabiegu winien być zaprotokółowany i podpisany przez obecnych.

§ 13. Lekarzom, pracującym w przychodniach i lecznicach prywatnych, nie wolno chorych, zgłaszających się do lecznic, odsyłać i przyjmować u siebie w domu za opłatą pobieraną w lecznicach.

§ 14. Stronie wolno jest zmieniać lekarza w ciągu choroby.

Lekarz może odmówić dalszego leczenia chorego, którego rozpoczął leczyć, tylko na podstawie ważnych powodów. Wolno mu bezzwłocznie zaprzestać dalszego leczenia, gdy zauważy, że względem niego chory poczytalny, lub głowa rodziny, lub gospodarz, dopuszcza się obrazy, albo obrazę ze strony innych domowników toleruje.

§ 15. Lekarz winien w odpowiedni sposób zawiadomić rodzinę lub otoczenie chorego, a w razie potrzeby i samego chorego, jeżeli powziął przekonanie o zagrażającem lub już istniejącem niebezpieczeństwie dla życia chorego.

Odmowę dalszego leczenia należy stronie wyraźnie zapowiedzieć.

§ 16. Lekarz winien ściśle przestrzegać tajemnicy lekarskiej. Tajemnica lekarska obejmuje nie tylko to, co chory lub jego otoczenie lekarzowi zawierzyło, lecz odnosi się także do faktów i stosunków, o których lekarz powziął wiadomość jakąkolwiek drogą przy spełnianiu swych obowiązków zawodowych względem klijentów.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie ogranicza się jedynie do zamilczenia zwierzeń osób powierzonych pieczy lekarza, lecz rozciąga się także na tajemnice innych osób, jeżeli lekarz dowiedział się o nich przy wykonywaniu swego zawodu lub na podstawie swego powołania.

Od zachowania tajemnicy lekarskiej uwalnia lekarza wyraźne zezwolenie chorego do jej wyjawienia.

Pozwolenie to może być ogólne, upoważniające lekarza do wszelkich wyjaśnień, odnoszących się do jego spostrzeżeń, lub

tylko częściowe, upoważniające do wyjaśnienia tylko pewnych szczegółów i wobec pewnych tylko osób.

Lekarz obowiązany jest także zachować tajemnicę osób zmarłych, które miał w opiece lekarskiej, lub też zbadał po śmierci podczas obdukcji. Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie wzbrania donosić władzom o tych chorobach zakaźnych, o których obowiązują donosić ogólne przepisy sanitarne.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej ustaje na żądanie dania zeznań ze strony władz sądowych, lub na prawne żądanie władz administracyjnych. W podobnych przypadkach lekarz winien się ograniczyć tylko do wyjawienia niezbędnych rzeczowych wyjaśnień.

W razie kolizji obowiązku tajemnicy lekarskiej z wyższemi pod względem etycznym obowiązkami, bądź społecznemi, bądź ogólnoludzkiemi, złamanie tajemnicy jest dopuszczalne, lecz w podobnych przypadkach lekarz winien uprzednio zasięgnąć opinji Zarządu Izby Lekarskiej, lub Zarządu Stowarzyszenia Lekarskiego, do którego lekarz ten należy, a gdyby to było niemożliwe, to przynajmniej opinji dwóch lub nawet jednego kolegi.

C. d. n.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zdrojowiska państwowe. Największy przyrost procentowy kuracjuszów w zdrojowiskach państwowych w latach ostatnich przypada na Busk, następnie na Krynicę, a na końcu dopiero idzie Ciechocinek. W r. 1927 w Busku było 6.464 kuracjuszów, w r. 1928 — 7.976, czyli wzrost wynosi 23.4 proc. W Krynicy liczba kuracjuszów wzrosła z 30.967 do 35.559 czyli o 14.8 proc., w Ciechocinku z 15.830 do 16.941 czyli o 6.4 proc. Ilość zaś wydanych kąpieli i innych zabiegów wzrosła w Busku o 12.1 proc, w Ciechocinku o 7 proc., w Krynicy zaś tylko o 3,4 proc.

Wnioskować ztąd można, że Krynica przyciąga do siebie nietylko chorych, lecz i zdrowych, przyjeżdżających dla wypoczynku i rozrywki.

W redakcji kwartalnika „Higjena Pracy" odbyło się dnia 20 marca b. r. pod przewodnictwem Marszałka senatu, prof. dr. Szymańskiego, posiedzenie informacyjne w sprawie zawiązania Polskiego Towarzystwa Higjeny i Bezpieczeństwa Pracy. Po wygłoszeniu referatu programowego przez dr. Raciążka wywiązała się dłuższa dyskusja, w której zabierali głos imieniem Dep. Zdrowia M. S. W. dyr. dr. Adamski oraz naczelnik dr. Sęczyc, jak również z zainteresowanych kół przemysłowych prof. inż. Chorzewski oraz inż. Zamoyski. Tezy poruszone w referacie głównym (dr. Raciążek) zostały przez zebranych jednomyślnie przyjęte, jak również i wniosek końcowy (dr. Kłuszyński oraz inż. Besickierski) dotyczący udzielenia szerszego przedstawicielstwa organizacjom robotniczym, poczem zebranie rozwiązano.

Zmarli: Dr. Eugenjusz Lewenstern, ordynator Oddziału chirurgicznego szpitala Czerwonego Krzyża, wybitny specjalista, pełen zalet jako jeden z najtroskliwszych lekarzy - opiekunów chorych i najzacniejszych kolegów. Zmarł w Warszawie dnia 26. III. 1929 r. Żył lat 55.

Dr. Edward Loth — profesor anatomji opisowej uniwersytetu warszawskiego miał w marcu r. b. w paryskiej szkole antropologicznej cztery wykłady, obejmujące antropologję części miękkich. Poszczególne tematy były następujące:

1) Uwagi ogólne. Antopologja mięśni: mimika twarzy.
2) Antropologja mięśni tułowia, grzbietu i kończyny górnej.
3) Antropologja kończyny dolnej, kanału kiszkowego i dróg oddechowych.
4) Antropologja narządów moczopłciowych naczyń i nerwów obwodowych.

„Trzeźwość" — ukazał się Nr. 3 tego ciekawego miesięcznika i zawiera treść następującą: „Oświadczenie Prezydenta Hoovera w sprawie prohibicji". — Kazimierza Kalinowskiego: „Karczma dzisiejszego życia". — Mowy i wnioski sen. dr. Z. Daszyńskiej-Golińskiej i sen. Aleksandra Iżyckiego w sprawie walki z alkoholizmem. — T. Olpińskiego: „Związki Nadziei w W. Brytanji". — Marji Maćkowskiej: „ Znaczenie kursów alkohologji dla nauczycielstwa". — Artykuł redakcyjny p. t. „Szczyt cynizmu" — C. Żórawskiego: „Z dziejów Koła Abstynentów w Seminarjum Duch. w Płocku". — Dokończenie artykułu o alkoholizmie i walce z nim w 13 krajach europejskich i pozaeuropejskich. — B. Głuchowskiego: „Przegląd czasopism obcych". — Numer uzupełniają: przegląd prasy, kronika oraz dwa rysunki.

Ze względu na doniosłość omawianych przez „Trzeźwość" spraw oraz rzeczowe i bezstronne ich przedstawienie — pismo zasługuje na szerokie rozpowszechnienie. Prenumerata roczna 6 zł., wpłacać na konto P. K. O. Nr. 270.

Rada Lekarska Kasy Chorych m. Warszawy. Dnia 27 lutego r. b. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń zatwierdził liczne zmiany w statucie Kasy.

Na zasadzie nowego statutu zostanie wkrótce już powołana do życia Rada Lekarska Kasy Chorych m. Warszawy, która będzie organem opinjodawczym Zarządu Kasy w sprawach organizacji i wykonywania lecznictwa.

Do kompetencji Rady Lekarskiej należeć będzie opinjowanie i zgłaszanie projektów w sprawach następujących: preliminarza budżetowego Działu Lekarskiego; najbardziej racjonalnego zużytkowania budżetu lecznictwa, projektów etatów personalu lekarskiego; planu rozwoju lecznictwa i zakładów leczniczych Kasy; wyszkolenia i perjodycznego dokształcania personalu lekarskiego i pomocniczego oraz stypendjów, urlopów i delegacyj naukowych; koordynacji lecznictwa Kasowego i pozakasowego; stosowania i zakresu akcji zapobiegawczej, uświadamiania chorych i społeczeństwa o zadaniach lecznictwa i higjeny społecznej; racjonalnego stosowania metod i środków leczniczych; regulaminów dla personalu lekarskiego, metod kontroli pracy personalu, wreszcie norm pracy oraz zasad przyjmowania i ewentualnego zwalniania personalu lekarskiego.

Przedstawiciele Rady Lekarskiej będą brać udział w Komisji Kwalifikacyjnej.

Rada Lekarska składać się będzie z 17 osób, zaproszonych na 3 lata, a mianowicie: przedstawiciela Służby Zdrowia Magistratu m. Warszawy, przedstawiciela Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, przedstawiciela Tow. Przeciwgruźliczego, przedstawicieli Tow. Naukowych; internistów, ginekologów, dermatologów, pedjatrów, 5 przedstawicieli Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych i 5 lekarzy, powołanych przez Zarząd Kasy z pośród pracujących w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, medycyny zapobiegawczej i t. p.

Kurs dla Naczelnych Lekarzy Kas Chorych. Hasło „właściwy człowiek na właściwem miejscu" znajduje w Okręgowym Związku Kas Chorych w Poznaniu szczerego wyznawcę i realizatora świadomego swych zadań w odniesieniu do Kas Chorych, położonych na terenie jego działalności.

Związek Kas prowadzi nie tylko intensywną akcję dokształcania personalu administracyjnego Kas Chorych, lecz również dba o udoskonalenie aparatu lekarskiego, a więc czynnika wybitnie oddziaływującego na faktyczną wartość Kas Chorych, jako instytucji ubezpieczeniowej.

Wbrew mniemaniom sceptyków Związek Kas przy współudziale tych ostatnich stwarza właśnie odpowiednie warunki dla pracy naukowej lekarzy, daje możność pogłębienia wiedzy lekarskiej nie tylko pod kątem potrzeb kasowych.

Pierwszym poważniejszym w tym kierunku krokiem był 3-dniowy (od 3 — 5 grudnia włącznie) kurs dla Naczelnych Lekarzy Kas Chorych województw poznańskiego i pomorskiego, urządzony przez Okręgowy Związek Kas Chorych.

Kurs miał na celu zapoznanie uczestników ze zdobyczami nowoczesnej medycyny, ze specjalnem uwzględnieniem wodolecznictwa, z którem zapoznał uczestników p. dr. Żniniewicz z Poznania.

Kurs obejmował zarówno teorję, jak i praktykę.

Wykładali wybitni znawcy poszczególnych dziedzin, profesorowie Uniwersytetu miejscowi i zamiejscowi.

W kursie brało udział 30 pp. lekarzy.

Salę dla kursu życzliwie udzieliła Ubezpieczalnia Krapowa. Po oficjalnem zakończeniu kursu odbył się skromny podwieczorek, w czasie którego wygłoszono kilka przemówień ze strony Związku — pp. Nacz. Wilczyński i dr. Rudkowski, w imieniu uczestników kursu p. dr. Pajzderski z Gniezna, wreszcie p. dr. Wierusz.

Dwaj ostatni mówcy w swych przemówieniach dali wyraz prawdziwego zadowolenia z urządzonego kursu, który przyniósł pełne rezultaty, stąd też wyrazili nadzieję, że Związek zorganizuje podobnych kursów więcej w niedalekiej przyszłości.

Harmonijny nastrój i szczere uznanie ze strony uczestników kursu świadczyło, że na drodze zespolenia sił dla dobra szerokich warstw społeczeństwa zrobiono nowy wielki krok.

Kursy dla pielęgniarek. Okr. Zw. K. Ch. w Warszawie wysłał do swych Kas związkowych następujący okólnik:

„Rozwój lecznictwa kasowego wymaga obecnie znacznej ilości wykwalifikowanych pielęgniarek w przychodniach, żłóbkach oraz pielęgniarek o charakterze higjenistek społecznych. Ponieważ wszędzie odczuwać się daje brak takich sił fachowych — Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie zamierza zorganizować kurs dla pielęgniarek. Kurs przewidywałby oprócz wykładów teoretycznych, szereg zajęć praktycznych w szpitalach i klinikach. Kurs trwałby sześć miesięcy i prowadzony byłby systemem internatowym. Opłata za pobyt na kursie wynosić będzie 250 zł miesięcznie od słuchaczki, przy 50 słuchaczkach. Na kurs będą przyjmowane kandydatki posiadające wykształcenie przynajmniej w zakresie 7 oddziałów szkoły powszechnej.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń pismem z dnia 19 lutego b. r. Nr. 2186/I uznał projektowany kurs za nader pożądany i oświadczył, że poprze usiłowania w kierunku jego zorganizowania. Termin kursu ustalony zostanie po napływie odpowiedniej ilości zgłoszeń kandydatek i po przeprowadzeniu szeregu prac przygotowawczych.

Nadmieniamy, że wysuwane przez Kasy stypendystki będą się musiały zobowiązać do 3-letniej pracy w danej Kasie w charakterze pielęgniarki.

Apelujemy do Kas, by przez zgłoszenie odpowiedniej ilości kandydatek umożliwiły zorganizowanie tego, tak bardzo potrzebnego kursu".

Kraków.

Walne Zgromadzenie Krakowskiego Koła Związku Lekarzy Kas Chorych odbędzie się w dniu 15 kwietnia b. r. o godzinie 18½ (6½ wieczór), w Sali Konferencyjnej Kasy Chorych w Krakowie, ul. Batorego 3. II. p.

W sprawie współdziałania Towarzystw lekarskich polskich. Dla ożywienia i podniesienia poziomu ruchu naukowego zachodzi niewątpliwa potrzeba ściślejszych i stalszych stosunków między Towarzystwami naukowemi przyrodniczo-lekarskiemi poza tem doraźnem zbliżeniem, jakie dają Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich. Szczególnie potrzeba współdziałania i współpracy na polu nauk lekarskich; Koła bowiem przyrodnicze posiadają już oddawna wspólne Towarzystwo imienia Kopernika, Koła zaś lekarskie poza Zjazdami organizacji takiej nie mają.

Wprawdzie pierwszym krokiem ku takiej organizacji mogły były stać się Zjazdy lekarzy prowincjonalnych, powstałe w roku 1911 z inicjatywy Dra Seweryna Sterlinga. Jednakże organizacja ta obejmowała tylko teren b. Królestwa Kongresowego, a przerwana przez wojnę światową już odżyć nie zdołała. Przed rokiem 1925 podał Prof. Dr. Witold Nowicki myśl założenia Związku Towarzystw lekarskich polskich, ku czemu byłby się nadawał XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie; realizacja tej myśli nie dała się już jednak na czas przygotować.

Delegacja stała Zjazdów zajęła się tą sprawą na swem plenarnem posiedzeniu w 1926 roku. Poruszenie jej publicznie wypadło odłożyć do chwili, gdy się okaże, że teren jest rzeczywiście przygotowany do uzyskania pozytywnego wyniku.

Chwila ta obecnie nadeszła. Wskazuje na to odczucie przez szersze Koła lekarskie potrzeby współpracy Towarzystw lekarskich, nawet pojawiające się już jej początki. Od lat kilku nawiązał się taki stosunek między młodem Towarzystwem lekarskiem w Łucku, a środowiskiem lwowskiem. Od Zjazdu lekarzy polskich w Katowicach przygotowuje się podobny stosunek między Towarzystwem lekarzy polskich na Śląsku, a środowiskiem krakowskiem i w r. b. wejdzie on w życie niewątpliwie, dzięki staraniom Dra Hesseka. Wreszcie w ostatnich czasach samorzutnie poruszono tą sprawę w Zarządzie Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Formy takiej współpracy Towarzystw lekarskich, zarówno uprawiających wszystkie działy medycyny, jak i specjalne tylko jej gałęzie, mogą być rozmaite: wymiana prelegentów, równoczesne opracowywanie wspólnych tematów, wspólny organ naukowy (jakim był np. swojego czasu dla większości Towarzystw „Przegląd lekarski"), współpraca na polu zbiorów naukowych, bibljotek i t. p., wreszcie nawet oparty na osobnym statucie stały Związek.

Doświadczenie rozstrzygnie, jakie formy będą najodpowiedniejsze; narzucenie ich zgóry chybiałoby celu.

Należy zacząć od najłatwiejszego współdziałania w postaci wymiany prelegentów, nie ograniczając się wszakże tylko do wyjazdu ich z miast uniwersyteckich do mniejszych środowisk, ale wymieniając ich także wzajemnie między temi środowiskami. Przez kilka miesięcy, pozostających do XIII Zjazdu w Wilnie, okaże się, czy będzie można pójść dalej i już na tym Zjeździe stworzyć inne jeszcze sposoby współpracy.

Prezydjum Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, podając powyższe do wiadomości, prosi tą drogą wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie o rozpatrzenie tej sprawy i podjęcie jej realizacji.

Prezydjum Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich: Sekretarz generalny: *Janiszewski*. Przewodniczący: Prof. Dr. *Stan. Ciechanowski mp.*

Lwów.

Prymarjuszem Oddziału Roentgenologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie został zamianowany dotychczasowy Starszy Asystent II Kliniki wewnętrznej Uniwersytetu J. K. Dr. Juljan Tumidajski.

Dr. Adam Gruca Starszy Asystent Kliniki Chirurgicznej J. K. został zamianowany docentem chirurgji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. X Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 5 kwietnia b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. O. Blatt i F. Goldschlag: 4 przypadki rzadkich dermatoz (pokaz);

2) Kol. K. Wiślański: Witaminy i hormony (wykład).

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: St. Ostrowski. Leszczyński, Nowicki, Dobrzański, Gąsiorowski, Barącz. Elmer.

Z kraju.

Zakład zdrojowy Nałęczów — oddalony o trzy godziny jazdy koleją od Warszawy ogłasza tani sezon wiosenny na czas od 26 marca do 15 czerwca. Koszta całkowitego utrzymania, leczenia i t. p. w tym sezonie mają kosztować 310 zł na przeciąg 21 dni.

Druskienniki. Tutejsza Komisja Zdrojowa rozpisała konkurs na stanowisko miejscowego lekarza zdrojowego. Koledzy lekarze pragnący starać się o to stanowisko zechcą przesłać wspomnianej Komisji do 15. V. 1929 r. podanie zaopatrzone w curriculum vitae, stwierdzające nieprzekroczony 50 rok życia, dokumenty stwierdzające prawo wykonywania praktyki lekarskiej w granicach Rzeczypospolitej Polskiej i to wykonywania jej conajmniej od trzech lat, dokument stwierdzający ewentualną pracę zdrojowa. a wreszcie warunki pracy i płacy.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 1. VI. 1929 r.

Ze świata.

Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa Międzynarodowy Komitet Organizacyny. Prezes — Dr. René Sand 2, avenue Velasquez, Paryż (8). — Sekretarz — Dr. E. H. Lewinsky-Corwin, 2 East 103 d Street N. York. Z inicjatywy Komitetu Międzynarodowego, obejmującego przedstawicieli władzy administracyjnej, lekarzy, pielęgniarek oraz przedstawicieli zainteresowanych stowarzyszeń narodowych, w dniach od 13 do 15 czerwca 1929 zbierze się pierwszy Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Atlantic City (miejscowość kąpielowa pod Filadelfią). W tem samem mieście od 17 do 21 czerwca odbędzie się sesja amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa. Członkowie Kongresu Międzynarodowego są najuprzejmiej zaproszeni do wzięcia udziału w tem drugiem zgromadzeniu, które dopełni obrady Komitetu Międzynarodowego.

Od nia 13 do 21 czerwca w Atlantic City będą otwarte: Wystawa Międzynarodowa Naukowa i Wystawa Międzynarodowa Handlowa, obie poświęcone szpitalnictwu.

Od 5 do 11 czerwca uczestnicy Kongresu będą gośćmi Komitetu Amerykańskiego, który zawiezie ich do Bostonu, do Montrealu, do wodospadów Niagary, do Rochester, do Waszyngtonu i do Baltimore. Podczas tej wycieczki zwiedzą oni liczne szpitale.

Program Kongresu został ustalony w sposób następujący:

13 czerwca — posiedzenie ranne: przemówienia przedstawicieli różnych państw, biorących udział w Kongresie, uchwalenie regulaminu, wybór prezydjum.

Posiedzenie popołudniowe: dyskusja na temat wpływu planów szpitali na koszty ich budowy i utrzymania, jak również na skuteczność leczenia (referent — dr. S. S. Goldwater, N. York). — 14 czerwca — posiedzenie ranne: dyskusja na temat dochodów szpitalnych (referent — prof. Groeber, Jena).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat roli szpitali

publicznych i szpitali prywatnych (referent dr. W. H. Mansholt, Groningen).

15 czerwca — posiedzenie ranne — dyskusja na temat szpitali psychjatrycznych (referent będzie wyznaczony) i szpitali dla chorób chronicznych (referent — prof. J. Tandler, Wiedeń).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat: Stowarzyszenia narodowe szpitalnictwa i stworzenie Stowarzyszenia Międzynarodowego Szpitalnictwa (referenci — pp. Brizon i A. Gouachon, Ljon).

Przygotowanie drugiego Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa.

Głosowanie wniosków.

Mowa zamknięcia.

Referaty będą rozdane zawczasu. Zgłoszenia, odnoszące się do tematów, wymienionych powyżej, będą mogły być przedstawione na dorocznej sesji amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa.

Wystawa Naukowa będzie podzielona na sekcje narodowe, zorganizowane przez komitety, zajmujące się propagandą w każdym kraju. Bardzo obszerne pomieszczenie jest im oddane bezpłatnie do dyspozycji. Komitety narodowe poniosą koszty transportu okazów i ich zabezpieczenia podczas przewozu, jak również koszty urządzenia stoisk.

Te same zasady obowiązują dla Wystawy Handlowej z tą różnicą, że pomieszczenie będzie wydzierżawione po cenie kosztu. Każdy Komitet przyjmie lub odrzuca przesyłki swych ziomków, powodując się zasadą, że wystawa ma za zadanie pokazanie ważnych postępów, osiągniętych w przemyśle w zakresie urzadzenia szpitali i przedmiotów, któremi się one posługują. Okazom, przywożonym na wystawę, zostało zapewnione zwolnienie od cła.

Adres Sekretarjatu Kongresu: Atlantic City, Ritz-Carlton Hotel.

Akademja Medyczna w Nowym Yorku (2 East 103 d Street) ofiarowuje swoje usługi członkom Kongresu podczas całego czasu trwania ich pobytu w N. Yorku. Zobowiązuje się dostarczać im pocztę podczas wyjazdów.

Do chwili obecnej liczne rządy i narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa podały już swych delegatów. Jest rzeczą bardzo ważną, aby wszystkie kraje były reprezentowane na Kongresie przez swych najwybitniejszych fachowców.

Regulamin. Cel Kongresu. Celem Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa, mającego odbyć się w Stanach Zjednoczonych w r. 1929, jest ułatwienie stosunków między zarządami szpitalnemi, publicznemi i prywatnemi, pośredniczenie w wymianie informacyj i wymiana zdań między osobami, interesującemi się na całym świecie sprawami szpitalnictwa.

Organizacja. Pierwszy Kongres Międzynarodowy Szpitalnictwa organizuje Komitet Wykonawczy Międzynarodowy, wybrany w Paryżu we wrześniu 1927 r. i sierpniu 1928 r. przy współudziale komitetów narodowych krajów uczestniczących.

Przyjmowanie członków. Członkami Kongresu mogą być osoby, urzędy i instytucje:

a) delegowane przez władze publiczne (związkowe, narodowe, prowincjonalne lub departamentowe, kantonalne lub miejskie) lub przez narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa;

b) zapisane na własną prośbę przez Narodowe Stowarzyszenie Szpitalnictwa, które zawiadamia o tem sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego;

c) zapisane przez sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego, gdy idzie o kraje, które nie posiadają Narodowego Stowarzyszenia Szpitalnictwa;

d) zaproszone na jego własną odpowiedzialność przez jednego z członków Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego.

Składki. Składka członkowska wynosi 5 dolarów. Daje ona prawo do otrzymywania sprawozdań i protokółów.

Prezydjum. Prezydjum będzie wybrane na pierwszem posiedzeniu Kongresu na wniosek Komitetu Wykonawczego.

Języki. Każdy przemawia w języku swego wyboru. Przemówienia będą przetłumaczone w streszczeniach na takie języki, jakie będą postanowione stosownie do okoliczności. Sprawozdania i protokóły będą wydane po francusku, po angielsku i po niemiecku.

Wnioski. Kongres nie formułuje wniosków, dotyczących kwestyj technicznych.

Międzynarodowy Komitet Wykonawczy. Delegaci, obecni na zebraniach we wrześniu 1927 i w sierpniu 1928, tworzą Międzynarodowy Komitet Wykonawczy do chwili otwarcia Kongresu. Komitet ma prawo kooptowania nowych członków.

Program wycieczki, urządzonej dla członków Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa:

Środa 5 czerwca: Obiad w hotelu w N. Yorku. — Spotkanie na dworcu centralnym o 10 godz. wieczorem w specjalnym pociągu Pullmanowskim, przeznaczonym dla członków Kongresu.

Czwartek, 6 czerwca: Przyjazd do Bostonu o godz. 7,05 rano, wyjazd o 9 godz. wieczorem.

Piątek, 7 czerwca: Przyjazd do Montreal o godz. 7,30 rano, wyjazd o godz. 6,25 wieczorem.

Sobota, 8 czerwca: Przyjazd do wodospadów Niagary o godz. 10 rano.

Niedziela, 9 czerwca: Wyjazd o godz. 8,10 rano. Przyjazd do Rochester o 11 rano.

Poniedziałek, 10 czerwca: Przyjazd do Waszyngtonu o godz. 8,45 rano.

Wtorek, 11 czerwca: Odjazd o godz. 9 rano. Przyjazd do Baltimore o godz. 9,52. — Wyjazd z Baltimore o godz. 5,13 wieczorem. Przyjazd do Atlantic City o godz. 8 wieczorem.

Organizacja podróży. Kompanja American Express jest urzędowym agentem Kongresu w sprawach, dotyczących przejazdu członków Kongresu. Ofiarowuje swoje usługi, celem zamówienia kabiny do podróży tam i z powrotem, pokoju w hotelu, biletów kolejowych lub miejsc zarezerwowanych, słowem postara się zaspokoić wszystkie ich żądania. W szczególności udzieli im informacyj co do podróży, które zechcieliby odbyć po ukończeniu Kongresu, aby zakończyć swą wizytę do Stanów Zjednoczonych.

Członkowie Kongresu są proszeni o skomunikowanie się z Kompanją American Express, najbliższą ich miejsca zamieszkania, wskazując datę, kiedy chcieliby przybyć do N. Yorku, rodzaj hotelu, w jakim chcieliby zamieszkać, i zaznaczając, czy wezmą udział w wycieczce (5—11 czerwca), organizowanej bezpłatnie (koleje, wagony sypialne, hotele, posiłki, autocary i t. d.), przez Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitalnictwa.

Nie należy zapominać, że wszystkie statki, jadące z Ameryki do Europy w drugiej połowie czerwca i pierwszej połowie lipca, są przepełnione. Jeśli kabina na drogę powrotną nie będzie w porę zamówiona, członkowie Kongresu mogliby znaleść się w trudnem położeniu. Jest więc rzeczą konieczną jaknajrychlej poczynić odpowiednie kroki.

Najniższe ceny przejazdu przez ocean Atlantycki są następujące w dolarach:

	Do Nowego Yorku	*Z Nowego Yorku*
I klasa	177,50 do 272,50	206,25 do 300
II klasa	140 do 157,50	140 do 157,50
III klasa dla turystów	120 do 125	120 do 125

Podróż III klasą „dla turystów" tam i zpowrotem 200 do 210 dolarów.

W II klasie jedyną zniżką, przyznaną przy podróży w obie strony, jest 5% dla pasażerów, wyjeżdżających z N. Yorku po 15 lipca.

W I klasie żadna zniżka nie będzie przyznana.

Czynione są jednak kroki, aby uzyskać zniżkę od ceny przejazdu do Ameryki. Członkowie Kongresu są proszeni o zwrócenie się w tej sprawie do Kompanji American Express, która poinformuje ich jak tylko zapadnie odpowiednia decyzja.

W Nowym Yorku ceny hotelowe są następujące: w hotelu pierwszorzędnym za pokój z łazienką 4 do 5 dolarów dziennie (za 1 osobę) lub 7 do 8 dolarów (za dwie osoby). Naogół hotele nowojorskie nie udzielają pension. Wszystkie trzy posiłki dziennie (à la carte) kosztują około 3,50 do 4.50 dolarów dziennie.

W Atlantic City większość hoteli daje kompletne pension za 6 do 10 dolarów. Członkowie Kongresu mają prawo do 10% zniżki od tych cen.

Karta zgłoszenia:

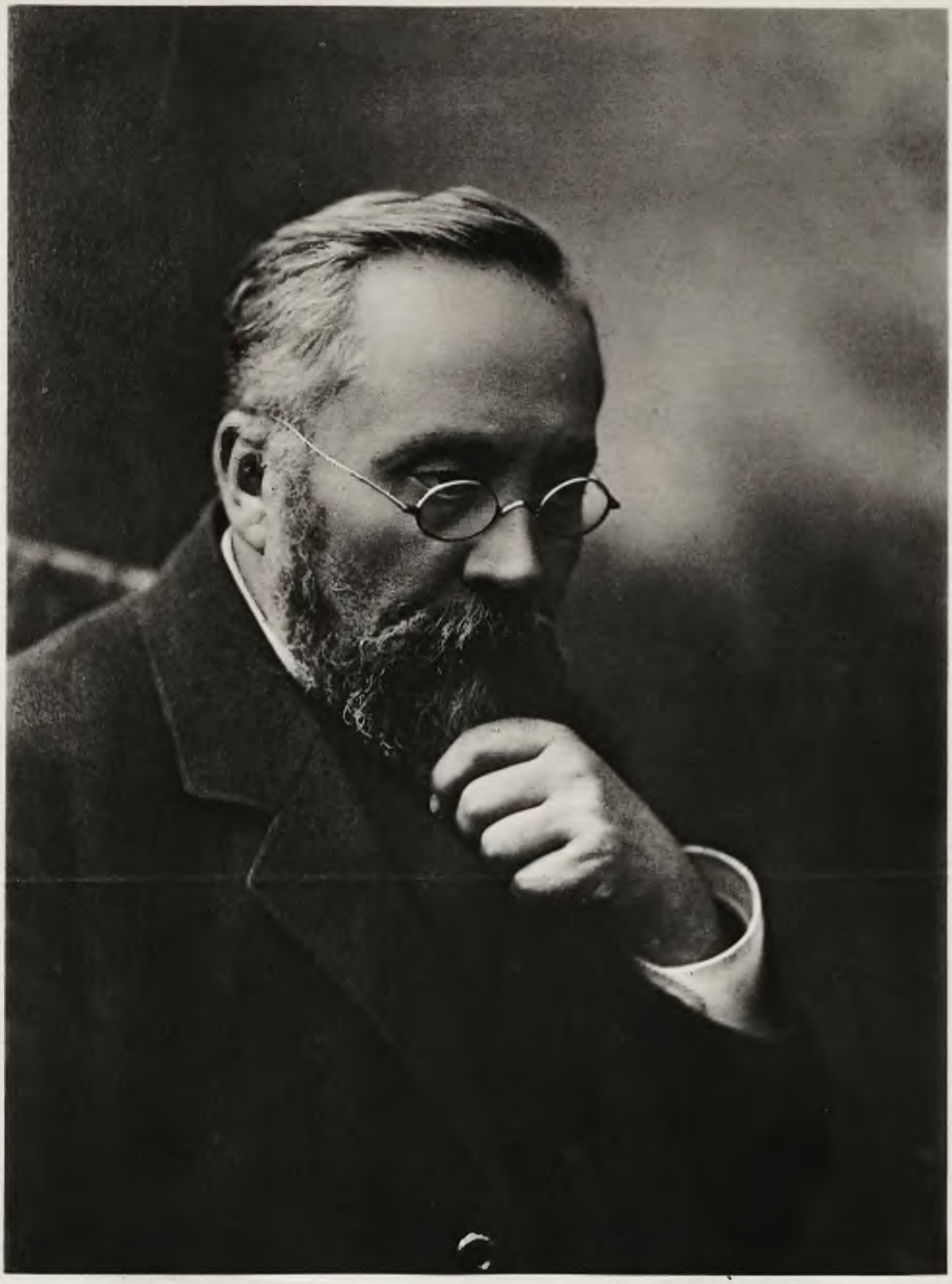
Nazwisko . . . .
Tytuł . . . .
Adres . . . .

zapisuje się jako członek Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa i przesyła sumę pięciu dolarów, jako składkę członkowską.

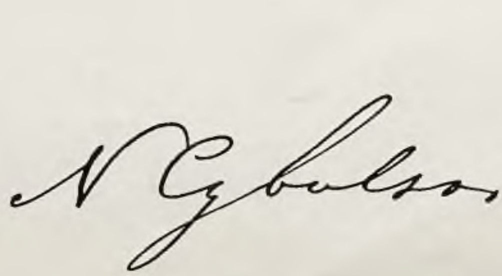
(Przesłać taką kartę i składkę do dra Lewinsky-Corwin, 2 East 103 d. Street, N. York).

Międzynarodowy doroczny kurs dla lekarzy w Karlsbadzie. Tegoroczny karlovarski (XI) Międzynarodowy Kurs Lekarski (z specjalnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji) odbywać się będzie w czasie od 15 do 21 września. Uczestnicy otrzymają 33% zniżkę na kolejach czeskosłowackich jak również i bezpłatne wizy.

Wiadomości udziela zarządzający Dr. Edgar Ganz v Karlovych Varach.



Urodził się w r. 1854 w Krzywonosach, Ziemi Wileńskiej | Zmarł w r. 1919 w Krakowie



Nr. 17. 28. kwietnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Pamięci ś. p. Profesora Napoleona Cybulskiego w dziesiątą rocznicę Jego zgonu numer ten poświęca

REDAKCJA

Adolf BECK (Lwów).

Znaczenie NAPOLEONA CYBULSKIEGO w nauce *)

Radosne obchody jubileuszowe, podobnie jak smutne uroczystości żałobne mają tę wspólną cechę, że ocenienie zasług tego, który uroczystości takich jest ośrodkiem, odbywa się z dużą przymieszką uczuciowości. Radość, czy smutek wywierają wybitny wpływ na to ocenienie, a przez to zawiera ono wiele subjektywizmu.

Ocena zasług naukowych uczonego tej miary, jakim był śp. Cybulski, nie mogła bezpośrednio po Jego zgonie być wyczerpującą wobec ogromu dzieła, które po sobie pozostawił. Nie mogłaby nią być nawet w czasach normalnych, a co dopiero w owych niezwykłych, ciężkich warunkach, w których żyliśmy z wiosną r. 1919, tuż po ukończeniu wielkiej wojny, w czasie zmagań o granice na nowo wskrzeszonej Ojczyzny: zmagań z wielkimi dyplomatami zachodu, a równocześnie krwawych walk na naszych kresach wschodnich.

Po upływie lat dziesięciu, kiedy spoglądamy wstecz, jakgdyby z większej odległości, na rozległe niwy nauki uprawiane przez śp. Cybulskiego, wydanie sprawiedliwego sądu o wartości wspaniałego dorobku, który po sobie pozostawił, staje się możliwe. Dziś dopiero będziemy w stanie powiedzieć, czy i w jakim stopniu spuścizna Jego ducha stała się trwałą własnością myśli ludzkiej, czy nie straciła na swej wartości w porównaniu z chwilą, gdy publikacje śp. Cybulskiego ujrzały światło dzienne.

Co do swej osoby jednak muszę przyznać, że przestrzeń czasu dziesięciu lat, która nas dzieli od śmierci śp. Cybulskiego, może nie usunęła w całości subjektywizmu, bo nie zdołała zgasić najwdzięczniejszej pamięci, uczuć serdecznego przywiązania i wiernej przyjaźni. Co więcej, przy ponownem przeglądaniu prac, które było potrzebne do przygotowania dzisiejszego sprawozdania, odżyły w pamięci wspomnienia z lat dawnych, odświeżyły się w sercu uczucia. Snuły się przed oczyma ducha obrazy, dotąd niezatarte, owych ośmiu najpiękniejszych lat młodości, w których czerpałem z krynicy wiedzy Mistrza, darzącego mnie szczególną — z całego serca odwzajemnioną miłością — oraz następnego przeszło ćwierćwiecza nigdy nie zakłóconej przyjaźni.

Tłumiąc zaś w sobie uczucia podmiotowe, starając się być w całej pełni objektywnym, rzeczowym, czy nie wpadłem w drugą ostateczność? Czy nie za nisko oceniłem wartość Jego wielkiego dzieła?

Raczcie to Państwo sami osądzić!

Będę się starał, o ile to możliwe w ramach krótkiego sprawozdania, przedstawić Panom wspaniałe wyniki pracy ducha i umysłu śp. Cybulskiego, oświetlić ich znaczenie dla nauki. Muszę się ograniczyć ściśle do omówienia Jego prac naukowych i to tylko fizjologicznych. Jednakże trudno oddzielić człowieka od badacza i otrzymamy może obraz niedoskonały, niezupełny, jeżeli się zadowolę omówieniem tylko działalności naukowej, badawczej Cybulskiego i wyników Jego badań. Atoli olbrzymi rozmiar pracy Cybulskiego nie pozwolił mi przy najbardziej treściwem jej ocenieniu pójść nawet drogą pośrednią i choćby naszkicować Jego charakter i wielostronną działalność ogólną, by na tem tle dopiero ostremi i szerszemi rysami podnieść to, co na tem poważnem zgromadzeniu ma szczególnie być omówione: Cybulskiego zdobycze naukowe.

Kiedy Cybulski powołany został na katedrę fizjologji, rozporządzał już szeregiem poważnych publikacyj i miał głośne imię w nauce. Niech mi jednak wolno będzie, zanim się zajmę ich oświetleniem krytycznem, rozpocząć swoje przedstawienie od przypomnienia owej tak doniosłej dla Wszechnicy Jagiellońskiej i dla fizjologji polskiej chwili, kiedy Cybulski zjawił się w Krakowie i zajaśniał odrazu jako pierwszorzędny badacz, znakomity nauczyciel i świetny organizator. Proszę o przebaczenie, że na chwilę zatrzymam się na obrazie, który tkwi w duszy mojej niezatarty mimo blisko półwiekowej odległości. Do sali wypełnionej po brzegi wprowadził ówczesny dziekan Wydziału lekarskiego prof. Blumenstok (Halban), młodego profesora, którego ujmujący wyraz twarzy, dobroć i szczerość, bijące z oczu, odrazu pozyskały serca słuchaczy. Zwyczajem ówczesnym dziekan przedstawia go zebranym, podnosi Jego zasługi naukowe i składa życzenia, aby na katedrze, którą obejmuje, w dalszym ciągu rozwijał tak świetnie rozpoczętą działalność naukową. W jakżeż wysokim stopniu spełniły się te życzenia! Wszak rzeczywistość przeszła wszelkie żywione wówczas nadzieje!

Zakład fizjologiczny zastał Cybulski umieszczony w grożącym zawaleniem trzechpiętrowym, ciasnym budynku w dziedzińcu Collegium Physicum. Szczupły, bo na każdem piętrze tylko po dwa pokoje mieszczący budynek, stanowił wprost urągowisko zakładu eksperymentalnego. Tak zwana sala wykładowa służyła nietylko dla wykładów i demonstracyj fizjologicznych i histologicznych, ale także jako sala ćwiczeń — a w chwilach wolnych od wykładów i ćwiczeń jako pracownia, w której wykonywano doświadczenia.

Zaraz w pierwszym roku pobytu Cybulskiego w Krakowie rozpoczynają w Zakładzie fizjologicznym prace badawcze prócz profesora asystent Piotrowski oraz asystenci innych Zakładów i Klinik. W następnym roku ogłasza Cybulski privatissimum i przyjmuje do pracowni sześciu z pierwszych swoich uczniów t. j. studentów trzeciego roku medycyny, którym daje odrazu tematy do samodzielnej pracy naukowej.

Miałem szczęście należeć do tej pierwszej garstki pracowników. Wyszli z nich i z późniejszych pracowników mężowie, którzy potem zajęli wybitne stanowiska w nauce i w świecie lekarskim, a zadzierżgnięte tam z innymi współpracownikami węzły koleżeństwa należą, do najściślejszych, wspomnienia z lat w pracowni krakowskiej spędzonych do najmilszych.

Przejęty gorącą miłością nauki, umiał ją Cybulski wszczepiać licznym swoim współpracownikom i uczniom, budzić w nich zapał do pracy naukowej, do badania i szukania prawdy, udzielać im części tej gorliwości, która w Nim była niewyczerpana. Ci, którzy wstąpili w poczet pracowników zakładu i mieli poważny zamiar pracowania, mogli liczyć na wydatną i wytrwałą pomoc szefa, na Jego rady i na żywy udział w pracy. I zapewne na całe swe życie zapamiętali te chwile spędzone w zakładzie fizjologicznym krakowskim, gdzie Cybulski przykładem swoim i zachowaniem wobec uczniów wprowadził niezmiernie miły ton przyjacielski, atmosferę koleżeństwa i wzajemnej życzliwości. U wszystkich powstało szczere przywiązanie do osoby Profesora, które łączyło się z prawdziwą czcią.

Pełen młodzieńczej energji wlał ducha w stare mury zakładu, z niezwykłą siłą i wytrwałością potrafił dostosować ciasne i skąpo wyposażone sale zakładu dla potrzeb nauczania i badań naukowych, zapełnić te sale przyrządami i urządzeniami, niezbędnemi do celów dydaktycznych i do prac naukowych.

---

*) Przemówienie wygłoszone dnia 24 kwietnia 1929 na uroczystem posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, poświęconem pamięci śp. Cybulskiego w dziesiątą rocznicę Jego zgonu.

Zaiste nie była to „physiologia elegans", którą w pierwszych latach pobytu Cybulskiego w Krakowie, przy pomocy skąpego inwentarza naukowego Zakładu uczono, ćwiczono i wykonywano badawcze prace. Miasto aparatów precyzyjnych, sprowadzanych od mechaników zagranicznych, były to przeważnie przyrządy zestawione z dostępnego materjału w sposób najprostszy a rurka szklana, korek i kit odgrywały tu pierwszorzędną rolę!

Że ograniczenie środków i ciasnota przestrzeni nie były w owym czasie w stanie zahamować prawdziwych sił naukowych w ujawnieniu ich twórczej działalności, okazało się, podobnie jak u starych mistrzów fizjologji Longeta, Cl. Bernarda, J. Müllera, Ludwiga, Brückego i innych, także i u Cybulskiego. Piękny poczet prac wykonanych przez profesora, Jego asystentów i innych pracowników wyszedł z owych ciasnych niewygodnych murów.

Nieustannym i niestrudzonym zabiegom Cybulskiego zawdzięczyć należy powstanie nowego zakładu fizjologicznego, który otwarty został w 10 lat po przybyciu Cybulskiego do Krakowa. Niestety z powodu macoszego traktowania przez rząd zaborczy naszych potrzeb naukowych nie dopuszczono do tego, by zakładowi fizjologicznemu poświęcony był jeden budynek na wyłączne jego cele, lecz przez umieszczenie w jednym budynku pięciu a jeżeli liczyć będziemy histologję, to przez kilka lat i sześciu zakładów, spaczono piękne zamiary i dążenia Cybulskiego. A kiedy dotacje użyczane zakładowi przez rząd (mimo usilnych zabiegów Cybulskiego) były zanadto skąpe, aby zaspokoić mogły szerokie plany Jego badań naukowych, starał się o zdobycie środków pieniężnych za pomocą szeregu wykładów powszechnych (1887), które, gromadząc setki słuchaczy, przyniosły znaczny dochód. W kilka lat póżniej (1892), gdy badania nad zjawiskami elektrycznemi w korze mózgowej wymagały znacznych funduszów, potrafił Cybulski uzyskać pomoc materjalną od osób prywatnych. I tę właściwość Cybulskiego widzimy stale potem: potrafił nie tylko zachęcić do pracy, gromadzić koło siebie rzesze współpracowników, porwać ich swoim przykładem wytrwałości i pracowitości, ale nawet zainteresować pracami naukowemi osoby postronne, stojące zdala od tego terenu pracy, na którym sam działał.

Przystępując obecnie do ocenienia, jakie znaczenie mają dla nauki prace Cybulskiego, muszę z góry zaznaczyć, że zadaniem mojem nie może być opisanie wszystkich, choćby tylko ważniejszych szczegółów, tyczących się badań Cybulskiego; zajęłoby to bowiem zbyt wiele czasu. Muszę się ograniczyć raczej do tego, by w grubych rysach podnieść główne punkty widzenia, które Cybulskiego wiodły do badań i które nim kierowały, oraz przedstawić najważniejsze wyniki Jego prac i to częściowo przez odświeżenie obrazów pamięciowych w umysłach Szanownych Państwa po większej części już istniejących.

Rzecz oczywista, że największa część publikacyj Cybulskiego należy do zakresu fizjologji, one też znajdują się na pierwszym planie naszego zainteresowania, i te przedewszystkiem omówię. Istnieją jednak także prace Jego pióra treści czysto fizykalnej i histologicznej, oraz publikacje o sprawach publicznych. O ostatnich mówić będzie kto inny. Bardzo znaczna część prac Cybulskiego przypada na fizjologję mięśni i nerwów. Jest to zrozumiałe, jeżeli się zważy, że badacz, który jak Cybulski, szuka w fizjologji zagadnień fizykalnych, przedewszystkiem w czynnościach tych tkanek styka się ze zjawiskami, które pozwalają na matematyczno-fizykalne traktowanie wartości wchodzących tu w rachubę.

Jeżeli teraz spróbujemy uzyskać przegląd prac Cybulskiego, nasuwa się podział ich na pięć grup w związku z działami fizjologji, którym prace te są poświęcone. Pierwszą grupę stanowią — idąc w porządku chronologicznym — badania nad układem krążenia krwi, zapoczątkowane rozprawą p. t.: „Badania nad prędkością ruchu krwi zapomoca fotochemotachometru". Drugą grupę tworzą doświadczenia nad zastosowaniem kondensatora do drażnienia tkanek pobudliwych, trzecią poszukiwania nad czynnością nadnercza, następnie czwartą mikrokalorymetrja, ostatnią zaś rozległe badania nad istotą zjawisk elektrycznych w mięśniach i nerwach. Do wyliczonych kategoryj musimy i tego rodzaju publikacje dołączyć, które z danym zakresem są w pośrednim tylko związku.

Z przyczyn, natury więcej technicznej nie będę się w układzie niniejszego sprawozdania trzymał porządku chronologicznego, lecz rozpocznę od prac drugiej z wyliczonych grup:

I. Stosowanie rozbrojeń kondensatora, jako podniet w celu określenia pobudliwości mięśni i nerwów.

Cybulski wielokrotnie występował jako gorący rzecznik myśli o unormowaniu jednostek używanych w fizjologji. Niezliczone nieporozumienia między badaczami, niezgodność wyników takich samych doświadczeń uważał Cybulski — i słusznie — jako następstwo posługiwania się niejednakowemi jednostkami.

Przedewszystkiem dawała się ta niezgodność we znaki w eksperymencie w fizjologji tak częstym, tj. w stosowaniu podniet. Cewka indukcyjna, powszechnie używana do drażnienia tkanek pobudliwych, jakkolwiek bardzo dogodna, nie odpowiada wcale wymogom ścisłych pomiarów. Przy stosowaniu przez dwóch różnych badaczy cewek nawet jednakowo zbudowanych, nigdy wyniki drażnienia nie będą przedstawiały wartości bezwzględnych.

Uporczywie i wytrwale dążył Cybulski do wyszukania metody, mogącej dostarczyć podniet o absolutnych wielkościach. Znalazłszy ją w kondensatorze, prowadził wspólnie z Zanietowskim szereg żmudnych badań, których pięknym rezultatem było 5 prac z lat 1891—1895 oraz i kilka prac samego Zanietowskiego z r. 1895 i następnych. Prace te doprowadziły nietylko do wynalezienia i następnie udoskonalenia samej aparatury, ale także dostarczyły całego szeregu zdobyczy w poznaniu pobudliwości nerwów, mięśni a także innych tkanek pobudliwych oraz sposobu, w jaki różne czynniki na tę pobudliwość wpływają. Metoda Cybulskiego i Zanietowskiego pozwala oznaczyć dokładnie nietylko ilość elektryczności, która przepływa jako bodziec przez nerw, ale także wyrazić ilość energji w ergach, którą bodziec ten przedstawia.

W pierwszej pracy o tym przedmiocie, ogłoszonej w r. 1891, p. t.: „O zastosowaniu kondensatora do podrażnienia nerwów i mięśni zamiast przyrządu saneczkowego Du Bois-Reymonda". (Rozpr. Akad. Um. w Krakowie, t. 22), wypracowali autorzy samą metodę używania rozbrojeń kondensatora, a jako najdogodniejsze urządzenie podali następujące: Kondensator o znanej pojemności wyrażonej w faradach (C), łączy się w pewnej chwili z dowolnie wybraną różnicą potencjałów (U) odgałęzioną od ogniw elektrycznych przy pomocy dokładnie wykalibrowanego reochordu. Naładowany w ten sposób kondensator oznaczoną ilością elektryczności wyrażoną w kulombach (K), wedle wzoru $K = UC$ a reprezentującą znaną ilość energji, wyrażoną w ergach (η), wedle wzoru $\eta = \frac{1}{2} U^2 C \times 10^7$, rozbraja się znów w dowolnej chwili przez nerw lub mięsień za pomocą specjalnie urządzonego elektrycznego kommutatora.

Druga praca p. t.: „Dalsze doświadczenia z kondensatorami. Zależność pobudzenia nerwów od energji rozbrojenia". (Rozpr. Ak. Um. r. 1893), zajmuje się kwestją, jak zachowuje się ilość energji potrzebnej do wywołania minimalnego skurczu mięśnia, jeżeli się używa w doświadczeniach kondensatorów o różnej pojemności a o stałem napięciu elektrycznem, albo odwrotnie zmienia się napięcie, stosując kondensator tej samej pojemności. Wyniki otrzymane w tej pracy przez Cybulskiego i Zanietowskiego wskazują, że ilość energji zmienia się w najmniejszym stopniu, i że decydującym czynnikiem jest tu czas trwania okresu rozbrojenia. Jak z tego widać, zbliżyli się już wtedy autorowie do metody badania pobudliwości przez oznaczenie t. zw. chronaksji, z którą spotykamy się dopiero w siedm lat później w podstawowych badaniach Lapicque'a i jego szkoły.

Do następnej pracy Cybulskiego i Zanietowskiego ogłoszonej w Archiwie Pfluegera (tom 55, r. 1894), p. t.: „Ueber die Anwendung des Condensators zur Reizung der Nerven und Muskeln statt des Schlittenapparates von Du Bois-Reymond" dała przedewszystkiem impuls ta okoliczność, że Hoorveg w pracy swej również używał rozbrojeń kondensatora i wyraża podniety w ergach nie wspominając wcale o tem, że polscy autorowie poraz pierwszy to wyrażenie wprowadzili do fizjologji w r. 1891 równocześnie z d'Arsonvalem i niezależnie od niego. W dalszym ciagu rozwijają i udoskonalają metodę samą i następnie majac tak doskonały i pewny sposób mierzenia pobudliwości, określają poraz pierwszy w sposób ścisły, jaki zachodzi stosunek między ilością energji zawartej w podniecie w ergach, a wielkością skutku tj. praca mięśnia wyrażona również jak pierwsza w ergach. Jest to zdobycz wielkiej doniosłości, a umożliwiło jej osiagnięcie jedynie tylko zastosowanie rozbrojeń kondensatora jako podniety. W pracy tej także porównują pobudliwość nerwów wegetatywnych (jak struny bębenkowej i nerwu błędnego) z pobudliwością nerwów animalnych, i oznaczają dokładnie także bezwzględny próg pobudliwości mięśni.

Przedstawione tu w bardzo krótkiem streszczeniu badania Cybulskiego i Zanietowskiego spotkały się z krytyką ze strony Hoorvega. Odpowiedź na tę krytykę tworzy praca Cybulskiego i Zanietowskiego p. t.: „Erwiderung auf H. Hoorvegs Abhandlung betr. Ueber die Nervenerregung durch Condensatorentladungen" (Pfluegers Archiv, T. 59, 1895). W rozprawie tej zbijają zarzuty Hoorvega odnośnie do konstrukcji kondensatorów i udowadniają, iż różnice w przeważającej liczbie doświadczeń autorów o wiele są mniejsze niż te, które zachodza w doświadczeniach Hoorvega, przeprowadzonych na innych kondensatorach; zarzut mógłby więc dotyczyć tylko niewielkiej liczby przypadków, odnoszących się do

bardzo małych kondensatorów parafinowych, w których minimalna ilość elektryczności mogła rzeczywiście zaginąć z powodu drobnych błędów izolacyjnych. Doświadczenia przeprowadzone natomiast na dokładnie izolowanych kondensatorach powietrznych nie tylko nie przemawiają za formułą Hoorvega, lecz przeciwnie udowadniają, że im większy jest opór nerwu, tem dla wywołania minimalnego skurczu potrzeba większego potencjału i większej elektryczności. Również niezgodny z rzeczywistością jest drugi wzór Hoorvega:

$$y = \frac{z \, o \, PC}{\beta \, RC + 1},$$

według którego pobudzenie całkowite (t. zw. „Totalerregung") rośnie proporcjonalnie z ilością elektryczności, podczas gdy dawniejsze jeszcze doświadczenia autorów wykazały, że w miarę stopniowego zwiększania ilości elektryczności, dochodzimy do pewnego kresu, przy którym nie możemy już otrzymać silniejszego skurczu mięśnia, pomimo zwiększenia siły bodźca. Autorowie zwracają uwagę, że wzory Hoorvega nie są tak prostem i prawdziwem „prawem kardynalnem elektrycznego podrażnienia", jak je badacz ten przedstawia. Metoda Cybulskiego i Zanietowskiego znalazła zastosowanie w szeregu prac, w których dała wyniki znakomite. Wyliczę ich kilka: 1. Zanietowski: Poszukiwania nad zmianami elektrotonicznemi pobudliwości nerwów za pomocą rozbrojeń kondensatora, Rozpr. Ak. Um. 1895. — 2. Zanietowski: O sumowaniu podniet w mięśniach i rdzeniu. Badania za pomocą rozbrojeń kondensatora. Pamiętnik Zakładu Fizjologicznego U. J. Kraków 1895. 3. Klecki: Zachowanie się siły elektrobodźczej i pobudliwości przeciętego nerwu żaby. Rozpr. Akad. Um. Wydz. Mat.-Przyr. 1893. 4. Becka badanie nad pobudliwością rozmaitych miejsc nerwu, wykonane w Zakładzie Fizjologicznym Uniw. lwowskiego. (Rozpr. Akad. Um. w Krakowie, t. 31 i Arch. f. (Anat. u.) Physiol. 1898).

Czy ziściły się nadzieje Cybulskiego, że metoda stosowania rozbrojeń kondensatora jako podniety, będzie ogólnie przyjęta i że usunie z pracowni eksperymentalnych cewkę idukcyjną lub ograniczy jej użycie do najprostszych celów? Czy przyrząd Cybulskiego i Zanietowskiego stał się niezbędną do codziennego użytku częścią aparatury w większości pracowni choćby tylko fizjologicznych? Na to pytanie nie możemy niestety dać odpowiedzi twierdzącej. Winną temu nie jest metoda sama tak udoskonalona i w mechanizmie swoim uproszczona, ale z jednej strony zakorzeniony konserwatyzm fizjologów, z drugiej nie tak częsta potrzeba stosowania podniet o bezwzględnych wartościach jednostkowych. Najczęściej w badaniach pobudliwości nie idzie o bezwzględne oznaczenie natężenia podniety, lecz raczej o względny wzajemny stosunek wielkości podniet do siebie t. j. o skonstatowanie, w jakim kierunku (dodatnim czy ujemnym) pobudliwość uległa zmianie. Często także stosuje się podniety na mięśnie i nerwy lub ośrodki nerwowe tylko w celu pobudzenia ich wogóle, bez oglądania się na wielkość pobudliwości. W obu tych razach stosowanie przyrządu saneczkowego jest bardzo dogodne i ma istotnie pewną wyższość nad drażnieniem rozbrojeniami kondensatora, zwłaszcza jeżeli idzie o stosowanie nie jednorazowej podniety, lecz, co najczęściej się dzieje, całego szeregu podniet szybko po sobie następujących.

Rozległe zastosowanie znalazł jednak kondensator w nowszej metodzie badania pobudliwości, stosowanej przez Lapicqu'a i jego szkołę, t. j. oznaczania t. zw. chronaksji, czego pierwowzorem są jednak, jak przed chwilą wspomniałem, badania Cybulskiego i Zanietowskiego. W tej metodzie jak wiadomo określa się wielkość pobudliwości nie z natężenia podniety, lecz z czasu jej działania, potrzebnego do wywołania ściśle oznaczonego najczęściej minimalnego skutku.

II. Prace z dziedziny elektrofizjologji.

Badaniu zjawisk elektrycznych, zachodzących w tkankach zwierzęcych a w szczególności w mięśniach i nerwach, poświęcił Cybulski szmat życia. Był to okres ścisłych i subtelnych badań, których wyniki, stopniowo w miarę, jak się ujawniały, rozwijały i ustalały, przedstawiał na posiedzeniach Polskiej Akademji Umiejętności, i ogłaszał w licznych publikacjach, począwszy od roku 1897 do 1913, razem zaś zebrał je w dwóch pięknych rozprawach o pierwszorzędnem znaczeniu po mistrzowsku napisanych p. t. „Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródła" (Rozpr. Akad. Umiej. 1911) i „Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło", tamże 1912 r.

Ścisłego i jasnego umysłu Cybulskiego nie mogły zadowolić znane teorje o istocie zjawisk elektrycznych, i to ani teorje tłumaczące powstawanie prądu spoczynkowego, ani też i te, które wyjaśniają istotę prądów czynnościowych. Teorja bowiem Du Bois-Reymonda t. zw. molekularna, była właściwie tylko hipotezą znajdującą mało oparcia na wynikach doświadczeń. Teorja zaś Hermanna, która tłumaczyła prąd spoczynkowy jawieniem się ładunku elektryczności ujemnej w cząstkach uszkodzonych, a prąd czynny powstawaniem takiego samego ładunku w cząstkach czynnych, nawet gdyby zapatrywania tego autora okazały się słusznemi, była właściwie stwierdzeniem samego faktu, a nie tłumaczyła, jakiego to rodzaju zjawiska fizykalne czy procesy chemiczne są przyczyną pojawienia się ujemnego ładunku. Przytem samo wyrażenie „ładunek ujemny w pewnem miejscu mięśnia lub nerwu" było wyrażeniem ze stanowiska fizyki nieścisłem, albowiem te same miejsca uszkodzone lub czynne można z równem prawem uważać za elektrododatnie, jeżeli się je rozpatruje ze względu na kierunek prądu w samym mięśniu, a nie w przewodniku.

Pierwsza publikacja Cybulskiego z dziedziny elektrofizjologji datuje się z r. 1892. W pracy: „O zmianach elektrycznych w mięśniach podczas skurczu (Biul. Akad. Um.) przedstawił wyniki doświadczeń, w których łączył z galwanometrem mięśnie symetryczne obydwóch kończyn tylnych żaby, a drażnił przez nerw jeden z nich. Te doświadczenia dały wynik nieoczekiwany i frapujący; mianowicie kierunek wychylenia galwanometru był taki, jakgdyby mięsień podczas skurczu stawał się właśnie elektrododatnim, a nie ujemnym, wobec drugiego mięśnia, nieczynnego.

Gdy z rozwojem elektrochemji przekonano się, że roztwory o różnem stężeniu jednej i tej samej substancji stają się źródłem siły elektrobodźczej, Cybulskiemu nasunęła się myśl, że prądy mięśni mogą być pochodzenia analogicznego t. j. polegać na niejednakowej koncentracji cząstek substancyj, z których się składają włókienka mięśniowe. Już Ostwald zwrócił uwagę na to, że w tkankach zwierzęcych mogą występować różnice stężenia jonów wywołane niejednakowem przechodzeniem ich przez rozmaite błony i że te różnice koncentracji mogłyby być źródłem prądów elektrycznych. W r. 1898 wypowiedział Cybulski poraz pierwszy hipotezę o istocie prądu spoczynkowego. Opierając się mianowicie na fakcie, że wymiana materji między elementami tkankowemi a cieczą, w której są zanurzone, musi się odbywać przez powierzchnię tych elementów, dalej że powierzchnia ta może być niejednakowo przepuszczalną dla rozmaitych jonów tych substancyj, które ulegają wymianie między cząstkami a otaczającą ją cieczą, przyjął, że nie przekrój poprzeczny włókna, lecz jego powierzchnia naturalna jest źródłem siły elektrobodźczej. Powierzchnia włókienek przepuszczalna jest dla jonów dodatnich, a nie przepuszcza ujemnych i stąd to pochodzi, że przez połączenie przekroju poprzecznego z powierzchnią naturalną mięśnia otrzymuje się prąd.

Teorję swoją poparł Cybulski genjalnemi doświadczeniami, których wyniki obaliły w zupełności teorję alteracyjną Hermanna. Przedewszystkiem wykazał, że i mięsień nieuszkodzony jest źródłem prądu i to prądu zawsze o jednym i tym samym kierunku t. j. prądu wstępującego. Następnie udało mu się zbudować model sztucznego włókna w ten sposób, że otoczył cylinder z żelatyny, zawierający roztwór elektrolitów, błoną półprzepuszczalną i umieszczał cylinder taki w roztworze tego samego elektrolitu o innem stężeniu. W modelu tym powstawały w odpowiednich warunkach zjawiska elektryczne identyczne z temi, które obserwuje się w mięśniu lub nerwie. Obalił przytem znaczenie doświadczeń Hermanna dokonanych z reotomem spadkowniczym, na których głównie opierała się jego teorja. W końcu zbudował stosy płynne o niesymetrycznem połączeniu, które naśladowały budowę włókienka mięsnego i na których skonstatował wszystkie objawy obserwowane przy badaniu prądu spoczynkowego mięśnia.

A gdy teorja Hermanna o pochodzeniu prądu spoczynkowego okazała się niesłuszną, musiało i tłumaczenie, które badacz ten głosił dla powstawania prądów czynnościowych, uledz rewizji.

Długi szereg przepięknych badań, przy zastosowaniu galwanometru strunowego Einthovena, użyciu metod świadczących o rzadkiej inwencji, ujęte ostatecznie w drugiej z wymienionych wyżej rozpraw (1912), doprowadziły Cybulskiego do wniosku, że prądy czynnościowe są następstwem zmian chemicznych, wywołanych stanem czynnym tkanki. Cybulski określił bliżej jakość tych zmian w ten sposób: Stan czynny powoduje w składnikach włókienka wskutek nagłego powiększenia lub nagłego zjawienia się zmian rozpadowych powstawanie elektrolitów, których jony dodatnie posiadają prędkość większą, niż ujemne, a dyfundując wskutek tego w kierunku cząstek nieczynnych, tworzą z każdej cząstki ogniwo, dostarczające prądu o kierunku zgodnym z przenoszeniem się podniety (prąd atterminalny). Zjawienie się prądu prawie natychmiast po zadrażnieniu z nader małym okresem utajonego podrażnienia wskazuje, że występujące tu zmiany

mają charakter eksplozywny. Po tym okresie zaczyna się proces odwrotny, proces odbudowy (anabolizmu), który tworzy drugą fazę prądu czynnościowego, fazę abterminalną, albowiem z powodu nowego ugrupowania jonów i powstania nowych połączeń, te same cząstki, które przedtem były ujemne, stają się dodatniemi.

Tak więc badania Cybulskiego dowiodły, że niesłusznem jest tak powszechnie przyjęte zapatrywanie Hermanna o ujemności cząstek czynnych wobec cząstek będących w spoczynku i wyjaśniły, jaki zachodzi stosunek między zmianami elektrycznemi, występującemi w tkankach pobudliwych, a procesami chemicznemi, które są podstawą ich przejawów życiowych.

Oczywiście prace Cybulskiego wywołały żywą dyskusję, a jej rezultatem były nowe badania Cybulskiego bądź przy udoskonaleniu metody, bądź też przez modyfikacje i rozszerzenie doświadczeń w innych kierunkach. Na szczególne podniesienie zasługuje praca p. t.: „Prądy czynnościowe nerwów i ich stosunek do temperatury", (Biul. Akad. Um. 1913), w której Cybulski w sposób niedwuznaczny dowiódł, że przewodzenie stanu czynnego w nerwie jest istotnie następstwem procesów chemicznych. Skonstatowawszy mianowicie, że trwanie prądu czynnościowego zależy od temperatury, starał się zbadać, czy i o ile te różnice, wywołane przez wpływ temperatury, dadzą się wyrazić przez znane równanie Van t'Hoffa, odnoszące się do wpływu ciepłoty na szybkość reakcji chemicznej. Wartości otrzymane przez obliczenie zgadzały się rzeczywiście z wartościami, których dostarczyły doświadczenia. Udało się zatem Cybulskiemu w świetny i znakomity sposób wyrazić proces przewodzenia w nerwie przez wzór fizyko-chemiczny. Wynik ten uważał słusznie Cybulski sam jako dotąd pierwszy i jedyny dowód, że stan czynny nerwu nie jest ani procesem elektrycznym, ani ruchem molekularnym i niema nic do czynienia z ułożeniem jego cząstek w postaci kondensatorów.

Dalsze potwierdzenie słuszności tych zapatrywań przedstawia Cybulski w pracy: „Model prądów czynnościowych w mięśniach" (1913). Zapomocą tego modelu, naśladującego w świetny sposób nerw lub mięsień połączony z galwanometrem, w którym można wywołać powstanie i przebieg zmian elektrycznych zupełnie podobnie jak w mięśniu, udało się Cybulskiemu znaleźć nowy dowód słuszności Jego teorji o istocie zjawisk elektrycznych w tkankach pobudliwych.

Do rzędu prac, które teorję Cybulskiego umacniają, należy także praca wykonana wspólnie z Borkowskim p. t.: „Wpływ błon i przegród na siły elektromotoryczne". (Biul. Akad. Um. 1909).

W związku z badaniem istoty i źródła zjawisk elektrycznych w mięśniach i nerwach stoją prace, które wykonał Cybulski bądź sam, bądź też z uczniami swymi nad ukształtowaniem się i przebiegiem prądów elektrycznych w innych tkankach i narządach zwierzęcych. Tu należą:

1) Cybulski i Kirkor: O przewodzeniu stanu czynnego przez zwoje międzykręgowe i o odruchowem wahaniu wstecznem prądu spoczynkowego. Rozpr. Akad. Um. 1899.

2) Cybulski: Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń. Gazeta Lekarska 1910.

3) Cybulski: Ueber den sogenannten Wilkuerversuch von du Bois-Reymond. Wiener Med. Woch. 1910.

4) Cybulski i Jeleńska-Macieszyna: Prądy czynnościowe kory mózgowej. Rozpr. Akad. Um. 1914.

W luźniejszym wreszcie związku z temi badaniami stoi praca Cybulskiego p. t.: „Oznaczanie szybkości przewodzenia w nerwach żaby przy różnych ciepłotach zapomocą galwanometru strunowego. (Przegląd lekarski 1911). Ostatnie te badania przeprowadzone z mistrzowską precyzją, wykazały, że istnieje wprawdzie wyraźna zależność szybkości od ciepłoty, jednak zawiodły oczekiwania Cybulskiego co do stałości liczb u różnych osobników. Zależność ta nasunęła Cybulskiemu myśl, że stan czynny w nerwach jest związany z procesami chemicznemi i że według wszelkiego prawdopodobieństwa podlega procesowi reakcyj chemicznych.

Czy wyniki prac Cybulskiego nad zjawiskami elektrycznemi stały się tak, jak na to zasługują, cenną i trwałą częścią skarbca wiedzy? Czy zyskały one uznanie badaczy zagranicą? Dwie te rzeczy należy od siebie odróżnić. Musimy o tem pamiętać, że twierdzenia Cybulskiego obaliły teorję niemieckiego uczonego wielkiej miary, teorję uznaną niemal za pewnik przez ogromną większość badaczy, zakorzenioną i utrwaloną we wszystkich podręcznikach, które ukazały się w ciągu lat dziesiątków. A choć znaczenie Cybulskiego w nauce było zagranicą duże a sam Cybulski cieszył się wielkiem uznaniem i powagą, jednak nie brakło krytyki, która ze strony jednego z badaczy nosiła nawet charakter tak ostry, że stała się niepoważną. Łatwe też było zadanie Cybulskiego unicestwić wycieczki osobiste Boruttaua i zbić jego twierdzenie druzgocącem jasnem dowodzeniem naukowem.

III. Badania nad czynnością nadnercza.

Opuśćmy teraz teren, na którym zatrzymaliśmy się tak długo, — za długo może dla niejednego z łaskawych i cierpliwych słuchaczów, za krótko jednak ze względu na obfitą treść, za krótko też ze względu na to, że stanowi bogate żniwo wieloletniej, żmudnej i cierpliwej pracy wielkiego badacza, — a przejdźmy do następnej grupy badań Cybulskiego i jego uczniów. Stanowią ją badania o pierwszorzędnem znaczeniu i ważności t. j. poszukiwania nad poznaniem czynności nadnercza.

Rozpoczęte w r. 1895 przez Szymonowicza, kontynuowane następnie przez Cybulskiego, doprowadziły one do epokowych odkryć. W tem gronie chyba zbytecznem jest wskazywać na doniosłość tych odkryć. Wiemy przecież obecnie, jaki rozmach wzięła nauka o gruczołach dokrewnych i jak rewolucyjnie wprost przekształciła nasze pojęcia nie tylko w fizjologji, zwłaszcza wegetatywnej, ale w wszystkich niemal gałęziach medycyny, a nawet i w pokrewnych naukach przyrodniczych. Genjalny umysł Cybulskiego przewidział to znaczenie wydzielin wewnętrznych w czasie, kiedy oprócz pierwszych prób Brown-Séquarda nad czynnością dokrewną jąder nie znano żadnych faktów, któreby kazały przypuszczać, że t. zw. gruczoły bez przewodów wydzielają jakieś substancje do obiegu krwi. Oto, co pisał Cybulski w ustępie, traktującym „o wpływach troficznych" w swoim podręczniku z r. 1894:

„W ostatnich jednak czasach powoli zaczęto nagromadzać fakty, które wskazują, że wpływów troficznych być może wypadnie szukać gdzieindziej". Z tekstu poprzedniego wynika, że wyraz „gdzieindziej" odnosi się do innych części ustroju niż układ nerwowy. A dalej pisze: „Z doświadczeń tych można wnosić, że ustrój rzeczywiście ma wpływ na czynności odżywcze rozmaitych tkanek, bezpośrednio zapomocą czynności osobnych gruczołów, wśród których, jak przytoczone doświadczenia świadczą, wybitną rolę odgrywają wszystkie te zagadkowe narządy, których roli dotychczas zupełnie nie mogliśmy sobie wytłumaczyć, jak gruczoł tarczykowy, nadnercze a może i grasica". Jeżeli zważymy, że są podręczniki obce z r. 1897, w których niema jeszcze wzmianki o wydzielaniu wewnętrznem, będziemy mogli należycie ocenić wartość i znaczenie przytoczonego ustępu z podręcznika Cybulskiego.

Streszczenia badań Szymonowicza i Cybulskiego o nadnerczu nie potrzebuję Państwu podawać. Są one przecież powszechnie znane, jak znaną wogóle jest historja i przebieg odkryć poczynionych w rozległej a tak ważnej dziedzinie czynności gruczołów dokrewnych, do której polscy badacze kładli fundamenta. Tu muszę jednak zwrócić uwagę Szanownych Państwa na fakt niezwykle doniosły, że Cybulski był pierwszym, który wykazał, *że krew, wypływająca z żyły nadnercza, ma takie same działanie jak wyciąg z gruczołu, przez co dowiódł niezbicie, że substancja czynna nadnercza istotnie wydziela się do obiegu krwi.* Może to odkrycie nie czyni już obecnie na nas wielkiego wrażenia, wszakżeż oswojeni jesteśmy z tym rodzajem doświadczeń, w których szuka się substancji czynnej dostarczanej przez różne gruczoły dokrewne i inne narządy, we krwi wypływającej przez żyłę danych narządów (badania Tournade'a i Chabrola, Gleya i innych). Pomyślmy jednak o tem, że wspomniane doświadczenia wykonał Cybulski przed 35 laty i że na nich dopiero wzorowały się inne!

Pragnąc być objektywnym, muszę zaznaczyć, że do spostrzeżeń Cybulskiego i Szymonowicza nad działaniem wyciągu z nadnercza na układ krążenia wkradła się jakaś pomyłka, która doprowadziła ich do wniosku, że hormon nadnercza działa nie na obwodowy aparat naczynioruchowy, lecz na jego ośrodek w rdzeniu przedłużonym. Rzecz dziwna, że Cybulski, który z nieubłaganym krytycyzmem odnosił się do własnych badań, w tym jednym przypadku nie dotarł do prawdy i w polemikach swoich z późniejszymi badaczami trzymał się wypowiedzianego raz zapatrywania. Zresztą odznaczał się Cybulski autokrytycyzmem, który w jego pracach wybitnie występuje. Już w czasie wykonywania doświadczeń dążył przez krytykę własnych badań do wykrycia przeoczeń lub błędów; stąd pochodzą liczne ulepszenia własnych metod, które w różnych okresach swoich badań zwykł był wprowadzać, a które znowu ze swej strony wymagały częstych modyfikacyj w samych eksperymentach. Tej metodzie pracy zawdzięczają badania Cybulskiego wielką i trwałą wartość. Jego definitywne zdobycze będą pokolenia następne dalej rozwijały i wyzyskiwały, lecz nie będą

ich obalały. Ale krytycznym był nietylko wobec siebie, lecz naturalnie wobec prac swoich uczniów, którzy tej jego właściwości tyle zawdzięczają, a także wobec prac innych, czynnych na tem co on polu. Napotkawszy u którego z autorów wyniki inne niż własne, starał się przedewszystkiem przez dokładne badanie stwierdzić, na czem polegają różnice. Przez to jednak stawały się niejednokrotnie jego badania polemiczne twórczemi, albowiem jego bystry umysł spostrzegawczy prowadził go nieraz przy powtarzaniu doświadczeń do nowych ważnych wyników. Piękny przykład tego widzimy w polemice Cybulskiego z Boruttauem, o której wyżej była mowa. A gdy się przekonał o tem, że przeciwnik jego jest w błędzie, wtedy wykazywał błąd rzeczowo jako nieubłagany szermierz prawdy. Mimo nieraz twardego sądu, wynika z całego sposobu jego polemiki, że walczył tylko w interesie samej prawdy. W dyskusji pozostawał zawsze rzeczowym, a mimo nieraz ostrości polemiki, nie uciekał się nigdy do wycieczek osobistych.

IV. Badania kalorymetryczne.

Ostatnie lata swego życia, tak płodnego w bujne a piękne dla nauki owoce, poświęcił Cybulski badaniom termodynamicznym mięśni. Najtrudniejsze do rozwiązania zagadnienia nęciły i przyciągały ten wielki umysł. Do takich bowiem zagadnień należy właśnie kwestja związku między pracą mechaniczną mięśnia a ciepłem przezeń wytwarzanem. Już w r. 1890 rozpoczął próby nad konstrukcją mikrokalorymetru, opartego na zwiększeniu przez wytworzone ciepło prężności pary eteru i zbudował pierwszy model aparatu. Jednakże zajęty innemi pracami, a przedewszystkiem badaniami zjawisk elektrycznych mięśni i nerwów, odłożył studja nad zjawiskami cieplnemi, które zresztą uważał za związane z elektrycznemi, na czas późniejszy. Dopiero w r. 1916 udoskonaliwszy swój mikrokalorymetr, rozpoczął badania nad wytwarzaniem ciepła przez mięsień, które ujął w rozprawie: „Z dziedziny termodynamiki mięśni" (Biul. Akad. Umiej. maj 1916). Niestety ciężka choroba, która latem r. 1916 powaliła ś. p. Cybulskiego i przykuła go na długie miesiące do łóżka, a na rok cały oddaliła od warsztatu naukowego, od ukochanego przezeń zakładu, stanęła na przeszkodzie urzeczywistnieniu marzeń tego znakomitego uczonego, ogarniętego świętym zapałem służenia nauce.

A tymczasem w pracowniach zachodu z tej i z tamtej strony oceanu, w pracowniach państw wcale nie lub mało tylko dotkniętych wojną, a rozporządzających środkami, o których nasze warsztaty naukowe niestety nie mogą nawet marzyć, badania termodynamiczne i energetyczne funkcji mięśni kroczyły i kroczą szybko naprzód i dążą do wyświetlenia tej ważnej, do najciekawszych należącej kwestji. Pocieszającym dla nas faktem niech będzie ta okoliczność, że w tym mozolnym pochodzie naprzód z pięknemi rezultatami biorą od pewnego czasu także udział i polscy badacze (Parnas, Sosnowski).

V. Badania hemodynamiczne.

Na wszystkich polach duchowej pracy ludzkiej poznać umysł twórczy po tem, że tworzy on rzeczy wspaniałe już w początkach swej działalności. Tak też i Cybulski najpiękniejsze odkrycie w dziedzinie krążenia krwi, które mam zamiar na zakończenie omówić, ogłosił przed trzydziestym rokiem życia. Było nią podanie nowej metody badania prędkości ruchu krwi w tętnicach i żyłach, polegającej na stosowaniu skonstruowanego przez Cybulskiego przyrządu, który nazwał fotohemotachometrem. Posiada ten przyrząd przedewszystkiem tę zaletę, że nietylko pozwala oznaczyć średnią szybkość, ale także — co jest nadzwyczaj ważne — szybkość zmienną w czasie każdej z faz czynności serca. Nadto metoda ta wprowadza poraz pierwszy do fizjologji fotografowanie ruchu krwi, jako sposób graficznego rejestrowania, i już przez to nabrała ogromnego znaczenia. Zastosowanie bowiem fotografji usuwa tak dotkliwą wadę, jaką posiadają inne aparaty graficzne, t. j. tarcie piórka o powierzchnię, na której się ruch zapisuje, a wskutek tego krzywa, zapisana w ten sposób, przedstawia zupełnie wierny obraz przebiegu danego ruchu. W istocie też od czasu tego genjalnego odkrycia Cybulskiego fotografja, jako metoda graficzna, znalazła w fizjologji coraz szersze i różnorodniejsze zastosowanie. Sam Cybulski używał także fotografji w wynalezionym przez siebie manometrze dla oznaczenia ciśnienia krwi w żyłach.

W dziedzinie dynamiki krążenia krwi, obarczonej od czasów Harveya tak wielu frapującemi kwestjami, w dziedzinie kryjącej w sobie jeszcze i teraz sprawy o doniosłem znaczeniu teoretycznem i praktycznem, których rąbek zaczyna się nam w badaniach ostatnich uchylać, — zajął Cybulski miejsce bardzo poczesne. Fotohemotachometr jest w swych trzech częściach składowych przyrządem kapitalnym. Trzeba go tak nazwać, bo jest ten przyrząd pierwszym, który jest oparty na zasadzie nieomylnych matematycznych prostych formuł. Z tych trzech części składowych sam aparat fotograficzny stanowi oczywiście tylko urządzenie pomocnicze, jednakże, jak już zaznaczyłem, znaczy on dla badań hemodynamicznych ogromny krok naprzód. Drugą z kolei częścią jest manometr różniczkowy, pierwszy, jaki się w fizjologji pojawił, trzecią wreszcie częścią jest kanjula.

Wnet po ukazaniu się fotohemotachometru, wystąpił O. Frank z nienależycie przemyślaną i chyba bardzo subjektywnie zabarwioną krytyką. Na zasadzie swojej teorji o manometrach, uznał Frank manometr różniczkowy Cybulskiego za niedość czuły do badań hemodynamicznych. To prawdopodobnie było przyczyną, że fotohemotachometr nie odegrał w badaniach narządu krążenia takiej roli, jakiej był godzien, i że nie ulegał dalszemu doskonaleniu.

A przecież w długim szeregu przyrządów z tej dziedziny, pojawiających się po dziś dzień, nie widzimy ani jednego, któryby mógł dorównać fotohemotachometrowi. Nie można z nim zestawić zegarów Huerthlego, Tigerstedta, ani od wielu lat zapowiadanej a ogłoszonej w r. 1928, metody O. Franka, jakoteż Broemsera przyrządu również z r. 1928, usiłującego mierzyć szybkość ruchu krwi w nieprzecinanych tętnicach. Porównania zrobić nie można, bo stosować się one dają do ograniczonych miejsc układu krwionośnego i rezultaty badań w porównaniu ze zdobyczami fotohemotachometru są dość prymitywne, a w niektórych szczegółach budzą nawet poważne zastrzeżenia. O. Frank i jego uczniowie podjąwszy ideę Cybulskiego mierzenia ruchu krwi na zasadzie różnicy ciśnień i jej fotografowania — przyczem o Cybulskim zupełnie zamilczeli — po dziś dzień szukają napróżno lepszego rozwiązania od pierwowzoru Cybulskiego i negując jego kanjulę, proponują niezręczne sposoby wywoływania różnicy ciśnień na krótkiej przestrzeni, przez co zbyteczny wprowadzają balast.

Teoretyczne zagadnienie kanjuli Cybulskiego streszcza się według badań ostatnich lat wykonanych w Zakładzie fizjologicznym Uniwersytetu lwowskiego przez Klisieckiego w tem, że w różnicy ciśnień wytwarzanej przez ciecz płynącą, mieści się opór kąta prostego, posiadający inne brzmienie niż według Weisbacha, oraz liczba stała, wyrażająca stratę szybkości cieczy w następstwie załamania się jej strumienia pod kątem prostym. Z wzoru Klisieckiego oblicza się dokładnie nietylko szybkość t. zw. wtórą, istniejącą w kanjuli, ale co najważniejsza i szybkość pierwotną t. j. tę, z którą się krew porusza w naczyniu krwionośnem nietkniętem. To dowodzi, jak doskonałem narzędziem dla badań spraw krążenia jest kanjula Cybulskiego. Drobna niedokładność w obliczeniach, płynąca z powodu obustronnego wyginania tętnic przez kanjulę, została usunięta przez wprowadzoną przez nas dwukątową kanjulę, do której według Klisieckiego, stosuje się ta sama formuła wyrażająca szybkość pierwotną.

W tem miejscu zaznaczyć muszę jeden szczegół. Opisując swą kanjulę, powiada Cybulski, że jest ona modyfikacją rurki Pitota. Spoglądając jednak na te dwa twory, daremnie szuka się podobieństwa w ich formie i funkcjach. Rurka Pitota nie odchyla kierunku prądu cieczy, tkwiąc w pośrodku jego strumienia i mierzy tylko ciśnienie dynamiczne i statyczne; kanjula Cybulskiego cały strumień cieczy załamuje o 90°, przez co powstaje lokalna znaczna różnica ciśnień, zawierająca w sobie opór prostokątowego załamania i liczbę wyrażającą stratę energji kinetycznej ruchu. Chyba tylko przez niecodzienną skromność, przedstawił Cybulski taki rodowód dla swej kanjuli.

Zarzutu chronicznie przez szkołę niemiecką podnoszonego, że ten pierwszy we fizjologji różniczkowy manometr Cybulskiego jako zamało czuły, nie nadaje się do badań hemodynamicznych, wcale nie można brać na serjo. Gdyby to twierdzenie było słuszne, nietylko zwróciłby na to uwagę taki obserwator i takiej prawości naukowej człowiek jak Cybulski, ale musieliby to zauważyć i inni badacze, którzy się tym manometrem posługiwali. Przez skrócenie tylko połączenia kanjuli z manometrem dał się uzyskać obraz ciśnienia w tym manometrze, nie ustępujący wyglądowi ciśnienia w manometrze sprężystym Huerthlego, co więcej, rzetelnie wytrzymuje on porównanie z manometrem Franka, w najnowszej modyfikacji Broemsera w zastosowaniu do tętnic; tylko tętno aorty w manometrze Broemsera niekiedy inaczej wygląda, bo ma te szczególne drgania pochodzące podobno od drgań zastawek w pewnych momentach czynności serca. Ale czy słuszną jest rzeczą krytykować taki przyrząd za to, że nie jest on w możności odtworzyć drobniutkich drgań, trwających

przez setne części sekundy, w dodatku drgań wcale nie wpływających na charakter ruchu krwi tem więcej, że wymogi stawiane manometrom, dziś są znacznie skromniejsze? W r. 1897 złym był manometr, który nie mógł drgać kilkaset razy w sekundzie, a w r. 1928 dobrym jest ten, który drga tylko 40—50 razy w sekundzie. Ten fakt sam przez się dowodzi bezpodstawowej krytyki O. Franka, obciążającej po dziś dzień hemodynamiczne prace nawet autorów niemieckich.

Ale pozostawmy na uboczu te sprawy, a przejdźmy do faktów, któremi wzbogacił fotohemotachometr skarbnicę naszej wiedzy. Sam Cybulski przedstawił nam linearny ruch krwi w tętnicy szyjnej i udowej, jego falowanie oddechowe, zachowanie się w różnych położeniach ciała. Drugi po Chauveau-Lortet'cie opisał przyśpieszenie dykrotyczne, które odgrywa tak poważną rolę w całokształcie ruchu krwi, jak późniejsze badania stwierdziły.

Drobne zaiste przyczyny były, że niektóre fakty w pracy Cybulskiego należało skorygować. Oto wyginanie się naczyń krwionośnych na obu końcach kanjuli, za duża wzajemna odległość rurek łączących kanjule z manometrem, umieszczanie przyrządu za daleko od zwierzęcia, zamiast tuż nad niem, oraz kalibrowanie rurek, sprawiły, że Cybulski znalazł za małą szybkość w tętnicach, a za duże różnice szybkości podczas skurczu i rozkurczu serca, bo linje tętna, z których obliczał Cybulski szybkość, były nieco wobec siebie przesunięte, mianowicie dolna opóźniona. Ale po wprowadzeniu dwukątowej kanjuli, krótkiem jej połączeniu z manometrem, oraz znalezieniu formuły dla obliczania szybkości, te sprawy nic do życzenia nie pozostawiają.

W ten sposób ulepszony fotohemotachometr, w najnowszych badaniach przyniósł dalszy obfity plon. Dziś już wiemy, że na ogół istnieje harmonja pomiędzy falowaniem ciśnienia a linearnym ruchem krwi w układzie tętniczym. Wyjątek stanowi moment dykrotycznego przyśpieszenia, większego w aorcie i w początku dużych tętnic nawet od przyśpieszenia skurczowego, mimo że ciśnienie dykrotyczne jest pokaźnie mniejsze niż skurczowe. Ale ten wyjątek ma swe źródło w tętnieniu aorty, mającem duży wpływ i na przebieg samego ciśnienia. Potwierdzony został stosunek oddechowych fal ciśnienia krwi, stwierdzony przez Cybulskiego, do fal oddechowych prądu krwi, oraz wykryte zostały linearne fale trzeciorzędne. Kanjula i manometr różniczkowy Cybulskiego, umożliwiły Klisieckiemu zbadanie oporów krwi płynącej w różnych przekrojach z takim rezultatem, że w aorcie i w dużych tętnicach lepkość krwi jest równa lepkości wody, t. j. wywołuje taką stratę energji, jakąby wywołała woda w tych częściach narządu płynąca. Z pomocą fotohemotachometru dotarł Klisiecki tam, gdzie każdy inny dzisiejszy przyrząd jest niemożliwym do użycia, do tętniczek o średnicy 0,2—0,3 mm. Mimo wielkiej sumy przekrojów i wielkiej lepkości krwi, ruch linearny w tych tętniczkach jest szybki, od 50—200 mm/sek, fakt, który się kłóci z zasadami hydrauliki. I oto znów manometr t. zw. żylny, spuścizna po Cybulskim, który stosowany przez Becka do pomiarów ciśnienia żylnego przyczynił się do sprecyzowania tego ciśnienia, użyty przez Klisieckiego do badań ciśnienia tętniczego, pośpieszył z pomocą w rozwiązywaniu tego dziwnego zjawiska. Doc. Klisiecki w pięknej pracy, która znajduje się w druku, w sposób jasny i niezawodny zjawisko to tłumaczy.

Przy końcu tętniącego obszaru krwionośnego jest równe ciśnienie bez fal, zapewniające równomierny odpływ krwi przez prekapilary, które odgrywają rolę śluz, odprowadzających ciecz do obfitej sieci naczyń włoskowatych. Tętnienie przeprowadza energję serca prawie bez strat przed samo krążenie tkankowe, przed którem ona tkwi w postaci statycznej, w postaci wysokiego ciśnienia, zdolnego dostarczyć prawie momentalnie odpowiedniej energji ruchowej kilkasetkroć razy lepszemu krążeniu w tkankach, wprawianych w stan czynny.

A skoro dzisiejszy pogląd na sprawę ciśnienia krwi — według którego w tętnicach dużych jest nieznaczny, w tętnicach małych duży spadek ciśnienia — jest z tamtym w niezgodzie, nie informuje nas wyczerpująco o energetycznych zasobach narządu krążenia, spodziewać się można, że te sprawy rozpatrywane z innego punktu widzenia, nareszcie zostaną wyświetlone.

Kończąc swą wielką monografję o fotohemotachometrze, powiada Cybulski: *„Lecz zamiarem moim nie było tyle opracowanie wszystkich kwestyj, ile raczej dowiedzenie przydatności i wygody mojego sposobu oznaczania szybkości ruchu krwi i pod tym względem, zdaje mi się, cel mój został osiągnięty"*. Zaiste! Po latach 44 od chwili narodzin fotohemotachometru, zapewniamy Cienie Jego Wielkiego Twórcy, że ten przyrząd pełnem żyje życiem i coraz to nowe zdobycze poczynia.

Fotohemotachometr posłużył całemu szeregowi badaczy jako niezawodny instrument do rozwiązania ważnych problemów z dziedziny krążenia.

Oprócz Cybulskiego, w którego monografji znajdujemy już szereg wyników o szybkości krążenia w tętnicach i żyłach w zależności od różnych faz czynności serca, od oddychania, a osobno w rozprawie p. t. „O wpływie pozycji ciała na krążenie krwi u zwierząt" (Przegląd lekarski 1886) o zmianach szybkości w zależności od położenia ciała, posługiwali się tym przyrządem i inni współpracownicy Cybulskiego. I tak zapoczątkował Beck fotohemotachometrem sprawę ruchu krwi w żyle bramnej i ilościowego ukrwienia wątroby. Opisał charakter krążenia bramnego i jego zmiany pod wpływem różnych czynników fizjologicznych i patologicznych, oraz zbadał ilościowo ukrwienie tkanki wątrobowej. Kirkor, przy pomocy tego przyrządu stwierdził, że drażnienie korowych ośrodków mózgowych i powierzchni czuciowej, wywołujące skurcz mięśnia, podwaja szybkość ruchu krwi w tętnicach; sadził on, że albo ośrodki ruchowe kory są w łączności z ośrodkami naczynioruchowemi i pobudzane są jednocześnie z tamtemi, albo też, że rozszerzenie naczyń krwionośnych odbywa się odruchowo za pośrednictwem dośrodkowych nerwów mięśni. Te dwa przypuszczenia okazały się słusznemi, bo w tym samym roku (1901) ogłosił Bayliss pracę dotyczącą znanego „axonreflex", a i równoczesność podniet korowych ruchowych z podnietami naczynioruchowemi też za pewnik dziś uchodzi. Zanietowski oznaczał fotohemotachometrem lepkość różnych cieczy oraz krwi i zależność ruchu od lepkości.

* * *

Obok prac dotąd omówionych, które ułożyliśmy w pewne ugrupowania, kierując się łącznością i związkiem zachodzącym pomiędzy poszczególnemi badaniami, oraz kierując się tem, że prace zaliczone do jednej grupy były wypływem wspólnej idei przewodniej, pozostawił nam Cybulski w spuściźnie jeszcze szereg publikacyj ważnych, część z nich nawet doniosłego znaczenia, których — dla braku czasu — nawet pobieżnie omówić nie mogę, a tylko kilka z nich wymienię. Tu należą badania nad autosugestją i hipnotyzmem, ujęte w Polsce poraz pierwszy przez Cybulskiego ze stanowiska prawdziwie fizjologicznych i przyrodniczych doświadczeń, a opublikowane w Wydawnictwach Akademji Umiej., w Zentralblatt f. Physiol. 1887 i w dużej rozprawie, ogłoszonej w Przeglądzie lekarskim, oraz w całym szeregu odczytów między innymi i o spirytyzmie 1894. Dalej należą tu „Dalsze badania nad zjawiskami elektrycznemi w korze mózgowej małpy i psa" wspólnie z Beckiem 1892 i 1895 r. (praca zapoczątkowana przez Becka a ogłoszona w r. 1890), oraz wymienione wyżej prace wspólnie ogłoszone z Kirkorem, i prace z Weisglasem, wreszcie praca histologiczna skromnie nazwana „Kilka słów o ciałkach nerwowych" prof. Adamkiewicza (Przegląd lek. 1888) i praca z dziedziny patologji „O ucisku mózgu (tamże 1891).

Za daleko by nas zaprowadziło, gdybym chciał objąć tem sprawozdaniem także prace wykonane przez wszystkich pracowników Zakładu Fizjologicznego U. J. pod kierownictwem Cybulskiego i omówić ich znaczenie w nauce. Uwzględniłem już te prace, które w tytule obok nazwiska Cybulskiego noszą nazwiska jego współautorów, o ile należały do jednej z omówionych grup (Szymonowicz, Zanietowski i in.). W tych zaś które wykonane zostały przez samych współpracowników Zakładu, udział Cybulskiego w ich wykonaniu, zależnie od osoby autora, był nieraz bardzo żywy. Wszak do Jego pracowni garnęli się lekarze różnych specjalności. Jedni przynosili ze sobą tematy własnego fachu, innych Cybulski naprowadził na problemy fizjologiczne, będące w związku z ich specjalnością. Byli oni oczywiście najczęściej nowicjuszami w pracy eksperymentalnej. Ale nietylko ci, lecz także tacy pracownicy, którzy poświęcali się fizjologji lub innemu działowi medycyny doświadczalnej, zaawansowani w badaniu eksperymentalnem, otrzymali od Cybulskiego zachętę i wszechstronną pomoc, o ile jej potrzebowali. Nigdy nie narzucał swego zdania, chętnie przyjmował uwagi choćby nawet początkującego pracownika i cieszył się, gdy mógł stwierdzić u niego prócz zapału do pracy także samodzielność myślenia, inicjatywę i tak niezbędną do badania naukowego zdolność krytycznego odnoszenia się do wyników własnych doświadczeń.

Nie omawiam zupełnie prac i publikacyj Cybulskiego natury społecznej i ogólnej, zadaniem mojem było bowiem wyłącznie przedstawienie czysto naukowej działalności Cybulskiego. Zaznaczam tylko, że zarówno te publikacje, jak i jego

udział w instytucjach obywatelskich wskazują, że umysł Cybulskiego rozległy, zapał do pracy niewyczerpany, zadziwiający dar organizacyjny oraz miłość Ojczyzny pchały go na arenę szerszej pracy obywatelskiej i społecznej, której poświęcał swoje pióro i energję. Nie można jednak — mówiąc o znaczeniu Cybulskiego dla nauki — pominąć i tych jego zasług, które położył dla nauki polskiej, wydając pierwszy polski podręcznik fizjologji. Wszakżeż nietylko swą własną pracą badawczą i takąż pracą swoich uczniów, ale i swojem nauczaniem, swoim wielkim wysiłkiem, który wkładał w kształcenie tylu pokoleń lekarzy, przyczynił się walnie nietylko do podniesienia poziomu wykształcenia swoich adeptów, lecz i do rozszerzenia wiedzy fizjologicznej, tej *Mater rerum medicarum*. A więc i jego działalność nauczycielską należy zaliczyć do rzędu zasług dla nauki.

O samym podręczniku można powiedzieć, że nietylko stał w zupełności na poziomie ówczesnej nauki, ale pod tym względem prześcignął niejeden z bardzo używanych w tym czasie podręczników obcych. Podział materjału jest wyborny, dydaktycznie uzasadniony, sposób przedstawienia przyucza i przyzwyczaja czytelnika, względnie uczącego się, do indukcyjnego myślenia i zmusza niejako do współpracy z autorem w rozumowaniu przyrodniczem; styl jest płynny, niewyszukany, zwięzły i ścisły. Swój poglądowy wykład przedstawiający zawsze dany przedmiot w sposób prosty, jasny i treściwy, urozmaicał i objaśniał licznemi demonstracjami, o których staranne przygotowanie dbał przedewszystkiem. Wychodził ze słusznego zapatrywania, że fizjologji uczyć się można tylko przez oglądanie zjawisk fizjologicznych, tak jak ich dostarcza dobrze przeprowadzony eksperyment.

A wreszcie czuł Cybulski pęd do tego, aby naukę przez siebie ukochaną pogłębiać wśród lekarzy, przyrodników a nawet uprzystępniać ją publiczności nielekarskiej. Często urządzał też wykłady popularne a już prawdziwą ucztą duchową dla członków Towarzystw naukowych Krakowa lub Warszawy było, gdy Cybulski odłożywszy niejako narzędzia codziennej pracy, któremi uprawiał niwę nauki, podawał w uroczystych chwilach Towarzystwa tej pracy plony.

* * *

Oto w krótkich rysach przedstawione dzieło życia Napoleona Cybulskiego, a raczej część tego dzieła, prawda, że najważniejsza: plon jego pracy naukowej. Cybulski był zdobywcą, który odkrył i oddał wiedzy nieznane tereny, ale był też i niestrudzonym, wytrwałym oraczem, który tereny te sam uprawiał, użyźniał i innym do dalszej uprawy oddawał. Owoce jego pracy są bujne i bogate, pod względem jakości są pierwszorzędnej wartości, toteż zajmują między pracami fizjologicznemi jedno z pierwszych miejsc. To, co Cybulski po sobie zostawił, to nietylko klejnot dla współczesnych, lecz trwa także dotąd niewzruszenie, w wartości niezmienionej, bezcennej. Co więcej, z biegiem lat niektóre jego zdobycze naukowe nabrały — jak to miałem zaszczyt udowodnić — przez dalsze opracowanie następców, wartości większej i stały się nawet bardziej aktualnemi. Stały się zatem cenniejszemi nie dzięki starości, patynie, która na nich osiadła, lecz niby z najprzedniejszego materjału, ręką mistrza stworzony, przepięknie dźwięczący instrument, na którym przecudne wyczarowuje tony, a które przez pokolenia dalsze w rękach odtwórców doskonali się coraz bardziej.

To co Cybulski stworzył, nie zniknie z skarbca fizjologji. Dumni bądźmy, że naszym był przewodnikiem. Jego pamięć czcić będzie fizjologja i medycyna polska po wieczne czasy. O Nim można powtórzyć słowa Heringa, wypowiedziane w wykładzie o pamięci, a przepiękną myśl zawierające: *„Świadomą pamięć człowieka gaśnie z jego zgonem, ale nieświadoma pamięć przyrody jest wierną i niezniszczalną, a komu się udało na niej wybić ślady swej działalności, o tym pamięta na zawsze"*.

Spis prac Napoleona Cybulskiego.

a) Prace naukowe.

Rozprostranienie difterita pri poszedstwie mołoka. Wracz. 1880.

Nowy przyrząd do badania prędkości ruchu krwi. Kosmos 1886 oraz Przegl. lek. 1888.

Toż po rosyjsku. Dyssertacja 1885.

Toż po niemiecku. Pflügers Archiv 1886.

Fizjologja człowieka. Kraków 1894.

O wpływie pozycji ciała na krążenie krwi u zwierząt. Rozpr. Akad. Um. 1886.

(Z Mikuliczem). O fizjologicznem zachowaniu się przełyku i mechanizmu połykania. Rozpr. Akad. Um. 1886.

O hypnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego Przegl. lek. 1887.

O samopoddaniu się u osób zahypnotyzowanych. Biul. Akad. Um. 1887.

Nowy manometr do oznaczenia ciśnienia krwi w żyłach zapomocą fotografji. Rozpr. Akad. Um. 1888.

(Z Beckiem). Badania poczucia smaku u osoby pozbawionej języka. 1888.

Kilka słów o ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza. Przegl. lek. 1888.

Mikrokalorymetr nowy przyrząd do mierzenia małych ilości ciepła. Biul. Akad. Um. 1890.

O ucisku mózgu. Gazeta lek. 1891.

Toż po niemiecku. Centralblatt f. Physiologie 1891.

(Z Zanietowskim). O zostosowaniu kondensatora do podrażnienia nerwów i mięśni zamiast przyrządu saneczkowego Du-Bois-Reymonda. Biul. Akad. Um. 1891.

(Z Zanietowskim). To samo. Rozprawy Akad. Um. 1892.

(Z Zanietowskim). Dalsze badania nad zastosowaniem kondensatora do podrażnienia nerwów i mięśni. Biul. Akad. Um. 1892.

Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacji. Przegl. Lek. 1892.

O zmianach elektrycznych w mięśniach podczas skurczu. Biul. Akad. Um. 1892.

(Z A. Beckiem). Dalsze badania nad zjawiskami elektrycznemi w korze mózgowej małpy i psa. Rozpr. Akad. Um. 1892.

Toż po niemiecku. Centralblatt f. Physiol. 1892.

Mleko wapienne jako środek dezinfekcyjny. Przegl. lek. 1892.

(Z Zanietowskim). Dalsze doświadczenia z kondensatorami. (Biul. Akad. Um. 1893).

(Z Zanietowskim). To samo. Rozpr. Akad. Um. 1893.

Spirytyzm i hypnotyzm. Kraków 1894.

Eine neue Modification d. Microcalorimeters. Biul. Akad. Um. 1894.

(Z Zanietowskim). Ueber die Anwedung des Condensators zur Reizung der Nerven und Muskeln. Pflügers Arch. 1894.

(Z Zanietowskim). Erwiderung auf H. Hoorweg's Abhandlung betr. „Ueber die Nervenerregung durch Condensatorenentladungen". Pflügers Arch. 1895.

Ueber die Function der Nebenniere. Biul. Akad. Um. 1893.

O funkcji nadnercza. Gazeta lek. 1895.

Elektrische Erscheinungen thätiger Nerven. Rozpr. Akad. Um. 1897.

Einige Bemerkungen zu den Artikel d. H. Dr. H. Boruttan. Centralblatt f. Physiol. 1898.

(Z Sosnowskim). Zur Frage: „Ist die negative Schwankung ein unfehlbares Zeichen d. physiologischen Nerventhätigkeit?" Centralblatt f. Physiol. 1898.

(Z Kirkorem). O przewodzeniu stanu czynnego przez zwoje międzykręgowe i o odruchowem wahaniu wstecznem prądu spoczynkowego. Rozpr. Akad. Um. 1899.

Próba nowej teorji zjawisk elektrycznych w tkankach zwierzęcych. Rozpr. Akad. Um. 1898.

Powietrze i zwierzęta. 1900.

Einige Bemerkungen über das Verhalten der elektromotorischen Kraft in den Froschnerven. Rozpr. Akad. Um. 1900.

Fizjologja człowieka. Wydanie II. Kraków 1901.

V. międzynarodowy kongres fizjologów. 1901.

Ein Beitrag zur Theorie der Entstehung der elektrischen Ströme in tierischen und pflanzlichen Geweben. Rozpr. Akad. Um. 1903.

O współczesnym witalizmie i mechanizmie. Akad. Um. 1904.

Biologja wobec najnowszych badań fizycznych. Akad. Um. 1905.

Materja promienista jako środek leczniczy. Przegląd lek. 1905.

Bakterje mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami. Kraków 1906.

Oznaczenie pojemności nerwów. Rozpr. Akad. Um. 1906.

Toż po niemiecku. 1906.

(Z Tarchanowem). Kilka słów w sprawie jadów w jelicie prawidłowem. Tygodnik lek. 1907.

Toż po francusku. Arch. internat. de Physiol. 1907.

(Z Borkowskim). Einfluss von Membranen und Diaphragmen auf elektromotorische Kräfte. Rozpr. Akad. Um. 1909.

Ueber die Oberflächen- und Aktionsströme der Muskeln. Rozpr. Akad. Um. 1910.

Ueber die Beziehung zwischen den Aktionsströmen und dem tätigen Zustande der Muskeln. Rozpr. Akad. Um. 1910.

Kika uwag o elektrokardjogramach na podstawie własnych doświadczeń. Gazeta lek. 1910.

Ueber den sogenannten „Wilkürversuch" von Du Bois-Reymond. Wien. Med. Woch. 1910.

O elektro-kardjogramach przy rozmaitych rodzajach uśpienia. Med. i Kronika Lek. 1910.

Oznaczenie szybkości przewodzenia w nerwach żaby. 1911.

Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródło. Rozpr. Akad. Um. 1911.

Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło. Rozpr. Akad. Umiej. 1912.

Toż po niemiecku. 1912.

Les courants electriques dans les muscles altérés et non altérés et leur origine. Arch. intern. de Physiol. 1912.

Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie. Gazeta Lek. 1913.

Elektryczność zwierzęca, prądy spoczynkowe i czynnościowe. Rozpr. Akad. Um. 1913.

Ein Modell der Aktionsströme des Muskels. Biul. Akad. Um. 1913.

(Z Surzyckim). Zmiany elektrokardjograficzne wywołane obecnością cieczy w worku osierdziowym. Przegl. lek. 1912.

(Z Woliczką). Die Abhängigkeit der Aktionsströme der Muskeln von der Temperatur. Biul. Akad. Um. 1914.

(Z Jeleńską). Aktionsströme der Grosshirnrinde. Biul. Akad. Um. 1914.

(Z Beckiem). Fizjologja człowieka. Warszawa 1915.

Nerwy obwodowe. Warszawa 1915.

Elektrofizjologja. Warszawa 1915.

Fizjologja układu krwionośnego. Warszawa 1915.

Wydzielanie gruczołów trawiennych. Warszawa 1915.

Zur Thermodynamik der Muskeln. Biul. Akad. Um. 1916.

b) Prace treści społecznej i ogólnej.

O wpływie szkoły współczesnej na fizyczny rozwój młodzieży szkolnej. Przewodnik higjeniczny. 1890.

Z powodu artykułu prof. Rydygiera o dopuszczenie kobiet do studjów lekarskich. Przegląd lekarski. 1895.

W sprawie reformy studjów lekarskich. Przegląd lek. 1896.

Kilka słów o znaczeniu ćwiczeń fizycznych. Przegl. lek. 1896.

Uwagi nad ministerjalną reformą studjów i egzaminów lekarskich. Przegl. lek. 1899.

W sprawie organizacji gospodarstw włościańskich. Kraków 1900.

Próba badań nad żywieniem się ludu wiejskiego w Galicji. Kraków 1904.

Projekt organizacji samopomocy lekarskiej. Russki Wracz. 1901.

Marceli Nencki (wspomnienie pośmiertne). 1901.

Profesor Dr. Książę Jan Tarchan Maurawow (Tarchanow). Gazeta lek. 1908.

Nauka wobec wojny. Kraków 1918.

E. MAYDELL, prof. fizjologji U. J. Kraków.

Napoleon Cybulski.

Dr. medycyny i chirurgji, Profesor fizjologji U. J., Dziekan Wydziału Lekarskiego i Rektor Uniw. Jagiell.

W 10-tą rocznicę śmierci.

Przed 10-ciu laty Kraków chował z wielkim żalem Dra Napoleona Cybulskiego, Profesora fizjologji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Był to rzadki, i wyjątkowy człowiek, którego wybitna indywidualność przejawiła się tak w życiu prywatnem jego, jak i w pracy pedagogicznej i naukowej.

Napoleon Cybulski pochodził z ziemiańskiej, litewskiej rodziny. Urodził się w roku 1854 w Krzywonosach, na Litwie, powiat Święciany, gmina Kobylnik, w majątku rodzinnym, z górą 200 lat należącym do rodziny Cybulskich. Krzywonosy znajdują się dziś po stronie polskiej, gospodarzy w nich rodzony brat Napoleona — Antoni.

Ojciec Napoleona Cybulskiego, dożywszy późnego wieku, pracował na roli, pilnowała zaś domu i kierowała wykształceniem dzieci matka z domu Hutorowiczówna.

Nopoleon Cybulski miał dwóch braci i siostrę. Ludwik, starszy brat Napoleona, ekonomista, autor paru prac fachowych, był administratorem dóbr Przeździeckich, Postawy. Drugi brat, Antoni, gospodarzy do dziś w rodzinnym majątku Krzywonosy.

Od lat najmłodszych Napoleon ukochał przyrodę, nie mniej interesowało go gospodarstwo Ojca. W szkole odznaczał się wyjątkowemi zdolnościami. Gimnazjum ukończył w Mińsku Litewskim w roku 1875, ze złotym medalem. Przez wzgląd na wyjątkowe postępy ucznia, pozwolono mu składać egzamin maturalny bez przesłuchania 8-mej klasy, a nazwisko, jako celującego ucznia, zostało wpisane na złotej tablicy w murach gimnazjum.

Prócz zamiłowania do nauk przyrodniczych interesował się w szkole Cybulski techniką i mechaniką. Te przedmioty tak wielce go zajmowały, że marzył zostać inżynierem, lecz pod wpływem matki, po ukończeniu gimnazjum, wstąpił do Wojenno-Medycznej Akademji w Piotrogrodzie.

Od młodych lat miał Cybulski zamiłowanie do muzyki, które pozostało u niego przez całe życie, grał na wiolonczeli i przyjmował udział w kwartetach, będąc profesorem Jagiell. Uniw.

Cechą charakterystyczną młodzieży akademickiej w Rosji była praca polityczna, na którą zwykle tracili więcej czasu, niż na naukę. Napoleona Cybulskiego życie polityczne interesowało bardzo mało. Wobec tolerancji, jaką żywił dla politycznych programów bardzo rozbieżnych kierunków, zachowywał z kolegami różnych partyj koleżeński stosunek, sympatyzując bardziej kierunkom postępowym. Skromne jego studenckie mieszkanie bywało nieraz miejscem konspiracyjnych zebrań i po głośnym politycznym procesie Wiery Zasulicz, nie jeden z uczestników tych zebrań musiał odbyć podróż na Sybir.

Już w pierwszych latach studjów w Akademji zaznaczył się jasno kierunek naukowy, jakiemu miał później poświęcić Cybulski swe życie. Na drugim roku medycyny rozpoczyna on pracować w zakładzie fizjologji, kierowanym przez prof. Tarchanowa, gruzina z pochodzenia, liberalnych przekonań, życzliwie odnoszącego się do polaków. W Zakładzie tym Cybulski do ukończenia studjów pełni obowiązki tylko zastępcy asystenta, gdyż etaty asystentów były zajęte. Pomiędzy młodym uczniem, a profesorem stopniowo nawiązuje się bliższy stosunek, który w życiu późniejszem miał ich złączyć serdecznym węzłem.

Podczas swych studjów w Akademji, pełniąc obowiązki asystenta, Cybulski przejawia swe wybitne zdolności i nadzwyczajną pracowitość, ogłaszając 6 dużych prac, a za jedną z nich zostaje nagrodzony złotym medalem. Studja w Medycznej Akademji Cybulski kończy w 1880 roku *cum eximia laude* i dostaje stypendjum na 3 lata dla dalszych prac w Akademji.

W roku 1882 Cybulski składa egzamin na dra medycyny, a w kwietniu 1885, po obronie dysertacji, pod tytułem „Badania nad prędkością ruchu krwi za pomocą fotohemotachometru", uzyskuje dyplom doktora medycyny. W międzyczasie pomiędzy ukończeniem studjów, a doktoryzacją, wybitna zdolność i pracowitość jego przejawia się w ogłoszeniu czterech prac, robionych już to samodzielnie, już to z kolegami i przetłumaczeniu z francuskiego na język rosyjski dwutomowego podręcznika Beaunisa.

W roku 1885 po śmierci prof. fizjologji Gustawa Piotrowskiego, Cybulski został powołany na osieroconą po nim katedrę do Krakowa. Pomimo 31 roku życia był już żonaty i ojcem trojga dzieci. Ożenił się bowiem, będąc studentem 3-go roku medycyny z panną Rogozińską, córką pułkownika wojsk rosyjskich. Przyjazd więc do Krakowa z liczną rodziną, przy marnej ówczesnej płacy profesorskiej, z wielu względów nie przedstawiał realnych korzyści i nie szedł w parze z tym zaszczytem, jaki przedstawiało wyróżnienie młodego uczonego przez powołanie go do starodawnej uczelni opromienionej wiekową sławą, a jedynej w Polsce, posiadającej całokształt pełnego Uniwersytetu.

W Krakowie Dr. Cybulski objął zakład, o którym wszyscy bezstronni ludzie odzywali się w ten sposób, że „była to istotnie rudera i buda". Jak głosi kronika Uniwersytecka, „gmach ten od samego początku był absolutnie niemożliwym tak pod względem naukowym, jak i higjenicznym" a był przytem prawie zupełnie pozbawiony nowszej aparatury i uposażenia.

Do takiego gmachu, z konieczności, przeniósł Zakład fizjologji w roku 1866 ówczesny bardzo dzielny, profesor, Gustaw Piotrowski. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że Cybulski obejmuje ten zakład we 20 lat później, to możemy sobie wyobrazić, jakie wrażenie nędzy i rozpaczy musiał robić ten lokal na Cybulskim, przyzwyczajonym do dużych i dobrze uposażonych Zakładów Piotrogrodu.

Nie zraziło to, jednak, Cybulskiego. Przeciwnie, z młodzieńczym zapałem i wielką znajomością rzeczy zabrał się do reorganizacji tej „starej budy". Doprowadził do niej światło dzienne, noc-

ne i świeże powietrze, i rozpoczął wykładać dwa przedmioty: fizjologję i histologję.

W pracy swojej, w „starej budzie", Cybulski miał niezliczoną wprost ilość trudności i przeszkód. Ten zupełnie nieodpowiedni lokal zakładowy zmuszał wszystkich pracowników, tak podczas pracy dydaktycznej, jak i naukowej, po kilkadziesiąt razy dziennie biegać po schodach, wyczerpując, oczywiście, fizyczne siły pracowników. Tylko wyjątkowo silni ludzie mogli wytrzymać te warunki. A jak trudno było przy takich warunkach utrzymać porządek i zborność pracy. Ponieważ przez cały dzień lokal zakładowy był zajęty wykładami i ćwiczeniami, na prace naukowe pozostawały przeważnie noce. Ile tych nocy było spędzonych przy pracy naukowej, wiedzą tylko ci uczniowie, którzy razem ze swoim nauczycielem spotykali wschód słońca w murach „starej budy". Ogromną przeszkodą w pracy były też wyjątkowo małe dotacje zakładów krakowskich w porównaniu z takiemiż zakładów innych Uniwersytetów Austrji.

I, nie zważając na wszystkie te przeszkody, młody uczony nie stracił zapału do pracy. Wierzył on w to, że świetne urządzenia zakładów i znaczne zasoby otrzymywane niezawsze idą w parze z rezultatami prac dokonywanych. Miał przed sobą żywe przykłady, kiedy Wróblewski z Olszewskim w podobnej do jego „starej budzie" krakowskiej, posługując się przez siebie zbudowanymi aparatami, a Wróblewski niosąc swe życie w ofierze, dokonali wszechświatowego odkrycia skraplając gazy.

I otóż w tej „starej budzie" zaczyna się nowa świetlana era tak w życiu samego profesora Cybulskiego, jak i w historji Krakowskiego Zakładu fizjologji, zaczęło tu tętnić życie naukowe z wyjątkową siłą, przez cały szereg lat, — rozsadzając wprost mury tego lokalu.

Trudno opisywać ten okres w historji Krakowskiego Zakładu fizjologji, człowiekowi, który nie pracował w tym zakładzie i nie znał osobiście prof. Cybulskiego (do takich należy autor tego artykułu), lecz najlepszym dowodem tej naukowej i koleżeńskiej atmosfery, która tam panowała — są te wyjątkowo wzruszające wspomnienia o przebytych tam chwilach wszystkich uczniów prof. Cybulskiego i wogóle pracowników tego Zakładu.

Swoją wielką wiedzą, niezmordowaną energją i zapałem do pracy, oraz wyjątkowemi cechami swojego charakteru, Cybulski wabił do siebie uczni, rozbudzał w nich zamiłowanie do ścisłych badań naukowych, wpajał w nich kult prawdy i sumienności i z zaparciem siebie pomagał im wszystkim. A tych uczni miał koło siebie ogromną ilość. Wychował on w swojej szkole cały szereg wybitnych profesorów, którzy dziś zajmują katedry fizjologji i histologji i innych teoretycznych i klinicznych nauk medycznych. We wszystkich pięciu Uniwersytetach Polski mamy szereg profesorów, którzy z dumą mówią o tem, że są uczniami Ś. p. Napoleona Cybulskiego.

Szczupłość dotacji zakładowych zmusza Cybulskiego do budowania aparatów własnym kosztem. I tu w całej pełni przejawia się wprost wyjątkowy talent tego uczonego do rozwiązywania zadań technicznych, konstrukcyjnych. Cybulski stwarza cały szereg przyrządów, które dają nowy kierunek fizjologiczny metodyce.

Prace prof. Cybulskiego i jego uczni, zwracają na siebie uwagę całego uczonego świata Europy. Prof. Cybulski zadziwia uczonych już to śmiałością pomysłów, koncepcji, i wniosków, już to śmiałością krytyki, w której przejawia dużo cywilnej odwagi i nadzwyczajnej (słusznej, jak potem pokazało życie) wiary w ścisłość i dokładność swoich badań. Cybulski odczuwał każde drgnienie postępu nauki i ducha czasu, natchnienie swoje przelewał na uczni, a kierując pracami Swego Zakładu, podniósł Zakład Fizjologji Uniw. Jagiell. na wyżyny pierwszorzędnych Zakładów Fizjologji Europy.

Dla uniknięcia powtarzania nie mogę tu przeliczać wszystkich prac prof. Cybulskiego. Spis prac podany jest w innem miejscu. Ilość ich wynosi około 80. Odnoszą się one prawie do wszystkich działów fizjologji: Krążenie, oddechanie, trawienie, wchłanianie, wydzielanie dokrewne, układ nerwowy ośrodkowy, mięśnie i nerwy — zagadnienia ze wszystkich tych działów fizjologji znajdowały wyjaśnienia w pracach Cybulskiego i jego uczni. W drugiej połowie swojej czynności naukowej Cybulski pracuje przeważnie nad elektrofizjologją oraz interesują go psychologja i filozofja. W pracowni Cybulskiego było wykonanych dużo prac histologicznych — ponieważ Cybulski do 1902 roku wykłada też i histologję. Od roku 1902—1903 histologja oddziela się, jako odrębna katedra, i obejmuje ją uczeń Cybulskiego prof. S. Maziarski. W roku 1891 wydaje Cybulski pierwszy europejskiej miary, podręcznik fizjologji w polskim języku, a w 1895 wychodzi drugie uzupełnione wydanie tego podręcznika. W 1915 r. Cybulski kieruje wydawnictwem nowego, dużego, zbiorowego podręcznika fizjologji, który ma ogromne znaczenie dla akademików i lekarzy nie tylko w Galicji, lecz również w zaborze niemieckim i rosyjskim.

W roku 1895 zakład fizjologji przenosi się do nowego lokalu przy ulicy Grzegorzeckiej 16, budowanego już pod kontrolą prof. Cybulskiego. Fizjologja uzyskuje wyjątkowo ładny lokal, odpowiadający wszelkim wymaganiom ówczesnego poziomu nauki i dalsza praca prof. Cybulskiego w tym zakładzie stwarza nowe piękne karty rozwoju polskiej nauki.

Prof. Cybulski przyjmował czynny udział we wszystkich zjazdach lekarskich, polskich i międzynarodowych, zaś w zjazdach międzynarodowych fizjologów zwykle był wybierany do ścisłego Komitetu organizacyjnego. Cały szereg towarzystw naukowych ubiegał się o to, aby mieć Go w swoim gronie bądźto członkiem czynnym, bądźto honorowym. Prof. Cybulski był członkiem czynnym Akademji Umiejętności w Krakowie, członkiem honorowym Towarzystw Lekarskich w Wilnie, Łodzi, Krakowie, Lwowie, Piotrogrodzie, ponadto w Towarzystwie przyrodniczem imienia Kopernika i Towarzystwie Przyjaciół Nauk w Poznaniu. W roku 1911 był Prezesem Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie.

Jak bardzo kochał Kraków, stwierdza ten fakt, że po odrodzeniu Polski, nie poszedł na proponowane katedry, ani do Warszawy, ani do innych Uniwersytetów. Bardzo wielkie zasługi położył prof. Cybulski będąc dwukrotnie Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. w latach 1887—1888 i 1895—1896. Zaś w roku 1904—1905 Wszechnica Jagiellońska obdarzyła go największym zaszczytem, oddając mu berło Rektorskie.

Nie zważając na ogrom pracy naukowej znajduje Cybulski czas i na pracę społeczną. Widzimy Go więc wśród radnych miasta Krakowa, gdzie jest jednym z twórców pierwszego Gimnazjum Żeńskiego w Krakowie. Przyjmuje on czynny udział w organizacji Związku handlowego Kółek rolniczych, będąc wybranym na Prezesa Rady nadzorczej. Był on jednym z pionierów higjeny szkolnej i wychowania fizycznego w Krakowie. Przy tym nawale pracy znajduje siły i możność popierać cały szereg zagadnień w prasie, pisząc artykuły do „Czasu". Cybulski był też jednym z organizatorów Związkowej Lecznicy w Krakowie.

Jesienią 1910 roku, wbrew temu, że Cybulski był przeciwnikiem wszelkich jubileuszów, Wydział Lekarski, łącznie z Towarzystwem Lekarskiem, obchodził uroczyście ćwierć wiekowy jubileusz uczonej i nauczycielskiej pracy prof. Cybulskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim. Jak opowiadają uczestnicy tej uroczystości, był to wyjątkowo piękny i serdeczny jubileusz, jakiego Kraków już dawno nie widział, dzień w którym odruchowo był złożony hołd Napoleonowi Cybulskiemu przez kolegów, uczni i przyjaciół — hołd w postaci podziwu, uznania i wdzięczności.

Na terenie Krakowa Napoleon Cybulski był znany i jako lekarz-dentysta. Nie lubił on praktyki lekarskiej i nie umiał praktykować. Zmusiły go do tego ciężkie warunki życia, mała gaża bowiem, profesora nie wystarczała mu na wychowanie 6-ciorga dzieci.

Być może troska o dzieci, lub tęsknota za wsią skłaniają Cybulskiego do kupienia kilku morgów ziemi koło Krzeszowic, pod Krakowem.

Powstaje tu mały dworek wiejski, letnia rezydencja rodziny Cybulskiego, która nazywała się Prochownią. Tu odpoczywał prof. Cybulski od trosk i pracy miejskiej — lecz odpoczywał w sposób odrębny, właściwy dla niego. Nie można opisywać tego życia w Prochowni, nie znając go osobiście. Prochownia była dla Cybulskiego jego drugą pracownią, w której z zapałem odddawał się badaniom innego rodzaju, niż te, które go interesowały w pracowni Uniwersyteckiej.

I to jego zamiłowanie do wsi, do analizy życia roli i ogrodu, stwierdzają najlepiej, że ani godności, ani praca naukowa, oraz społeczna nie zatarły w nim cech wpojonych w domu rodziców — cech ziemianina. A jaka wyjątkowa atmosfera istniała w tym gościnnym domu prof. Cybulskiego na wsi, stwierdzają te szczere i serdeczne wspomnienia wielu ludzi, przyjaciół i uczni prof. Cybulskiego, którzy go bardzo często w Prochowni odwiedzali. O tej wyjątkowej sympatji, jaką mieli ludzie dla prof. Cybulskiego, może świadczyć i ten fakt, że pierwszy nauczyciel jego prof. Tarchanów tak pokochał swego ucznia, iż po wyjeździe Cybulskiego z Piotrogrodu do Krakowa, często go w Krakowie odwiedzał. Na stare swoje lata prof. Tarchanów kupił kawał ziemi obok Prochowni, wybudował domek koło rezydencji Cybulskiego i tam na rękach swego ucznia skonał.

Zdawało się, że nic nie groziło zdrowiu prof. Cybulskiego i jego tak obfitej w plony pracy. Był to wyjątkowo silny człowiek, lecz w roku 1916 raptownie choroba powaliła tego silnego

człowieka. Po tym ataku prof. Cybulski dość szybko nawet poprawił się, dla wypoczynku uzyskał roczny urlop i zamieszkał w Prochowni. Całkowite zdrowie, jednak, nie chciało do niego powracać. Nie zważając na to, prof. Cybulski powrócił do pracy naukowej. Przyjechał do Krakowa i zamieszkał dla wygody w swoim Zakładzie. Choroba jednak znacznie skrępowała jego ruchy. Nie mógł już sam operować i robić doświadczeń — dlatego też przeważnie czytał. Prof. Cybulski już oddawna interesował się psychologją i filozofją i teraz rozczytywał się w tych dziełach.

26-go kwietnia 1919 roku nastąpiło raptowne pogorszenie stanu zdrowia i Napoleon Cybulski umarł. Umarł on w swoim Zakładzie, przy warsztacie, gdzie spędził w Krakowie, pracując dla dobra nauki Polskiej i Ojczyzny 34 lata. Umarł on w 65 roku życia w chwili, kiedy właśnie tacy ludzie, jak on, byli dla odrodzenia się Ojczyzny najbardziej potrzebni.

Zostawił po sobie Żonę i 6-ro dzieci, trzech synów i trzy córki. Wszystkie dzieci żyją i stały się pożytecznymi obywatelami, żyje też i wdowa po Napoleonie Cybulskim.

Kraków, jak i cała nauka Polska, z wielkim żalem chowała tego wielkiego uczonego, wyjątkowego człowieka i obywatela. Można twierdzić napewno, że w Polsce nieprędko zjawi się na katedrze fizjologji człowiek tej miary, jakim był ś. p. Napoleon Cybulski.

Cześć jego pamięci.

Piśmiennictwo.

1) Kronika Uniw. Jag. rok 1864—1887 i dalsze roczniki. — 2) Pamiętniki Zakładu fizjol. U. J. 1885—1895. — 3) Przegląd Lek. 1910 Nr. 49. — 4) Przegląd Lekarski 1919 Nr. 19. — 5) Głos Narodu 1919 r. Nr. 94. — 6) Czas 1919 Nr. 110.

Wiesław HOŁOBUT. Lwów.

Działanie strychniny na nerwy ruchowe i wpływ jonów alkaljów na to działanie.

Z Zakładu Fizjologji U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Beck.

Jak działanie strychniny na komórki nerwowe nie przedstawia wątpliwości, tak zmiany w zachowaniu się układu nerwowego obwodowego pod jej wpływem, ze względu na sprzeczności zachodzące w wielu badaniach, wymagają dalszego opracowania. Sprawą działania strychniny na nerwy obwodowe podjął względnie niedawno Biberfeld i Hammet. Biberfeld[1]) doświadczenia swe przeprowadzał na żabach, wstrzykując im azotan strychniny bądź to do worka limfatycznego, bądź to do tętnicy biodrowej. W obu wypadkach znachodził porażenie obwodowego narządu ruchowego bez jakiegokolwiek uprzednio zachodzącego podniesienia pobudliwości. Dopatrywał się on punktu zaczepienia tego działania w ruchowych zakończeniach nerwowych i zgodnie z poglądami dawnych autorów przyjął, że strychnina wpływa porażająco na obwodowy układ nerwowy i to w szczególności ruchowy. Wprost przeciwne wyniki uzyskał Hammet[2]) podając żabom strychninę w taki sam sposób jak Biberfeld. Doświadczenia jego wykazały wzrost pobudliwości obwodowego aparatu nerwowego a zwłaszcza wzrost pobudliwości wstawek mięśniowo-nerwowych. Kwestją działania strychniny na pień nerwowy jako taki nie zajmowali się powyżsi autorowie, ani w późniejszej literaturze, dostępnej mi nie spotkałem się z nią zupełnie. Pozostawiając na uboczu próby uzgodnienia wyników Biberfelda i Hammeta, zająłem się w części pracy niniejszej sprawą działania strychniny na włókna nerwowe.

Doświadczenia przeprowadzałem na preparatach nerwowołapkowych żab (rana temporaria). Wypreparowany nerw kulszowy po oznaczeniu początkowego progu pobudliwości w zwykły sposób (z oddalenia cewek aparatu indukcyjnego) zanurzano w całości do naczyńka szklanego z roztworem badanym (0,1% względnie 0,2% Strychninum nitricum), poczem po pewnym czasie go wyjmowano z roztworu i badano jego pobudliwość.

Doświadczenia z 0,2% azotanem strychniny wykazały we wszystkich wypadkach wzrost pobudliwości nerwu kulszowego. Po zanurzeniu nerwu do roztworu strychniny w czasie 1—2 minut zawsze się pobudliwość podnosiła (prot. Nr. 1) i narastała do pewnego maksimum, które już później długo się utrzymywało. To samo stwierdzono w eksperymentach z 0,1% roztworem strychniny (prot. Nr. 2). Doświadczeń podobnych wykonano ogółem 17, wszystkie z pokrywającemi się w zasadzie wynikami.

Protokół Nr. 1.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
11^h 01'		440
„ 02'	nerw włożono do 0,2% Strychn. nitr.	
„ 04'		480
„ 10'		500
„ 15'		525
„ 30'		520
„ 45'		520
„ 50'		520

Protokół Nr. 2.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
10^h 25'		330
„ 26'	nerw włożono do 0,1% Strychn. nitr.	
„ 29'		360
„ 31'		385
„ 48'		400
„ 52'		400
11^h 01'		405
„ 05'		400
„ 10'		400

Jednakowoż samo stwierdzenie pobudzającego działania strychniny na nerwy obwodowe nie zadowala nas, wymagających poznania nietylko zewnętrznych ad oculos przejawów działania tych lub innych substancyj, lecz także i istoty ich wpływu. Nie można pewnie i wyczerpująco odpowiedzieć na to frapujące pytanie, na czem istotnie polegają zmiany wywołane strychniną. Ale mając pewne dane co do istoty działania rozmaitych innych czynników fizyko-chemicznych na tkankę nerwową obwodową, możeby przecież udało się przez porównanie ich działania z wpływem strychniny sięgnąć nieco głębiej w przyczyny działania specyficznego tego jadu. Badania Woronzowa[1]) na nerwach zimnokrwistych oraz doświadczenia moje[2]) na mięśniach żab oświetliły kwestję wpływu jonów mineralnych na wyżej wymienione tkanki z punktu widzenia zmian fizykalno-chemicznych. Wyniki tych doświadczeń pozwoliły przypuścić między innemi, że chlorek potasu i litu wywołują pęcznienie białka tkanki żywej, będącego w stanie koloidalnym, a przytem zwiększają przepuszczalność błon komórkowych. Natomiast sole dwuwartościowe jak chlorek wapnia, magnezu i baru, działając odmiennie, zagęszczają białko a może nawet i ścinają w toksycznem swem działaniu i zarazem przepuszczalność osłonek kamórkowych zmniejszają. Mając to na względzie, przystąpiłem do dalszej serji doświadczeń, w których starałem się przez kombinowanie działania strychniny z różnymi jonami określić stosunek wpływu tego alkaloidu do działania wspomnianych jonów (Li, K, Ca, Mg, Ba) na nerw kulszowy żaby. Postępowano zupełnie podobnie jak poprzednio, zmieniając tylko roztwory badawcze.

Doświadczenia, w których po zastosowaniu strychniny na nerw badano wpływ izotonicznego roztworu KCl, ujawniły częściowe podobieństwo wpływu strychniny i potasu. Jak widać z protokołu Nr. 3 i Nr. 4 po strychninowym wzroście pobudliwości, gdy zadziałano chlorkiem potasu, nerw stał się jeszcze bardziej pobudliwym. Ta nadmiernie zwiększona pobudliwość nie utrzymywała się długo, bo zaledwie 3—4 minuty, a potem spadała gwałtownie poniżej normy aż do wystąpienia objawów porażenia. Podobieństwo działania jednej i drugiej substancji polega na pobudzającem działaniu na tkankę nerwową; różnica natomiast leży w tem, że potas wywiera dalej idące zmiany, albowiem po początkowem pobudzeniu poraża. Ze złożonego działania obu czynników, w tym wypadku strychniny i potasu, wydaje się jakoby strychnina torowała drogę jonowi potasowemu, umożliwiając mu w szyb-

---

[1]) Biberfeld: Pflügers Arch. T. 83. 1901. Ergebnisse der Physiologie Jhrg. 17. S. 198. 1919.

[2]) F. S. Hammet, Zentralblatt f. Physiol. S. 428. 1917.

[1]) Woronzow: Pflügers Arch. T. 203 (1924), 207, 210 (1925) 216 (1926), 218 (1928).

[2]) W. Hołobut: „Polska Gazeta Lekarska" Nr. 49. 1928. Cpt. Rend. Soc. Biol. T. 100. 1929.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna 1929 (w druku).

szej mierze wtargnięcie do wnętrza tkanek i wywołania tam zaburzeń równowagi stanu koloidalnego białka.

Jeszcze bardziej jaskrawo i wyraźnie odzwierciedla się w doświadczeniach paralelizm strychniny i litu. Jon ten jako niewywołujący zmian porażennych toksycznych, lecz przeciwnie podwyższający pobudliwość, żywo wspomagany jest w swem działaniu uprzednio zastosowaną strychniną. Przytoczony protokół z tego doświadczenia ujawnia po wzroście pobudliwości skutkiem strychniny, dalsze jej podniesienie się po chlorku litu bez następstw porażenia (prot. Nr. 5).

Protokół Nr. 3.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
11h 09'		290
„ 10'	nerw włożono do 0,2% Strychn. nitr.	
„ 12'		330
„ 15'		350
„ 20'		350
„ 21'	nerw włożono do 0,82% KCl	
„ 22'		395
„ 23'		400
„ 25'		210
„ 27'		185
„ 30'		50
„ 31'		0

Protokół Nr. 4.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
10h 00'		370
„ 01'	nerw włożono do 0,2% Strychn. nitr.	
„ 03'		390
„ 05'		410
„ 10'		410
„ 11'	nerw włożono do 0,82% Strychn. nitr.	
„ 12'		440
„ 13'		450
„ 15'		380
„ 17'		125
„ 18'		65
„ 21'		0

Protokół Nr. 5.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
12h 16'		350
„ 17'	nerw włożono do 0,2% Strychn. nitir.	
„ 18'		390
„ 20'		430
„ 22'		435
„ 25'		435
„ 26'	nerw włożono do 0,55% LiCl	
„ 28'		470
„ 30'		490
„ 35'		500
„ 45'		490
13h 00'		495
„ 10'		470

Potem zająłem się solami dwuwartościowemi, a mianowicie roztworami izotonicznemi chlorku wapnia, magnezu i baru. Wszystkie te sole działają podobnie na włókna nerwowe, obniżając ich pobudliwość aż do zupełnego porażenia. Co do czasowego przebiegu tego procesu, to z badań Woronzowa wiadomo, że najszybciej z tych soli działa magnez, natomiast wapń i bar stoją pod tym względem na drugiem miejscu. Potwierdzają to także wyniki moich doświadczeń, w których czas działania toksycznego, potrzebny do zupełnego porażenia nerwu, wzrastał idąc od magnezu do wapnia ($MgCl_2$ 46 minut, $BaCl_2$ 71 minut, $CaCl_2$ 73 minut). To widoczne jest w 6, 7 i 8 protokole. Wykonane doświadczenia ze skombinowanym wpływem strychniny i wyżej wymienionych soli stwierdzają antagonistyczne działanie tego alkaloidu w odniesieniu do tych trzech dwuwartościowych jonów. Po okresie wzmożonej pobudliwości, wywołanym strychniną, występowało stale po zastosowaniu chloru magnezu, baru czy wapnia, obniżenie się pobudliwości stopniowo i powoli narastające. Już nie nagle występowało ono jak w doświadczeniach ze samemi tylko solami, lecz powoli ten proces przebiegał, jak gdyby przez coś opóźniony w całokształcie swego działania. Niewątpliwie przyczyną tego zjawiska była strychnina, uprzednio zastosowana (prot. 9, 10, 11).

Protokół Nr. 6.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
10h 05'		310
„ 06'		315
„ 07'	nerw włożono do 1,2% $CaCl_2$	
„ 10'		310
„ 15'		270
„ 35'		190
„ 45'		85
„ 50'		55
11h 00'		30
„ 10'		15
„ 20'		0

Protokół Nr. 7.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
11h 31'		345
„ 32'	nerw włożono do 1% $MgCl_2$	
„ 35'		315
„ 47'		250
„ 50'		180
„ 55'		85
12h 05'		60
„ 10'		35
„ 17'		5
„ 18'		0

Protokół Nr. 8.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
10h 10'		385
„ 11'	nerw włożono do 1,4% $BaCl_2$	
„ 13'		370
„ 15'		330
„ 25'		315
„ 37'		270
„ 43'		250
„ 50'		150
11h 00'		85
„ 10'		35
„ 12'		0

Protokół Nr. 9.

N. Ischiadicus

Czas		Pobudliwość (odległość cewek w mm)
11h 18'		335
„ 19'	nerw. włożono do 0,2% strychn. nitr.	
„ 22'		380
„ 25'		400
„ 28'		400
„ 29'	nerw włożono do 1,2% $CaCl_2$	
„ 30'		400
„ 35'		390
„ 45'		380
„ 55'		335
12h 10'		310
„ 20'		300
„ 33'		280
„ 45'		220
„ 50'		205

Protokół Nr. 10.

N. Ischiadicus

Czas	Pobudliwość (odległość cewek w mm)
10^h 23'	380
„ 24' nerw włożono do 0,2% strychn. nitr.	
„ 25'	410
„ 28'	440
„ 30'	440
„ 31' nerw włożono do 1% $MgCl_2$	
„ 33'	420
„ 45'	410
„ 55'	395
11^h 10'	380
„ 25'	355
„ 32'	280
„ 40'	270
„ 45'	220

Protokół Nr. 11.

N. Ischiadicus

Czas	Pobudliwość (odległość cewek w mm)
11^h 41'	320
„ 42' nerw włożono do 0,2% strychn. nitr.	
„ 44'	370
„ 46'	385
„ 50'	385
„ 51' nerw włożono do 1,4% $BaCl_2$	
„ 55'	380
12^h 01'	360
„ 15'	350
„ 30'	350
„ 35'	290
„ 45'	280
„ 57'	220

Powyższe wyniki uwypuklają jasno podobieństwo działania strychniny do jonów jednowartościowych, w tym wypadku LiCl i KCl, oraz antagonizm zachodzący między strychniną a solami dwuwartościowemi, jak $CaCl_2$, $MgCl_2$, $BaCl_2$. Wiadomo skądinąd o wpływie powyższych soli na tkankę nerwową obwodową oraz mięśnie szkieletowe (wspomniane już prace Woronzowa oraz moje własne), a mianowicie to, że działanie litu i potasu ma polegać na chemicznej reakcji, zachodzącej w stanie koloidalnym białka tkanki żywej, w której białko to pęcznieje a błony komórkowe stają się bardziej przepuszczalne, natomiast jony dwuwartościowe jak Ca, Mg, Ba wywołują zaburzenia równowagi stanu koloidalnego białka, zachodzące w przeciwnym kierunku niż po potasie i licie i zmniejszają przepuszczalność błon komórkowych. Opierając się na tem oraz na wynikach doświadczeń niniejszej pracy, zastosować można podobne tłumaczenie przy działaniu strychniny na pień nerwowy żaby. Możliwem jest, że, jak to z podobieństwa wpływu tego alkaloidu do litu i potasu wynika, strychnina wywołuje podobne zmiany w białku tkanki nerwowej obwodowej jak lit i potas, a więc specyficznie wpływa na białko (prawdopodobnie wywołuje pęcznienie) oraz zwiększa przepuszczalność błon komórkowych. W porównaniu zaś z chlorkiem wapnia, baru i magnezu działa strychnina wprost przeciwnie niż te sole.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Wł. Szenajch.

Ciąg dalszy.

Wracając do dziecka, które przebywszy przed pół rokiem koklusz zapada na odrę, stwierdza się, że po zblednięciu wysypki zazwyczaj ciepłota nie opada, ale trzyma się podniesiona a wynik badania płuc znajduje zawsze dostateczne wytłumaczenie dla tej temperatury. Co do kaszlu, to albo w czasie rozwijającego się ogniska płucnego obserwuje się charakterystyczny krótki kaszel „pneumoniczny", albo też tuż w ślad po ustąpieniu kaszlu odrowego lub pneumonicznego wybija się typowy dawny, przed pół rokiem słyszalny, zanoszący się kaszel kokluszowy z „repryzami" krtaniowemi lub wymiotami. Kiedyindziej kaszel ten zjawia się nieco później, w tydzień, 2, 3 tygodnie po odrze. Ale w każdym razie jest on dla laika widomym symbolem kokluszu. Znam całe mnóstwo matek, które dają temu spostrzeżeniu wyraz, zapytując mię ze zdziwieniem, dlaczego dziecko ma teraz po odrze koklusz, skoro przed rokiem, lub pół rokiem już miało koklusz. Kaszel, jak wymioty są reakcją obronną organizmu na pobudkę obwodową, której punktem wyjścia jest prawie zawsze gałązka czuciowa nerwu błędnego, czy to na błonie śluzowej strun głosowych, czy w oskrzelach, czy w opłucnej, w gardle, przełyku, żołądku i t. d. Drogi dośrodkowe dla odruchów wymiotnego i kaszlowego stanowi albo nerw błędny, albo językowo-gardłowy, albo trójdzielny, albo kora mózgowa. Ośrodki leżą w opuszce w bliskiem sąsiedztwie ośrodka oddechowego. A drogi odśrodkowe stanowi znów dla obu odruchów nerw przeponowy, nerw błędny, nerwy kręgowe. Z tego podobieństwa topografji odruchów wymiotnego i kaszlowego nietrudno nawet bez doświadczenia klinicznego zrozumieć, jak łatwo wymioty mogą stanowić ekwiwalent sąsiedniego odruchu t. j. kaszlu i naodwrót. Takim samym ekwiwalentem kaszlu bywa, jak wiadomo, częste kichanie, którego znaczenie objawowe w odkrywaniu kokluszu kilkakrotnie bardzo słusznie syganlizował Bączkiewicz. Ponieważ ani kichanie, ani kaszel, ani wymioty, ani kaszel z wymiotami nie są chorobą, ale tylko jednym objawem nerwowym lub mózgowym choroby, łatwo zrozumieć, że objaw ten może towarzyszyć chorobie, albo może go nie być, zupełnie tak, jak objaw mózgowy drgawek może towarzyszyć zapaleniu mózgu albo może go nie być.

Wspominam o tem, aby zaakceptować, że jakkolwiek doskonała znajomość muzyki kaszlu kokluszowego jest niesłychanie ważna i potrzebna dla lekarza, to jednak ważniejsza może jest świadomość efemerycznego charakteru objawowego kaszlu choćby najbardziej kokluszowego w przebiegu kokluszu. Nie jest on decydującym objawem chorobowym, ale wynik badania płucnego, stwierdzający istnienie takiego lub owakiego ogniska w płucu, które jest główną przyczyną anatomiczną choroby i które pod wpływem urazu zakaźnego odrą ulega ponownemu pogorszeniu, rozszerzeniu ogniska, czyli świeżej ewolucji. Rozpoznanie charakteru kokluszowego ogniska płucnego uskuteczniamy za pomocą dokładnych wywiadów, sięgających w przeszłość dziecka, które zawsze nam wyjaśnią fakt przebytego kokluszu. Przy cierpliwej obserwacji doczekamy się zwykle i nawrotu kaszlu kokluszowego, który uzupełni nasze ewentualne wątpliwości rozpoznawcze. Ponieważ w sferach zwłaszcza wielkomiejskich robotniczych mnóstwo małych dzieci ma płuca zakażone przebytym kokluszem, łatwo zrozumieć, że pod wpływem epidemji odry nagle, dosłownie nieraz przez jedną noc, wybucha epidemja kokluszu. Wybuch epidemji kokluszu nie odnosi się do świeżych młodych przypadków tego zakażenia, które oczywiście też muszą mieć miejsce, ale przedewszystkiem do tych masowych nawrotów kokluszowych dawnych roczników. Tak więc w ślad za wybuchem epidemicznym odry obserwuje się „ogólną mobilizację całego szeregu roczników" dzieci zakażonych kokluszem. I zjawisku temu, które uważny klinicysta odkrywa na materjale znanych mu z przeszłości klinicznej dzieci, odpowiada trafna obserwacja matek, które same zauważają: dziecko miało odrę a teraz koklusz. Matki poznają oczywiście koklusz tylko po kaszlu, ale każdy lekarz rozumie, że jakkolwiek zapaleniu towarzyszyć zwykł kaszel, to jednak bywa on bardzo różny. Jeżeli dziecko zakażone kiedyś przed 2, 3 laty kokluszem przebywało wtenczas zapalenie płuc kokluszowe długo trwające, którego umiejscowienie zanotowaliśmy szczegółowo w historji choroby, o ile dziecko to utrzymywane w naszej obserwacji było uznane za wyleczone ze swojego „zapalenia płuc kokluszowego" i przez 2, 3 lata nie miało ani ataków kaszlu ani wyraźnych objawów płucnych, to z okazji urazu infekcyjnego, jakim jest odra, zapada ono na typowy nawrót płuc nie w innem, ale właśnie w tem samem umiejscowieniu płucnem. Gdy nawrotowi temu, jak zresztą przeważnie bywa, towarzyszy szereg razy także i nawrót kaszlu kokluszowego, każdy lekarz, znający dziecko z przeszłości prędko się zorjentuje, że jest to pełny nawrót klasyczny tej samej choroby. Lekarz doświadczony, pojmujący efemeryczność objawu nerwowego, nauczony już obserwacją powtarzających się ognisk płucnych z kaszlem, zadowolni się tą samą oceną stanu rzeczy nawet jeżeli niema kaszlu a ognisko objawi mu się z anatomiczną tożsamością.

Anatomiczny nawrót ogniska chorobowego w tem samem co przed latami miejscu, nie przesądza oczywiście dalszego przebiegu choroby. Ognisko może się „schować" po 2, 3 tygodniach, aby znowu za pół roku z okazji innego urazu znowu w tem samem miejscu się pokazać. Kiedyindziej ognisko ulega przekształceniu anatomo-patologicznemu, czy to w postaci rozstrzeni oskrzelowych, lub w postaci zgorzeli płucnej, czy w postaci wytworzenia wysię-

ków ropnych w opłucnej, czy w innej postaci dalszego zejścia chorobowego. Łatwo się domyśleć, że niema w tym kierunku żadnego schematu w naturze.

Przykłady.

Antoni B., lat 4. Przybywa do szpitala 6. XII. 1926 r. Rodzice zdrowi. Dziecko przed dwoma laty przebyło odrę i tuż po odrze koklusz i zapalenie płuc. Od tego czasu często kaszle i gorączkuje. Odczyn Pirquet'a ujemny. Badanie stwierdza u obu podstaw mnóstwo drobnobańkowych rzężeń dźwięcznych bez szmeru oskrzelowego, bez stłumienia. Ciepłota do 39°. Tętno 147. Oddech 36. Leukocytoza (wielojądrzasta) wybitna: 39.000 b. c. Badanie bakterjologiczne plwociny, kału i moczu w kierunku gruźlicy ujemne. Kaszel typowo kokluszowy z charakterystycznem zanoszeniem się, bez wymiotów.

Przypadek ten dowodzi długiego trwania i zdolności do nawrotów kokluszu, który po dwóch latach manifestuje się jako zupełnie świeże zakażenie i jako nawrót „głośny". Niemą wątpliwości, że złośliwość tego kokluszu stoi w korrelacji z odrą.

Fela B., lat 4. Przyjęta do szpitala 8. IV. 1927 r. z rodziców zdrowych, czworo rodzeństwa zdrowych. W 1-ym roku życia przebyła koklusz, następnie 4 razy przechodziła „ciężkie" zapalenie płuc. Przybywa z lewostronnem zapaleniem płuc w tydzień po przebytej w domu odrze. Stan ogólny bardzo ciężki. Ciepłota do 39.4°. Tętno 180. Oddech 46. Leukocytoza (wielojądrzasta) 30.000. Kaszel typowo kokluszowy z „zanoszeniem się", uznany przez personel pielęgniarski za pewny koklusz. Odczyn Pirquet'a 8. IV. ujemny, 21. IV. dodatni. Stolce w pierwszych dniach wolne, następnie poprawiają się. Stan ogólny w przeciągu 10 dni znacznie się poprawia, u podstawy lewego płuca znika szmer oskrzelowy, utrzymuje się mnóstwo głośno-dźwięcznych rzężeń. Badanie bakterjologiczne plwociny, kału i moczu na obecność prątków Kocha ujemne. Dnia 24. IV. dziecko odchodzi pozornie zdrowe z fatalnym stanem płuca lewego. Rozpoznano: *Pertussis-pneumonia post morbillos.* Dalszy los dziecka nieznany.

Przypadek ten świadczy, że dziecko 4-letnie po przebytym przed 3 laty kokluszu i w związku z tem zakażeniem po 4-krotnie przebytem zapaleniu płuc, zapada z okazji odry na świeże zapalenie płuc, które pozornie przechodzi wyleczone, a w rezultacie stanowi nawrót dawnej utajonej choroby kokluszowej, manifestującej się na świeżo, nietylko ogniskiem zapalnem płuca, ale także świeżym wybuchem ataków kaszlu kokluszowego. Dodatni odczyn Pirquet'a po stanie anergji odrowej z ujemnym wynikiem badania bakterjologicznego nie daje nam prawa do rozpoznawania, że dziecko chore jest na gruźlicę, a nie na koklusz. Odczyn Pirquet'a może najwyżej stwierdzać istnienie jakiegoś ogniska gruźliczego w ustroju dziecka. Klinicznie — obraz zapalenia płuc z charakterystycznym kaszlem kokluszowym po świeżo przebytej odrze, uprawnia do rozpoznawania nawrotu kokluszu z okazji odry.

Abraham C., 2 lata. Przyjęty do szpitala 20. III. 1927 r. Przed rokiem przebył koklusz i następnie 2-krotne zapalenie płuc. Rodzice zdrowi. Przed 2 tygodniami przebył odrę. Odczyn Pirquet'a ujemny. Badanie płuc stwierdza: obraz obustronnego ciężkiego zapalenia płuc odoskrzelowego. Badanie bakterjologiczne plwociny i kału na gruźlicę ujemne. Rozpoznano: *Pertussis-Pneumonia post morbillos.* Dnia 25. III. *exitus letalis.* Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne zapalenia płuc.

Przypadek ten jest skromnym przyczynkiem do licznych spostrzeżeń, dowodzących niezbicie, że odra, posiana na terenie płuca zakażonego kokluszem, wywołuje zaostrzenie utajonej i pozornie wygasłej choroby i w gwałtowny sposób prowadzić może do katastrofy.

Oczywiście jest to sprawa nie taka łatwa do zaobserwowania, jeśli zważymy, że na sekcji anatomo-patolog. nie jest zwykle w możności rozpoznać ani odry ani kokluszu. Rozpoznanie kliniczne odry nie jest trudne, gdy jest ona w rozkwicie, lub gdy przekwitła. Ale odra ma swój okres wylęgania i okres zwiastunów, tak trudny do rozpoznania. Lekarz, znający dobrze zagadnienie zakażenia śródszpitalnego i w związku z tem klinikę odry i kokluszu, musi sobie w każdym przypadku śmiertelnej bronchopneumonji na oddziale zadać pytanie, czy przyczyną tego zejścia nie jest niedostrzeżona odra w okresie zwiastunów, lub koklusz dziecka. Oczywiście nie dowie się tego od anatomo-patologa. Dużo razy dowiaduje się o tem *ex post,* t. j. w 9 albo 18 dni potem, kiedy zauważy odrę na swoim oddziale i kiedy zechce zadać sobie pytanie w kierunku pochodzenia tej odry! Z drugiej strony należy zastanowić się nad tem, ile dzieci, zwłaszcza małych, w każdym szpitalu czy zakładzie dziecięcym na tej właśnie drodze ulega zakażeniu także kokluszem od dziecka umierającego na pospolite zapalenie płuc na tle kokluszu, który się może nie manifestować kaszlem kokluszowym, jak to często bywa w przebiegu pneumonji kokluszowej. Niezależnie od tych refleksyj przypadek ten stwierdza katastrofalny wpływ odry na płuco kokluszowe.

Alicja S.[1]) przybywa 3 lutego 1927 r. Dziecko $4^1/_2$-letnie. Troje rodzeństwa zdrowych, 6 zmarło, z tego w 1-ym roku życia 5. Ojciec umarł na ostre zakażenie krwi, matka zdrowa. Dziecko w 1-ym roku życia przebyło rzekomą odrę. Dziecko od 6-ciu tygodni cierpi na ból w lewym boku. Przed 3 tygodniami wykonane nakłucie lewej klatki piersiowej stwierdziło obecność płynu surowiczego.

Blondynka, na swój wiek stosownie wielka, źle odżywiona. Temperatura do 39,5°. Kaszel o charakterze starego kokluszu z kurczem krtani. Odczyn Pirquet'a dodatni. Obrzęki na nogach. Lewa klatka piersiowa o obwodzie o 3 cm mniejszym, niż prawa, gorzej poruszalna, wykazuje stłumienie wypukowe wraz z oporem od szczytu ku dołowi zlewające się ze stłumieniem sercowem. Serce przesunięte na szerokość 1 palca poza linję mostkową prawą. Po stronie prawej granice płuc rozszerzone, wypuk jasny. Po stronie lewej znaczne osłabienie szmeru oddechowego, drżenie głosowe znacznie osłabione.

Po stronie prawej brodawka od przodu, łopatka zaś od tyłu stoi dalej od linji środkowej ciała, niż po stronie przeciwnej. Międzyżebrza są wygładzone i wypuklone.

Zmniejszenie i zapadnięcie połowy lewej, żebra ściśnięte, ramię po stronie chorej jest obniżone, sutek i łopatka zbliżone do linji środkowej, kręgosłup wygięty wypukłością ku stronie prawej, cały tułów pochylony ku stronie lewej. Strona lewa klatki oddycha słabiej, a płuco prawe zastępczo rozszerzone. Liczba oddechów 30. Tony serca czyste. Tętno 132. Śledziona macalna. Nakłucie próbne lewej klatki piersiowej daje płyn ropny, zawierający paciorkowce dwoinkowe (diplostreptokoki). 14. II. wstrzyknięto ropę śwince, 29. III. sekcja zmian gruźliczych nie wykazała.

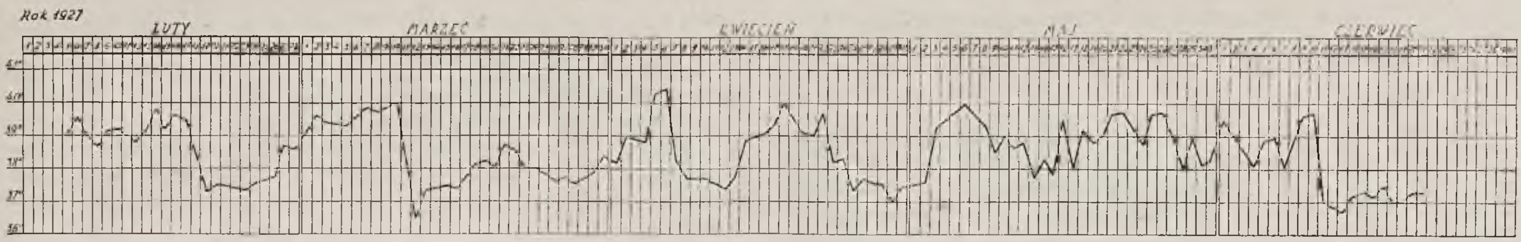
Krew: 50% hemoglobiny. Czerwonych ciałek 5,720.000. Białych ciałek 16.550. 88% wielojądrzastych, 8% limfocytów. 4% przejściowych. Lepkość Hess 6.

Przebieg choroby.

Po 2-tygodniowym okresie gorączkowym od 38° do 39,4° następuje 10-dniowy stan bezgorączkowy z ogólną i miejscową poprawą. Dziecko silniejsze, ma apetyt. Brak duszności, dwukrotne nakłucie opłucnej lewej ujemne. Od 26-go lutego do 9-go marca 11-dniowy okres gorączkowy ze znacznem pogorszeniem stanu ogólnego dziecka, które pobladło i wykazuje przyspieszenie oddechów — 46. Mimo codziennego oglądania gardła i błon śluzowych policzków w kierunku odry, która ze względu na zaszły przypadek odry groziła zakażeniem wewnątrz szpitalnem, dopiero 9-go marca, a więc w 11-ym dniu gorączki odosobniono dziecko z powodu enanthema i równoczesnej początkowej wysypki na twarzy. Dnia 12. III. wysypka znikła.

Po odrze w tydzień zaczyna się znowu okres gorączkowy do 40° dochodzący, w czasie którego wysięk ropny przybiera na rozmiarach, duszność się powiększa i zjawia się typowy kaszel kokluszowy. Plwocina śluzowo-ropna, 6. III. zastrzyknięta śwince; 25. IV. świnka zmian gruźliczych nie przedstawia. Badanie w kierunku prątków Kocha ujemne. Badanie kału ujemne. W ślad po przebytej odrze rozwija się również anemja i leukocytoza. (Hg. 40%. Cz. ciałek 3,500.000, biał. ciałek od 17.700 stopniowo — 4. VIII. — aż do 38.600). Leukocytozie wielojądrzastej (80%) towarzyszy znaczny, bo poniżej pępka dochodzący obrzęk (tumor) śledziony (w połowie sierpnia). W tymże samym czasie (od 16. VIII. — do 20. VIII.) obserwuje się znaczne pogorszenie u chorej, któremu towarzyszy zapalenie suche osierdzia. Po jego przebyciu na wyraźne życzenie rodziny odchodzi do domu na wrzesień i początek października, w stanie nieznacznej poprawy. W połowie października wraca powtórnie w stanie ogólnym lepszym. Badanie krwi stwierdziło: 50% Hemgl. Czerw. ciałek 4,200.000, biał. ciałek 14.000. Na klatce piersiowej obrzęk wielkości mandarynki umiejscowiony na wysokości 9-go żebra lewego. Z guza sączy się przez niewielki otwór za uciskiem ropa (zawierająca diplo - streptokoki). Rozpoznano empyema necessitatis. Dnia 29. X. wykonano zabieg operacyjny (Dr. Wiszniewski) — „cięcie na przedniej linji pachowej ponad 9-em żebrem i równolegle doń poprzez przetokę. Wyskrobano ziarninę, która wyglądem swym przypominała gruźlicę. Przetoki, prowadzącej do jamy opłucnej, nie znaleziono. Wobec tego odłupano okostną i usunięto odcinek 9-go żebra na przestrzeni 3 cm; przecięto grubą i twardą opłucną, poczem wyciekło dużo ropy. Jama ropna szła głównie ku górze i ku przodowi. Założono dwa paski gazy. Ranę nieco zmniejszono 3 szwami". W 10 dni po operacji wystąpiła róża przyranna, która potem

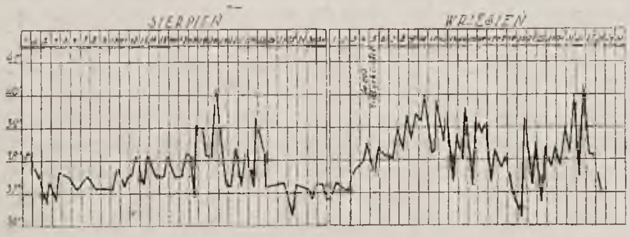
[1]) Przypadek demonstrowany na pos. klin. Pol. Tow. Pedjatrycznego 26. IX. 1928 r.



Krzywa Nr. 1.

Alicja S. Krzywa ciepłoty. Od 3. II. do 20. VI. 1927 *Pleuritis purulenta*, rekonwalescencja, *morbili* (26. II. do 10. III.) dalszy ciąg *pleuritis purulenta.*

w postaci róży wędrującej utrzymywała się aż do 13-go grudnia. Ropa z opłucnej zawiera paciorkowce dwoinkowe; 27. X. zastrzyknięto je śwince, na sekcji 22. XII. świnka nie wykazuje zmian gruźliczych. 1-go stycznia 1928 rana zostawiona bez drenu. Dziecko traci gorączkę, ale kaszle w spazmach kokluszowych, wydzielając czasami pełnemi ustami ropną plwocinę. Plwocina bakterjologicznie nie zawiera prątków Kocha. Krew wykazuje umiarkowaną leukocytozę — 13.200, śledziona się cofa. Ze strony serca brak zmian patologicznych, tętno — 96—100. Palce pa-



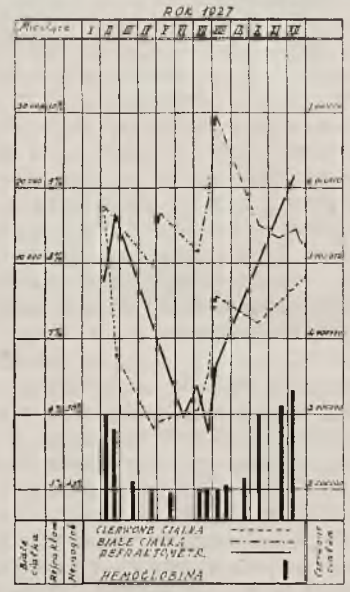
Krzywa Nr. 2.

Od 1. VII. do 1. IX. 1927 *Pericarditis, Tumor lienis, Leucocytosis, Anaemia.*

łeczkowato rozszerzone. 19. II. odchodzi do domu w stanie poprawy. Badana 10. IX. 1928 wykazuje rzężenia drobno i średniobańkowe, głównie u lewej podstawy płucnej i w lewej pasze. Palce bardziej pałeczkowate. Dziecko wypluwa pełnemi ustami plwocinę ropną. Ciepłota normalna. Stan sił, apetyt, dobre.

Przypadek ten jest przykładem złośliwości nawrotu kokluszowego pod wpływem zakażenia odrą. Dziecko z ropnem zapaleniem opłucnej po stronie lewej po 8-tygodniowej gorączce znajduje się w rekonwalescencji, wolne od 2 tygodni od gorączki. Nagle stan płuc i stan ogólny się pogarsza, występuje gorączka i dopiero w 11-tym dniu choroby zauważono początek odry u dziecka. Tak więc w okresie wylęgania odry stan płuc uległ już pogorszeniu, anonsując niejako zbliżający się okres zwiastunów odrowych. Po przejściu odry kilkomiesięczny okres gorączki, towarzyszący procesowi płucnemu i opłucnemu, oraz powikłanie ze strony osierdzia wraz z ogólną anemją, leukocytozą do 40.000 i powiększeniem śledziony. Po 8 miesiącach torakotomja i bardzo powolna kilkumiesięczna rekonwalescencja, w czasie której tak stan ogólny, jak i miejscowy zmuszają ciągle do różniczkowania sprawy chorobowej z gruźlicą. Badania biologiczne w kierunku gruźlicy wypadają stale ujemnie. Dziecko po roku wyleczone, wolne od gorączki, wykazuje nieznaczne rozstrzenie oskrzelowe z obfitą wydzieliną śluzowo-ropną.

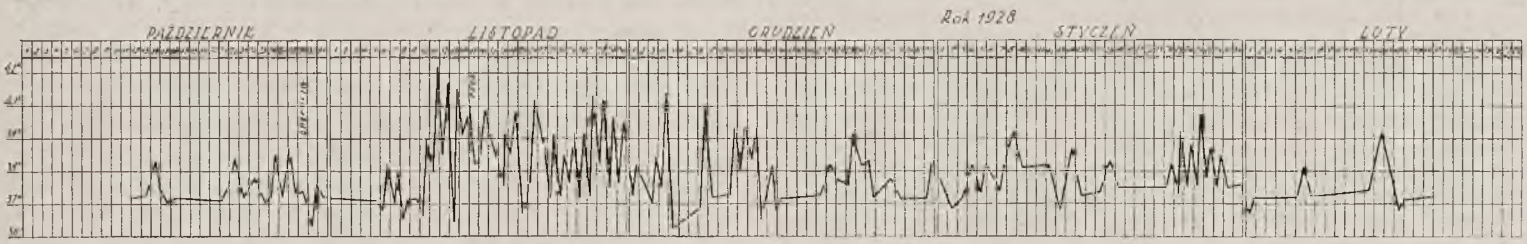
sypki odrowej ciepłota się nie obniża, lub jeżeli po opadnięciu na nowo się podnosi, a badanie uszu nie wykrywa zapalenia ucha środkowego, to niewątpliwie chodzi o recydywę kokluszową, w której cierpliwa obserwacja płuc wykaże rozwijające się ognisko zapalenia płuc kokluszowego, a prędzej czy później zazwyczaj także nawrót typowych ataków kaszlu kokluszowego.



Krzywa Nr. 4.

Pertussis-empyema thoracis. Krzywa hemoglobiny, czerw. i białych ciałek i refraktometru.

Sprawa budzenia się gruźlicy u dziecka pod wpływem odry jest naogół rzadka a jeżeli ogólnie chronicznie przebiegający obraz zapalenia płuc u dziecka kokluszowego po odrze jest rozpoznany jako gruźlica, to jest to tylko dowód podobieństwa obrazu klinicznego tej anatomicznie, fizjologicznie i symptomatycznie prawie analogicznie przebiegającej choroby. Jedyną rękojmią różniczkowego rozpoznania jest w tych wypadkach dodatni wynik badania laboratoryjnego exkretów lub sekretów chorego dziecka. Nawet Debré i Joannon, którzy nie rozpoznają zapalenia płuc kokluszowego w związku z odrą, ale zadawalają się nazwaniem sprawy płucnej zapaleniem płuc odrowem, wydają opinję, że ewolucja gruźlicy pod wpływem odry jest naogół rzadka i ogólnie



Krzywa Nr. 3.

Od 12. X. 1927 do 19. II. 1928. *Torakotomja*, 29. X., róża (9. XI. do 13. XII.).

Przypadek ten dowodzi nietylko długotrwałości kokluszu u dziecka i jego podobieństwa z gruźlicą, ale stwierdza, że sprawa kokluszu płuc, pozornie wyleczona, wskutek zakażenia odrą, ulega znacznemu pogorszeniu i następowym powikłaniom płuczno-sercowym i ogólnym.

Wogóle jeżeli u dziecka, które anamnestycznie przebyło koklusz i które zapadło na odrę, w miarę blednącej wy-

w tym kierunku przyjęte klasyczne przekonanie winno ulec gruntownej rewizji. „Gwałtowny rozwój gruźlicy ostrej tuż po odrze jest w rzeczywistości wyjątkowy. Bezwątpienia na autopsji pewnej liczby dzieci zmarłych na zapalenie płuc odrowe stwierdza się zmiany gruźlicy płuczno-gruczołowej, ale zmiany te przy bliższem zbadaniu nie wykazują naogół charakteru zmian czynnych. Nadto częstość, z jaką się spotyka te zmiany, nie przekracza pro-

centu przypadków gruźliczych, jaki się zazwyczaj spotyka w tym samym wieku i w tem samem otoczeniu. Wreszcie czyż się to nie spotyka często dzieci z dodatnim odczynem skórnym tuberkulinowym, notorycznie zakażonych gruźlicą w otoczeniu rodzinnem, które mimo to przechodzą odrę bez żadnej szkody dla zdrowia".

Przykłady tych nawrotów kokluszowych, których całe tysiące wyrzuca na poczekalnie ambulatorjów dziecięcych a eo ipso i na sale szpitalne prawie każda epidemja odrowa, dowodzą, że koklusz jest chorobą długotrwałą, która, opanowawszy płuco małego dziecka, mimo pozornego wyleczenia i mimo zupełnego zniknięcia kaszlu, powraca z okazji odry lub influency po kilku miesiącach, czasem po roku lub dwóch latach, zazwyczaj z silną recydywą kaszlu. Widoczne z tego, że skoro tak jest, dziecko przez czas, kiedy nie kaszlało i nie gorączkowało było tylko „pozornie zdrowe", jak pozornie zdrowy jest człowiek, który zakażony kiłą odbył jedną czy dwie kuracje specyficzne i zaleczył wrzód pierwotny, albo jak chory gruźlicą po wyleczeniu ataku krwioplucia, czy zapalenia opłucnej, nie może być jeszcze „tak prędko", przynajmniej ex post t. j. przy najbliższym nowym chorobowym zespole objawowym uznanym za zdrowego, mimo że w międzyczasie czuł się dobrze i nie miał napozór objawów chorobowych. Dużo jest takich chorób, których przebieg kliniczny, coprawda nieraz dopiero ex post, nie pozwala nam uznać za wyleczone i których pierwsza poprzednia manifestacja była na dłuższy nawet okres czasu zagojona czy wyleczona. Ile to wieków w medycynie przeszło zanim się myśl lekarska oswoiła, że uwiąd rdzenia nie jest niczem innem, jak dalszym ciągiem „wyleczonej" kiły, albo że nagły zgon sercowy jest tak często efektem kiły.

A koklusz nie ciągnie się tak długo i tyczy się tylko *caeteris paribus* wieku dziecięcego; sam węzeł dramatyczny redukuje się tylko do okresu pierwszych 3-ch lat t. j. do tego okresu, kiedy dziecko nie zdołało uodpornić się należycie przeciwko innym „banalnym" infekcjom, w których prym wiedzie odra.

C. d. n.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 14, z 4 kwietnia 1929: Wł. Sterling: Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starczym (dok.). — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej (dok.). — B. Karbowski: W sprawie artykułu Dra Henryka Puszeta: „Przypadek rażenia prądem elektrycznym". — H. Puszet: Odpowiedź na uwagi Dra Karbowskiego. — G. Gelman: Przypadek Taeniae nanae. — N. Pryłucki: Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (streszcz. zbior. c. d.). — L. Lejzerowicz: Gruźlica u żydów w Warszawie.

Szkoły Akademickie, rok II/III, 1928/29, za październik-styczeń: K. Hrynakowski: Kilka uwag dotyczących pierwszego dziesięciolecia szkolnictwa wyższego w Polsce. — W. Świętosławski: Zadania Politechniki Warszawskiej w najbliższym okresie czasu. — E. Maydell: Sprawa asystentów w uniwersytetach.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 4, z kwietnia 1929: Od redakcji. — A. Gryzina-Lasek: Zagadnienie odkażania końcowego. — M. Zachert: Przyczynek do historji organizacji walki z jaglicą w Polsce. — M. Regelman: Rozwój pracy Tow. eugenicznych w krajach Europy i Ameryki. — A. Maciesza: Z historji działalności sanitarno-lekarskiej miasta Płocka.

Trzeźwość, rok 1929, nr. 3: Oświadczenie Prezydenta Hoovera w sprawie prohibicji. — St. Kalinowski: Karczma dzisiejszego życia. — Senat w sprawie walki z alkoholizmem. — T. Olpiński: Związki Nadziei w W. Brytanji. — A. Kuropatwiński: Przyczynek do statystyki alkoholizmu w Polsce. — M. Maćkowska: Znaczenie Kursów alkohologji dla nauczycielstwa. — Cz. Żórawski: Z dziejów Koła abstynentów im. św. Stanisława Kostki w Seminarjum Duchownem w Płocku. — M. Sokalówna: Alkoholizm i walka z nim w 13 krajach europejskich i pozaeuropejskich.

Kosmos, rok LIII, zeszyt II—III, r. 1928: A. Chałubińska: Ludwik Zejszner jako geograf. — M. de Cizancourt: O kilku nummulitach z fliszu karpackiego i ich znaczeniu dla stratygrafji Karpat. — W. Friedberg: Studja nad formacją mioceńską Polski. Część IV. — N. Schutzmannówna: O analogji roztworów ciekłych i kryształów mięszanych. — K. Halpernówna: Co wiemy dziś o krysztale mieszanym? — C. Ringlówna: Kwestja rozpuszczalności kryształów mieszanych. — E. Stenz: Usłonecznienie Wielkopolski i Pomorza. — E. Stenz: Pomiary promieniowania słonecznego w Zaleszczykach i Zakopanem. — H. Arctowski i J. Gottlieb: O ropach Starej Wsi, Brzozowa, Humnisk i Grabownicy. — A. Schmuck: Wahania temperatury w Europie i w północnej Afryce w latach 1910—1919.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 14, 7 kwietnia 1929: R. Witanowski: Ród aptekarzy płockich Alantsich. — Ufnal: Acidum hydrochloricum dilutum. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 3, z r. 1929: B. Z.: II Posiedzenie Międzynarodowej Komisji Ekspertów dla obrony ludności cywilnej przed wojną chemiczną. — B. Zakliński: Uwagi o wybuchu fosgenu w Hamburgu. Maj. 1928 r. — Z. Zembrzuska: Pionierzy Czerwonego Krzyża — Ferdynand Palesciano (1815—1891). — Z. W.: Czerwony Krzyż na wyspie trędowatych. J. Suffczyńska: Międzynarodowe Stowarzyszenie pielęgniarek.

Lekarz Kasy Chorych, rok V, nr. 39—41, styczeń-marzec 1929: I. Zamiast obecnego systemu ubezpieczeń społecznych przymusowe Kasy oszczędności. — II. Zatarg K. Ch. Zachodniej Polski z lekarzami. — III. Z Kasy Chorych m. Warszawy.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 1, z 1 stycznia 1929: St. Kopczyński: Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce (dok.). — T. Janiszewski: Projekt Konstytucji prof. Dr. W. L. J. Jaworskiego, a sprawy zdrowia publicznego. — Dr. Kiezie wicz: Zdrowotność i lecznictwo w północno-wschodnich województwach Rzeczypospolitej Polskiej (dok.). — St. Czerwiński: Kilka uwag dotyczących badania poczytalności na tle nowego kodeksu postępowania karnego. — H. L. Brun: Wśród nowych warunków. — St. Giebocki: Cierniowa droga współpracy z Kasami. — W. Stefański: Związek a Kasy chorych.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 2, z 15 stycznia 1929: Stan bezkontraktowy Województw Zachodnich. — Z. Rosenkranz: Projekt kodeksu karnego w świetle nauki i praktyki lekarskiej. — Z. Rudolf: Mieszkania dla warstw niezamożnych. — J. Bączkiewicz: Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lekarskiej w dwóch pierwszych jej kadencjach (I-sza 1923—1925, II-ga 1926—1928). — T. Makowski: Pracownicy budowlani w świetle statystyki Kasy chorych m. st. Warszawy.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, nr. 3, z 1 lutego 1929: J. Bujalski: Sądy pracy. — T. Janiszewski: Uwagi w sprawie zbierania i zużytkowania materjału statystycznego. — J. Bączkiewicz: Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lekarskiej w dwóch pierwszych jej kadencjach (I-sza 1923—1925, II-ga 1926—1928), (c. d.). — St. Witkowski: Projekt organizacji pomocy położniczej wiejskiej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

„Dziecko i Matka". Ukazał się Nr. 7 „Dziecka i Matki" i zawiera artykuły: „Wiosenny niepokój" N. Jastrzębskiej. — „Dzieci ambitne" W. Borudzkiej. — „Rysowanie" Z. Wierzejskiej. — „Wychowanie estetyczne" M. Wąsowicz-Sopoćkowej. — „Odżywianie niemowlęcia, karmienie naturalne" M. Morzkowska. „Druskienniki" i „Inowrocław" dr. T. Welfle. — „Płonica (Szkarlatyna" dr. med. P. Gleich. — Piękna nowela F. Kruszewskiej „Niegrzeczny Wicuś" i wiersze Z. Zawiszanki „Narodziny". — Numer uzupełniają rubryka „Matki między sobą", mody dziecięce, odpowiedzi redakcji oraz arkusz wzorów i tablice kroju.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W piątek, dnia 12 kwietnia, godz. 20,30 w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich wygłosił odczyt Dr. med. A. Śmiechowski p. t.: „W sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniach społecznych".

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 12 kwietnia b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. W. Elmer i M. Scheps: 3 przy-

padki diabetes insipidus leczone donosowo pituitryną i vasopressyną (pokaz). — 2) Kol. Z. Rychłowski: Wpływ energji promieniotwórczej na obraz wziernikowy pęcherza moczowego w przypadkach raka szyi macicy (wykład). — 3) Kol. St. Liebhardt i Chrząszczewski: Leczenie upławów a stężenie jonów wodorowych (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Laskownicki, Mozołowski, Gąsiorowski, Legeżyński.

Lekarski Kurs Uzupełniający z zakresu Wychowania Fizycznego i Sportu urządza pod opieką Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. K. Państwowy Urząd Wych. Fiz. wraz z Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego i naczelnym lekarzem miasta Lwowa wczasie od 15 do 22. IV. b. r. we Lwowie.

Kurs obejmie:

I. Część teoretyczną wraz z pokazami, codziennie od 11-ej do 14-ej. II. Ćwiczenia praktyczne w badaniu lekarskiem i ocenie wyników, codziennie od 17-ej do 19-ej. III. Pokazy ćwiczeń cielesnych, codziennie od 19-ej do 20-ej.ń

Wykłady i ćwiczenia w części I. i II-ej obejmują profesorowie, docenci i asystenci Uniwersytetu J. K.; część III. urządza lwowski Ośrodek Wych. Fiz.

Wykłady i ćwiczenia odbywać się będą w sali im. Kasprowicza, I. piętro, Nowy Uniwersytet (gmach posejmowy) przy ul. Marszałkowskiej. Pokazy Ośrodka w odpowiednich salach wyznaczonych w programie szczegółowym.

Kurs ten dla lekarzy i lekarek szkolnych, miejskich, urzędowych i wojskowych dostępny jest również dla wszystkich innych lekarzy bezpłatnie. Zgłoszenia uczestnictwa należy nadsyłać do 10. IV. pod adresem Dr. Wł. Dybowski, Lwów, ul. Zaścianek 12. Ilość uczestników ograniczona. Szczegółowy program zostanie podany około 10. IV. b. r.

Wolne posady lekarskie.

Lwowska Izba Lekarska zawiadamia, że Zarząd dóbr w Białym Kamieniu koło Złoczowa potrzebuje lekarza dla szpitala fundacyjnego i dla ambulatorjum chorych ubogich. Ofiarowuje lekarzowi mieszkanie z ogrodem i opałem, honorarjum 150 zł miesięcznie. Wolna praktyka w okolicy.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Druskiennikach wakuje posada lekarza zdrojowego. Termin konkursu 15 maja 1929. Bliższe informacje w Związku Uzdrowisk Polskich, Warszawa, Al. Szucha 8 m. 1.

Ze świata.

III-ci Zjazd Francuskich Towarzystw oto-neuro-okulistycznych odbędzie się w Bordeaux 17, 18, 19 i 20 maja 1929 r. Referat główny obejmuje: „Bóle głowy w oto-neuro-oftalmologji". Referentami obrano pp. Halphena, Monbruna, Tournay (Paryż). Komunikaty i demonstracje chorych mogą dotyczyć tylko referatu głównego. Będą poczynione kroki w celu otrzymania dla uczestników Zjazdu ulgowej 50% taryfy na kolejach. W sprawach, dotyczących zjazdu, należy zwracać się do p. sekretarza głównego — Professeur agrégé Velter 38. Avenue du Président Wilson Paris, 16e arrond.

Klinika oto-ryno-laryngologiczna profesora Portmanna (Bordeaux). I-o Kurs anatomji patologicznej z dziedziny oto-rino-laryngologji rozpocznie się 3 czerwca (od 3 do 20 czerwca) i będzie prowadzony przez prof. Portmanna. Kurs polega na wykładach teoretycznych, zajęciach praktycznych, demonstracjach i badaniu preparatów makro- i mikro-skopowych.

II-o Kurs uzupełniający dla lekarzy-laryngologów w języku francuskim. Kurs odbędzie się od 1 do 14 lipca. Szczegółowy program będzie ogłoszony.

III-o Kurs uzupełniający dla lekarzy-laryngologów w języku angielskim odbędzie się od 22 lipca do 24 sierpnia.

Kursa lekarskie w Wysokich Tatrach. Wydział lekarski Uniwersytetu Halle nad Saalą na międzynarodowym kursie dokształcającym lekarskim w Wysokich Tatrach.

Związek lekarzy Spiskich urządza w czasie od 19—23 maja 1929 w miejscowościach kuracyjnych Tatr pod dewizą: „Lekarz praktyczny" międzynarodowy lekarski Kurs dokształcający ze współudziałem wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Halle nad Saalą. Wykłady wygłoszą Profesorowie Onton — Radca Bennecke Brugsch, Budde, Cleusen, Goebel, Hütse, Kochmann, Kürten, Pietrusky, Pönitz, Seel, Volkmann i Weisbach. Z Czechosłowacji wykładać będzie Profesor Hynek z Preszburga (Bratislawy). Pięciodniowy Kurs będzie się odbywał naprzemian w letniskach Stary i Nowy Szmeks, Tatrzańska Łomnica, Westerów, Matlary i jezioro Szczyrbskie. Po Kursie odbędzie się 3 dniowa wycieczka do miast Spiskich, do polskich Tatr, do groty lodowej Dobczyńskiej jakoteż do doliny Dunajca.

Uczestnicy dostają zniżki paszportowe i w wizach.

Taksa uczestnictwa 100 koron czeskich całodzienne pełne utrzymanie (Pension) także i dla członków rodziny 50 kor. cz. Bliższych informacyj udziela Dr. Alfons Kiss w Kežmarku — Słowacja.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w Nr. 15-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" pracy Dr. Wł. Mikułowskiego p. t. „O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu" na stronie 277, szpalta druga w wierszu 19-tym od dołu zamiast „najpewniejszych" ma być *„najważniejszych"*, zaś w wierszu 9-tym od dołu zamiast „1922" ma być *„1927"*.

Redakcja otrzymała:

L. Frankowska: „Ustawa o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby". Bibljoteka Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie. Tom IX.

Jaquerod z Leysin: „Leczenie gruźlicy płuc". Bibljoteka Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie. „Poradnia lekarska". Serja I, zeszyt 1.

Olgierd Sokołowski: „Gruźlica". Bibljoteka Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie. „Lekarz-Praktyk", zeszyt IV.

Cieszyn, miejsce sportowe w zimie i w lecie, nr. 1, z r. 1929.

Kahlfeld-Wahlich: „Bakteriologische Nährboden-Technik". 2 Auflage 1929. Fischers medizinische Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin, W. 62.

L. Węgrzynowski: „Sprawozdanie z działalności lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą za rok 1927".

Dr. Józef Wacław Grott: „Cukrzyca". Podręcznik dla lekarzy i chorych. Z przedmową prof. Dr. W. Orłowskiego. Warszawa 1929 rok.

R. Dujarric de la Rivière: Etiologie et propylaxie de la grippe". Bacille de Pfeiffer virus filtrant grippal. Masson et Cie Paris 1929.

Max Aron: „Vie et reproduction". Notions actuelles sur les grands problèmes de la biologie animale. Masson et Cie Paris 1929.

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, Rok 1928. Wydawnictwo Towarzystwa, tom VII.

Zofja Kuncewicz i Antoni Borowski: „Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej". Część I i II. Wydawnictwo Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego, serja 5 i 6. Wilno 1928 i 1929.

Zofja Kuncewicz: „Postęp w poglądach na patogenezę gruźlicy płuc". Wydawnictwo Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego. Serja 7. Wilno 1929.

Halina Popławska: „Lasecznik Kocha w świetle nowych badań." Wydawnictwo Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego. Serja 7. Wilno 1929.

Feliks Wasilewski: „Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc". Wydawnictwo Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego. Serja 7. Wilno 1929.

Choroby krwi, według wykładu Prof. Dr. R. Renckiego w r. 1928. Skrypt-zeszyt I, wydany przez Dr. Kaz. Knopfa we Lwowie 1929 r.

Kirschner-Nordmann: „Die Chirurgie". Lief. 24, obejmuje Die Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels i Die Chirurgie der Arterien und Venen. Wyd. Urban et Schwarzenberg. Berlin 1929.

R. Lutembacher: „Etude élémentaire des arythmes". Lecture des éléctrogrammes, phono et cinématographie. Masson et Cie Paris 1929 r.

André Dognon: Précis de physico-chimice biologique et médicale" Masson et Cie Paris 1929.

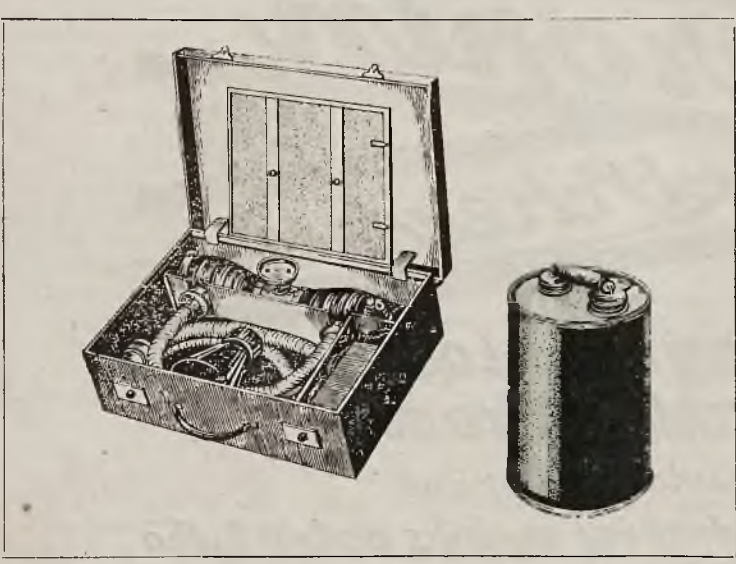
Poznański Jubileuszowy Kalendarz Nowin Lekarskich na rok 1929.

Sprawozdanie Szpitala izraelitów w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1928 r.

J. Stasiński: „O arterjosklerozie dna oka w świetle osobistych spostrzeżeń i klinicznych doświadczeń". Odb. z Kliniki ocznej, z zeszytu IV, 1928 r.

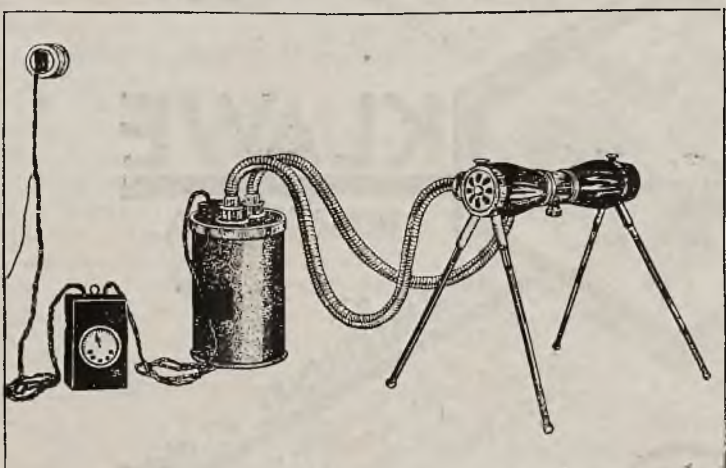
L. Regmund-Sobieszczański: „Dwa przypadki unieruchomienia kręgosłupa na tle gruźliczem". Odb. z „Gruźlicy" nr. 1 rocznik IV-ty.

Tak wygląda



APARAT METALIX
spakowany do drogi

a po 5 minutach



już złożony i gotów do użytku

PHILIPS-METALIX

PRZENOŚNY APARAT

RENTGENOWSKI

PHILIPSA

ma te zalety, że:

1. działa zawsze i wszędzie bez zarzutu,
2. jest lekki i łatwo przenośny,
3. rozwiązuje idealnie sprawę zawodowego bezpieczeństwa,
4. kosztuje niedrogo.

W. PP. LEKARZE ZECHCĄ

ŻĄDAĆ BROSZUR I OFERT

pod adresem:

POLSKIE ZAKŁADY

PHILIPS S. A.

WARSZAWA

KAROLKOWA 36/44.

Nr. 18. 5. maja 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Józef FELIX. Kraków.

Zakażenie pałeczką Banga u człowieka.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyr. Prof. Dr. Tadeusz T e m p k a.

W ostatnich czasach mnożą się w piśmiennictwie obcem doniesienia o przewlekłych schorzeniach posoczniczych u ludzi, wywołanych przez pałeczkę Banga. Z polskich autorów jedynie Legeżyński ogłosił w Comptes rendus des séances de la Societé de Biologie o dwóch tego rodzaju przypadkach, spostrzeganych we Lwowie u weterynarzy, którzy ulegli zakażeniu zawodowemu przy wyjmowaniu łożyska u krów po poronieniu zakaźnem. Do tych bardzo nielicznych, odosobnionych doniesień kazuistycznych w Polsce pozwolimy sobie dołączyć spostrzegany przez nas przypadek zakażenia pałeczką Banga u człowieka, zwłaszcza, że schorzenie to ma doniosłe znaczenie epidemjologiczne i kliniczne. Jeżeli wspominam o rzadkości tego rodzaju zakażeń, nie wykluczam tem samem możliwości szerszego rozpowszechnienia tej choroby u nas, odnoszę bowiem wrażenie, że często się jej nie rozpoznaje. I nic dziwnego, gdyż choroba ta jest u ludzi prawie nieznana. Być może, że cały szereg schorzeń rozpoznawanych jako sepsis cryptogenes należałoby zaliczyć do tego rodzaju zakażeń. Przypuszczenia te potwierdza następujące okoliczności: stwierdzono mianowicie, że krowa może wydzielać pałeczki Banga z mlekiem jeszcze po upływie 7 lat po zakażeniu, — stwierdzono dalej (instytut higjeny weterynaryjnej w Dreźnie), że na 22 badań bakterjologicznych mleka w 32% przypadków znaleziono pałeczkę Banga; według badań A. Evans 1 cm^3 mleka udojonego jałowo z krowy zakażonej pałeczką Banga może zawierać od 40—50 tysięcy zarazków; wreszcie przekonano się doświadczalnie o właściwościach chorobotwórczych tego drobnoustroju prawie że dla wszystkich zwierząt ssących. Zrozumiałem się tedy wydaje, że przy stosunkowo często się u nas zdarzających poronieniach zakaźnych u bydła zachodzić może możliwość zakażenia i u człowieka, zwłaszcza po wsiach, gdzie ludność często pije mleko nieprzegotowane, pomijając już możliwości innych sposobów zakażenia.

Pałeczka Banga jest drobnoustrojem oddawna znanym w medycynie weterynaryjnej, wywołującym, jak to już wspomniałem t. zw. poronienie zakaźne u bydła i dlatego też nazwaną jest *bacillus abortus infectiosi.* Zarazek ten wywołuje swoiste zapalenie błony śluzowej macicy, ponadto ogólne działanie trujące, prowadząc do poronienia lub przedwczesnego ocielenia. Łożysko często się zatrzymuje i wyjmowane bywa ręcznie, co jest niekiedy przyczyną zakażenia u weterynarzy. Jak już wyżej wspomniałem stanowią również i gruczoły mleczne krowy, zarówno wydzielające jak i niewydzielające, dobre umiejscowienie dla rozwoju tych bakteryj. Zakażenie u krów następuje bądź to drogą przewodu pokarmowego przez zakażony pokarm, albo przez *coitus.* Krowa raz zakażona roni już zazwyczaj kilkakrotnie. Ponieważ i u byków zakażonych często występują zmiany zapalne i martwicze w jądrach, dlatego zrozumiałe jest porównanie do chorób wenerycznych. *Bacillus abortus infectiosi* opisał Bang po raz pierwszy w r. 1896. Zarazek ten stwierdził wymieniony autor w wydzielinie z pochwy u krów, w mleku i w poronionych płodach. Jest to pałeczka tak mała, że przypomina ziarniaka, występuje zazwyczaj w skupieniach zewnątrz i wewnątrzkomórkowo, jest gramujemna, nieruchoma. Żyje we względnej anaerobiozie, na pożywkach rośnie wolno i skąpo. Podczas gdy w ustroju zwierzęcym posiada dość dużą żywotność jest in vitro mało odporna i ginie w ciepłocie 65° w ciągu 5—10 minut.

W r. 1918 (Evans) zwrócono po raz pierwszy uwagę na duże podobieństwo cech morfologicznych i hodowlanych pałeczki Banga z zarazkiem wywołującym gorączkę maltańską, a więc z *bacillus (brucella) melitensis.* Okoliczność ta ma niewątpliwie duże znaczenie biologiczne i kliniczno-lecznicze. Pałeczka gorączki maltańskiej uchodziła bowiem aż do ostatnich niemal czasów za drobnoustrój całkiem swoisty i chorobotwórczy dla człowieka. Zarazek ten opisał w r. 1889 Bruce, stwierdzając go we krwi chorych na gorączkę maltańską i w śledzionie zmarłych. Zazwyczaj stwierdza się tę pałeczkę w krwi chorych, często też i w moczu. Jej chorobotwórcze działanie dla człowieka zostało niebawem potwierdzone przez stosunkowo liczne zakażenia laboratoryjne u osób pracujących z krwią chorych względnie z czystemi hodowlami; nie zanotowano natomiast przypadku bezpośredniego zakażenia człowieka przez człowieka. Sprawę wyjaśnił Zammit, po stwierdzeniu tegoż samego zarazka w mleku i moczu rzekomo zdrowych kóz; 40% kóz maltańskich wykazywało dodatni odczyn zlepiający, 10% kóz wydzielały pałeczki gorączki maltańskiej w mleku. Niegotowane mleko kozie i pochodzące z tego mleka przetwory, ser, etc. były więc źródłem zakażenia. Po zabronieniu spożywania tych wytworów ilość zachorzeń zmniejszyła się o 80%! Bardzo charakterystyczny dla gorączki maltańskiej jest przebieg ciepłoty: podnosi się ona zazwyczaj nagle, czasami tylko zwolna, przebiega jako gorączka ciągła przez 1—2 tygodnie, wykazując następnie w ciągu 1—3 tygodni typ zwalniający, poczem opada do normy. Zazwyczaj następują potem 1 lub 2 okresy gorączkowe, w których ciepłota zwolna się podnosi i zwolna opada. Na skutek tego falistego przebiegu krzywej gorączkowej gorączka maltańska (niesłusznie tak nazwaną, zdarza się bowiem w innych krajach) zwaną jest również *febris undulans.* Choroba ta może trwać szereg miesięcy, nawet powyżej roku. Śmiertelność mała, zaledwie 2%.

Już wyżej wspomniałem o daleko idącem podobieństwie morfologicznem pałeczki gorączki maltańskiej i pałeczki Banga. Poza tem podobieństwem wymienionych drobnoustrojów uderza fakt, że surowice chorych zlepiające jeden z tych zarazków, zlepiają w takich samych rozcieńczeniach i drugi zarazek. To samo dotyczy się także odczynu odchylenia dopełniacza. Również obraz kliniczny zakażenia pałeczką Banga wykazuje daleko idące podobieństwo z gorączką maltańską.

Natomiast inne jest rozmieszczenie geograficzne tych schorzeń. Gorączka maltańska panuje na wybrzeżach morza Śródziemnego, natomiast poronienie zakaźne bydła rogatego rozpowszechnione jest przedewszystkiem w Europie środkowej, a także częściowo i północnej, a więc w krajach w których nie notowano gorączki maltańskiej, gdzie mało się naogół kóz trzyma, względnie gdzie mało spożywa się mleka koziego i jego produktów pochodnych. Zakażenie gorączką maltańską odbywa się najczęściej przez picie niegotowanego zakażonego mleka koziego, zakażenie pałeczką Banga — przez picie zakażonego mleka krowiego, albo przez bezpośredni kontakt z chorem bydlęciem, a więc u weterynarzy przy wyjmowaniu łożyska, lub u osób dozorujących lub dojących. Stosunek obu tych zarazków nie jest jednak ostatecznie wyjaśniony. Amerykańscy autorzy (Grunert) utożsamiają *bacillus melitensis* z pałeczką Banga, która według nich dopiero po przejściu przez ustrój kozy nabiera cech zjadliwości dla człowieka. Prawdopodobnie nie jest to twierdzenie słuszne, gdyż angielscy autorzy (Moor, Carpenter) donoszą o przypadkach chorobowych gorączki maltańskiej u osób, które nie spożywały mleka koziego, tylko mleko krowie. Inni (Bastai, Skarič) twierdzą, że pałeczka Banga nie jest dla człowieka chorobotwórczą i że w opisanych zakażeniach rozchodzi się raczej o pałeczkę gorączki maltańskiej. Opierają oni swoje twierdzenie na doświadczeniach wykazujących, że pałeczka gorączki maltańskiej wywołuje u krów poronienia. oraz na spostrzeżeniach częstego zakażenia laboratoryjnego osób pracujących z krwią chorych na gorączkę maltańską jak z drugiej strony na nieobecności tego rodzaju zakażeń u osób pracujących z krwią chorych na zakażenie pałeczką Banga. Argument ten jednak musi odpaść, stwierdzono bowiem niezbicie własności chorobotwórcze pałeczki Banga dla człowieka. Autorzy ci podają niektóre cechy kliniczne które rzekomo mają przemawiać przeciw utożsamianiu tych chorób; mianowicie, poronień zakaźnych u ludzi dotychczas nie stwierdzono, ponadto, jakkolwiek zdarzają się wypadki poronień u kóz i owiec zakażonych *bacillus melitensis,* to jednakże są to wyjątki. Pod tym względem zakażenia te przebiegają u krów i kóz odmiennie. Co do ludzi, należałoby dopiero sprawdzić, czy poronienia bez znanej przyczyny kobiet wiejskich nie stoją w związku z zakażeniem pałeczką Banga. Sprawa ta wymaga wyświetlenia ze strony ginekologów. Z dotychczasowych doniesień kazuistycznych nie ulega żadnej wątpliwości, że *bacillus abortus infectiosi* Bang wywołuje schorzenie mające obraz kliniczny bardzo zbliżony do gorączki maltańskiej. Rozpoznanie tego

schorzenia, tak jak obecnie sprawa się przedstawia, można jedynie postawić na podstawie dodatniego wyniku prób aglutynacyjnych, odchylenia dopełniacza, względnie dodatniego wyniku badania bakterjologicznego krwi lub moczu. Ponieważ jednak stosunkowo rzadko można wyhodować ze krwi pałeczkę Banga, może okazałoby się pożytecznem szczepienie krwi dootrzewnowo świnkom morskim, zwłaszcza, że metoda ta dała dobre wyniki przy badaniach bakterjologicznych mleka (Carpenter). Świnki morskie padały zazwyczaj po 3—4 tygodniach, przyczem często stwierdzano ropnie z pałeczkami Banga w śledzionie, wątrobie, gruczołach limfatycznych, jądrach, przyjądrzach i pęcherzykach nasiennych. Aglutynacja poniżej 1 : 100 niema znaczenia praktycznego. Dla nas z punktu widzenia klinicznego jest rzeczą ważną, czy *bacillus abortus infectiosi* Bang, wywołujący poronienia zakaźne u bydła wywołuje również swoiste schorzenie u człowieka, a jeżeli tak, to jak ta choroba przebiega. Wobec tego pozwolę sobie przytoczyć przez nas spostrzegany przypadek tego schorzenia, będący równocześnie pierwszym przypadkiem ogłoszonym w piśmiennictwie polskiem.

Chory A. M., lat 28, jest agronomem, pracującym w okolicach Hrubieszowa w Lubelskiem. Chorego objęliśmy w leczenie 11-go stycznia b. r. Skarżył się podówczas na wysoką gorączkę, dochodzącą prawie do 40°, bezsenność, osłabienie, brak łaknienia, wychudzenie i uciążliwe poty, zmuszające chorego do parokrotnej zmiany bielizny w ciągu dnia. Choroba nie rozpoczęła się rzekomo ostro, od kiedy datuje się początek schorzenia, chory dokładnie podać nie może. Wie natomiast, że już w połowie listopada u. r. czuł się osłabiony, miewał stany podgorączkowe, oraz skarżył się na bóle w prawym stawie kolanowym i prawym stawie barkowym. Nadał jednakże pełnił swe codzienne zajęcia i dopiero dnia 9 grudnia u. r. ze względu na postępujące osłabienie położył się do łóżka. Leczono go z początku na grypę, później przypuszczano zmiany gruźlicze w płucach, wreszcie dur brzuszny; lekarz miał stwierdzić podówczas podżółtaczkowe zabarwienie spojówek ocznych. Chory nasz nie widząc poprawy w stanie zdrowia zawezwał do siebie Dr. Freytaga z Lublina, który skierował sprawę na właściwe tory. Ze względu na częstość poronień u bydła w tej okolicy polecił on mianowicie wykonanie prób aglutynacyjnych z bacillus abortus infectiosi w zakładzie Dr. Chronimskiego w Lublinie, przyczem po otrzymaniu dodatniego wyniku (podówczas L:200), skierował chorego do Krakowa. Myśmy mieli możność na podstawie parotygodniowego spostrzegania i prób serologicznych (które wykonał prof. Dr. Gieszczykiewicz) rozpoznanie to potwierdzić. Poza wymienionemi dolegliwościami chory nie miał żadnych skarg ze strony innych narządów. Z chorób przebytych wymienia: w 6-m roku życia odra, w 7 r. płonica i zapalenie nerek, w 8 r. ospa wietrzna, w 19 roku życia zapalenie nerek. Dziedziczność: 0.

Badanie przedmiotowe stwierdzało następujące odchylenia od stanu prawidłowego: ciepłota 39.9°, przy zupełnie wolnem sensorjum. Chory nie sprawiał wrażenia osoby ciężko chorej. Tętno co do jakości nie przedstawiało odchyleń od normy, co do ilości odpowiadało mniej więcej ciepłocie. Lewa granica serca przesunięta nieco w lewo, tony czyste, głośne. Płuca bez zmian. Wątroba nieco powiększona, wystawała o jeden palec poniżej łuku żebrowego w linji sutkowej prawej, gładka, miękka, tkliwa. Śledziona wyraźnie macalna o brzegu ostrym, spoistości nieco twardszej. Innych zmian nie stwierdzono.

B a d a n i a d o d a t k o w e. W moczu z początku jedynie zwiększona urobilina i urobilinogen. Odczyn dwuazowy Ehrlicha i urochromogenowy Weissa ujemne.

Krew: Obraz świeżej kropli prawidłowy. W preparacie barwionym ciałek patologicznych nie stwierdza się. Hg 87%. Ciałek czerwonych 4,390.000. Ciałek białych 3.200 (!). Wskaźnik barwnikowy 0.9. Obraz odsetkowy krwinek białych: bazofilów 0, eozynofilów 0 (!), myelocytów 0, młodych 2%, pałeczkowatych 8%, wielopłatowych obojętnochłonnych 20%, limfocytów 66% (!), monocytów 4%.

Odczyn Vidala z zawiesiną bakteryj durowych i paradurowych wypadły ujemnie. Odczyn Weila-Felixa ujemny. Aglutynacja z bacillus melitensis i bacillus abortus wypadły dodatnio z surowicą czynną i unieczynnioną, mianowicie 1:200 i później 1:400. Posiewy krwi dały wynik ujemny. Obraz „kropli krwi" (guttadiaphot) prawidłowy. Odczyn Wassermanna ujemny. Opadanie krwinek czerwonych nieznacznie tylko przyspieszone (9 mm w ciągu godziny).

P r z e b i e g c h o r o b y: Chorego spostrzegaliśmy z górą 2 miesiące; przez cały ten czas samopoczucie chorego było dobre. Ciepłota przez pierwsze dwa tygodnie dochodziła wieczorami do 39—40°, w godzinach rannych do 38° i nieco poniżej. Ciepłota wieczorna zwolna opadała nie przekraczając później 38° a w godzinach rannych była prawidłowa. Obecnie występują jeszcze wieczorami stany podgorączkowe, dochodzące do 37.1—37.2°. Ciepłota nie miała typu falistego. Chory czując się zupełnie zdrowym, mimo wzniesień podgorączkowych ciepłoty, wrócił do swego zawodu. Poty całkowicie ustąpiły. Łaknienie dobre. Przybytek na wadze. Śledziona cofnęła się pod łuk żebrowy, również wątroby w linji sutkowej prawej wymacać nie można. Powtórnie wykonane próby aglutynacyjne nie różniły się od poprzednich wyników.

L e c z e n i e. U chorego stosowano agrochrom, salvarsan, omnadynę, a od 4 b. m. szczepionkę mieszaną z bacillus infectiosi Bang i bacillus melitensis (którą również sporządził prof. Dr. Gieszczykiewicz). Co do źródła zakażenia tego przypadku nic konkretnego nie można powiedzieć. Poronienia zakaźnego w oborach majątku, którym chory zarządzał, nie było. Chory wie natomiast, że zdarzały się poronienia w sąsiednich oborach. Ponadto podaje chory, że spożywał masło i pijał surową śmietankę, pochodzącą ze spółdzielni mleczarskiej, do której dostarczano mleko z najrozmaitszych obór okolicznych. Nie jest rzeczą również wykluczoną, że chory uległ zakażeniu we wrześniu ubiegłego roku. W tym to czasie był na targach wschodnich we Lwowie po zakupno bydła. W tym celu „macał sztuki" pochodzące z obory w której później stwierdzono z całą pewnością ronienie zakaźne.

Jeżeli więc zestawimy cechy kliniczne tego przypadku widzimy, że są one następujące: 1) przewlekły wielomiesięczny przebieg, 2) gorączka o cechach gorączki nietypowej, przeważnie zwalniającej bez przebiegu falistego, 3) równoległość częstości tętna do wysokości ciepłoty, 4) niestosunkowo dobry stan podmiotowy, 5) bardzo silne poty, 6) powiększenie śledziony i wątroby, 7) bóle stawowe bez zmian przedmiotowych, 8) leukopenja z wybitną limfocytoza i aneozynofilją, 9) nieznaczne tylko przemieszczenie obrazu Schillinga w lewo, 10) bardzo nieznacznie przyspieszone opadanie krwinek czerwonych, 11) brak objawów niedokrwistości wtórnej, 12) prawidłowy obraz „kropli krwi", 13) stale brak w moczu odczynu dwuazowego; urobilinurja i urobilinogenurja tylko w początku spostrzegania zaznaczona, 14) dodatni wynik swoistych prób zlepiających tak odnośnie do bacillus abortus infectiosi Bang, jak i bacillus melitensis.

Porównując cechy kliniczne naszego przypadku z odnośnymi przypadkami z piśmiennictwa obcego, przedewszystkiem niemieckiego (również skąpego), widzimy zasadniczą zgodność obrazu chorobowego: mianowicie głównym opisywanym objawem schorzenia jest również gorączka o typie gorączki zwalniającej lub przerywanej, przebiegu falistym (febris undulans) lub ciągłym, trwająca szereg tygodni lub miesięcy. Wysokość gorączki, która często przekracza 40°, nie stoi w żadnym stosunku do względnego samopoczucia chorego i prawie prawidłowego tętna. Jako dolegliwości subjektywne podawane są zazwyczaj bóle głowy, bóle kończyn i stawów, silne poty. Objektywnie: powiększona śledziona, czasami wątroba. Niekiedy stwierdza się orchitis, wykwity na błonie śluzowej jamy ustnej i skórze, toksyczne zapalenie nerwów. Obraz krwi wykazuje leukopenję z względną limfocytozą i aneozynofilją. Dotychczas stwierdzono częstsze pojawianie się choroby tej u mężczyzn niż u kobiet, nie zanotowano natomiast ani jednego przypadku u dzieci. Najczęściej chorują ludzie między 20 a 30 rokiem życia, opisywano jednakże już przypadki tego schorzenia w wieku późniejszym. Rokowanie dobre. Leczenie: argoflawina, trypaflawina, szczepionka.

Jakkolwiek znane nam są, licząc i nasz pzypadek, tylko trzy przypadki zakażenia pałeczką Banga u ludzi w Polsce, to jednak sprawa ta ma duże znaczenie z punktu widzenia epidemjologicznego. Jak to już poprzednio zanaczyłem zachodzi możliwość zakażenia tem cierpieniem ludzi mających jakąkolwiek bezpośrednią styczność z choremi krowami względnie spożywających niegotowane mleko lub śmietankę, pochodzącą z zakażonych obór. A dodać należy, że poronienie zakaźne u bydła w Polsce nie należy do rzadkości. Jak się sprawa zakażenia u ludzi przedstawia u nas dziś, nic konkretnego powiedzieć nie można. Bardzo ciekawe szczegóły podaje Christensen z Zakładu Serologicznego w Kopenhadze, obsługującego całe państwo duńskie. Wykonywał on mianowicie z każdej nadesłanej próbki krwi na Vidala również i aglutynację z pałeczką Banga i w publikacji z zeszłego roku podaje, że w ciągu 9 miesięcy zdołał stwierdzić 89 zakażeń ludzkich, z tych 14 w stolicy. W trzynastu przypadkach wyhodowano pałeczkę Banga we krwi, we wszystkich 89 przypadkach otrzymano dodatnie wyniki aglutynacyjne, względnie dodatnie wyniki odchylenia dopełniacza. Od 1 kwietnia 1927 do 1 kwietnia 1928 wykonano ogółem 2.500 badań krwi pochodzących od 2.150 chorych gorączkujących. Jest rzeczą niezmiernie ciekawą, że podczas gdy w 172 przypadkach wypadł dodatni Vidal dla duru i w 126 przypadkach dla paradurów, stwierdzono aż w 222 przypadkach dodatnie pró-

by aglutynacyjne dla pałeczki Banga, przy równoczesnym ujemnym Vidalu dla duru i paraduru. W 18 przypadkach ogółem udało się wyhodować pałeczkę Banga. Stąd wniosek, że zakażenie pałeczką Banga u ludzi jest w Danji częstsze jak durem, względnie zwłaszcza paradurem. Fakt ten, nie przesądzając wcale sprawy u nas, zwłaszcza, że nie trzyma się u nas tyle bydła co w Danji, nakazuje w każdymbądź razie rozpoczęcie badań w tym kierunku. Niewątpliwie bowiem pałeczka Banga odgrywa w patologji ludzkiej większą rolę niż jej dotychczas przypisywano. Na konieczność tego rodzaju badań u nas zwrócił ostatnio już uwagę Szymanowski. Odnośnie do naszego przypadku — to poczyniliśmy już starania aby otrzymać krew osób mających styczność z bydłem w majątku, w którym gospodaruje nasz chory. Niestety jednak, z powodu warunków zewnętrznych, badania te musiały ulec chwilowej zwłoce.

Poza względami natury epidemjologicznej ,posiada badanie w kierunku zakażenia pałeczką Banga jeszcze i pierwszorzędne znaczenie kliniczne. Każdemu bowiem klinicyście znany jest cały szereg przypadków o cechach przewlekłej posocznicy, przebiegających często z leukopenją i limfocytozą, gdzie wszelkie przeprowadzane badania serobakterjologiczne wypadają ujemnie i wskutek czego przypadki te określano jako sepsis cryptogenes. Być może, że uwzględnienie w tego rodzaju przypadkach możności zakażenia pałeczką Banga zmniejszy znacznie liczbę tych „ukrytych" posocznic.

Piśmiennictwo.

1) Bastai: M. m. W. 1927, Nr. 50. — 2) Curschmann: Med. Kl. 1929, Nr. 11. — 3) Habs: Kl. Woch. 1928, Nr. 10. — 4) Johnssohn: Med. Kl. 1929, Nr. 10. — 5) Kreuter: Kl. Woch. 1927, Nr. 29. — 6) Legeżyński: C. r. Soc. Biol. 1928, Nr. 99. — 7) Ledoux, Archer et Clerc: Presse méd. 1928, str. 264. — 8) Moor i Carpenter: Tierärztliche Rundschau, 1926, Nr. 40. 9) Prausnitz: Med. Kl. 1929, Nr. 4. — 10) Spengler: W. Kl. Woch. 1928, Nr. 50. — 11) Weigmann: Kl. Woch. 1929, Nr. 8. — 12) Szymanowski: Warsz. Czas. Lek. 1928, Nr. 20. — 13) Veilchenblau: M. m. W. 1927, Nr. 50.

Dr. Roman EPLER, starszy asystent. Lwów.

Obserwacje nad paciorkowcami.

Z Zakładu Higjeny Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyr. prof. dr. Zdz. Steusing.

Zwracając uwagę na paciorkowce, stwierdzane w nieżytach porzerząckowych męskiej cewki moczowej, natknąłem się na zagadnienie zachowywania się ich na pożywkach z dodatkiem krwi. Skłoniło mię to do wypróbowania szeregu odmian pożywek powyższych.

Nieograniczając się do szczepów, otrzymanych z przypadków nieżytów, rozszerzyłem swe obserwacje na szczepy chorobotwórcze, obejmujące odmiany następujące: 21 szczepów paciorkowca hemolizującego, 6 z ropniaka opłucnej, 3 z ropni, 4 z ropnego zapalenia szpiku kostnego, 4 z zębów próchniczych, 3 z wyłuszczonych migdałków, 1 z zapalenia wyrostka sutkowego, 21 szczepów paciorkowca zieleniejącego, w tem: 2 z ropniaka opłucnej, 3 z ropni, 14 z zębów próchniczych, 1 z migdałka wyłuszczonego, 1 z ropowicy ręki, 19 szczep. pneumokoka, w tem: 16 z ropniaka opłucnej, 3 z ropni, 3 szczep. paciorkowca śluzowatego, po jednym z ropnia, ropniaku opłucnej i zapalenia ropnego szpiku kostnego, 1 szczep. enterokoka z zapalenia otrzewnej. — W sumie 65 szczepów.

Obecnie posiadamy w bakterjologji szereg krwawych pożywek.

Najwięcej jest ich w zakresie agarów z dodatkiem krwi. Agar krwawy stosujemy od czasów Schottmüllera (1903 r.) w szerokim zakresie w celach rozpoznawczych. Aczkolwiek pierwszym, który użył agaru z 10% dodatkiem krwi był Eijkman (1901 r).

Po ogłoszeniu prac Schottmüllera, który zróżnicował paciorkowce na hemolizujące i zieleniejące, skierowano dalsze badania celem stwierdzenia, czy zdolność hemolizowania krwi jest typową i stałą cechą dla paciorkowca długiego chorobotwórczego oraz czy z grupy piaciorkowca zieleniejącego za pomocą odpowiednio zmienionej pożywki krwawej nie uda się wyróżnić pneumokoka i paciorkowca śluzowego. Wyrazem tych dążności jest powstanie szeregu odmian agarów z krwią. Jednak ich prototypami są dwie kombinacje: agar z dodatkiem 10—40% krwi ludzkiej Schottmüllera oraz agar gotowany z dodatkiem 15% krwi końskiej Bielinga.

Obok agarów stosuje się również buljony z dodatkiem krwi. Dodajemy do nich krwinki po zaszczepieniu pożywki i albo mieszamy celem jednostajnego rozprowadzenia przed wstawieniem do cieplarki albo opuszczamy na dno probówki z buljonem 2—3 kropel według modyfikacji Wirtha.

Równolegle z praktycznem stosowaniem różnych pożywek studjowano samo zjawisko hemolizowania i zielenienia pożywek oraz czynniki, wpływające na przebieg tychże.

Zjawisko hemolizy pod działaniem bakteryj obserwujemy w dwojakiej postaci. W hodowlach płynnych z dodatkiem krwi po 12—24 g występuje barwik z czerwonych ciałek krwi, zabarwiając rubinowo-szerwono pożywkę, zaś na agarach z krwią wytwarzają się przejrzyste pierścienie na około kolonij.

Dzięki badaniom Madsena nad pałeczką tężca oraz Neissera i jego szkoły nad gronkowcem wiemy, że powyższe zjawisko jest następstwem działania hemotoxyny, wydzielanej przez bakterje, która powoduje występowanie hemoglobiny z nieuszkodzonych czerwonych ciałek. Niezbitym dowodem obecności tego jadu jest możność wyosobnienia go z płynnych hodowli danych drobnoustrojów oraz możność otrzymania specyficznych przeciwjadów drogą uodparniania zwierząt danemi hemotoxynami. Próby wyosobnienia streptolizyny, wykonane przez Besredkę, Jupilla, Landsteinera i Brauna, dały tylko częściowe wyniki. Zdołali oni wprawdzie otrzymać w przesączach 8—10 g kultur buljonowych paciorkowca hemolizującego hemolizynę, jednak nie udało się im otrzymać za jej pomocą u zwierząt doświadczalnych specyficznego przeciwciała.

Istnieje szereg drobnoustrojów, które wywołują hemolizę jedynie na pożywkach stałych (agar, żelatyna), nie dając jej zupełnie w pożywkach płynnych, *(v. cholerae)*. Van Loghem przypisuje powyższe zjawisko działaniu zaczynów peptolitycznych i ujmując je jako następstwo procesu strawienia krwi, nazwał on je hemodigestio. Baerthlein na podstawie swoich obszernych i szczegółowych badań odróżnia przy hemodigestio: całkowite strawienie tak hemoglobiny jak i czerwonych ciałek krwi, t. j. hemopepsio, wtedy pierścienie na pożywce są zupełnie przejrzyste, oxyhemoglobiny spektroskopowo w nich stwierdzić nie można, — oraz hemoglobinopepsio, gdy strawieniu ulega jedynie hemoglobina, przyczem zachowane zręby czerwonych ciałek krwi są widoczne pod mikroskopem, a pierścienie naokoło kolonij są słabo wyjaśnione, barwy brudno-zielonkawej.

Neuberg, Rosenberg i Reicher wskazują w swych pracach na pewien związek hemolizy z lipolizą.

Powyższych zjawisk, pomimo pozornego podobieństwa, nie możemy uważać za hemolizę właściwą, ponieważ nie działa tutaj jad, hemotoxyna. Nawet Baerthlein twierdzi, że hemoliza właściwa występuje jedynie w pożywkach płynnych.

Już tutaj muszę zaznaczyć, że opierając się na obserwacjach własnych oraz odnośnem piśmiennictwie, uważam te drobnoustroje za produkujące hemotoxyny, które wywołują typową hemolizę krwinek tak na pożywkach stałych, jak i w płynnych w przeciągu 12—24 g w t. +37.

Przy obserwowaniu zdolności hemolitycznych drobnoustrojów szereg czynników ma wielkie znaczenie.

Przedewszystkiem rodzaj krwi oraz sposób jej stosowania. Szereg doświadczeń, przeprowadzonych w różnych czasach przez różnych badaczy, wykazał, że najwrażliwszemi na hemotoxyny wszelkich bakteryj są krwinki królika (Kruse, Přibram), nieco mniej barana (Babrach i Grafe), Puppel podnosi wielką wrażliwość krwinek kozy na streptolizynę. Dzisiaj przyjmuje się, jako ogólną zasadę, że krwinki zwierząt, najwrażliwszych na zakażenia pewnemi drobnoustrojami, są najbardziej czułemi na działanie ich hemotoxyn. Ponadto w patologji ludzkiej powinniśmy brać pod uwagę właśnie zachowanie się paciorkowca na pożywce z dodatkiem krwi ludzkiej. Rozmaita wrażliwość krwinek różnych zwierząt na hemotoxyny bakteryjne da się teoretycznie wytłumaczyć różnicami w przepuszczalności ektoplazmy czerwonych ciałek krwi dla hemotoxyn i w ilości zawartej lecytyny oraz cholesteryny. Przemawiałyby za tem badania Lipschütza, który wykazał, że hemotoxyny bakteryj wiążą się z czerw. c. krwi a nie z ich hemoglobiną — jakoteż Peskinda i Pascucciego, którzy warunkują proces hemolizy od obecności oraz ilości lecytyny i cholesteryny, zawartej w plazmie krwinek.

Krew, stosowana wraz ze surowicą, okazała się mniej dobra od krwinek przemytych. Okazało się, że surowica normalna zawiera z reguły pewną ilość przeciwciał, hamujących rozwój bakteryj, jakoteż antyhemotoxyny. Badania R. Bumma, wykonane metodą Ruge-Philippa, wykazały, między innemi, odnośnie do paciorkowca ludzkiego, że rozwijał się on dobrze w surowicy królika, bardzo słabo w ludzkiej, zaś najgorzej w psiej. Kraus

i Clairmont stwierdzili obecność antyhemotoxyn w normalnej surowicy. Neisser i jego szkoła wykazali, że normalne surowice różnych gatunków zwierząt zawierają antyhemotoxyny dla hemolizyn różnych bakteryj oraz, że ta sama surowica normalna zobojętnia w rozmaitym stopniu rożne hemotoxyny. Opierając się na hipotezie, że zjawisko hemolizy zachodzi wtedy, gdy czynnik dodany do krwi rozpuszcza się lepiej w składnikach krwinek, niż w danem środowisku (pożywka, surowica), przyjąć możemy, że własności antyhemotoksyczne surowicy normalnej są zależne od zawartości wolnej cholesteryny, która wiąże szybko hemotoksyny, niedopuszczając do związania się jej z cholesteryną, względnie lecytyną, zawartą w krwinkach. Badania Krausa i Lipschütza przemawiałyby za indentycznością antyhemotoksyny surowic normalnych i surowic zwierząt uodpornionych w sposób sztuczny.

Pewne znaczenie praktyczne ma także wysokość procentu krwinek, zawartych w pożywce. Szczegółowa analiza zdolności hemolitycznych paciorkowców wykazała, że zdolność ta występuje w różnym stopniu u szczepów poszczególnych. Zbyt wielki procent dodanych krwinek opóźnia zjawisko hemolizy. Zbyt mały daje często wyniki fałszywe. Pozatem wiemy, że przeszczepianie na pożywki krwawe względnie przepuszczanie paciorkowca przez myszki oraz agar z krwią potęguje jego zdolności hemolityczne. Rozmaity stopień wrażliwości krwinek na hematoksyny wymagał wypośrodkowania takiego procentu, któryby dozwalał odczytywanie jej już po 12—24 g. zaś ograniczał występowanie nieswoistej. Jako taki wypróbowaliśmy 10% dla krwinek barana.

Dalszemi czynnikami są pepton i cukier gronowy w pożywce. Walbum przypisuje peptonowi, zawartemu w pożywce w ilości do 5-ciu procent, zdolność potęgowania hemolizy. Wyższy procent działa hamująco. Benthin, kontrolując na paciorkowcach wyniki badań Kuhna odnośnie do wpływu cukru na biologję tychże, stwierdził, że większy procent cukru (ponad 1%) osłabia ich wzrost oraz znosi czasowo zdolność hemolizowania. Rother przyjmuje na podstawie swych badań 0'05% cukru gronowego jako granicę, która nie wpływa na hemolizę, owszem raczej ją potęguje. Nieco większy już procent cukru — 0'08% — powoduje przeważnie u paciorkowca powstrzymanie hemolizy i zielenienie kolonji. Jednak istnieją szczepy, które dają wyraźną hemolizę na agarze, zawierającym nawet 4% cukru gronowego (Benthin). Przy uwzględnianiu zawartości cukru w pożywkach, należy brać w rachubę glykogen, zawarty w wyciągu mięsnym. Ponieważ Notwig wypowiedział przypuszczenie, że produkcja kwasu, wytworzonego z cukru, warunkuje hemolizę u paciorkowców — co stara się również udowodnić Rother, przypisując mu rolę czynnika pobocznego, lecz działającego dodatnio, niektórzy autorowie wprowadzili mały dodatek cukru gronowego do agaru z krwią jak n. p. Brown 0'05%.

Uważam jednak, że — o ile chodzi o zjawisko hemolizy — ilość cukru, zawarta w samym wyciągu mięsnym, jest wystarczająca, zaś większa jego ilość jest raczej szkodliwa. Buljon cukrowy (1%) nie nadaje się do krytycznego oceniania z powodu samowolnego hemolizowania krwinek drogą chemicznego rozkładu, w nim zawartego cukru (Kruse). Mały dodatek cukru ma jednak bardzo pożyteczne znaczenie w obserwowaniu zjawiska zielenienia u paciorkowca zieleniejącego.

Badania spektroskopowe krwawych pożywek, które uległy hemolizie pod działaniem hemotoxyn bakteryjnych, zapoczątkowane przez Riekego (1904), prowadzone później przez Grütera (1909), Schnabla (1921) i Seitza (1922), wykazywały z reguły w buljonie zhemolizowanym obecność oxyhemoglobiny, podczas gdy w pierścieniu zhemolizowanego agaru lub żelatyny z krwią brak jej zupełny. Zangenmeister tłumaczy to przenikaniem barwika, wyzwolonego przez hemotoxynę z krwinek, w dalsze części pożywki. Seitz, analizując spektroskopowo pierścień hemolityczny na pożywkach stałych, znajdował, posuwając się od części obwodowych, t. j. pożywki jeszcze niezmienionej, ku środkowo umieszczonej kolonji paciorkowca hemolizującego oxyhemoglobinę, bezpośrednio na jej granicy wąski pierścień methemoglobiny (MHB) zaś w obrębie samego pierścienia brak jakichkolwiek pochodnych hemoglobiny. Wskazywałoby to na zdolność produkowania MHB również przez paciorkowca hemolitycznego. Potwierdzenie powyższej zdolności znajdujemy w pracach Grütera i Rothera. Mianowicie pierwszy stwierdził w buljonie z krwinkami, że paciorkowiec hemolizujący najpierw hemolizuje krwinki, później jednak wytwarza on z OHB MHB. Zaobserwował on na 24 godź. hodowlach buljonowych, u paciorkowca zieleniejącego, dwoince zapaleniu płuc, oraz na paciorkowcu śluzowym po dodaniu do nich krwinek barana produkcję MHB. już po 3—15 minutach obserwacji w cieplocie pokoju, podczas gdy u paciorkowca długiego hemolizującego dopiero po 8—12 godzinach. Z doświadczeń Rothera wynika, że obecność 0'085% cukru gronowego w pożywce powoduje zielenienie kolonij paciorkowca hemolizującego, oraz hamuje hemolizę. Wobec tego wszystkie odmiany paciorkowca posiadają zdolność przetwarzania OHB w MHB. Zaś zj. hemolizy zakrywa jedynie tę zdolność. W powyższem oświetleniu obu zjawisk stają się zupełnie zrozumiałemi wyniki eksperymentów Kuczyńskiego i jego szkoły, który, zakażając myszki czystym szczepem paciorkowca hemolizującego i pobierając następnie materjał w odpowiednim czasie z organów zabitej myszki, otrzymywał w posiewach obok paciorkowca hemolizującego również odmianę zieleniejącą.

Buljon z krwinkami, z chwilą wytworzenia się MHB, przyjmuje barwę brunatno-czerwoną. Pierwszy Rieke stwierdził w nim spektroskopowo obecność methemoglobiny. Dokładniejsza jednak analiza tego zjawiska ze strony Seitza wykazała, że proces ten posuwa się dalej — do wytworzenia hematyny. Makroskopowo odpowiada MHB barwa brunatna zaś hematynie (H) zielona. Jeżeli obserwujemy dokładnie zachowanie się paciorkowca zieleniejącego na agarze z krwią, możemy zauważyć, jak kolonje początkowo brunatnieją, a dopiero później zielenieją.

Spotykamy cały szereg szczepów paciorkowca krótkiego zieleniejącego, które dają kolonje brunatno-zielonkawe. Mamy tedy mieszaninę MHB z H. Dwoinka zapalenia płuc wytwarza wybitnie zieloną barwę tak w buljonie, jak na pożywkach stałych.

O ile u paciorkowców obserwujemy zjawiska hemolizy szybciej w pożywkach płynnych, o tyle produkcję MHB. i H. widzimy wyraźniej i szybciej na pożywkach stałych. Tłumaczyć można to łatwiejszym dostępem tlenu, koniecznego do przetwarzania OHB. w MHB.

Wedle twierdzenia Seitza, przetwarzanie OHB. w MHB. i H. przez bakterje jest wyrazem ich procesu biologicznego, t. j. wzrostu i rozmnażania się. Czynnik ten produkują one przyżyciowo i w przeciwieństwie do produkcji hemotoxyn, w miarę rozpadu bakteryj czynnik ten nie maleje, raczej się on wzmaga. Schnablowi udało się ten czynnik wyosobnić z buljonowych hodowli pneumokoków. Przytem stwierdził on, że związki chemiczne, jak optochina, działające szkodliwie na same drobnoustroje, nie niszczą go.

Grüter przekonał się, iż krwinki barana są najwrażliwszemi na działanie tego czynnika, umożliwiając w krótkim czasie produkcję MHB. i H.

Rother stwierdził, że dodatek cukru gronowego do agaru w ilości 0.036—0.055% przyspiesza powyższy proces.

W swoich obserwacjach ograniczyłem się do wypróbowania następujących pożywek z krwią: buljonu alkalicznego z dodatkiem 3—4 kropel krwinek barana wedle Wirtha, 3% agaru z 40% dodatkiem krwi ludzkiej, wedle Schottmüllera, 3% agaru z 10% dodatkiem krwinek barana stale stosowanego w naszym Zakładzie, 3% agaru z dodatkiem 7% krwinek barana, wedle Hintzego, 3% agaru z 2% cukru gronowego i z dodatkiem 20% krwinek barana wedle Kovacsa, 3% agaru gotowanego z dodatkiem 15% krwi końskiej, wedle Bielinga, modyfikację agaru Bielinga podaną przez Stolygwo, agaru methemoglobinowego Seitza, agaru z dodatkiem 2% cukru gronowego i z krwawą wodą, wedle Bielinga.

Badania swoje przeprowadzałem w ten sposób, że materjał badany posiewałem na agar z płynem opuchlinowym jamy brzusznej oraz na płytkę krwawą zawierającą oxyhemoglobinę. Następnie przeszczepiałem poszczególne kolonje do buljonu, względnie buljonu z płynem opuchlinowym. Wyłuszczone migdałki szczepiłem do buljonu, i dopiero z niego wyosobniałem poszczególne szczepy. Pomijam dalsze szczegóły techniki badań oraz szczegółowe ich wyniki. Poprzestanę jedynie na wynikach ogólnych, które dały mi możność oceny wartości rozpoznawczej pożywek powyżej podanych. Ponieważ w trakcie badań wyłoniła się sprawa, czy u paciorkowca hemolizującego nie gra w dawaniu hemolizy zasadniczej roli działanie fermentu proteolitycznego szczepiłem wszystkie powyższe szczepy na wysoką żelatynę i obserwowałem je przez 7 dni w ciepłocie pokojowej. Żaden z moich szczepów nie wykazał wyraźnych zdolności rozpuszczania żelatyny.

Agar podgrzewany Stolygwo i Seitza zawiera methemoglobinę, która powstała z oxyhemoglobiny pod działaniem ciepłoty w granicach 72—75° C. Stąd też Seitz nazwał swoją pożywkę agarem methemoglobinowym. Dzięki obecności gotowej już MHB. w pożywce paciorkowce z grupy zieleniejących wytwarzają w krótszym czasie hematynę (10—18 godzin) aniżeli na agarze z OHB., co uwidacznia się wyjaśnieniem czekoladowo-brązowej pożywki w tonie jasnym, mleczno kawowym, przyczem brzeg tego wyjaśnienia wyraźnie zielenieje. Często kolonje które uwidaczniają

się dopiero później — po 24 godz. — są barwy zielonkawej. Agar Stolygwo stanowi przejście między płytka methemoglobinową Seitza a agarem gotowanym Bielinga. O ile paciorkowce grupy zieleniejącej rosną na nim podobnie jak na agarze Seitza, to paciorkowiec hemolizujący, który bardzo silnie wyjaśnia pożywkę Seitza, ale nie wytwarza obwódki zielonej, rośnie na agarze Stolygwo bardzo słabo, niezmieniając podłoża, podobnie jak na agarze Bielinga.

Gotowany agar Bielinga jest barwy jasno czekoladowej i, dzięki dłuższemu gotowaniu, zawiera hematynę, która umożliwia grupie paciorkowców zieleniejących szybkie dawanie wyraźnie zielonych kolonijek.

Buljon z krwinkami, dodanemi zaraz po zaszczepieniu paciorkowca hemolizującego dawał mi z reguły po 12—24 godz. w cieplocie 37° C ładny pierścień hemolityczny ponad osadem krwinek. Paciorkowiec zieleniejący rósł często bez zmiany buljonu. Gdy jednak zmodyfikowałem sposób dodawania krwinek, w myśl obserwacji G r ü t e r a w tym sensie, że dodawałem je dopiero do 24-godzinnych hodowli buljonowych, otrzymywałem wyniki lepsze. Nie wszystkie szczepy, rosnące na płytkach, jako viridans, wytwarzały MHB. — w buljonie Wskazuje to na wpływ obfitszego dostępu tlenu jako czynnika grającego tutaj dużą rolę.

Rozpatrując krytycznie wartość agarów methemoglobinowych i hematynowego, muszę stwierdzić, że nie spełniły one swego celu, którym było danie możności odróżniania pneumokoka od paciorkowca zieleniejącego. Jeden rośnie podobnie do drugiego. Mają one tę zaletę, że dają się dłużej przechowywać jałowo od agarów oxyhemoglobinowych.

Lepszym pod tym względem okazał się agar Bielinga z dodatkiem 2% cukru gronowego i krwawej wody. Barwa jego jest jasno rubinowa zaś konsystencja galaretowata. Umożliwia on odróżnienie wszystkich czteru zasadniczych odmian paciorkowca. Paciorkowiec hemolizujący rośnie na nim w postaci soczystych kolonijek, szaro białych, płaskich, które dają się lekko zdjąć oczkiem z pożywki. Paciorkowiec zieleniejący daje kolonijki drobne, mleczno bronzowe, często z odcieniem zielonkawym, suche, które po 48-miu godzinach nie dadzą się zdjąć z pożywki. Pneumokok, wprawdzie często na nim nie rośnie — u mnie 9 szczepów na 19 posiewów — o ile rośnie to w formie zielonkawych kolonji, stosunkowo dużych, lśniących, łatwo schodzących z pożywki. Podłoże zabarwia się gliniasto żółto. Paciorkowiec śluzowy daje kolonje śluzowe z tendencją do zlewania się na podłożu zabarwionem żółtawo. Po zdjęciu kolonji oczkiem pozostają resztki w formie grudek.

Agary S c h o t t m ü l e r a, H i n t z e g o, Z a k ł a d o w e. oraz K o v a c s a zawierają niezmienioną oxyhemoglobinę. Agar S c h o t t m ü l e r a, dzięki dużej zawartości krwinek oraz surowicy krwi, opóźnia wzrost paciorkowców, tak, że ich cechy biologiczne występują często dopiero po 48-miu godz. Agar Kovacsa umożliwia nam odróżnienie enterokoka od reszty paciorkowców. Daje on kolonje szare z lekko brązowem wyjaśnieniem pożywki. Paciorkowiec zieleniejący i pneumokok wywołują zielenienie podłoża. Paciorkowiec hemolizujący dawał mi często wyraźny pierścień hemolityczny pomimo zawartości 2% cukru gronowego.

Najlepsze wyniki miałem z agarem Zakładowym i modyfikacją Hintzego. Dlatego też stosuję obecnie 3% agar z 1% peptonu i z dodatkiem 10% odwłóknionych krwinek barana oraz 0.05% cukru gron. Celem ułatwienia zjawiska hemolizy wylewam w myśl zasad H i n t z e g o cienkie warstwy agaru używając 6—7 ccm agaru na jedną płytkę. Proces zielenienia występuje na krwinkach barana szybko, przyczem dodatek cukru potęguje to zjawisko. Pneumokoka można łatwo odróżnić po bujnych kolonjach o żywo zielonem zabarwieniu tak podłoża jak i kolonji samych. Paciorkowiec zieleniejący zazielenia często tylko podłoże, podczas gdy sama kolonja ma barwę brunatną w różnych odcieniach. Zazielenienie pożywki przez streptokoka zieleniejącego ma odcień brudno zielony w przeciwieństwie do pneumokoka o barwie żywo zielonej. Ponadto u pneumokoka częściej występuje naokoło zielonego pola wązki przejrzysty pierścień. Paciorkowiec śluzowy rośnie podobnie do pneumokoka, jedynie kolonje jego są wypukłe o charakterze wyraźnie śluzowym. Nieznaczny dodatek cukru do agaru (0.05%) wzmaga wyraźnie ich charakter śluzowy.

Widzimy z powyższego, że odpowiednio zmodyfikowany agar oxyhemoglobinowy daje nam możność dostatecznego różnicowania czteru zasadniczych odmian paciorkowca bez uciekania się do przygotowywania specjalnych podłoży, które często wymagają większych przygotowań technicznych.

Celem otrzymania dobrych wyników hodowlanych należy szczepić świeże szczepy — nawet wprost materjał badany — oraz stosować zawsze agary świeżo wylane o powierzchni jeszcze wilgotnej. Zbierając pokrótce wyniki obserwacyj powyższych, mogę stwierdzić, że:

1) w praktyce przy różnicowaniu paciorkowców oddawał mi najlepsze usługi 3% agar, zawierający 1% peptonu, 0.5% soli kuchennej oraz 0.05% cukru gronowego, słabo alkaliczny Ph 7.6, świeżo rozlany na płytki Petriego w cienkiej warstwie;

2) z wypróbowanych przezemnie modyfikacyj agarów podgrzewanych okazał się najlepszym agar cukrowy z krwawą wodą Bielinga;

3) buljon z dodatkiem krwinek daje szybciej zjawisko hemolizy, ale często zawodzi on w wykazywaniu produkcji methemoglobiny przez grupę paciorkowca zieleniejącego;

4) za drobnoustroje produkujące hematoxyny możemy uważać tylko te, które dają hemolizę tak na pożywkach stałych jak i w pożywkach płynnych w przeciągu 12—24 godz. w t. + 37° C.

5) paciorkowiec hemolityczny powinien być zaliczonym do drobnoustrojów, wytwarzających hemolizynę, za czem przemawiają: stały paralelizm w hemolizowaniu krwinek w obu rodzajach pożywek jakoteż brak wyraźnych zdolności proteolitycznych, któreby mogły pozorować hemolizę właściwą.

Piśmiennictwo.

R. B u m m: Centr. f. Baktr. O. 1, 94, 1925. — B a c h r a c h-G r a f e: Arch. f. Hyg. 70, 1909. — B e n t h i n: Centr. f. Baktr. O. 1, 67, 1913. — B a e r t h l e i n: C. f. B. O. 1, 74, 1914. — E p l e r: Pol. Gaz. Lek. Nr. 42, 1928. — E. G o t s c h l i c h: Handbuch d. pat. Mikroorg. 1, 1927. — G r ü t e r: C. f. B. O. 1, 50, 1909. — H i n t z e-K ü h n e: C. f. B. O. 1, 94, 1925. — K o v a c s: Ztschrft. f. Imm. 49, 1926. — K r u s e: Allgm. Mikrobiologie 1910. — L i n g e l s h e i m: Hdb. d. pat. Mikr. IV, 1928. — V a n L o g h e m: C. f. B. O. 1, 67, 1913. — N e i s s e r: Hdb. d. pat. Mikr. IV, 1927. — P ř i b r a m: Hdb. d. p. Mikr. II, 1928. — R i e k e: C. f. B. O. 1, 36, 1904. — P r e s t i n g: C. f. B. O. 1, 90, 1923. — R o t h e r: D med. Wchschrft. 1925. — S c h n a b e l: Z. f. Higj. 93, 1921. — S c h o t t-m ü l l e r: D. med. Wchnschrft. 1922, oraz Münch. med. Wchschrft. 1924. — S e i t z: Ztschrft. f. Higj. 96, 1922. — S t o l y g w o: C. f. B. O. 1, 98, 1926. — W i r t h: C. f. B. O. 1, 99, 1926.

Dr. Stanisław LIEBHARDT, st. asystent kliniki. Lwów.

Naświetlanie tarczycy w przypadkach krwawień macicznych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. K B e c h e ń s k i.

System gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu z punktu widzenia i w odniesieniu do położnictwa i ginekologji można podzielić na 3 zasadnicze grupy. Do grupy pierwszej zaliczymy te gruczoły, które grają wybitną rolę i mają rozstrzygające znaczenie w stosunku do organów rodnych kobiety, a to: jajniki, tarczycę, przysadkę mózgową i nadnercze. Grupę drugą tworzą grasica, szyszynka i gruczoł wśródmiąższowy, czyli t. zw. gruczoły okresu pokwitania (Pubertätsdrüsen), których dzaiłalność, względnie rozwój kończy się z nastaniem okresu pokwitania, lub niedługo potem (szyszynka) i które wobec tego nie mają zasadniczego znaczenia dla rozwoju kobiety w okresie dojrzałości płciowej. Trzecią grupę wreszcie stanowią ciałka przytarczyczne i trzustka, które prawdopodobnie nie wywierają większego wpływu na narząd rodny kobiety.

Stosunek wspomnianych gruczołów do narządu rodnego mimo licznych badań nie jest dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Tyczy to nawet gruczołów grupy pierwszej, co do których wiadomości nasze są może najbogatsze. Dlatego też każde spostrzeżenie kliniczne może mieć wartość i przyczynić się do wyjaśnienia roli tych gruczołów w stosunku do narządu rodnego. Z szeregu spostrzeżeń, jakie poczyniliśmy odnośnie do omawianego tematu, pragniemy w pracy niniejszej zająć się jedynie związkiem, jaki zachodzi między tarczycą a narządem rodnym.

Już fizjologicznie związek ten manifestuje się we wszystkich przełomowych stanach kobiety: w okresie pokwitania i przekwitania, podczas miesiączkowania i w ciąży. A s c h n e r bardzo trafnie określa te stany jako krytyczną fazę dla ogólnej równowagi gruczołów dokrewnych kobiety, wywołującą ich mniej lub wiecej czasową dyskrazję. Nie mając zamiaru wchodzić w szczegóły klinicznych objawów, świadczących o wybitnym, wzajemnym związku tarczycy i narządów rodnych — pozwolimy sobie przytoczyć bardzo znamienne doświadczenia M a r t i n y W e i d e m a n n, przeprowadzone na 150 miesiączkujących kobietach. Autorka ta stwierdziła okresowe powiększanie się i zmniejszanie tarczycy równolegle do cyklu miesiączkowego, nadto wykazała, że powiększanie się tego gruczołu zwiększa obwód szyi nawet do 2 cm.

W patologji omawianego gruczołu i narządu rodnego związek ich występuje jeszcze bardziej widocznie.

1) Już sama częstość występowania pewnych schorzeń tarczycy u kobiet w porównaniu do mężczyzn jest bardzo znamienna. Wiadomem jest bowiem, że np. Basedow występuje 5 razy a myxödema 4 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.

2) Równoczesne występowanie hipertyreozy i wola z mięśniakami macicy jest jeszcze bardziej charakterystycznym przyczynkiem do omawianego zagadnienia.

V. Graff znalazł w 90% wszystkich przypadków mięśniaków powiększenie tarczycy i wzmożenie jej czynności.

Na podstawie badań przemiany podstawowej, przeprowadzonych na materjale tut. kliniki (Ptaszek) stwierdziliśmy u kobiet z mięśniakami macicy w około 85% przypadków mniej lub więcej wybitną hipertyreozę coby się zgadzało z wyżej przytoczonemi obserwacjami klinicznymi v. Graffa.

Na dowód ścisłego związku między mięśniakami macicy a hipertyreozą i wolem, pozwolę sobie w krótkości przedstawić jeden przypadek chorej operowanej na tutejszej klinice z powodu mięśniaków macicy. Chora ta zgłosiła się na klinikę z dużem stosunkowo wolem i olbrzymim mięśniakiem macicy. W 7 dni po usunięciu mięśniaka wole znikło prawie zupełnie. W przypadku tym uderza szybkość ustąpienia tak rozległych objawów przerostowych tarczycy po usunięciu mięśniaka. Pytania, co jest pierwotne a co objawem wtórnym nie zamierzamy rozstrzygnąć. Wiele danych zdaje się jednak przemawiać za tem, że raczej tarczyca jest tem *primum agens.*

Aschner stawia pod koniec analogicznych rozważań na ten temat tezę wprost paradoksalną, że organizm w pewnych wypadkach jakby stwarzał sobie umyślnie mięśniaki, aby drogą tkanki nowotworowej i krwawień macicznych pozbyć się niepotrzebnych, a szkodliwych substancyj.

3) Cały szereg objawów ze strony narządu rodnego, jak pewne przypadki bolesnego miesiączkowania, braku miesiączki, nadmiernych krwawień macicznych i wreszcie niepłodności są pochodzenia niedomogi wielogruczołowej, w której na pierwszy plan wybijają się t. zw. objawy „tyreo-owarialne". W przypadkach tych uwidocznia się najwyraźniej wzajemny wpływ między gruczołami dokrewnymi a systemem nerwów wegetatywnych z tem, że nadczynność tarczycy idzie w parze z większem podrażnieniem nerwu sympatycznego, a naodwrót jajnik działa wagotonizująco.

4) Guzom jajników pochodzenia tak nowotworowego jak i zapalnego towarzyszą również niejednokrotnie objawy nadczynności tarczycy.

Nic też dziwnego, że w ostatnich czasach zaczęto z tych często teoretycznych przesłanek wyciągać wnioski praktyczne. Już w roku 1908 Fränkel opisuje kilka przypadków, w których udało mu się przez naświetlanie tarczycy zmniejszyć krwawienia maciczne, spowodowane włókniakami. Aschner stosował wcieranie Jothionu w szyję w okolicę gruczołu tarczykowego u dziewcząt cierpiących na silne krwawienia w okresie pokwitania. W ostatnich czasach zajmuje się tą sprawą Borak z Wiednia.

W klinice lwowskiej rozpoczęliśmy naświetlania tarczycy w krwawieniach macicznych jeszcze przed 3-ma laty. Pobudką do zastosowania tego leczenia był przypadek wręcz desperacki. Dotyczył on dziewczynki lat 17, która zgłosiła się na klinikę podając, że krwawi od 11-stu miesięcy prawie bez przerwy, i że odwiedziła prawie wszystkich specjalistów w mieście, jednak wszystkie ich zabiegi i leczenia pozostały — po przejściowej tylko poprawie — bez skutku. Cały stos recept, przedłożonych nam obejmował 29 różnych środków lekarskich od ergotyny i pituglandolu do calcium chlor. i preparatów gruczołowych włącznie. Nadto wykonano u niej nawet wyskrobania macicy, naświetlano śledzionę, wątrobę i wreszcie jajniki. Wszystko jednak bez skutku. Matka chorej prosiła o całkowite wycięcie macicy o czem wspominał jej jeden z lekarzy, który poprzednio córkę miał w opiece, a myśl ta wydawała się całkiem uzasadniona, gdyż stan chorej był tego rodzaju, że należało się naprawdę obawiać katastrofy w razie dalszego jeszcze krwawienia.

Badanie zewnętrzne stwierdziło bladość dużego stopnia błon śluzowych jako dowód wykrwawienia, ogólne wychudzenie i upadek sił. Przy bliższem oglądaniu stwierdzono powiększenie tarczycy, konsystencji miękkiej elastycznej. Badanie wewnętrzne wykazało macicę małą w przodozgięciu pozatem stan zupełnie normalny. W czasie badania krwawienia z macicy o charakterze obfitego perjodu.

Badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 2,345.000,
ciałek białych 3.800,
% hemoglobiny 35 (Sahli popr.).
Ilość procentowa ciałek białych:
Leukocytów neutrochłonnych segmentowanych: 60.4%,
Leukocytów neutrochłonnych pałeczkowatych 4,4%,
Leukocytów kwasochłonnych 1,6%,
Leukocytów zasadochłonnych 1,2%,
Limfocytów 24,4%,
Monocytów i przejściowych 8.

Przemiana podstawowa + 23 stosunek $\frac{O_2}{\text{waga ciała}} = +5{,}6\%$.

Obraz kliniczny wskazywał zatem na wybitną anemję wtórną nadto na hipertyreozę a w związku z nią ogólną dyskrazję gruczołów dokrewnych, powodującą omówione już objawy ze strony narządu rodnego.

Ze względu na wiek chorej jak i na brak jakichkolwiek zmian w narządach rodnych odstąpiono od zamiaru operacji radykalnej. Zalecono spokój, leżenie w łóżku i leczenie ogólnie wzmacniające, celem podniesienia sił ustroju i opanowania już bardzo zaawansowanej anemji.

W tym celu przeniesiono chorą na klinikę chorób wewnętrznych, gdzie jej podawano arsacetynę pod postacią zastrzyków, żelazo w pigułkach nadto wątrobę. Po 6 ciu dniach wyżej opisanego leczenia zastosowano naświetlanie tarczycy promieniami Roentgena (Tumidajski). Naświetlań tych było 3 przez trzy dni z rzędu w dawkach niedużych po ¼ H. E. D. W trzecim dniu naświetlania krwawienie ustało zupełnie. Od tego czasu t. zn. prawie już pełne 3 lata chora będąca stale w naszej obserwacji i kontroli miesiączkuje regularnie, w odstępach 4-tygodniowych 3—4 dni, uprawia sporty, jeździ konno, gra w tennis i pływa.

Badanie krwi przeprowadzane u niej stale w czasie całego leczenia przedstawia się następująco:
w 6 dni po pierwszym badaniu:
ciałek czerwonych 2,790.000,
ciałek białych 4.350,
% hemoglobiny 43 (Sahli popr.).

Obraz Schillinga niezmieniony poza zmniejszoną liczbą monocytów i przejściowych w dwa tygodnie później:
ciałek czerwonych 3,765.000,
ciałek białych 6.500,
% hemoglobiny 42 (Sahli popr.).

Nie chcąc szczegółowo omawiać wszystkich przez nas leczonych przypadków, pozwolimy sobie w krótkości przedstawić jeszcze jeden — bodaj czy nie bardziej charakterystyczny.

W miesiącu czerwcu 1928 r. zgłosiła się chora lat 18, bardzo wykrwawiona, blada, apatyczna. Zapodaje, że krwawi od roku prawie z małymi przerwami. W czasie badania mdleje dwukrotnie. Badanie zewnętrzne nie wykazuje żadnych charakterystycznych zmian oprócz lekkiego powiększenia tarczycy. Badaniem wewnętrznem stwierdza się macicę nie dużą w przodozgięciu — pozatem nic szczególnego.

Badanie krwi przeprowadzone w dniu zgłoszenia się na klinikę tj. 16 czerwca 1928 wykazało:
ciałek czerwonych 1,930.000,
ciałek białych 4.900,
% hemoglobiny 30%.
Obraz Schillinga: nieznaczna limfocytoza.

Przemiana podstawowa = + 31 stosunek $\frac{O_2}{\text{waga ciała}} = 4{,}8$.

Zastosowano leczenie analogiczne jak w pierwszym przypadku (podawanie wątroby, roborantia, hemoplase Lumiere i t. d.) i 3-krotne naświetlanie tarczycy (Tumidajski). W 6 dni po naświetlaniu krwawienie ustało zupełnie. Powtórne badanie krwi przeprowadzone dnia 24 czerwca a więc w 8 dni po zgłoszeniu się na klinikę wykazało już 2,600.000 ciałek czerwonych a 5.200 białych.

Stan ogólny poprawił się znacznie, chora subjektywnie czuje się dobrze, jest wesoła, ruchliwa, cera zdrowsza. W dalszym ciągu forsowne odżywianie i stosowanie środków wzmacniających doprowadziło do tego, że trzecie badanie krwi przeprowadzone 17 sierpnia wykazało:
ciałek czerwonych 3,680.000,
ciałek białych 8.900,
% hemoglobiny 80%.
Schilling: obraz zupełnie normalny.

Przez cały czas pobytu na klinice (3 miesiące) nie krwawiła zupełnie, natomiast raz miesiączkowała całkiem prawidłowo. Do dnia dzisiejszego (23 lutego 1929) nawrotu krwawień nie stwierdzono.

Wszystkich chorych leczonych naświetlaniami tarczycy mieliśmy ogółem 9, z tego 7 z dobrym wynikiem, 2 bez efektu. Przypadki nasze dotyczyły wyłącznie młodych dziewcząt w wieku między 17—24 lat. U żadnej z nich nie stwierdziliśmy jakichkolwiek zmian w narządzie rodnym, u wszystkich natomiast mniej lub więcej podwyższoną przemianę podstawową, powiększenie tarczycy i szereg innych objawów hipertyreozy. Również we wszystkich przypadkach znaleźliśmy podwyższony stosunek ilości zużytego tlenu do wagi ciała przy sposobności oznaczania przemiany podstawowej ($\frac{O_2}{\text{waga ciała}} = > 3$). Objaw ten uważamy za bardzo charakterystyczny dla tej grupy schorzeń.

Specjalną wagę przykładaliśmy do tych dwu ostatnich objawów, którymi kierowaliśmy się w kwalifikowaniu danego przypadku do naświetlania. Po ukończeniu leczenia stwierdzaliśmy stałe opadanie przemiany podstawowej w dwu przypadkach nawet do normy (P t a s z e k).

Zdając sobie sprawę, że jednorazowe naświetlanie może nie wystarczyć na czas dłuższy, a tembardziej na stałe, polecaliśmy leczonym zgłaszać się powtórnie po 2—3 miesiącach a to celem zbadania przemiany podstawowej. W przypadkach ponownie podwyższonej przemiany lub nawrotu krwawień zastosowaliśmy drugą serję naświetlań.

Z zestawionych 9-ciu przypadków — 4 naświetlaliśmy dwukrotnie.

Przyczyną krwawień w powyższych przypadkach było bezsprzecznie jakieś zaburzenie w systemie hormonalnym z objawami przeważania jednego gruczołu — w tym wypadku tarczycy — a więc dyshormonoza hipertyreotyczna.

Wyjaśnienie działania leczniczego promieni Roentgena na tarczycę jest trudne, równie jak trudne jest wykrycie biologji i histopatologji tarczycy nadczynnej. Wiadomem jest, że jak z jednej strony jajniki są najczulszym narządem w całym ustroju ludzkim na działanie promieni Roentgena, tak tarczyca prawidłowa jest najbardziej oporna i dopiero w okresie dysfunkcji a specjalnie nadczynności staje się podatna na działanie promieni X. Wiadomem jest również, że stopień powiększenia objętości tarczycy lub wielkości wola nie idzie w parze ze stopniem nadczynności tarczycy. S t r ü m p e l l zaznacza wyraźnie, że wiele objawów nadczynności tarczycy w chorobie Basedowa, specjalnie ze strony serca wyprzedza znacznie objaw powiększania się tego gruczołu. Jasnem jest wobec tego, że czynność proliferacyjną komórek tarczycy należy stanowczo oddzielić od ich czynności wydzielniczej (B o r a k). Działanie energją promienną polegałoby więc najpierw na ograniczeniu czynności inkretorycznej tarczycy, poczem szłoby w kierunku zmniejszenia jej objętości.

Zagadnienie wpływu inkretu tarczycy na jajniki i na cały narząd rodny jest — jak dotychczas pod względem teoretycznym — kwestją otwartą. Wiadomem jest, że w pewnych stanach nadczynności tarczycy np. w Basedowie mamy przeważnie brak miesiączkowania, jednak występują w tem samem schorzeniu i obfite krwawienia. Zupełnie analogicznie ma się rzecz z przysadką mózgową, którą raz naświetlamy Roentgenem w celu powstrzymania zbyt obfitych krwawień raz znowu celem leczenia braku miesiączki. To są jeszcze słabe punkty inkretologji, polegające na tem, że przyzwyczailiśmy się odróżniać tylko niedostateczną lub nadmierną czynność danego gruczołu, zapoznając znaczenie jego złej czynności czyli dysfunkcji. Ta wadliwa praca gruczołu przy nieuchwytnych jeszcze dla nas zmianach anatomicznych prowadzić może do wręcz odmiennych a nawet przeciwnych sobie skutków. Podjęte ostatnio wspólnie z Dr. Mączewskim prace doświadczalne na zwierzętach pozwolą może chociaż w części wyjaśnić wyżej omawiane zagadnienie.

Powracając do poruszanego już poprzednio okolicznościowo obrazu krwi u naszych chorych — musimy stwierdzić, że w przeważnej liczbie przypadków znaleźliśmy dane dość stałe i charakterystyczne. U większości chorych stwierdziliśmy limfocytozę, zwiększoną liczbę monocytów i przejściowych, obok znacznej neutropenji. Wyniki naszych badań potwierdzają zapatrywania S t r ü m p l a, który w podobnych zaburzeniach natury gruczołowej (Basedow) znajdywał również limfocytozę. Rozstrzygającą rzeczą dla skuteczności opisanego przez nas leczenia krwawień macicznych jest bezwzględnie dobór odpowiednich przypadków. Za najbardziej nadające się przypadki uważamy t. zw. „krwawienia juwenilne“ t. j. u młodych dziewcząt, pozostające najczęściej w związku z krytyczną fazą równowagi gruczołów w okresie pokwitania lub niedługo później. W ostatnich czasach podjęliśmy próby analogicznego leczenia krwawień w okresie przekwitania. Wynikom tych doświadczeń damy wyraz na innem miejscu.

Na koniec poczuwam się do miłego obowiązku złożenia podziękowania Dyrektorowi kliniki chorób wewnętrznych JWP. Prof. Drowi Renckiemu za udzielenie pozwolenia na naświetlanie wszystkich naszych chorych w instytucie roentgenologicznym kliniki a JWP. Drom Tumidajskiemu i Grabowskiemu za przeprowadzanie naświetlań.

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Wł. S z e n a j c h.

Dokończenie.

Fakt udowodnionego niebezpieczeństwa wypływającego z zakażenia odrą małego dziecka pozornie zdrowego, które nosi w płucu choćby drobne resztki anatomiczne swojego procesu kokluszowego i fakt masowego, nagłego, żywiołowego wyrastania z pod ziemi epidemji kokluszowej w ślad za epidemją odrową — fakty te pociągają ważną konsekwencję koniecznego ustosunkowania się lekarza z jednego skojarzonego myślą punktu widzenia — do obu jednostek chorobowych. Tym punktem widzenia jest potrzeba zrozumienia, że odra grozi kokluszem a koklusz grozi odrą w małym wieku dziecka t. zn., że dziecko, które w czasie epidemji odry zapada na odrę — grozi otoczeniu swojemu (t. j. innym dzieciom w ambulatorjum, szpitalu, ochronce i t. p.) nietylko odrą, ale i kokluszem. Bo te dzieci (a takie zawsze się znajdą wobec rozpowszechnienia kokluszu), które miały koklusz, zarażając się teraz odrą, przejdą równocześnie przy tej sposobności nawrót swojego utajonego kokluszu. Samo dziecko, które było przyniosło do danego otoczenia swoją odrę, równocześnie ma wszelkie warunki do zachorowania na koklusz, albo w postaci własnego nawrotu, o ile przedtem przeszło koklusz, albo w postaci świeżego kokluszu, czy to od swojego najbliższego recydywującego otoczenia, czy od tej fali epidemicznej kokluszu, która prawie z reguły w ślad epidemji odrowej na miasto idzie, tak bezpośrednio, jak i przez trzecie osoby niosąc zarazę. Nie wiem, czy udowodnił kto, aby taki świeży nawrót kokluszowy nie był zaraźliwy jako koklusz. Nawrót ten jest zazwyczaj połączony z tak manifestacyjnym głośnym kaszlem, że największy doktryner medyczny, nie wierzący zasadniczo w zaraźliwość dawnego kokluszu, nie odważyłby się w praktyce narazić swojego własnego dziecka na ten „niezaraźliwy“ koklusz przez chwilowy kontakt. Niebezpieczeństwo kokluszowe od obudzonych przez odrę kokluszów nie leży w samem przenoszeniu się laseczek Bordet'a ale w całej t. zw. mobilizacji flory bakteryjnej dzieci, które nagle po odrze odbywają pneumonje kokluszowe.

Kto uważnie śledzi przebieg takiej katastrofy, widzi potem, jak dzieci chore na odrę umierają z powodu kokluszowego zapalenia płuc i naodwrót dzieci chore na dobrotliwy chroniczny koklusz umierają często z powodu odry, która ich ognisko na świeżo ożywiła. Przyczyny śmierci splatają się w tym przypadku w sposób dostrzegalny tylko klinicyście a nie anatomowi patologicznemu. Od statystyki nie można wymagać w tym kierunku oczywiście ścisłości, ale i tak praktycznie jest ona wierna istocie rzeczy, bo cyfry tych zgonów idą na jednym poziomie, choć szyldy rozpoznawcze są często poprzemieniane.

Ustosunkowanie się lekarza do śmiercionośnej odry, (choroby niebezpiecznej z powodu wysokiej śmiertelności w pierwszych 3 latach życia) z punktu widzenia kojarzącego klinikę tej choroby z równie jak ona śmiercionośną w tymże samym małym wieku kliniką kokluszu, umożliwia skoordynowanie odruchów ochronnych lekarza, szukającego profilaksji dla dziecka. Lekarz taki, wiedząc czego się ma bać, ucieka z dzieckiem przed odrą i przed kokluszem, bo obie choroby zasługują na jednakowy respekt zakaźny. Rozumie on więc, że jeżeli obowiązkiem jego jest starać się o możliwe odsunięcie odry do późniejszego wieku, to ten sam obowiązek dotyczy i kokluszu. Rozumie, że jeżeli jakiemukolwiek żłobkowi małych dzieci zagraża pożar odry, to trzeba najpierw uciekać z kokluszem t. j. z dziećmi, które anamnestycznie miały koklusz, bo one pierwsze padną ofiarą t. zw. powikłania odrowego, one pierwsze nietylko same ciężko zapadną, ale innym dzieciom udzielą zakażenia swoją ożywioną florą płucną. Zgadzam się z D e b r é m i J o a n n o n e m, że dzieci krzywicze, anemiczne, dystroficzne i kiłowe należy chronić przed odrą, ale głównie uciekać przed odrą należy z dziećmi kokluszowemi.

Naodwrót, jak wyżej wspomniałem, każda nagła eksplozja kokluszu na gospodarstwie dziecięcem powinna być dla lekarza w pierwszych dniach i tygodniach podejrzana w kierunku odry, t. zn. budzić winna z obowiązku tę przesadną czujność uzbrojoną w nieufność, czy ten pierwszy koklusz, co się tak nagle zjawił, nie jest może nawrotem, za którego plecami czyha okres zwiastunów odrowych, t. j. czy nie jest nawrotem spowodowanym przez odrę ukrytą jeszcze w okresie wylęgania.

Tak wobec niebezpieczeństwa wybuchu odry, jak i wobec wybuchu kokluszu, lekarz zmuszony jest uciekać z dzieckiem i przed jedną i przed drugą chorobą, odsuwając termin tych dwóch chorób jaknajmożliwiej na później. Niema w tem pojęciu szablonu czasu, jak oczywiście niema i nie będzie szablonu dróg dla zapobiegania tym chorobom. To pewne, że skoro śmiertelność na odrę i koklusz jest największa w pierwszych 3 latach życia a wogóle wielka do 5-go roku, to oczywiście naogół lepiej dla dziecka, aby dopiero w latach szkolnych przeszło te choroby, a jeżeli się nie da, to przynajmniej poza progiem 5 lat.

2 do 3% osobników jest według Herrmana naturalnie odpornych przeciw odrze, a 94% młodzieży według Evansa z Chicago do 16 roku życia przebywa odrę.

Poza główną ideą orjentującą lekarza w wieku dziecka i w jego ustosunkowaniu odrowem, musi on oczywiście znać dokładnie długość okresu oraz stosunek, zachodzący między zakaźnością okresu zwiastunnego i niezakaźnością odry od chwili poczynającego blednięcia wysypki.

Najprostszą zasadą uciekania z dziećmi przed odrą jest ich racjonalne odosobnienie, nie za wczesne i nie za późne, nie za długie i nie za krótkie, ale zastosowane do twardego regulaminu zakaźnego tej kliniki. Dziecko, które chcemy odosobnić z powodu zetknięcia się z odrą, na jakie było narażone, usuwamy, poddając kwarantannie, którą poczynamy w 9-ym dniu, licząc od pierwszej możliwości zakażenia i prolongujemy do 18-go dnia od ostatniej możliwości zakażenia. Musimy więc codzień przez okres kwarantanny śledzić dziecko w kierunku zagrażających objawów zwiastunowych i z każdym dniem oceniamy sytuację, jako wymagającą w tym okresie zdemaskowania odry. Jeżeli żadnych objawów niema, a czas odosobnienia był dobrze obliczony, rozumiemy, że zakażenie w danym wypadku jest wykluczone.

Nie należy w obliczeniach zapominać, że nieraz w odrze okres zwiastunów trwa bardzo długo i opóźnia wystąpienie wysypki tak, że wystąpienie wysypki można czasem obserwować dopiero w dwadzieścia kilka dni po ostatniej możliwości zakażenia.

Wczesne odosobnienie dziecka, u którego lekarz stwierdza koklusz, jest zależne od warunków, jakie doświadczenie lekarskie znajduje w każdym poszczególnym przypadku u samego chorego i w jego otoczeniu. Jeżeli wywiady i wynik badania przemawiają za świeżością zakażenia, t. j. za okresem mniej niż 3-tygodniowym choroby, obowiązkiem lekarza jest dziecko, nawet gdy jest lekko chore i nie gorączkuje, bez względu na wiek usunąć z otoczenia innych dzieci. Gdy dziecko jest dłużej niż 3 tygodnie chore, a stan ogólny jest dobry i nie nasuwa myśli o istnieniu jakiegoś poważniejszego zakażenia wtórnego, to zależnie od tego, jaki jest jego wiek i jaki jest wiek i stan zdrowotny otoczenia, postępujemy różnie. Jeżeli dziecko jest małe a otoczenie starsze wiekiem i zdrowe, możemy dziecko zostawić; jeżeli dziecko jest małe, a w otoczeniu dziecka są również małe dzieci, choćby zdrowe, to bezwzględnie lepiej dla bezpieczeństwa to chore dziecko odosobnić, aby mu dać jaknajlepsze warunki aseptyki. Jeżeli dziecko jest starsze wiekiem ponad 5 lat, a otoczenie małe i zdrowe, możemy je zostawić na wspólnej sali. Jeżeli dziecko z dłużej niż 3 tygodnie trwającym kokluszem nie powikłanym, bez względu na swój wiek, znajduje się na sali, gdzie inne dzieci równocześnie chorują na influencę, czy na zapalenie płuc i t. p. choroby gorączkowe, to należy dziecko kokluszowe usunąć ze wspólnej sali, aby je od wtórnego zakażenia zabezpieczyć.

Jeżeli dziecko bez względu na wiek, ma dłużej trwający koklusz z ciężkiem powikłaniem płucnem, to bez względu na wiek otoczenia należy się starać to dziecko wymagające jaknajczystszej atmosfery bakterjologicznej usunąć ze wspólnej sali.

Ponieważ główną ideą leczenia kokluszu jest idea należytego zapobiegania przed wszelkiem możliwem zakażeniem mieszanem, i ponieważ proces płucny dziecka przebiega bardzo powoli i z wybitnie przewlekłym charakterem, który klinicznie z powodu obrazu anatomicznego i fizjologicznego, jakoteż symptomatycznego, przy towarzyszącem wychudzeniu, mało się różni od gruźlicy, stosujemy jako najracjonalniejszą metodę leczenia aerację na otwartej werandzie z obowiązkiem leżenia w łóżku. Metoda ta, utrzymująca dziecko na dworze daje jedynie rękojmię, że równocześnie ochraniamy dziecko od zakażeń wtórnych, trudniej dostępnych z zewnątrz niż na sali zamkniętej. Ponieważ wywołanie poronnej nawet postaci odry u dziecka już chorego na koklusz musi grozić ewentualnością wywołania następstw niepożądanych w stanie płuc, zgodnie zresztą do wskazówek w tym kierunku autorów francuskich, wstrzymujemy się zasadniczo od szczepienia takich dzieci surowicą, która uodparnia przez sprowadzanie osłabionej zmodyfikowanej odry. O ile zachodzi potrzeba, możemy natomiast takie dziecko uodpornić surowicą ozdrowieńców przed 5-ym dniem wylęgania odrowego. Wtenczas bowiem nie narażamy go na przebycie odry, ale nadajemy mu kilkudniową odporność bierną.

W jaki sposób wyobrażają sobie autorowie francuscy potrzebę walki z odrą, której wysoki odsetek śmiertelności udowodnili cyframi statystycznemi?

Ponieważ siedliskiem i głównym źródłem śmiertelności na odrę jest przeludnienie i zły, niehigjeniczny stan mieszkań, w których przebywają małe dzieci, autorowie solidaryzują się z dezyderatami Juilleratai Roëlanda, którzy ten sam czynnik uznali za przyczynę rozszerzania się gruźlicy i wobec tego całkiem słusznie stawiają pod adresem władz społecznych żądanie jaknajrychlejszej sanacji higjenicznej mieszkań robotniczych. Za najstosowniejszą metodę, zdążającą do rozwiązania tego trudnego problemu, uważają potrzebę stwarzania miast - ogrodów na wzór Anglji i Niemiec. Wychodząc z założenia, że rozszerzona wśród sfer lekarskich opinja o szkodliwości hospitalizowania jest w walce z odrą nieużyteczna, ale fałszywa i przesadna, przytaczają autorowie na poparcie swojego stanowiska wyniki ankiety, rozpisanej w r. 1917 przez Dyrekcję Opieki Społecznej w Paryżu, z której wynika, że przeciw hospitalizacji wypowiadali się lekarze z dzielnic mało przeludnionych, podczas gdy lekarze, ordynujący właśnie w dzielnicach najbiedniejszych i najbardziej przeludnionych, odpowiedzią swoją na ankietę stwierdzali potrzebę hospitalizacji na odrę.

Autorowie uważają niemniej za niezbędne przeprowadzenie sanacji profilaktycznej także i w szpitalnictwie. Zdawało się, że po okresie stwarzającym izolację chorych odrowych na specjalnych pawilonach odrowych śmiertelność na tę chorobę ulegnie zmianie. Rzeczywistość wykazała, że izolacja pawilonowa choroby nie wystarcza do obniżenia śmiertelności odrowej. Sanacja w tych kierunkach musi pójść po linji izolacji indywidualnej. Autorowie wierzą w skuteczność boksów, ale ze ścianą sięgającą do sufitu. Za ważną okoliczność w walce z odrą w murach szpitalnych uważają potrzebę utrzymywania dostatecznie licznego i stosownie wykształconego personelu pielęgniarskiego. Na poparcie tego warunku przytaczają liczby statystyczne, których treść wykazuje, że przy każdej zmianie personelu doświadczonego na personel początkujący dawała się odczuwać zawsze silniejsza pulsacja śmiertelności dzieci odrowych w prostym stosunku do gorszego doświadczenia pielęgniarskiego. Wreszcie żądają dopuszczenia na oddział niemowlęcy matek, któreby nietylko karmiły, ale także do pewnego stopnia pomagały pielęgnować oseski chore na odrę. Także pielęgniarki społeczne wizytujące mają wdzięczne pole do współpracy zapobiegawczej w zwalczaniu odry. Za jeden z ważnych objawów postępu, który przyczyni się do zapobiegania epidemjom śmiertelnym odry należy uważać zarządzenie Dyrekcji Opieki Publicznej nad dzieckiem, której treść idzie za radą Marfana po linji zasadniczej kasacji dalszych przyjęć dzieci do Paryskiego Zakładu Wychowawczego Opieki nad dzieckiem. Dzieci, potrzebujące przyjęcia, będą kierowane wprost na wieś czy do krewnych, czy do obcych osób trudniących się wychowaniem pod kontrolą Opieki publicznej.

Oprócz tych zasad ogólnych profilaksji odrowej odkrycia wspomnianych autorów Nicolle'a i Conseil'a we Francji a Degkwitza w Niemczech stworzyły dwie zasadnicze metody uodporniania przeciw tej chorobie: 1) polegającej na prewencji absolutnej t. j. na niedopuszczeniu do zachorowania, 2) na serologicznem osłabieniu choroby według metody Debrégo, Joannona, Raviny, Bonneta i Benoista, 3) oprócz tego na uodpornianiu surowicą ludzi dorosłych, 4) na uodpornianiu szczepieniem czynnem surowicą chorych.

Pierwsza metoda jest metodą klasyczną opisaną przez Nicolle'a i Conseil'a w r. 1918. Polega na wstrzyknięciu surowicy ozdrowieńca odrowego osobnikowi zarażonemu od mniej niż 5 dni. Krew ozdrowieńca należy pobierać miedzy 7-ym a 10-ym dniem rekonwalescencji poodrowej t. j. w momencie, kiedy jest najbogatsza w immunizyny. Odporność wywołana przeciw tej chorobie jest przejściowa i krótka, bo trwa mniej więcej 3 tygodnie. Punktem zasadniczym tej procedury jest data wstrzyknięcia surowicy i data zakażenia odrą. Te czynniki mają wpływ na czas trwania odporności; uodpornienie, którego udziela wstrzyknięcie surowicy osobnikowi już zakażonemu nie jest w rzeczywistości uod-

pornieniem czysto biernem. Ma ono raczej charakter mięszany. Z konfliktu między surowicą a zarazkiem odrowym powstaje pewnego stopnia uodpornienie czynne. Będzie ono tem bardziej skuteczne, im węzły łączące zarazek z ustrojem będą silniejsze, a więc im surowica będzie później wstrzyknięta. Kutter i Degkwitz stwierdzili, że surowica dziecka uodpornionego w 5-ym dniu wylęgania posiada własności zapobiegawcze i może uchronić przed odrą osobniki, którym się ją wstrzyknie. A przecież dzieci te, mimo, że otrzymały injekcję względnie późną, nie miały najmniejszego objawu klinicznego odry, mimo to surowica ich ma własności, których nie posiada nigdy surowica osobników, co nie przebyli odry. Tak więc, gdy się wstrzykuje surowicę w jakiejś rodzinie, w żłóbku czy ochronie wszystkim osobnikom zarażonym, jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że udzielone im uodpornienie nie ma tej samej jednakowej trwałości u wszystkich, ponieważ nie wszystkie dzieci te mogły były ulec zakażeniu w tym samym czasie.

Dzieci poddane uodpornieniu absolutnemu metodą Nicolle'a nie przechodzą, jak wiadomo, żadnej poronnej nawet formy odry, jak długo trwa uodpornienie.

Ten brak jakichkolwiek objawów klinicznych u osobnika, którego się uważa za zarażonego odrą i któremu się wstrzykuje należytą dawkę surowicy ozdrowieńców, może odpowiadać trzem różnym ewentualnościom, t. j., że albo ma miejsce zapobieganie surowicze właściwe i w tym przypadku wywołuje się poprostu odporność bierną, trwającą około 3 tygodni, albo ma miejsce poronienie odry zapomocą surowicy, t. j. gdy wstrzyknięta surowica sprawiła poronienie odry w okresie wylęgania: w tym przypadku wywołuje się uodpornienie mieszane tem bardziej czynne i tem trwalsze, im wstrzyknięcie surowicy jest odleglejsze pod względem czasu od daty zarażenia. Wreszcie ma miejsce sero-wakcynacja, gdy wstrzyknięcie surowicy uprzedziło zarażenie i gdy uskutecznia nie chorobę, ale rodzaj szczepienia czynnego.

Pozologja surowicy ozdrowieńca opiera się według szkoły Debrégo na wprowadzeniu 1 cm³ na rok życia. A więc dziecku 3-letniemu — 3 cm³. Od 15-ego roku życia w górę wstrzykuje się od 15 do 20 cm³.

Druga metoda: złagodzenia surowiczego choroby, podana przez Debrégo, Joannona, Ravinę, Bonneta i Benoist polega na wstrzykiwaniu surowicy w drugim okresie wylęgania koło 6-go, 7-go, lub 8-go dnia wylęgania.

W tym przypadku nie wstrzymuje się choroby, bo występują objawy odry poronne i uśmierzone, ale dzięki tej łagodnej postaci odry uzyskuje osobnik zaszczepiony stan odporności trwałej. Wprawdzie Degkwitz twierdził, że wstrzykiwanie surowicy w 8-ym dniu wylęgania nawet w dawce bardzo wielkiej jest nietylko bezskuteczne, ale zdolne zaszkodzić, to jednak badania autorów francuskich bezwzględnie temu przeczą.

Poronienie odry wywołane tą metodą szczepienia polega w skutku na wydłużeniu u osobnika zaszczepionego okresu wylęgania na okres czasu, dochodzący nieraz do 30 dni. Po tym okresie wydłużonym wylęgania zjawiają się plamki Koplika bez nieżytu spojówek i przy jedno- dwudniowej gorączce, nie przekraczającej zazwyczaj 38°, zjawia się na krótko lekka wysypka na tułowiu i kończynach, zaoszczędzająca zazwyczaj policzki. Dziecko przez cały czas tej poronnej odry ma się ogólnie dobrze, ma apetyt, łaknienie i sen dobre. Po wygaśnięciu wysypki dziecko jest uodpornione. Często przebieg odry poronnej jest bezgorączkowy. W czasie tej zmodyfikowanej szczepieniem odry odczyn skórny Pirquet'a nie wygasa, tylko najwyżej ulega nieznacznemu osłabieniu na szczycie choroby.

Do szczepienia tego nadają się według opinji autorów przedewszystkiem dzieci powyżej 2 lat życia, zdrowe, wolne od innych zakażeń i nie narażone na inne zakażenia. Dziecko bowiem już chore na jakąkolwiek chorobę może być za słabe na to, aby móc przetrzymać nawet poronną odrę, w każdym razie ryzykuje możność padnięcia ofiarą jakiego innego zakażenia dodatkowego. Np. dziecko zakażone zostało w szpitalu odrą przez zarazek odrowy i było wystawione oprócz tego na możliwość zakażenia błonicą. Późne wstrzyknięcie surowicy ozdrowieńca odrowego pozwoli dziecku temu przejść odrę zmodyfikowaną, ale nie ochroni go od błonicy ciężkiej; tak samo nie ochroni go od zapalenia płuc. Dla tych przypadków należy uciekać się do zapobiegania surowiczego absolutnego.

Przeciwnie, gdy w rodzinie średnio zamożnej, żyjącej w dobrych warunkach higjenicznych, dziecko wyżej 3 lat, naogół zdrowe, zarazi się od innego dziecka chorego na lekką odrę, wtenczas nadaje się użycie surowicy, wywołującej poronną postać odrową. Wtenczas bowiem nie spodziewają się autorowie zakażenia wtórnego.

Poronna odra mimo swojego lekkiego przebiegu jest dla otoczenia zaraźliwa i wywołuje u osobnika zaszczepionego trwałe uodpornienie. Surowica dzieci zaszczepionych posiada immunizyny, niweczniki, podobnie jak surowica ozdrowieńców poodrowych.

Dzieci poniżej pół roku nie nadają się wogóle do uodporniania odrowego, ponieważ mają naturalną odporność macierzyńską.

Dla surowiczego uodpornienia bezwzględnego nadają się naogół dzieci między pół rokiem a 2-gim rokiem życia, dzieci małe narażone na zakażenia szpitalne, dzieci słabowite i wogóle wszystkie takie, u których wybuch odry jest niepożądany. W przypadkach tych jednak należy, zdaniem autorów, stosować podwójne i potrójne dawki surowicy. Szereg autorów sygnalizował bowiem bezskuteczność surowicy prewencyjnej w przypadkach równoczesnego zapalenia płuc, czy ropnia tylnego gardła, w durze brzusznym, w płonicy i przebiegu chorób przewlekłych takich, jak gruźlica. Wogóle wyniki ujemne stosowania immunizacji odrowej zależą albo od złej prowenjencji surowicy, albo od niedostatecznej dawki surowicy, albo od zbyt późnego zastosowania zastrzyków.

Sukcesy profilaksji surowiczej są może nietyle silne, co głośne.

W r. 1919 w Ameryce Półn. Richardson i Connor a w kilka lat potem Neal, Weaves i Crooks a przedewszystkiem Zingher, w Ameryce Południ. Torres, Pacheco, Rybeyrolles donoszą o pomyślnych wynikach szczepienia ochronnego.

Liczba dzieci uodpornionych w Niemczech (w Monachjum) przez Degkwitza wynosi setki i z każdym dniem mnoży się na obszarze państwa Niemieckiego, Austrji, Węgier...

We Francji stworzono w Paryżu Ośrodek profilaksji przeciwodrowej w szpitalu Claude Bernard'a. W przeciągu 7 miesięcy w r. 1925 zebrano 10 litrów surowicy od 190 dorosłych. Tę surowicę zdołano zaszczepić 2.000 dzieci.

Później stworzono drugi Ośrodek profilaksji przeciwodrowej w szpitalu des Enfants Malades.

W ośrodkach tych pobiera się i poddaje kontroli surowicę. Ośrodki te uratowały życie wielu dzieciom i wykształciły technikę surowiczej profilaksji. W 98%, zdaniem autorów, daje się uzyskać bezwzględne zapobieżenie.

Ważnym momentem w profilaksji przeciwodrowej jest wczesne zawiadomienie Ośrodka o wybuchu odry, czy to przez lekarzy fabrycznych, szkolnych, czy przez higjenistki, czy pielęgniarki społeczne.

Wreszcie profilaksję przeciw odrze można prowadzić także przez stosowanie zastrzyków surowicy ludzi dorosłych, którzy kiedyś w dzieciństwie przebyli odrę.

Oczywiście istnieje kilkupiętrowa literatura, w której wszyscy autorowie wypowiadają się z wielką wdzięcznością i zadowoleniem z powodu skuteczności tejże surowicy. Te pochlebne recenzje w Niemczech Rietschla, Kuttera, Salomona, Schillinga, w Szwecji Jerwela, we Francji Godlewskiego i Parafa zachęciły także Debrégo, Bonneta i Cros-Decama do tych eksperymentów naukowych.

Autorowie ci sprecyzowali sposób podawania tejże surowicy i określili wskazania jej skuteczności. Autorowie przez zastosowanie surowicy matek opanowali w r. 1925 epidemję, która zagrażała na oddziale osesków w szpitalu des Enfants Malades w Paryżu. Tą samą metodą posługiwali się autorowie z doskonałym skutkiem w schronisku dla rodzin bezdomnych na bulwarze Jourdan, gdzie odra zagrażała niebezpieczeństwem poważnej epidemji. Autorowie polecają stosować surowicę tę w czterokrotnie większych dawkach, niż się stosuje surowicę rekonwalescentów.

Naogół w 75% otrzymywali oni zapobiegnięcie absolutne, w 20% osłabienie, poronną postać odry, a w 5% obserwowali brak wyniku zapobiegawczego.

Dotychczasowe próby uodpornienia czynnego, których historja sięga daleko wstecz do XVIII w. i związana jest z nazwiskiem Home'a z Edinburga, polegające na zaszczepianiu dziecka krwią lub surowicą osoby chorej na odrę, pozostały naogół bez wybitniejszych pozytywnych wyników.

Nicolle proponował w r. 1923 metodę mieszaną sero-wakcynacji. Wstrzykiwał on najpierw podskórnie 10 cm³ surowicy ozdrowieńca a w 24 godziny potem 1 cm³ krwi (jadowitej) ze świeżym jadem odrowym. Próby, robione w tym kierunku przez Parafa, dały dość sprzeczne wyniki.

W Polsce Zembrzuski i Kamler wypowiadają się w znakomitej pracy ogłoszonej w Pedj. Polskiej 1927 naogół bardzo przychylnie o wynikach szczepienia zapobiegawczo-osłabiającego, zastosowanego w Domu Wychowawczym w Warszawie.

Zastrzyk surowicy krwi ozdrowieńców po odrze, przebytej przed 6—10 miesiącami, w ilości 2,5 cm³, dokonany przed 6-ym

dniem okresu wylęgania, dzieciom, które miały styczność z odrą, osłabia — zdaniem autorów — w znacznej większości przypadków przebieg choroby, a co zatem idzie, zmniejsza śmiertelność do minimum, szczególnie dla odry czystej. Zastrzyki surowicy, o ile dziecko nie zachoruje, a ma w dalszym ciągu styczność z chorym na odrę, należy powtórzyć po 30-tu dniach.

Jakkolwiek wyniki profilaksji metodą Nicolle'a mogą ulegać najbardziej dowolnym ocenom i jakkolwiek wymagają koniecznie oświetlenia słońcem obserwacji klinicznej, to jednak dla największego sceptyka przedstawiają sumę pewnych niewątpliwych okoliczności, świadczących o realnej możliwości zagaszenia odry na materjale małych dzieci, a to przedewszystkiem przez zastosowanie w pierwszych 5 dniach wylęgania surowicy ozdrowieńców odrowych. Uodpornienie na przeciąg 3 tygodni oczywiście jest bardzo krótkie, ale naogół fakt ten, odbity w zwierciadle gospodarki zakaźnej śródszpitalnej, gdzie nigdy nie chodzi o przyszłość sięgającą poza okres 3 tygodni jednego dziecka, ale o chwilowe być albo nie być całego mnóstwa drobnych dzieci, narażonych na niebezpieczeństwo, dające się odsunąć dziś przez zastosowanie surowicy, jest bezwzględnie jako fakt ochrony profilaktycznej w znaczeniu nietyle może ochrony indywidualnej, ile ochrony zbiorowej, bardzo efektowny. Ułatwia on odpowiedzialną czynność żeglarską lekarza, który, mając załogę kilkuset dzieci na swojem sumieniu, chce je cało do jakiego takiego lądu wieku szkolnego bez katastrofy zbiorowej dostawić. Jak jednak z przytoczonego zespołu okoliczności wynika, nawet ten efemeryczny sukces, umożliwiający ominięcie jednej więcej skały morskiej, wymaga koniecznie pomocy losu t. j. pewnego szczęścia, i to nietyle dla lekarza i dla zakładu jako całości, ile dla poszczególnych dzieci. Otóż szczęście lekarza czy zakładu zależne jest od liczby przypadków natknięcia się na odrę, od genjuszu epidemicznego tej odry, od ogólnego stanu zdrowia danej załogi, od akuratności i fortunności techniki, zastosowanej w profilaksji surowiczej; szczęście zaś dzieci poszczególnych oprócz tego zależy od tego, co za los osobisty czeka je w trzy tygodnie po zastrzyku, kiedy się nabój jego biernej odporności kończy. Czy ma być co 3 tygodnie szczepione i dalej zostaje na tym samym okręcie, czy też ląduje na grunt zakażony odrą z utraconą bronią odporności, a więc tak jak przedtem bezbronne. Zakład, który uniknął zarazy swojego masowego zespołu, święci chwilowy triumf, ale dziecko jako jednostka święci tylko względny triumf, zależnie od tego, co będzie po nowych 3 tygodniach. Może Zakład zmieni personel, dzieci lub pielęgniarki, może zmieni lekarza, może zmieni wewnętrzny tryb zakaźny, a wreszcie może dziecko opuści Zakład i wróci czy to do rodziny, czy do innego otoczenia, wyratowane od katastrofy, ale bezbronne na wypadek następnej katastrofy. A tymczasem Dyrektor Zakładu ma prawo ogłosić światu, ile istnień udało mu się uratować dzięki pół litrowi surowicy ozdrowieńców. I enuncjacja jego, jakkolwiek prawdziwa, nie mówi wszystkiego, co mianowicie dalej się stało w najbliższej przyszłości z owemi wyratowanemi.

Bardzo słusznie wyrywa się Debrému z okazji omawiania wskazań szczepiennych szczere wyznanie, że zdarzało mu się widzieć, jak umierały na odrę w ochronce te same oseski, które przed kilku miesiącami udało mu się ochronić przed odrą w ośrodku szczepiennym w szpitalu. Mimo udanego szczepienia ulegały więc one z powodu przeciwności losu przy najbliższem ponownem zetknięciu się z jadem odrowym zakażeniu, które wcale nie było słabsze, ale było śmiertelne.

Wogóle, o ile z matematyczną niemal ścisłością daje się przewidzieć zarażenie odrą, o tyle nigdy z dość ścisłą pewnością nie daje się przewidzieć skuteczności szczepienia ochronnego. Raz spóźni się lekarz z zastrzykiem surowicy, raz dawka z powodów od niego niezależnych jest za mała i niewystarczająca dla liczby potrzebujących dzieci, raz surowica jest wadliwa pod względem swojej prowenjencji, czyli technicznego przygotowania, a raz uraz odrowy był sam w sobie swoim t. zw. genjuszem zakaźnym zbyt silny.

Jakkolwiek pojęcie genjuszu zakaźnego *(Epidemic Constitution)*, wprowadzone przez znakomitego lekarza myśliciela Sydenhama, nie jest wolne od pewnej pozornie metafizycznej tajemniczości, to jednak życie uczy, że każdy lekarz praktyczny prowincjonalny ma sposobność obserwować fakt plastyczności, zmienności chorobowej poszczególnych tych samych zakażeń, nieraz w ciągu jednego roku. Co więcej, lekarz myślący, śledzący w każdym przypadku chorobowym bogaty mechanizm fizjo- czy anatomosymptomatyczny bez pomocy laboratorjum jest w możności wykrywać ciągle nowe szczegóły indywidualności klinicznej, nietylko poszczególnych chorych jako konstytucyj, ale właśnie poszczególnych zakażeń. Czasem uświadamia sobie różnice tej lub owej płonicy czy dyfterji dopiero po latach, kiedy przytomnem okiem retrospektywnie w swoją przeszłość w tył patrzy i kiedy na widok grubszych rysów ta różniczkowa obserwacja mocniej go w oczy uderzy w jednej i tej samej a przecież innej infekcji. Uświadamia on sobie wtenczas, że płonica płonicy nierówna, że dyfterja dyfterji nierówna, a nawet uświadamia sobie to, czego go Bumm w szkole uczył, że poród porodowi nierówny, nawet gdy nie jest patologiczny, ani zakaźny.

Daleki jestem od tego, aby z okazji artykułu o profilaksji odry i kokluszu bronić szekspirowskiej prawdy o rzeczach, które się filozofom nie śniły, ale nie wydaje mi się, aby moment tajemniczości tego pojęcia konstytucji epidemicznej dlatego, że go się wymiareczkować pipetą ani odważyć wagą analityczną nie daje, zasługiwał na lekceważącą nazwę pojęcia „fałszywego i zużytego".

Daje się on, jak wspomniałem, wzrokiem klinicysty opanować, a więc jest czemś realnem i o ile klinika jest obserwatorjum naukowem, o tyle i on jest ciałem, nadającem się do bliższego zbadania.

Zresztą „metafizyka" różniczkowania tych chorób zakaźnych nie różni się w swojej filozoficznej istocie prawdopodobnie dużo od różniczkowania indywidualnego przez pastucha poszczególnych sztuk dla nas pozornie jednolitego stada owiec; a pastuch ani jego trzoda nie są pojęciami metafizycznemi.

Komuż z lekarzy nie jest znany fakt zniknięcia blednicy i komu nie są znane ankiety naukowe świata lekarskiego na temat, gdzie się ona podziała? Kto z lekarzy nie zna faktu metamorfozy klinicznej ostrego gośćca stawowego, który nietylko w naszych czasach stał się rzadszy i mniej intensywny, ale i pozbawiony swojego dawniej wyraźnego charakteru epidemicznego? I nietylko umiejscowienia stawowe stały się mniej liczne, i mniej bolesne, ale i choroba sama nie objawia się tak częstemi jak dawniej wysypkami prosówkowemi na skórze, ani powikłaniami płucnemi, obserwowanemi tak często przez Lathama, natomiast chętniej dziś atakuje ona serce.

Kto z lekarzy nie słyszał o złagodzeniu dawniej tak częstych i klasycznych groźnych ataków dny z guzami *(tophi)* i objawami opisanemi po mistrzowsku przez Sydenhama? Zwłaszcza świat lekarski w Alzacji i w Anglji notuje od szeregu lat zupełne prawie zniknięcie tych chorób w tych krajach. Jeżeli choroba przemiany materji dawać może takie warjacje kliniczne, to cóż dopiero w świecie zakażeń.

Każdy lekarz prowincjonalny obserwuje różne, nieobliczalne i niespodziewane fale tak pospolitej choroby, jak zapalenie płuc włóknikowe. Wolf w Strassburgu przez szereg 3 lat 1918—21 na materjale 1.500 chorych rocznie spotkał się w Zakładzie anat. patol. zaledwie 3—5 razy na rok z tą chorobą na stole sekcyjnym.

Wspomniałem na wstępie o zawodach, jakich doznaje z biegiem lat świat lekarski z powodu gorszej skuteczności surowicy przeciwbłoniczej. Czyż nie nasuwa się na pamięć prawdziwość hipotezy Pospischilla, że widocznie odkryciu Behringa sprzyjał przypadkowo „szczęśliwy" zbieg okoliczności, polegający na osłabieniu owej konstytucji epidemicznej choroby, czyli osłabieniu zjadliwości zarazka, które to osłabienie utrzymywało się przez dość długi okres czasu, aby dziś na nowo w tajemniczy sposób (może i przez współdziałanie łańcuszkowców, jak chce Lereboullet) ulec na nowo zwiększonej zjadliwości. Jeżeli gościec stawowy i dna mają swoje wahania chorobowe, dlaczego nie ma ich mieć dyfterja, a taksamo odra, czy koklusz.

Jest to moment, który bynajmniej nie odwraca myśli lekarskiej ku metafizyce bezproduktywnej, ale przeciwnie jest bodźcem dla jego obserwacji i dla wniosków, jakie winien czynić krytycznie i z pewną rezerwą z okazji tego czy owego środka leczniczego w terapji lub w zapobieganiu chorób zakaźnych.

Variabilitas — rozmaitość rodzajów jednej i tej samej infekcji jest tylko często pozorna jako wyraz wielu spokrewnionych, ale różnych i ostro odgraniczonych chorób, których zarazek pod względem genotypu jest różny, jakkolwiek po części pokrewny. Chodzi o postaci podobne pod względem phänotypu, które jednak dziś dają się rozdzielić.

Tyczy się to malarji, tyfusu, paratyfusów, czerwonki, nowej ospy, encephalitis letargica, która nie ma nic wspólnego z grypą.

Czasem Variabilitas jest wyrazem miejscowo lub czasowo różnej modyfikacji ważnej pod względem biologicznym i klinicznym. Przykładem endocarditis lenta i zakażenie bakt. viridans. W grypie 1890-91 i 1918-1927 chodziło prawdopodobnie też o powstanie modyfikacji, bo jest rzeczą nieprawdopodobną, żeby naraz liczne, genetycznie różne zarazki mogły się były pandemicznie rozszerzyć.

Nie można dziś jeszcze napewno tłumaczyć przez variabilitas różnych postaci przebiegu odry, epidemji płonicy i różyczki.

Oczywiście, aby móc zdać sobie sprawę z charakteru ciężkości każdej epidemji chorobowej, lekarz musi mieć tę przytomność

umysłu, zdolną do tworzenia syntezy na podstawie całego szeregu najdrobniejszych nawet objawów chorobowych, zauważonych tu i tam, których średnia wartość oszacowana w perspektywie długoletniego doświadczenia staje się cennym wskaźnikiem klinicznym w należytej ocenie grozy danego zakażenia.

Przez tę tendencję szukania w każdej chorobie, jak w każdym „porodzie" odzwierciedlenia nowej prawdy, trzyma się lekarz w należyty sposób „na swojem miejscu" i rozumie w miarę pracy coraz lepiej, że przez należyte skupienie się, a nie rozproszenie, że więc przez drogę *less without and more within* dochodzi do pewnego stanu posiadania doskonałości klinicznej, która — sama nieugięta — ugina inne pomocnicze gałęzie wiedzy dla swego szlachetnego celu. W tej perspektywie odkrycie tej lub owej serologicznej profilaksji ocenione krytycznie przez lekarza może być pożyteczne dla postępu i dla dobra publicznego.

Dostarczenie przez serologję surowicy ozdrowieńców odrowych i metody jej stosowania nie powinno być uważane za zdarzenie rozwiązujące trudny problem profilaksji odrowej. Mnóstwo faktów, harmonijnie notowanych jako zadowalniające, przez piśmiennictwo obce i nasze, logiczne uzasadnienie mechanizmu uodparniającego dziecko przeciw odrze, wreszcie ciągle dająca się odczuć potrzeba rozszerzenia dotychczasowych niewystarczających sposobów odosobnienia każe lekarzom z obowiązku korzystać z odkrycia serologów w praktyce lekarskiej zapobiegawczej.

Aby zastosowanie wynalazku serologicznego nie przyczyniło się mimowoli do obniżenia i oderwania myśli klinicznej na zewnątrz na rzecz pokrewnej medycznej gałęzi wiedzy, jaką jest serologja, lekarz klinicysta winien uświadomić sobie, że to odkrycie serologiczne, bez względu na swoją wartość, wywołać winno ożywienie interesu lekarskiego dla kliniki odry, choćby tylko w znaczeniu aktualnej potrzeby pogłębienia wskazań ochronnych przeciw odrze ze stanowiska czysto klinicznego. Ta tendecja racjonalnego stworzenia wskazań ochronnych przeciw odrze pogłębi poziom dotąd niedość klinicznie uzasadnionych dezyderatów w tym kierunku i z natury rzeczy przekona świat lekarski o istnieniu bliskiej i ważnej korrelacji odry z krztuścem tak pod względem klinicznym, jak epidemjologicznym i profilaktycznym. Uświadomienie to jest szczeblem postępu teoretycznego i praktycznego, pomocnym w walce ze śmiertelnością wczesnego wieku dziecięcego.

Wnioski:

Statystyka miejsca, wieku, warunków mieszkaniowo-społecznych i atmosferycznych, wpływających na śmiertelność i chorobowość odry u dzieci do 5-go roku życia nie różni się od statystyki krztuśca. Obserwacja epidemjologiczna stwierdza, że tuż wślad za epidemją odry pojawia się z reguły w większych miastach epidemja krztuśca. Obserwacja kliniczna wykazuje, że odra wywołuje u dzieci, które przebyły krztusiec, nawrót krztuścowy w postaci ponownie występującego ogniska płucnego, lub w postaci zaostrzenia, czy powikłania dawnej zmiany anatomicznej.

Objawy obudzonego ogniska krztuścowego pod wpływem odry zaznaczają się albo 1) zaraz na początku odry w okresie jej wylęgania, albo 2) dopiero po przebytej odrze.

Ad 1). Odra u dziecka krztuścowego zaczyna się często w okresie wylęgania wśród objawów płucnych, które powodują skierowanie dziecka do szpitala. Lekarz dyżurny winien w czasie epidemji odry z okazji każdego dziecka krztuścowego przybywającego do szpitala zadać sobie pytanie, dlaczego stan dziecka się pogorszył i dlaczego spowodował potrzebę szukania pomocy szpitalnej. Gdy na pytanie to nie może lekarz znaleźć odpowiedzi, wykluczającej możliwość odry w okresie wylęgania, dziecko winno być przez 18 dni uważane za podejrzane w kierunku odry. W razie śmierci dziecka należy przez konsekwencję dzieci tej samej sali w stosownym czasie izolować tak, jakby były wystawione na zetknięcie z odrą.

Ad 2). Po przebytej odrze u dziecka krztuścowego dawne ognisko płucne ulega zaostrzeniu lub powikłaniu. Kaszel zazwyczaj wybucha ze świeżą impulsywnością, imitując świeży krztusiec.

Zważywszy trudności, towarzyszące rozstrzygnięciu w każdym z tych przypadków odry powikłanej krztuścem i krztuśca powikłanego odrą, która z tych dwóch chorób jest ważniejsza w ocenie ewentualnej przyczyny śmierci, należy w tem bliskiem pokrewieństwie epidemjologicznem i klinicznem dopatrywać się istotnego wyjaśnienia dla bliskiego podobieństwa statystycznego obu zakażeń z jednakową, jakkolwiek nie zawsze trafną, częstością notowanych na kartach zejścia.

Piśmiennictwo.

1) Bergeron et Bourgarel: Rev. de Phtisiol. T. VIII, Nr. 3, 1927. — Debré R. et Joannom P.: La rougeole. Masson 1926. — 3) Mikułowski: Pedj. Pol. 1924, T. VI. — 4) Tenże: Pedj. Pol. 1925, T. VI. — 5) Tenże: Rev. d'Hyg. Nr. 9, 1926. — 6) Tenże: Arch. de Med. d'enfts. Nr. 19, 1925. — 7) Tenże: Pol. Gaz. Lek. 1926 i 1928. — 8) Tenże: Rev. de la Pédiatr. Franç. T. IV, Nr. 2, 1928. — 10) Tenże: Schweitz. Mediz. Woch. Nr. 30, 1927. — 11) Pospischill D.: Ueber Klinik Epidemiologie der Pertussis. — 12) Stévenin Henri: La coqueluche. Paris 1926. — 13) Schroeder: Klin. Woch. 1923. — 14) Woringer P.: Rev. fr. de Péd., T. II, 1926. — 15 Zembrzuski i Kamler: Pedj. Pol. 1927.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. U. 4261/28.

Warszawa, dnia 9 kwietnia 1929 r.

W sprawie kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Niektóre związki komunalne i władze administracyjne interpretują w ten sposób postanowienia ustawy z dnia 29. III. 1926 Dz. U. R. P. Nr. 36/26, poz. 214, a w szczególności art. 1 tej ustawy, iż sądzą, że koszty leczenia w szpitałach publicznych, powstałe po dniu 1 stycznia 1926 r. za chorych, ulokowanych w szpitalach przed tym terminem, winny być regulowane tak, jak koszty kuracyjne, powstałe przed dniem 1 stycznia 1926 r., t. j. przez gminy, w których chorzy zapisani są do ksiąg ludności stałej. Przepis art. 1 cytowanej ustawy odnosiłby się według takiej interpretacji tylko do chorych, umieszczonych w szpitalu po dniu 1 stycznia 1926 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wyjaśnia wobec tego, co następuje. Według dosłownego brzmienia art. 1 cyt. ustawy rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 1926 r. obowiązek związków komunalnych do opłacania kosztów kuracyjnych w szpitalach publicznych. Ograniczenie tego obowiązku do opłacania wyłącznie tylko kosztów kuracyjnych za chorych, przyjętych do szpitali po dniu 1. I. 1926, niema żadnego uzasadnienia w ustawie z dnia 29. III. 1926 Dz. U. R. P. Nr. 36/26, poz. 214.

Wymieniona ustawa odnosi się przeto do wszystkich kosztów leczenia w szpitalach publicznych, powstałych po dniu 1 stycznia 1926 roku niezależnie od tego, kiedy nastąpiło przyjęcie chorego do szpitala.

(—) *Piestrzyński*

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY.

Doc. Dr. F. Zahradnický: *Prijice žaludku. (Kiła żołądka).* Thomayerowa Sbirka přednášek a rozprav z oboru lékařského. Nakładem Towarzystwa lekarzy czeskich. Str. 64, 1928 r.

Kiła żołądka mimo wzmianek Andrala (1834), Gaillarda (1868) i Dienlataya (1898) jest chorobą stosunkowo mało znaną, a jej istnienie dość często zaprzeczane. Do końca 19 wieku choroba oznaczana była, jako rzadka (Orth, Birch-Hirschfeld), a klinicznie opisaną była w kilku zaledwie przypadkach. Pierwsze daty statystyczne o kile żołądka podał Chiari, który w 243 sekcjach zmarłych luetyków znalazł w 2 przypadkach zaledwie zmiany swoiste w żołądku. (Stolper w 61 sekcjach 6 przypadków kiły żołądka). Lang i Neumann są zdania, że kiła żołądka występuje częściej i że 20% przypadków wrzodu żołądka występuje na tle kiłowem. Sceptycznie należy również przyjąć twierdzenie Castexa, że wrzód żołądka w Buenos - Aires w 100% pozostaje w związku z kiłą. Galoway i Hausmann wskazują słusznie na to, że kiła żołądka bywa równie często rozpoznawana, zależnie od postępu terapeutycznego chorób żołądka wśród pojedyńczych narodów. Pewnem jest, że w ostatnich latach w piśmiennictwie opisano cały szereg przypadków chorób żołądka na podkładzie luetycznym, co dawniej zdarzało się rzadko. Przyczyną tego stanu jest, że dzisiaj możemy rychlej te przypadki zróżniczkować przy pomocy reakcji Wassermanna bądź też, że częściej dzisiaj występują, a wreszcie możliwem jest że obie te przyczyny współdziałają. Autor oprócz zmian anatomicznych występujących przy kile żo-

łądka omawia dokładnie objawy kliniczne tej choroby oraz leczenie. Autor nie uznaje klinicznego podziału Huberta, nie odpowiada mu podział Schlesingera, oparł się na podziale Rittera, który odróżnia następujące postacie kliniczne kiły żołądka: 1) Zapalenie kiłowe żołądka (Gastritis luetica), 2) Rozlany naciek kilakowy i rozlaną wybujałość włóknistą (Infiltratio diffusa gummosa, Hyperplasio fibrosa diffusa) ze zgrubieniem ściany żołądka, 3) Kilak (Gumma) i z niego powstający wrzód kilakowy, 4) Blizny po włóknistej przemianie kilaków lub wrzodów, 5) Skurczenie żołądka (linitis plastica) skutkiem nacieku kilakowego albo wybujałości włóknistej. Autor każdą postać oddzielnie opisuje, jej obraz anatomiczny, kliniczny, rozpoznanie różniczkowe i leczenie. Zapalenie kiłowe żołądka (gastritis) rozwinąć sie może już w I okresie, po największej części towarzyszy wtórnym objawom kiłowym skóry i błony śluzowej (Hubert). Podobnie, jak w jamie ustnej, również i w przewodzie pokarmowym mogą powstać zmiany luetyczne w postaci nadżerek krwotocznych i krwawień błony śluzowej żołądka, wywołanych bądź kiłowem schorzeniem naczyń krwionośnych (Dieulafoy, Singer), bądź zastojem, skutkiem choroby wątroby (Chiari, Zeissel).

Pierwsze dolegliwości żołądkowe występują przeważnie w 2 i 3 roku po zakażeniu rzadziej w 1 roku[1]. Autor jest zdania, że kiła żołądka jest chorobą lat młodszych, przeważnie występuje u mężczyzn. Ciekawem jest, że u negrów częściej występuje kiła żołądka, aniżeli u białych, w Japonji jest ona objawem dość częstym podobnie w Chinach. Przypadki zakażeń wrodzonych gina w pierwszych tygodniach lub miesiącach po porodzie (Chiari, Bittner, Oberndorf, Birch-Hirschfeld). Hirschfeld znalazł u 3-letniego chłopca proces luetyczny na kardji. Kiła żołądka nie daje objawów charakterystycznych, różniących się od innych schorzeń żołądka, nie-kiłowych. Objawy kliniczne wskazują na wrzód, podczas gdy chemiczne i rentgenologiczne badanie wzbudza podejrzenie na nowotwór (kwas mlekowy często obecny[2]), bakcyle Boas-Opplera). Choroba przebiega początkowo w atakach, później jest ciągłą. Boleści występują po jedzeniu, z przyjmowaniem potrawy wzrastają, po wymiotach chory czuje ulgę. Alkalia pozostawają bez wpływu. Apetyt początkowo dobry, znika w okresie późniejszym. Chory traci na wadze szybko podobnie jak przy nowotworze, staje się wybitnie niedokrewnym. Kwas żołądkowy występuje czasem w ilości zwiększonej, nieraz go nawet brak. Odczyn Wassermanna w większości przypadków dodatni. Jednak i wynik ujemny nie wyłącza swoistego tła choroby (Hausmann, Fowler, Marinescu, Hayen, Einhorn). W przypadkach o odczynie ujemnym stan polepsza się często po przeprowadzeniu leczenia przeciw-kiłowego. Alstett, Neem, Wile-Wartin znaleźli w niektórych przypadkach kiły żołądka krętek blady. Szereg innych autorów znalazł w potrawie zastoinowej krętki, które nie można było przy pomocy barwienia odróżnić od krętka bladego, chyba doświadczeniami na zwierzętach. Autor jest zdania Lerena, by we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka, zwężenia odźwiernika i wrzekomych nowotworów, opornych zwykłemu leczeniu, systematycznie podawać jod i rtęć, przed zabiegiem chirurgicznym (nawet przy ujemnym odczynie Wassermanna). Rtęć podaje w postaci czopków[3]), jod równocześnie wewnętrznie. (Pierwszego dnia po lewatywie, podaje Leren, czopek rtęciowy, 2 dnia 4 g rtęci w postaci Unguent neapolit. belladonae, 3-go dnia domięśniowo 0,02 g hydragyri bijodati w roztworze olejowym, 4-go dnia powtarza się procedura jak w pierwszym dniu, 5-go dnia jak w drugim, 6-go, jak w 3-cim i t. d. przez 21 dni. Chory zażywa równocześnie 15—20 kropel jodu albo też jod wstrzykuje się domięśniowo 2 razy na tydzień. Pracę swą kończy podaniem bardzo obfitego piśmiennictwa. Dla lepszego przeglądu lepiejby autor postąpił, gdyby był ograniczył szczegóły anatomiczne, a zwłaszcza histogenetyczne, zaś leczenie zebrał i omówił w jednym rozdziale. Praca byłaby wprawdzie krótszą lecz bardziej jasną. Tem nie powinna być zmniejszoną zasługa autora, że dał nam dokładny obraz kiły żołądka we wszystkich jej przejawach, choroby, o której w piśmiennictwie światowem mało stosunkowo jest prac, w polskiej zaś żadnej.

Dr. Ungar (Lwów).

Doc. Dr. W a l t e r Z w e i g: *Darmkrankheiten.* Wiedeń-Berlin, J. Springer 1929, str. 157. (Bücher der ärztlichen Praxis Nr. 12).

Choroby jelit, ich rozpoznawanie i leczenie, należą do jednego z najtrudniejszych działów medycyny wewnętrznej. Niejedno jeszcze z tej dziedziny do dziś dnia mimo rozlicznych badań i prac pozostało dla nas niewytłumaczonem, opartem tylko na rozlicznych przypuszczeniach. Każdą pracę, rozpatrującą ten dział, szczególnie opartą na długoletniem doświadczeniu powitać należy z zadowoleniem. W przedmowie zaznacza autor, że książka służyć ma lekarzowi-praktykującemu jako doradca w powikłanych nieraz chorobach jelita. Na podstawie 30-letniej pracy w zakresie schorzeń przewodu pokarmowego miał sposobność zauważyć, jak często rozpoznanie z pokoju chorego wędruje do pracowni, stając się wartością drugorzędną, jak często brak obserwacji, daru, który starym naszym nauczycielom umożliwiał stawianie godnego podziwu rozpoznania przy łóżku chorego. Właśnie praktycznym lekarzom stojącym zdala od udoskonaleń chemicznej i fizykalnej techniki badania, zmuszonym rozpoznawać chorobę, przy oparciu się tylko na zapatrywaniu własnem, wskazuje Zweig drogi, które umożliwią im często rozwiązać trudne zagadki djagnostyki jelit dla dobra chorych. Autor podaje jeno to, co na podstawie dotychczasowych badań jego i innych okazało się najodpowiedniejszem. Treściowie rozdzielił on książkę na następujące rozdziały: I. Anatomję, fizjologję i patologję jelit (patologiczne wzmożenie peristaltyki, patologiczne osłabienie peristaltyki, uszkodzenie czynności wydzielniczej). — II. Metody badania (wywiady, zewnętrzne badanie chorego, badanie treści żołądkowej, badanie stolca, badanie rentgenologiczne i rektoskopowe). — III. Patologję szczegółową jelit. Autor omawia w tym rozdziale oddzielnie schorzenia organiczne jelit, wywołane zmianami anatomicznemi (zapalenia, owrzodzenia, obstrukcje, dyspepsje, nowotwory, wrzody dwunastnicy i jelita cienkiego, niedrożność jelit, zapalenie wyrostka robaczkowego, niedomogę zastawki krętniczo-kątniczej (valvulae ileo-coecalis) oraz schorzenia odbytnicy) odrębnie schorzenia czynnościowe, a) Uszkodzenia peristaltyki (motilitas), (biegunki nerwowe, spazmy jelit, zwiotczenie jelita grubego oraz odbytnicy), b) Neurozy wydzielnicze (błonicę śluzowatą jelita, neurozy czuciowe (zmysłowe), kólki jelitowe). W osobnym rozdziale omawia djetetykę oraz leczenie djetetyczne chorób jelita. Dokładnie zaznajamia czytelnika z lekowaniem (Alkalia, Carminativa, Laxantia, i t. d.). Baczną uwagę zwraca również na fizykalne leczenie masażami, wodolecznictwo, leczenie ciepłem. Nie zapomina o wodach mineralnych, odmawiając im jednak wartości leczniczych. Zweig podaje dużo spostrzeżeń i rad osobistych np. podawanie borówek jako środka leczniczego w rozmaitych postaciach przy nieżytach jelit (herbaty borówkowej przy nieżytach lżejszego stopnia, „gelee" z borówek i gelatyny przy nieżytach cięższych), wody białkowej (Eiereiweiswasser) i in. Autor świetnie wywiązał się ze swego zadania. Książkę tę śmiało można każdemu lekarzowi praktykującemu polecić w tem przekonaniu, że odda mu w pracy dobre usługi, tembardziej, że podobnej nie posiadamy w języku polskim.

Dr. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 4, z 15. lutego 1929: M. W-i c z: Okólnik nr. 516 Komisarza Kasy Chorych m. st. Warszawy. — T. J a n i s z e w s k i: Uwagi w sprawie zbierania i zużytkowania materjału statystycznego (dok.). — S. J. S c h w e i g: Jaglica i jej zwalczanie w Łodzi. — J. B a c z k i e w i c z: Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lekarskiej w dwóch pierwszych jej kadencjach (I-sza 1923—1925, II-ga 1926—1928).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 5, z 1. marca 1926: T. J a n i s z e w s k i: Projekt reformy konstytucji polskiej prof. Stan. Starzyńskiego, a sprawy zdrowia publicznego. — S. J. S c h w e i g: Jaglica i jej zwalczanie w Łodzi (dok.). — Z. R u d o l f: O usuwanie śmieci i nieczystości z miast. — J. B ą c z k i e w i c z: Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lekarskiej w dwóch pierwszych jej kadencjach (I-sza 1923—1925, II-ga (1926—1928).

Przemysł chemiczny, nr. 1929, nr. 7 z kwietnia 1929: P. K u c z y ń s k i: O niektórych zjawiskach w polu elektrycznem i magnetycznem (dok.). — W. P ł o s k i: Wpływ klimatu na jakość oleju lnianego.

Medycyna, rok III, nr. 10, z 16. marca 1929: Wł. A r c i s z e w s k i: Przypadek anginy z zanikiem ciałek wielojądrzastych we krwi (Agranulocitosis). — Sew. C y t r o n b e r g: O właściwościach soku żoładkowego i o mechanizmie jego wydzielania (c. d. n.).

---

[1]) Brams znalazł zmiany kiłowe w żołądku w 3-cim miesiącu, Goldschmidt natomiast 28 lat po zakażeniu.

[2]) Küstner, Siegheim, Schur.

[3]) Hydrargyri bijodati 0,03—0,04, Vaselini, Lanolini aa qs., Butyri cacao 4,0.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 7, z r. 1929: Z. Zawiszanka: Wiersz: „Narodziny". — N. Jastrzębska: Wiosenny niepokój. — F. Kruszewska: Niegrzeczny Wicuś. — W. Borudzka: Dzieci ambitne. — Z. Wierzejska: Rysowanie. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie niemowlęcia, karmienie naturalne. — T. Welfle: Druskieniki. — T. Welfle: Inowrocław. — P. Gleich: Płonica (szkarlatyna). — Matki między sobą.

Ratownictwo, rok I, nr. 4, z kwietnia 1929: Fr. Obarski: Ostre zatrucie sublimatem i udzielenie pierwszej pomocy. — G. Raciążek: O jednolity typ apteczki podręcznej. — Odezwa Głównego stołecznego Komitetu obywatelskiego pomocy dla powodzian. — Z. Gilewicz: Przystosowanie wozu gospodarskiego i taborowego do transportu chorych (c. d.). — J. Zawadzki: Walka z chorobami zakaźnemi. — A. Szuro: Ochrona zdrowia.

Lekarz Polski, rok V, nr. 4, z 1 kwietnia 1929: T. Janiszewski: Zagadnienie odosobnienia chorych gruźliczych od otoczenia i odgruźliczenie naszych uzdrowisk na posiedzeniu Naczelnej Rady Zdrowia, odbytem dnia 30. kwietnia 1928 r. — A. Sianowski: W sprawie specjalistów. — Z. Wasertreger: W sprawie organizacji opieki lekarskiej w szpitalach. — Medycyna społeczna zagranicą.

Polska Dentystyka, rok VII, nr. 2, za marzec — kwiecień 1929: J. Jarząb: Powikłania w czasie leczenia ran. — Drozdowski: Stomatologja a wiedza lekarska.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 104, za marzec 1929: Z. Górniewicz: Szczególne cechy oddechu u koni.

Medycyna praktyczna: rok III, zesz. 3, z r. 1929: T. Żuralski: O rzeżączce kobiecych narządów płciowych. — E. Łotocki. Odma sztuczna i jej znaczenie w leczeniu gruźlicy (dok.). — W. Janusz i T. Fleker: Apoplexia ovarii. — J. Katzner: Cibalgina i jej zastosowanie lecznicze w medycynie wewnętrznej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 15, z 11. kwietnia 1929: R. Kraus: Co wiemy o odporności w gruźlicy? — J. Rutkowski: O mięsaku limfatycznym. — N. Przyłucki: Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (Streszczenie zbior. dok.). — L. Lejzerowicz: Gruźlica u żydów w Warszawie (dok.).

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 7 z 1. kwietnia 1929: Fr. Zalewski: Dwa przypadki powikłań znieczulenia lędźwiowego nagminnem zapaleniem opon mózgowych. — K. Chodkowski: Mezenchymalne nowotwory złośliwe trzustki w świetle danych piśmiennictwa z uwzględnieniem materjału sekcyjnego (z uwzględnieniem Zakładu anat. patol. Uniw. Warsz.). — Z. Łaski: Uszkodzenia kości udowej i sąsiednich stawów, ich unieruchomienie i transport w polu. — St. Wszelaki: Metody klasyfikacji gruźlicy płuc.

Wiadomości Lekarskie, rok II, nr. 3, z marca 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — M. Schieber: Zastosowanie promieni Roentgena w diagnostyce chorób płucnych (dok.). — P. Gleich: Zaburzenia w krążeniu u dzieci w przebiegu chorób zakaźnych. — H. Landau: Ustawa o ubezpieczeniu społecznem.

Ratownictwo, rok I, nr. 3, z marca 1929: Fr. Białokur: Zamachy samobójcze. — W. Markert: Otrucia środkami nasennymi. — Z. Gilewicz: Przystosowanie każdego wozu gospodarskiego i wozu taborowego do wygodnego transportu chorych i rannych. — M. Swoboda-Trzebiński: Przed powodzią.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 15, z 14 kwietnia 1929: J. Muszyński: Zmierzch hodowli roślin lekarskich w Niemczech. — Destylacja i najnowsze aparaty destylacyjne. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 4, z kwietnia 1929: K. Wodzicki: Zjawiska przeżuwania u bydła w świetle nowszych badań. — L. Houllevigne: Co współczesna nauka powiedzieć nam może o istocie piorunów. — Z. Łaskiewicz: Parę słów o metalografji.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 8, z 15 kwietnia 1929. W. Jeżewski: Projekt zmian w ustawodawstwie ubezpieczeniowem. — Z. Rudolf: O usuwanie śmieci i nieczystości z miast (dok.). — Po zawarciu umowy w Wielkopolsce. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z organizacyj lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo polskie.

Zagadnienia Rasy.

T. III., Nr. 7. 1926 r.

Dr. Wernic: *Eugenika i wytyczne jej działalności w Anglji i w Polsce.* Naukowa hipoteza eugenistów w Anglji opiera się na przypuszczeniu niejednokrotnie już potwierdzonem, że potomstwo zrodzone z rodziców stojących powyżej średniej miary ludzkiej będzie powyżej przeciętnego typu i uzdolnień i naodwrót. Dla poprawy rasy ludzkiej jest potrzebne rozmnażanie się ludzi wartościowych a ograniczanie mniej wartościowych, co da się osiągnąć przez: 1) segregację i 2) wyjałowienie.

Segregacja dotyczy ludzi niedorozwiniętych umysłowo a szczególnie przestępców nałogowych, alkoholików i nałogowych bezrobotnych, którzy byliby trzymani w zakładach zamkniętych.

Wyjałowienie stosowane byłoby do osób obarczonych cierpieniami dziedzicznemi, nieuleczalnemi, które przekazać się mogą potomstwu.

Z powyższych kwestyj wypływają pewne zagadnienia, jak: ograniczenie liczebności osób mniej wartościowych, a otaczanie specjalną opieką wysokowartościowych,

kontrola zapłodnień uzasadniona z jednej strony względami lekarskiemi dla wprowadzenia przerw pomiędzy ciążami, aby organizm kobiety nie uległ wyczerpaniu, zaś z drugiej strony względami tak ekonomicznemi jako obawa pogorszenia stanu materjalnego rodziny w razie powiększenia jak i względami natury państwowej, dotyczącemi regulacji gęstości zaludnienia kraju,

dobór małżeński, fakt najdonioślejszy z punktu widzenia eugeniki,

badanie stanu umysłowego i fizycznego młodzieży, prawodawstwo małżeńskie, pomoc państwa przy wychowywaniu dzieci nieślubnych, ulgi ze strony państwa dla liczniejszych rodzin,

zwrócenie uwagi na skutki krzyżowania ras i skrupulatne tegoż badanie i walka z czynnikami zwyrodniającemi.

Powyższe główne wytyczne działalności Tow. Eugenicznego w Anglji pokrywają się naogół z tezami Polskiego Tow. Eugenicznego, które uwzględniają: 1) sprawę doboru płciowego, 2) sprawę badania i zastosowania uzdolnień, oraz 3) walkę ze zwyrodnieniem. Natomiast w krzyżowaniu ras należy raczej dopatrywać się czynnika eugenicznego pomyślnego, jak wskazują przykłady, choćby Anglji i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Szczególnym dogmatem eugeniki w Polsce, po 150-letniej niewoli musi być walka z przyzwyczajeniami niewolniczemi, które zatruwają życie społeczne, a do których zaliczyć należy fałsz, tchórzowstwo, brak odwagi cywilnej, ugodowość i oportunizm.

T. III. Nr. 11 i 12.

Dr. Szczodrowski: *Co robi Tow. Eugeniczne,* (odczyt w Tow. Eug.). Twórca działalności opartej na zasadach działu wiedzy zwanego eugeniką jest anglik Galton, który zaobserwował że w społeczeństwach współczesnych zmniejsza się bardzo szybko odsetek ludzi utalentowanych, wskutek czego uważa, że cywilizacja może być tem zagrożona.

Przyczynę tego stanu rzeczy widzi Galton w nieodpowiedniem dobieraniu się małżeństw, wskutek czego drogą dziedziczności zanikają u potomstwa cechy dodatnie a biorą górę cechy ujemne.

Polskie Tow. Eugeniczne jest organizacją społeczną, która krzewi ideologję Galtona celem rozwinięcia i udoskonalenia wrodzonych własności rasy w kierunku najkorzystniejszym dla społeczeństwa.

Zawiązków tej działalności szukać należy w 1915 r. kiedy w Tow. Higjeny praktycznej im. Bol. Prusa powstał wydział walki z chorobami wenerycznemi zmieniony potem na samodzielne Polskie Tow. walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, a w r. 1919 na Polskie Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy, wreszcie przekształcone w 1923 r. na Polskie Tow. Eugeniczne, które za zadanie swoje przyjęło „wzmożenie tężyzny fizycznej, umysłowej i moralnej Narodu Polskiego, spotęgowanie jego odporności i sił twórczych".

Polskie Tow. Eugeniczne zdążając do wytkniętego celu drogą rozmaitych środków propagandowych oraz współdziałaniem z władzami państwowemi i samorządowemi i z organizacjami społecznemi o celach pokrewnych, podzieliło swą działalność na cztery działy:

Pierwszy dział genetyczny dotyczy spraw dziedziczności, doboru małżeństw i porad przedślubnych.

Drugi wychowania — mieści w sobie sprawy wrodzonych uzdolnień, zamiłowania i wyboru zawodu, psychologji indywidualnej, hamowania wybujałego popędu płciowego.

Trzeci — prawno-społeczny — traktuje zagadnienia eugeniczne z punktu prawnego a więc sprawy małżeństw, zagadnienia potomstwa u typów ujemnych, walki z epidemją samobójstw i poronień, polityki ludnościowej i t. d.

Czwarty — zapobiegania i lecznictwa — to walka z chorobami zwyradniającemi.

Polskie Tow. Eugeniczne jest członkiem założycielem Międzynarodowego Związku do zwalczania zarazy wenerycznej oraz członkiem Międzynarodowego Związku Towarzystw Eugenicznych.

Cele eugeniki powinny znaleść jaknajwięcej zwolenników, ponieważ z nimi wiąże się przyszłość społeczeństwa.

T. III. Nr. 10. 1927 r.

Dr. Wernic: *Wymieranie narodów w przeszłości i narodów współczesnych oraz rola prawodawstwa i organizacyj eugenicznych w chwili bieżącej* (odczyt w Twie Eugenicznem). Prelegent podkreślił rolę eugeniki, jaką ta musi odegrać przy usiłowaniach ujęcia rozmnażania się ludności w racjonalne formy. Tendencje ograniczenia potomstwa, istniejące jeszcze w starożytności, w wyniku których niektóre narody zniknęły z powierzchni ziemi, szerzą się w obecnej dobie z siłą jeszcze większą. Neomaltuzjaniści są zwolennikami nieograniczonego wstrzymania rozrodu dla celów korzyści indywidualnej przez co wykazują obojętność dla spraw społecznych i narodowych. Tymczasem dla Polski i Jej niepodległego bytu przedstawia urzeczywistnienie haseł tych niebezpieczeństwo zanikania ludności. Do tego nie wolno dopuścić. Należy natomiast skierować usiłowania w kierunku selekcji płodności, w kierunku płodzenia ludzi zdrowych, zdolnych, podnoszących wartościowość ludzkości a przeciwdziałanie rozmnażaniu się typów słabych, upośledzonych fizycznie lub umysłowo.

Program eugeniki polskiej w sprawie rozrodu streszcza się w trzech punktach: 1) zachowanie odpowiedniej gęstości zaludnienia wystarczającej dla obrony kraju, 2) popieranie rozrodu typów dodatnich, 3) powstrzymanie ewentualnie ograniczenie rozrodu typów zwyrodniałych, zwłaszcza, że rodziny matołków są bardzo płodne i chętnie wstępują w związki małżeńskie.

Wykonanie powyższego programu opiera się: 1) na doborze małżeńskim, 2) na wyborze zawodu, 3) na walce z czynnikami zwyradniającemi. Środkami do tego obok systematycznych wykładów i broszur są poradnie eugeniczne. Udzielane porady dzielą się na dwie kategorje:

I. dla osób pozostających w stanie wolnym,
II. dla osób pozostających w związkach małżeńskich.

I. Porady te mają na celu: 1) pouczanie o zapobieganiu chorobom wenerycznym, i połączone z tem 2) pogotowie eugeniczne dla stosowania odpowiednich środków zapobiegawczych, 3) pouczanie o unikaniu zapłodnienia przedślubnego, 4) porady przedślubne, 5) pouczanie o higjenie życia płciowego, 6) świadectwa przedślubne.

II. Porady te mają uwzględniać: 1) budowę zewnętrzną kandydatów i kandydatek do stanu małżeńskiego, 2) pouczenie, że nie należy stosować środków zapobiegawczych przed przyjściem na świat pierwszego dziecka, 3) sprawę niepłodności, która nieraz da się usunąć, 4) sprawe poronień, które z punktu eugenicznego dla osób zdrowych są godne potepienia.

Poza tem w poradniach niezbędne jest badanie uzdolnień i wyboru zawodu oraz uwzględnienie porad w zakresie sportów, które przy racjonalnem stosowaniu są niezawodnym środkiem regulowania rozwoju seksualnego. Taką drogą jedynie będzie można doprowadzić do stworzenia szlachetnego typu człowieka wyższej miary a do usunięcia niedorozwiniętego społecznie chorego, fizycznie i umysłowo podczłowieka.

T. III. Nr. 8. 1926 r.

Dr. J. B.: *Wyjaławianie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.* Stany Zjednoczone Ameryki Północnej starają się w radykalny sposób przyszłe pokolenia uchronić od dziedziczności chorób umysłowych i zbrodniczości wrodzonej i dążą do tego, aby rodzice z których choćby jedno było obciążone tego rodzaju cierpieniem nie posiadali potomstwa. Zamykają więc umysłowo chorych w specjalnych zakładach; nie mogąc zaś szybko zmniejszyć liczby umysłowo chorych wśród ogółu ludności, uchwalono w ciągu czasu od 1907 roku w 23 Stanach prawo sterylizacji, dokonywanej w szpitalach na wniosek komisji lekarzy specjalistów i z upoważnienia sądu. Operacja ta szczególnie u mężczyzn jest zabiegiem bardzo lekkim. Prawo to jest w praktyce wykonywane i zastosowano je do kilku tysięcy mężczyzn i kobiet.

T. III. Nr. 8. 1926 r.

Stefan Blank-Weissberg: *O powstawaniu płci* (odczyt w Tow. Eug.). Kwestja powstawania płci była przedmiotem różnych teoryj, których powstanie sięga czasów starożytnych, kiedyto uczeni twierdzili, że na płeć potomka wpływa tylko nasienie męskie albo temperatura macicy względnie nasienie i t. p. W czasach średniowiecznych biologja nieznacznie tylko posunęła się naprzód; uważano wówczas, iż bodźce świata zewnętrznego nie mogą wywierać wpływu na płeć potomstwa.

W okresie XIX i XX wieku starali się uczeni rozwiązać zagadnienie na podstawie danych statystycznych lub eksperymentalnych czy wreszcie na podstwie badań komórek rozrodczych i danych dziedziczności.

Badania prowadzone na drodze statystycznej oraz eksperymentów polegających na poddawaniu samic wzgl. jaj pewnym warunkom zewnętrznym, nie doprowadziło do pozytywnego rezultatu. Dość trafnie natomiast starają się wyjaśnić tę kwestję liczne badania nad budową komórek płciowych.

Prelegent przytacza kilka różnych faktów ustosunkowania się chromosonów podczas procesu zapłodnienia i o powstałym w ten sposób związku przyczynowym z powstawaniem płci, przyczem należy podkreślić że wyniki tych badań zgadzają się z obecnym stanem nauki o dziedziczności czyli t. zw. mendelizmem.

Rezultat tych badań stanowi niewątpliwie duży krok naprzód pozwalający mieć nadzieje, że prawdopodobieństwo wywierania w przyszłości wpływu na płeć potomstwa nie jest wykluczone.

Dr. Górzowa.

Piśmiennictwo niemieckie.

Narkose und Anaesthesie.

1928. 7.

Rud. Jaschke: *Nowoczesny sposób znieczulania w ginekologji.* Na podstawie doświadczenia klinicznego uważa autor znieczulenie paracerwikalne w połączeniu ze znieczuleniem pudendokokcygealnem za wystarczające celem zniesienia względnie zmniejszenia bólów porodowych. Zwłaszcza znieczulenie pudendalne może być używane zupełnie bezpiecznie i pewnie ze względu na swe działanie. Autor nie zna innego znieczulenia, któreby było równie dobre i równocześnie tak mało szkodliwe dla matki jak i dziecka.

Ad. Ujma: *Usypianie odbytnicze w zabiegach ginekologicznych.* Autor poleca ten sposób usypiania.

Paul Hussy: *Wybór uśpienia w zabiegach ginekologicznych.* Znieczulenia lędźwiowe i krzyżowe nie wystarczają lub też są bardziej niebezpieczne niż zwykła narkoza inhalacyjna, zaś uśpienie narcylenem nadaje się tylko do wielkich klinik a nowsze sposoby są jeszcze nie zbadane. Znieczulenie miejscowe jest sposobem dobrym i bezpiecznym jednak w większości przypadków, w których się musi wykonać cięcie cesarskie jest niewystarczające, z powodu czego należy je w przypadkach niepowikłanych uzupełnić narkozą. Z tego wynika, że tak w prywatnej praktyce jak i w większych zakładach usypianie oddech. jest najwygadniejsze.

1928. 8.

Genz: *Nowsze badania nad usypianiem ze specjalnem uwzględnieniem usypiania oddechowego.* Eter i chloroform (ostatni coraz rzadziej stosowany) wystarczają do przeprowadzenia odpowiednio głębokiego uśpienia w każdym przypadku. Wykazują one jednak pewne braki, które należy się starać usunąć.

Narcylen na razie nie może tych braków zastąpić z powodu trudności stosowania go.

Uśpienie odbytnicze i dożylne (avertyna i inne) znajdują się jeszcze w okresie początkowych badań.

Dwutlenek azotu jest najbardziej bezpiecznym środkiem tak, że można go polecić do stosowania przy mniejszych zabiegach. Technika podawania jego za pomocą ap. Sudecka-Schmidta jest łatwa do opanowania nawet przez sprytniejszy personel niższy.

Lessing: *Zniesienie bólu za pomocą chlorku etyl.* Autor omawia zalety tego środka.

Janik (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego odbytego w Sosnowcu dnia 7 listopada 1928 r.

Obecnych 29 członków i 10 gości.

Przewodniczący kol. Kozłowski.

Kol. Nasiłowski demonstruje przypadek porażenia położniczego u chłopca, u którego porażenie to ustępuje bez leczenia.

Kol. Zahorski przedstawia 17-letnią chorą, u której stwierdza się wczesny okres śpiączkowego zapalenia mózgu z jednoczesnymi objawami zaburzeń czynnościowych. Chora od $2^1/_2$ miesięcy sypia po całych dniach i nocach, jest wyraźnie osłabiona, poci się obficie, błony śluzowe ust suche, pokryte lepką śliną. Jednocześnie stwierdza się zniesienie odruchu rogówkowego i z języczka, wzmożenie odruchów kolanowych, zaburzenia czuciowe, wysepkowe znieczulenie oraz zwężenie pola widzenia na barwę czerwoną i znaczne zwężenie na zieloną.

Badanie krwi na Wassermanna i Meinicke'go dało wynik ujemny; morfologiczne badanie krwi wykazuje zmniejszoną ilość ciałek czerwonych, ubogich w hemoglobinę.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymanego pod ciśnieniem nieco wzmożonem, wykazało pojedyncze ciałka białe. Odczyn Pandy'ego ujemny. (Streszczenie własne).

Kol. Gosiewski przypuszcza, iż w danym przypadku senność może być na tle niedokrwistości, a może niedokrwistość spowodowana jest obecnością czerwi jelitowych, radzi przeto zbadać kał na pasożyty.

Kol. Puterman, który miał sposobność widzieć chorą zaznacza, iż łatwość zasypiania (n. p. zaraz po badaniu) i senność całymi tygodniami trwająca nie może być tłumaczona niedokrwistością.

Kol. Zahorski podaje, że w ostatnim czasie znowu zdarzają się świeże przypadki śpiączkowego zapalenia mózgu, co do przedstawionej chorej dodaje, iż niezwykle łatwo zasypia; pewnego dnia zasnęła w polu podczas spaceru i znaleziono ją przypadkowo. Takiej senności u niedokrwistych nie obserwuje się.

Po wyczerpaniu materjału demonstracyjnego sekretarz odczytał protokół z poprzedniego zebrania naukowego.

Protokół ten wywołuje ożywioną dyskusję, po której zebrani ponownie uchwalają wniosek prezesa kol. Kozłowskiego ustanawiający, oprócz datku na sierociniec, jednorazowy fundusz zapomogowy dla studentów medyków.

Po głosowaniu prezes kol. Kozłowski opuszcza zebranie, a przewodnictwo obejmuje wiceprezes kol. Puterman, który udziela głosu kol. Witkowskiemu.

Kol. Witkowski wygłasza odczyt: *„O wskazaniach do sztucznego przerwania ciąży"*. (Streszczenia prelegent nie podał).

W dyskusji nad odczytem kol. Witkowskiego, kol. Ryder zauważa iż często wskazania do przerwania ciąży są natury społecznej, a gruźlica służy tylko dla usprawiedliwienia zabiegu, gdyż sprawy społeczne nie są prawnie ujęte. Kol. Ryder jest zwolennikiem uwzględniania wskazań społecznych zwłaszcza gdy się bierze pod uwagę, że przerwanie ciąży dokonane lege artis jest mniej szkodliwe, niż poronienia wywoływane przez akuszerki-babki.

Odrębną kwestję stanowić będzie ustalenie jaką gruźlicę należy uważać za wskazanie do przerwania ciąży, a także unormowanie wypłacania zasiłków.

Kol. Ryder wspomina mimochodem, że koledzy w Zagłębiu Dąbrowskiem pojęcie gruźlicy biorą zbyt obszernie i wyszukują ją u przeważnej ilości chorych; ma na myśli odczytywanie przez kolegów rentgenogramów, o czem zresztą wygłoszą referat kol. Osiński i Welfe.

Kol. Suchodolski nie może zgodzić się ze zdaniem kol. Rydera jakoby lekarze w Zagł. Dąbrowskiem dopatrywali się gruźlicy tam, gdzie jej niema; badają oni bowiem tak samo jak i lekarze w innych okolicach kraju.

Zjazd ginekologów w r. 1925 nie uważał gruźlicy za wskazanie do przerwania ciąży.

Kol. Puterman podkreśla, że żydówki gruźliczne znoszą bardzo dobrze ciążę i karmienie; pogorszenie stanu gruźlicy następuje u nich dopiero po odstawieniu dziecka od piersi.

Przy przerwaniu ciąży należy uwzględniać oprócz gruźlicy także serce i nerki, co zresztą kol. Witkowski w osobnym odczycie poruszy, a zwrócić uwagę także i na osobniczą tolerancje chorej.

Zdaniem kol. Kotarskiego ciąża, poród i karmienie wpływają w naszych warunkach zawsze źle na stan kobiet gruźliczych. Na brak gruźlicy nie może Zagłębie narzekać; jest jej dosyć wbrew mniemaniu żywionemu do niedawna przez starych kolegów. W przemówieniu kol. Witkowskiego stwierdza pewną niekonsekwencję.

Domaga się kol. Witkowski by w pierwszych trzech miesiącach ciąży podtrzymywać stan chorej i unikać przerwania ciąży, a zaraz potem podkreśla, że przerwanie ciąży w późniejszych miesiącach jest rzeczą niebezpieczną.

Kwestji społecznej nie mogą przesądzać lekarze, dla których miarodajnemi mogą być tylko względy lekarskie, w przeciwnym bowiem razie lekarze nie mogliby odmówić żadnej kobiecie przerwania ciąży.

Wskazań społecznych nie wyklucza kol. Gruszkiewicz, który pozatem godzi się ze zdaniem kol. Kotarskiego o niszczącem działaniu ciąży, a często i karmienia na gruźliczne kobiety, o czem przekonują się najlepiej lekarze interniści. Wniosek na przerwanie ciąży powinien stawiać lekarz internista dopiero po pewnej obserwacji ciężarnej, gdyż tylko przebieg i rozpoznanie kliniczne, a nie Roentgen są miarodajnemi wskazówkami w rozpoznawaniu gruźlicy.

Przy wskazaniach do przerwania ciąży musimy się liczyć — jak to zaznacza kol. Rechtschaft — z innymi u nas niż w państwach zachodniej Europy — jak n. p. we Francji, — warunkami życia matek gruźlicznych. Tam istnieją dla matek gruźlicznych specjalne domy, których u nas brak.

O ile nie przerwiemy ciąży u matki gruźliczej to i tak zabijamy dziecko, które pozostawione przy matce zaraża się jej gruźlicą i ginie.

Kol. Zamieńskiego interesują formy gruźlicy, z jakiemi Koledzy skierowują ciężarną do przerwania ciąży, oraz okres ciąży, w którym należałoby kierować ciężarne do usunięcia płodu.

Rozpoznawać Adenopathji u dorosłych nie możemy, gdyż ta forma jest przywilejem wieku dziecięcego.

Po przemówieniu kol. Zamieńskiego posiedzenie zamknięto i protokół zakończono.

Sekretarz: (—) *Dr. Krogulski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

Sprawozdanie Walnego Zebrania Związku Lekarzy P. P. Okrąg lwowski, z dnia 7. kwietnia 1929.

Obecni: Dr. Szumlański, delegat Zarządu Głównego, prof. Dr. Nowicki naczelnik Izby lekarskiej, prof. Dr. Franke, dziekan Wydziału lekarskiego, Zarząd Zw. Lek. P. P. Okrąg lwowski, Delegaci Izby Lekarskiej oraz Delegaci Obwodów drohobyckiego, lwowskiego i tarnopolskiego.

Przewodniczył Zebraniu kol. Szumlański, sekretarzował kol. Stobiecki.

Przewodniczący otworzył posiedzenie podnoszące sukces odniesiony przez Związek w sporze z Kasami chorych na terenie Zachodniej Polski.

Prezes Okręgu kol. Daum poświęcił wspomnienie pośmiertne ś. p. kol. Moszkowiczowi, członkowi Zarządu Okręgu. Następnie zdał on sprawozdanie z czynności Zarządu w 1928/29 r. Przedstawił akcję Zarządu w okresie wyborów do Rady Kasy chorych w powiecie i mieście Lwowie oraz na prowincji. Ideą Zarządu było przeprowadzenie do Rad kasowych lekarzy na członków oraz do Zarządów, którzyby stanowili element fachowy w powyższych organach kas. Ponadto rzucono hasło dania możności ubezpieczonym korzystania w szerszym zakresie ze swobodnego korzystania t. j. bez rygoru ambulatoryjnego z pomocy lekarzy kasowych przy wolnym wyborze tychże. Podkreślił wybitną akcję Zarządu w okresie stanu bezkontraktowego w Kasach chorych w Zachod. Polsce. Przyczem znalazł Związek całkowite zrozumienie oraz poparcie ze strony Związku Lekarzy Kasowych we Lwowie. Czynny udział w wyborach do Rady Izby Lekarskiej we Lwowie i na prowincji umożliwił przeprowadzenie poza sympatykami Związku 15. czynnych członków naszych (na ogólną liczbę 48), z których czteru weszło do Zarządu Izby (na ogólną liczbę 9-ciu). Naczelnikiem Izby wybrano prof. Nowickiego, członka Zarządu Okręgu. Wyrazem przenikania wśród lekarzy idei i zrozumienia konieczności organizowania się zawodowego jest powstanie we Lwowie Związku Lekarzy szkolnych, kuratorjum lwowskiego. Zaznaczył o wielkich trudnościach w organizowaniu elementu lekarskiego — szczególnie w Okręgu lwowskim. Jednak najlepszym dowodem do czego mogą doprowadzić zrozumienie idei Związku, oraz wytrwałość jest duży rozwój Obwodu Tarnopolskiego. W końcu podkreślił stałą dążność Zarządu Okręgu i Obwodów do współpracy na terenie interesów zawodowych ze wszystkiemi organizacjami lekarskiemi.

Następnie zdali Delegaci Obwodów swoje sprawozdania poruszające kwestję kasy emerytalnej przy Izbie Lekarskiej, sprawę karencji w Tarnopolu, zagadnienie kumulacji posad (często z zakresu różnych specjalności). — Ponadto delegat Tarnopola podkreślił, że ostatnie wybory do Kasy chorych odbyły się u nich pod hasłem wolnego wyboru lekarzy przez ubezpieczonych, co ma szczególne znaczenie na powiecie. — Pozatem przy wyborach weszło do Rady Kasy czteru lekarzy, a dwóch do Zarządu.

Po dłuższej dyskusji, w której między innemi podkreślił prof. Nowicki rolę Izby Lekarskiej, jako neutralnego terenu współpracy wszelkich organizacyj lekarskich, omówiono sprawę Krakowskiej Kasy pogrzebowej i jej ścisłego związku organicznego ze Związkiem Lek. P. P.

W wyborach uzupełniających do Zarządu Okręgu lwowskiego wybrano kolegów: Henryka Begleitera, Emanuela Damańskiego, Władysława Hojnackiego, Tadeusza Wiczyńskiego ze Lwowa oraz Ludwika Mańkowskiego z Kulparkowa.

Przewodniczący zamknął obrady zawiadomieniem, że Walny Zjazd Związku odbędzie się w dniach 30 i 31. maja b. r. w Poznaniu.

SPRAWY ZAWODOWE.

Sąd Izby lekarskiej łódzkiej.

Sprawa L. 46—47. Posiedzenie orzekające. Komplet III. Sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej w składzie: Dr. Manteuffel J. — Przewodniczący; Dr. Dr. Klozenberg F., Rosiewicz J., Tenenbaum Sz., Skalski St. — członk. Sądu; Dr. Prechner Z. — zast. czł. Sądu; Dr. Kryszek H. — Sekretarz: Dr. Dr. Brzozowski K., Rueger H. Biegli, w obecności Rzecznika oskarżenia Dra Nowickiego S. i obrońcy z urzędu Dra Dobulewicza M. na posiedzeniu w dniu 20. czerwca 1926 roku rozpatrzył sprawę z powództwa Dra Kindlera Hieronima przeciwko doktorowi Kowalewskiemu Wacławowi, lekarzowi w Piątku zamieszkałemu, oskarżonemu o nieetyczne postępowanie i, zważywszy, że Dr. Kowalewski Wacław, lekarz w Piątku zamieszkały a) zarzucił bezpodstawnie Drowi Kindlerowi popełnianie czynów kryminalnych, b) niesłusznie podkopał jego opinję jako członka i lekarza, c) obniżył swem postępowaniem powagę stanu lekarskiego, wydał następujący

Wyrok:

Dr. Kowalewski Wacław skazany zostaje w myśl artykułu 33 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich na karę III stopnia t. j. na naganę z zaostrzeniem wyroku przez ogłoszenie w biuletynie Izby Lekarskiej Łódzkiej i w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" z podaniem imienia i nazwiska.

Koszty sądowe w ilości złotych 50 (pięćdziesięciu) ponosi zasądzony.

Wyrok nieostateczny. Od wyroku tego rzecznikowi oskarżenia i zasadzonemu, na zasadzie art. 38 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich przysługuje, w ciągu dni 14 od doręczenia wyroku, prawo odwołania do Naczelnej Izby Lekarskiej za pośrednictwem Izby Lekarskiej Łódzkiej.

Sekretarz: *Dr. Kryszek.* Przewodniczący: *Dr. Manteuffel.*

Motywy wyroku w sprawie przeciwko Drowi Kowalewskiemu.

Ad a). Na przewodzie sądowym zostało ustalone, że zarzuty czynione przez Dra Kowalewskiego Wacława Drowi Kindlerowi o zgwałcenie nie są poparte żadnym dowodem. Sprawa ta była na wokandzie Sądu Koronnego wobec skargi rzekomo poszkodowanej i dla Dra Kindlera nie miała żadnych następstw. Sąd Izby Lekarskiej piętnuje postępek Dra Kowalewskiego, rzucający bezpodstawnie oszczerstwa na kolegę.

Ad b). Podkopywanie opinji o Drze Kindlerze przez Dra Kowalewskiego drogą rozgłaszania o nim szeregu rzekomo kompromitujących go, jako człowieka i lekarza, czynów, nie zostało w żadnym konkretnym przypadku udowodnione na przewodzie sądowym. Sąd Izby Lekarskiej piętnuje powyższe postępowanie Dra Kowalewskiego, jako wogóle niedopuszczalne pomiędzy lekarzami i dopatruje się w tem chęci zemsty ze strony Dra Kowalewskiego nad lepiej przygotowanym do wykonywania swego zawodu kolegą.

Ad c). Dr. Kowalewski Wacław okazał na przewodzie sądowym taki ogromny brak orjentacji w najprostszych zagadnieniach praktyki lekarskiej, oraz taki brak wszelkich podstaw wiedzy lekarskiej, iż Sąd Izby Lekarskiej tylko temu przypisać może stosowanie przez Dra Kowalewskiego metod leczniczych, jaskrawo przypominające metody znachorskie.

Wobec powyższego Sąd Izby Lekarskiej uważa, że Dr. Kowalewski obniża powagę stanu lekarskiego i przynosi szkodę nie tylko ogółowi lekarzy, lecz i tej ludności, która z zaufaniem zwraca się do niego, po pomoc lekarską.

Niezależnie od powyższych motywów wyroku, Sąd Izby Lekarskiej wobec ujawnionej na przewodzie sądewym zupełnej nieznajomości zasadniczych podstaw nauki lekarskiej i postępowania lekarskiego, uchwalił zwrócić się z umotywowanem pismem do Zarządu Izby Lekarskiej Łódzkiej o spowodowanie rewizji uprawnień lekarskich przez Dra Kowalewskiego.

Sekretarz: *Dr. Kryszek.* Przewodniczący: *Dr. Manteuffel.*

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Ciąg dalszy.

III. Obowiązki lekarzy względem społeczeństwa.

§ 17. Niedozwolona jest wszelka reklama lekarska, wykraczająca poza zakres rzeczowych informacyj, a mająca na celu podawanie do wiadomości szczególnych kwalifikacyj i zalet lekarza lub jego metod i sposobów leczniczych, a także narzucająca publiczności w sposób natarczywy usługi lekarza.

§ 18. W pismach lekarskich dozwolone są wszelkie zgodne z rzeczywistością ogłoszenia lekarskie. Za treść tych ogłoszeń odpowiedzialna jest redakcja tych czasopism.

W pismach niefachowych wolno lekarzowi umieszczać zawiadomienia, ograniczające się wyłącznie do podania swego imienia i nazwiska, stopnia naukowego, specjalności, (bez wymieniania szczegółów i metod leczenia), adresu, godzin ordynacji, numeru telefonu oraz wyrazu „rozpoczął praktykę", „wznowił przyjęcia chorych", „przeprowadził się", „wyjechał", „powrócił".

Liczba ogłoszeń nie może przekraczać 36 w ciągu roku. Ogłoszenia przed tekstem na pierwszej stronie pisma, dużemi literami, (tłustemi czcionkami), w ramkach, obwódkach i t. p. uważane są jako posiadające cechy reklamy.

Ogłaszanie podziękowań dla lekarzy jest reklamą, za którą lekarz staje się odpowiedzialny, o ile jej nie przeciwdziałał.

Na prowincji wolno lekarzowi świeżo osiedlającemu się rozesłać jednorazowo okólnik do instytucyj społecznych, samorządowych, rządowych, aptek, mieszczący wyżej wymienione dane.

Zabrania się wywieszać ogłoszenia w aptekach, składach aptecznych i wszelkich instytucjach handlowych, a także rozsyłać ogłoszenia i rozdawać ulotki na ulicach.

Zakłady lekarskie mogą się posługiwać środkami godziwej reklamy kupieckiej.

§ 19. Napisy na szyldach lekarzy mogą zawierać tylko szczegóły podane powyżej dla ogłoszeń lekarskich.

Tablica pod względem wielkości i formy nie powinna w sposób rażący zwracać uwagi przechodniów. Zwykle dopuszczalna jest tylko jedna tablica na ulicy przy wejściu do domu, w którym lekarz mieszka, oraz tablica na drzwiach wejściowych do mieszkania lekarza.

Na domach narożnych lub o kilku frontach dozwolone jest umieszczenie tablicy na każdym froncie domu, a w domach przechodnich umieszczenie tablicy przy każdej bramie wchodowej.

Wolno też w razie zmiany mieszkania na przeciąg nie dłużej jednego roku, umieścić na domu, w którym lekarz dawniej mieszkał, tablicę, wskazującą nowy jego adres.

Umieszczanie tablic z jakiemikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w którym lekarz ordynuje, oraz w miejscach i lokalach publicznych jest wzbronione. Dopuszczalne są tablice dodatkowe w sieniach i korytarzach. Tablice te pod względem wielkości, formy i treści odpowiadać winny wyżej podanym wymaganiom:

§ 20. Wzbronione są następujące sposoby reklamy:

a) Ogłaszanie pomocy lekarskiej w przewodnikach podróży, w księgach informacyjnych dla podróżnych, w kalendarzach (z wyjątkiem lekarskich), w pismach ulotnych, ogłoszeniach hotelowych i tym podobnych drukach, oraz zezwalania na takie ogłoszenia.

Dopuszczalny jest jednak w podobnych publikacjach, ogólny spis wszystkich lekarzy, wykonywających praktykę w pewnej miejscowości, z wyszczególnieniem ich adresu, specjalności, godzin ordynacyjnych.

b) Ogłaszanie w dziennikach lub wogóle publiczne ofiarowanie bezpłatnej lub ulgowej pomocy lekarskiej.

c) Zalecanie szczególnych własnych metod leczniczych lub środków tajemnych drogą ogłoszeń w pismach nielekarskich lub przy pomocy ulotek, czy też odczytów publicznych.

d) Zamieszczanie w pismach nielekarskich opisów kuracji lub dokonanych rękoczynów.

Wygłaszanie przemówień o przypadkach chorobowych i operacjach, przez siebie dokonanych, przed nielekarzami w miejscach publicznych.

e) Podawanie w dziennikach wzmianki o zawodowym udziale w przypadkach niezwykłych lub dotyczących osób wpływowych, z wyjątkiem biuletynów urzędowych.

f) Polecanie własnych poradników, zwłaszcza w zakresie chorób płciowych i sekretnych, mających na celu zastąpić osobiste badanie lekarskie i leczenie chorego.

g) Publiczne obiecywanie radykalnych wyleczeń.

§ 21. Tembardziej niedozwolone są sposoby reklamy szarlatańskiej, a mianowicie:

a) Nadawanie sobie nienależnych tytułów lekarskich lub naukowych, czy też używanie nawet należnych tytułów w takiej formie, która może w błąd wprowadzić publiczność, co do kwalifikacji fachowych lekarza.

b) Używanie agentów i faktorów dla przysporzenia sobie klijentów bez względu na to, czy lekarz dzieli się wprost zyskiem z nimi, czy też wynagradza usługi ich w inny sposób.

d) Dzielenie się z aptekarzami lub innymi przemysłowcami zyskiem płynącym z zakupu ordynowanych przez lekarza leków lub innych środków, jak również zawieranie umów lub jakichkolwiek innych układów, dotyczących ordynacji lekarskich.

d) Umowy z aptekarzami o odsyłanie do lekarza chorych wzamian za polecanie tym chorym przez lekarza odnośnych aptek, lub wogóle umowy, zmierzające do obopólnego zysku z klijentów.

e) Wydawanie świadectw o skuteczności t. zw. środków tajemnych.

f) Wydawanie świadectw nielekarzom, że osoby te są zdolne da samodzielnego wykonywania czynności lekarskich (felczerzy, akuszerki, pielęgniarki, technicy dentystyczni, masażyści, bandażyści i t. p.) lub polecanie tych osób chorym do samodzielnych czynności lekarskich, jak również używanie ich bez kontroli w praktyce lekarskiej.

g) Wspólne z nielekarzami leczenie chorych; pokrywanie swem nazwiskiem leczenia chorych przez nielekarzy (partaczy leczniczych) lub popieranie ich w jakikolwiekbądź sposób.

IV. Obowiązki lekarzy względem kolegów.

§ 22. Współubieganie się lekarzy o zaufanie publiczności nie powinno się wyradzać w brudną konkurencję, mającą na celu zdobycie klijentów nieetycznemi środkami, uwłaszczającemi godności stanu lekarskiego, naruszającemi koleżeńskie obowiązki i przynoszącem często szkodę chorym.

§ 23. Bezwzględnie należy unikać wypowiadania wobec chorego, jego otoczenia lub wobec innych osób niefachowych, niekorzystnej opinji o działalności zawodowej kolegi, lub osobistych jego wadach.

Niewolno wobec chorego, jego otoczenia, lub wobec osób postronnych krytykować rozpoznania, leczenia, rokowania, lub orzeczenia poprzedniego lekarza.

Zakaz ten odnosi się także do lekarzy szpitalnych, klinicznych i ambulatoryjnych, przyjmujących chorych, którzy dawniej pozostawali w prywatnem leczeniu.

§ 24. Do sposobów brudnej konkurencji należy:

a) Ofiarowywanie tych samych usług lekarskich za tę samą, lub niższą cenę, albo też ofiarowywanie bezpłatnych usług.

b) Zmiana bez wszelkiej potrzeby ordynacji poprzedniego lekarza, zapisywanie tychże leków pod inną postacią, stawianie rozpoznania pod inną nazwą, zwłaszcza jeżeli to zrobiono w celu zdyskredytowania kolegi.

§ 25. Równoczesne leczenie chorego, a tembardziej odwiedzanie go bez wzajemnego porozumienia lekarzy jest niedozwolone.

Wolno jednak lekarzowi ordynować u siebie w domu chorym, którzy jednocześnie znajdują się w kuracji innego lekarza.

W podobnych przypadkach lekarz winien się wstrzymać od wszelkiej krytyki, dotyczącej rozpoznania, leczenia i rokowania, ustalonych przez kolegę.

§ 26. Zakaz leczenia chorych, pozostających pod opieką innych lekarzy nie dotyczy wypadków nagłych, wymagających śpiesznej interwencji lekarskiej wobec groźnego pogorszenia się choroby. W podobnych przypadkach każdy lekarz na wezwanie winien pośpieszyć do chorego w celu jednorazowego zastąpienia kolegi ordynującego, o ile takowy na czas stawić się nie może.

Lekarz doraźnie wezwany winien się ograniczyć li tylko do zarządzeń, których chwilowe niebezpieczeństwo wymaga, pozostawiając dalsze leczenie ordynatorowi, pierwotnie wezwanemu.

Lekarz, zaproszony do chorego, leczonego przez innego kolegę, może objąć dalsze leczenie na wyraźną prośbę chorego, lub jego otoczenia pod warukiem niekrytykowania czynności poprzednika.

§ 27. Jeżeli w razie nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia się choroby lub nieszczęśliwego wypadku, wezwanych zostanie jednocześnie kilku lekarzy, to lekarz, który przybył pierwszy, ma pierwszeństwo przy doraźnem udzielaniu pomocy, o ile sam pierwszeństwa tego się nie zrzeknie. Jeżeli w podobnych przypadkach chory nie ma lekarza stale go leczącego, to dalsze leczenie należy do tego lekarza, którego chory, rodzina jego, lub otoczenie sobie życzą.

Jeżeli jednak lekarz, wezwany doraźnie, z powodu nagłej potrzeby, dokona na chorym pewnej operacji, to ma on prawo zaopiekować się i dalszem leczeniem pooperacyjnem. W takim razie dalsze jego wizyty winny się odbywać z wiedzą, za zgodą i jeżeli to jest potrzebne oraz możliwe, w obecności lekarza ordynującego.

§ 28. Czasowo wolno, a nawet należy objąć leczenie chorego w zastępstwie lekarza ordynującego, o ile ten ostatni z powodu choroby, wyjazdu, sprawowania publicznych obowiązków obywatelskich, czy też z innych jakichkolwiek przyczyn, czasowo praktyki wykonywać nie może. W podobnych przypadkach obowiązek koleżeński wymaga, aby lekarz zastępujący zawiadomił rodzinę chorego o powrocie do pracy lekarza ordynującego.

§ 29. Lekarz zastępujący kolegę, nie tylko u pewnych chorych, ale wogóle w praktyce lekarskiej, powinien w czasie zastępstwa strzec interesów kolegi, którego zastępuje, i uważać należy za nadużycie zaufania koleżeńskiego, gdyby zastępca zabiegał o względy chorych lub osób postronnych w tym celu, aby potem na tej podstawie skutecznie konkurować z lekarzem, którego zastępował.

§ 30. Lekarz-zastępca nie powinien zmieniać rozpoznania, leczenia i rokowania, które ordynator ustalił, a w razie nieodzownej ku temu potrzeby, pożądane jest, aby wezwał na naradę drugiego lekarza, o ile środki materjalne chorego na to pozwalają.

§ 31. Za wysoce nieetyczne i niekoleżeńskie uważane być musi postępowanie lekarza, który na zasadzie łączących go z chorym stosunków towarzyskich, przyjaźni lub pokrewieństwa, dałby się skłonić do wykonywania kontroli nad leczeniem, poza plecami lekarza ordynującego.

§ 32. Lekarz powołany do wykonywania kontroli nad chorym bądź z ramienia pewnych instytucyj, jak Kasy Chorych, Tow. Ubezp. od Wypadków, władzy przełożonej chorego i t. p., bądź też jako lekarz zaufania przełożonych osób chorego (pracodawcy i t. p.) winien o ile to jest możebne, zawiadomić lekarza ordynującego o badaniu kontrolnem, by wspólnie z nim odwiedzić chorego i wspólnie ustalić treść wymaganego orzeczenia.

Jedynie tylko w porozumieniu z lekarzem ordynującym może lekarz kontrolujący zdjąć opatrunek w celu badania.

Lekarz kontrolujący powinien podczas wizyty kontrolnej powstrzymać się od wyrażania wobec chorego i jego otoczenia swej opinji o chorobie, jej przebiegu, leczeniu i rokowaniu.

§. 33. Wydawanie świadectw lekarskich t. zw. grzecznościowych, niedostatecznie uzasadnionych i nieodpowiadających rzeczywistości uważane być musi za nieetyczne i karygodne. Wydawanie świadomie fałszywych świadectw lekarskich karane jest K. K. § 444.

§ 34. Wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone, o ile w ciągu miesiąca od daty zgłoszenia nie spotka się ze sprzeciwem ze strony Zarządu Izby Lekarskiej; w razie sporu decyduje Naczelna Izba Lekarska.

Ograniczeniom przy stałem wykonywaniu praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach w kilku miejscowościach podlegać nie mogą:

a) lekarze wyznaczeni w charakterze lekarzy epidemicznych,

b) obowiązani na podstawie umowy lub stosunku służbowego do wykonywania czynności lekarskich w różnych miejscach w Państwie,

c) podejmujący się zastępstwa na określony przeciąg czasu,

d) osiadający czasowo w celu wykonywania praktyki w uzdrowiskach,

e) lekarze specjaliści przy wykonywaniu swej specjalności.

Wzbronione jest obejmowanie stałych posad w dwu miejscowościach, jeżeli z posadami temi łączy się obowiązek stałej obecności lekarza.

Nie wolno jest lekarzom ordynować w aptekach oraz mieszkaniach i gabinetach felczerów, akuszerek, pielęgniarek i t. p.

§ 35. Lekarzowi nie wolno jest ubiegać się o posadę, którą zajmuje kolega, chyba za jego zgodą, albo też po prawomocnem jej wypowiedzeniu dotychczasowemu lekarzowi. Dalsze wyjątki od powyższych zasad mogą być uwzględniane tylko przez Izbę Lekarską.

Posady lekarskie ogłoszone, jako zostające pod bojkotem przez organizacje lekarskie, mogą być zajmowane tylko po uprzedniem porozumieniu się z temi organizacjami.

Nie wolno jest starać się o posadę przy pomocy ofert ani też przez zaofiarowanie tańszych lub bezpłatnych usług.

C. d. n.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Józef Rostek.

Dnia 28. marca 1929 r. zmarł po krótkich cierpieniach w Katowicach, Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego, Oficer orderu Polonja Restituta, Członek Honorowy Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku, ś. p. Dr. Józef Rostek.

Dr. Józef Rostek urodził się dnia 12. listopada 1859 r. z ojca Florjana i matki Franciszki z Wyszkoniów w Wojnowicach pod Raciborzem, w ostatniej wsi polskiej, na pograniczu językowem polsko-morawskiem. W rok po wojnie austrjackiej, wstąpił do miejscowej szkoły wiejskiej, gdzie nauka wówczas odbywała się jeszcze w języku polskim. W domu rodzicielskim pod okiem matki wprawiał się w czytaniu na „Żywotach Świętych" Skargi. Wspomnienia swoje szkolne z tych czasów opisał później, a prof. Dr. Karwowski umieścił je w rozprawie pod tytułem: „Polacy i język polski na Górnym Śląsku". W maju roku 1870, przeszedł do zupełnie niemieckiej szkoły przygotowawczej w Raciborzu, znając zaledwie kilka słów niemieckich. Znakomity nauczyciel, który się nim szczególnie zaopiekował, powodzenia prusaków (pamiętał doskonale wrażenia zwycięstwa pod Sedanem) tak dalece wpłynęły na wrażliwy umysł dziecka, że na Wielkanoc 1871 r. już do tego stopnia przepojony był niemczyzną, że dyrektor protestanckiego gimnazjum w Raciborzu, przyjął do do sekty, bez wszelkiego egzaminu. Podczas swych studjów gimnazjalnych z zapałem czytywał poetów niemieckich, zwłaszcza Fausta Goethego. Gdy był w sekundzie, dziwnym przypadkiem wpadła mu w rękę książka Józefa Chociszewskiego „Piśmiennictwo Polskie", która odrazu obudziła drzemiące uczucia narodowe, do tego stopnia, że jako siedemnastoletni młodzieniaszek, w największej tajemnicy jedzie do Krakowa, zwiedza Wawel, Skałkę i wszystkie relikwie narodu polskiego. Od tej chwili datuje się apostolstwo polskości Józefa Rostka.

W roku 1880 zapisał się w Wrocławiu na Wydział lekarski i odrazu jako pierwszy górnoślązak-polak, wstępuje do „Kółka Towarzyskiego", składającego się przeważnie z Wielkopolan. Tam zapoznał się i wszedł w bliższe stosunki z ś. p. Dr. Franciszkiem Chłapowskim, prof. Dr. Dembińskim, marszałkiem Trąmpczyńskim, prof. Alfonsem Parczewskim, prof. Janem Kasprowiczem, adwokatem Stanisławem Bełza, oraz obecnym Metropolitą Szeptyckim. Owocem działalności wrocławskiej było założenie Towarzystwa Górnośląskiego Akademików Polaków w Wrocławiu, z którego wyszła prawie cała inteligencja polska Górnego Śląska. Należał również do „Towarzystwa Słowiańskiego", założonego przez prof. Parkinjego, a stojącego pod kierunkiem prof. Stanisława Nehringa.

Po ukończeniu egzaminu lekarskiego dnia 4. lipca 1885, i po otrzymaniu doktoratu w Lipsku w dniu 14. listopada 1885 r. na mocy rozprawy „Zur Frage der Empyemoperation" osiadł w listopadzie 1885 r. w Raciborzu, w lutym zaś następnego roku wstąpił w związki małżeńskie z Ludwiką Trąmpczyńską z Wielkopolski.

Pragnąc się dalej kształcić fachowo, przyjął po jednorocznej praktyce w Raciborzu stanowisko asystenta u prof. Dra Wilhelma Wagneta, dyrektora lazaretu gwareckiego w Królewskiej Hucie, które na Wielkanoc roku 1887, zmienił na stanowisko lekarza wolontarjusza u prof. Dr. Leopolda w Dreźnie, w zakładzie położniczym. Wróciwszy ponownie do Raciborza, uzyskał wkrótce tak obszerne pole pracy, że już w roku 1889, sięgnął — jak sam pisze w swym życiorysie, po „laury polityczne" i założył w Raciborzu pierwsze pismo polskie: „Nowiny Raciborskie", które do niedawna wychodziły na miejscu i przyczyniły się walnie do rozbudzenia i utrzymania polskości w raciborskiem. Żyłka dziennikarska nie przeszkadzała mu w zdobywaniu coraz większej wiedzy lekarskiej — półrocze letnie roku 1892, przebył jako asystent prof. Rydygiera w Krakowie.

W następnych latach obok praktyki, poświęcał ś. p. Dr. Józef Rostek siły swoje pracy w „Towarzystwie Polskiem" w Raciborzu, agitacji wyborczej (występował na 36 wiecach pod gołem niebem jako mówca), w roku 1891, założył pierwszą Śląską Pomoc Naukową dla uczącej się młodzieży na Górnym Śląsku, założył wyłącznie siłami miejscowemi w Raciborzu dom narodowy, pod nazwą: „Strzecha". Śmiało można powiedzieć, że nie było objawu życia narodowego na Śląsku, w któremby Dr. Józef Rostek nie brał udziału, z właściwą sobie niespożytą energją. Należał również do założycieli „Polskiego Towarzystwa Lekarzy na Śląsku", do pism narodowych pisał artykuły z dziedziny higjeny i prawodawstwa ubezpieczeniowego.

Dr. Józef Rostek przez całe swe życie — od chwili przebudzenia się polskiej samowiedzy — ani na chwilę nie sprzeniewierzył się ideologji politycznej polskości na Śląsku, nauczał on Ślązaków, co to jest narodowość, nauczał ich czuć i myśleć po polsku; prawie corocznie zasiadywał na ławie oskarżonych za sprawy polityczne, wobec tego nie zasłużył sobie na tytuł radcy pruskiego.

Podróżował dużo, zwiedził dokładnie południową Francję, Sycylję, Korsykę, Tunis, Grecję, ale przedewszystkiem wolne chwile poświęcał podróżom po ojszystym kraju, rozkoszował się perłami przyrody rodzimej: Tatr i Karpat — zabytki kultury polskiej zwiedzał, objaśniał młodszemu pokoleniu z fanatycznym wprost pietyzmem.

W roku 1914 przeniósł się do Wrocławia wskutek walki ekonomicznej ze sprusaczonym „Leipziger Verband", a z Wrocławia, już podczas wojny, do Strzelca Kujawskiego, gdzie władza pruska powierzyła mu niespodziewanie i samorzutnie urząd dyrektora lazaretu powiatowego.

Dnia 1. lipca 1919 r. powołał Dra Rostka Minister Janiszewski, jako referenta do spraw położniczych do Ministerjum Zdrowia Publicznego. Myśl o Śląsku nie opuszczała go nigdy — w czasie swego pobytu w Warszawie wygłosił cztery razy odczyt wobec tłumnie zgromadzonej publiczności „O politycznem odrodzeniu Śląska".

W lutym 1920, udał się z polecenia Ministerstwa Spraw Zagranicznych do Opawy jako polski Komisarz Graniczny. Na tym stanowisku pozostał aż do chwili objęcia stanowiska Naczelnika Wydziału Zdrowia przy Komisarjacie Plebiscytowym w Bytomiu, a później przy Województwie Śląskiem w Katowicach. Na tym posterunku wytrwał Dr. Józef Rostek aż do chwili śmierci dnia 28. marca 1929 r.

Obok niepospolitych zasług ś. p. Dra Rostka na polu narodowem i społecznem nie wypada nie wymienić jego nieskazitelnego poczucia obowiązkowości. Mimo swego leciwego wieku spełniał do samej śmierci z największą sumiennością swe ciężkie obowiązki urzędnicze, nie oszczędzając się więcej, niż swych podwładnych i nie życząc sobie zasłużonego wypoczynku.

Jako lekarz stał niezachwianie na straży wysokiej etyki i wysokiego poziomu stanu lekarskiego.

Śląsk traci w zmarłym jednego z najwięcej zasłużonych synów, a lekarze Polacy drogiego kolegę, doradcę i przyjaciela.

Niechaj Mu ta stara Ziemia Piastowska, dla której całe życie walczył i pracował, lekką będzie.

Towarzystwo Polaków na Śląsku.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie Rady do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku. Dnia 18. marca r. b. odbyło się pierwsze posiedzenie Rady do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku; przewodniczył Dyrektor Departamentu Zdrowia p. dr. Piestrzyński. Po przyjęciu regulaminu Rady, przeprowadzono dyskusję nad projektami rozporządzeń o mleku i jego przetworach, o sztucznych tłuszczach jadalnych i o barwieniu artykułów żywności. Podczas omawiania Rozporządzenia o tłuszczach, zwrócono uwagę na konieczność zdecydowania popierania polskiego przemysłu tłuszczowego, przyczem p. prof. Iwanowski postawił tezę, że w najlepszem zrozumieniu ochrony zdrowia ludzkiego należy zalecać raczej spożywanie margaryny i sztucznych tłuszczów, niż tłuszczów naturalnych; fabrykaty — pozostając w czasie produkcji pod stałą fachową kontrolą — dają gwarancję dobroci, zdolności odżywczej, czystości i t. p., co nie da się bynajmniej powiedzieć o słoninie lub smalcu, spożywanych zazwyczaj w stanie zjełczałym i zepsu-

tym. P. Inż. Podraszko poruszył sprawę dodawania do margaryny mąki kartoflanej, jako środka rozpoznawczego, zamiast oleju sezamowego. Argumenty natury technicznej i gospodarczej przekonały dostatecznie wszystkich członków Rady, poza przedstawicielami władz, które uporczywie na stanowisku używania oleju sezamowego.

Wszystkie projekty rozporządzeń odesłano do komisyj, które w liczbie 3 zostały powołane przez Radę; są to komisje: organizacyjna, artykułów żywnościowych, przedmiotów użytku.

Projekt przymusowej praktyki dla młodych lekarzy. W związku z wydaniem nowych przepisów szpitalnych, zamierza Min. Spraw Wewnętrznych przeprowadzić nowelizację ustawy o praktyce lekarskiej. Wprowadzony będzie w życie przymus rocznej praktyki w szpitalach dla początkujących lekarzy przed rozpoczęciem przez nich praktyki prywatnej. Przymus ten ma być wprowadzony od r. 1930.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wystosowało do Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej w Warszawie pismo następujące:

Rządowy projekt podwyżki komornego proporcjonalnie aż do podwojenia cen obecnych dla stworzenia funduszu budowlanego wywołał bardzo poważny niepokój we wszystkich sferach społeczeństwa, jako środek który musi spowodować głębokie wstrząśnienia ekonomiczne.

Nagłe niepomierne podniesienie ceny mieszkania, tego najniezbędniejszego objektu życia, pociągnie za sobą podrożenie wszystkich najniezbędniejszych artykułów, spowoduje ogólną drożyznę i podetnie egzystencję pracowników umysłowych.

Zawody wyzwolone, w szczególności lekarze, którzy przechodzą obecnie ciężki kryzys w związku z wprowadzanem uspołecznieniem lecznictwa, podwyżki komornego wytrzymać nie będą w możności.

Obecne komorne, przerachowane z przedwojennego w stosunku 2.66 za rubla — stanowi już dziś u lekarzy, coraz mniej nagół zarabiających, tak poważną rubrykę w wydatkach, że lekarze coraz bardziej mu podołać nie mogą.

O utrzymanie mieszkania własnego przez lekarza początkującego bez pomocy rodziny dziś mowy niema — nawet znane nam są przypadki likwidowania własnego mieszkania przez lekarzy nie mogących wyżyć z praktyki. Wszelkie nowe próby podniesienia komornego powiększą tylko zastępy takich bankrutów lekarskich.

Na zasadzie powyższego Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej zwraca się zgodnie z uchwałą swych członków z dnia 26. marca 1929 do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z wnioskiem wystąpienia z protestem przeciwko projektowi stworzenia funduszu budowlanego drogą podwyżki komornego — w obronie Stanu Lekarskiego.

Sekretarz: *Dr. W. Knappe.* Prezes: *Dr. K. Dłuski.*

Kraków.

Zarząd Okręgu Krakowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego (Radziwiłłowska 4) utworzył referat pośredniczenia w obejmowaniu wolnych posad jakoteż i zastępstw zwłaszcza podczas letnich urlopów wypoczynkowych, przez kolegów członków Związku L. P. P. Upraszamy o szybkie zgłaszanie wolnych posad względnie zastępstw z podaniem terminu, specjalności oraz warunków płacy, by wydelegowanie zastępców ze względu na nadchodzące urlopy letnie mogło być pewne i odpowiednie.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XII. Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 19. kwietnia b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. K. Szumowski: Przypadek twardzieli leczony diathermją i promieniami Roentgena (pokaz); 2) kol. W. Elmer i M. Scheps: Przypadek cukrzycy kiłowej (pokaz): 3) kol. J. Lenartowicz: Z badań nad kiłą doświadczalną (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Dobrzański, Gąsiorowski, Goldschlag, Pisek.

Poznań.

Poznański jubileuszowy Kalendarz Nowin Lekarskich na rok 1929. Świeżo opuścił prasę kalendarz lekarski wydany przez czasopismo Nowiny Lekarskie. Wydawnictwo to ujęte w bardzo estetyczną, a przytem przyjemną formę zawiera najważniejsze daty i wskazówki, potrzebne na każdym kroku lekarzowi praktycznemu. Z tego też względu jest kalendarz ten bardzo pożytecznym podręcznikiem dla każdego lekarza i zasługuje na jak najszczersze rozpowszechnienie.

II. Zjazd chemików polskich. W dniu 2—4 lipca r. b. odbędzie się pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej II. Zjazd Chemików Polskich. Zjazd zostaje zwołany do Poznania w czasie trwającej tam Powszechnej Wystawy Krajowej i ma na celu przedstawić szerokiemu ogółowi, tak z wewnątrz jak i z zewnątrz kraju, dorobku Polski w dziedzinie chemji czystej, technologji chemicznej oraz dydaktyki chemji.

Wszystkie sprawy związane ze Zjazdem prosimy skierowywać przed dniem 1-szym maja do Głównego Komitetu Wykonawczego, Warszawa, Politechnika, Polskie Towarzystwo Chemiczne, — po 1-szym maja do prof. Konstantego Hrynakowskiego, Przewodniczącego Poznańskiego Komitetu Wykonawczego II. Zjazdu Chemików Polskich — Poznań, Zamek.

Wilno.

Twardziel na Wileńszczyźnie. Na Wileńszczyźnie, w Nowogródzkiem i Grodzieńskiem przeprowadzone zostaną laryngologiczne i bakterjologiczne badania nad twardzielą w miejscowościach, gdzie powstały ogniska tej choroby, pod kierunkiem profesora dra Jana Szmurły, dyrektora kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Cała akcja, finansowana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V. Służby Zdrowia), będzie miała na celu przebadanie ludności i wyłowienie tajonych, względnie dotychczas nierozpoznanych przypadków tej choroby.

Zjazd ogólny polskiego lekarskiego Towarzystwa radjologicznego. W czasie XIII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zbierze się w Wilnie w dn. 26—29 września 1929 r., odbędzie się, jako sekcja odrębna tegoż Zjazdu — Zjazd Ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

Tematy główne Zjazdu P. L. T. R.: Temat I. Leczenie spraw zapalnych promieniami Roentgena. Sprawozdawcy: Prof. Dr. Karol Mayer (Poznań). Docent Dr. Józef Jaxa Dębicki (Lwów). Temat II. Działanie promieni Roentgena na gruczoły dokrewne i jego zastosowanie lecznicze. Sprawozdawcy: Dr. Bronisław Sabat (Warszawa). Dr. Edward Bruner (Warszawa). Temat III. Rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów płuc i śródpiersia. Sprawozdawcy: Docent Dr. Adam Elektrowicz (Warszawa). Dr. Henryk Adelfang (Warszawa). Temat IV. Zmiany kiłowe narządu krążenia w obrazie rentgenologicznym. Sprawozdawcy: Dr. Emil Meisels (Lwów). Dr. Witold Zawadowski (Warszawa).

Wszystkie zapytania tyczące się powyższego Zjazdu, oraz zgłoszenia referatów na tematy dowolne należy nadsyłać pod adresem Przewodniczącego sekcji — Docenta Adama Elektrowicza (Warszawa, Hoża 19). Ze względów organizacyjnych uprasza się o jak najszybsze zgłaszanie referatów. Sekretarzem i gospodarzem sekcji w Wilnie jest Dr. Leon Sułkowski, (Wilno, Szpital Kolejowy).

Ze świata.

I Kongres Międzynarodowy Aktynologów. W dniach 22—24 lipca r. b.: odbędzie się w Paryżu Pierwszy Kongres Międzynarodowy Aktynologiczny, organizowany przez paryski Instytut Aktynologiczny. Kongres będzie połączony z wystawą przyrządów aktynologicznych, oraz z wykładami. Koszt karty uczestnictwa wynosi 100 franków francuskich. Osoby towarzyszące płacą 50 franków. Zapisy skierowywać należy do Dra Dufestel, 150 bis Boulevard Pereire, Paris XVII; — zgłoszenia odczytów przyjmuje się do 1-go lipca r. b. — Jako języki urzędowe uznane są: francuski, angielski, niemiecki, włoski. Ogłoszono następujące tematy programowe: 1. Wybór jednostki dawkowania promieni nadfjołkowych. — 2. Leczenie światłem gruźlicy otrzewnej. — 3. Wartość zapobiegawcza promieni nadfjołkowych. — 4. Leczenie gośćca promieniami podczerwonemi.

Epidemja grypy. Grypa szerzy się w roku bieżącym bardziej, niż w roku zeszłym i posiada wyższą śmiertelność. Biuletyn sekcji higjeny Ligi narodów wykazuje, iż w roku zeszłym najwyższa śmiertelność wynosiła 44,7 na 1000, w bieżącym zaś roku ilość wypadków śmiertelnych przekroczyła już w Szkocji i Irlandji 50 na 1000. Najbardziej dotknięte klęską grypy były wyspy Brytyjskie. W Warszawie śmiertelność wynosiła 19 na 1000 mieszkańców.

R a d n a z w a l c z a n i e r a k a. Siedemdziesiątą rocznicę urodzin króla szwedzkiego Gustawa V-go naród szwedzki uczcił przez zebranie przeszło miljona koron szwedzkich, które wręczono królowi do jego rozporządzenia. Król przyjął hojną ofiarę swego narodu i całą sumę przeznaczył na zwalczanie raka, a przedewszystkiem na kupno sześciu gramów radu. Rad ten będzie podzielony pomiędzy szwedzkie instytucje naukowe.

VI F r a n c u s k i K o n g r e s S t o m a t o l o g i c z n y. VI Francuski Kongres Stomatologiczny odbędzie się w Paryżu w czasie od 22 do 29 października 1929 w Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Paryskiego i w Ecole Francaise de Stomatologie. Programem są objęte: 1. Thibault, Raison: Posocznice biorące swój początek w jamie ustnej. — 2. L a c r o n i q u e: Chirurgiczne leczenie zakażeń okołowierzchołkowych, wyłyżeczkowanie i odcięcie wierzchołka korzenia. — Pozatem będzie omawiana kwestja: „Zapobiegania próchnicy zębowej".

IV N i e m i e c k i Z j a z d L e k a r z y-D e n t y s t ó w. IV Niemiecki Zjazd Lekarzy-Dentystów odbędzie się w czasie od 2 do 8 września 1929 w Kolonji w myśl uchwały powziętej przez Centralny Związek Lekarzy-Dentystów Niemieckich na zjeździe poprzednim odbytym w roku 1928 w Dreźnie. Równocześnie święcić będzie Związek lekarzy-dentystów Nadrenji i Westfalji pięćdziesięciolecie swego istnienia. Komitet miejscowy dołoży wszelkich starań, by Zjazd udał się jak najlepiej i stanął na odpowiedniej wyżynie naukowej. Również strona naukowa nie będzie pominięta celem bliższego zaznajomienia się Kolegów pomiędzy sobą. W szeregu artykułów mających się ukazać w czasopismach fachowych niemieckich będzie dana Kolegom możność poznania historji i kultury Nadrenji a w szczególności Kolonji i jej znaczenia historycznego i kulturalnego. Zarząd miasta Kolonji z burmistrzem Drem Adenauerem na czele dołoży wszelkich starań, by uczestnicy zjazdu, który po 21 latach znowu się odbędzie w Kolonji, odnieśli jak największą korzyść. Na czele Komitetu organizacyjnego stoją: Prof. Zilkens przewodniczący Towarzystwa lekarzy-dentystów Nadrenji i Westfalji, Dr. Schwarzschild, przewodniczący Związku Okręgowego Lekarzy-Dentystów w Nadrenji i Dr. Hüsten przewodniczący Towarzystwa dentystycznego w Kolonji.

K u r s d o k s z t a ł c a j ą c y z d z i e d z i n y r a d j o d j a g n o s t y k i g r u ź l i c y p ł u c i c h o r ó b d r ó g o d d e c h o w y c h urządza w Strasburgu tamtejszy Wydział Lekarski wspólnie z Towarzystwem walki z gruźlicą. Kurs ten odbędzie się w czasie od 24 do 30 czerwca b. r. pod kierunkiem Dra Gunsett'a dyrektora regionalnego ośrodka walki z rakiem i Vaucher'a sekretarza generalnego Alzacko-Lotaryńskiego Towarzystwa walki z gruźlicą przy współudziale miejscowych profesorów Wydziału lekarskiego i lekarzy specjalistów. Wszelkich bliższych wiadomości o tym kursie zasięgnąć można u p. Dr. E. Vauchera, 8 quai Finkwiller, Strasbourg.

S a m o b ó j s t w o p r o f. P i r q u e t a. Śledztwo policji wiedeńskiej w sprawie zagadkowego zgonu słynnego lekarza chorób dziecięcych i profesora uniwersytetu wiedeńskiego, Pirqueta i jego małżonki stwierdziło, że profesor popełnił wraz z żoną samobójstwo. Dowodzą tego listy, pozostawione przez profesora.

W dniu śmierci wręczył prof. Pirquet swojemu zastępcy, dr. Noblowi skrzynkę, zawierającą testament i listy. Pomiędzy listami znajdowała się koperta z napisem: „Otwórzcie natychmiast po mojej śmierci". Koperta ta zawierała listy pożegnalne do krewnych i znajomych.

W skrzynce znajdował się również list z datą 28 lutego, t. j. z datą jego śmierci. W liście tym uprasza prof. Pirquet, ażeby nie dokonywano obdukcji jego zwłok i żony. Badania lekarzy stwierdziły, że przyczyną śmierci nie było zaczadzenie, lecz zażycie ostrej trucizny.

Kalendarz Zjazdów.

V Międzynarodowy Kongres medycyny i farmacji wojskowej w Londynie od 6 do 11 maja 1929.

I Międzynarodowy Kongres lotnictwa sanitarnego w Paryżu od 15 do 20 maja 1929.

XII Międzynarodowa Konferencja pracy w Genewie od 30 maja 1929.

I Zjazd dermatologów słowiańskich w Warszawie 29 i 30 czerwca 1929.

Zjazd lekarzy w Paryżu zorganizowany przez czasopismo „Revue médical" od 9 do 14 czerwca 1929.

II Zjazd chemików polskich w Poznaniu od 2 do 4 lipca 1929.

V Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów w Paryżu 25, 26 i 27 lipca 1929.

I Międzynarodowy Kongres Aktynologiczny w Paryżu od 22 do 24 lipca 1929.

V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania w Helsingör (Danja) od 8 do 12 sierpnia 1929.

Fédération dentaire internationale w Utrecht (Holandja) w początku sierpnia 1929.

XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

VIII Zjazd Towarzystwa Internistów polskich w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

IV Polski Zjazd stomatologiczny w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

Zjazd ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

Wycieczka naukowy lekarzy do zdrojowisk włoskich od 10 do 26 września 1929.

IV Zjazd lekarzy-dentystów niemieckich w Kolonji od 2 do 8 września 1929.

VI Zjazd stomatologów francuskich w Paryżu od 22 do 29 października 1929.

Zmarli.

Dr. W i k t o r L e g e ż y ń s k i, em. lekarz naczelny miasta Lwowa, zmarł we Lwowie w 65-tym roku życia.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 16-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. pracy Doc. Dr. A. Ławrynowicza i Dr. Z. Czyżewskiej p. t.: „Anatoksyna paciorkowcowa w praktyce szczepień ochronnych przeciwpłoniczych" zaszły następujące omyłki druku:

na stronie 293, szpalta druga w wierszu 14-tym od dołu zamiast *Kurycyna* ma być *Kuricyna*,

w wierszu zaś 9-tym od dołu tej samej szpalty zamiast *najodponiejsze* ma być *najodpowiedniejsze*.

Redakcja otrzymała:

Stan. Wąsowicz: „Spostrzeżenia kliniczne u chorych niepratkujących". Odbitka z „Gruźlicy", nr. 1, rocznik IV, 1929.

Kaz. Dąbrowski: „O zwapnieniach w gruźlicy płuc". Odb. z „Gruźlicy", nr. 1, rocznik IV, 1929.

Ministerstwo pracy i opieki społecznej. „III Rocznik Ubezpieczeń społecznych w Polsce rok 1927". Nakł. Ministerstwa pracy i opieki społecznej. Warszawa 1929.

I. Ducuing: „Phlebites, thromboses et embolies post-operatoires". Masson et Cie Paris 1929.

St. Klein: „Żółtaczka hemolityczna" (Konstytucja hemolityczna). Zeszyt XIII wydawnictwa Medycyna w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Warszawa, 1929 r.

Włodz. Badmajeff: „Chi Szara Badahan", zasady medycyny tybetańskiej. Warszawa 1929.

Sprawozdanie z działalności Łódzkiego Towarzystwa zwalczania raka za czas od IV 1927 do 31. XII. 1928.

Dr. Jakób Frostig: „Das Schizophrene Denken". Phänomenologische Studien zum Problem der Widersinnigen Sätze. Nakł. Georg Thieme, Lipsk.

Lumière Aug.: „Le cancer". Maladie des cicatrices. Wyd. Centre anticancéreux de Lyon. Nakł. Masson et Cie Paris 1929.

A. Krakowski: „Leczenie pląsawicy dożylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny". Odb. z Kwartalnika klinicznego, tom VII, zeszyt 1, r. 1928.

L. E. Bregman i P. Szpilman - Neudingowa: „Zur Lipjodoldiagnose bei Rückenmarkskrankheiten". Odb. z Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, tom 103, zeszyt 5 i 6.

L. E. Bregman i K. Poncz: „Enzephalitis nach Masern". Odb. z Wiener Mediz. Wochenschrift, nr. 9 z r. 1929.

L. E. Bregman i K. Poncz: „O powikłaniach mózgowych po odrze". Odb. z Warsz. Czas. lek.

L. E. Bregman i St. Gleichgewichtowa: „Przyczynek do myoklonji".

L. E. Bregman i P. Szpilman - Neudingowa: „W sprawie rozpoznawania schorzeń rdzeniowych zapomocą lipjodolu". Odb. z Neurologji Polskiej, tom XI, zesz. 1, z r. 1928.

Nr. 19. 12. maja 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Edmund ROSENHAUCH, Kraków.
Doc. Dr. Józef SZYMANOWICZ.

Badania nad zmianami na dnie oka w nefropatji ciężarnych oraz w stanach przedrzucawkowych i rzucawce porodowej.

Z klin. poł.-ginek. U. K. (Dyr. Prof. Dr. Rosner)

Toksykozy ciążowe należą do tego działu patologji ciąży, któremu w klinice krakowskiej od lat kilkunastu poświęca się szczególniejszą uwagę, którym zajmujemy się nietylko z punktu widzenia praktycznego, lecz i teoretycznego.

Zagadnienia bowiem związane z gestozami przedstawiają tak dla teoretyka jak i klinicysty olbrzymią wartość, już choćby z tego powodu, że dają widoki nowych odkryć i zdobyczy, a przyznać trzeba, że są dziś jeszcze prawie że *„terra incognita"*.

Bardzo dokładne obserwacje kliniczne i badania teoretyczne, jakie w ostatnich zwłaszcza czasach nad tą sprawą przeprowadzono, pozwoliły wprawdzie rozjaśnić niektóre zawiłe i sporne kwestje i posunąć się o krok naprzód w poznaniu gestoz, lecz przyznać musimy, że daleko jesteśmy jeszcze od rozwiązania wielu pytań, które się przy rozważaniu tych spraw nasuwają.

Nam jako klinicystom — obok innych braków — rzucały się w oczy przedewszystkiem te niedomagania, które stawiały nas niejednokrotnie w kłopotliwem położeniu zwłaszcza tam, gdzie przychodziło zadecydować czy mamy do czynienia z *nefropatją, nefritis* lub *nefrozą* ciężarnych. Wyczuwaliśmy te słabe strony w rozpoznawaniu różniczkowem wtedy, kiedy nie wątpiliśmy, że ostateczna odpowiedź na to pytanie pozwoliłaby nam wyciągnąć odpowiednie wnioski co do leczenia i rokowania. Zostawaliśmy niejednokrotnie bez rozpoznania tam, gdzie wszystkie badania zostały przeprowadzone, a ostateczne rozpoznanie zmuszeni byliśmy pozostawić czasowi i objawom poporodowym.

Pragnąc wykorzystać nawet najdrobniejszy objaw, któryby nam mógł być pomocny w osiągnięciu celu, rozpoczęliśmy przed trzema laty niezwykle dokładną obserwację tych ciężarnych, rodzących i położnic, które zgłaszały się z zespołem objawów charakteryzujących cierpienie nerkowe w okresie ciąży.

Ponieważ dotychczasowe spostrzeżenia co do białkomoczu, ciśnienia, ilości dobowej moczu, obrzęków, kapilaroskopji, wywiadów i dość żmudnego badania resztki azotowej we krwi nie dawały zadawalniającej odpowiedzi w dużej ilości przypadków na postawione sobie pytanie, przeto zwróciliśmy szczególniejszą uwagę na badanie dna oka.

Badanie to zostało przeprowadzone niezwykle drobiazgowo i sumiennie, kilkakrotnie w każdym przypadku.

Dotychczasowe niedokładne i niecelowo prowadzone badania dna oka i skąpe o nich piśmiennictwo w bardzo znikomej ilości mogły być brane jako podstawa dla naszych spostrzeżeń. Nie może nas jednak dziwić, że są one skąpe, bo były przecież prowadzone dla tych spraw chorobowych, dla których dziś jeszcze niezupełnie dobrze wyświetlone są obrazy anatomo-patologiczne, nie mówiąc już o objawach klinicznych.

Wissmann, któremu udało się zebrać z piśmiennictwa wraz z własnemi 150 spostrzeżeń o zmianach ocznych przy stanie przedrzucawkowym i rzucawce porodowej skarży się, że materjału tego nie może zużytkować, ponieważ w badaniach tych nie uwzględniono ani ciśnienia, ani resztki azotowej, ani ogólnych objawów, tak, że rozpoznanie o jaką i jak daleko posuniętą zmianę w nerkach chodziło nie ma mowy.

Wobec tego, opierając się na materjale nieco mniejszym, lecz własnym, zupełnie zwartym, z jednego źródła pochodzącym i celowo badanym i obserwowanym — usprawiedliwione będą usiłowania w kierunku odpowiedzi na następujące pytania:

1) czy badanie dna oka ma jakie znaczenie, dla różniczkowego rozpoznania w nefropatji, względnie *nefritis in gravida* i *nefrozach?*

2) czy ze zmian tych można wysnuć pewne wnioski co do rokowania cierpienia?

3) czy zmiany te są tak cechujące, że pozwolą na rokowanie samego cierpienia ocznego?

4) czy pewnym zmianom ogólnym (obrzękom, podniesionemu ciśnieniu i t. d.) odpowiadają te same zmiany oczne?

Materjał nasz obejmuje 65 przypadków, w tem 40 pierwiastek, 25 wieloródek; wiek wahał się od 20 — 42 lat. U wieloródek przeważały kilkakrotne ciąże. U wszystkich badane było ciśnienie, przyczem stwierdzono u pierwiastek najniższe 100, najwyższe 285 Hg, u wieloródek najniższe 125, najwyższe 340.

Tablica I.

	do 200	od 200 — 250	od 250 — 300	powyżej 300
Ciśnienie: I p.	26	7	7	0
multipar.	14	4	2	5

U 7 pacjentek nie stwierdzono zupełnie białka w moczu, pozostałe zaś wykazywały różne ilości od śladu nieoznaczalnego aż do 20%. We wszystkich przypadkach badano najdokładniej kilkakrotnie osad.

Z tych objawów, jakoteż z towarzyszących im innych, można było w 40 przypadkach rozpoznać nefropatję ciążową z pewnem prawdopodobieństwem, w dwóch przypadkach rozpoznawano zapalenie nerek. Stan przedrzucawkowy względnie rzucawkę rozpoznano w 16 przypadkach.

W całym materjale naszym 18 razy był brak obrzęków, u reszty zaś pacjentek stwierdzono je w różnych miejscach, w różnem nasileniu, przeważnie na kostkach i podudziach, kilka razy na twarzy, na wargach sromowych i rękach. Reszta azotowa w jednym tylko przypadku przekraczała normę 40 — 60 mgr w 100 cm³ krwi. W każdym przypadku badane było kilkakrotnie dno oka i to zarówno przed jak i po porodzie. Wynik spostrzeżeń podzieliliśmy na pięć grup:

1) dno prawidłowe,

2) dno prawidłowe, jednak z lekkiem rozdęciem żył na tarczy nerwu wzrokowego, jednakże bez zatarcia granic samej tarczy,

3) *neuritis optica* (żyły rozdęte, granice tarczy zatarte),

4) *retinitis* (drobne białawe plamki rozrzucone na siatkówce, bądź to wzdłuż przebiegu naczyń, bądź też rozrzucone w grupkach w okolicy tarczy nerwu wzrokowego, względnie plamki żółtej),

5) *neuroretinitis*, które jest połączeniem zmian wyszczególnionych pod 3 i 4, przyczem zmiany te przybierają niejednokrotnie postać typową dla *neuroretinitis albuminurica*. (Zatarcie granic w plamce żółtej, gwiazdki z punktów żółtych, tu i ówdzie wybroczyny).

Dla tego podziału otrzymaliśmy z naszego materjału obserwacyjnego następujące cyfry:

Tablica II.

ad	1)	2)	3)	4)	5)
I para	22	3	12	2	1
multipar.	14	3	4	0	2

(ponadto 2 razy *pseudoretinitis*, występujące przy hypermetropji mogące łatwo naśladować prawdziwą *neuritis)*.

Celem naszego badania było, jak wyżej powiedzieliśmy szukanie odpowiedzi na pierwsze pytanie. Na podstawie wyżej przedstawionych wyników badań odpowiedź na to pytanie brzmieć musi przecząco.

Zmiany na dnie oka nie mogą stanowić czynnika rozstrzygającego przy różniczkowem rozpoznaniu między *nefritis* a *nefropatją* ciążową i *nefrozą*. Takie same bowiem zmiany spostrzegaliśmy zarówno przy bezwzględnie pewnej nefropatji, jak i niezawodnej nefritis w czasie ciąży.

Inna rzecz po porodzie, tutaj badanie dna oka i znalezione w nim zmiany pomódz nam mogą w wybitnym stopniu do utrwalenia rozpoznania przypuszczalnej przedtem zmiany chorobowej. Przy nefropatji bowiem następuje we wszystkich przypadkach kryzys zmian ocznych już w najbliższych dniach po porodzie, zupełnie równolegle z ustępowaniem innych objawów nefropatycznych, podczas gdy przy nefritis sprawa się przeciąga bardzo, z trudem się poprawia nawet przy gorliwem leczeniu, podobnie jak przy *nefritis extra graviditatem*, a nawet nierzadko w połogu przychodzi do pogorszenia sprawy.

Wobec tego odpadają odpowiedzi na pytanie drugie i trzecie. I na czwarte pytanie musimy dać odpowiedź przeczącą; były wprawdzie spostrzegane przypadki pewnej równoległości zmian ogólnych z ocznemi np. przy obrzękach wybitnych ogólnych stwierdzaliśmy obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, przy wysokim ciśnieniu rozdęcie żył, nie możemy jednak tej równoległości uogólniać, albowiem obrzęk tarczy występował przy braku ogólnego obrzęku, a często przy wysokiem ciśnieniu dno oka było prawidłowe.

Dalsze badania nad tą sprawą prowadzimy ze wzmożonem zainteresowaniem, przyczem wyłoniły się ciekawe spostrzeżenia, które wykazują pewną równoległość między wynikami kapilaroskopji obwodowej, a kapilarami siatkówki. Przyszłe nasze sprawozdanie będzie odnosiło się do tych badań.

Dr. Adam ABDAŃSKI. Lwów.

O technice nakłucia mięśnia i jam serca z szczególnem uwzględnieniem przestrzeni przymieczykowatej (spatium paraxiphoideum) Larreya.

Z II. Kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. H. Schramm.

Zagadnienie ożywienia ustroju zmarłego dostało się na teren realnych zdobyczy naukowych z chwilą, kiedy polskiemu fizjologowi Prusowi udało się pod koniec ubiegłego stulecia przywrócić do życia przez pośrednie (przeponowe) mięsienie serca psy, zatrute chloroformem.

Zabieg ten często powtarzany i w skutkach swych niejednokrotnie zbawienny, został dziś częściowo wyparty przez zabieg von den Veldena, polegający na dosercowem wprowadzeniu leku. Prostota i delikatność jego sprawiły, że jest i powinien być w nowoczesnem lecznictwie przed wszystkimi innymi stosowany przy wszelkich porażeniach serca, przedtem zdrowego, jak np.: po porażeniu natury otrzewnowej lub po narkozie, dalej po porażeniu prądem elektrycznem, ciężkich skrawieniach, uduszeniu, zamarznięciu, wskutek wstrząsu mózgu lub po zranieniach, podczas zabiegów na sercu i embolektomji z tętnicy płucnej. Zabieg ten(nakłucie serca) choćby ze względu na powagę jego wskazań, powinien być własnością ogółu lekarzy — że zaś nią jeszcze dziś nie jest, ma to swoją przyczynę niewątpliwie w instynktownej obawie przed zabiegami na sercu, jaka się zdarza nawet u lekarzy i w niedokładnej znajomości techniki, bez której zabieg zasadniczo nie obojętny wyolbrzymia się w oczach lekarza do zabiegu wprost niebezpiecznego. Ze względu na to, że zapoznanie się z techniką i wybór metody zależy od dokładnej znajomości stosunków anatomicznych, należy je sobie wprzód przypomnieć.

Serce, ustawione w klatce piersiowej skośnie wzdłuż osi, biegnącej od góry, tyłu i strony prawej ku dołowi, przodowi i stronie lewej, posiada jak wiadomo trzy powierzchnie, a to przednią, dolną i tylną.

Powierzchnia przednia serca da się u osobnika żyjącego określić klinicznie pod względem swej rozciągłości wypukaniem t. zw. pola stłumienia bezwzględnego. Ogranicza je od góry linja, przechodząca przez mostkowe końce 4-tej pary żeber i ciągnąca się ku stronie lewej wzdłuż chrząstki 4-go żebra aż poza linję przymostkową. Stąd opada granica bezwzględnego stłumienia sercowego prawie pionowo w dół aż do górnego brzegu chrząstki 6-go żebra, biegnie w dole wzdłuż tej chrząstki aż do mostka, przechodzi przez mostek aż do przyczepu chrząstki 6-go prawego żebra, poczem wznosi się w górę wzdłuż prawego brzegu mostka aż do przymostkowego końca prawego 4-go żebra (Bochenek). Dolna granica stłumienia bezwzględnego przechodzi w stłumienie wątrobowe. Anatomicznie składa się ta powierzchnia z przedniej ściany prawego przedsionka z prawem uszkiem, pokrywającem nieco część wstępującą tętnicy głównej, z przedniej ściany prawej komory, z wąskiego paska ściany przedniej komory lewej tudzież szczytu uszka lewego, przykrywającego od strony lewej częściowo pień t. płucnej. Na granicy między przedsionkiem a komorą prawą przebiega w rowku wieńcowym t. wieńcowa prawa, na granicy między komorami biegnie w rowku podłużnym przednim gałąz zstępująca t. wieńcowej lewej i żyła wielka serca.

Powierzchnia serca dolna składa się idąc od przodu ku tyłowi z małej części dolnej ściany komory prawej, przeważnej części dolnej ściany komory lewej i z części ściany prawego przedsionka. Prawy przedsionek oddziela od prawej komory rowek wieńcowy, w którym biegnie prawa t. wieńcowa aż do rowka podłużnego tylnego a w nim w dalszym ciągu jako gałąź zstępująca tejże tętnicy wspólnie z żyłą środkową do koniuszka serca. Powierzchnię dolną oddziela od pow. przedniej serca brzeg ostry. Na wątrobie, od której jest serce oddzielone przeponą, wyciska ono nieraz zagłębienie sercowe. Stosunek zaś serca do żołądka zależy od stopnia, w jakim się lewy płat wątroby wciśnie między żołądek a przeponę w obrębie jej powierzchni sercowej.

Powierzchnia serca tylna pozostaje w związku z narządami, znajdującymi się w śródpiersiu tylnem a to z przełykiem, piersiową częścią aorty tudzież z śródpiersiową powierzchnią płuc. W opisie tym nie będziemy jej uwzględniać, jako nienadającej się do naszego zabiegu, a to z powodu łatwości zranienia szeregu ważnych narządów.

Już pobieżne zapoznanie się z temi kardynalnemi anatomicznemi datami, nakazuje wybrać do nakłucia serca jedną z dwóch dróg: albo przez klatkę piersiową albo od strony jamy brzusznej. Przeważną ilość zwolenników posiada metoda międzyżebrowa (von den Velden, Asteriades, Lenormand, Esch i w. in.). Ale i przeponowe nakłucie serca ma swoich poważnych przedstawicieli (Henschen, Harttung). Dominująca rola nakłucia międzyżebrowego ma swoją przyczynę w niewątpliwych zaletach natury anatomicznej i łatwości technicznego wykonania. Nie można jednak niedocenić przy omówieniu tego sposobu i pewnych niebezpieczeństw, których istota nasunie się przy rozważaniu szczegółów topograficznych.

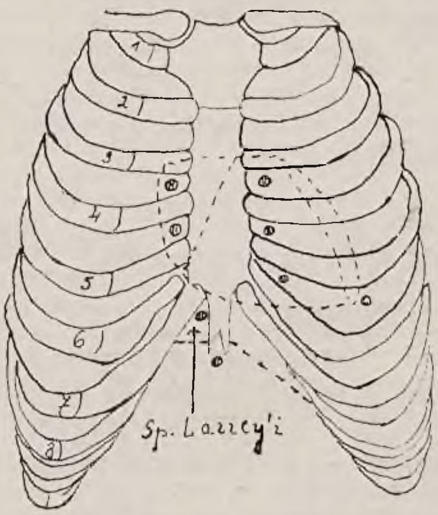
Stosunek przedniej powierzchni serca do linji środkowej ciała o znaczeniu więcej teoretycznem przedstawia się według Braunego w ten sposób, że $^2/_3$ masy serca leży na lewo, a $^1/_3$ na prawo od niej. Praktycznie obchodzić nas może raczej stosunek przedniej powierzchni serca do mostka, a w szczególności, jakie jej części są dostępne od przodu a więc nie pokryte przez mostek. Otóż za mostkiem nie leżą z prawej strony: części prawego przedsionka (są one przykryte przez chrząstki żebrowe 3 — 6 żebra i mostkowe odcinki 3 — 5 przestworza międzyżebrowego), a z lewej strony: wielka część prawej i drobna część lewej komory (przykryte chrząstkami 3—5 lewego żebra i 3—5 przestworzem międzyżebrowem). Z naczyń w zakresie ścian klatki piersiowej ma dla nas znaczenie tylko t. sutkowca wewn., ze względu na możliwość jej uszkodzenia. W zakresie przedniej ściany klatki piersiowej leży ta tętnica nieco lateralnie od linji przymostkowej, między m. międzyżebrowym wew. a m. poprzecznym piersiowym i chrząstkami żebrowemi. W stosunku do mostka przebiega ona według badań Sandmanna w odległości około 17 mm według innych 10 — 15 mm od bocznych jego brzegów, wyjątkowo zaś w jeszcze większej odległości lub poza mostkiem (Corning).

Do dalszych ważnych szczegółów, dotyczących przedniej powierzchni serca należy jej zachowanie się względem worków opłucnowych wzgl. płuc. Przednia powierzchnia serca, pokryta osierdziem styka się bezpośrednio z klatką piersiową w zakresie małej przestrzeni, odpowiadającej polu, ograniczonemu przez rozchodzące się załamki żebrowo - śródpiersiowe opłucny ściennej. Odpowiada ono najniższemu odcinkowi trzonu mostka objętemu przez mostkowe odcinki 4 i 5 przestworza międzyżebrowego, sięga zaś na zewnątrz nieco poza linję przymostkową lewą, również w obrębie tych przestworzy. Zdarza się jednak, że prawidłowy przebieg przednich krawędzi opłucnowych ulega znacznemu odchyleniu od normy tak, że pomiędzy osierdzie a tylną powierzchnię klatki piersiowej wsuwa się w wyżej opisanem miejscu opłucna wraz ze swoją zapasową przestrzenią wolną (zatoka żebrowo-śródpiersiowa), mogąca być całkowicie wypełniona przez nadymające się przy maksymalnym wdechu płuco. Dlatego nie ma nigdy zupełnej pewności, czy w przymostkowym odcinku 4 wzgl. 5 przestrzeni międzyżebrowej natrafi się na osierdzie czy też na opłucną wzgl. płuco (Corning).

Wreszcie należy się zapoznać z zachowaniem się naczyń na przedniej powierzchni serca. Wchodzą tu w grę: t. wieńcowa prawa, biegnąca z żyłą małą serca na granicy przedsionkowo - komorowej, gałąź zstępująca t. wieńcowej lewej, biegnąca z żyłą wielką serca w rowku podłużnym serca, tudzież żyły przednie serca. Wyobrażenie o gęstości siatki naczyniowej na powierzchni serca daje zdanie Brüninga, że stosunek powierzchni unaczynionej do nieunaczynionej da się wyrazić liczbowo jak 1 : 1000 czyli praktycznie rzecz biorąc, musi się „każdy chirurg z tem liczyć, że na powierzchni komór spotka się z większemi gałęziami w odstępach co 2 cm" (Sauerbruch). Rzut t. wieńcowej prawej na klatkę piersiową wypada na powierzchnię mostka, rowek zaś podłużny przedni wraz z naczyniami biegnie w płaszczyźnie strzałkowej od dołu ku górze i równocześnie od przodu ku tyłowi i tworzy dlatego z poziomą kąt 45 stopni.

Ważniejsze elementy nerwowe, tworzące t. zw. przestrzenie niebezpieczeństw (Henschen) leżą tylko częściowo w przedniej

ścianie serca, dokładniej: w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej, w obszarze wiązki Hisa - Tawary, w górnej $^1/_3$ cz. rowka podłużnego przedniego, u podstawy prawego uszka sercowego, u ujścia obu żył czczych i w tylnej połowie granicy przedsionkowo - komorowej (B l i e d u n g).



(punkty ciemne oznaczają miejsca wkłucia).
Ryc. 1.

Powyższe szczegóły anatomiczne a przedewszystkiem bliskie sąsiedztwo z ścianą klatki piersiowej sprawiły to, że przeważna ilość autorów z von den V e l d e n e m na czele wypowiedziała się za międzyżebrowym sposobem nakłucia serca. Autorowie ci (A s t e r i a d e s, L e n o r m a n t, R i c h a r d, S e n e q u e, B l a u, V o g t, H o w e l l, B a l a n c e i in.) polecają zgodnie przy nakłuciu komory prawej wprowadzać igłę tuż przy mostku i to jedni przez 3, inni zaś przez 4 lub 5 lewe przestworze międzyżebrowe, przyczem igła ma iść pionowo w dół i nieco na wewnątrz. Głębokość wkłucia jest różna, zależnie od tego, czy się chce wstrzyknąć podosierdziowo, do mięśnia czy też do jamy serca. Trudno ją dokładnie oznaczyć ze względu na zmienność przestrzeni między sercem a ścianą klatki piersiowej w różnych jej fazach oddechowych. Na ogół wynosi ona od 4—5 cm.

Przypatrzmy się teraz ewentualnym przeszkodom przy wykonywaniu międzyżebrowego nakłucia serca. Mogą one pochodzić:
a) ze strony kośćca klatki piersiowej,
b) ze strony opłucny i płuc,
c) ze strony naczyń klatki piersiowej i serca,
d) ze strony układu nerwowego serca.

O ile prawidłowa budowa szkieletu klatki piersiowej usuwa wszelką niepewność pod względem orjentacji, o tyle zachodzi ona w całej rozciągłości przy wrodzonych lub nabytych jej zniekształceniach jako to: przy zmianach krzywicowych mostka i żeber, przy wybitnym rozwoju mięśni piersiowych lub znacznej otyłości, przy bliznach po op. na chrząstkach żebrowych i nieprawidłowej kostninie na żebrach lub mostku i t. p. Wszystkie te przyczyny mogą spowodować zmianę stosunków topograficznych klatki piersiowej wzgl. serca a tem samem znacznie utrudnić zabieg ze względu na większą możliwość uszkodzenia naczyń serca lub trzew klatki piersiowej.

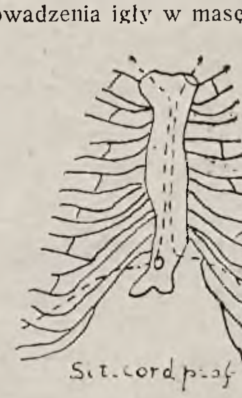
Możliwość zranienia opłucny wzgl. płuca zależy od zachowania się anatomicznego tych narządów i od miejsca wkłucia igły. Podczas gdy wkłucie igły tuż przy mostku w warunkach prawidłowych nie powoduje zranienia płuc ani opłucny, to wkłucie jej w odległości 3—4 cm, od lewego brzegu mostka może to z łatwością spowodować szczególnie przy wdechowem ustawieniu klatki. Pouczający w tym względzie jest przypadek E s c h a. Wstrzykiwał on w 4 przestworze w odległości 3 cm na lewo od mostka przy równoczesnym sztucznem oddychaniu. W 7 godzin później śmierć. Autopsja wykazała: odmę piersiową z powodu nakłucia opłucny przy równoczesnem energicznem sztucznem oddychaniu. Takim samym wynikiem może się zakończyć nakłucie serca nawet tuż przy mostku przy nieprawidłowym przyczepie opłucny (T a n j a), a mianowicie jeżeli krawędź przednia opłucny lewej dochodzi prawie do prawego brzegu mostka, a krawędź opłucny prawej przebiega w linji rzutu prawej tętnicy sutkowej wewnętrznej (ryc. 3).

Niebezpieczeństwo zranienia t. sutkowej wewn. jest małe, jeśli się w myśl badań S a n d m a n n a wkłuwa tuż przy mostku lub $2^1/_2$ cm na lewo od niego. Przypadki nieprawidłowego przebiegu tętnicy są rzadkie i bez większego znaczenia. Obawa zranienia większego naczynia na powierzchni serca jest też znikoma, ponieważ, jak to już podkreślił von den Velden, naczynia usuwają się przed igłą, szczególnie gdy się ją wprowadza powoli a pozatem jest ilość naczyń na powierzchni serca dość skąpa (B r ü n i n g). Oględziny pośmiertne nie wykazują też nigdy większego zranienia z haemopericardium i tamponadą, a jak piszą Francuzi „il n'y a pas une goutte du sang epanché dans le pericarde".

Co się zaś tyczy aparatu nerwowego, to jedni badacze stoją na stanowisku jego nietykalności (H e n s c h e n) ze względu na możliwość jego porażenia, inni zaś (V o g t, M ö n c k e b e r g) sądzą, że ukłucie cienkiej igły a nawet uszkodzenie jakiegoś włókienka niema praktycznego znaczenia, wobec dużej ilości pozostałych, nienaruszonych włókien.

Jak stąd zatem widać, grozi przy nakłuciu międzyżebrowem serca, największe niebezpieczeństwo ze strony opłucny wzgl. płuca. W celu jego uniknięcia polecają jedni (V o g t) wkłucie i wyjęcie igły przy nałożonej strzykawce, inni zaś (H e r s c h e n, H a r t t u n g) metodę przezprzeponową. Technika tej metody przedstawia się następująco: Lewym palcem wskazującym zaznacza się koniec wyrostka mieczykowatego, igłę zaś wprowadza się pod wyrostek miecz. w płaszczyźnie środkowej skośnie od dołu ku górze i posuwa się wzdłuż tylnej pow. wyr. miecz. na przestrzeni około 2 cm. Teraz kieruje się igłę nieco skośnie ku tyłowi a po przebiciu przepony wnika ona w osierdzie i m. sercowy (ryc. 1.).

Sposób powyższy w rezultacie nie różni się niczem od metody międzyżebrowej. I tą i ową drogą dostaje się lek w końcu do m. wzgl. jamy serca. Ma on jednak tę zaletę, że pozwala nam z całą pewnością uniknąć uszkodzenia opłucny wzgl. płuca i że pozwala nam wykonać zabieg bez względu na fazę oddechową. Ma on też swoje wady (w znaczeniu zasadniczem). Przedewszystkiem przechodzi się — stosując go — właściwie niepotrzebnie igłą przez jamę brzuszną i przebija przeponę, a powtóre natrafia się w przeponie samej na opór, zacierający nam wrażenie, jakie powinniśmy mieć w chwili wprowadzenia igły w masę mięśniową serca. Szczegół ostatni jest ważny ze względu na to, że przy porażeniu akcji serca, gdy mięsień sercowy się nie porusza, kierujemy się tylko wrażeniem oporu i po tem sądzimy czy jesteśmy w mięśniu sercowym czy też nie. Zatarcie tego wrażenia powoduje błądzenie igłą i możliwość wbicia jej za głęboko (uszkodzenie naczyń lub nerwów) lub za płytko (wstrzyknięcie w tkankę przedosierdziową wzgl. w przeponę).

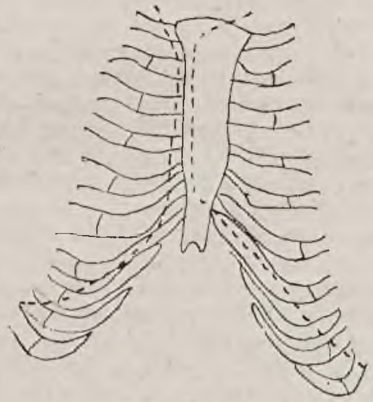


Ryc. 2.

Metoda którą chcę na podstawie doświadczeń na zwłokach szczególnie uwzględnić z powodu jej zasadniczych wartości, opiera się na wykorzystaniu dostępu do dolnego odcinka śródpiersia przedniego przez t. zw. przestrzeń przymieczykowatą L a r r e y a. Jest to przestrzeń znajdująca się w kącie pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i łukiem żebrowym z jednej strony, a przyczepem przepony z drugiej strony. Początek części mostkowej przepony znajduje się na wachlarzowato rozpostartem ścięgnie poprzecznego m. brzucha i tylnej pow. wyrostka miecz., a to w przeważnej części pod nim, w mniejszej na wysokości wolnego jego końca (ryc. 1). W ten sposób powstaje wyżej wspomniana trójkątna przestrzeń, prowadząca do jamy piersiowej, wypełnionej tuż po za nią luźną tkanką łączną a w dalszym ciągu do przedniego dolnego uchyłka osierdzia. W obrębie tej przestrzeni przylega serce za pośrednictwem osierdzia wprost do przedniej ściany klatki piersiowej tak, że nakłucie jego w przestrzeni przymieczykowatej może się odbyć bez obawy naruszenia płuca lub opłucny, nawet przy krańcowem ustawieniu wdechowem za wyjątkiem głębokiego ułożenia serca, gdzie osierdzie nie styka się nigdzie z ścianą kl. piersiowej (R u g e) (ryc. 3) lub przy krańcowem przesunięciu przyczepu opłucny na lewo (T a n j a) (ryc. 4). Nie narusza się przytem przepony, nie przechodzi igłą przez jamę brzuszną (jak w sposobie H e n s c h e n a)

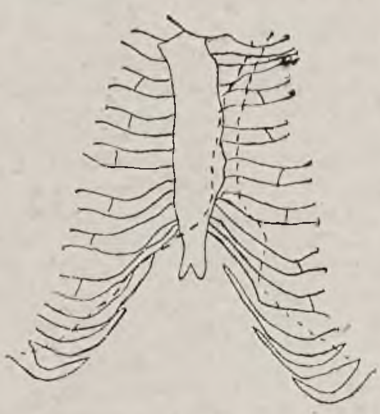
a opór masy mięśniowej napotkany w głębi klatki piersiowej pochodzić może w tym przypadku tylko od m. sercowego.

Technika tego sposobu przedstawia się następująco: lekarz staje po prawej stronie chorego i 2 lub 3 palcem ręki lewej wymacuje prawy kąt przymieczykowaty. Następnie wbija weń mniej więcej pod kątem 45 stopni igłę długości około 8 cm i wprowadza



Ryc. 3.

mniej więcej w kierunku przedłużenia linji łuku żebrowego prawego skośnie ku dołowi i stronie przyśrodkowej. Kierunek ten nie da się zupełnie dokładnie określić, bo zależy od fazy oddechowej kl. piersiowej i od rozwartości kąta między łukami żebrowemi. Natrafia się wówczas na opór pochodzący jedynie od mięśnia sercowego i jeżeli się chce wstrzyknąć do mięśnia, wykonuje się to, jeżeli zaś do komory, idzie się nieco głębiej i aspiruje krew, poczem dopiero wstrzykuje.



Ryc. 4.

Trzeba się jednak przy tym sposobie liczyć z możliwością nakłucia t. nadbrzusznej górnej, przechodzącej ku dołowi przez przestrzeń Larreya, tak jak zresztą trzeba się liczyć z możliwością nakłucia t. sutkowej wewn. przy sposobie międzyżebrowym lub naczyń serca przy każdej z tych metod. Możliwość ta jest jednak mała, ponieważ naczynia usuwają się zwyczajnie z pod ostrza igły. Dokonane nawet nakłucie tętnicy tych rozmiarów, co t. nadrzuszna górna nie przedstawia większego niebezpieczeństwa a nawet jest stosowane dla celów rozpoznawczych (nakłucie t. sprychowej sposobem Kürtena).

Dla uzupełnienia chcę jeszcze dodać, że Hesse polecił nakłuwanie lewej komory przez 4 wzgl. 5 przestworze międzyżebrowe ne lewej granicy stłumienia serca (ryc. 1). Sposób ten nie znalazł naśladowców gdyż nie jest należycie teoretycznie uzasadniony, a powtóre dość ryzykowny ze względu na możliwość uszkodzenia płuc.

Nakłuwanie prawego przedsionka (w celu odciążenia serca) z prawej połowy kl. piersiowej po prawej stronie mostka (ryc. 1), jest niepewny (von den Velden), chociaż Gang z powodzeniem ją stosuje.

Piśmiennictwo.

Asteriades: Presse Medical 1925. — Blau: D. Med. W. 1921. Nr. 30. — Bliedung: M. Med. Woch. 1922. H. 9. — Hesse: M. M. W. 1919. Str. 563. — Henschen: Schweiz. Med. W. 1920. Nr. 14. — Külbs: M. m. W. 1922. Str. 797. — Vogeler: D. m. W. 1920. — Vogt: D. m. W. 1921. Nr. 49. — Volkmann: D. m. W. 1919. Nr. 35. — Zuntz: M. m. W. 1919. Str. 562. — Lenormant, Richard et Seneque: Presse Med. 19. 1924. Nr. 22. — Esch: M. m. W. 1916. Nr. 22. — Kneier: D. m. W. 1921. Nr. 49. — W. B. Howell: Lancet T. 207. Nr. 15. — Troickaja: Ref. w. Ctrl. org. f. d. ges. Chir. 1925. Str. 178. — Bardier, E. i A. Stillmunkes: Ref. w Centr. ges. Chir. Str. 625. 1924. — Meyer: Jahrb. f. Kinderheilk. T. 107. 1924. — Petit Dutaillis: Paris Medical 1924. Nr. 27. — Roulland: Gynecologie Nr. 1. rocz. 23. — Czarnocki: Pol. Gaz. Lek. 1922. Nr. 36. — Hinze: Przegl. Lek. 1919, zesz. 27. — Crile Dennis: Surg. gin. a. ob. T. 35. Nr. 6. — Bodon: Lancet 1923. T. 204. — Ballance: Surg. of the heart. — Körbler: Arch. f. klin. Chir. T. 150. 1928. — Sauerbruch: Chir. d. Brust Org. T. II. — Harttung: Bruns Beitr. Bd. 129. 1923.

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. W. SIERADZKI. Lwów.

Dziecko w kryminalistyce.

Wykład wygłoszony na kursie opieki nad dziećmi anormalnemi, urządzonym przez Zarząd miasta Lwowa.

Przedmiot dzisiejszego wykładu o dziecku w kryminalistyce stanowi zagadnienie bardzo obszerne a przytem ogromnie doniosłe. Możnaby je rozważać z różnego punktu widzenia a więc ze stanowiska pedagogicznego, lekarskiego, sądowego, policyjnego a wreszcie społecznego, każdy zaś z tych kierunków badania wymagałby dla szczegółowego przedstawienia wielogodzinnych wykładów. Mijałoby się to z celem tego na wskróś praktycznego kursu, dlatego też dzisiaj starać się będziemy tylko w najogólniejszych zarysach oświetlić sprawę dziecka przestępczego, wskazać na jej znaczenie w różnym kierunku, wyprowadzić wreszcie pewne zasadnicze linje postępowania celem zapobiegania i zwalczania przestępstwa u dzieci.

Przestępstwem jest każdy czyn, wykraczający przeciw pewnym przyjętym zasadom lub przepisom. Przestępstwo wzięte w znaczeniu szerokiem jest pojęciem względnem, zależy bowiem od treści tych zasad czy przepisów, którym się sprzeciwia. Dla sądu jest przestępstwem czyn, który jako czyn przestępczy określony jest przez kodeks karny, czyny bowiem, których nie ma wymienionych w kodeksie karnym, są dozwolone. Ze stanowiska religji pojęcie przestępstwa czyli grzechu odbiega niejednokrotnie od treści kodeksu karnego. Wszakże zgrzeszyć można i myślą, czego sądy zupełnie nie dochodzą, ani nie karzą. W szkole, w różnych instytucjach są osobne przepisy, których przekroczenie stanowić będzie też przestępstwo w najszerszem słowa znaczeniu. Wogóle w każdem społeczeństwie istnieją pewne zasady moralne, czyli etyczne, których treść i rozmiar zależy od rozwoju kulturalnego tego społeczeństwa. Nic więc dziwnego, że inną była moralność człowieka pierwotnego, inną też jest człowieka dzisiejszego, lecz żyjącego jeszcze w stanie dzikości, niż etyka świata cywilizowanego, zawarta w zasadach religji, w kodeksach karnych, w przepisach społecznych, w pojęciach o honorze, szlachetności i uczciwości. Ażeby być człowiekiem etycznym, trzeba zatem przedewszystkiem poznać zasady moralności, przyswoić je sobie należycie i wreszcie mieć zdolność postępowania w myśl tych zasad a unikania tego, co się im sprzeciwia.

Dziecko — a mówię tu o dziecku zupełnie normalnem — nie przynosi ze sobą na świat żadnych zasad czy poczuć moralnych, nie jest więc ani wrodzoną ani odziedziczoną świadomość etyczna lub dążność do postępowania etycznego. Dziecko natomiast posiada zdolności do wykształcenia u siebie pojęć i poczuć etycznych, przynosi przytem na świat pewne wrodzone a między innemi i odziedziczone z rodziców i przodków właściwości centralnego układu nerwowego, które raz łatwiej raz trudniej pozwalają mu się rozwinąć intelektualnie i etycznie, które też łącznie z wpływami od zewnątrz stanowią o całej jego późniejszej indywidualności i wartości. Dziecko kieruje się z początku bezwzględnym egoizmem, wszystkiego, co wychodzi poza popęd do utrzymania siebie samego, musi się dopiero nauczyć a między innymi nauczyć się musi odróżniania złego od dobrego a w dalszym ciągu wykształcić zdolność wyboru postępowania między złem a dobrem. Uczy się ono tego już samo na podstawie własnego doświadczenia, uczy się przedewszystkiem przez przykład i naśladownictwo, uczą go bezpośrednio rodzice, później szkoła, życie i społeczeństwo. Rozwój dziecka tak pod względem intellektualnym jak i etycznym zależeć będzie od wielu czynników a więc przedewszystkiem od jego przyniesionej na świat konstytucji centralnego układu nerwowego, stanowiącej o jego zdolności do rozwoju,

oraz od wpływów zewnętrznych, jakie nań od zarania życia działają. U dziecka normalnego, pomimo wielkiej różnolitości jego właściwości wrodzonych, istnieją zawsze zdolności do wykształcenia etycznego, należy sobie jednak zdawać sprawę z tego, że właśnie ta strona życia psychicznego, która stanowi ukształtowanie się etyczne, rozwija się najtrudniej i najpóźniej, wymaga też najwięcej pracy od zewnątrz, największej troskliwości wychowawców. Zadanie wychowawcy jest wielkie i trudne; znaczna różnica w typach dzieci, zupełnie zresztą normalnych, wymaga indywidualizacji postępowania, są też — jak uczy doświadczenie codzienne — dzieci trudne i łatwe do prowadzenia, zawsze jednak, o ile dziecko jest normalne, można je doprowadzić do takiego stopnia rozwoju etycznego, że potrafi ono zastosować się do przepisów społecznych i wyrobić się na człowieka, od którego może społeczeństwo żądać odpowiedzialności za popełnione czyny. Jeżeli więc dziecko popełni, a zwłaszcza popełnia często jakieś czyny przestępcze, to przyczyna tego leżeć może albo w nienormalności jego konstytucji psycho-nerwowej, albo w brakach i błędach wychowania. Gdy zaś konstytucję nienormalną odnieść się musi przedewszystkiem do rodziców lub przodków, do różnych ich chorób i nałogów jak np. alkoholizm, syfilis i t. p., brak wychowania w pierwszej linji pochodzi z winy rodziców, przeto usprawiedliwionem jest biadanie słynnego filozofa Nietzschego*), który mówi: „któreż dziecko nie miałoby powodu płakać nad swoimi rodzicami"?

Wychowanie więc stanowi czynnik, który dziecko może powstrzymać od przestępstwa a dziecko już przestępcze od niego odzwyczaić. Wychowanie to prowadzą rodzice i szkoła, a zaznaczyć należy, że szkole przypada tu zadanie poważne, w szkole bowiem dziecko, stykając się z rówieśnikami, nabiera pierwszych doświadczeń życia socjalnego a przepisy szkolne stanowią dlań pierwszy ściśle określony kodeks karny. Nie mogę tu wchodzić w metody wychowawcze, zaznaczę tylko, że aczkolwiek dziecko nie może posiadać jeszcze pełnej odpowiedzialności za swoje czyny, to jednak wśród tych metod karanie jest jednym ze środków, których uniknąć niepodobna. Nie będzie to kara w tem klasycznem znaczeniu jako odpłata czy zadośćuczynienie za popełnioną winę, gdyż od dziecka wymagać nie można jeszcze pełnego zrozumienia winy i tej własności duchowej, którą nazywamy wolną wolą. Kara u dzieci i niedorostków może mieć wyłącznie cel pedagogiczny, ona winna nauczyć dziecko, że taki lub owaki czyn jest zły, ma je odstraszyć od powtórnego popełnienia go, ma wreszcie dać mu świadomość, że jest nad niem pewien autorytet, któremu ono winno być posłuszne. Że zaś dziecko każde jest instrumentem ogromnie delikatnym, że nadto dzieci wskutek właściwości konstytucjonalnych niezmiernie się między sobą różnią, wynika z tego, jak ostrożnie i umiejętnie stosować należy taki środek wychowawczy, jakim jest kara.

W szczególności wiele już mówiono i pisano o karze cielesnej u dzieci a zapatrywania w tym względzie były bardzo rozbieżne. W dawniejszych czasach kara cielesna stosowana była na wielką skalę nietylko w domu przez rodziców, ale również w szkole, następnie we wojsku, przez władze policyjne a nawet sądowe. Później potępiono i zarzucono ją zupełnie, przytaczając ważne argumenty za jej zniesieniem i dotychczas stoi na ogół pedagogja na tem stanowisku, popieranem również i przez czynniki lekarskie, które w karze cielesnej widzą niebezpieczeństwo dla zdrowia cielesnego i psychicznego dzieci. Zauważyć jednak należy, że zapatrywanie to nie jest bynajmniej powszechne, że właśnie w ostatnich czasach pojawiają się głosy za powróceniem do kary cielesnej, stosowanej indywidualnie, w sposób rozumny i ostrożny. Liczne zastrzeżenia jednak, stawiane przez samych zwolenników kary cielesnej przy jej stosowaniu, uczynić z niej mogą, co najwyżej, środek bardzo wyjątkowy, poza domem rodzicielskim, gdzie mimo wszystko pozostanie ona jedną z tradycyjnych metod wychowawczych. Że i w rękach rodziców, zwłaszcza jeżeli są to ludzie o niskiej kulturze lub pobudliwi i drażliwi, może kara cielesna stać się środkiem wprost niepedagogicznym a niekiedy i niebezpiecznym, nie ulega wątpliwości, stosowana jednak przez rodziców oszczędnie i rozumnie nie da się bezwzględnie potępić. Wbrew utartemu mniemaniu nadaje się ona raczej dla dzieci młodszych, do których jeszcze argumenty perswazji nie trafiają, a natomiast lekki, nieszkodliwy fizycznie klaps po ręce lub siedzeniu pouczy je łatwo, że jakieś działanie jest złe, przeżycie zaś to pozostanie w pamięci dziecka i może je odstraszyć od ponownego popełnienia danego wykroczenia. Starszym dzieciom wystarczy mniej lub więcej częste tłumaczenie złych stron uczynku, przemawianie do uczucia i ambicji, zagrożenie skutkami i t. p., aczkolwiek również u dziecka starszego o pewnym typie psychicznym może być kara cielesna niekiedy wskazana, jednak tylko jako środek wyjątkowy i pomocniczy.

Mówiąc dotychczas o przestępstwie u dzieci, rozumieliśmy przez to wogóle wszelkie wykroczenia u dzieci przeciwko zwyczajnym zasadom porządku domowego czy szkolnego, wszelkie działania dziecka, które mogą jemu samemu przynieść szkodę, wszelkie wreszcie czyny, które zwłaszcza w odpowiedniem powiększeniu mogą być szkodliwe dla otoczenia, dla rodziców, rodzeństwa, rówieśników, współuczniów, nauczycieli i innych osób. Te drobne, codzienne postępki nie mają jeszcze znaczenia kryminalnego, ale właśnie na ich korygowaniu polega głównie wychowanie dziecka, rozbudzenie w nim pojęć i poczuć etycznych, wpojenie mu przeświadczenia o istnieniu pewnych praw i władzy, wdrożenie go stopniowe do życia społecznego, które w rozliczných kierunkach ogranicza swobodę działania ludzkiego. Zwalczać więc będziemy u dziecka takie wady jak np.: brak czystości ciała i ubrania, nieszanowanie rzeczy własnych i cudzych, nieposłuszeństwo przy wykonywaniu rozkazów, a zwłaszcza nieprzestrzeganie zakazów, upór, złość, łakomstwo, nieuczynność i zazdrość, później nadmierną skłonność do psot, wreszcie lenistwo i zaniedbywanie obowiązków szkolnych. To wszystko spotykamy prawie u każdego dziecka, aczkolwiek w różnym stopniu i nasileniu. Możemy spotkać u dzieci nadto kłamliwość i nieszczerość, dokuczliwość i złośliwość, wreszcie nadmierną pożądliwość rzeczy cudzych, prowadzącą do ich przywłaszczania sobie, co już stanowi pierwocinę kradzieży. Są to już przywary gorsze, jednakże same przez się i w nasileniu nie nadmiernem ani nie świadczą o nienormalności dziecka ani też nie pozwalają pesymistycznie patrzeć na jego przyszłość, mogą być bowiem przejściowe i ustąpić pod wpływem wychowania.

Dziecko jednak i osobnik nieletni może popełniać czyny karygodne stopnia cięższego, zagrożone już przepisami kodeksu karnego. Staje się ono wówczas przestępcą w ścisłem tego słowa znaczeniu, a przed społeczeństwem staje trudny do rozwiązania i niesłychanie ważny problem postępowania z takiemi nieletnimi przestępcami oraz walki z tem zjawiskiem. Rozumie się samo przez się, że te czyny zbrodnicze popełniają już dzieci starsze, gdyż całkiem małe nie mają do tego jeszcze ani sposobności ani dostatecznych sił fizycznych. Zdarzają się jednak przestępstwa kryminalne nawet u dzieci małych poniżej 10-go roku życia, odnośnych zestawień jednak w tym względzie nie posiadamy, gdyż czyny karygodne takich małych dzieci nie są przedmiotem dochodzenia sądowego, a dziecko tego rodzaju pozostawia się karności domowej. Niebezpiecznym natomiast okresem życia jest t. zw. nieletność, której granice różne ustawy karne różnie określają, ale naogół obejmuje ona okres życia od 10 do 18 lat. Liczba przestępstw przez takich nieletnich popełniana jest znaczna, a co gorsza, ma tendencję do powiększania się. I tutaj trudno jest zebrać dokładną statystykę, zwłaszcza statystykę porównawczą między poszczególnymi krajami a to ze względu na różnolitość ustawodawstw i odmienny sposób robienia zestawień. Dla zorjentowania się podaję tylko kilka cyfr, obliczonych przeze mnie na podstawie statystyki niemieckiej za lata dawniejsze z końca XIX wieku (1882—1896). Według kodeksu karnego niemieckiego do przestępców młodocianych, traktowanych w sposób odrębny, należą osobniki od lat 12—18. Otóż na 100 przestępców starszych t. j. od ukończonego roku 18 począwszy przypada prawie 7 przestępców młodocianych. Stosunek taki wydaje się na pozór niezbyt rażący. Jeżeli jednak uwzględnimy, że wśród ludności jest o wiele więcej osobników od lat 18 do późnej starości, niż młodzieży między 12 a 18 rokiem życia i obliczymy udział w przestępstwie procentowo w stosunku do pewnej stałej liczby osób tych dwu grup wieku, to się okaże, że na 1000 osobników starszych przypada przestępców około 12, na 1000 zaś osobników młodocianych 6, a więc zaledwie o połowę mniej. Zauważa się, że do przestępstw nie wliczono tutaj włóczęgostwa i żebractwa, w których nieletni biorą z pewnością większy udział niż dorośli. Jak wielkie są te zastępy młodocianych przestępców wskazuje np. fakt, że w samej Warszawie w ciągu roku od 1-go września 1919 do 1 września 1920 stanęło przed sądem 2524 nieletnich do lat 17.

Skłonność więc do przestępstwa osobników młodocianych, które przecież przeważnie pozostają jeszcze pod opieką i nie są w pełni narażone na walkę o byt, jest ogromna. Tłumaczy się to właściwościami psychicznemi młodego wieku, w którym wprawdzie istnieć może już dostatecznie rozwinięta świadomość złego i dobrego, natomiast zdolność opanowania się, doznawania nietylko obawy ale i wstrętu przed złym uczynkiem nie jest jeszcze należycie wykształcona. Żywość umysłu, wrażliwość i pobudliwość, ciekawość, chęć naśladowania starszych, silne popędy, żądza posiadania i przyjemności na tle naturalnego egoizmu wieku

*) Zarathustra: I. O dziecku i małżeństwie.

młodego są to wszakże powszechne właściwości osobnika nieletniego i one to właśnie czynią go podatnym do wszelkich wykroczeń. Do wstąpienia na złą drogę popychają go ostatecznie najrozmaitsze okoliczności zewnętrzne, a więc między innemi, obok niedostatku materjalnego, zbytnia swoboda, złe towarzystwo, przedwczesne oddawanie się pracy zarobkowej, pokusy wielkiego miasta, nieodpowiednie przedstawienia teatralne i kinowe, używanie alkoholu i t. p. a więc czynniki, które tak wiele zajmują miejsca w obrazie życia współczesnego. Czyny karygodne młodocianych obejmują głównie tylko pewne rodzaje zbrodni. Najczęstszą jest kradzież, stanowiąca od 1/2 do 2/3 wszystkich przestępstw nieletnich. Częste są pozatem uszkodzenia cudzych rzeczy, uszkodzenia cielesne nietylko lekkie, lecz również ciężkie, na wsi podpalania, a wreszcie w wieku pokwitania płciowego przestępstwa przeciw obyczajności, stojące w związku z wybujałym w tym czasie a niedostatecznie hamowanym popędem płciowym. Dodać należy, że jak wogóle wśród przestępców przeważają znacznie mężczyźni nad kobietami, tak i wśród młodocianych stwierdza się analogiczny stosunek obu płci, około 5 : 1, przyczem jednak pewnym równoważnikiem przestępstwa u płci żeńskiej jest prostytucja, nie dająca się wprawdzie ująć w ścisłe cyfry, ale niewątpliwie bardzo rozpowszechniona.

Zjawisko przestępstwa młodocianych zwróciło już dawno uwagę kryminologów i socjolgów, zwłaszcza od czasu, gdy przekonano się, że walkę z przestępstwem wogóle oprzeć należy na nowych podstawach, wedle których celem kary jest nietyle zadośćuczynienie za popełniony czyn karygodny, ile ochrona społeczna przed przestepcą, poprawienie i zapobieganie przestępstwu. O ile jednak walka z przestępstwem u osób dorosłych daje dotychczas — co prawda przy użyciu tylko połowicznych środków — stosunkowo małe wyniki, o tyle odpowiednia działalność w zwalczaniu przestępstwa młodocianych pozwala rokować duże nadzieje. Przestępca nieletni to materjał, który przedewszystkiem ratować należy i uratować można, a największe wysiłki na tem polu opłacą się sowicie, podczas gdy bez odpowiednich środków ratunkowych będzie to osobnik zupełnie zgubiony, stały szkodnik społeczny, przyszły niepoprawny i coraz cięższy zbrodniarz.

Główną przyczyną przestępczości dzieci nieletnich jest, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, przedewszystkiem brak odpowiedniego wychowania, które ma rozwinąć u dziecka pojęcie i uczucia etyczne. Wszelka więc działalność, która wpływa dodatnio na wychowanie dzieci szerokich mas ludności a więc podniesienie ogólnej kultury i dobrobytu zmniejsza kontyngent późniejszych przestępców. Ośrodkiem wychowawczym jest i pozostać musi przedewszystkiem dom rodzicielski. Tam jednak, gdzie dziecko niema jednego lub obojga rodziców, tam zwłaszcza, gdzie rodzice stoją sami nisko pod względem moralnym lub są wprost przestępcami, gdzie wreszcie nędza nie pozwala rodzicom należycie zaopiekować się dziećmi, tam winno wkroczyć społeczeństwo i podjąć samo w sposób właściwy ciężar wychowania tych nieszczęśliwych zaniedbanych dzieci, aby je na przyszłość uchronić od przestępstwa.

Gdy jednak osobnik nieletni popełnił już przestępstwo, należy go w sposób właściwy ratować. W tym względzie właśnie ostatnie dziesiątki lat przyniosły nam nowe zasady, odbiegające od dotychczasowych przepisów ustaw karnych, których też zmiana w tym właśnie kierunku stopniowo się dokonywa. Wprawdzie już dotychczasowe ustawy karne uwzględniały wiek przestępcy, do pewnej granicy wieku, różnej w różnych krajach, dzieci zupełnie nie karały, powyżej tej granicy zaś, znowu do pewnego wieku, karały łagodniej, jednakże poza tem nie traktowały odmiennie przestępców młodocianych od dorosłych, nie stosowały do nich odpowiednich środków poprawczych i, co najgorsze, nie troszczyły się o dalszy ich los. Następstwa tego były wprost smutne. Przestępca nieletni, pociągnięty do odpowiedzialności przed sąd wsposób taki sam jak człowiek dojrzały, nietylko nie zostanie poprawiony, ale ulegnie dalszemu zepsuciu, prowadzącemu do zupełnego zatracenia. Sam fakt znalezienia się w sądzie, formalności związane z postępowaniem karnem stają się dla takiego dzieciaka czemś, co go wbija w dumę, bawi go raczej niż odstrasza, skłania do wykrętów i kłamstwa, jednem słowem wpływa ze swej strony bardzo niekorzystnie na jego i tak już słabą moralność. Wprost zabójczem jest więzienie dla młodocianego przestępcy czy to w postaci aresztu śledczego, czy też już kary wymierzonej wyrokiem sądowym. W więzieniu spotyka się on ze zbrodniarzami starszymi, częstokroć zawodowymi, od których uczy się rzemiosła zbrodniczego, więzienie, zwłaszcza krótkie, a na takie właśnie, przy zastosowaniu okoliczności łagodzących ze względu na wiek skazywani bywają nieletni, stanowi dlań pobyt wcale nie przykry, ewentualnie nawet przyjemny, tak, że ostatecznie po wypuszczeniu go na wolność, staje się on gotowym rzezimieszkiem, nie odczuwającym nietylko wstrętu do złego ale i nie mającym żadnej obawy przed jego następstwami.

Nic więc dziwnego, że już dawniej na gruncie istniejących ustaw karnych starano się przez odpowiednie zarządzenia usunąć choć w części złe strony postępowania z przestępcami nieletnimi. Korzystając z odnośnego brzmienia ustawy, wydawano liczne wyroki uwalniające, sprawy nieletnich przestępców oddawano osobnym wytrawnym sędziom lub trybunałom, traktującym je ze szczególną rozwagą i subtelnością, przestrzegano, aby nieletni nie stykali się z przestępcami dorosłymi i t. p. Wszystko to jednak są tylko środki częściowe, nie mogące wyrównać zasadniczych błędów i braków ustawy.

To też potrzebę nowych gruntownych zmian w ustawie karnej i w postępowaniu karnem względem nieletnich przestępców odczuwa się coraz powszechniej a ostatecznym argumentem, który tę sprawę uczynił aktualną a nagłą, było z jednej strony stwierdzenie silnego wzrostu przestępczości wśród młodzieży, z drugiej zaś nadzwyczaj korzystne rezultaty osiągnięte przedewszystkiem w Stanach Zjednoczonych, Australji i Anglji, gdzie najwcześniej i w sposób radykalny odrzucono zupełnie odpowiedzialność karną nieletnich poniżej dosyć wysokiej granicy wieku, usunięto karę i zastąpiono ją wyłącznie zastosowaniem środków wychowawczych i poprawczych, kierowanych tylko celowością. Z natury rzeczy wynika, że w rozwiązaniu tego trudnego zagadnienia spotyka się wśród prawników i socjologów poważne różnice zdań, obok kierunków zupełnie radykalnych istnieją i więcej umiarkowane, takie kwestje jak granica wieku, rodzaj środków wychowawczo - poprawczych, ich organizacja i uprawnienia, stosunek do rodziców, sądów i władz administracyjnych dawały i dają temat do licznych dyskusyj, ostatecznie jednak ta doniosła sprawa ruszyła wszędzie z miejsca i albo znalazła już albo zbliża się do rozwiązania. W szczególności posiada już od roku 1908 Anglja, od roku 1912 Belgja, a od roku 1912 Francja odpowiednie ustawy, odpowiadające mniej lub więcej postulatom nauki na tem polu. U nas w Polsce sprawa ta znalazła też pełne zrozumienie wśród prawników. Komisja kodyfikacyjna, powołana do opracowania jednolitego ustawodawstwa dla całej Rzeczpospolitej, nie czekając na ukończenie prac nad całością kodeksu karnego, wygotowała już z końcem roku 1921 projekt osobny ustawy „O sądach dla nieletnich“, uwzględniającej w sposób umiarkowany i rozważny najnowsze prądy w nauce, która też po wprowadzeniu jej w życie pozwoli i u nas oprzeć walkę z przestępczością młodzieży na nowych racjonalnych podstawach.

Niestety ustawa ta, tak piękna i potrzebna dotychczas ani uchwalona przez ciała ustawodawcze ani wprowadzona dekretem Prezydenta Rzpltej i, o ile sięgają moje informacje, nie ma widoków na rychłe wejście jej w życie, prawdopodobnie czekać ona będzie na wygotowanie całości nowego, wspólnego dla całej Polski kodeksu karnego. Nie mogę tu wchodzić w jej szczegóły, zaznaczę tylko, że według tej ustawy „nie ulega odpowiedzialności karnej osobnik przed ukończeniem lat 13, oraz nieletni w wieku od 13 do 17, który popełnił czyn bez rozeznania t. j. nie osiągnąwszy jeszcze rozwoju umysłowego i moralnego w takim stopniu, by rozumieć istotę i znaczenie popełnionego czynu i kierować swojemi postępkami“. Do takich nieletnich sąd ma stosować tylko środki wychowawcze. Nieletniego zaś, w wieku od 13 do 17 lat, który popełnił czyn karygodny z rozeznaniem, sąd skazuje na umieszczenie w zakładzie poprawczym a w pewnych wypadkach i od tego może odstąpić, zastosować tylko środki wychowawcze lub zawiesić umieszczenie w zakładzie poprawczym na czas od roku do lat 3. Ustawa określa bliżej rodzaj i istotę środków wychowawczych, przewiduje instytucję opiekunów przez sąd powołanych, towarzystwa, patronaty i inne instytucje wychowawcze, zakłady prywatne lub państwowe tak wychowawcze jak i poprawcze, normuje odpowiedzialność osób dorosłych powołanych do czuwania nad nieletnimi, określa ustrój sądów dla nieletnich i postępowanie w nich obowiązujące, wspomina wreszcie osobno o postępowaniu z nieletnimi, psychicznie nienormalnymi. Ustawa ta, jak wynika z jej treści, wymaga różnych urządzeń, pewnej przebudowy struktury społecznej, niemałych też nakładów pieniężnych i to — zdaje się — było głównym powodem, że czynniki miarodajne nie zdecydowały się dotychczas na jej wprowadzenie w życie. Jako przygotowanie do niej uważać należy postanowienia nowego, wspólnego dla całej Polski kodeksu postępowania karnego, który zacznie obowiązywać od 1-go lipca 1929 a w którym istnieją osobne przepisy postępowania w sprawach przestępstwa nieletnich. Między innemi znajduje się tam zarządzenie, aby przy każdym sądzie dla nieletnich znajdowało się schronisko w celu tymczasowego umieszczania nieletnich do lat 17, przynajmniej zaś

osobny oddział więzienia lub aresztu, gdzieby nieletni nie mógł się stykać z więźniami dorosłymi. Samo postępowanie jest uproszczone, lub w sposób odpowiedni zmienione w porównaniu z postępowaniem wobec przestępców dorosłych, osobny zaś artykuł ustawy zaznacza wyraźnie, że dochodzenie w sprawach przestępstw nieletnich ma na celu ustalenie: a) okoliczności czynu zarzuconego nieletniemu, b) stopnia rozwoju umysłowego i moralnego, oraz innych danych niezbędnych do ustalenia, czy nieletni działał z rozeznaniem, c) charakteru i przeszłości nieletniego, warunków, w jakich żył i wychowywał się, stosunków moralnych jego i jego rodziny oraz środków nadających się do jego poprawy; wreszcie może sędzia w razie potrzeby zarządzić badanie lekarskie.

Są to wszystko przepisy bardzo ważne i cenne, jednakże poza niemi obowiązują postanowienia dotychczasowych ustaw karnych a więc w Małopolsce ustawy austrjackiej, w Wielkopolsce niemieckiej, na obszarze byłego zaboru rosyjskiego rosyjskiej. Wszystkie te ustawy uwzględniają wprawdzie wiek sprawcy, w poszczególnych ustawach w różnych granicach, a nawet jego rozwój umysłowy i moralny i bądź uwalniają w odpowiednich przypadkach przestępcę młodocianego od winy, bądź też wymierzają karę łagodniejszą, jednakże poza tem karzą nieletnich w ten sam sposób jak dorosłych, aresztem czy więzieniem, i nie troszczą się o dalszy jego los, w szczególności nie stosują racjonalnych środków jego poprawy. Nie zawierają więc tego, co według nauki i poczynionego już doświadczenia w innych krajach stanowi najważniejszą i najskuteczniejszą broń w walce z przestępstwem nieletnich.

W ten sposób przedstawiłem istniejący obecnie stan rzeczy w sprawie przestępstwa nieletnich oraz postulaty na przyszłość. Dotychczasowy brak odpowiedniej ustawy u nas nie powinien prowadzić jednak do rezygnacji i do czekania z założonemi rękami na wejście w życie ustawy. Przeciwnie, społeczeństwo powinno się na nią już teraz przygotować przez działalność na polu wychowania powszechnego, przez tworzenie towarzystw i instytucyj wychowawczych i poprawczych dla dzieci zaniedbanych, ewentualnie już przestępczych, gdyż akcja taka społeczna nie oparta nawet o odpowiednią ustawę może działać zapobiegawczo przeciw przestępczości u dzieci i przynieść nadzwyczaj wydatne owoce. Wszyscy ci, którzy stykają się z dzieckiem, jak również ci, którzy z zawodu swego obserwują nieletniego przestępcę, wszyscy wreszcie ludzie dobrej woli powinni jąć się na tem polu pracy, państwo bowiem nie może samo wszystkiego wziąść w rękę, natomiast wraz z czynnikami samorządowemi nie poskąpi pomocy dla usiłowań społecznych w tym kierunku.

W powyższych wywodach mówiłem o dziecku normalnem, unikając rozmyślnie wzmianki o osobnikach pod względem psychicznym nieprawidłowych. Sprawa przestępców nieletnich nienormalnych jest ze swej strony bardzo ważna i wymaga osobnego omówienia, na tle jednak tego, cośmy powiedzieli o dziecku przestępczem wogóle, możemy się z nią załatwić w stosunkowo niedługich uwagach.

Stwierdziliśmy, że dziecko normalne posiada zdolności rozwoju tak intellektualnego jak i moralnego. Moralność nabywa się przez wychowanie, a choć między dziećmi istnieją znaczne różnice indywidualne, to jednak, o ile dziecko jest normalne, każde raz łatwiej raz trudniej może w odpowiednich warunkach osiągnąć taki stopień rozwoju intellektualnego i moralnego, że ostatecznie będzie mogło przystosować się do wymogów życia socjalnego i w danym razie stanie się zdolne do powstrzymania się od przestępstwa. Istnieją jednak wśród ludzi wogóle, a wśród dzieci w szczególności liczne stany zboczeń psychicznych od normy, które stoją na pograniczu między zdrowiem a chorobą psychiczną lub stanowią już wprost lżejsze postacie chorób umysłowych. O zboczeniach tego rodzaju mówiono już obszerniej w poprzednich wykładach tego kursu. Ze względu na przestępczość szczególniej ważne są stany nienormalności, objęte nazwą psychopatji, obok nich lekkie postacie niedorozwoju psychicznego lub wreszcie kombinacja obu tych nienormalności. Dzieci takie nie bywają powszechnie uważane za psychicznie chore, przy zewnętrznej obserwacji nie odbiegają w sposób wyraźny od przeciętnego otoczenia, obracają się też w świecie swobodnie, wchodząc w życie na równi z osobnikami normalnemi. Otóż w tej grupie dzieci nienormalnych znajduje się pewną część takich, u których przyswojenie zasad etycznych następuje bardzo trudno i niezupełnie, które też w działaniu swem pozbawione hamulców etycznych kierują się wyłącznie egoizmem i surowemi a silnemi popędami, wskutek czego popadają stale w konflikt z otoczeniem, stają się — jak się wyrażamy — osobnikami dissocjalnymi, asocjalnymi lub wprost antisocjalnymi, a w konsekwencji stanowią kadry niepoprawnych przestępców. Popadają zaś one w przestępstwo tem bardziej, że nienormalność ich psychiczna, związany z nią często brak wytrwałości a nawet wstręt do pracy, przy częstem ograniczeniu intellektualnem utrudniają im przygotowanie się do jakiegoś zawodu a więc do przyszłej walki o byt. Zdarzają się nawet, co prawda, nieliczne przypadki, że osobnik taki pomimo najkorzystniejszych warunków wychowania i życia, pomimo nieraz nienajgorszego rozwoju intellektualnego pozostaje pod względem moralnym zupełnie tępy, nieczuły na wszelkie wpływy, stąd też prawie nieuchronnie skazany na to, żeby stać się przestępcą. Zrozumiałą jest rzeczą, że wszelkie takie nienormalne osobniki, których zresztą rozmaitość typów jest ogromna, odgrywają w zjawisku przestępstwa poważną rolę a szkodliwi są oni też niezmiernie i dlatego, że pociągają za sobą swych rówieśników normalnych, etycznie jeszcze niedostatecznie wyrobionych. W walce zatem z przestępstwem nieletnich na ten rodzaj osobników należy zwrócić szczególniejszą uwagę, należy ich mianowicie jak najprędzej usunąć od otoczenia i zająć się nimi osobno, w sposób właściwy. Nie nadają się oni do kary sądowej ani do zwykłych urządzeń wychowawczych lub poprawczych. Dla nich istnieć muszą osobne zakłady o charakterze wychowawczo-leczniczym, w których kierujący głos winien mieć lekarz psychjatra. Zakłady takie, prowadzone w sposób naukowy, dużo mogą zdziałać. Nawet zwierzę dzikie można wszakże wytresować, a cóż dopiero człowieka, choćby nienormalnego, zwłaszcza, że, jak zaznaczam, postacie stopnia najniższego, pozbawione zupełnie zdolności rozwoju moralnego, zdarzają się stosunkowo rzadko. Zauważam przytem, że według mego przekonania, istnieje wśród lekarzy sądowych pewna tendencja do przesady w rozpoznawaniu u nieletnich przestępców psychopatji. Dziecko najnormalniejsze, pozbawione zupełnie wpływów wychowawczych względnie wprost wychowane i nakłaniane do złego, czyni nieraz wrażenie dziecka nienormalnie dissocjalnego i dopiero ściślejsza obserwacja prowadzi do należytego zróżniczkowania takich jednostek. W każdym razie wynika z tego, że do skutecznej walki z przestępstwem nieletnich należy również szczególna opieka lekarsko-wychowawcza nad dziećmi nienormalnemi zwłaszcza psychopatycznemi i że jest obowiązkiem tak wychowawców, a więc rodziców i nauczycieli jak przedewszystkiem lekarzy szkolnych, a wreszcie i czynników sądowych wyławiać takie nieprawidłowe typy i jak najprędzej przeznaczać je do właściwego postępowania. To też w ustawach normujących w sposób właściwy sprawę przestępczości nieletnich, między innemi i w omówionym projekcie ustawy polskiej istnieją osobne przepisy, dotyczące postępowania z przestępcami nieletnimi nienormalnymi.

Dobiegam do końca. Przestępstwa w zupełności nie zdołamy usunąć, tak jak nie uwolnimy rodzaju ludzkiego od choroby. Przez rozumną jednak politykę kryminalną, przez zapobieganie przestępczości głęboką wielostronną akcją społeczną na polu poprawy stosunków materjalnych i moralnych szerokich warstw ludności, a przedewszystkiem przez szczególną opiekę nad dzieckiem wogóle, a dzieckiem przestępczem w szczególności, potrafimy to zło znacznie zmniejszyć, a w ten sposób zaoszczędzić niejednej łzy ludzkiej, zapobiec wielkim szkodom materjalnym, jakie każda zbrodnia za sobą pociąga, a w następstwie wznieść się na wyższy szczebel rozwoju ludzkości.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Witaminy i hormony (próba syntezy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. K. Bocheński.

W ostatnich kilku latach nauki przyrodnicze i lekarskie postąpiły olbrzymim krokiem naprzód. Wiele zagadnień teoretycznych uzyskało praktyczne podstawy, a z wielu spostrzeżeń wyłoniły się nowe zagadnienia teoretyczne, będące nie zawsze jednak tylko rozwinięciem ich, dopełnieniem i uzupełnieniem. Zdobycze naukowe przestały być jedynie przedmiotem czystych, myślowych spekulacji, stały się ważną próbą spostrzeżeń i faktów otaczającego nas życia, które znów nowemi, przez odkrycia te powodowanemi pytaniami, sięga daleko poza granicę nakreśloną doświadczeniem.

Nie zawsze jednak udaje nam się dotrzeć do najgłębszych źródeł życia, poznać warunki i przyczyny, które je kształtują i wyodrębnić ciała, których obecność jest ściśle związana z powstawaniem i prawidłowym rozwojem tego życia. Bardzo często

musimy zadowolić się tylko stwierdzeniem czynności fizjologicznej lub przypuszczalnych własności biologicznych danego ciała, które samo uchyla się z pod naszych badań i wyklucza uchwycenie przyczynowej zależności, jaka niewątpliwie istnieje pomiędzy niem a zmianami biologicznemi lub też czynnościowemi.

I w medycynie nie sposób jest oddzielać stronę praktyczną, lekarską od czysto i wyłącznie naukowych roztrząsań. Minęły już bowiem bezpowrotnie czasy Huxley'a, kiedy uważano medycynę jako sztukę leczenia jedynie, która koniecznie i wyłącznie ma ograniczyć się do usuwania, nawet nie samego cierpienia, lecz jego najważniejszych i najprzykrzejszych objawów. Dziś pamiętamy o tem, że obok medycyny Kasy chorych, stojącej na usługach tysięcy cierpiących, istnieje i rozwija się *nauka medycyny*, patologja i związane z nią jej działy pomocnicze, niektóre z nich będące wyłącznie umiejętnością teoretyczną.

Do takich zagadnień tkwiących podstawą swą w codziennem, praktycznem zastosowaniu każdego lekarza, lecz wynikami klinicznych i pracownianych wysiłków wybiegających daleko w sferę teoretycznych rozstrząsań, należą dwa zagadnienia, łączące się coraz ściślej ze sobą w miarę ich poznawania tak, że badając jedno nie można ominąć drugie, nie spostrzec i nie uznać wzajemnego ich podobieństwa co do istoty, sposobu działania i wpływu na ustrój. Są to *witaminy* i *hormony*.

I. Witaminy.

Nieznana jest dotychczas istota witamin i właściwy ich charakter. Istnieją teorje zaprzeczające wogóle ich istnieniu. Ma to być jedynie stan witaminoidowy, wywołany zjawiskiem powierzchniowego napięcia soków tkaninowych, co mogłoby stać w związku z wchłanianiem jelitowem spożytych pokarmów (v. Hahn). Naogół jednak uczeni uważają je za ciała o charakterze bodźców lub przypisują im znaczenie odżywcze. Według tej teorji są to ciała posiadające pewne dodatkowe własności odżywcze, konieczne dla prawidłowego przebiegu właściwych procesów odżywiania.

Utożsamiają je również z hormonami lub przynajmniej uważają je za ciała pokrewne i bardzo do nich zbliżone i to nietylko pod względem pochodzenia, ale też i pod względem życiowego znaczenia. Przekonano się bowiem, że oprócz zasadniczych składników naszego pożywienia, a więc: białka, węglowodanów, tłuszczów, soli i wody, niezbędne są liczne dodatkowe składniki, których brak może zachwiać stanem równowagi prawidłowej określanej mianem zdrowia, gdyż tak witaminy jak i hormony, a przynajmniej niektóre z nich, są bezwzględnie konieczne dla występywania najważniejszych czynności ustrojowych i że w tych przypadkach nie dadzą się one zastąpić przez żadne inne ciała.

Doniosłe to znaczenie dla ustroju potęguje jeszcze zależność najróżnorodniejszych schorzeń i niedomagań od wrażliwości osobniczej zwierzęcia. Wiemy bowiem, że zapotrzebowanie tych ciał zależy w znacznej mierze od stopnia rozwoju zwierzęcia, gdyż im niżej dane zwierzę stoi pod względem swego rozwoju tem łatwiej znosi brak ich i tem trudniej udaje się wywołać u niego objawy ich braku. Owadom np. wystarcza zupełnie mała ilość witaminy B, podczas gdy ryby wymagają już witaminy A i B, a ptaki A, B i C.

Wrażliwość ta również u poszczególnych gatunków jest różna, przez co i obrazy schorzeń wywołane brakiem tych ciał są bardzo odmienne: od lekkich niedyspozycyj i zaburzeń rozwojowych począwszy aż do poważnych, nierzadko śmiercią kończących się *awitaminoz,* w których oprócz upośledzenia czynności narządu, zwłaszcza gruczołów dokrewnych, występują daleko idące zmiany w postaci zwyrodnień.

Znaczenie tych dodatkowych czynników odżywczych było przedmiotem długich i mozolnych badań, lecz naukowe podwaliny dał im dopiero badacz polski Kazimierz Funk. Przypomnieć bowiem należy, że jeszcze w drugiej połowie ubiegłego wieku Pasteur spostrzegł, że dla hodowli drożdży mają znaczenie nie tylko ciała białkowe, wodany węgla i inne ciała odżywcze, ale nadto pewne czynniki bliżej nieznane, towarzyszące każdemu życiu, które nazwano „bius". Zwrócono następnie uwagę na różnicę tych ciał, a zdaniem Ławrynowicza „bios" Wildiersa stanowi pierwsze zastosowanie koncepcji witaminowej w mikrobiologji.

Zdaniem większości badaczy witaminy są pochodzenia roślinnego. Ławrynowicz jako przykład przytacza witaminę D, która znajduje się w tranie dorszów, żywiących się głównie śledziami. Śledzie mają otrzymywać witaminy wraz z pożywieniem, a żywią się one małemi raczkami planktonu. Raczki te żywią się znów roślinami, algami. Ponieważ algi rosną na podłożu pozbawionem witamin, przeto nie ulega wątpliwości, że one je wytwarzają.

Dotychczas znamy następujące witaminy:

A — wpływająca na wzrost,
B — przeciw beri-beri,
C — przeciw skorbutowi,
D — przeciw krzywicy,
E — zapobiegającą bezpłodności.

Euler zauważył w drożdżach i w mięśniach pewien nieznany dotąd składnik, mający wpływ na wzrost i nazwał go *witaminą F.* Carmann, Clayton, Evans i Bishop przyjmowali istnienie osobnej witaminy kierującej tylko rozmnażaniem się, którą oni nazwali *czynnikiem X,* w ostatnich zaś latach Szilly i Eckstein donieśli o *witaminie Z,* której brak ma powodować poważne zaburzenia rozwojowe.

Dawną więc witaminę A uznano jako połączenie dwóch ciał, które udało się wyodrębnić i które oznaczono jako witaminę A i D. Należy zaznaczyć, że witamina D nie jest identyczna z aktywatorem wytwarzania zaczynów drożdżowych, który dawniej uważano niesłusznie za witaminę D. W celu uniknięcia możliwych pomyłek proponują niektórzy dla jego oznaczenia nazwę „bios" lub „biokatalizator Z" (Euler). Witaminy A, D i E niezawierają azotu, a Funk przeciwstawia je witaminom B i C i nazywa je „witasteryny".

Ustroje zwierzęce prawdopodobnie nie wytwarzają witamin, które powstają w roślinach i to tylko w niektórych. Witaminy odróżnić należy od innych dodatkowych ciał, również niezbędnych dla życia i rozwoju roślin, a które określane są nazwą „auxymony". Ciała te znajdują się w glebie, a działają również już w znikomo małych ilościach.

Jakkolwiek przeto w zasadzie ta wspólna *czynność biologiczna* stanowi pewne podobieństwo tych ciał do witamin, to jednak istnieją między niemi zbyt liczne i poważne różnice biologiczne, aby można je było wzajemnie porównywać lub — co mniej jeszcze możliwe — utożsamiać.

Zawartość witamin w roślinach zależy nietylko od gatunku danej rośliny lecz głównie od okresu jej rozwoju. Przekonano się bowiem, że drożdże i bakterje w okresie wzrostu zawierają jedynie witaminę B, natomiast po ukończeniu wzrostu można w nich wykazać również witaminę A. Podobnie dojrzewające rośliny, owoce i jarzyny, jak np. groch, ziemniaki, zawierają witaminę C, której niema w dojrzałych.

Witamina A powoduje wzrost. Znajduje się ona w tłuszczach szczególnie w maśle. W tłuszczach roślinnych niema jej, co ma znaczenie praktyczne ze względu na tłuszcze zastępujące masło. Doświadczenia wykazały, że brak tej witaminy w pożywieniu młodych, rosnących zwierząt powoduje choroby i zaburzenia, a u dorosłych zwierząt prowadzić może nawet do zeskórnienia spojówek i rogówek i do (kurzej) ślepoty nocnej.

W tłuszczach znajduje się ta witamina w częściach, które się nie zmydlają, jest wolna od N i niema nic wspólnego z lipochromami, sterynami, węglowodanami i alkoholami, nie tworzy się również przez naświetlanie. U ludzi rzadko spotyka się objawy wywołane brakiem tej witaminy, gdyż znajdując się obficie w mleku krowiem jest bardzo dostępna, tem bardziej, że krótkie gotowanie mleka niema zupełnie wpływu na nią, a zniszczeniu ulega ona dopiero po dłuższem gotowaniu.

Goldblatt i Beniszek wykazali, że brak witaminy A w pożywieniu szczurów wywoływał u nich przemianę nabłonka cylindrycznego, kubicznego i przejściowego w nabłonek płaski ze skłonnością do tworzenia zrogowaceń. Ta przemiana już w 10 tygodniach występuje tak często, że można uważać ją za pewny dowód braku witaminy A i B, gdyż brak innych witamin, jakoteż niedostateczne lub nieodpowiednie pod innemi względami pożywienie nigdy nie wywoływało wspomnianej przemiany. Abels odnosi zmniejszenie wagi ciała noworodków urodzonych w porze zimowej do braku witaminy A. Opisywano też zmniejszoną odporność na związki arsenu i tworzenie się kamieni w pęcherzu moczowym, jakoteż w drogach żółciowych, pod wpływem pożywienia ubogiego w witaminy.

Birnbacher odnosi nagminne występywanie ostrej esencjalnej nocnej ślepoty w latach 1919 do 1924 w okolicach Wiednia do braku witaminy A. Przekonał on się, że najczęściej zapadali na chorobę tę mężczyźni około 20 r. życia. Kobiety naogół rzadziej chorowały, zwłaszcza w okresie pełnej dojrzałości i sprawności płciowej. U ciężarnych natomiast spostrzegano stosunkowo częste przypadki tego cierpienia. Wynikałoby z tego, że ciąża może sprzyjać rozwojowi tej choroby, gdyż epidemja ta oszczędzała kobiety nie będące w ciąży. Ciężarne stawały się ślepe

dopiero pod koniec ciąży i to szczególnie te, których koniec ciąży wypadał na miesiące wiosenne. Birnbacher sądzi, że objawy te pozostają w związku z większem zapotrzebowaniem witamin. Wytwarzanie się i dojrzewanie komórki jajowej, a bardziej jeszcze rozwój zarodka, wymaga niewątpliwie coraz to większych ilości witamin, zwłaszcza pod koniec ciąży, co może być powodem zaburzeń, o ile ustrój nie rozporządza większemi zapasami. Abels mniema, że ta odporność kobiet w okresie zdolności płciowej na nocną ślepotę stoi w związku z fizjologicznem gromadzeniem się tłuszczu, gdyż odporność ta występuje dopiero w tym okresie, w którym ustrój rozpoczyna nagromadzać tłuszcz. Rozpuszczalna zaś w tłuszczach witamina A nagromadza się przeważnie w pokładach tłuszczowych. Stąd pochodzi większa odporność kobiet na tę awitaminozę, a w równych warunkach z mężczyzną kobieta okazuje znacznie później objawy schorzenia. Freise, Ruprecht i Melanby wykazali wpływ tej witaminy na kości i na zawartość, jakoteż przyswajanie soli wapniowych.

Rozpuszczalna we wodzie *witamina B* jest odkrytym przez Funka środkiem leczącym *polineuritis gallinarum*, a więc znajdującym się w łupinie ryżowej i powierzchownych warstwach ziarn zboża, zwłaszcza w okresie kiełkowania. Aron przypuszczał, że w witaminie B znajdują się 2 czynne ciała, a to przeciw schorzeniom nerwowym i pobudzające do wzrostu. Zasługą Funka i Dubina jest rozdzielenie obu tych ciał, z których ciało pobudzające do wzrostu nazwano witaminą D. *Witaminę B* można otrzymać w stanie czystym. Leczy ona beri-beri. Znajduje się we frakcjach choliny, a w dalszym rozszczepianiu powstają ciała podobne do choliny (Ikeda, Sahashi). Brak tej witaminy powoduje powiększenie kory nadnercza a zmniejszenie innych narządów. Vezzar mniema, że w związku z tem stoi również powiększenie się ilości całej cholesteryny w ustroju.

Szczury pozbawione witaminy B wykazywały trwałą ruję, która utrzymywała się nawet po wycięciu jajników. Również i u zwierząt wytrzebionych, występywały te objawy wraz z przerostem macicy. Możliwe, że przyczyną tego jest nadmierna ilość cholesteryny we krwi. Podobnie jak witamina A znajduje się i B obficie w naszem pożywieniu, dlatego też skutków jej braku obawiać się nie potrzebujemy.

Interesujące jest twierdzenie Caspari'ego, że witaminy mają wpływ na powstawanie guzów i że szczególnie witamina B sprzyja ich wzrostowi. Zdaniem tego autora po operacjach i naświetlaniach należałoby ograniczyć dowóz tej witaminy.

W sztucznej awitaminozie B u gołębi przeważa obraz zwiększonej gruczołowej czynności tarczycy (Satwornitzkaja i Simnitzky). Wykazano też, że witamina B, podobnie jak insulina zmniejsza ilości cukru we krwi na drodze układu przywspółczulnego (Funk, Ogata, Collazo, Lelesz, Leszczyński, Wajs i Wassermann).

Jakkolwiek udało się otrzymać w stanie czystym przeciwskorbutową *witaminę C*, to jednak nie znamy dotychczas jej składu chemicznego. Energja jej działania jest bardzo znaczna, gdyż już 2 miligramy wystarczają, aby uchronić świnkę morską od skorbutu. Brak tej witaminy nie szkodzi zupełnie szczurom, królikom i myszom, natomiast małpa i człowiek są bardzo wrażliwi na brak jej, zwłaszcza człowiek często odczuwa ten brak, gdyż gotowanie niszczy ją. Naogół zbyt mało wiadomo jest ogólnie, że witaminy tej nie zawierają jarzyny gotowane, kompoty, konserwy, grzyby, jaja, banany i piwo. Zbyt długo gotowane mleko powoduje u dzieci skorbut młodzieńczy, a dobrym środkiem zapobiegawczym jest dodawanie do gotowanego mleka kilku kropel soku pomidorowego.

Witaminy C podnoszą wrażliwość wyosobnionego cienkiego jelita świnki morskiej, brak zaś ciała tego w pokarmach wrażliwość tę znacznie zmniejsza, a nawet znosi zupełnie. Schilowzew przekonał się, że brak witaminy C wpływa niekorzystnie na czas gojenia się i zrastania złamanych kości, natomiast pożywienie obfitujące w nie przyczyniało się do szybszego gojenia. Przeciwkrzywicza *witamina D* znajduje się w tranie, który jednak odnośnie do ilości jej wykazuje ogromne różnice. Podobnie mleko i masło zawierają to ciało, lecz w małych ilościach. Zależy to od najróżnorodniejszych czynników, jakoto: gatunku mleka, rodzaju paszy, miejsca, gdzie krowa się pasła, czasu, oświetlenia słonecznego i t. p. Witamina ta znajduje się również w zarodkach jęczmienia w stanie czynnym, skąd można ją wyodrębnić. Mączka z zarodków jęczmienia zawiera tak znaczne jej ilości, że niektórzy przyrównywują działanie jej do działania tranu.

Brak witaminy D zmniejsza odporność ustroju nietylko w okresie wzrostu i dojrzewania, w którym to okresie objawia się zaburzeniami w układzie kostnym i jest przyczyną krzywicy, ale również i w ustroju dojrzałym, który pozbawiony tej witaminy gorzej opiera się zakażeniu. György i Hottinger wykazali, że schorzenia gorączkowe wymagają większych ilości witamin. Doświadczenia wspomnianych autorów, jak również Ascoli'ego Setti'ego i Bielinga, wyświetliły zależność sił obronnych ustroju i zwiększanie się jadowitości drobnoustrojów od obecności witamin. Przekonano się, że zwierzęta pozbawione witamin ulegały prędzej zakażeniom, a Saiki i Erdmann sądzą nawet, że pozbawiony odpowiednich witamin ustrój prędzej i łatwiej staje się łupem nowotworów złośliwych skutkiem zaburzeń w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Na 83 szczurów u 6 powstały guzy, z tego 4 podskórne; 3 były raki gruczołowate, 1 naczyniak. U dwu zwierząt wykazano brodawczaka żołądka, a u 1 bujanie nadmierne nabłonka wraz ze zrogowaceniem. Powstawanie tych guzów tłumaczą Erdmann i Haagen jako szkody skutkiem braku odpowiednich witamin w pożywieniu. Również Eichholz i Kreitmair wykazali na białych szczurach, że i dojrzały zupełnie ustrój potrzebuje stałego dowozu witaminy D, o ile czynności tegoż i stan zdrowia nie mają ulec zaburzeniu.

Zdaniem Windausa istnieje tzw. prowitamina D. Ma to być ergosteryna, która przez naświetlanie zamienia się w witaminę D. Ergosteryna jest steryną roślinną z licznemi wiązaniami i zanieczyszcza cholesterynę, z czem może stać w związku działanie różnych preparatów cholesterynowych.

Stoeltzner podał chemiczną metodę wykrywania tej witaminy: Do Vigantolu (1% roztwór przeciwkrzywiczej witaminy w oliwie) dodany pięciotlenek fosforu (P_2O_5) wywołuje zabarwienie rdzawo-brunatne, które coraz bardziej ciemnieje i w końcu staje się prawie czarne. Zwyczajna oliwa lub dodatek ergosteryny nienaświetlanej nie daje tego odczynu. Metoda ta polega na reakcji chemicznej między witaminą przeciwkrzywiczą i pięciotlenkiem fosforu. *Witamina E* znajduje się w mleku, w zbożu i w zielonych jarzynach. Gotowanie nie niszczy jej, gdyż oporna jest na działanie światła, gorąca, ługów, kwasów i tlenu. W próżni daje się w 200° destylować i jest bardzo podobna do hormonu jajnika i to nie tylko pod względem chemicznym (Hartmann, Kennedy, Ewans). Niektórzy sądzą, że dla powstawania hormonu jajnika niezbędna jest dostateczna ilość tego ciała. Żywiąc szczury pożywieniem, które zawiera wszystkie niezbędne składniki, a ponadto witaminy A, B, C i D, można uzyskać piękny rozwój tych zwierząt. Zachowanie ich i rozmnażanie będą zupełnie prawidłowe, lecz tylko do drugiego pokolenia. Już w trzeciem, a niekiedy nawet w drugiem pokoleniu, pomimo tych samych warunków, występuje bezpłodność skutkiem zwyrodnienia komórek zarodkowych i nabłonka kanalików nasiennych samców. Samice nie wykazują wprawdzie zmian morfologicznych, płody ich jednak stale obumierają w czasie ciąży. Stosunki te ulegają całkowitej poprawie po zmianie pożywienia obfitego w witaminę E.

Istnieją również poglądy, które uważają witaminę E jako hormon jajnikowy.

Niezupełnie wyjaśniona jest sprawa udziału *światła* słonecznego jakoteż sztucznego, w tworzeniu się i przekształcaniu witamin. Niektórzy badacze sądzą, że pod wpływem naświetlań witaminy mogą się tworzyć także i u zwierząt.

Hess i Stoenbock wykazali, że światło pobudza witaminy do działania; naświetlali oni cholesterynę, która przez to nabierała własności witaminy. Również i kawałki skóry naświetlane, w doświadczeniach na zwierzętach, wykazywały działanie przeciwkrzywicze. Wynikałoby z tego, że pod wpływem światła pewne ciała mogą nabierać własności witamin lub, co jest prawdopodobniejsze, że światło działa pobudzająco na pewne nieczynne dotąd ciała i rozwija w nich własności przeciwkrzywicze. Eichholz i Kreitmair sądzą, że w skórze ludzkiej znajdują się tzw. prowitaminy, które uczynniają się dopiero pod wpływem światła. W miesiącach zimowych skutkiem braku słońca powstaje brak witamin, co znów prowadzi do zmniejszania odporności ustroju na szkodliwości zewnętrzne. Przemawiałyby zatem doskonałe wyniki naświetlania ran pooperacyjnych, które pod wpływem światła słonecznego, a nawet sztucznego, goją się lepiej i szybciej.

Pohl i Windaus stwierdzili, że pod wpływem naświetlania ergosteryna zmienia się na ciało działające przeciwkrzywiczo i to nawet zapobiegawczo.

Jak wiadomo krzywica jest schorzeniem ogólnem na tle zaburzenia równowagi ciał mineralnych. Jeżeli mechanizm powstawania krzywicy tłumaczymy brakiem odpowiednich i potrzebnych ilości wapnia, koniecznego tkankom i następowem bujaniem lub też opóźnionem obumieraniem osteoblastów, co prowadzi w końcu do zmniejszenia substancyj mineralnych kości, to przyjąć musimy również i tzw. wyrównawczą kwasicę, polegającą na zwolnieniu szybkości procesów ogólnej przemiany materji, zatrzyma-

nia glikolizy w tkankach, zmniejszenia się ilości kwasu mlekowego we krwi i opóźnienie przemiany tłuszczowej. Zmniejszenie się ilości nieorganicznego fosforu w surowicy krzywiczych jest podobnie jak kwasica objawem wtórnym, jakkolwiek Kramer i Howland, uważają tę hipophosphataemję jako najważniejszy objaw, mimo iż, występuje on również i w innych stanach chorobowych (np. w zapaleniu płuc) jak również i w czasie usypiania. Pierwotną i główną przyczyną ma być chorobliwie zmieniona komórka, a przedewszystkiem jej ciała białkowe.

Oprócz krzywicy naświetlana ergosteryna („Vigantol") okazała się dobrym środkiem leczniczym w zmięknieniu kości i tężyczce. W przypadku Strote'ego zmięknienie kości połączone było z włókniakowatością nerwów. Vigantol usuwał hipophosphatemję, co niektórzy autorowie uważają jako konieczny i ważny warunek zwapnienia krzywiczych osteoidów. Nie tak szybko natomiast powracała zdolność glikolizy. Wiskott już po 14 dniach leczenia Vigantolem widział wyraźną poprawę kośćca krzywiczych. Zmniejszało się zmięknienie na nasadach kostnych były widoczne przygotowawcze strefy zwapnienia. Skutkiem nagromadzenia się wapnia krzywicze osteoidy stawały się widoczne w Roentgenie. Po dalszych kilku tygodniach osteoidy wapniały, a struktura kostna rysowała się zupełnie ostro i były widoczne jądra kostne. Podobnie i złamania kości leczyły się pod wpływem Vigantolu o wiele prędzej i lepiej.

Przeciwko poglądowi jakoby krzywicę można było wyleczyć Vigantolem lub promieniami pozafjołkowemi, występują Reyher i Walkhoff, którzy sądzą, że podczas naświetlania powstają pewne ciała działające na krew i nerki trująco i to już w małych nawet ilościach. Wykazano także w mleku naświetlanem promieniami pozafjołkowemi (jakkolwiek raz tylko) azotyny, których przed naświetlaniem mleko nie zawierało. Nawet zwolennicy leczenia energją świetlną przyznają, że istniejąca równocześnie z krzywicą niedokrwistość nie daje się wyleczyć naświetlaniem. Wspomniani autorowie podawali dość duże dawki witaminy B i C w ciągu szeregu lat zwierzętom i dzieciom i nie widzieli nigdy objawów tzw. hiperwitaminozy, jakkolwiek nie spostrzeżono również wybitnej poprawy czynnościowej, podniesienia odporności ustroju lub zmniejszenia niedokrwistości. Sądzimy, że *krzywica szczurów, doświadczalnie wytworzona, jest zasadniczo różna od krzywicy dziecięcej i że doświadczalnie tworzy się stan chorobowy zbliżony do krzywicy objawami, będący zaś zaburzeniem wywołanem brakiem witamin*. Taki stan oczywiście można szybko wyleczyć podając odpowiednie witaminy.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Józef OWSIŃSKI, naczelny lekarz miejski. Kraków.

Sprawozdanie z wycieczki naukowej do Włoch.

Wyznaczony przez Departament V. Służby Zdrowia, jako delegat Polski na wycieczkę do Włoch zorganizowaną przez Sekcję Higjeniczną Ligi Narodów, otrzymałem od P. Dyrektora Departamentu Zdrowia Ligi Narodów Dra Reichmana pismo, w którem streścił cel tej podróży.

Ma ona za zadanie ułatwić uczestnikom, studjum rozwoju higjeny publicznej — na podstawie potrzeb życiowych współczesnych Włoch. Uczestnicy będą mieli sposobność zdać sobie sprawę z postępu w przemyśle, handlu, rolnictwie, wychowaniu i innych doniosłych gałęziach współczesnego życia Włoch oraz ocenić czynniki, które zapoczątkowały program obecnych organizacyj sanitarnych, urzędowych, półurzędowych i prywatnych. Do państwowej Służby higjeny publicznej na której przez długie lata ciężył obowiązek wykonywania ustawodawstwa w dziedzinie higjeny — wprowadzono w życie nowe prawo polegające na nowożytnem pojęciu medycyny zapobiegawczej. Ma ono za cel przetworzyć obecną służbę sanitarną. Obecna forma Rządu wywarła doniosły wpływ na całe życie Włoch — jest szczególnie zajmującem studjować naocznie ten pierwszy okres czasu, w którym dokonuje się tyle zmian ważnych w życiu Włoch — i gdyby się nie posiadało pewnych znajomości położenia, które wytwarza te zmiany — odpowiednia ocena obecnej praktyki higjenicznej we Włoszech byłaby niemożliwa. Z tych przyczyn zagajenia i zwiedzania nie ograniczą się wyłącznie do przedmiotów higjeny publicznej lecz obejmą wszystkie ważne współczynniki życia, stojące z działem higjeny w związku bezpośrednim i pośrednim. W myśl powyższego założenia Rząd włoski wypracował dla wycieczki osobny program na czasokres od 16 września do 10 listopada 1928 roku. W każdem mieście i miejscowości, którą mieliśmy zwiedzić potworzono miejscowe Komitety oraz przydzielono na cały czas dwóch lekarzy z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia). Ze strony Ligi Narodów towarzyszyło nam również stale 2 — 3 delegatów.

Wysłanie na otwarcie obrad do Turynu Ks. Aosty z Rzymu — powitania na dworcach w każdej miejscowości przez naczelne władze rządowe i autonomiczne — odbywanie obrad w prefekturach, sprawozdania, które delegaci okresowo przesyłać musieli do Ministerstwa świadczą wymownie, jak wielką wagę przykładał Rząd włoski do tej wycieczki.

Uczestników było 19, reprezentujących szesnaście państw: Niemcy (3), Belgja, Danja, Egipt, Hiszpanja, Ameryka, Francja, Anglja (2), Japonja, Holandja, Polska, Jugosławia, Szwecja, Szwajcarja, Urugway. Wykonanie zakreślonego programu odbywało się ze ścisłą dokładnością i punktualnością bez żadnych zmian — mimo, iż prędko zdano sobie sprawę, iż jest on dla uczestników nawet fizycznie bardzo męczący i powinien być uskutecznionym w 3-miesiącach. Zajęcia trwały od godz. 8 i pół do do 1-szej i od 2 i pół do 7-mej. Rano zazwyczaj były dwa wykłady z następowem zwiedzaniem omawianych przedmiotów, popołudniu 1 wykład i zwiedzanie. Ważne sprawy, jak bonifikacje, kolonje lecznicze, sanatorja były wyświetlane; — filmy były sporządzone przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów. Prelegentami byli prof. medycyny danego miasta lub przysyłani z Rzymu, jeżeli temat był ściśle medyczny, albo wyżsi urzędnicy Ministerstwa, gdy omawiano temat z zakresu inżynierji, statystyki, organizacji etc.

Uczestnicy zjechali się w Turynie 15 września i w pierwszym dniu zwiedzono ogólno - włoską wystawę rolniczą (otwartą 1. V. do 4. XI. 1928). Najwięcej zajęcia budził pawilon rolnictwa z planami nawodnień sztucznych (irygacji), pokazów zboża, narzędzi rolniczych, nawozów sztucznych i szkodników i niszczycieli pól, pawilon żywnościowy — z urządzeniem wzorowej obory, browaru, wyrobu oliwy, serów, win — dział jedwabniczy od chowu jedwabników aż do maszynowego sporządzania tkanin, zawierał on również pokazy fabrykacji sztucznego jedwabiu — wreszcie pawilon chemiczny surowców z pokazem wyrobu środków chemicznych i leków. Streszczenie wszystkich wygłaszanych wykładów przekroczyłoby ramy niniejszego sprawozdania — ograniczyć się muszę tylko do zasadniczych, najważniejszych. I tak zaraz w pierwszym dniu wygłosił wykład Dr. Aleksander Messea b. dyrektor generalny Zdrowia publicznego „O ustawodawstwie sanitarnem włoskiem i Organizacji służby Zdrowia". Ustawodawstwo włoskie sanitarne dzieli on na 3 okresy, I-szy od 1865 r. do 1907 r., w którym zapoczątkowano walkę z malarją, II-gi od r. 1907 do ery faszystowskiej, w którym wydano ustawy o zaopatrywaniu miast w wodę dobrą do picia i wreszcie III-ci okres faszystowski od 28. X. 1922 r., w którym w myśl zdania Benito Mussoliniego „Należy baczyć, aby w państwie dobrze rządzonem, troska o zdrowie fizyczne ludności była na pierwszem miejscu", wydano ustawy o zwalczaniu chorób zawodowych, głównie zaś zajęto się zwalczaniem gruźlicy, jaglicy i opieką nad matką i dzieckiem. Wydatki na zdrowie mieszczą się nie tylko w budżecie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, ale również w Ministerstwie Wojny, marynarki, komunikacji, aeronautyki i Ekonomji narodowej i robót publicznych i wynosiły w r. 1914/15, 40 milj., a w roku 1926/27, 227 milj. W samem zaś Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z 9 milj. w r. 1914/15, wzrosły za rok 1926/27, do 40 milj. 745 tys. Ogólne wszystkich Ministerstw, prowincyj, gmin i Tow. prow. przeciwgruźliczych z kwoty 175 i pół milj. z r. 1914/15 do 1 miljarda 26 milj. w r. 1926/27. Te zwiększone wydatki na zdrowie miały takie następstwa, że ludność z r. 1887 wynosząca 29.614 tys. wzrosła obecnie do 42 milj. — ogólna śmiertelność wynosząca w r. 1887 — 27'99 na 1000 spadła w roku 1926 na 16'83 na 1000. Śmiertelność żywo urodzonych dzieci w 1 r. w r. 1887 wynosząca 193.42 na 1000 27.99 na 1000 spadła w r. 1926 na 16.83 na 1000. Śmiertelność spadła do 119.47 w r. 1925. Na czele państwowej Służby Zdrowia stoi Generalny Dyrektor Zdrowia Publicznego podległy Ministerstwu Spraw Wewnętrznych z organem doradczym — Wyższą Radą sanitarną. Dla każdej prowincji (Województwa) są *medici provinciali* z prowincjonalną radą sanitarną, podlegli służbowo prefektowi. Naczelną radę sanitarną w miastach pełnią *medici oficinali* podlegli służbowo podeście wreszcie w gminach wiejskich *medici condotti*.

Dla Turynu i całej prowincji od r. 1921 utworzono 3 bezpłatne zakłady porodowe — ciężarne. Przeważnie nieślubne przyjmowane są od 7-go miesiąca ciąży. Są to miejscowości di Brefotrofio, di Ballengo i di Rivoli, odległe od 15 — 20 km od miasta, położone na zalesionych wzgórzach.

Zwiedziliśmy di Rivoli — zakład pozostający pod ciągłą opieką lekarską i pielęgniarek — w gmachu wśród dużego parku z salami

dla ciężarnych przeważnie nieślubnych i 40-ma łóżkami dla noworodków. Matka pozostać może jak długo chce, o ile zgodzi się karmić prócz swego także drugie dziecko, wzięte od rodziców gruźliczych na polecenie lekarza poradni. Ostatnia statystyka tych zakładów, noszących tytuł *L'Asilo materno e l'assistenza ai bambini illegitimi* wykazuje 500 nieślubnych porodów w roku. W tymże Rivoli zwiedziliśmy kolonję profilaktyczną *(cassa del sole)* dla 75 dzieci od lat 5—12, są to dzieci zdrowe rodziców gruźlików lub usunięte ze środowiska gruźliczego, mają one całkowite utrzymanie i szkołę.

Muszę tutaj nadmienić, że w całych Włoszech we wszystkich szpitalach, sanatorjach, kolonjach, przytułkach etc., które zwiedzałem, nadzór nad służbą i chorymi sprawowały zakonnice. Zwiedziliśmy również *„Colonia Ergoterapica feminale Eremo di lunzo"* Czerwonego Krzyża, wzniesioną na osłoniętem wzgórzu 550 m na obszarze 42 hektarów, przeznaczoną dla sióstr i matek poległych i inwalidów ostatniej wojny. Są to rekonwalescentki anemiczne lub dotknięte gruźlicą kości lub chroniczną płucną, ale nie prątkujące. Pomieszczenie bezpłatne znachodzi tam 200 chorych — od 8 roku życia, czas leczenia 2 miesiące — obowiązkowo werandowanie i oddawanie się lżejszym zajęciom. Kolonja ta założona została 22 marca 1926 r., lekarze są stale na miejscu, dyrektorem jest prof. chirurgji, chore bywają przysyłane przez przychodnie przeciwgruźlicze. Zwiedziliśmy kilka szkół starego i nowego typu, jedną z internatem. Mają one duże sale gimnastyczne — cały poziom przeznaczony na kąpiele natryskowe — szerokie korytarze — podwórza niewielkie — urządzeń wentylacyjnych brak — ławki dwusiedzeniowe o powierzchni górnej stałej nie przesuwalnej — jednej wielkości t. j. nie uwzględniającej wzrostu dziecka, stąd może tak duża ilość krótkowidzów w tym kraju. Dla dzieci jagliczych osobna szkoła *Giovani Prati*. Dzieci do tej szkoły bywają przysyłane przez lekarzy szkolnych, ambulatorja kliniczne i lekarzy prywatnych. Naukę (5 klas), leczenie i żywienie otrzymują bezpłatnie. Przychodzą o godz. 8 i pół, a zamyka się szkołę o godz. 18-tej. Od 8 i pół do 10 i pół trwa leczenie jaglicy i kąpiele. Dzieci uleczone odsyłane bywają do szkół publicznych. Od 1 marca 1927 do 1 września 1928 r. korzystało z nauki i leczenia 596 dzieci.

Obecny Rząd za jedno z głównych zadań postawił powiększenie ilościowe znaczne, bo o 20 milj. ludności Włoch i jako najpierwszy środek prowadzący do celu uznał otoczenie matki i dziecka szczególniejszą opieką *(Protezione della maternita e dell infanza)*. Prof. B a r g e l l i n i w wykładzie swoim mówił o ustawach i środkach stosowanych względem dzieci w wieku przedszkolnym i matek, a prof. R e n d a względem młodzieży szkolnej. Co do I-szej grupy — tworzenie wzorowych szkół dla akuszerek i pielęgniarek, budowa domów porodowych i żłóbków, zaprowadzenie obowiązkowych wykładów w szkołach o żywieniu dzieci, budowa klinik i poradni dla dzieci. II-giej grupy — szkoły otwarte pod słońcem, sale gimnastyczne, ćwiczenia fizyczne i sportowe, uświadomienie wychowawców o higjenie i zaprowadzenie lekarzy szkolnych, zakładanie kolonij morskich, leśnych i słonecznych.

W państwowej fabryce tytoniu, dla osesków tamtejszych pracownic, w r. 1927 urządzono żłóbek w kilku salach odpowiednio przystosowanych. Dzieci tam pozostają stale, ale wolno matce także zabrać je na noc do domu. Matki mają co trzy godziny, pół godziny wolne na karmienie piersią, w razie braku pokarmu, dziecko bywa sztucznie dożywiane. Wynik cyfrowo przedstawia się następująco: śmiertelność, która w I-szym roku życia w latach 1923—1927 wynosiła 10.14% spadła po założeniu żłóbka na 3.71% — lekarz dochodzący — pielęgniarki stałe. Żłóbki te zaprowadzone zostały we wszystkich fabrykach tytoniu — przymusu ustawowego dotąd nie wprowadzono. Podobny żłóbek zwiedziłem w fabryce sztucznego jedwabiu w Sina-Viscosa, fabryka ta zatrudniająca kilka tysięcy pracownic, posiada osobne rozbieralnie, jadalnie, kąpiele natryskowe oraz internat na 400 łóżek, gdzie za 12 lirów miesięcznie robotnica otrzymuje łóżko na wspólnej sali z pościelą.

Turyn jako miasto przemysłowe, posiada w dzielnicy swej fabrycznej olbrzymie obejścia, z których zwiedziliśmy 2 dokładnie t. j. „Fiat" fabryka automobili i „Unica" fabryka czekolady. O ogromie „Fiata" świadczy 35 tysięcy robotników i trzy 5-cio piętrowe gmachy po 800 m długości z olbrzymiemi salami połączone korytarzami tak szerokiemi, że oglądanie fabryki odbywało się autobusem 20-osobowym po wszystkich salach i piętrach, aż na platformę dachu. Dla tej ilości robotników są urządzone 3 ambulatorja, czynne przez cały czas pracy, chirurgiczne, okulistyczne i wewnętrzne, każde z osobna zajmujące po kilka pokoi. Przypadki cięższe kierują lekarze do lecznicy prywatnej, wspomaganej także przez Gminę. W tej samej dzielnicy widziałem wytwórnię czekolady „Unica", w której 6 tysięcy pracowników, przeważnie kobiet zajętych jest przy obsłudze maszyn, zamieniających w oczach widza surowe cacao na bombonierki z czekoladkami. Także i tutaj pracownicy korzystają z własnego ambulatorjum i kąpieli. Dla pracowników wielu fabryk istnieje od r. 1926 wspólna instytucja rodzaj poradni t. zw. *la Vigile*, mająca za zadanie udzielanie porad z dziedziny higjeny, których mają się trzymać, chcąc uniknąć zachorowania — z dziedziny medycyny, leczenia ich celem najrychlejszego odzyskania sprawności zarobkowania oraz przeprowadza badanie psychotechniczne. Dla sprostania temu posiada lekarzy specjalistów, sale z łóżkami dla obserwacji oraz uposażona jest w najnowsze przyrządy i środki do badań i lekarstwa.

Szpitali publicznych zwiedziliśmy: Szpital św. Wita, Królowej Małgorzaty, Humberta I-go i prywatny Köllikera. Wszystkie posiadają na każdem piętrze po 2 duże sale (30 łóżek), w środku seperatki po 4 łóżka — sale operacyjne — sale roentgena i radjowe. Z urządzeń gospodarczych — w osobnym budynku duże kuchnie i zmechanizowane pralnie i suszarnie. W sali przyjęć dzieci — osobne boksy.

Sanatorjum gruźlicze św. Ludwika Gonzagi dla 1000 chorych składa się z 3-ch głównych pawilonów II. p. połączonych szeroką galerją z werandami krytemi od południa i otwartemi od północy. Sanatorjum to utrzymywane jest przez miasto - prowincję — Czerwony Krzyż i Towarzystwo Opieki nad matką i dzieckiem.

W Kolonii stałej im. Księżnej Laetitziu znachodzi umieszczenie 150 dzieci od lat 3 do 15, które przebywają tam stale otrzymując stałe utrzymanie i naukę, którą pobierają na wolnem powietrzu, dzieci te pochodzą z rodziców gruźliczych.

Obok tej kolonji w r. 1926 założono kolonję profilaktyczną letnią dla 500 dzieci, które o godz. 8 dostawiane tam bywają tramwajami i autobusami i do wieczora spędzają czas w parku — oddając się pod dozorem higjenistek ćwiczeniom fizycznym, robótkom ręcznym, ogrodnictwu i nauce. Zakład wyposażony jest w natryski, kąpiele nożne, wagi etc.

Rządowa monopolowa fabryka chininy mieści się w 5-ciu dużych budynkach, wyrób odbywa się zapomocą maszyn, które obsługuje 600 robotników — fabryka posiada laboratorjum chemiczne.

W Turynie dla zaspokojenia braku małych mieszkań potworzyły się prywatne Towarzystwa budowlane, otrzymujące $^1/_3$ część kapitału od Rządu lub Gminy. W 8 miu punktach miasta wybudowały około 1300 domów 2—3-ch piętrowych z mieszkaniami jedno i przeważnie 2-pokojowemi. Każde takie mieszkanko ma małą kuchenkę gazową i łazienkę. Koszt takiego 2-pokojowego mieszkania wynosi 170 lirów miesięcznie. Prof. Maggiore i inżynier z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych obznajomili nas w kilku wykładach w jaką wodę do picia i w jaki sposób zaopatrywane jest miasto Turyn, liczące 570 tysięcy mieszkańców. Również odbyliśmy 3 półdniowe wycieczki autami celem zobaczenia na miejscu terenów wodonośnych i urządzeń wodociągowych. Miasto otrzymuje wodę zaskórną z terenów wykupionych, wyrównanych i zdrenowanych, aby uniemożliwić zastój wody i gnicie. Wody z 3-ch metrów pierwszych nie używa się do picia tylko do irrygacji — dopiero zapomocą maszyn ściąga się z warstw głębokich wodę wolną od wszelkich zanieczyszczeń i bakterji do t. zw. galerji i zbiorników, skąd rurami rozprowadzoną jest po mieście. Tereny te odległe są od środka miasta do 100 kilometrów i jedne są własnością Towarzystw „Anonyma", drugie Municipium. Anonyma rozporządza instalacjami 1) Vol Sangone, 2) Millefont, 3) Favorita, 4) Scalenghe. — Municipium 1) Piano della Missa, 2) Venavia Reale, 3) Volpiano, to ostatnie zostanie wykończone w r. 1929 kosztem 25 miljonów lirów. Powyższe instalacje leżą w różnej wysokości od 310 do 1500 metrów i dają wydajności wody w jednej sekundzie od 50 do 1000 litrów, a wszystkie razem na sekundę 2.800 litrów, co czyni dziennie 240 miljonów litrów, czyli na głowę mieszkańca 400 litrów na dzień. Woda jak zapewniono jest zupełnie czysta i cena metra^3 wynosi 0.33, cena dla szpitali szpitali i towarzystw dobroczynnych jest zniżona na 0.03 lir.

W Genui zwiedziliśmy nowy szpital św. Marcina. Na ogólną powierzchnię 400.000 m. kw. zabudowano 320 tysięcy za cenę 35 miljonów lirów. System pawilonowy zastosowano przeznaczając dla chorób wewnętrznych 8 pawilonów (5 m. + 3 kob.), dla chirurgji 6 pawilonów (3 m. + 2 kob. + 1 sala operacyjna), dla rodzących i ginekologji 1 pawilon, choroby skórne 2 pawilony, oczne 2 pawilony, gruźlica 3 pawilony. Ilość łóżek szpitalnych wynosi 2.000. Osobny 3-ch piętrowy pawilon dla administracji, kuchnia (osobne sale dla przygotowań mięsa, mleka, mącznych potraw), pralnia i suszarnia maszynowe, dezynfekcja. Pawilony chorych I. p. — 2 duże wspólne sale i w środku seperatki 2—3 łóżek. Prócz kilku innych szpitali w samem mieście, w okolicy staraniem Towarzystwa genueńskiego przeciwgruźliczego, powstało

kilka sanatorjów i schronisk dla dzieci z gruźlicą kości i gruczołów, gdzie liczba łóżek wynosi od 90—250, a wiek dzieci od 3—12 lat. Przychodnie i poradnie gruźlicze tegoż Towarzystwa są czynne w mieście. Krematorjum przy cmentarzu jest starego typu, rzadko czynne — spala kilka zwłok rocznie. W roku 1922 zapoczątkowano rozbudowę portu genueńskiego, która ukończoną zostanie w r. 1935, obecnie ukończono betonowe doki i powiększono pojemność okrętową portu z 5 i pół milj. na 7 i pół milj. Okręt osobowy Contegrande prócz zbytkownego uposażenia posiada higjeniczne urządzenia jak basen, salę gimnastyczną — kajuty I klasy z łazienką — wszystkie 3 klasy osobno ambulatorja lekarskie z osobnemi izolacyjnemi łóżkami dla chorych zakaźnych.

W Parmie pokazano nam szpital pawilonowy starszego typu oraz młyn z popędem elektrycznym, należący do Towarzystw „Anonyma". Młyn ten nowo zbudowany, największy w kraju przedstawia dużą murowaną budowlę 3-piętrową z dojazdem kolejowym, gdzie samych elektrycznych przesiewaczy z magnesami dla łapania gwoździ etc. naliczyłem 80. Dwie i pół godziny jazdy od Parmy — leży miasto Salsomaggiore, sławne z powodu swoich cieplic jodowo-bromowych. Wodę mineralną uzyskuje się ze studzien arteryjskich, z których najgłębsza na 760 metrów. Trzy wspaniale urządzone domy zdrojowe, wyposażone we wszelkiego rodzaju łaźnie, inhalatorja etc. czynne są cały dzień, a ilość leczonych (reumatyzm, nieżyty dróg oddechowych i kiła i choroby przemiany materji) w r. 1928 wynosiła 50 tysięcy. Z wody mineralnej przez odparowanie otrzymane sole rozsyła się na całe Włochy. O kilometr od nadmorskiego miasta Massy ciągnie się wspaniała plaża o zalesionym brzegu, gdzie poszczególne większe miasta północno-włoskie pobudowały w ostatnich 4-ch latach Kolonje morskie — Colonie Marine, stałe i letnie dla swoich dzieci od 6—15 lat. Dzieci te w zasadzie zdrowe, pochodzą albo z rodzin gruźliczych albo są dotknięte zołzami, anemją i chorobami chronicznemi skórnemi skierowane są przez przychodnie przeciwgruźlicze i przebywają w takiej kolonji po 3 lub 6 miesięcy bezpłatnie. Budynki przeznaczone na kolonje są jedne murowane, większość drewniane barakowe. Opiekę nad dziećmi sprawuje dyrektor (dyrektorka) i kilka higjenistek. Dzieci pobierają kąpiele morskie i słoneczne — gimnastyka — sporty — 3 razy dziennie posiłek.

1) Colonia morska Dux dla 430 dzieci miasta Medjolanu,
2) Colonia morska Senesa dla 1200 dzieci miasta Sienny,
3) Colonia morska Motta dla 700 dzieci Lombardji i Piemontu,
4) Colonia morska Guastalla dla 90 dizeci Guastalli,
5) Colonia morska Pallanza dla 1650 dzieci Nowary, Turynu i Massy,
6) Colonia morska L. Cantoni dla 350 dzieci Massy, Carrary i Mantuy,
7) Colonia morska Marchetti dla 250 dzieci Carrary,
8) Colonia morska Qui si sana dla 200 dzieci Florencji,
9) Colonia morska Fratelli Cristiani dla 160 dzieci Turynu,
10) Colonia morska Anny Turati dla 300 dzieci Provinzi Brescia,
11) Instituto lombardo Sacro Crure, stałe dla 220 dzieci Provincii Massa i Carrara,
12) Pensionato Filippini dla 150 dzieci Brescii,
13) i 14) Murowane duże budynki na ukończeniu dla Parmy i Perugii. Razem z tych kolonij morskich korzysta w roku 5700 dzieci

W Rzymie gdzie bawiliśmy od 28 września do 4 października zajęty nas głównie następujące sprawy: 1) Działalność narodowa na polu opieki nad matką i dzieckiem, 2) Walka z gruźlicą, 3) Walka z zimnicą. Co do pierwszej sprawy, to w myśl zasady, że ma powiększyć liczbę ludności Włoch do 60-ciu miljonów — Rząd włoski powołał do życia 10-go grudnia 1925 r. L, Opera nationale perla maternitae infantia jako samodzielną autonomiczną instytucję publiczną niezawisłą od innych filantropijnych ale razem z nimi współczynną, złożoną z 38 członków z siedzibą w Rzymie. Po 2 członków wybiera Sejm i Senat. Finanse jej oparte są na darach, wkładkach członków i subwencji Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (8 miljonów lirów rocznie). Działalność swoją roztacza na całe państwo. Zadaniem jej jest głównie zapobiegawczo otoczyć dzieci opieka i stworzyć takie warunki, aby mogły się najkorzystniej rozwijać. Dąży do tego celu jeszcze przed urodzeniem dziecka — umożliwiając ciężarnym robotnicom przebywanie przez ostatni miesiąc ciąży w bezpłatnych domach dla ciężarnych, gdzie następnie odbywają w korzystnych warunkach poród. Wydaje się broszury dla matek z pouczeniem jak zachowywać się w ciąży, jak karmić, ubierać i postępować z noworodkiem. Dzieci rodziców gruźliczych i ze środowisk gruźliczych odbiera się, umieszczając je w żłóbkach. Dla dzieci dotkniętych gruźlicą kości i stawów urządza się chirurgiczne lecznice dziecięce. Dla dzieci zołzowatych, niedokrewnych, — kolonje dzienne lub stałe — morskie-rzeczne — słoneczne i leśne. Towarzystwo urządza takie poradnie dla dzieci i matek z bezpłatnem leczeniem oraz dostarczaniem mleka pasteryzowanego wedle wskazówek lekarza poradni. Wszystkie szkoły mają lekarzy szkolnych — higjenistek niema. Pokrewnem towarzystwem jest L'Opera nazionale Balilla, którego zadaniem jest wychowanie fizyczne i sportowe oraz przysposobienie wojskowe młodzieży, z której głównie rekrutują się młodociane zastępy faszystowskie. Do walki z gruźlicą uruchomiono w Rzymie cztery poradnie: 1) Centrale, która ma wszystkie środki i przyrządy potrzebne do szczegółowych badań oraz oddział kliniczny obserwacyjny, 2) Tiberino, 3) Regina Elena, 4) Humberto.

Poradnie te rozpościerają działalność swą w dzielnicach miasta, gdzie mają siedzibę. Do wszystkich pomieszkań badanych chorych przychodzą higjenistki poradni dla zbadania warunków życiowych chorego. Chorzy bywają przez lekarzy poradni leczeni lub też odsyłani do szpitali lub przeznaczeni do kolonji.

C. d. n.

OCENY.

Jan Lachs: *Kronika Lekarzy Krakowskich XVII wieku.* Poznań, 1929. Nakładem Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. 8⁰, str. 2 nlb.+79.

Dr. Lachs ogłosił już Kronikę lekarzy krakowskich do końca XVI wieku, w r. 1909, w t. XII Archiwum do dziejów literatury i oświaty w Polsce. Praca niniejsza, odnosząca się do lekarzy krakowskich XVII w., zawiera materjał nowy, niepodany, względnie błędnie podany przez Gąsiorowskiego i Kośmińskiego. Spis lekarzy, wymienionych w Kronice Lachsa, zawiera 97 nazwisk. Jeżeli uwzględnimy, że Słownik Kośmińskiego wymienia około 300 lekarzy XVII w., widzimy, że Lachs podał nam rzeczy nowe, sprostował lub uzupełnił nasze wiadomości, odnoszące się do trzeciej części historji medycyny XVII w. Badaniami swemi Lachs zaważył przedewszystkiem na korzyść znaczenia Krakowa w historji naszej medycyny, jakoteż na korzyść wpływów kultury Włoch na rozwój naszej medycyny w XVII w. Główne źródło, z którego Lachs czerpał swe wiadomości, to Archiwum aktów dawnych m. Krakowa. Lachs odszukał cały szereg nieznanych lekarzy: Jana Bandorkowicza, Wawrzyńca Felkla, Jana Foxa, Krzysztofa Frelicha, Melchiora Hepnera, Piotra Janikowskiego, Hieronima Konrada, Daniela Łabęckiego, Jana Neapolitana, Filipa de Prosperiis, Kaspra Slegeliusa i Jany Szulca, okulistów Grzegorza Buzaua i Jana Gizeberta, jakoteż i alchemika i serwitora królewskiego Daniela Segregariusa. Z Kroniki Lachsa dowiadujemy się o kilku nieznanych publikacjach: Codiciusa, rzecz o katarze, Bazylea, 1593. Tegoż, De pestis natura.... Bazylea, 1594. Diss. inaug. Łyszkowicza Wincentego, De facultatibus ac earum functionibus, Bazylea, 1598. Tegoż, ἀγωνιρμα ἰατρικὸν Bazylea, 1600, Diss. inaug. Szulca Jana, Theses medicinae de arthritide et lithiasi etc., Padwa, 1610, Diss. inaug. Kilkunastu lekarzy, z pomiędzy wymienionych przez Lachsa, pozostawiło księgozbiory, nieraz bardzo bogate. Między nimi zadziwia nas taki Krzysztof Resler, który „wyrósł widocznie w nieświetnych stosunkach majątkowych", majątek po nim pozostały był bardzo skromny, bo składał się jedynie z ogrodu a mimo tego pozostawił „xiąg wielkich y małych in medicinis dwieście sześcioro". Lekarz Wolfowicz pozostawił, między innymi, dzieła lekarzy okresu bizantyńskiego, Arabów i reprezentantów szkoły salernitańskiej. Kronikę Lachsa czyta się z wielkiem zainteresowaniem, gdyż w miarę jak ją czytamy, coraz to inne myśli nasuwają się nam, odnośnie do stosunków ówczesnych lekarzy, jakoteż środowiska w którem żyli. Czytając Kronikę Lachsa poznajemy też jak krytycznie trzeba przyjmować daty, umieszczone na nagrobkach. Data np. na nagrobku Dr. Joannicego, który znajduje się w kościele P. Marji, podaje, że Joannicy umarł w r. 1645. Tymczasem Lachs wykazuje, wedle aktów miejskich, że Joannicy już po r. 1613 z pewnością nie żył. Podobnie Dr. Jakób Roskowicz, który umarł już na cztery lata przed rokiem na nagrobku podanym. Podobnie błędnie informuje nas nagrobek Sebastjana Petrycego. Lachs cytuje w swej Kronice szereg wyjątków z aktów. Możeby się zdało tych cytat więcej i obszerniejszych, zmieniłby to jednak musiało charakter a przedewszystkiem rozmiar publikacji, z czem się autor zapewne liczył, ze względu na trudności wydawnicze. O przypuszczeniach Lachsa odnośnie do wydobycia katarakty pisałem już na innem miejscu. (Hist. okul. w Polsce, 1928, 97).

A. Bednarski

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł Chemiczny, nr. 8, z kwietnia 1929 r. St. Pilat i J. Winkler: Wyższe alkohole z węglowodanów naftowych. — Dział sprawozdawczy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 16, z 21 kwietnia 1929: Delaby i Charonnat: O znaczeniu liczby jodowej. — Stefanowski: Z niedawnej przeszłości. — Sprawy zawodowe.

Medycyna, rok III, nr. 11—12, z 23 maja 1929: J. E. Chmielewski: O leczeniu gośćca szczepionką Paul'a (C. V.). — Sew. Cytronberg: O właściwościach soku żołądkowego i o mechanizmie jego wydzielania (c. d.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 16, z 18 kwietnia 1929: R. Kraus: Co wiemy o odporności w gruźlicy (dok.). — J. Rutkowski: O mięsaku limfatycznym (c. d.). — N. Zandowa: Termoregulacja (streszcz. zbior.). — L. Kawałek: O działaniu Cibalginy. — Z. Bychowski: Ludwik Maurycy Hirschfeld, Profesor anatomji.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 8, z 15 kwietnia 1929: A. Januszkiewicz: Niemiarowość jako objaw i jako przedmiot leczenia. — J. Czyżak: O pęknięciu samoistnem tętnicy głównej podczas ciąży i porodu. — T. Gerwel: Leczenie szczepionkami w oto-rhino-laryngologji na zasadzie doświadczeń klinicznych lat ostatnich.

Kronika dentystyczna, rok XXIV, nr. 3—4, za marzec i kwiecień 1929: D. Kon: Dwa przypadki samoistnego krwawienia w jamie ustnej. — H. Sztabholc: Czy wyjmowanie zębów wskazane jest w przebiegu ropnia?

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 8, z 15 kwietnia 1929: L .Zembrzuski: Ś. p. dr. Eugenjusz Lewenstern. — L. Zembrzuski: Stan chirurgji w pierwszej połowie XIX wieku i kilka uwag o współczesnej chirurgji polskiej. — G. Szulc: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu. — M. Marczewski: Współczesne metody walki z gruźlicą bydła.

Biuletyn Sekcji sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej, rok I, 1928, nr. 3—4 za lipiec-grudzień 1928: J. Świechowski: Opis sanitarnych warunków garnizonu Żółkiew. — Sprawozdania z posiedzeń.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 8, z r. 1929: L. Krzemieniecka: Wiersz „Kałuża". — M. Jacynowa: Kształcenie woli. — E. Szelburg-Zarembina: Najlepsza zabawa. — J. Prażmowska: Czas pomyśleć o wakacjach. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Miłobędzka: Gimnastyka dziecięca. — M. Morzkowska: Co powinna robić matka aby mieć więcej pokarmu. — T. Welfle: Rabka. — Matki między sobą.

Polski Przegląd Oto-laryngologiczny, tom V, zeszyt 3—4, rok 1928: A. Dobrzański: Rzadki przypadek brodawczaka twardego jamy nosowej i podniebienia twardego. — K. Szumowski: Leczenie twardzieli środkami chemicznemi. — K. Szumowski: Rzadki przypadek ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym. — A. Laskiewicz: Przyczynek do histopatologji zmian wywołanych zatorem naczyń błędnikowych. — A. Laskiewicz: Przypadek ropnia Citellego, powikłany przebiciem ściany zatoki esowatej. — S. Lewande: Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego. — A. Laskiewicz: O ciałach obcych w krtani. — S. Wąsowski: Kiła ucha. — J. Szmurło i T. Wąsowski: Skrzywlenie przegrody nosowej w świetle cyfr i spostrzeżeń. — K. Sawicz: O amyloidzie podstawy języka i krtani. — B. Dylewski: O leczeniu agryrolem i pokrewnemi preparatami przewlekłego ropienia zatok bocznych nosa i ozeny. — T. Wąsowski: Metoda plastycznego zamknięcia otworu za uchem, powstałego po zabiegu doszczętnym.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery Gynecology and Obstetrics.

1927. XLV. 4.

J. Joelson i W. Lower: *Sprawy zapalne pęcherza naśladujące nowotwory.* Opis trzech przypadków (jeden tuberculoma i dwa zwykłe guzy zapalne na tle przewlekłego drażnienia). Guzy te naśladowały nowotwór do tego stopnia, że myliły rozpoznanie.

O takich guzach należy myśleć przy rozpoznawaniu różniczkowem zwłaszcza u kobiet. Rozpoznanie należy ustalić za pomocą badania mikroskopowego.

M. Schreiber: *Zwężenie moczowodu — jej anatomiczne i patologiczne podstawy.* Na podstawie 100 sekcyj dochodzi autor do następujących wniosków:

zwężenie moczowodu z powodu miejscowego zapalenia ściany jego pochodzenia przerzutowego jest bardzo rzadkie,

zwężenie moczowodu znajduje się najczęściej 2—6 cm ponad jego ujściem i może być pochodzenia: 1) wrodzonego, 2) zapalnego w następstwie przejścia sprawy zapalnej z przydatków, 3) z powodu ucisku wywołanego przez krzyżujący się vas deferens (u mężczyzny) i art. uterina (u kobiety) z moczowodem.

W. Orr: *Leczenie zapalenia szpiku kostnego.*

L. Bell: *Zapalenie krezkowych gruczołów chłonnych naśladujące ostre sprawy chorobowe brzucha.*

T. Nazarov: *Zespolenie woreczka żółc. z żołądkiem przy wrzodzie żołądka.* Zespolenie woreczka z żołądkiem jest wskazane w przypadkach z nieznacznym naciekiem tj. w tych przypadkach, w których wykonuje się obecnie zespolenie żołądkowo-jelitowe. Jestto zabieg technicznie prostszy i nie powoduje takich powikłań jak zespolenie żołądkowo-jelitowe a fizjologicznie jest bardziej uzasadniony. Wyniki tego sposobu leczenia są zadawalniające.

A. Steindler: *Ortopedyczne zabiegi wytwórcze na ręce i przedramieniu.*

Ph. Kreuscher: *Ortopedyczne postępowanie przy bólu w krzyżach w związku z nieprawidłowościami w miednicy.* Autor jest zdania, że większość przypadków z bólem w krzyżach należy do leczenia ortopedycznego a nie ginekologicznego, ponieważ ból ten jest rzadko wywołany przez zmiany w samych tylko narządach miednicy.

R. Best: *Ból w krzyżach.*

J. Greenhill: *Jajko ludzkie (piętnastodniowe).*

B. Hager i W. Braasch: *Cystografja.* Autor jest wielkim zwolennikiem cystografji, którą poleca jako pewny sposób rozpoznawczy.

Chirurgja kliniczna.

Chamberlain: Częściowe wycięcie żołądka z powodu wrzodu.
Rowlands: Wycięcie pęcherzyka żółciowego.
Coughlin: Zabiegi wytwórcze pachy po usunięciu raka sutka.
Bunnel: Naprawa rozszczepu podniebienia.
Babcock: Idealny szew przepukliny.
Mc Pheeters: Leczenie żylaków za pomocą zastrzyków.
Vinson: Ciało obce oskrzeli pochodzenia płucnego.
Mock: Leczenie złamań palców i śródręcza.
Rolnick: Zabieg przy bezpłodności mężczyzn.

Janik (Lwów).

Long Island Medical Journal.

The Official Organ of the Associated Physicians of Long Island.

Nr. 1, January, 1929.

Sir S. Sprigge (redaktor naczelny lekarskiej gazety angielskiej „Lanceta"): *Żurnalistyka lekarska i postępy nauki.*

H. F. Kramer i J. J. Stefano: *Gastroskop Schindlera.* Autorzy stosowali w praktyce gastroskop Schindlera (przez 3 lata), który umożliwił im niejednokrotnie w wątpliwych przypadkach postawienie trafnego rozpoznania. Przyrządem tym badano 82 chorych. Instrument przy pomocy odpowiedniego układu zwierciadeł z lampką oraz giętkiej sondy pozwala na dokładną endoskopję. Ułożenie ciała chorego posiada dla udania się badania olbrzymie znaczenie. Autorzy podają dokładny opis. Gastroskopem doskonale poznać można uszkodzenia błony śluzowej, wrzody, nowotwory i in. Obserwować można niem i nadmierne wydzielanie żołądka. Przy pewnej wprawie, wykonujący endoskopję, jest w możności odróżnić wrzód okrągły od innych owrzodziałych procesów, rozwijających się w błonie śluzowej. Wrzód okrągły wygląda podobnie, jak przy autopsji; posiada gładkie brzegi, czasami podminowane, gładką, lśniącą podstawę. Naokoło brzegu widoczny jest pas nieco zaczerwieniony. Przy badaniu powtórnem obserwowali proces gojenia się. Przy badaniu końcowem, 4 miesięcy po pierwszem, jeszcze widocznym był powierzchowny wrzód, pokryty strupem, chociaż chory wolny był od wszelkich dolegliwości. Z tego powodu autorzy zmuszeni byli mimo braku objawów, jeszcze przez okres 6 miesięcy otaczać chorego troskliwą opieką. W kilku przy-

padkach znaleźli wrzód na przedniej ścianie żołądka. W jednym przypadku obserwowali wrzód, w 4 miesięcy po przyżeganiu. Wrzód przyżegany był okrągły, gładki, o grubych brzegach, bledszy od otaczającej go błony śluzowej z wązkim, czerwonym paskiem koncentrycznym. Często spostrzegano nadżerki błony śluzowej żołądka u chorych, wykazujących objawy wrzodu; krew w żołądku i stolcu, krwawe wymioty, jednak bez radjograficznego dowodu. Drobne te owrzodzenia są powierzchowne, otoczone szerokim, czerwonym krążkiem, bardziej ocienione od wrzodów okrągłych. Owrzodzeń tych jest więcej, są rozsiane, pigmentowane lub krwawiące. Pola pigmentowane przedstawiają miejsca wygojone, po przedwstępnej absorpcji. Wrzody towarzyszące przewlekłym nieżytom żołądka i wrzodziejącym katarom żołądka są podobne lecz wykazują zmiany dodatkowe w postaci obrzęku lub błony ziarnistej. Wrzody złośliwe są większe, posiadają nierówne, ząbkowane brzegi i poszarpaną podstawę. Mc. Carthy twierdzi, że złośliwość zaczyna się powyżej wymiaru $2^1/_2$ cm opierając swoją uwagę na 900 badanych przypadkach. Niejednokrotnie w przypadku, w którym roentgen był niezupełnie jasnym, decydował gastroskop o dalszem leczeniu chorego. Badali cały szereg przypadków, operowanych, kontrolując dalszy przebieg choroby. Uchyłki są również dostępne dla wziernika żołądkowego. Gastroskop w przypadku, klinicznie podejrzanym na raka, wykazał kilak, wprowadzając leczenie na właściwe tory. Opisy niektórych przypadków i szereg ilustracyj (9) uzupełnia niniejszy artykuł.

T. Stuart Hast: *Niemiarowość serca.* (Kontrolowanie rozpoznań przy pomocy elektrokardjografji). Autor omawia ważność elektrokardjografji w rozpoznawaniu skurczów dodatkowych (częstoskurczu napadowego) (różniczkowe rozpoznanie pomiędzy „simple sinus tachycardia" a „auricular flutter" umożliwia elektrokardjografja), niemiarowości zatokowe, zupełnego bloku sercowego, tętna naprzemiennego i in. Zdaniem autora jednym z najtrudniejszych problemów medycyny wewnętrznej jest rozstrzygnięcie znaczenia napadowego niepokoju („paroxysmal precordial pain"). Często niemożliwem jest, pomimo użycia wszystkich metod rozpoznawczych, stojących nam do dyspozycji, rozstrzygnąć, czy przyczyna spoczywa w nerwicy czynnościowej, schorzeniu aorty, defekcie wieńcowym, uszkodzeniu mięśnia sercowego, kamieniu żółciowym albo wrzodzie dwunastniczym. Poprawna ewaluacja symptomów posiada życiowe znaczenie dla chorego. Elektrokardjogram może nam umożliwić postawienie pewnego rozpoznania choroby wieńcowej lub mięśnia sercowego. Autor dochodzi do wniosku, że obowiązkiem lekarza jest w przypadkach sercowych kontrolować rozpoznanie zawsze przy pomocy elektrokardjografji, by uniknąć przykrych niespodzianek.

N. P. Rathbun: *Rozwój urologji, jako odrębnego działu medycyny.* Szkic historyczny.

J. T. Fuller: *Zatrucia krwi w ciąży (Toxemias of Pregnancy).* Od roku 1923—1928 napotkał autor 416 przypadków toksemji w ciąży. Leczenie „hyperemesis gravidarum' polegało głównie na podawaniu karbohydratów doustnie lub dożylnie. Wyniki są zadawalniające. W 74% przypadków ustąpiły wymioty; w 8,1% nastąpiła znaczna poprawa; 8% stracił autor z oczu, jedna chora zmarła. Autopsja wykazała wodonercze. Leczenie zatruć preeklamptycznych polegało na spoczynku, diecie i obserwacji. W przypadku wzmagania się ciśnienia krwi lub ukazania się objawów innych, stosowano 10—12 ccm 25% roztworu siarczanu magnezowego wśródżylnie, 500 ccm 5% glukozy wśródżylnie oraz morfinę. Śmiertelność wynosiła ledwie 1%. Eklampsję leczono wysokiemi irigacjami, morfiną, flebotomją, siarczanem magnezowym domięśniowo lub dożylnie, glukozą oraz ścisłą dietą. Z całego szeregu przypadków wyleczonych zanotowano tylko 1 przypadek śmiertelny (schock). Przy toksemjach w kilku zaledwie przypadkach wypróżniono macicę (większość wykazywała wskazania; wązka miednica lub obumarcie płodu). Racjonalne leczenie zatruć krwi, zdaniem autora po całym szeregu doświadczeń, polegać powinno na spokoju, podawaniu brakujących karbohydratów i płynów. W leczeniu tych przypadków nie jeset koniecznem wypróżnienie macicy, chyba w przypadku wzrastającego ciśnienia krwi albo wskazaniach, jak wązka miednica lub t. p.

I. Silverman: *Rak i inne złośliwe nowotwory szyi.* Autor omawia etjologję, patologję, różniczkowe rozpoznanie oraz leczenie złośliwych nowotworów tarczycy, gruczolaków, mięsaka limfatycznego i choroby Hodgkina.

A. V. P. Fardelman: *Wrzód żołądka* (opis przypadku). Autor opisuje przypadek wrzodu żołądka, który po dość długo trwającem leczeniu konserwatywnem poddał się operacji. Po operacji chory ma się dobrze. Autor sądzi, że chory byłby wyzdrowiał i bez zabiegu chirurgicznego. Autor opisał ten przypadek w nadziei, że bardziej doświadczeni lekarze, napotykając ciągle w literaturze wzmianki za i przeciw operacji, skrystalizują swe stanowisko i oznaczą pewne reguły, odnoszące się do chirurgji żołądka.

Opis przypadków z „The Kings County Hospital" miasta New-Jorku a) Apoplexia cerebri. 39-letniego mężczyznę przywieziono w głębokim koma. Powrócił wieczorem z pracy, skarżąc się na ból w karku. Dostał silnych wymiotów i stracił przytomność. Uraz wykluczony. Po kilku godzinach zmarł. Autopsja wykazała krwawienia w mózgu. Prawodopodobnie schorzenie tętnicze na tle toksycznym; b) Fractura cranii. Chory upadł, uderzając silnie głową o podłogę. Nie stracił przytomności, z powodu lekkiego bólu głowy ułożył się do łóżka. Spał dobrze. Rano nie mógł opuścić łóżka z powodu silnego bólu gowy. Przez cały dzień spał, wieczorem rozmawiał wprawdzie lecz był apatycznym. Następnego ranka przywieziono go w ciężkim stanie do szpitala, gdzie tego samego dnia zmarł. Sekcja wykazała apopleksję mózgu.

Sprawozdania Towarzystwa lekarskiego. Oceny książek.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Lwowskie.

XXXI. Posiedzenie z dnia 14. XII. 1928 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne ku czci ś. p. Jakóba Moszkowicza, wiceprezesa lw. Izby lek. Pamięć ś. p. zmarłego uczczono przez powstanie.

1. Kol. Aleksiewicz przedstawia przypadek gruźlicy kręgosłupa z wtórną paraplegją. Zabieg leczniczy wykonano metodą Calvy'ego t. j. cewnikowaniem kręgosłupa.

W dyskusji kol. Gruca: Wynik bezpośredni uzyskany w przypadku kol. Aleksiewicza jest bardzo korzystny i bardzo szczęśliwy. Nie ulega jednak wątpliwości, że sposobem Calvé nie w każdym przypadku da się podobny wynik uzyskać. Prócz wymienionych przez kol. A. przyczyn paraplegji przy gruźliczem zajęciu kręgosłupa — najczęstszą bodaj przyczyną jest ucisk ropnia przedkręgowego na drogi chłonne i naczynia żylne kanałów międzykręgowych i połączony z tem obrzęk opon i rdzenia. W przypadkach tego rodzaju nakłucie kanału kręgowego do celu nie doprowadzi i jest niebezpieczne. Nie doprowadzi również przy obecności ziarniny w kanale kręgowym. W przypadku przedstawionym przez kol. Aleksiewicza zdjęcie Rentgenowskie w chwili zabiegu nie daje dowodu, że igła znajdowała się w kanale kręgowym a nie w przestrzeni przedkręgowej. Za tem przypuszczeniem przemawiałaby ilość ropy wydobytej 25 cm^3, nie spotykana nawet przez samego autora zabiegu Calvégo. Nie zmniejszałoby to wartości zabiegu Calvégo, który odpowiednio zmieniony i opracowany mógłby oddać duże usługi właśnie przy nakłuciach ropni przedkręgowych. Oryginalny zabieg Calvégo jest zbyt subtelny, aby mógł się przyjąć ogólnie, nawet gdyby wskazania do tego zabiegu były częstsze, niż są w rzeczywistości.

Odnośnie do Costotransversektomji doświadczenia kliniki chirurgicznej nie potwierdzają zdania kol. Aleksiewicza, że po niej następuje zawsze zakażenie wtórne i śmierć. W klinice chirurgicznej lwowskiej operowano w ostatnich latach dwa przypadki z zupełną paraplegją i zaburzeniami pęcherza. Jedną chorą po wyleczeniu costotransversektomją pokazywał w tem Towarzystwie kol. Hilarowicz. Chora przyszła sama do demonstracji. Ta sama chora było przed kilku tygodniami do kontroli. Przybyła bardzo znacznie na wadze, a ognisko w kręgosłupie jest prawie całkiem zgojone.

U drugiego chorego ruchy kończyn i czynność pęcherza wróciły do normy i mimo, że chory pozostaje w opiece domowej niema zakażenia wtórnego. Costotransversektomja opróżniając ropień przedkręgowy odciąża rdzeń, pozwala na odpływ ropy nawet znajdującej się w kanale kręgowym i przez reaktywne przekrwienie czynne przyspiesza „topienie" się ewentualnej ziarniny i stąd jest zabiegiem bardzo celowym i pożytecznym.

Odnośnie do łóżeczka gipsowego G. nie zgadza się z Al., że niema wartości. Dobrze zrobione łóżeczko gipsowe ustala lepiej niż za szeroki gorset, w którym chory swobodnie porusza się, a przytem umożliwia utrzymanie chorego czysto, co ma specjalną wartość przy tbc. ze względu na utratę apetytu u chorych długo nie mytych, a jeszcze ważniejsze u chorych z porażeniami, skłonnych do odleżyn.

Kol. Barącz podnosi, że abscesy występują rzadko epiduralnie. Najlepsze wskazania ma w podobnych przypadkach costotransversoktomja. Przemawiali nadto: kol. Chrapek i prelegent.

2. Kol. Ziembicki wygłasza odczyt pod tytułem: „350-lecie polskiego piśmiennictwa balneologicznego a zarazem 350-lecie bibliografji Szkła-Zdroju". (Przeznaczone do druku). Tem samem zagaja prelegent dalsze komunikaty i dyskusję na temat Szkła.

3. Rektor Nadolski, komis. Rządu wygłasza komunikat w sprawie zamierzeń Rządu Rz. P. w związku z rozwojem Zdroju-Szkła.

4. Kol. Sabatowski omawia w komunikacie stan chemiczny i leczniczy wód szkielskich.

5. Kol. Feller przedstawia w zarysie rolę Kasy chorych w Szkle-Zdroju.

W dyskusji Rektor Nadolski dodaje, że głębokie wiercenia w Zdroju-Szkle rokują dobre nadzieje. Należy się spodziewać, że otrzymamy wodę o wyższej ciepłocie.

6. Kol. Selcer M. wygłasza swoją część ze zbiorowego odczytu poświęconego Zjazdowi przeciwgruźliczemu w Rzymie.

Sekretarz: *Stan. Ostrowski.*

XXXII. Posiedzenie z dnia 21. XII. 1928 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki.

1. Kol. Przewodniczący przedstawia proponowaną z ramienia Wydziału Tow. lek. listę Komisji-Matki, którą na wniosek kol. Schramma przyjęto przez aklamację. Równocześnie wybrano jednogłośnie kol. Emila Dawidowicza jako drugiego członka Komisji rewizyjnej.

2. Kol. Schusterówna omawia: a) przypadek pęknięcia serca, b) przypadek kilaka przysadki mózgowej.

W dyskusji ad a) kol. Sochański przedstawia obszernie przebieg kliniczny, podkreślając w szczególności współistniejącą cukrzycę.

Ad b) Kol. St. Ostrowski podnosi, że w chwili przeniesienia chorego na oddział kiłowy — nie było za życia wyraźnych cech, któreby przemawiały za guzem przysadki. Po sekcji, zrozumiałe są: ciężki stan, wyniszczenie, przebarwienia na znacznej przestrzeni i odbarwienia skóry, które prawdopodobnie należy odnieść do guza przysadki względnie do zmian w nadnerczach i tarczycy.

3. Kol. Hilarowicz przedstawia dwa przypadki t. zw. *„degastroenterostomizacji"* operowane na klinice chirurgicznej, zabiegu polegającym na zniesieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego. Omawia pozostającą z tem w ścisłym związku sprawę postępowania chirurgicznego w przypadkach objawów wrzodu traw. żołądka i dwunastnicy, którego jednak przy zabiegu nie można stwierdzić, najgorsze wyniki daje w tych razach zespolenie, które o ile jest korzystnem przy istniejącym wrzodzie, o tyle w tamtych przypadkach powoduje jeszcze większe dolegliwości jako t. zw. chorobę zespoleniową. O wiele korzystniejszym zabiegiem jest t. zw. pyloromyotomja Payra, który w podobnych przypadkach stosowano na klinice dziewięciokrotnie poniekąd ze świetnym wynikiem. Polecaną przez niektórych resekcję (Přibram) uważa mowca w tych razach za zabieg zbyt radykalny i niekonieczny. Złe następstwa zespolenia dają się usunąć przez zniesienie tegoż, co wykazano w obydwu przedstawianych przypadkach, mężczyzny i kobiety. Byli oni operowani po raz pierwszy w r. 1916 wzgl. 1918, przyczem zespolenie wykonano prawdopodobnie bez ścisłego wskazania. Przy następnych dwukrotnych laparotomjach wykonanych na klinice u obojga nie stwierdzono mimo znacznych dolegliwości żadnych zmian w zespoleniu. Ponieważ dolegliwości zwiększały się, usunięto obecnie u obojga chorych zespolenie, do czego dodano jednak pyloromyotomję, a to w celu zwiotczenia nieczynnego przez wiele lat odźwiernika, oraz zabezpieczenia żołądka przed ewentualnym wzrostem kwasoty po zniesieniu zespolenia. Wynik doraźny jest w obu przypadkach bardzo dobry, świadczą one o tem, że dolegliwości po zespoleniu zależą nie od złej techniki wykonania tegoż, lecz przedewszystkiem od nieścisłego i nieodpowiedniego wskazania.

4. Kol. Gruca omawia *dwa przypadki operowanych zastarzałych zwichnięć wrodzonych biodra.* I. przyp. M. S., lat 26, wrodzone zwichnięcie biodra prawego ku górze zewnątrz i nieco ku tyłowi. Od trzech lat datowały się bóle z początku tylko przy chodzeniu, a później i w nocy, na które nie miało żadnego trwalszego wpływu, leczenie kąpielami, naświetlaniem etc. na oddz. III Szpitala powszechnego. Z końcem kwietnia b. r. wykonano u chorej operację „widełkową" Bas. Lorenz-Harsa, dolny odcinek kości udowej wprowadzono do panewki, górny zrósł się z dolnym pod kątem otwartym na zewnątrz. Po trzech miesiącach zdjęto gips i chora poddała się leczeniu gimnastycznemu, mięsieniem i kąpielami. Obecnie anatomiczny cel operacji jest osiągnięty idealnie, tj. kość udowa opiera się o dach panewki i że właśnie ten odcinek dźwiga ciężar ciała, widać (pokaz przeźroczy) po silniejszem zwapnieniu dolnego odcinka w porównaniu z górnym. Bóle ustały zupełnie. Chora nieznacznie kuleje, gdyż obawia się jeszcze naciskać prawidłowo na operowaną kończynę, a częściowo z powodu kolana koślawego, jakie istniało już przed operacją. Objaw Trendelenburga zniknął zupełnie. Ruchy w stawie biodrowym są jeszcze nieco ograniczone, zwłaszcza zgięcie, które w stawie biodrowym dochodzi 45°, resztę chora kompenzuje ruchomością kręgosłupa, odwiedzenie do 60°, przywiedzenie 40°, ruchy rotacyjne wolne. Ruchy te z czasem niewątpliwie powiększą się, choć pełnych ruchów nie można spodziewać się, gdyż tamuje je torebka stawowa, otaczająca wysoko ku górze wysuniętą główkę kości udowej.

Przyp. II. M. W., lat 42, obustronne zwichnięcie wrodzone biodra od października 1917. Bóle przy chodzeniu i w nocy, które pogorszyły się tak dalece, że z początkiem bieżącego roku chora zgłosiła się do Szpitala do leczenia. Ponieważ po 7 tygodniowem leczeniu poprawy nie było, zdecydowała się na zabieg operacyjny 1. III. 28. Wykonano u niej po jednej stronie, więcej bolesnej „bifurkację" jak w przypadku pierwszym z tą różnicą, że odcinka obwodowego kości udowej nie wprowadzono do panewki, a tylko wstawiono w odwiedzeniu na wysokości panewki. Obecnie bólów żadnych chora niema, mimo, że chodzi bardzo dużo. Objaw Trendelenburga jest zaznaczony, kulenie prawie niewidoczne. Zdjęcie i wyprostowanie w stawie biodrowym odbywa się w granicach ok. 100°, skręcanie na wewnątrz i odwodzenie jest nieco ograniczone. Chora jest z wyniku bardzo zadowolona.

Zabiegów tego rodzaju wykonano na klinice chirurgicznej dotychczas 10, wyniki są na ogół zupełnie zadowalniające. Ostatni przypadek operowany był z powodu biodra szpotawego na tle prawdopodobnie choroby Pageta. (Pokaz przeźroczy).

W dyskusji kol. Schramm omawia szczegółowo stosunki anatomiczne, które wytwarzają się po zabiegu i podstawy teoretyczne operacji.

5) Kol. Cybulska i Weingartenówna omawiają przypadek odmy u chorego z gruźlicą płuc z wtórnym zatorem powietrznym i objawami meningocalnymi.

W dyskusji kol. Nowicki omawia sposoby powstawania zatorów po uszkodzeniu płuca.

Kol. Węgrzynowski podnosi względną częstość zatorów powietrznych w odmie.

6. Kol. Krassowska omawia przypadek podwójnej odmy płucnej z powikłaniami.

7. Kol. Krzemicki Izydor wygłasza odczyt p. t.: Krytyczne uwagi o perimetrji klinicznej (z pokazem przyrządów i wykresów).

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. Stanisław LEWICKI. Krynica.

Kilka uwag o lekarzach zdrojowych.

Przeglądając roczniki starych czasopism, jakiegoś „Tygodnika ilustrowanego" czy „Bluszczu" znalazłem szkic komicznej figurki, pana, który w lśniącym cylindrze i czarnym tużurku, w białej krawatce i białych rękawiczkach, z bukietem w ręku objeżdżał w wynajętym powozie domy w większych miastach. Był to lekarz zdrojowy, który przed rozpoczęciem sezonu kąpielowego odwiedzał lekarzy i zamożniejszych pacjentów, polecając się ich pamięci. Praca ciężka i bardzo niemiła. Najczęściej lekarz miejski przyjmował zaraz swego kolegę - nie rzadko jednak trafiali się mniej uprzejmi lub bardzo zajęci lekarze, którzy kazali swemu koledze wyczekiwać swojej kolejki wśród pacjentów w poczekalni. Taki był dawniej zwyczaj — i zwyczaj ten do dziś dnia istnieje, szczególniej u młodszych lekarzy. Ale i niektórzy starsi lekarze, osiwiali w praktyce zdrojowej, zwyczaju tego, tak niemiłego dla lekarza w mieście, a poniżającego godność dla lekarza zdrojowego, nie zarzucili. Możnaby jeszcze wybaczyć, gdy młody lekarz, rozpoczynający praktykę w zdrojowisku, a dotychczas nikomu nieznany, chce osobiście przedstawić się starszym kolegom, jakkolwiek to do celu nie prowadzi, gdyż lekarz miejski z wyglądu lekarza zdrojowego, z jego czarnego lub jasnego tużurka nie może osądzić o jego zdolnościach i wiedzy. Jednakże odwiedzanie lekarzy w mieście co roku przed sezonem kąpielowym przez lekarzy starszych, praktykujących w zdrojowiskach, ma cechy czystej reklamy, podobnie jak odwiedzanie i zachwalanie nowych wyrobów przez komiwojażerów firm farmaceutycznych i innych. Co wolno

firmom przemysłowym, nie wolno lekarzom i należy uważać ten sposób reklamy, szczególniej praktykowany przez starszych lekarzy, za niezgodny ze stanowiskiem lekarza, przykry i uciążliwy (bo przeszkadzający w pracy) dla lekarzy w mieście, a poniżający dla lekarza zdrojowego. Należałoby raz zerwać z tym zwyczajem, a lekarze w mieście mogliby dać do zrozumienia kolegom ze zdrojowisk, że zwyczaj ten uważają za... niepotrzebny.

Lekarz w mieście, kierując swego chorego do lekarza w zdrojowisku, daje mu najczęściej list polecający. List taki jest wskazany wtedy, jeśli lekarz w mieście, mający chorego w dłuższem leczeniu, chce przesłać koledze uwagi co do indywidualnego stanu chorego, jego tolerancji na pewne sposoby lecznicze i t. d.

Zdarza się jednak bardzo często, że lekarz miejski narzuca lekarzowi zdrojowemu szczegółowo całe leczenie i to nawet (bo i to niezbyt rzadko się zdarza), nie znając środków leczniczych danego zdrojowiska. Lekarz zdrojowy, chcąc być lojalnym wobec kolegi z miasta, musi szukać wyjścia z nieraz przykrej sytuacji. A nawet znam takie wypadki, gdzie lekarz z miasta zalecał chorego badaniem n i e m ę c z y ć, lecz mu tylko leczenie według przesłanego rozpoznania przepisać! Najlepiejby było, aby list kolegi z miasta, który zresztą jest bardzo cenny dla lekarza zdrojowego, zawierał tylko rozpoznanie i uwagi co do przebiegu dotychczasowego leczenia — resztę trzeba zostawić lekarzowi zdrojowemu, który zna najlepiej zdrojowisko i jego środki lecznicze i przez wieloletnie doświadczenie nauczył się je odpowiednio stosować i nieraz słusznie nazywany jest specjalistą - terapeutą.

Zarzuca się często lekarzom zdrojowym, że mało pracują naukowo na polu balneologji. Zarzut poniekąd słuszny, lecz trzeba uwzględnić trudności, na jakie lekarz, chcący pracować w zdrojownictwie, napotyka. W sezonie zdrojowym lekarz zdrojowy, nawet o małej praktyce, nie ma bezwzględnie czasu na jakąkolwiek pracę naukową, gdyż w przeciągu kilku zaledwie miesięcy letnich musi przyjąć tylu chorych, co lekarz w mieście przez cały rok. Zresztą chorzy prywatni nie godzą się na jakiekolwiek doświadczenia, choćby najbardziej naukowe, a środki lecznicze zdrojowiska są w sezonie tak zajęte, że na robienie w tym czasie doświadczeń np. z kąpielami nie zgodzi się żaden zarząd zdrojowiska. Największa ilość chorych w zdrojowiskach zgłasza się do lekarza tylko raz jeden, z rozpoczęciem leczenia — później lekarz zdrojowy traci ich z oczu i trudno ich namówić do częstszego zgłaszania się, choćby ze względów finansowych. Szpitali zaś, gdzie możnaby robić obserwacje chorego i przeprowadzić kliniczne badania, dotychczas niestety nie ma w naszych zdrojowiskach. W zimie natomiast, kiedy lekarz zdrojowy ma więcej czasu, nie ma chorych, a przedewszystkiem nie ma instytutów, gdzie podobne doświadczenia czy obserwacje możnaby robić! To samo jest nie tylko u nas, ale i w Niemczech, gdzie zaczynają dopiero powstawać instytuty, odpowiednio wyposarzone, gdzie prace naukowe balneologiczne dadzą się przeprowadzić. „Odpowiednio wyposarzone", gdyż prace te są bardzo kosztowne i nie każdy Zakład uniwersytecki jest w możności zdecydować się na ponoszenie tak znacznych kosztów jak np. urządzenie odpowiednich łazienek, sprowadzenie wagonów borowiny i t. d. Dlatego to balneologja naukowa w porównaniu z innemi gałęziami nauki lekarskiej jeszcze nisko stoi; pocieszmy się jednak (jeżeli to ma być pociechą), że nie tylko u nas, ale i zagranicą. Zaznaczyłem powyżej, że trudności te usprawiedliwiają do pewnego stopnia brak prac naukowych, napisanych przez lekarzy zdrojowych, jednak zupełnie ich nie uniewinniają i należałoby przez ogłaszanie konkursów za najlepszą pracę o zdrojowiskach, udostępnienie klinik i szpitali i utworzenie instytutu specjalnie pracy nad zdrojownictwem poświęconego zachęcić szczególniej młodszych lekarzy do pracy naukowej *).

Ten to stosunek pewnej zależności lekarza zdrojowego od lekarza w mieście, jego nieraz nieodpowiadające godności lekarza zachowanie się, a także brak poważniejszych prac naukowych, wyszłych z grona lekarzy zdrojowych spowodowały, że lekarz zdrojowy uważany jest dotychczas za jakiś pośledniejszy gatunek lekarza i to nie tylko przez lekarzy z miast, ale niestety, co się często wyczuwa nawet i przez publiczność.

---

*) Kierując się tą myślą Stowarzyszenie lekarzy krynickich ogłosiło konkurs na najlepszą pracę naukową z zakresu zdrojownictwa, ogłoszony w r. 1928 w czasopismach lekarskich polskich.

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Ciąg dalszy.

V. Przepisy o konsyljach lekarskich.

§ 36. Jeżeli zwołania konsyljum lekarskiego domaga się strona, to może ona zaproponować pewnego lekarza, jako konsulenta.

W razie, gdy ordynator doradza konsyljum, wybór konsultanta zależy od niego, przyczem może on stronie pozostawić wybór między kilkoma proponowanymi przez siebie kolegami.

§ 37. Konsultanta zaprasza ordynator, albo strona za zgodą ordynatora.

Termin konsyljum oznacza konsultant, o ile konsyljum nie jest niezwłocznie potrzebne.

Jeżeli w konsyljum ma wziąć udział więcej, niż 2 lekarzy, to termin oznacza ordynator po bezpośredniem, o ile to jest możliwe, porozumieniu się z kolegami, mającymi przyjąć udział w konsyljum.

§ 38. Lekarzowi, zaproszonemu na konsyljum przez ordynatora, nie wolno odmówić udziału w naradzie bez podania umotywowanych ku temu powodów.

§ 39. Na konsyljum lekarze winni stawić się punktualnie, o wyznaczonej porze, przyczem pożądane jest, aby lekarz ordynujący przybył nawet wcześniej i u chorego oczekiwał konsultanta.

W razie opóźnienia się z przybyciem na konsyljum jednego z lekarzy, co tylko w razie nadzwyczajnych i nieprzewidzianych przeszkód może mieć miejsce i z czego należy się usprawiedliwić, lekarz, który przybył w porę, winien czekać na kolegę z miasta przez 15 minut, na wsi zaś zależnie od okoliczności i dłużej, lecz najwyżej godzinę.

Lekarz, nie przybywający na konsyljum, winien zawczasu umotywować niemożność przybycia, zawiadamiając o tem kolegę, z którym miał mieć naradę.

§ 40. Gdy u chorego zjawił się tylko jeden z lekarzy w porze wyznaczonej na konsyljum i gdy wyczekiwanie na drugiego lekarza okaże się bezcelowe, to konsyljum uważa się za udaremnione i w razie potrzeby może być ono zwołane ponownie.

O ile konsyljum nie doszło do skutku z powodu opóźnienia się lub neprzybycia konsultanta, to do udziału w ponownem konsyljum ordynator może zaprosić innego konsultanta.

§ 41. Jeżeli w porze wyznaczonej na konsyljum zjawił się tylko lekarz ordynujący, to zarządza u chorego, co uzna za wskazane.

O ile przybędzie tylko konsultant, to po bezskutecznem oczekiwaniu na lekarza ordynującego wolno mu zbadać chorego i przepisać, co uważa za stosowne. Wskazanem jest, by w podobnych przypadkach konsultant nie wypowiadał swego zdania, co do rozpoznania, leczenia i rokowania; jeżeli jednak ze względu na chorego, jego rodzinę, lub otoczenie byłoby to niemożebne, to zdanie swoje winien on wyjawić jaknajbardziej oględnie, by nie zaszkodzić opinji nieobecnego kolegi. Jeśli pogląd konsultanta na chorobę, rokowanie i leczenie jest odmienny od poglądu nieobecnego ordynatora, to uwagi pod tym względem winien konsultant przesłać ordynatorowi listownie lub osobiście je wypowiedzieć.

Pozostawienie takiego listu stronie z poleceniem doręczenia go ordynatorowi nie jest dozwolone.

§ 42. Podczas całego konsyljum konsultant winien występować razem z ordynatorem. Niedozwolone są wszelkie konferencje konsultanta z chorym lub z rodziną bez udziału ordynatora.

§ 43. Konsyljum rozpoczyna się od sprawozdania ordynatora o dotychczasowym przebiegu choroby, o rozpoznaniu i rokowaniu, oznajmionem przez niego stronie i dotychczasowem leczeniu. Ta wstepna konferencja, zależnie od uznania ordynatora, może się odbyć w obecności osób z rodziny lub otoczenia chorego, albo też poufnie tylko z konsultantem.

Po konferencji wstępnej następuje badanie chorego, którego dokonywa konsultant w obecności i przy współudziale ordynatora.

Po zbadaniu chorego obaj lekarze omawiają rozpoznanie, leczenie i rokowanie na poufnej konferencji, do której osób z otoczenia chorego dopuszczać nie należy.

Po ukończeniu tej poufnej konferencji lekarze przyzywają rodzinę lub osoby z otoczenia chorego i jeden z nich referuje o wynikach narady.

§ 44. Zależy od porozumienia między lekarzami, biorącymi udział w konsyljum, kto ma z nich referować o wynikach konsyljum.

Jeżeli zwołania konsyljum żądał ordynator, to referowanie do niego przedewszystkiem należy.

Jeżeli konsyljum domagała się strona, właściwiej jest, by konsultant podjął się referowania.

Wolno jest drugiemu lekarzowi uzupełnić wywody referenta, jeśli uważa, że pominięty został jakiś ważniejszy szczegół, lecz uczynić to może tylko w obecności tego kolegi.

§ 45. Na konsyljach o ile możności dążyć należy do zgodnego sformułowania opinji w głównej treści, pomijając różnicę zdań w szczegółach podrzędnych.

Jeśli nawet co do głównych podstaw rozpoznania, leczenia i rokowania nieda się osiągnąć zgodnej opinji, to należy w sposób oględny zawiadomić stronę o odmiennem pojmowaniu stanu choroby przez obu lekarzy, pozostawiając jej decyzję postępowania, co do wyboru lekarza dla dalszego prowadzenia kuracji.

VI. O honorarjach lekarskich.

§ 46. Każdy lekarz, jako przedstawiciel wolnego zawodu, ma prawo mieć swe własne, indywidualne, wyższe od zwyczajowych i ustalonych, normy opłat za wykonywane przezeń czynności lekarskie.

Jeżeli jednak te normy odbiegają od norm przeciętnych, zwyczajowych danej miejscowości, to winien on uprzedzić o tem każdorazowo swych klijentów.

Normy indywidualne nie mogą mieć zastosowania w przypadkach nagłych przy braku innego lekarza, który mógłby udzielić doraźnej pomocy. Przy wszelkich nieporozumieniach i zatargach o honorarja lekarskie pomiędzy lekarzami z jednej, · a chorymi ich rodziną i otoczeniem z drugiej strony, obowiązują w myśl art. 21 Ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, cenniki poborów lekarskich, ustalone przez Urzędy Wojewódzkie Wileński i Nowogródzki w porozumieniu z Wil. Nowogr. Izbą Lekarską.

§ 47. Lekarz niema obowiązku leczyć ubogich bezpłatnie; wolno mu jest natomiast zrzec się w poszczególnych przypadkach części lub całego honorarjum (przeciętnego), przyjętego w danej miejscowości.

To zrzeczenie się całkowite lub częściowe honorarjum nie może być stosowane w celach konkurencyjnych i w celu zdobycia sobie popularności wśród chorych.

Lekarzowi nie wolno udzielać chorym zasobnym bezpłatnej porady lub pomocy w ambulatorjach publicznych, przeznaczonych dla osób ubogich. Nie wolno jest również odsyłać do bezpłatnych ambulatorjów osób, które są w stanie opłacić pomoc lekarską.

§ 48. Lekarz ma obowiązek leczyć bezpłatnie chorego kolegę zawodowego i tych członków rodziny, którzy na jego utrzymaniu pozostają, a także wdowy i niepełnoletnie sieroty po lekarzach, pozostające w ciężkich warunkach materjalnych.

Lekarzowi wezwanemu w wyżej wymienionych przypadkach należy się zwrot poniesionych wydatków.

Udzielanie bezpłatnej pomocy lekarskiej pomocniczemu personelowi lekarskiemu, pozostawia się do uznania lekarzowi, stosownie od przyjętych miejscowych stosunków.

§ 49. W razie zalegania należności za leczenie, lekarz ma prawo upomnieć się o takową, a nawet dochodzić jej sądownie. Przy egzekwowaniu należności od nieletnich i uczącej się młodzieży, szczególnie w przypadkach chorób wenerycznych, tajemnica lekarska, co do istoty cierpienia winna być bezwzględnie uszanowana.

§ 50. Pobieranie opłaty ryczałtowej za wyleczenie chorego, szczególnie w przypadkach chorób wenerycznych, branie zastawów, fantów, weksli i t. p. za leczenie, jest lekarzowi surowo wzbronione.

VII. Obowiązki lekarzy względem Izby Lekarskiej.

§ 51. Izbie Lekarskiej, jako urzędowej reprezentacji stanu lekarskiego przez ogół wybranej, winni lekarze szacunek i poparcie we wszelkich jej zarządzeniach.

§ 52. Każdy lekarz rozpoczynający wykonanie zawodu lekarskiego w okręgu Izby, obowiązany jest zgłosić się do takowej pisemnie w ciągu dni 14, jak również w tym samym terminie zawiadomić ją o każdej zmianie mieszkania.

§ 53. Każdy lekarz winien jest terminowo uiszczać opłaty izbowe, by nie zmuszać Zarządu Izby do ściągania tych opłat drogą egzekucji.

§ 54. W sporach między kolegami, powstałemi w związku z wykonywaniem zawodu lekarskiego winni są lekarze zwracać się przedewszystkiem do pośrednictwa Izby, przed która należy wytaczać wzajemne skargi.

§ 5. W sporach z pacjentami o honorarjum pośredniczy Izba jedynie za zgodą obu stron spór wiodących.

§ 56. Każdy lekarz ma prawo do zasięgania rady i opieki Izby we wszystkich przypadkach, w których Izba w granicach swych kompetencyj może występować.

VIII. Obowiązki Lekarzy Kas Chorych.

§ 57. Lekarze Kas Chorych winni mieć na uwadze przedewszystkiem dobro chorych, ubezpieczonych w tych Kasach i z tej racji chorzy ci winni być badani i leczeni z całą troskliwością i sumiennością wszelkiemi dostępnemi sposobami. Pomoc udzielana chorym kasowym czy to ambulatoryjnie, czy też w mieszkaniu chorego, nie powinna być pod żadnym pozorem mniej wydatna, niż w praktyce prywatnej.

§ 58. Stosując się w miarę możności do systemu oszczędnościowego, zalecanego przez Zarządy Kas Chorych, lekarze winni ze swej strony dążyć, aby stosowanie tego systemu w żadnym przypadku nie odbiło się ujemnie na kuracji i zdrowiu chorych.

§ 59. Obowiązkiem lekarzy Kas Chorych jest stosować się ściśle do następujących wymagań:

a) odwiedzać w mieszkaniach tylko obłożnie chorych,

b) unikać zbyt częstych powtórnych wizyt bez wyraźnych ku temu wskazań,

c) unikać zapisywania zbyt kosztownych środków leczniczych, a zwłaszcza patentowanych, zagranicznych specyfików,

d) oględnie ustalać niezdolność do pracy z powodu choroby, powodującą wypłatę zasiłku,

e) nie zwiększać sztucznie frekwencji chorych na swych przyjęciach ambulatoryjnych przez zalecanie częstych, a niepotrzebnych wizyt, lub też przez leczenie w zakresie nienależącej do nich specjalności,

f) traktować chorych uprzejmie i troskliwie.

§ 60. W stosunkach koleżeńskich lekarzy kasowych obowiązują ogólne zasady deontologiczne Izby Lekarskiej, a o ile w danem mieście istnieje Zrzeszenie lekarzy kasowych, to obowiązują również uchwały tego zrzeszenia, o ile nie są sprzeczne z zasadami ustalonemi przez Izbę.

§ 61. Ambulatorjum Kasy Chorych nie może być dla lekarza terenem reklamowania swego gabinetu prywatnego i wskazywania chorym, że kuracja w tym gabinecie dla tych lub innych powodów będzie skuteczniejsza.

To samo dotyczy lekarzy, odwiedzających obłożnie chorych.

§ 62. Działalność Naczelnego Lekarza Kasy Chorych winna być nacechowana przedewszystkiem troską o dobro chorych i o stworzenie możliwie dogodnych warunków pracy i materjalnej egzystencji lekarzom kasowym.

Naczelny lekarz pełniący obowiązki nadzorcze winien odnosić się do lekarzy kasowych z zachowaniem wszelkich względów koleżeńskich.

§ 63. Jest pożądane, aby w przypadkach odmiennego stanowiska w poszczególnych kwestjach, załatwianych lub proponowanych przez lekarzy kasowych, lekarz naczelny porozumiewał się z odnośnym lekarzem, lub sprawę przekazywał do kolegjalnego zbadania.

§ 64. Stosunek lekarzy kasowych do Naczelnego lekarza winien się wyrażać gotowością wypełniania jego zleceń i poważaniem należnem mu jako zwierzchnikowi.

§ 65. W razie nieporozumień między Naczelnym Lekarzem i poszczególnymi lekarzami kasowymi sprawa podlega rozpatrzeniu przez Zarząd Zrzeszenia lekarzy kasowych, lub przez Izbę Lekarską.

§ 66. Ubieganie się o posady w Kasach Chorych winno się odbywać przez biuro Pośrednictwa Pracy Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, ewentualnie przez Zrzeszenie Lekarzy Kasowych.

§ 67. Lekarze Kasowi winni być lojalni w stosunku do instytucji, w której pracują i nie wolno im działać ani bezpośrednio ani pośrednio na szkodę moralną czy też materjalną tej instytucji.

Jednak rzeczowa krytyka działalności poszczególnych Kas Chorych, jakoteż organizacji tych Kas wogóle, jest w zupełności dozwolona na łamach pism fachowych w Zrzeszeniach i Towarzystwach Lekarskich, oraz w prasie wogóle.

IX. Obowiązki lekarzy w pracy naukowej.

§ 68. W pracach naukowych ogłaszanych drukiem, lekarzy obowiazują zwyczaje ogólnie przyjęte wśród ludzi pracujących piórem. Prace naukowe są częstokroć jedynym dorobkiem całego życia lekarza. Dorobek ten jest własnością autora, naruszenie więc tego dorobku, korzystanie z niego bez podawania źródła i nazwiska autora, jest ze względów etycznych równoznaczne z przywłaszczeniem cudzego mienia.

§ 69. Z tego tytułu wielce nieetyczną rzeczą jest niesprawiedliwa i stronnicza krytyka pracy naukowej ogłoszonej drukiem, oraz umyślne pomniejszanie jej wartości i jej lekceważenie w celu zdyskredytowania kolegi, zwłaszcza jeśli się to czyni nie otwarcie, a skrycie.

§ 70. Nieetyczne jest przedstawianie opisów operacji, sekcji, badań mikroskopowych, chemicznych i innych, przez siebie nie dokonanych, z pominięciem nazwiska osoby, która czynności te wykonała.

§ 71. Podczas dyskusyj na posiedzeniach naukowych lekarzy obowiązuje stosunek koleżeński w równym stopniu, jak w praktyce prywatnej i współpracy w zakładach leczniczych. Obowiązują tu również te same ogólne zasady, wyrażone w poprzednich trzech paragrafach.

§ 72. Materjał do pracy naukowej (chorzy, zwłoki i t. p.) z reguły należy do tego lekarza, który pierwszy przypadek lub fakt jakiś miał w obserwacji i pierwszy na przypadek ten zwrócił uwagę. W razie sporu decyduje ogół lekarzy danej instytucji wraz z kierownikiem.

§ 73. O ile materjał naukowy pozostaje niewyzyskany przez mającego pierwszeństwo w ciągu dłuższego czasu, to obowiązkiem kierownika instytucji względem nauki jest zajęcie się samemu tym przypadkiem, lub też polecenie opracowania go innemu pracownikowi.

§ 74. Jako regułę przyjmuje się, że wszystkie badania laboratoryjne nawet dokonane poza kliniką resp. szpitalem w innych pracowniach, a dotyczące chorych, leżących w klinikach i szpitalach, należą do kliniki resp. szpitali i nie mogą być bez zgody kierownika kliniki lub szpitala ogłaszane drukiem. Materjał sekcyjny jest własnością prosektorjów, względnie zakładów anatomji patologicznej, którego klinika resp. szpital bez zgody patologoanatoma nie ma prawa wykorzystać jako materjału dla pracy naukowej.

§ 75. W celu uniknięcia sporów, zaprzeczeń i odwołań w pismach, przyjmuje się zasadę, iż nikt z pracujących w szpitalu, na oddziale szpitalnym, w klinice, zakładzie i t. p. nie ma prawa bez zgody odnośnych kierowników w nagłówku swej pracy podawać nazwy instytucji, w której pracuje lub pracował i w której pracę napisał.

Z tego tytułu autor pracy naukowej bez zgody kierownika instytucji nie ma prawa obok nazwiska swego umieszczać urzędu zajmowanego w danej instytucji (np. asystent szpitala, lub asystent kliniki chirurgicznej U. S. B.).

§ 76. Lekarze pracujący jako kierownicy naukowi, lub jako laboranci w fabrykach przetworów farmaceutycznych, organoterapeutycznych, lub innych, winni wpływać na sprawiedliwą ocenę środków wypuszczonych przez fabrykę, powstrzymując fabrykantów od nadmiernej, przesadnej reklamy środka.

Tylko przy zachowaniu wymienionych warunków praca lekarska w takich fabrykach jest dopuszczalna ze stanowiska etyki lekarskiej.

§ 77. Żaden lekarz nie powinien na żądanie fabryki lub apteki wydawać o wartości środka opinji, mogącej służyć jako reklama: jeżeli jednak rozporządza poważnemi spostrzeżeniami, to ma prawo ogłosić je na łamach pism specjalnych.

§ 78. Lekarze nie pracujący naukowo winni poczuwać się do obowiązku starannego śledzenia za postępami wiedzy lekarskiej, winni należeć w charakterze członków do miejscowych Towarzystw Lekarskich i o ile możności brać udział w zjazdach lekarskich.

X. O obowiązkach lekarzy szpitalnych i rejonowych.

§ 79. Lekarze szpitalni i rejonowi winni być lojalni względem instytucji dającej im pracę, unikając w swej działalności wszystkiego, co mogłoby instytucję tą zniesławić lub ściągnąć na nią niezadowolenie ludności. Lekarze w szpitalach winni z całą stanowczością prostować kursujące wśród publiczności kłamliwe, i uwłaczające szpitalowi wiadomości, a w przypadkach wątpliwych winni zbadać stan faktyczny.

§ 80. Lekarze szpitalni i rejonowi winni pamiętać, że troska o dobro chorych znajdujących się pod ich opieką jest najważniejszym ich obowiązkiem. Unikając szablonowego wykonywania swych obowiązków, lekarze winni badać i leczyć chorych z całą sumiennością wszelkiemi dostępnemi sposobami; w przypadkach zaś wątpliwych korzystać ze wspólnych narad między sobą i innymi kolegami.

§ 81. Odpowiedzialność za leczenie chorego ponosi ordynator danego oddziału. Z tego powodu zmiany w leczeniu nie mogą być wprowadzane bez jego wiedzy i zgody.

Wyjątek stanowią zarządzenia lekarza dyżurnego w nagłych i nieprzewidzianych przypadkach.

§ 82. O ile między lekarzem szpitalnym, a Zarządem szpitala niema żadnej specjalnej pod tym względem umowy, to lekarzowi szpitalnemu nie wolno jest pobierać od chorych szpitalnych czy to za leczenie, czy też za dokonanie badania i zabiegi, żadnych opłat dla siebie.

To samo dotyczy pomocniczego personelu szpitalnego.

§ 83. Żadnemu pozaszpitalnemu lekarzowi nie wolno jest badać i leczyć chorych szpitalnych, lub dokonywać w szpitalu zabiegów bez wyraźnego zezwolenia ordynatora i kierownika szpitala.

§ 84. W przypadkach, gdyby chory szpitalny, lub otoczenie chcieli zaprosić na konsyljum lekarza pozaszpitalnego według swego uznania, to życzeniu temu winno się stać zadość; nie dotyczy to jednak klinik uniwersyteckich.

§ 85. Wybór konsulanta uzależniony jest od zgody ordynatora i kierownika szpitala. Wyznaczenie godziny, kiedy ma się odbyć konsyljum z lekarzem pozaszpitalnym, zależy od ordynatora szpitalnego. Ze stanowiska etyki lekarskiej nie wzbrania się ordynatorowi pobrania od chorego honorarjum za konsyljum.

§ 86. Wszyscy lekarze, pracujący w szpitalu, obowiązani są wykorzystywać pod względem naukowym obserwacje nad materjałem oddziałowym i dzielić się swojemi spostrzeżeniami na zebraniach szpitalnych, Towarzystw naukowo-lekarskich lub zapomocą publikacyj w pismach lekarskich.

§ 87. W stosunku do kolegów lekarz szpitalny winien przestrzegać ogólne prawidła współżycia koleżeńskiego, pamiętając, że ma jeszcze obowiązek nauczania młodszych kolegów, jak również korzystania z rad i wskazówek kolegów starszych, bardziej doświadczonych, tworząc w ten sposób nieprzerwany szereg doskonalących się w sztuce lekarskiej pracowników szpitalnych.

§ 88. Do dokładnego i najłatwiejszego uregulowania pracy klinicznej i naukowej nieodwołalnie potrzebne jest w życiu szpitalnem ścisłe przestrzeganie godzin ordynacyjnych i dyżurów.

§ 89. W stosunku do pomocniczego personelu lekarskiego należy być sprawiedliwym, lecz wymagać ścisłego i bezwzględnego posłuszeństwa w wykonywaniu zarządzeń lekarskich.

§ 90. W stosunku do rodziny chorych, lekarz szpitalny winien być względny i pobłażliwy, pomnąc na ciężki stan psychiczny bliskich choremu ludzi.

Rodziców i opiekunów należy przekonywać wszystkiemi sposobami o konieczności wymaganych zabiegów.

W razach nagłych i niewątpliwych np. potrzeba tracheotomji, krwotok, corpus al. i t. p. lekarz szpitalny nie może się wahać i musi z całą świadomością wziąć na siebie odpowiedzialność, nawet wbrew woli rodziców czy opiekunów.

Dok. nast.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ministestwo Spraw Zagranicznych zawiadomiło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, iż belgijskie Ministerstwo Kolonij skłonne jest przyjąć na służbę w belgijskim Kongo lekarzy narodowości polskiej.

Ewentualni kandydaci winni składać podanie wprost do Ministerstwa Kolonij w Brukseli, dołączając do podania dyplom lekarski, świadectwo moralności i dobrego prowadzenia, zaświadczenie o stanie zdrowia oraz dowód z odbywania praktyki lekarskiej. Jako jeden z zasadniczych warunków przyjęcia podania do rozpatrzenia wymagana jest zupełna znajomość języka francuskiego w mowie i piśmie.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimatoterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W piątek 26 kwietnia, godz 20.30 odbył się 9-y tegorocznej serji odczyt p. Jerzego Czopa p. t.: „Uzdrowiska klimatyczne na Śląsku".

Towarzystwo chirurgów Polskich. Komunikat zjazdowy. XXV Zjazd Towarzystwa chirurgów Polskich odbędzie się zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu — w roku bieżącym w Wilnie. Obradować on będzie jako sekcja chirurgiczna XIII

Zjazdu lekarzy i Przyrodników Polskich w dniach 26, 27 i 28 września 1929 r. Na zjeździe w Krakowie ustalono następujące tematy programowe dla Zjazdu wileńskiego:

1) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc — referent prof. Dr. M. Rutkowski z Krakowa;

2) Gruźlica nerek — referent prof. Dr. H. Schramm ze Lwowa, korreferent Doc. Dr. T. Pisarski z Krakowa.

Zarząd Towarzystwa, zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe, prosi o zgłaszanie wykładów i referatów na ręce wiceprezesa Towarzystwa i gospodarza sekcji chirurgicznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich prof. Dra K. Michejdy pod adresem: Wilno, Klinika Chirurgiczna U. S. B. Prelegenci, życzący sobie umieszczenia swych wykładów w Pamiętniku Zjazdu Lekarzy i Przyrodników powinni zgłosić temat, jak również nadesłać streszczenie wykładu przed dniem 31 sierpnia 1929 roku.

Udział w Zjeździe należy zgłosić kartką pocztową również przed dniem 31 sierpnia 1929 r. Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są przewidziane w granicach zwykłych (66%-owa zniżka w drodze powrotnej). Rozmieszczeniem uczestników Zjazdu zajmie się sekcja mieszkaniowa Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, którą kieruje Dr. Henryk Rudziński, naczelnik wojew. Wydziału Zdrowia Wilno, ul. Wielka 51. Do niego zwracać się należy w sprawie mieszkań.

Prezes Towarzystwa: *Leon Kryński* (—).

Kraków.

Akademja ku czci ś. p. Napoleona Cybulskiego. Staraniem krakowskiego Towarzystwa lekarskiego wspólnie z wydziałem lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego, odbyło się w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem we środę 24 ub. m. uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci wielkiego fizjologa polskiego Napoleona Cybulskiego w dziesięcioletnią rocznicę jego śmierci, na które przybył oprócz członków Towarzystwa lekarskiego cały wydział lekarski i wielu gości między innymi p. Cybulska, z synem, p. wojewoda Dr. Kwaśniewski, prof. Szymonowicz ze Lwowa, prof. Beck ze Lwowa, prof. Czubalski z Warszawy, oraz z Krakowa: p. prof. Heinrich, prof. Rogoziński, prof. Surzycki, prof. Talko-Hryncewicz i prof. Estreicher. Posiedzenie zagaił prezes Towarzystwa prof. Latkowski, który przedstawiwszy w pięknych słowach działalność naukową i społeczną N. Cybulskiego oraz jego zasługi położone dla krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, złożył hołd pamięci tego wielkiego uczonego. W imieniu polskiej Akademji Umiejętności przemówił prof. Godlewski jun., w imieniu zaś Uniwersytetu Jagiellońskiego i rektora prorektor prof. Marchlewski. Prof. Czubalski z Warszawy uczcił pamięć N. Cybulskiego przemawiając imieniem wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego. Następnie prof. Beck ze Lwowa wygłosił odczyt, w którym scharakteryzował działalność naukową N. Cybulskiego oraz podkreślił jego wielkie zasługi naukowe w dziedzinie fizjologji a prof. Maydell z Krakowa skreślił życiorys N. Cybulskiego. W końcu prof. Rosner z Krakowa przedstawił piękną sylwetkę Cybulskiego, podkreślając w przemówieniu swem zasadnicze rysy jego wielkiej i niezwykłej indywidualności. Posiedzenie zamknięto odczytaniem telegramów przesłanych przez Towarzystwa naukowe wszystkich miast uniwersyteckich.

Ukazało się Szpitala krakowskiej gminy izraelickiej sprawozdanie o ruchu chorych za r. 1928. Ambulatoryjnie leczono w tym roku, nie licząc powtórnych ordynacyj 25.245 chorych bez różnicy wyznania (w r. 1927 chorych 24.317), zaś stałych chorych 2.338 przez okrągło 40.000 dni. Opuściło szpital 2087 chorych, a zmarło 141 chorych. Utrzymanie szpitala kosztowało okrągło 338 tysięcy zł, a niedobór pokryty przez krakowską gminę izr. wynosi okrągło 154 tysięcy zł. W szpitalu są oddziały dla chorób wewn., chirurg., dzieci, kobiecych, uszno-gardl., ortoped., okulistycznych, dentystycznych, skórnych i zakład Roentgena. Oprócz tego czynną jest przy Szpitalu „Poradnia przeciwgruźlicza", udzielająca porad chorym na gruźlicę bez różnicy wyznania. Pod względem typograficznym sprawozdanie przedstawia się wzorowo.

Przy wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i staraniem tegoż Wydziału odbyły się między 11-ym a 20-ym ub. miesiąca kursa uzupełniające dla lekarzy ku wielkiemu pożytkowi uczestników. Program był bardzo urozmaicony tak pod względem praktycznym, jak i teoretycznym. Niemal w każdej dziedzinie medycyny była możność dokształcenia się. To też należy się serdeczna podzięka Czcigodnemu Fakultetowi lekarskiemu, Profesorom i Prelegentom za Ich ofiarną pracę.

L. Wiśniewski.

Lwów.

Nowy Docent Uniwersytetu Lwowskiego. Min. Wyznań i Oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału Lekarskiego Uniw. J. K. we Lwowie, mocą której Dr. Antoni Dobrzański został habilitowany jako docent oto-laryngologji na tymże wydziale.

Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa Lekarzy b. Galicji odbędzie się w dniu 30 maja b. r. (czwartek, dzień Bożego Ciała) we Lwowie o godzinie 10-tej przed południem w sali Polikliniki, przy ul. Lindego 5.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia;
2) Sprawozdania z czynności Zarządu i Skarbnika;
3) Rozdział pensyj i zapomóg.
4) Wnioski delegatów i interpelacje;
5) Wybory nowego Zarządu.

Sekretarz: *A. Sabatowski.* Przewodniczący: *R. Rencki.*

Wolne posady lekarskie.

Lwowska Izba Lekarska komunikuje, że w Batiatyczach w powiecie żółkiewskim jest do obsadzenia posada lekarza okręgowego. Termin wnoszenia podań upływa 31 maja b. r. Bliższe informacje w Wydziale Rady powiatowej w Żółkwi, oraz w ogłoszeniu pomieszczonem na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej.

Ze świata.

Kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny praktyczno-chirurgicznej oto-rhino-laryngologji urządza w Strasburgu tamtejsza nowa Klinika oto-rhino-laryngologiczna Wydziału Lekarskiego w Strasburgu pod kierunkiem profesora Grzegorza Canuyt w czasie od 1 do 14 lipca r. b. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego kursu udzieli Profesor Canuyt w Strasburgu.

Włoskie Towarzystwo Okulistów wyznaczyło międzynarodową nagrodę im. Cirincione w wysokości 20.000 lirów i dwa złote medale za prace z zakresu okulistyki napisane w 1928 roku i 5.000 lirów za monografję o geograficznem rozprzestrzenieniu jaglicy. Ubiegać się mogą o te nagrody badacze wszystkich krajów, którzy nie mają ukończonych 45 lat i nie są ordynatorami oddziałów okulistycznych.

Wyróżnienie pedjatry polskiego. Wydział Lekarski Uniwersytetu w Zurychu ustalił następującą listę dla obsadzenia katedry pedjatrji po ustąpieniu Feera: na pierwszem miejscu Bessau (Lipsk), na drugiem miejscu Freudenberg (Marburg) i Gröer (Lwów), na trzeciem miejscu Fanconi (Zurych) i inni. Zamianowany został Fanconi.

Komisja berlińskiej Izby Lekarskiej uchwaliła protest przeciwko podatkowi przemysłowemu wolnych zawodów, widząc w nim niebezpieczeństwo dla strony moralnej zawodu. Lekarze, nie mogący z dotychczasowych dochodów płacić tego podatku, musieliby proporcjonalnie podnieść swoje honorarja i w ten sposób obciążyć podatkiem swoich chorych, względnie instytucje ubezpieczeń społecznych, co wniosłoby nowy niepokój do stosunków pomiędzy kasami chorych a lekarzami. Z tych względów należy żądać odwołania powyższego rozporządzenia.

Również w związku ze wspomnianym podatkiem odbyli protestujące posiedzenie przedstawiciele wolnych zawodów.

Na walnem zebraniu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w dniu 3 kwietnia r. b. przewodniczący prof. Payr zakomunikował, że zarząd Towarzystwa ponowił swoją poprzednią uchwałę powstrzymania się od udziału w najbliższym t. j. tegorocznym międzynarodowym Zjeździe Chirurgów. Zebranie rezolucję powyższą zatwierdziło.

V. Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Londynie w dniach od 6-go do 11-go maja 1929 r. Tematy podane na V. Kongres są następujące: 1) Ewakuacja rannych i chorych drogą powietrzną i wodną. (Rola służby zdrowia w operacjach kombinowanych (ref. W. Brytanja i Francja). — 2) Krótkotrwałe gorączki podzwrotnikowe (ref. W. Brytanja i Niderlandy). — 3) Uszkodzenia naczyń krwionośnych i ich następstwa (ref. W. Brytanja i Belgja). — 4) Fizyczna i chemiczna analiza szkła i przedmiotów gumowych używanych w służbie zdrowia (ref. Brytanja i Hiszpanja). — 5) Normy uzębienia i zdolności fizycznej w różnych rodzajach służby wojskowej (ref. W. Brytanja i Kuba).

Ze statystyki Izb lekarskich. W r. 1926 funkcjonowało w Rzeczp. Polskiej 7 Izb: w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Lwowie, Łodzi i Lublinie. od 8 listopada 1926 r. w Wilnie i w Warszawie Naczelna Izba lekarska.

Ilość członków w Izbach:

Izby	1926 r. 31. XII.	Zmarło	% śmiert.	1927 r. 31. XII.	Zmarło	% śmiert.
Warsz. - Biał.	2291	43	1,9	2438	25	1
Lwowska	1564	13	0,9	1673	19	1,14
Krakowska	1110	—	—	1164	11	0,9
Pom. - Poznań.	824	22	2,7	887	23	2,7
Lubelska	607	11	1,8	658	31	2,1
Łódzka	605	10	1,6	651	6	0,9
Wil. - Nowogr.	530	—	—	570	9	1,75
Razem	7531	—	—	8041	106	1,32

Bilanse roczne zamykały się w ramach:

Izby	1926 r.	1927 r.
Warszawa	188.305.07	116.121.43 łącznie z kanc.
Lwów	—	51.987.59
Kraków	23.624	32.324
Poznań	30.925.52	sprawozd. kas. nie nadesł.
Lublin	23.504.13	32.688.64
Łódź	12.129	14.998
Wilno	—	18.546.50

Koszta administracyjne:

Izby	1926	Na 1 cz. Izby	1927	Na 1 czł. Izby
Warszawa	29.665.53	13.6	36.256.34	14.9
Lwów	—	—	14.184.87	8.5
Kraków	15.754	—	17.857.17	15.3
Poznań	19.829.17	24	16.997.38	—
Łódź	12.129	20	10.837.76	16.6
Wilno	—	—	12.430.22	21.9

Składka roczna:

Rok	Warszawa	Lwów	Kraków	Poznań	Lublin	Łódź	Wilno
1926	20	20	15	20	25	24	—
1927	20	20	25	25	25	24	46

Instytucje Samopomocy:

Warszawa: w 1926 i 1927 r.:

a) Kasa Ubezp. na wypadek śmierci — wypł. przecięt.

b) Biuro pośrednictwa pracy.

Lwów: w 1926 i 1927 r.

a) Kasa emeryt. - kadencja 5-letnia — jeszcze nie wypł.

b) Kasa ubezp. na wypadek choroby — w 1927 r. wypłacono świadczeń 24.457.

c) Biuro porad prawnych.

d) Biuro pośrednictwa pracy.

Kraków: Kasa ubezp. na wypadek śmierci — od 2. V. 1927 r. do 31. XII. 1927 wypł. ubezp. 64.287. Bilans zamyka 126.504.57.

Poznań: Kasa Pogrzebowa — w 1926 r. premje wynosiły od 1750 do 3000, wypłacono premji na 54.910, w 1927 r. sprawozdania kasowego niema.

Lublin: Kasa pomocy koleż. — w 1926 r. wypł. po 4.614 zł. 7 rodzinom, w 1927 r. wypł. 53.541 zł. 13 rodzinom. Bilans kasy 30.793.

Łódź: Kasa Ubezp. — w 1926 r. wypł. 13 premji na 138.114. Bilans 174.416.55, w 1927 r. wypł. premji 68.317 zł. 6 rodzinom. Ost. premja 11.677. Bilans 106.313.

Wilno: Kasa Pogrzeb. od 11. VII. 1927 wypł. premji 5.720 od 1800 do 2120.)

Niemieckie Towarzystwo do zwalczania gośćca odbyło w dniach 5 i 6 kwietnia b. r. swoje czwarte zebranie w Wiesbadenie pod przewodnictwem dyr. ministr. prof. Dietricha z Berlina. Członkowie zwiedzili instytut badawczy balneologiczny (Forschungsinstitut für Bäderkunde und Stoffwechsel) posiadający własne kąpiele z wody zdrojowej obok wszystkich urządzeń do djagnostyki i terapji oraz pracownie do badań fizjologicznych i biologicznych. Kierownik instytutu Harpuder przedstawił program prac i zestawienie krytyczne nowoczesnych sposobów leczniczych. W miejskim szpitalu przedstawił kierownik oddziału wewnętrznego A. Géronne szereg ciekawych przypadków oraz uzyskane wyniki nawet w zastarzałych przypadkach. Miejskie łazienki (Kaiser-Friedrich-Bad) zyskały u zwiedzających wielkie uznanie, również zakład roentgenowski uniwersytecki prof. Holfeldera w pobliskim Frankfurcie. Wykłady prof. Strassburgera potwierdziły znaczenie terapji fizykalnej, którą należy uważać jako równoznaczną z farmakoterapją. Tosamo tyczy się również znaczenia leczniczego radem, o czem mówił Dr. Happel z zakładu Strassburgera. O znaczeniu zapalenia migdałków dla powstawania schorzeń gośćcowych mówił prof. Dr. Grahe. W dalszym ciągu rozpraw zgodzono się na ściślejsze rozgraniczenia i mianownictwo schorzeń gośćcowych, aby przeprowadzić naukowe i statystyczne opracowanie przedmiotu.

W końcu przemawiał Dr. Schanz z Drezna na temat: gościec, niewydolność, zużycie (bóle rzekomo-gośćcowe, zależne od stopy płaskiej, przeciążenia kręgosłupa w postaci niby-gośćcowych bólów).

Pierwszy Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Mikrobiologicznego odbędzie się w Instytucie Pasteura w Paryżu, dnia 7—12 października 1929 r. pod przewodnictwem honorowem Prof. Rouxa, Dyrektora Instytutu i pod przewodnictwem prof. Bordet. Ostateczny program Kongresu:

I. Referaty:

1) Płonica (etjologja, zapobieganie, leczenie) — Dochez, Cantacuzène, Złatogorow, Friedemann, R. Debré — 2) Poronienie nagminne u zwierząt, febris undulans — Wright, Kristensen, Burnet. 3) Zmienność drobnoustrojów, objaw lityczny — Bordet, M. Neisser. — 4) Patogeneza cholery — Sanarelli, Kabeshima. — 5) Etjologja grypy — R. Pfeiffer. — 6) Hodowla tkanek — Carrel. — 7) Rozkład części roślinnych w ziemi i wytwarzanie próchnicy — Winogradsky.

II. Konferencje:

1) Szczepienie ochronne przeciwgruźlicze — Calmette. — 2) Szczepienie przeciwbłonicze — Ramon. — 3) Kiła doświadczalna i odporność w kile — Kolle. — 4) Lipoidy — Belfanti. — 5) Odporność u roślin — Carbone.

III. Konferencje z pokazami praktycznemi:

1) Hodowla tkanek i nowotwory — Borrel, A. Fischer, Canti. — 2) Parazytologja — Brumpt, Fülleborn, Mesnil, Nuttall.

Sprostowania omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 18-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dra J. Felixa p. t. „Zakażenie pałeczką Banga u człowieka" zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 326, szpalta pierwsza, wiersz 42 od dołu zamiast „Chronimskiego" ma być „Chromińskiego", w wierszu zaś 41-szym tej samej szpalty od dołu zamiast (L : 200) ma być (1 : 200).

W szpalcie drugiej wreszcie strony 326 w wierszu 43-cim od dołu zamiast „cehy" ma być „cechy".

W ogłoszonej w numerze 16-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dr. Brauna p. t. „Krótki zarys rozwoju i organizacji pracy oddziału oto-laryngologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 297, szpalta druga, wiersz 11 od góry zamiast 1919 ma być 1910. W wierszu 13-tym od góry zamiast 1444 ma być 144. W wierszu drugim od dołu zamiast parrus ma być parvus — na stronie zaś 298, szpalta druga, w wierszu 33 od góry zamiast 184 ma być 148.

W ogłoszonej w numerze 17-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dr. Wł. Mikułowskiego p. t. „O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i koklusza" zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 320, szpalta druga, wiesrz 25-ty od góry zamiast „zaakceptować" ma być „zaakcentować" — w wierszu 15-tym od dołu zamiast „płuc" ma być „płucny" — na stronie 321 w szpalcie pierwszej w wierszu 10-tym od góry zamiast „147" ma być „144", w szpalcie drugiej tej samej strony w wierszu 17-tym od góry zamiast „jasny" ma być „jawny" — wreszcie na stronie 322, w szpalcie drugiej w wierszu 10-tym od dołu zamiast „zadawalają" ma być „zadawalniają".

Redakcja otrzymała.

St. Sterling-Okuniewski i W. Paszkowska: „Gruczolak tarczycy". Odb. z „Biuletynu oraz Nowotworów Pol. Kom. do Zw. raka", nr. 19—20.

St. Sterling-Okuniewski i Z. Pęska: „Rak pierwotny pęcherzyka żółciowego". Odb. z „Biul. oraz Nowotworów Pol. Kom. do Zw. raka", nr. 19—20.

St. Sterling-Okuniewski i W. Paszkowska: „Wątroba olbrzymia w przebiegu raka żołądka u osobnika młodego". Oodb. z „Biul. oraz Nowotworów Pol. Kom. do Zw. raka", nr. 10—20.

Nr. 20. 19. maja 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Witold ZAWADOWSKI, kierownik pracowni radjologicznej Szpitala Ujazdowskiego. Warszawa.

O salpingografji.

Technika jej wykonania i interpretacja wyników).*

Pomysł Sicarda i Forestiera zastosowania oleju jodowego do radjodjagnostyki utorował drogę metrosalpingografji do szerszego zastosowania. Jednakże wstąpiła ona na tę drogę dopiero od roku 1925, a zwłaszcza od czasu prac jednego z głównych jej propagatorów chirurga argentyńskiego Carlosa Heusera.

Obecnie, mimo tu i ówdzie słyszeć się dających sądów negatywnych, wykonują ją coraz częściej. Odnosi się wrażenie, że badanie kontrastowe narządów płciowych kobiecych nabiera tego charakteru badania typowego, oczywiście w zmniejszonym zakresie, jak badanie przewodu pokarmowego zapomocą zawiesiny barytowej. W pracowni radjologicznej szpitala Ujazdowskiego wykonujemy ją średnio 2—3 razy tygodniowo.

Pierwsi pionierzy salpingografji dawali się unosić pewnemu entuzjastycznemu optymizmowi i uważali ją za wolną od wszelkich niebezpieczeństw dla badanej. Z czasem jednak w miarę wzrostu przypadków badanych ilość niepożądanych komplikacyj okazała się wcale pokaźna i obecnie o zupełnej nieszkodliwości tego badania nie może być mowy. Wszystkie jednakże uszkodzenia zależą albo od nieprzestrzegania przeciwwskazań (zastrzyki po przebytych niedawno sprawach zapalnych przydatków), albo też od wadliwej techniki. Dlatego też przyjąć możemy, że wybierając starannie przypadki i stosując udoskonaloną technikę badania ustrzeżemy się od niepożądanych następstw, polegających głównie na zaostrzeniu się starych spraw zapalnych. Metrosalpingografja leży na pograniczu, w którem stykają się ze sobą radjologja i ginekologja. Jest ona dziełem współpracy tych dwóch specjalności. Do jej wykonania zejść się muszą przeto ginekolog z radjologiem. Do ginekologa należeć będzie zbadanie kliniczne danego przypadku, ustalenie wskazań i wykluczenie przeciwwskazań, a także przystosowanie chorej, wprowadzenie tej lub innej kaniuli macicznej i wykonanie zastrzyku, a następnie opieka i obserwacja chorej przez pewien czas po zastrzyku. Wreszcie rzeczą ginekologa będzie wykorzystanie wyniku rozpoznania w tym lub owym kierunku leczniczym.

Jako radjolog pominąć będę musiał większość powyższych zagadnień, które leżą poza naszą kompetencją, a zajmę się tylko samą techniką zabiegu i interpretacją jego wyników. Nie znaczy to jednak, aby radjolog nie miał się interesować stroną ginekologiczną zagadnienia salpingografji. Wręcz przeciwnie, radjolog powinien części ginekologicznej poświęcić sporo uwagi i zaznajomić się dobrze z dotyczącemi jej działami anatomji, fizjologji, patologji i djagnostyki, gdyż da mu to podstawę do zrozumienia obrazu radjologicznego i właściwej jego interpretacji. Z drugiej strony znów współdziałający z nami ginekolog musi zaznajomić się w pewnym zakresie z podstawami radjologji, a więc teorją powstawania obrazów radjologicznych i anatomją radjologiczną miednicy. Pozwoli mu to w sposób właściwy ocenić interpretację i wyniki metody. Im bardziej głębokie jest wzajemne przenikanie się dwu pogranicznych specjalności, tem większą korzyść odnosi z tego salpingografja. Ideałem byłoby, aby wykonujący badanie był sam i ginekologiem i radjologiem (Carlos Heuser, Claude Béclère, Bakke), co jednakże rzadko w praktyce daje się urzeczywistnić.

Warunkiem kardynalnym techniki metrosalpingografji jest aseptyka, uszczelnienie szyjki naokoło wprowadzonej kaniuli, pomiar ciśnienia i zastrzykiwanie pod kontrolą ekranu. Pominę tu szczegóły dotyczące jałowości zabiegu, zaznaczając jedynie, że ogłoszone w pracy Śliwińskiego, mojej i Sołtysika wyniki badań działania olejów jodowych na drobnoustroje wykazały, wbrew ogólnie przyjętym poglądom, zupełny brak jakichkolwiek własności bakterjobójczych lub hamujących wzrost drobnoustrojów. Wobec tego, wykonując zabieg, nie możemy liczyć na jakiekolwiek przeciwpasorzytnicze działanie użytego środka kontrastowego i tembardziej powinniśmy zwrócić uwagę na aseptykę. Godnem zalecenia byłoby bakterjologiczne badanie wydzieliny szyjki przed salpingografją, jak to już zaczęliśmy w niektórych wypadkach robić.

Dobre uszczelnienie szyjki macicznej naokoło wprowadzonej kaniuli uważamy obecnie za kardynalną cechę poprawnej techniki, gdyż tylko w tych wypadkach będziemy mogli stosować w miarę uznania odpowiednie ciśnienie, a później wyciągać z tego określone wnioski. Ciśnienie mierzymy włączonym do aparatu manometrem, o ile możności o wskazówce i cyfrach znaczonych masą fosforyzującą w ciemności.

Po wprowadzeniu kaniuli, uszczelnieniu szyjki i ukończeniu wszystkich przygotowań, rozpoczynamy zastrzyk pod kontrolą ekranu. Aby to mogło mieć miejsce musi koniecznie współdziałać przy zabiegu ginekolog z radjologiem, jak to poprzednio już wspomnieliśmy. Uważając obserwację ekranową czyli, jak to w poprzednio cytowanej pracy określiliśmy, metrosalpingoskopję, za kardynalny warunek poprawnej techniki uważamy również za niezbędną obecność ginekologa przy tem badaniu. Role więc będą podzielone: ginekolog przygotowuje chorą, wprowadza kaniulę, uszczelnia szyjkę i włącza do przyrządu strzykawkę z olejem jodowym. Radjolog tymczasem uregulowawszy aparat rentgenowski przystosowuje w ciemności albo zapomocą odpowiednich okularów wzrok do rozpoczęcia obserwacji ekranowej. Przystosowanie to czyli adaptacja jest niezbędna, aby móc uchwycić od początku przebieg wypełniania się macicy, a zwłaszcza jajowodów, które przedstawiają przedmiot obserwacji bardzo drobny, widoczny tylko po doskonałem przystosowaniu.

Od metrosalpingoskopji i wskazówek manometru zależeć będzie przebieg całego badania, zaś decydującem będzie tu dążenie do jaknajkrótszego trwania całego zabiegu i do wprowadzenia jaknajmniejszych ilości lipjodolu do jajowodów i jamy otrzewnej, ponieważ to stanowi o bezpieczeństwie i nieszkodliwości zabiegu.

Z powyższych uwag wynika, że kierować całością musi radjolog, ginekologowi zaś przypadnie pilnowanie strony technicznej ginekologicznej.

Podczas gdy prześwietlanie gra rolę decydującą przez cały czas zabiegu, to znów zdjęcia mają na celu, aby utrwalić od czasu do czasu obraz spostrzegany, który ma być trwałym i objektywnym dokumentem badania, i na którym poszukiwać będziemy szczegółów zupełnie drobnych, mogących ujść obserwacji ekranowej.

Zdjęć nie robimy nigdy na ślepo w momencie przypadkowym, lecz zapomocą prześwietlania wybieramy chwilę do tego odpowiednią. Aby móc przejść z prześwietlenia szybko do zdjęcia i potem znów prześwietlać musimy rozporządzać aparatem rentgenowskim t. zw. o podwójnej regulacji, która pozwala mieć gotowe już w czasie prześwietlania elementy wykonania zdjęcia i daje możność przejścia w każdej chwili od fluoroskopji do radjografji i z powrotem.

Regulacja taka pojawiła się w przyrządach rentgenowskich po raz pierwszy we Francji (Ropiquet, Gaiffe, Gallot et Pilon), a obecnie każdy lepszy aparat jest w nią wyposażony.

Do zdjęć w momencie wybranym posiadamy też specjalne urządzenia, pozwalające wykonać cały szereg takich zdjęć (serję). Do najlepszych i najpraktyczniejszych takich urządzeń należy selektor Henryka Béclère'a, posiadający magazyn z sześcioma kasetami formatu 13 × 18. W momencie ciekawym przesuwamy jedną z kaset i pole widzenia, samo zaś urządzenie automatycznie włącza przytem elementy wykonania zdjęć, tak że pociśnięcie gruszki lub pedału wystarcza do wykonania ekspozycji. Naświetloną kasetę przesuwamy wtedy do drugiego zabezpieczonego magazynu i wracamy znów do prześwietlenia lub robimy następne zdjęcia.

Urządzenie to nadaje się w dużym stopniu do salpingografji, posiada jedynie tylko tę wadę, że nie można go połączyć z ruchomą kratką antidyfuzyjną.

Posługując się kratką zwykłą Potter Bucky wyrodu Victor X-ray, możemy posiadając jedną lampę nad, zaś drugą pod stołem, naprzemian prześwietlać i wykonywać zdjęcia, jednakże manipulacja przy tem jest nieco wolniejsza i moment ciekawy zauważony na ekranie może czasami, zwłaszcza przy szybko następujących zmianach, uciec ze zdjęcia. Posługując się selektorem, czy też ru-

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Koła Warszawskiego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

chomą kratką antidyfuzyjną, możemy z łatwością wykonywać zdjęcia stereoskopowe robiąc dwie ekspozycje bezpośrednio jedna po drugiej z przesunięciem lampy o 6 cm.

Zdjęcia stereoskopowe wykonujemy w każdym badanym w naszej pracowni przypadku i uważamy to postępowanie za typowe i konieczne.

Obserwacja ekranowa ma za zadanie nie tylko dać nam wiadomości o wypełnieniu się macicy i jajowodów i pozwolić wybrać najodpowiedniejszy moment do wykonywania zdjęcia, ale także pozwala nam ocenić ilość oleju, która przedostała się w wypadku drożności do jamy otrzewnej. Mimo znanej tolerancji tkanek i jam ciała dla oleju jodowego, nie jest wskazanem wprowadzać go do otrzewnej w ilości większej niż ta, która wystarczy do wyciągnięcia wniosków rozpoznawczych, gdyż nadmiar mógłby przyczynić się do wywołania niepożądanych powikłań. Stwierdziwszy więc na ekranie wypełnienie jajowodów i przejście lipiodolu do otrzewnej, możemy natychmiast przerwać zastrzyk, wykonać zdjęcia, a później wciągnąć z powrotem do strzykawki płyn wypełniający macicę, gdyż z jamy macicznej zostaje on czasami czynnie wtłoczony w nadmiarze do jajowodów.

W ten sposób prześwietlanie decyduje poniekąd o nieszkodliwości zabiegu. Aby mieć pewność, że dłuższe prześwietlanie i wykonanie licznych zdjęć nie wywoła oparzenia skóry, musimy posługiwać się przy tem 1½ lub 2 mm filtrem glinowym. Przy posługiwaniu się ruchomą kratką Victora niebezpieczeństwo oparzenia zmniejsza się i przez to, że prześwietlamy od spodu, zaś zdjęcia wykonjemy w kierunku brzuszno-grzbietowym. Jednakże badanie nie kończy się najczęściej jednorazowem prześwietlaniem i wykonaniem zdjęć. Definitywnie zakończyć badanie w czasie pierwszego seansu możemy tylko wtedy, gdy mimo osiągniętej maksymalnej granicy ciśnienia (25 — 30 cm rtęci), jajowody nie wypełnią się wcale. Jednak pamiętać musimy o tem, że czasem jajowody nie wypełniają się przy dużem ciśnieniu, a natomiast przyjmują olej jodowy przy ciśnieniu małem, względnie przy zupełnym spadku ciśnienia. Jeśli jajowody się wypełniają, to dla uzyskania pewnych podstaw do interpretacji, musimy zrobić 1 zdjęcie po 24 godzinach, a czasami jeszcze jedno po upływie kilku dni — do 1 tygodnia i dopiego wtedy możemy wyciągnąć wnioski ostateczne.

Jeśli chodzi o zabieg operacyjny, t. j. operację plastyczną jajowodów z powodu ich niedrożności, uważam za niezbędne powtórne badanie po upływie 4 — 6 tygodni, celem upewnienia się czy stosunki, które stwierdziliśmy w czasie pierwszego badania odpowiadają stanowi trwałemu, czy też gra w nich rolę pewien element zmienny, który pierwsze nasze wnioski każe nam uzupełnić lub nawet sprostować.

Jakże daleko jesteśmy od techniki prymitywnej, która polegała na wykonaniu zastrzyku bez kontroli ekranu i zdjęciu miednicy bezpośrednio potem.

Cóż było powodem tego skomplikowania badania i przedłużenia trwania jego w przeważnej ilości wypadków na okres jednego tygodnia?

Powodem tego było przeświadczenie zdobyte z obserwacji dużej liczby przypadków, że obrazy jakie się otrzymuje, są nieraz bardzo niejasne i interpretacja ich trudna i najeżona wątpliwościami.

Prześwietlanie, liczne w wybranych momentach dokonywane zdjęcia, przedłużenie badania, zdjęcia po 24 godzinach i po tygodniu, wreszcie badanie powtórne, to wszystko narzuciło się jako konieczność dla zdobycia większej ilości danych, niezbędnych do usunięcia tych wątpliwości.

Istnieje jednak jeszcze i druga przyczyna tego rozszerzenia i rozwoju techniki, a mianowicie ta, że cele metrosalpingografji sięgnęły znacznie dalej, niż zakreślano je pierwotnie. Gdy z początku przedmiotem badania była jama macicy i śluzówka, jej twory patologiczne, rozpoznanie różniczkowe guzów miednicy, a wreszcie drożność jajowodów, to obecnie metrosalpingografja służy do badania:

1) anatomji topograficznej wewnętrznych narządów płciowych kobiecych,
2) fizjologji mięśniówki macicy (rozmaite rodzaje ruchów i skurczów),
3) działania bodźców farmakologicznych,
4) patologji macicy, jej ścian i otoczenia,
5) badania wczesnej ciąży,
6) anatomji topograficznej jajowodów,
7) fizjologji ich mięśniówki,
8) badania ciąży jajowodowej,
9) patologji jajowodów wogóle,
10) warunków fizjologicznych i patologicznych miednicy małej, o ile biorą w nich udział jajowody i otoczenie ich ujść brzusznych.

W szczególności dwa ostatnie punkty zatoczyły krąg bardzo szeroki, gdyż badać obecnie możemy nie tylko samą drożność, względnie stwierdzić niedrożność i umiejscowić przeszkodę, ale także określić dokładne położenie i przesuwalność jajowodów, ich napięcie, a nawet stany skurczowe ich mięśniówki.

W zakresie drożności nauczyliśmy się odróżniać drożność bezwzględną, polegającą na swobodnej komunikacji pomiędzy jamą macicy i wolną jamą otrzewnej, w przeciwieństwie do drożności względnej[1]), która świadczy o istnieniu zrostów w okolicy ujścia brzusznego jajowodu. W ten sposób rozciągnęliśmy nasze badanie poza jajowody na wnętrze miednicy małej i jej błonę surowiczą.

Oczywiście nie wszystkie wyliczone punkty mają jednakowe znaczenie praktyczne i nie wszystkie zostały równomiernie rozwinięte. Niektóre, jak np. badanie ciąży, są wogóle w swej wartości praktycznej kwestjonowane. Niemniej jednak działy powyższe weszły, że się tak wyrażę, na porządek dzienny badań i skupiają w sobie wiele zainteresowania teoretycznego. Przyszłość pokaże nam dopiero jakie wyniki będą tych badań i co z nich wejdzie do praktyki codziennej, jako trwały nabytek.

Nasuwa się uwaga, że technika metrosalpingografji odzwierciedla tę obecnie ogólnie panującą w radjodjagnostyce tendencję, według której celem naszego badania nie jest pewien pojedyńczy i oderwany moment i pewien stan anatomo-patologiczny, lecz całokształt sprawy chorobowej w jej rozwoju chwytany w rozmaitych warunkach i okresach.

Przez rozbudowę techniki, precyzyjność i pewność rozpoznania wzrosła niepomiernie, lecz mimo to pozostaje jeszcze wiele punktów niejasnych, choćby np. ten, że pewna ilość jajowodów drożnych przy przedmuchiwaniu okazuje się niedrożnymi przy salpingografji, i naodwrót. Niejasności te pochodzą, jak się wydaje stąd, że za mało jeszcze dotychczas zagłębiliśmy się w fizjologję jajowodów, że niedość są znane rozmaite stany funkcjonalne śluzówki z jej nabłonkiem rzęskowym i mięśniówki z jej ruchami, napięciem i stanami spastycznemi.

Od dalszych badań w tym kierunku oczekiwać możemy wyjaśnienia niejednej naszej dotychczasowej wątpliwości i sprzeczności.

Jednakże to, cośmy zdobyli już, jest wysoce wartościowe i stanowi postęp olbrzymi w djagnostyce jajowodów, jeśli się zważy, że dotychczas stosowane badanie kliniczne mogło powiedzieć coś o jajowodach dopiero wtedy, gdy można było stwierdzić obecność mniejszych lub większych nacieków i guzów.

Obecnie możemy na podstawie salpingografji powiedzieć o jajowodach wiele wtedy, gdy badanie dwuręczne daje wynik negatywny, t. j. gdy zmiany dotyczą samej śluzówki, gdy istnieją ostre zagięcia ze zwężeniem lub wiotkie, niedające oporu zlepy.

Nakreśliwszy powyżej stan obecny techniki metrosalpingografji, pragnę poświęcić jeszcze parę uwag przebiegowi badania i interpretacji rozmaitych otrzymywanych obrazów. Ażeby pomieścić ją w ramach, któremi w czasie dzisiejszego posiedzenia, ograniczę się jedynie do samych jajowodów.

Jaki przebieg powinna mieć salpingografja, ażeby mogła dostarczyć danych dostatecznych do interpretacji stanu jajowodów?

Przedewszystkiem jama macicy powinna być wypełniona zupełnie przy uszczelnionej szyjce i zawierać dostatecznie wielką ilość oleju jodowego. Wypełnianie się jajowodów jest procesem czynnym, w którym bierze udział mięśniówka macicy i jajowodów przy odpowiedniej ilości płynu i odpowiedniem ciśnieniu w jamie macicznej. Gdybyśmy więc wysnuwali wnioski o stanie jajowodów na podstawie zdjęcia wykonanego na ślepo w okresie zbyt wczesnym, kiedy wypełnienie się macicy nie dobiegło do końca, wniosek nasz łatwo mógłby być fałszywy.

Zwykle jajowody wypełniają się mimo wąziutkiego ich światła z wielką łatwością, choć dopiero po upływie pewnego czasu od wypełnienia macicy (kilka do kilkunastu minut). Niezbędne jest jednakże przytem pewne napięcie ich ścian. Jeśli mięśniówka ich będzie zwiotczała, wówczas jajowody wypełniać się będą z trudnością lub nie wypełnią się wcale. Takie zwiotczenie mięśniówki jajowodów (atonja) może mieć miejsce przed lub po menstruacji i wtedy, jak to wykazał Schultze badanie może mieć wynik negatywny. Powtarzając natomiast w ten sposób salpingografję po upływie 2-ch tygodni, stwierdzimy, że jajowody wypełnią się szybko i z łatwością i drożność może okazać się prawidłowa.

Jak to już poprzednio wspominałem do wypełnienia jajowodów

---

[1]) Patrz pracę Śliwińskiego, Zawadowskiego i Sołtysika: „O Radjodjagnostyce narządów rodnych kobiecych". 1928. Główna Księgarnia Wojskowa.

niezbędne jest pewne ciśnienie. Gdy olej jodowy nie przechodzi przy ciśnieniu niskiem, próbujemy podnosić ciśnienie do 150—200 mm rtęci. Przy jajowodach drożnych prawidłowo rzadko kiedy dochodzić nam wypadnie do tego poziomu. Jeśli po upływie pewnego czasu wypełnianie się nie następuje, wtedy Mc Cready i Ryan radzą ciśnienie obniżyć znacznie i wtedy czasami udaje się uzyskać wypełnienie. Gdy i to nie zostało uwieńczone powodzeniem, wtedy musimy dojść do maksymalnej granicy dozwolonego ciśnienia, t. j. ciśnienia 300 mm rtęci i utrzymać je przez pewien czas (½—1 minuty). Brak wypełnienia jajowodów i przechodzenia w tych warunkach świadczy o niedrożności z zamknięciem światła w okolicy ujścia macicznego jajowodów. Gdy jajowody się wypełnią w całości, co znów następuje po pewnym czasie od chwili wejścia lipiodolu do cieśni, musimy dla wykazania ich drożności stwierdzić przechodzenie przez ujście brzuszne. Przy otwartem ujściu brzusznem olej jodowy przechodzi w postaci kropelek, względnie mniej lub więcej regularnych plam, które widoczne są w jego sąsiedztwie i spływają na dno jamy Duglasa lub rozmazują się po sąsiednich pętlach jelitowych. Lipiodol częściej występuje w kropelkach, zaś jodipina zwłaszcza 20% w nieregularnych płaskich plamach. Jednakże zależy to też prawdopodobnie od ilości płynu surowiczego w jamie otrzewnej. Jeśli płynu tego jest tak mało, że zwilża on zaledwie pętle jelitowe, to olej jodowy rozmazuje się na nich w postaci plam płaskich. W razie obecności nieco obfitszej tego płynu, olej jodowy występuje w postaci kuleczek tłuszczowych. Tego rodzaju stan, jak poprzednio opisany, nazywamy drożnością jajowodów bezwzględną, przez co rozumiemy swobodną komunikację światła jajowodu z wolną jamą otrzewnej. Na zdjęciu wykonanem w 24 godziny później plamy lipiodowe poprzemieszczają się wskutek tego, że badana znajdowała się przez ten czas w rozmaitych pozycjach ciała i rozrzucone będą bezładnie w rozmaitych okolicach miednicy małej, zaznaczając niekiedy linijne zarysy jej uchyłków. Czasami lipiodol wchodzi do zagłębień jajnikowych (fossa ovarica) i zarysowuje kontury jajników. Na zdjęciu wykonanem po tygodniu plamki oleju jodowego będą miały zarysy bardzo nieostre i zamazane, co odpowiadać będzie początkom rozszczepienia, emulgowania się i wchłaniania. Drożność względna jajowodów, o której wspomniałem poprzednio różni się tem od drożności bezwzględnej, że plamki lipiodolowe w sąsiedztwie ujść brzusznych jajowodów nie zmieniają swego położenia i kształtu po upływie 24 godzin, i nawet po upływie kilku dni lub tygodnia, i że zarysy ich pozostają przez długi czas ostre, co świadczy o bardzo powolnem wchłanianiu się zastrzykniętej substancji. Pochodzi to stąd że w danym wypadku nie istnieje swobodna komunikacja z jamą otrzewnej, a olej jodowy przedostaje się pod ciśnieniem jedynie do szczelin wśród zrostów otaczających przydatki.

W ten sposób salpingografja pozwala nam na rozpoznanie zrostów w miednicy małej nawet wtedy, gdy nie są one tak znaczne, aby dawać się wyczuć przy badaniu dwuręcznem.

Z uwag powyższych wynika, jak ważnem jest odróżnienie tych dwu rodzajów drożności i oddzielenie ich od innych obrazów, otrzymanych przy salpingografji. Możliwe zaś będzie to wtedy, gdy obok zdjęć w czasie pierwszego badania, wykonamy zdjęcie po 24 godzinach i później.

Jeżeli przy maksymalnem dozwolonem ciśnieniu przechodzenie oleju jodowego będzie bardzo nieznaczne, tak że na zdjęciu zauważymy ledwo jego ślady, możemy wyciągnąć wniosek, że ujście brzuszne jajowodu jest zwężone. Zwężenie w okolicy cieśni lub bańki może być spowodowane ostrem zagięciem jajowodu wskutek zrostów. W tym wypadku najwięcej szczegółów da nam zdjęcie stereoskopowe, jak o tem wspomnę jeszcze później.

W razie zupełnego braku przechodzenia mimo dostatecznego ciśnienia możemy mówić o niedrożności, tembardziej prawdopodobnej, jeśli jajowody zawierać będą sporo lipiodolu i na końcach swych będą buławkowato rozszerzone. Jednakże z wnioskiem swym poczekać musimy aż do zdjęcia po 24 godzinach, gdyż nierzadko jajowody zachowują się jak w niedrożności, a jednak później widzimy plamy lipiodolowe w miednicy małej. Plamy takie świadczą o drożności jajowodów i istniejącej komunikacji. Oczywiście mamy tu na myśli obrazy typowe. Niekiedy bowiem możemy widzieć na zdjęciu miednicy małej, wykonanem po 24 godzinach, plamki lipiodolowe w tem miejscu, gdzie znajdowała się jama macicy lub sklepienia pochwy. Plamki te pochodzą od resztek oleju jodowego, zatrzymanych w macicy lub pochwie. Zwykle macica opróżnia się zupełnie wkrótce po zastrzyku, tak że ani ślad lipiodolu w niej nie pozostaje. W rzadkich wypadkach jednak zdarza się, że drobne ilości lipiodolu znajdą się jeszcze po 24, a nawet po 48 godzinach w macicy. W jednym przypadku obserwowałem nawet po 3 dniach dość duże ilości lipiodolu w macicy, w warunkach coprawda wyjątkowych, bo przy 8 tygodniowej ciąży. W pochwie lipiodol zatrzymać się może z łatwością w fałdach śluzówki, zwłaszcza, jeśli zalecimy chorej pozostać w łóżku do dnia następnego po zabiegu. Aby usunąć wynikające stąd źródło błędów należy zalecić chorej staranne przepłukanie pochwy przed drugim zabiegiem.

Przyczyną początkowego braku przechodzenia przy późniejszych objawach drożności mogłoby być chwilowe zamknięcie światła jajowodu przez stan spastyczny włókien okrężnych, który później przeminął, choć jest mało prawdopodobnem, aby taki skurcz oparł się ciśnieniu 300 mm rtęci. Więcej prawdopodobnem jest, że ciśnienie, które wskazuje nam manometr, nie dochodzi aż do końca jajowodu z powodu wytwarzania się w pewnym momencie fałdek śluzówki, które działają chwilowo jako zastawki. Nieco później wskutek ruchu robaczkowego zastawka znika i przejście jest możliwe. W celu rozprószenia wątpliwości posługiwać się możemy radjopalpacją i starać się przepchać ręcznie pod kontrolą ekranu olej jodowy przez ujście brzuszne. Negatywny wynik przemawiać będzie za anatomicznem zamknięciem światła.

W ogólności rozpoznanie niedrożności jajowodów będzie miało znacznie mniej charakteru pewności, niż rozpoznanie drożności. Podczas gdy to ostatnie przedstawiać się będzie jako stwierdzenie faktu niezbitego, to wniosek o niedrożności dość często nie wyklucza wszelkich wątpliwości. Nieraz też zdarzyło się, że chirurg otworzywszy jamę brzuszną, przekona się o drożności, tam gdzie radjolog, zwłaszcza mniej doświadczony, rozpoznał niedrożność. Takie doświadczenia są mi znane i dlatego zalecam bardzo gorąco kontrolę pierwszego badania radjologicznego po upływie pewnego czasu w tych wypadkach, gdzie chodzi o operację plastyczną jajowodów.

Aby chirurgowi dać dokładne wskazówki do zabiegu, dzielimy według Claude Béclèra zamknięcie światła uwzględniając jego umiejscowienie na cztery grupy:

1) zamknięcie światła w rogu,
2) zamknięcie światła w cieśni,
3) zamknięcie światła w okolicy ujścia brzusznego,
4) zamknięcie światła w okolicy ujścia brzusznego z rozszerzeniem bańki.

Najczęstsze są zamknięcia światła w okolicy ujścia brzusznego.

Poza sprawą drożności jajowodów, przy badaniu której salpingografja ma znaczenie decydujące, możemy przy pomocy tej metody uzyskać pewne informacje i o innych sprawach chorobowych jajowodów.

O ile jajowód prawidłowy przedstawia się w postaci delikatnej ciągłej niteczki bez przerw, przebiegającej poprzecznie, prostej lub wężykowatej, czasami zwiniętej w postaci kłębuszka, o tyle sprawy zapalne zmieniają ten obraz w ten sposób, że przebieg jajowodu jest poprzerywany, lipiodol gromadzi się w nim tylko w niektórych miejscach, pooddzielanych odcinkami skurczowemi, które wypełnienia kontrastowego nie przyjmują.

Obraz ten odpowiada temu, co widzimy, wypełniając środkami kontrastowemi inne przewody (np. odcinki przewodu pokarmowego) dotknięte zmianami zapalnemi, które powodują miejscowe kurczenie się mięśniówki.

Zrosty okołojajowodowe uwidocznia się przez nieregularne powyginania i poprzeciągania jajowodu ku górze, ku dołowi, przed trzon macicy lub ku tyłowi, ku jamie Duglasa. Radjopalpacja pozwoli nam przekonać się, czy zmiana prawidłowego położenia jajowodu jest trwała.

Niekiedy zastrzykując olej jodowy, zauważymy na ekranie, że wypełnia on większe jamy obok trzonu macicy, tworząc duże plamy o kształcie owalnym lub podłużnym. Tego rodzaju obraz odpowiada jajowodom rozszerzonym i wypełnionym płynem (saktosalpinx). Przy mniejszej ilości oleju, może on niekiedy układać się w grupki kropelek, pływające w płynie, który wypełnia rozszerzony jajowód. Wtedy musimy strzec się błędnego rozpoznania drożności, które nam przychodzi na myśl dlatego, że lipiodol nierzadko w wolnej jamie otrzewnej tworzy grupki kropelek (aspect muriforme). Rozpoznanie różniczkowe na podstawie prześwietlenia i zdjęć wykonanych odrazu i po 24 godzinach nie spotka zwykle większych trudności. Przy saktosalpinx bowiem nie stwierdzimy cieniutkiego przebiegu jajowodu, kropelki nie będą się przesuwać przy radjopalacji, zaś po 24 godzinach pozostaną w tej samej postaci i na tem samem miejscu. Przy jajowodzie drożnym natomiast zdjęcia późniejsze (po 24 godz.) dadzą nam znany obraz bezładnie wszędzie rozrzuconych i rozmazanych plamek. Zaznaczyć należy, że radjologicznie rozpoznać możemy bardzo często zmiany takie w wypadkach, w których kliniczne badanie daje wynik zupełnie ujemny.

Wypełniając jamę macicy pod ciśnieniem, możemy przez ujścia maciczne przy saktosalpix przepchnąć płyn do rozszerzo-

nego jajowodu. Natomiast droga powrotna, to jest opróżnienie się jajowodów w tym wypadku z lipjodolu ku jamie macicy nie jest możliwe, wskutek wentylowego działania zwieracza wrzekomego w ścianie macicy. To powoduje, że lipiodol wstrzyknięty do saktosalpinx pozostaje tam stale. Przez długi czas nie ulega on w tych warunkach wessaniu.

Ciekawem jest, że niekiedy otrzymujemy obraz tego rodzaju, że jajowody są znacznie rozszerzone i rozepchane lipiodolem, jak przy saktosalpix, istnieje zaś przy tem przechodzenie lipiodolu przez ujście brzuszne do jamy otrzewnowej. Daje to obraz drożności bezwzględnej lub względnej. Obraz ten powstaje prawdopodobnie w ten sposób, że mięśniówka jajowodu jest tak atoniczna, iż rozszerza się pod ciśnieniem zastrzyku i daje obraz, który zbliżony jest do saktosalpinx.

W rozpoznawaniu ciąży pozamacicznej, salpingografja niekiedy również może być użyteczna. Obok atonicznej jamy macicy stwierdzamy wtedy albo niewypełnianie się zupełne jajowodu albo też wypełnianie się z ubytkiem cieniowym, który odpowiada jaju płodowemu. Niekiedy wypełnia się tylko część jajowodu, który jest rozszerzony, zaś koniec wypełnienia posiada wgłębienie półkuliste, pochodzące od jaja płodowego. Obrazy takie opisali Popowicz, Schneider i Eisler, Rucker i Whitehead i inni.

W końcu poświęcić pragnę słów parę badaniu stereoskopowemu jajowodów. Zdjęcia stereoskopowe, które z taką łatwością przy salpingografji można wykonywać, dają informacje bardzo cenne. Przy ich pomocy bowiem odtworzyć sobie możemy stosunki przestrzenne narządów płciowych wewnętrznych. Odtworzenie to udaje się w sposób bardzo plastyczny, gdyż ostre cienie oleju jodowego dają obrazy tak zdefinjowane, że pokrycie się ich w urządzeniu stereoskopowem i widzenie przestrzenne jest idealne.

Szczególnie ważnem jest badanie stereoskopowe wtedy, gdy jajowody posiadają przebieg i ułożenie nieprawidłowe. Wtedy tylko badanie stereoskopowe może nas objaśnić czy jajowody powyginane leżą przed, czy poza jamą macicy i jaki jest ich stosunek do trzonu macicy i do otoczenia. Zdarza się nieraz, że jajowód przebiega łukowato, częściowo w kierunku wiązki promieni X, rzucającej obraz. Wtedy rzut jest silnie skrócony i wydaje się nam, że mamy do czynienia z ostrem zagięciem, powodującem zwężenie. W stereoskopie natomiast widzimy odrazu i bez wszelkich wątpliwości, że jajowód zatacza łagodny łuk ku przodowi lub ku tyłowi i że pozorne ostre zagięcie nie istnieje wcale.

Treść swego odczytu ująłbym w następujących zdaniach:

Metrosalpingografja jest zabiegiem, który powinni wykonywać wspólnie ginekolog z radjologiem.

Oleje jodowe nie posiadają w warunkach takich, jak w salpingografji, własności przeciwpasorzytniczych, co tembardziej każe zwrócić uwagę na doskonałą aseptykę.

Istotą właściwej techniki jest dobre uszczelnienie szyjki macicy i posługiwanie się manometrem do kontroli ciśnienia.

Zastrzyk należy wykonywać pod kontrolą ekranu. Metrosalpingoskopja, czyli prześwietlenie macicy i jajowodów pozwoli wybrać odpowiedni moment do zdjęć i uniknąć zastrzyknięcia nadmiaru oleju jodowego do jamy otrzewnej, a przez to zapobiegnie niepożądanym powikłaniom.

Zdjęcia seryjne i stereoskopowe, wykonane w wybranych momentach utrwalają ważne obrazy, dają trwałe dokumenty i pozwalają na interpretację drobnych szczegółów.

Niezbędnem jest wykonanie zdjęć po 24 godz. i po tygodniu, co pozwala nam odróżnić drożność bezwzględną od drożności względnej i uprzystępnia badanie stosunków anatomicznych miednicy małej (zrostów około ujść brzusznych jajowodów).

Salpingografja pozwala nam rozpoznać nietylko drożność i umiejscowić przeszkodę przy niedrożności, ale czyni nam dostępnem badanie drobnych, dotychczas nieuchwytnych zmian patologicznych w jajowodach, jak zwężenie wskutek zrostów (zagięć), saktosalpinx bez objawów klinicznych a nawet niekiedy początkowe okresy ciąży jajowodowej.

Doc. Dr. SABATOWSKI. Lwów.

Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych.

W arsenale zabiegów kąpielowych zajmują kąpiele borowinowe i mułowe osobliwe miejsce. Z jednej strony ze względu na wysoką zwykle ich ciepłotę i inne zalety, zaliczane są do najsilniejszych zabiegów, z drugiej strony przysposobienie materjału kąpielowego wymaga pewnych prac i zarządzeń, nad których celowością i wykonaniem wypada się zastanowić.

W przeciwieństwie do kąpieli słodkowodnych i mineralnych które wymagają tylko odpowiedniego ogrzania lub ochłodzenia wody, kąpiele borowinowe i mułowe operują surowcem stałym, który wymaga celowej gospodarki, gdyż ilość jego, nawet w najbogatszych złożach, jest ograniczona, a przyrost naogół bardzo powolny. Surowiec ten obrabiany jest często jeszcze przed przyrządzaniem zeń kąpieli aby go uczynić zdatniejszym, a po użyciu przechodzi ponownie pod opiekę gospodarczą dla ponownego później zużytkowania. Wszystko to stanowi odrębną dziedzinę w zakresie balneologji i potrąca o zagadnienia, które należą do różnych działów przyrodniczych nauk. Wielkie postępy tych nauk każą też zrewidować nasze poglądy na materjały kąpielowe mułowe i borowinowe. Rewizja ta rokuje korzyści zarówno lecznicze jak i gospodarcze, gdyż przy pobieżnym nawet przeglądzie nasuwających się zagadnień dostrzeżemy jak bardzo powierzchowną jest nasza znajomość tych materjałów i procesów, jakim one ulegają. Nowoczesne metody badania dają nam możność lepszego poznania całokształtu zjawisk i pokierowania niemi na naszą korzyść.

W przeciwstawieniu do kąpieli mineralnych, które jako roztwory soli nazwano „krystaloidowemi" — kąpiele mułowe i borowinowe, które są przedewszystkiem zawiesinami drobin stałych w wodzie, rozpuszczającej tylko część składników surowca, nazwano „dispersoidowemi".

Dispersoidy dzielimy na trzy grupy zależnie od ich składu i pochodzenia.

Pierwsza grupa to muły mineralne, często pochodzenia wulkanicznego lub złożone z okrzemek i soli trudno rozpuszczalnych, czasem słabo radjoczynne. Prototypem ich jest włoskie „Fango", muły niemieckie z gór Eiffel i muł Piszczański. Mułów takich na ziemiach polskich nie znamy.

Druga grupa obejmuje muły napływowe, mieszane, mineralno-zwierzęco-roślinne, wytwarzające się bądź w zatokach morskich, bądź w jeziorach słonych lub nawet przez zalew torfowisk wodami mineralnemi lub rzecznemi, niosącemi bardzo drobny muł lub strąty soli mineralnych jak np. siarkowych. Jako przykład służyć tu mogą muły limanów morskich, jezior słonych rosyjskich i rumuńskich oraz mułowa borowina z Dax.

Trzecia grupa to borowiny słodkowodne lub nasycane wodami mineralnemi, prawie wyłącznie siarczanemi. Jestto grupa najpospolitsza na kontynencie Europy, powstająca z wegetacji torfowiskowej, często z domieszką liści i szpilek drzewnych na przestrzeniach zalesionych. Warunkiem powstawania dobrej borowiny jest nieprzemakalne łoże i mały dostęp powietrza do jej pokładów, a więc wysoki poziom wody gruntowej.

Cechą wspólną tych dispersoidów jest ich znaczna gęstość, która nawet przy dodaniu wody dla celów kąpielowych, wyróżnia te kąpiele. Dalej wspólną im jest większa lub mniejsza zawartość związków siarkowych, pochodzących jużto ze starych złogów wulkanicznych, jużto z wody siarczanej, jużto wreszcie z procesów życiowych, a więc gnicia drobnych żyjątek i tkanki roślinnej albo twórczej pracy drobnoustrojów, które pośredniczą w wytwarzaniu związków siarkowych i same rozradzając się i ginąc potem, dostarczają materjału bogatego w siarkę. Stąd chemicznie stoją kąpiele dispersoidowe najbliżej kąpieli siarczanych, a i w zastosowaniu należą do jednej grupy terapeutycznej. Rozmaitość związków siarkowych jest tu bardzo wielka w przeciwstawieniu do pewnej monotonji samych wód siarczanych. Dispersoidy zawierają kwas siarkowy i siarkawy (ten nieraz w sporej ilości), siarczany i siarczyny, tiosiarczany i siarkowodór — zależnie od pochodzenia i oddziaływania materjału. Również wspólnym większości dispersoidów składnikiem jest żelazo, przeważnie w postaci związków organicznych pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Mniej lub więcej obfita przymieszka nierozpuszczalna, mineralna składa się z glinki, iłów, gipsu, okrzemków, radiolarji i innych resztek skorup żyjątek skałotwórczych. Do składników dość pospolitych zaliczyć wypada też ałun i kwas krzemowy oraz ciała śluzowate, które dają nieraz wielką lepkość i mazistość.

Główną cechą różniczkującą dispersoidy jest ich oddziaływanie chemiczne. Muły są albo obojętne albo częściej wybitnie alkaliczne i to w prostym stosunku do bogactw resztek pochodzenia zwierzęcego, zaś borowiny w stanie „dojrzałym" do kąpieli są wyraźnie kwaśne, a to dzięki wspomnianym już kwasom siarki, a ponadto jeszcze i kwasom organicznym jak huminowy, bursztynowy, octowy i inne. Kwas węglowy ulatnia się w czasie dojrzewania borowiny i przy jej ogrzewaniu. Oczywiście zawiera borowina dość cząstek węgla torfowego; w stanie „dojrzałym" o wiele mniej niż w surowym. Borowina jest rozdrobnionym i mniej mazistym materjałem kąpielowym.

Rozważając sposób działania kąpieli dispersoidowych, musimy nawiązać do własności fizykochemicznych dispersoidów. Ich wy-

soki ciężar gatunkowy, znaczna gęstość i lepkość, mniejsza niż u wody pojemność ciepła a bardzo słabe promieniowanie i przewodzenie ciepła w porównaniu do wody — pozwalają stosować kąpiele dispersoidowe o wiele gorętsze niż wodne. Ich ciepłota, dla skóry obojętna, jest o 2 do 3 stopnie C. wyższa niż kąpieli słodkowodnej! Kąpiele dispersoidowe wywierają też większy nacisk na powierzchnię ciała niż wodne, a powolne ostyganie pozwala na znaczne przedłużanie czasu tych kąpieli. Jestto więc w sumie znaczne wzmożenie fizykalnych bodźców kąpieli. Dodajmy do tego drażniące działanie zawartych w niej kwasów lub rozmiękające naskórek działanie związków zasadowych, mechaniczne drażnienie cząstek stałych, zwłaszcza ostrych okrzemek i mikroskopijnych skorupek, a w końcu działanie związków siarkowych rozpuszczalnych, dla których Maliwa dowiódł wchłaniania przez skórę — a dojdziemy do ogólnego zarysu potężnego środka terapeutycznego, jakim jest kąpiel mułowa lub borowinowa.

Uwydatnia się to też w zjawiskach spostrzeganych u chorych w okresie takiego leczenia. Z prac balneologów rosyjskich, którzy obecnie najwięcej się zajmują temi badaniami, wynika, że największe wahania zjawisk ustrojowych (ruch wody i soli w ustroju, obraz krwi) i odczynów chorobowych, ogólnego i miejscowego (ogniskowego) zauważa się w trakcie leczenia dispersoidowemi kąpielami. Wobec tego zajmują też one w skali zabiegów kąpielowych najwyższe miejsce.

Wskazania dla leczenia kąpielami mułowemi i borowinowemi obejmują wszelkie schorzenia zaliczane do rozległej plejady „reumatycznych", od gośćca stawowego i mięśniowego aż do reumatycznego schorzenia rogówki i tęczówki, dalej wysięki pozapalne tak urazowego jak drobnoustrojowego pochodzenia, a usadowione w narządzie ruchowym, nerwowym i trzewiach, zaburzenia przemiany materji, jak dna i otyłość, oraz rozliczne zaburzenia na tle inkretorycznem jak pewne przypadki niedokrwistości i niedomogi tarczycy, jakoteż niektóre objawy chorobowe skóry. Także grzybice skóry są nieraz dobrym przedmiotem takiego leczenia. Z pośród schorzeń na tle reumatycznem wykluczone są od terapji dispersoidowej uszkodzenia zastawek i mięśnia sercowego.

W użyciu były muły i borowiny od niepamiętnych czasów w lecznictwie ludowem. Do medycyny naukowej weszło „Fango" w XVI wieku, muły skandynawskie zaś i borowiny z końcem osiemnastego. Do spopularyzowania ich przyczyniły się wojny napoleońskie, dając dużo przypadków gośćca i pozostałości po złamaniach i postrzałach. Niezawodnie też następstwa wojny światowej dały nowy impuls do zainteresowania się tem leczeniem, a przy rozwoju ubezpieczeń społecznych daje i dawać będzie wielki przemysł dużo przypadków gośćca i uszkodzeń do leczenia dispersoidami. Szczególnie górnictwo i hutnictwo, kolejnictwo i żegluga, inżynierja ziemna i wodna, wykazują znaczny procent tych schorzeń wśród swych pracowników.

Balneolodzy mogą się poszczycić tem, że dali początek nowemu ruchowi naukowemu na polu schorzeń reumatycznych. Międzynarodową ligę do walki z temi chorobami założył Międzynarodowy Związek Hydrologów na swym dorocznym zjeździe w roku 1928 w zdrojowisku Buxton i postanowił na każdym zjeździe poświęcać dużo miejsca jej pracom. Prace te, rozpoczynające się we wszystkich cywilizowanych krajach, przyczynią się napewno także do sprecyzowania wskazań i metodyki leczenia dispersoidami schorzeń reumatycznych.

Sposób stosowania tych kąpieli jest w różnych krajach rozmaity. Podczas gdy u nas panuje metodyka niemiecka, kąpieli krótszych (20 do 30 minut) o ciepłotach umiarkowanych (35 do 40° C = 28 do 32° R), to we Francji czas trwania kąpieli wynosi często do trzech godzin, a nawet — z przerwami do pięciu jak np. w Saint-Amand. Chorzy w czasie tych procedur obficie piją wody mineralne, czego metodyka niemiecka nie zna. Ciepłota pełnej kąpieli dispersoidowej wynosi we Francji do 45° C (St. Amand), a przy krótszych kąpielach nawet do 48° C (Dax), zaś kąpieli częściowych do 55° C (St. Amand).

Są to różnice, jak widzimy, ogromne.

Metodykę rosyjską należy postawić poniekąd w pośrodku pomiędzy niemiecką a francuską tak co do długości, jak i co do ciepłoty kąpieli. Rosjanie, badający dziś bardzo szczegółowo przebieg odczynów kąpielowych, notują czasem zbyt silne odczyny, objawiające się silnemi bólami w ogniskach chorobowych, a nawet dłużej trwającemi stanami gorączkowemi. Naogół jednak ich wyniki lecznicze są bardzo dobre, a metodyka francuska wskazuje, że przy odpowiednim doborze przypadków, można iść z leczeniem o wiele dalej niż Niemcy. Ponadto jednak trzeba zauważyć, że w Rosji, Niemczech i Czechosłowacji łączy się prawie zawsze z kąpielą dispersoidową zawijanie w koce. Procedura ta trwa jedną do dwu godzin, co bardzo znacznie przedłuża i potęguje cały przebieg. U nas kocowanie po borowinie jest jeszcze mało stosowane, jak sądzę z niekorzyścią dla wyników leczniczych, o czem później jeszcze wspomnę.

Sprawa picia wód mineralnych w czasie forsownego leczenia kąpielami borowinowemi lub mułowemi była dotychczas zupełnie niekontrolowana z punktu widzenia naukowego. Ponieważ zdrojowiska mają zwykle wody mineralne także do picia, przeto używano ich tam przy wszelkiego rodzaju kąpielach jako leku dodatkowego, gdzieniegdzie nawet w ogromnych ilościach jak np. w St. Amand lub Akwizgranie. Nowe doświadczenia dają nam pewien wgląd na wskazania i przeciwskazania do picia wód mineralnych przy stosowaniu kąpieli hypertermicznych jak np. dispersoidowych. Picie obfite wód (2 do 3 litry) w trakcie przedpołudnia dawkami po 200 g przy skasowaniu pierwszego śniadania i stosowaniu gorących kąpieli wspiera bardzo ich działanie odtłuszczające. Pożywienie przez resztę dnia może być w miarę dostatnie, woda zaś musi być słabo zmineralizowaną, a więc silnie moczopędną.

W innym kierunku poszły doświadczenia szkoły Goldscheidera. Jak wiadomo, przegrzanie ciała w kąpieli dispersoidowej lub w kocu powoduje przejściowe podnoszenie się ciepłoty ciała o jeden stopień C, a nawet i więcej. Otóż okazało się, że silne ograniczenie dowozu wody lub zastrzyk dożylny hipertonicznego roztworu soli kuchennej może, przez silne ograniczenie pocenia, dać w takim zabiegu kąpielowym zwyżki ciepłoty, dochodzące nawet do 39° C na przeciąg kilku godzin. Gorączkę tę można każdej chwili dowolnie przerwać obfitem podawaniem wody.

Staredawne leczenie gorączką jest dziś znowu bardzo w modzie, stosuje się ono w schorzeniach reumatycznych podostrych, zwykle zapomocą zastrzyku ciał białkowych lub siarki koloidalnej, używa się go w schorzeniach kiłowych późnego okresu, a obecnie też w niektórych chorobach umysłowych szczepieniem zimnicy lub duru powrotnego, mimo czasem występujących trudności w opanowaniu zaszczepionej drugiej choroby. Otóż powyższe nowe doświadczenia dają nam w rękę sposób łatwy do opanowania, który zasługuje na rozpowszechnienie. Nie jest to nawet sposób nowy, gdyż lekkie podwyżki ciepłoty, jakie każdej gorącej kąpieli towarzyszą, a najsilniej występują po dispersoidowych jako najgorętszych, są co do nasilenia i czasu trwania miniaturą wielkiego odczynu, wywołanego sztucznem utrudnieniem pocenia i to jest niezawodnie jednym z głównych czynników leczniczych przy sprawach reumatycznych. Częste, bo zwykle codzienne powtarzanie tych bodźców wyrównywa w kierunku leczniczym to, coby niedostawało ze względu na lekkie nasilenie bodźców. Leczenie kąpielowe nieraz porównywano z proteinoterapją; na tych przykładach podobieństwo występuje szczególnie przekonywująco.

W ostatnich czasach podnosi ponownie O. Fischer głos w sprawie zapobiegawczego leczenia luetyków (we wczesnym okresie) zabiegami gorączkotwórczemi. Już w r. 1912 zalecał on zastrzyki nukleinowe, później flogetan, szczepionkę tyfusową i okrężnicową. Opiera zaś się na spostrzeżeniach Mattauschek'a i Pilcz'a, którzy badali losy 4134 oficerów po przebyciu zakażenia kiłowego. Z tych 157 przebyło potem zapalenie płuc, różę lub zimnicę i żaden z nich nie zapadł później na metalues (obserwacja trwała szereg lat). Fischer stosuje leczenie gorączkowe pomiędzy serjami zastrzyków salwarsanu lub innych leków swoistych.

W świetle tych spostrzeżeń zasługuje na ponowne rozważenie sprawa stosowania gorących kąpieli siarczanych i dispersoidowych w przebiegu leczenia kiły. Starodawna ta metoda, zarzucona później w następstwie zmienionych zapatrywań, uzyska znowu może uzasadnienie. Z jednej strony może wchodzić w rachubę uczulenie kąpielowe na leki swoiste, z drugiej zaś stosowanie leczenia gorączkowego jako takiego. Możność wywoływania gorączek aż do 39° C czyni te zabiegi godnemi uwagi dla wenerologów a także i neurologów. Oczywiście, że przypadki burzliwych zamąceń umysłowych będą się zawsze nadawać tylko do szpitala.

Rosjanie wprowadzają obecnie ciekawą nowość w zakresie stosowania mułów leczniczych. W kaukaskich i południowo-syberyjskich uzdrowiskach stosuje się dojelitowo muły przez sita gęste przeprowadzone, w postaci rzadkiej papki o ciepłocie 40 do 47° C. Balonik o pojemności 300 ccm służy do wstrzyknięcia mułu, który pozostawia się w jelicie na przeciąg 20 do 30 minut. Zabieg taki powtarza się przez 10 do 20 dni codziennie. Prof. Opokin chwali wyniki tego leczenia w przypadkach starszych spraw zapalnych w miednicy małej, tak u kobiet jak i u mężczyzn, jak choroby macicy i przydatków, gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, tkanki łącznej miednicowej i t. d.

Tampony z mułu leczniczego w płatach gazy do leczenia śródpochwowego poleca M. W. Kuramiszyna. Ciepłota tych tam-

ponów wynosi od 37° do 55° C przy ostrożnem stopniowaniu w górę. Leczenie rozciąga się na 4 do 6 tygodni (z opuszczeniem okresów miesiączki) przyczem chora dostaje 25 do 35 tamponów, leżących od pół do jednej godziny. W czasie odczynu bólowego lub gorączkowego leczenie się przerywa. Najlepsze wyniki osiąga się przy *metroendometritis i parametritis exudativa* oraz wysiękach około przydatków.

Widzimy zatem na tem polu balneologji ciekawe próby rozszerzania wskazań i wzbogacenia metodyki leczniczej, w których my w braku instytutów badawczych udziału brać nie możemy. Nie mniej jednak powinniśmy przyswajać sobie praktyczne wyniki tych usiłowań.

Przejdźmy teraz do zagadnień natury balneo-technicznej, a więc przedewszystkiem poznawania i oceniania surowców kąpielowych oraz sposobów ich przyrządzania i konserwowania. Nietrudno zauważyć, że na tem polu panują bardzo stare zapatrywania i metody, które powinny ustąpić nowym, opartym na badaniach ostatnich lat z zastosowaniem metodyki przyjętej w nowoczesnem rolnictwie odnośnie do biologji gleby i obszarów wodnych zagospodarowanych.

Badania objęły z różnych stron materjał leczniczy i prowadzone są najróżnorodniejszemi metodami, a wszystko pod kątem widzenia celowej, oszczędnej gospodarki. Odznaczają się w tych pracach Francuzi, Skandynawowie, Rosjanie, Rumuni. Niemcy dali im się wyprzedzić — rzecz może dziwna — ale i oni już mają przy „Zentralstelle für Balneologie" komisję dla badania borowin, która żwawo pracuje. Celem tych badań jest poznać szczegółowo treść tych mas kąpielowych, sposób ich powstawania, szybkość tego procesu, zmiany zachodzące po wydobyciu materjału z jego łoża i po użyciu go w kąpieli oraz na nowem łożysku, gdzie zostanie złożony.

Tak jak wody mineralne uważamy dziś za twory pod pewnym względem żywe, bo podlegające bardzo ciekawym zmianom „starzenia się", tak i w wyższym jeszcze stopniu dispersoidy uważać musimy za twory żywe, będące w ciągu przemian, które poznać należy, aby je umieć pokierować w sposób dla naszych celów pożądany. Jako przykład takich przemian podam najdawniej zaobserwowany proces kwaśnienia borowiny i zwiększenia się ilości składników rozpuszczalnych pod wpływem wietrzenia surowca.

Najmniej oczywiście pola do badania nastręczają muły wulkaniczne. zbyteczne też rozwodzić się nad niemi, gdyż w Polsce ich nie posiadamy. Muły mineralno-zwierzęco-roślinne dają już dużo pracy. Badanie musi objąć geologję podłoża, składniki mineralne, roślinne i zwierzęce od bakteryj i pleśni po drobniutkie skorupiaki. Wszystko ma tu swoje znaczenie praktyczne i dawne badania, dokonywane jedynie po wysuszeniu materjału przy 100° C uważać należy za zupełnie chybione. Stosunek części mineralnych do organicznych jest jedną z najważniejszych cech wymagających badania, gdyż części organiczne ulegają wciąż postępującym powolnym przemianom. Od nich zależy stopień zasadowości mułu i jego hygroskopijność. Szybkość tworzenia się związków siarkowych zależy od jakości bakteryj żyjących w mule i borowinie, podobnie alkalescencja mułu. Przyrost ilości mułu zależy od ciepłoty wody i słoneczności klimatu, gdyż bujanie i mnożenie się drobnych żyjątek wodnych (t. zw. planktonu) zależy od tych właśnie warunków, a plankton stanowi ważny składnik każdego mułu. Nic dziwnego też, że w morzach południowych i jeziorach cieplicznych muł leczniczy tworzy się szybciej niż np. u brzegów skandynawskich, a najpowolniej przebiega ten proces u brzegów chłodnego Bałtyku. Jeśli więc np. Rumunja prowadzi ostrą kontrolę nad użytkowaniem mułów leczniczych, aby zapobiec ich marnowaniu, o ile bardziej jest to usprawiedliwione w krajach północnych! Ogrzanie mułu do kąpieli sprowadza poważne zmiany w procesach życiowych tej masy, ale wylanie kąpieli z powrotem do jeziora lub zatoki morskiej przywraca znów warunki przyrodnicze po pewnym czasie.

Z ciekawemi usiłowaniami spotykamy się w gospodarce mułowej Rumunji. Ponieważ wegetacja glonów w słonych jeziorach pobrzeża morskiego, potrzebna dla tworzenia się mułu leczniczego, zanika z powodu postępującego podsychania tych jezior i potęgującego się procentu soli, przeto czynione są próby kultywowania na tych jeziorach innych glonów, lepiej znoszących solankę wyżej procentową, a oprócz tego zarządzono ograniczenie ruchu motorówek na tych jeziorach, aby nadmierny ruch wody nie uszkadzał glonów.

Bardziej powikłane jeszcze są zjawiska życiowe w masach borowinowo-mułowych. Czynnik roślinny nabiera tu nieraz przewagi, flora drobnoustrojowa jest jeszcze rozmaitsza, suszenie też tych mas daje dalszy kompleks zjawisk i stawia nas przed pytaniem, przy jakim składzie suszenie jest korzystne? Jeśli bowiem mieszaniny o wyraźnej przewadze roślinnej przez suszenie zyskują tworzenie się cennych związków kwaśnych, to mieszanki o przewadze części mineralno-zwierzęcych mogą dużo stracić. Siarkowodór bowiem i chwiejne związki siarkowe ulegną ulotnieniu lub rozpadowi, a oddziaływanie alkaliczne ulegnie zobojętnieniu od związków kwaśnych. Tu bez szczegółowych badań każdego z osobna materjału kąpielowego obyć się nie można pod groźą szkody.

Muły o przewadze składników mineralno-zwierzęcego pochodzenia ogrzewa się też wprost parą do ciepłoty kąpielowej, unikając wszelkiego suszenia lub wietrzenia. W St. Amand muł borowinowy (mieszany) ogrzany jest cieplicą siarczanką wprost w swem złożu i tak też wprost do celów kąpielowych jest używany.

Materjały borowinowe, których skład wykazuje silną przewagę części roślinnych, stanowią pewną odmianę torfu przebutwiałego w silnie wilgotnem złożu. W stanie surowym miesza się on źle z wodą i ma oddziaływanie zbliżone do obojętnego, zaś po dłuższem wietrzeniu na suchym składzie robi się sypki, traci na zawartości węgla a zyskuje na połączeniach rozpuszczalnych, szczególnie kwaśnych. Ilość składników mineralnych prawie się nie zmienia. Czas trwania wietrzenia nie jest dziś oznaczany ściśle na podstawie badań nad postępem procesu. Nadmierne wietrzenie prowadzi zaś niezawodnie do niepotrzebnej straty substancji.

Po zużyciu w kąpieli masy te wylewa się na skład w miejscach o ile możności niezbyt odległych od łazienek, często bez uwagi na to, czy na tem nowem łożysku warunki konserwacji i regeneracji są odpowiednie.

Wyznaczenie najwłaściwszej granicy procesu dojrzewania borowiny t. j. największego zysku na kwasach i wogóle związkach rozpuszczalnych przy niezbyt wielkiej stracie na całości substancji jest pilnem zadaniem i dla lekarza i dla gospodarza uzdrowiska. Nie da się tu stworzyć zasada ogólna dla wszelkich odmian borowiny. Indywidualizowanie jest konieczne ze względu na jakość flory botanicznej i drobnoustrojowej, stopień mineralizacji, jakość wód, zasilających rodzime łoże materjału i t. d. Postępowanie szablonowe może zdeprecjonować borowinę lub spowodować w turnusie użytkowania zbyt szybki zanik materjału. Bardzo ważnem jest też zagadnienie celowego odkładania zużytej borowiny już choćby ze względu na jakość obranego podłoża. Przepuszczalność jego naraża bowiem na szybkie wyługowanie cennych a łatwo rozpuszczalnych związków. Jakie marnotrawstwo panuje pod tym względem w naszych zdrojowiskach, wiemy chyba dobrze, uciekanie płynniejszych części masy kąpielowej do potoczków jest na porządku dziennym. Wydatek na niwelację terenu i wykopy niezbędne opłacą się tu sowicie. Oczywiście odkładanie mas zużytych na stare łoża borowinowe jest najlepsze, o ile nie są one zbyt odległe. Można tam spodziewać się rychłego opanowania tych mas przez właściwe drobnoustroje, pierwotniaki i pleśnie, których bytowanie nadawało świeżej borowinie jej cechy swoiste.

Jak długo zużyta borowina ma się odleżeć, jest kwestją zupełnie niewyjaśnioną tak dla borowin właściwych, jak i dla namulonych. Zasobne zdrojowiska szczycą się kilkuletniem ugorowaniem borowiny, ubogie boją się przyznać do użytkowania zeszłorocznej. Zachodzą tu dwa pytania, a mianowicie t. zw. „regeneracji" cech pierwotnych materjału i zabezpieczenie przed zakaźnością użytych mas. Są to zagadnienia oczekujące badań naukowych tak z zakresu biologji borowin, jak i biologji prątków, względnie lub bezwzględnie chorobotwórczych (prątki okrężnicy, czerwonki, durowe, gruźlicze, gonokoki i t. d.). Mam wrażenie (gdyż o czem innem trudno dziś mówić), że proces ugorowania i biologicznego odkażenia wystarczy może roczny lub dwuletni przy odpowiedniem umieszczeniu mas. Badania ścisłe dadzą tu pewność i mogą przynieść ulgę uzdrowiskom przez szybki obrót borowiną. Ile na ten temat krąży wątpliwości i posądzeń wśród leczącej się publiczności — każdy chyba wie, zaś jedynym sposobem uspokojenia ich jest dziś wieloletnie ugorowanie, łączące się najczęściej ze zbyt silną mineralizacją i zanikiem.

Podstawową a prostą metodą zbadania, czy zużyte muły i borowiny zawierają prątki chorobotwórcze będzie dla większości prątków badanie odstałej wody kąpielowej na zawartość bakterjofagów. Sposób ten używany jest już we Francji do badania wody kąpielowej w rzekach, jeziorach i basenach.

Jak rozmaitym materjałem borowinowym pracują różne uzdrowiska, niech posłużą za przykład zestawienia chłonności wody i kwasowości borowin. I tak do wytworzenia z dokładnie wysuszonej (przy 100° C) borowiny w ilości 1 kg papki o średniej gęstości, trzeba od 75 gramów (Kissingen) do 490 g wody (Franzens-

bad), zaś zawartość rozpuszczalnych połączeń kwaśnych waha się od 0.25 do 6.8% suchej substancji! Oczywiście gra tu rolę zawartość mułów i stopień „dojrzałości" ale zapewne i inne, jeszcze nieznane czynniki. Badania nad niemi przyczynią się do ustalenia norm kwalifikacji torfiastego materjału jako borowiny leczniczej.

Dotychczas obserwuje się w uzdrowiskach polskich usilne dążenie do posiadania wszędzie kąpieli borowinowych. W uzdrowiskach Francji, Niemiec, Rosji, Rumunji nie widzi się tego. Długie listy zdrojowisk tamtejszych nie zalecają u siebie tych kąpieli, posiadają je zaś tylko te, które dysponują wielkiemi złożami borowinowemi. Przy dzisiejszym postępie techniki leczniczej diatermja może zastąpić dobrze okłady, a nawet kąpiele borowinowe w tych zakładach, które np. nie liczą na masowe leczenie schorzeń reumatycznych. Unika się przez to kosztownych urządzeń do przyrządzania i wydawania borowiny i sprowadzania materjału z daleka lub o kwalifikacji lichej. Z drugiej strony zużytkowanie torfów bogatszych w węgiel, a więc mało zmineralizowanych, dla innych celów zapowiada się dziś bardzo obiecująco dzięki odkryciu sposobu wydobywania z nich gazu świetlnego (Kurnakow i Klimow). Przemysł wystąpi więc do współzawodnictwa w wyzyskiwaniu bogatych i odpowiednich dla siebie złóż i trzeba będzie przeprowadzić jakieś rozgraniczenie wedle właściwości i zdatności surowca do odmiennych celów. Pod tym naciskiem wyjaśnią się zapewne niebawem właściwe cechy naprawdę dobrej borowiny kąpielowej. Poszukiwania złóż i badanie ich treści dla celów przemysłu gazowniczego mogą jednak odkryć także pokłady dla przemysłu jakościowo niezdatne lecz balneologicznie wartościowe.

Chcąc uniknąć dokuczliwego współzawodnictwa zagranicznego w zakresie leczenia borowiną, musimy nasze zakłady urządzić do intenzywniejszego leczenia a więc zaopatrzyć w sale do kocowania i sale do wypoczynku na miejscu, bez czego o wydawaniu silniejszych zabiegów niema mowy. Musi też wejść w użycie stosowanie gorętszych zabiegów pod fachową kontrolą. Zmechanizowanie przyrządzania materjału do kąpieli przy indywidualizowaniu jej ciepłoty jest dziś wymogiem racjonalnej balneotechniki. Wydawanie jednak mechaniczne kąpieli z jednego tylko ośrodka zmusza do przyjęcia jednolitej ciepłoty i gęstości, co uniemożliwia zabiegi forsowniejsze u osobników odpowiednich. Jest w tem ta sama wada co w pastylkowaniu fabrycznem leków. Obejść ją tylko można przez obfitą aparaturę, co opłaci się tylko w wielkich zakładach, mających oddziały do gorętszych i łagodniejszych zabiegów lub rury parowe do dogrzewania borowiny.

O ile borowina właściwa i zmieszana z mułem źródeł mineralnych jest u nas obficie wyzyskiwana, to poszukiwanie i wyzyskanie samych mułów leczniczych jest zagadnieniem przyszłości. Panuje poniekąd mniemanie, że tego materjału nie posiadamy w poważniejszych ilościach. Tak w rzeczywistości nie jest. I tak np. wstępne badania wykazały w Szkle koło Lwowa znaczne bogactwo siarczanego mułu w jeziorku, w którem biją obfite źródła siarczane, dające całej wodzie niebiesko-siwą barwę. Dobry muł siarczany posiada Busk Kielecki. Ponadto przykład Estonji wskazuje nam inne jeszcze możliwości. U estońskich wybrzeży Bałtyku rozwija się już od wieku, a od wojny zaczyna kwitnąć szereg zakładów leczniczych (Haapsalu, Parnu, Kuresaare), wyzyskujących muł leczniczy, osadzający się w zacisznych zatokach. Muł ten, mineralno-zwierzęcego pochodzenia, daje doskonałe wyniki lecznicze i jest teraz przedmiotem gorliwych badań w pracowniach Uniwersytetu dorpackiego. Nasze wybrzeże Bałtyku zasługuje więc na gorliwe przebadanie, tak co do mułów jak i co do borowin nadbrzeżnych. Badania te mogą dać pewniejszą podstawę dla stworzenia zakładów leczeniczych nad naszem morzem, niż sama kąpiel morska przy dosyć chłodnej i mało słonej wodzie naszego Bałtyku. Badania przyrodników estońskich są tak drobiazgowe i ciekawe i wykazują tyle szczegółów pożytecznych, że mogą być doskonałym wzorem dla prac, które nas czekają.

W tym pobieżnym przeglądzie starałem się wykazać rozmaitość i mnogość badań, których przeprowadzenie staje się dziś już potrzebą chwili i na które balneologja polska czeka. Jest tu wdzięczne pole działania i dla geologa, botanika, zoologa, chemika i agronoma. Praktyczne zużytkowanie badań jest rzeczą balneotechnika. Od naukowych placówek w kraju oczekiwać należy wydatnej w tym kierunku współpracy. Wzorem może nam tu być Rumunja, gdzie państwowy instytut rolnictwa, geologiczny, meteorologiczny i balneologiczny wzajemnie się wspierają w pracy, która dzięki takiej ekonomji sił daje tam bardzo piękne wyniki praktyczne.

Dr. Wincenty WRÓBLEWSKI, asystent Instytutu Kraków.
i Dr. Bronisław STEPOWSKI, st. asyst. kliniki ginekologiczno-położniczej U. J.

Odczyn zmętnienia Meinicke'go (M. T. R.) z barwnym antigenem.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor Prof. Dr. Juljan Nowak.
i z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J.
Dyrektor Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Wkrótce po zapoczątkowaniu serodjagnostyki kiły odczynem Bordet-Wassermann'a stwierdzili: Elias, Porges, Salomon i inni, że surowice kiłowe z antygenami używanymi do odczynu Wassermanna dają strąty, w odróżnieniu od surowic niekiłowych.

Spostrzeżenia te miały znaczenie tylko teoretyczne, rzucające pewne światło na charakter odczynu Wassermann'a.

Dopiero w roku 1917 Meinicke stwierdził, że lipoidy zawarte w antygenach używanych do odczynu Wassermann'a, wypadają z globulinami surowic zarówno kiłowych, jak i niekiłowych, z tą różnicą, że strąty surowic niekiłowych pod wpływem czynników zwiększających dyspersję ciał białkowych rozpuszczają się, podczas gdy strąty wytworzone z surowicami kiłowemi są procesem nieodwracalnym pod wpływem czynników zwiększających rozpuszczalność ciał białkowych. Spostrzeżenia te posłużyły Meinicke'mu do opracowania swojej pierwszej dwufazowej metody skłaczkowania.

Aczkolwiek spostrzeżenia Meinicke'go zostały przez wielu badaczy potwierdzone, to jednak jego pierwsza dwufazowa metoda skłaczkowania nie znalazła praktycznego zastosowania w serodjagnostyce kiły.

W roku 1918 Sachs i Georgi ogłosili metodę skłaczkowacenia jednofazową, stosunkowo łatwą w wykonaniu i dającą zadawalające wyniki; z tych też powodów metoda ta znalazła szersze zastosowanie w pracowniach serologicznych obok odczynu Wassermann'a.

Sachs i Georgi do swojego odczynu skłaczkowacenia używają wyciągu z serca wołu z odpowiednio dostosowaną ilością cholesteryny do każdorazowego wyciągu. Wyciągi alkoholowe sporządzone z różnych serc nie zawsze zawierają jednakową ilość lipoidów, pomimo zachowania tych samych warunków przy sporządzaniu wyciągów; dyspersja lipoidów takich wyciągów sporządzonych z różnych surowic będzie różna. Sachs i Georgi empirycznie odpowiednio dostosowanym dodatkiem cholesteryny do każdorazowego wyciągu tak przygotowują zawiesinę lipoidów, że taka zawiesina zmieszana z surowicami kiłowemi tworzy strąty, podczas gdy z surowicami niekiłowemi tych strątów nie tworzy.

Meinicke zmodyfikował swoją pierwotną dwufazową metodę skłaczkowacenia na jednofazową tak zwaną (D. M.) „trzecią modyfikację", która obok odczynu Wassermann'a znalazła praktyczne zastosowanie w serologji kiły na równi z odczynem skłaczkowacenia Sachs-Georgi'ego. Meinicke do swojego odczynu skłaczkowacenia (D. M.) używa wyciągu alkoholowego z serca końskiego, a zawiesinę lipoidów w tym wyciągu labilizuje dodatkiem wody destylowanej na godzinę przed zmieszaniem z badaną surowicą. Do roku 1921 w serdjagnostyce kiły obok odczynu Wassermann'a praktyczne znaczenia miały tylko te dwie metody skłaczkowacenia. Sachs-Georgi'ego i Meinicke'go (D. M.); obydwie te metody dawały dobre wyniki, a która z nich okazała się w praktyce lepszą w tej sprawie są zdania podzielone.

Dobre wyniki, jakie otrzymano zapomocą metod skłaczkowacenia, zachęciły do dalszego badania nad temi metodami w kierunku przystosowania ich do warunków praktycznych, uproszczenia, szybkiego wykonania i jasnego uwidocznienia wyników.

Cały szereg badaczy jak: Dreyer i Ward, Wang, R. L. Kahn, Bruck, Kodama, Russel, D. Herold i wielu innych opracowali nowe metody badań surowic kiłowych. Wszystkie te metody polegają na wytworzeniu się strątów przy zmieszaniu antygenu z surowicą kiłową, różnią się tylko sposobem wykonania i różnymi antygenami używanymi do badań.

Gaté i Papacostas zauważyli, że surowice kiłowe ulegają ścięciu po 24—48 godzin, pod wpływem odpowiedniej dawki formaliny wówczas, gdy surowice niekiłowe przy tej samej ilości formaliny i w tym samym czasie pozostają płynne.

G. Beccadelli ogrzewa surowicę badaną z azotanem srebra w amoniakalnym roztworze; strąt jaki powstaje w surowicach kiłowych jest więcej odbarwiony, niż w surowicach niekiłowych, w których jest żółty.

Masaji Seki zauważył, że surowice kiłowe silniej neutralizują ładunek negatywny elektryczności cząsteczek koloidalnych wyciągów niż surowice niekiłowe.

Galasescu i Constantinescu (Extras Din Rev. Med. „Spitalul" 1922) podali odczyn chloroformowy, który polega na zmieszaniu 1 cm³ surowicy badanej z 1 cm³ chloroformu. Chloroform opada na dno probówki i w surowicach niekiłowych jest klarowny, a granica między chloroformem i surowicą jest ostra i wyraźna: w surowicach kiłowych na granicy zetknięcia się surowicy z chloroformem powstaje żółtawo zabarwiony pierścień, granica zetknięcia się tych dwóch płynów jest niewyraźna, a chloroform pod pierścieniem jest podobny do emulsji.

Dold podał myśl, aby tak zmodyfikować odczyn serodjagnostyczny, ażeby można było wprost makroskopowo śledzić proces jaki zachodzi między antygenem a surowicą badaną, bo w odczynie Wassermann'a możemy uwidocznić to co zaszło w początku odczynu (w pierwszej części), a w dotychczasowych odczynach skłaczkowacenia (Sachs-Georgi i Meinicke D. M.) uwidoczniony jest koniec odczynu. Myśl tę podjął i opracował Meinicke, modyfikując swój odczyn skłaczkowacenia (D. M.). Do wymianowanego antygenu używanego do (D. M.) „trzeciej modyfikacji" dodaje Meinicke odpowiednią ilość empirycznie wypośrodkowaną balsamu „toluańskiego". Dodatek balsamu nie zmienia swoistości odczynu, a wykonanie odczynu znacznie upraszcza i przyspiesza. Odczyn ten Meinicke nazwał odczynem zmętnienia (M. T. R.), bo surowice kiłowe badane zapomocą tego odczynu tworzą zmętnienie w przeciwstawieniu do surowic niekiłowych. Do wykonania odczynu zmętnienia (M. T. R.) Meinckego używamy antygenu rozcieńczonego 1 : 10 z roztworem soli kuchennej 3%; przed zmieszaniem antygenu z solą ogrzewamy te płyny w oddzielnych probówkach na łaźni wodnej w t° 45° (przez 10 minut), poczem szybko wlewamy roztwór soli do antygenu i dokładnie mieszamy przez kilkakrotne szybkie przelanie tej mieszaniny z jednej probówki do drugiej. W ten sposób otrzymamy opalizującą zawiesinę, którą rozlewamy po 0,5 cm³ do probówek, do których uprzednio daliśmy po 0,1 cm³ surowicy badanej. Każdą surowicę dajemy po 0,1 cm³ do dwóch probówek, do jednej (kontrolnej) dajemy kroplę formaliny, która tamuje stracające działanie surowicy na lipoidy znajdujące się w antygenie. Surowice kiłowe zmieszane z antygenem mętnieją w ciągu godziny w odróżnieniu od surowic znajdujących się w próbówkach kontrolnych, w których znajduje się formalina i od surowic niekiłowych, które nie ulegają zmętnieniu. Odczyn wykonuje się z surowicami czynnemi, w temperaturze pokojowej i już po godzinie można odczytać wyniki. Stosunkowo łatwy i szybki sposób wykonania odczynu zmętnienia Meincke'go (M. T. R.), jak również i dobre wyniki jakie otrzymuje się przy stosowaniu tej metody, przyczyniły się do praktycznego rozpowszechnienia tego sposobu badania surowic w kierunku kiły obok odczynu Wassemann'a.

Odczynu zmętnienia Meinicke'go nie można wykonywać z surowicami silnie shemolizowanemi i z surowicami mętnemi, a samo odczytanie wyników czasem sprawia trudności, z tych też powodów starano się niedomagania tej metody usunąć.

W roku 1927 ogłosiła D. Borowska z Instytutu bakterjologicznego Lewina w Moskwie wyniki badań przeprowadzonych nad surowicami kiłowemi z antygenem poleconym przez Meinicke'go do odczynu zmętnienia (M. T. R.), który to antygen autorka zabarwiła barwikiem „Vikterjablau". Barwik ten dzięki wielkiemu powinowactwu do lipoidów okazał się z szeregu stosowanych barwików najodpowiedniejszym.

Do swoich badań używała autorka antygenu według niżej podanego przepisu:

Wyciągu alkoholowego z serca końskiego	400.0
Alkoholu 95°	400.0
Cholesteryny 1%	150.0
Balsamu tolutańskiego 10%	50.0

Ilość cholesteryny i balsamu tolutańskiego empirycznie była dostosowywana do każdorazowego wyciągu z serca. Do antygenu w ten sposób otrzymanego na 250.0 cm³ autorka dodawała 0.1—0.2 cm³ błękitu Victoria. Dodatek barwika do antygenu nie zmienia jego swoistych własności, o ile barwika nie dodano za wiele, bo wówczas można otrzymać wyniki nieswoiste.

Barwny antygen do odczynu zmętnienia Meinicke'go (M. T. R.) oddał nam dobre usługi przy badaniu surowic kliniki położniczo-ginekologicznej U. J., gdyż surowica z krwi pozałożyskowej, w której może się znaleść domieszka smółki, jest mętna i odczyn Meinicke'go ze zwykłym antygenem nie może być niejednokrotnie wykonany.

Do badań naszych używaliśmy antygenu (M. T. R.) — (Adler Apotheke Hagen) z dodatkiem barwika „Victoriablau" w 3% roztworze w stosunku 1 kropla na 1 cm³ antygenu nierozcieńczonego, przyczem dawaliśmy barwik do antygenu przed ogrzaniem na łaźni wodnej.

Sposób wykonania odczynu niczem się nie różni od odczynu zmętnienia Meinicke'go (M. T. R.). Ogrzewa się na łaźni wodnej w t° 45 przez 10 minut w jednej probówce antygen z barwikiem, a w drugiej 10-krotną ilość 3% roztworu soli kuchennej; następnie szybko wlewa się całą zawartość soli do antygenu i kilkakrotnie przelewa się z jednej probówki do drugiej, w celu dokładnego zmieszania antygenu z roztworem soli. W ten sposób otrzymaną emulsję niebieskiej barwy z różowym odcieniem na powierzchni, dajemy po 0,5 cm³ do badanych surowic. Przyczem każdą badaną czynną surowicę dajemy do dwóch probówek po 0,1 cm³; do jednej probówki (kontroli) dajemy kroplę formaliny.

Odczyn wykonuje się w temperaturze pokojowej.

Wyniki odczytywaliśmy następnego dnia, (przeciętnie po 24 godzinach) chociaż często już po 4—5 godzinach można było zauważyć charakterystyczne zmiany jakie zachodzą w surowicach kiłowych. W probówkach z surowicami niekiłowemi płyn pozostaje niebieski i na dnie niema żadnego osadu, podobnie i we wszystkich probówkach kontrolnych; płyn zawarty w probówkach z surowicami kiłowemi ulega odbarwieniu, a na dnie powstaje osad silnie na niebiesko zabarwiony. Stopień odbarwienia zależy od intenzywności dodatnio reagującej surowicy. Płyn w probówkach z surowicami silnie dodatniemi ulega zupełnemu odbarwieniu, a na dnie osadzają się silnie zabarwione kłaczki; płyn w probówkach z surowicami słabo dodatniemi ulega odbarwieniu w porównaniu z rurką kontrolną, lecz jest słabo niebieski, a na dnie zbierają się kłaczki silnie na niebiesko zabarwione. Odczytywanie wyników przy użyciu barwnego antygenu nie sprawia żadnych trudności, bo różnice między surowicami kiłowemi i niekiłowemi są bardzo ostre, więcej uchwytne i odczytywanie wyników odbywa się więcej objektywnie niż w odczynie zmętnienia Meinicke'go (M. T. R.), a wyniki jakie można otrzymać stosując tę metodę badań są takie same, jak przy użyciu antygenu bez barwika. Mniej więcej po 10—12 godzinach kiedy probówki z surowicami kiłowemi ulegną odbarwieniu i na dnie osiądą silnie na niebiesko zabarwione kłaczki, po dodaniu kilku kropli chloroformu zauważyć można, że chloroform w probówkach z surowicami kiłowemi ulega zabarwieniu na niebiesko, wówczas gdy w probówkach z surowicami niekiłowemi i w probówkach kontrolnych chloroform opada na dno probówki niezabarwiony. Zabieg z chloroformem znajduje wskazanie wówczas, gdy surowice użyte do odczynu są bardzo mętne i odczytanie wyników sprawiałoby jakieś trudności.

Wykonaliśmy 280 prób porównawczych, odczynu zmętnienia (M. T. R.) z antygenem zabarionym i niezabarwionym, obok odczynu Wassermann'a.

	antygen barwny		antygen niezabarwiony	
RW. + 91	+ 90	— 1	+ 90	— 1
RW. — 189	+ 1	— 188	+ 1	— 188

Badania te przeprowadziliśmy nad surowicami pobranemi z krakowskiej kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. Do badań pobieraliśmy nietylko krew żylną, ale i pepowinową, pozałożyskową, oraz płyn mózgo-rdzeniowy od kobiet ciężarnych, rodzących, położnic, chorych na kiłę, na raka szyjki i trzonu macicy [1]).

Krew pobrana z żyły łokciowej	223
Krew pępowinowa	22
Krew pozałożyskowa	24
Płyn mózgo-rdzeniowy	11

Jak wynika z przytoczonego zestawienia, wyniki odczynu zmętnienia jakie otrzymaliśmy z barwnym antygenem nie różnią się od wyników zmętnienia (M. T. R.) z antygenem niezabarwionym.

Barwik „Victoriablau", użyty w odpowiedniej ilości, do zabarwienia antygenu do odczynu zmętnienia Meinicke'go nie zmienia swoistości odczynu, daje możność wykonania tego odczynu z surowicami mętnemi na skutek domieszki smółki, haemoglobiny, żółci i t. p., ułatwia odczytywanie wyników, lecz wykonanie odczynu z barwnym antygenem trwa conajmniej 10—12 godzin, wówczas gdy odczyn zmętnienia Meinicke'go (M. T. R.) jest wykonalny wciągu 2-ch godzin.

---

[1]) Poczuwamy się do miłego obowiązku podziękowania p. prof. Dr. Walterowi Franciszkowi i p. prym. Doc. Dr. Kostrzewskiemu J. za użyczenie nam do naszych badań kontrolnych krwi chorych na kiłę z kliniki dermatologicznej U. J. oraz z Oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Piśmiennictwo.

1) G. Beccadelli: Wien. klin. Wochenschr. 35. Nr. 42. S. 823—825. 1922. — 2) H Dold: Centralbl. f. Bakt. Parasitenk. u. Infektionskrak. Abt. 1. Org. 89. H. 1/3. S. 208. 1922. — 3) Kodama: Centralbl. f. Bakt. Parasitenk. u. Infectionskrank. Abt. 1. Org. 86. S. 211. 1921. — 4) E. Meinicke: Dtsch. med. Wochenschr. 48, 12. S. 384—385. 1922. — 5) Meinicke u. Grün: Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 2. 1923. — 6) Meinicke u. Grün: (M. T. R.) Dtsch. med. Woch. 49. 19. III. Mittl. 1923. — 7) Meinicke: Münch. med. Wochenschr. 1923. Nr. 15. S. 471. — 8) Sachs u. F. Georgi: Med. klin. 1922. Nr. 27. — 9) H. Sachs u. F. Georgi: Med. klin. 1923. Nr. 12. — 10) Dold: Klinische Wochenschr. 1923. Nr. 35. S. 1657 u. Nr. 36. S. 1705. — 11) D. Borowska: Centralbl. f. Bakt. Paras. u. Infektionskr. Abt. I. Orig. 105. H. 6/8. S. 455.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Witaminy i hormony (próba syntezy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie. Dyrektor Prof. Dr. K. Bocheński.

(Ciąg dalszy).

Przekarmianie zwierząt potrawami naświetlanemi, podobnie jak nadmiar Vigantolu, wywołuje nagromadzenie się wapnia we wszystkich narządach (serce, nerki i t. d.) i rozpad krwi w śledzionie. Zmiany te występują tem szybciej i gwałtowniej im mniej witamin znajduje się w pokarmie zwierząt a najsilniejsze szkodliwe działanie stwierdzono u zwierząt ciężarnych. Już po kilkudniowem podawaniu naświetlanego mleka wraz z pożywieniem pozbawionem witamin występywała śmierć, a badanie drobnowidowe wykazało ciężkie zmiany w sercu, w nerkach i w śledzionie, polegające na zwyrodnieniu komórkowem. Hess i Anderson wykazali, że pozafiołkowe promienie sztucznego światła wykazywały silniejsze działanie lecznicze aniżeli promienie słońca. Jak wiadomo promienie te, pochodzące ze sztucznego źródła są krótsze aniżeli odpowiednie promienie słońca, których długość fal wynosi od 290 do 313 milimikronów. Szczególnie silnie przeciw-krzywiczo działają zaś promienie długości 280 i 302 milimikronów, natomiast inne promienie działają o wiele słabiej, a 313 milimikronowe mogą być uważane jako górna granica pola przeciwkrzywiczego. Strefa swoistych promieni słonecznych jest bardzo wązka, w zimie krótsze promienie słońca nie dochodzą do ziemi, dłuższe zaś są bardzo słabe, przyczem część promieni swoistych ulega łatwo wchłanianiu przez dymy, wilgoć i wyziewy atmosferyczne.

Zdobyczą ostatnich lat jest wykazanie ścisłego związku pomiędzy energją świetlną i pewnemi ciałami chemicznemi i roślinami, które pod wpływem naświetlań nabierają specjalnych właściwości. Nie można jednak wykluczyć, że energja ta ukryta jest w samych roślinach i że światło odgrywa tu jedynie rolę bodźca uczynniającego. *Miejscem tworzenia się witamin byłyby zarodki i kiełki roślinne, w których drzemią ukryte i nieczynne siły energji rozwojowej.* Kiełki te zawierają prawdopodobnie wszystkie ciała potrzebne do życia i rozmnażania się. Bond naświetlał ergosterynę lampą kwarcową i przekonał się, że ergosteryna nabierała własności hemolitycznej na zawiesinę krwinek przemytych fizjologicznym roztworem soli. Nienaświetlana ergosteryna nie miała tego działania. Szczury naświetlane przez 20 minut codziennie światłem słońca nie chorowały na krzywicę, pomimo braku witaminy D w pożywieniu. Również zwierzęta trzymane w ciemności, otrzymujące jednak pożywienie nie zawierające witaminy D, ale naświetlane promieniami słońca rosły i rozwijały się zupełnie prawidłowo (Hess). Naświetlana cholesteryna i roślinna phytosteryna, jak również oleje roślinne i jarzyny okazały się jako działające przeciwkrzywiczo. Podobnie udało się uczynnić czystą cholesterynę i oleje zawierające ją. Naświetlanie jednak zmienia fizykalne własności cholesteryny, co wykazać można zapomocą barwnych odczynów. Sądzono, że naświetlana cholesteryna posiada promienie czerniące płytę fotograficzną, przekonano się jednak, że w ciemności zanikają własności przeciwkrzywicze nabyte przez naświetlanie (Euler). Tran naświetlany wykazuje działanie katalityczne. Jodoform rozpuszczony w tranie rozkłada się na świetle szybciej niż rozpuszczony w oliwie (Schinkus).

Naświetlanie Mc Colluma pożywienia 3143, zawierającego mało ciał sterynowych nie zdołało go uczynnić, podobnie jak wyciągi proszkowe mleka chudego.

Śródskórne stosowanie naświetlanej cholesteryny nie działa przeciw krzywicy w sensie odpowiednio zmienionej przemiany materji, natomiast dobre wyniki lecznicze daje doustne podawanie w sucharach. Dla średnio ciężkich przypadków wystarcza 20—25 g dla cięższych 40—50 g. Dzienna dawka wynosi 2.5 g. Występują jednak objawy uboczne, jak zmniejszenie odporności na zakażenie, cholemia i ograniczenie krwiotwórczych czynności. Leczenie to nie prowadzi więc do celu.

Dobre wyniki mieli Rohr i Schuster podając dzieciom i szczurom krzywiczym naświetlane żółtka. Możliwe jednak, że równie dobre wyniki dałyby i nienaświetlane żółtka.

Trzy naświetlania lampą kwarcową wyleczyły idjopatyczną ślepotę nocną ze zeskórnieniem bez zmiany pożywienia. Podobnie ciężki przypadek zmiękknienia rogówki ze zeskórnieniem u dziecka uleczono naświetlaniami dziecka, piersi matki i dodatku mleka, pomimo, że dziecku bardzo nędznemu i cierpiącemu na nieżyt oskrzeli nie zmieniono pożywienia.

Próby ilościowego oznaczania witamin są niepewne i dają dość często omyłki. Jedyną pewną metodą jest metoda żywienia. Podaje się zwierzęciu badanemu dietę standartową, zawierająca wszystkie czynniki odżywcze, z wyjątkiem odpowiedniej witaminy. Następnie powoli dodaje się odpowiednie ilości pożywienia zawierającego daną witaminę. Mc. Collum i Smith ustalili taką dietę po wielu próbach.

Inna metoda polega na oznaczaniu zmniejszonej odporności przeciw truciznom skutkiem braku witamin. Np. króliki karmione pożywieniem niezawierającem witaminy C są wrażliwsze na atropinę, aniżeli króliki prawidłowe.

Wpływ witamin na bakterje i drożdże nie zawsze jest jednakowy. Oparte na tem próby nie mogą być ścisłe. Ilość witamin nie idzie w parze z ciałami powodującemi wzrost bakterji (Davidsohn, Kinnersley).

Kollath, pragnąc wykazać, że bakterje wytwarzają witaminy, hodował zarazek influenzy na krwi świnek morskich chorych na szkorbut i gołębi chorych na beri-beri. Przekonał się, że nasilenie skorbutu wpływało osłabiająco na wzrost bakterji, szczególnie w przypadkach znaczniejszego rozcieńczenia krwi. Dodanie surowicy zwierząt chorych na skorbut działało również hamująco; natomiast ciałka krwi tych zwierząt przyczyniały się do silniejszego wzrostu. Zarazki influenzy potrzebują zatem do swego rozwoju witamin, a wzajemna zależność zarazków i witamin nie ulega wątpliwości.

Zapomocą porównywania różnych (wyżej wspomnianych) metod, ustalono wartości porównawcze dla witamin A, B i C.

Amerykańska farmakopea określa jako jednostkę *witaminy A* taką ilość wagową tranu, którą należy codziennie podawać białemu szczurowi, aby ustąpiły sztucznie, doświadczalnie wywołane objawy braku witaminy A i aby uzyskać zwiększenie wagi ciała o 10—20 g w 5 tygodniach. (U. S. A. A. Ph. 1926).

Dla *witaminy B* obliczono jednostkę z ilości tejże witaminy zawartej w niepolerowanym ryżu, a równą 100. Podobnie ustalono zawartość *witaminy C* w świeżym soku cytryn równą 100.

Dla innych pokarmów ustalono następujące wartości:

(Chick *1919 r.*).

mięso wołowe B — 11 C — 7,5
wątroba B — 50
świeże pełne mleko C — 1,5
pszenica, ryż (niepolerowane) B — 100 C — 0
pszenica, ryż zarodki B — 250
pszenica, ryż kleik B — 25
suchy groch B — 40
pęczniejący, kiełkujący groch C — 30
świeży sok z kapusty C — 110
świeży sok cytryny lub pomarańczy C — 100
ziemniaki B — 4,3, C — 7,5
suche drożdże B — 60.

II. Hormony.

Na wzór przyrody otaczającej nas jest ukształtowany również i świat jednostkowy i chociaż zamknięty w sobie ulegać musi wpływom zewnętrznym bez względu na to, czy jest on ustrojem najniższych, niezróżnicowanych, jednokomórkowych stworzeń, czy też należy do jednostki doskonałej, jako ustrój ożywiony tchnieniem myślącej duszy. A podlegając ogólnym, niewzruszalnym prawom, zachowywać muszą wszystkie twory ożywione, a także i martwe, pewną konieczną równowagę, której zachwianie wywoływać może stany określane mianem choroby.

Tak uczył Galenus przed 18 wiekami. A chociaż od tego czasu wiele zmieniło się pod względem ujęcia zasadniczych problemów

życiowych, to jednak myśl koniecznej równowagi soków żywotnych nie zaginęła.

Myśl ta była podstawą, na której zwolna, w ciągu długich stuleci w miarę odkryć, badań i poznawania zjawisk zachodzących w ustroju, w związku z przemianą materji, kształtowała się idea równowagi i wzajemnej zależności witaminowo-hormonalnej. Przyczyniły się do tego niemało odkrycia uczonych przyrodników z końca 18 i początku 19-go wieku, a olbrzymim krokiem naprzód była analiza związków organicznych Liebiga, który podzielił ciała odżywcze na białka, wodany węgla i tłuszcze i określił ilość azotu zawartego w białkach. Ośrodkiem badań stają się: przemiana materji i procesy występujące w tkankach i narządach w związku z odbudową substancyj biorących w niej udział. Ta *pośrednia przemiana materji* ciał białkowych, węglowodanów i tłuszczów, a zwłaszcza przemiana ciał nukleinowych, sterynowych i barwika stały się podstawą nowoczesnej wiedzy klinicznej.

Zdobyczą już ostatnich lat było wykazanie, że przemiana materji podstawowa jakoteż i pośrednia stoi w ścisłym związku z gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, na które działają bodźce pochodzenia centralnego i że wydzielina tych gruczołów w postaci hormonów stanowi konieczny czynnik prawidłowej przemiany materji. Dokładniejsze poznanie tych gruczołów wyjaśniło zakres ich działania i wykazało istniejącą równowagę wpływów wszystkich narządów ustroju. Przekonano się, że niema narządu mniej lub więcej ważnego, gdyż ani wielkość ani też umiejscowienie nie pozwala na należytą ocenę, o ile idzie o znaczenie narządu w ogólnej równowadze ustrojowej, zależnej w równej mierze od sprawności i czynności wszystkich bez wyjątku narządów. Wypadnięcie czynności jednego, choćby najmniejszego nawet narządu, prowadzi do zachwiania tej równowagi, co natychmiast uwidacznia się zaburzeniem czynności innych narządów i doprowadzić może — w razie dłuższego trwania — do poważnych uszkodzeń ustroju.

Działają zaś te narządy zapomocą wydzieliny, którą oddają do krwioobiegu. Wydzielina ta zawiera różne ciała nieznane dotąd pod względem chemicznym, a często też i czynnościowym.

Naukowem opracowaniem gruczołów dokrewnych, a w szczególności jąder, tarczycy i nadnerczy zajął się pierwszy Brown-Sequard, który po licznych doświadczeniach, przeprowadzonych częściowo na sobie samym, doszedł do wniosku, że narządy te wytwarzają ciała niezbędne dla prawidłowej czynności żyjącego ustroju i że usunięcie ich może doprowadzić do poważnych zmian psychiczno-fizykalnych ustroju, a nawet do śmierci.

Te swoiste ciała zawarte w wydzielinie wewnętrznej oddawanej do krwi i przez nią działające na inne gruczoły i narządy ustroju w odróżnieniu od ciał składających się na wydzielinę zewnętrzną nazwał Starling *hormonami* (od greckiego słowa „hormao" — pobudzam). Ciała te działają już w nieskończenie małych ilościach i to jest główną przyczyną trudności w wyodrębnianiu ich.

Wspomniana ścisła zależność i wzajemne oddziaływanie nie wyklucza jednak możności podziału wszystkich narządów o wewnętrznem wydzielaniu na dwie główne grupy, a to na podstawie czynnościowej. Pierwsza grupa — to narządy kierujące wzrostem i rozwojem ustroju; druga zaś obejmuje resztę gruczołów, których wydzielina w postaci hormonów wpływa na przemianę materji. Bywają jednak narządy, które wydzielają kilka hormonów i zależnie od tego kierują różnemi, niekiedy wręcz odmiennemi czynnościami jednego lub też więcej narządów. Trendelenburg np. przypisuje przedniemu płatowi przysadki mózgowej trzy hormony, a to hormon wzrostu, gruczołów płciowych i przemiany. Uważa on jako prawdopodobne, że hormon przedniego płatu przysadki wywoływa pokwitanie. Hormon ten jednak nie ma być identyczny z hormonem wzrostu, znajdującym się również w tym płacie. Bijlsma sądzi, że w tylnym płacie tego gruczołu wytwarza się hormon mający swoiste działanie na macicę, wpływający na ciśnienie krwi i regulujący oddawanie moczu i drugi od którego zależy odczyn *melanoforowy*. Wspomniany zaś Trendelenburg wspólnie ze Sato wykazali doświadczalnie, że wyciągi z *tuber cinereum* prawidłowych, zdrowych psów miały nieznaczny tylko wpływ pobudzający macicę i wstrzymujący pędzenie moczu. Natomiast wyciągi pochodzące z psów, które pozbawiono przysadki działały o wiele silniej.

Jeżeli będziemy uważali hormony za ciała chemiczne, to drogą, na której odbywa się wzajemna wymiana tych ciał jest droga krwi. Zapomocą niej odbywa się ta czynnościowa regulacja, będąca podstawą sprawności procesów fizjologicznych.

Wykazać można hormony bezpośrednio i pośrednio. Bezpośrednio zapomocą wykazania we krwi ciała posiadającego własności i pewne działanie fizjologiczne lub też pośrednio przez stwierdzenie jego braków po zamknięciu dowozu tego ciała z miejsca produkcji. Najczęstszą metodą wykazywania hormonów jest właśnie droga pośrednia.

Nie należy jednak uważać za hormony wyciągów narządów pomimo nawet ich farmakologicznych własności, o ile tych wyciągów nie uda się wykazać we krwi lub dowieść, że brak ich jest przyczyną wypadnięcia czynności danego narządu (Frey, Kraut). Wydzielina gruczołów dokrewnych ma doniosły wpływ na wegetatywny autonomiczny układ nerwowy i to zarówno na sam układ, jak i na ośrodki kierujące nim. Badania Langley'a wyjaśniły cel i zadanie tego układu, który jest regulatorem czynności narządów nie podległych naszej woli, a zależnych jedynie od centralnego układu nerwowego. Anatomicznie i czynnościowo układ ten dzielimy na współczulny i przywspółczulny. Pamiętać jednak należy, że bodźce przenoszone na drodze układu wegetatywnego powodują wzmożoną produkcję wydzieliny zawierającej hormony. Oba te układy są przeciwnikami lub jak chcą niektórzy stosunek ich jest raczej wyrównywujący się. Wpływ ich na nadnercze i wyspy Langerhansa wykazali Gley, Quinquard, Flack, Cannion, de Castro, de Coral, a przedewszystkiem Asher, który udowodnił zależność wpływów nerwowych na naczynia od czynności wydzielniczych. W badaniach swych nad wchłanianiem doszedł on do przekonania, że tarczyca stoi w związku z centralnym układem nerwowym za pośrednictwem nerwów współczulnych.

Badania amerykańskich autorów wykazały wpływ insuliny na układ wegetatywny, spornym jednak dotąd pozostaje stosunek tego układu do gruczołu tarczycowego i schorzeń mających swe źródło w zaburzeniach wydzielniczych tego narządu. Kozuka (Sendai) izolował z moczu zdrowych ludzi ciało, które wywoływało zmniejszenie ilości cukru we krwi. Ciała tego nie znaleziono w moczu chorych na cukrzycę, natomiast uzyskano je po leczeniu hormonem trzustki. Byłby to zatem hormon *trzustki*.

Wzajemny stosunek nadnerczy i stanu grasicowego jest ciągle jeszcze przedmiotem badań.

Nadnercza należą do najlepiej zbadanych gruczołów dokrewnych. Wydzielają one *adrenalinę*, hormon niezmiernie ważny dla ustroju. Podnosi on ciśnienie krwi, zwiększa siłę skurczów serca i naczyń i działa pobudzająco na system nerwowy współczulny. Objawem niedomogi gruczołowej jest zespół objawów chorobowych znany pod nazwą choroby Addisona. Całkowite usunięcie gruczołów wywołuje zawsze śmierć zwierzęcia.

Czynny hormon *tarczycy* t. zw. *tyroksyna*, otrzymana przez Kendalla, zawiera duże ilości jodu. Brak tego hormonu u młodych zwierząt wywołuje wstrzymanie wzrostu i rozwoju, u starych zaś poważne zaburzenia w przemianie materji.

Lépine słusznie zwraca uwagę, że zespół Basedowa zależy od licznych przyczyn i to zarówno pochodzenia gruczołowego jak i z układu wegetatywnego. Wiadomo bowiem, że nie tylko zwiększona czynność tarczycy, ale również i zmieniona jej wydzielina składają się na wspomniane zaburzenia w przemianie materji i następnie w układzie nerwowym.

Labbé sądzi że nie ma przypadku tego cierpienia, w którem jod nie mógłby być podawany z korzyścią. Wbrew twierdzeniu autorów amerykańskich autor widział po podawaniu jodu poprawę także i w toksycznym gruczolaku tarczycy. Poprawa ta jednak dotyczyła jedynie zaburzeń w przemianie materji, stanu nerwowego i ogólnego, natomiast bez zmiany pozostał wytrzeszcz oczu i układ współczulny.

Według metody Stockarta i Papanicalaou jednostką hormonu płciowego jest najmniejsza ilość substancyj, która rozdzielona na 3 zastrzyki (co 12 godzin) wywoływa u kastrowanej myszy objawy ruji.

Hormon płciowy ma pochodzić głównie z jajnika i uważany jest za produkt przemiany jajowej. Pokazało się jednak, że mimo zniszczenia promieniami Roentgena wszystkich jajek mogą wystąpić objawy złuszczania w pochwie i macicy, a więc cechy charakterystyczne dla okresu podniecenia. Dowodziłoby to, że nietylko jajka wytwarzają hormon płciowy lub też, że promienie Roentgena nie są w stanie zniszczyć wszystkich jajek.

Dojrzewające ciałko żółte zawiera hormony, nie ma ich natomiast w okresie zupełnej dojrzałości. Łożysko zawiera również hormony płciowe. Wyciągi ciałka żółtego i łożyska wstrzykiwane młodym, nierozwiniętym myszkom powodowały szybszy wzrost narządu rodnego, który w kilku dniach dochodził do wielkości narządu zupełnie dojrzałego. Pokazało się jednak, że takie same wyniki można otrzymać po wstrzykiwaniu i innych ciał. Przekonano się, że oprócz pęcherzyka Graafa hormon ten znajduje się w łożysku, we krwi, w ślinie, mleku, moczu ciężarnych i w wo-

dach płodowych, we krwi dziecka i w niektórych zarodkach roślinnych, w drożdżach i w kiełkach. Nie ma go jednak w płynie mózgo - rdzeniowym.

Do najbardziej znanych i wypróbowanych hormonów płciowych należą: Fellnera „feminin", Biedla „hormovar", Zondeka i Aschheima „follikulina" i Laqueura „menformon".

Nierozstrzygnięto dotychczas czy hormony, a zwłaszcza hormon płciowy związany jest z lipoidami, czy też jest on sam lipoidem. U kobiet ciąża powoduje zmiany w przemianie materji lipoidowej, czego wyrazem jest zwiększenie cholesteryny we krwi. Z łożyska i jajników uzyskano ciała lipoidowe, które są w stanie wywołać objawy ruji. Izolowano również z ciałka żółtego luteolipoid i lipaminę, które wstrzyknięte powodowały krwawienie miesiączkowe.

Zondek uzyskał 2 preparaty, a to follikulinę A i B. Preparat A zawiera białko, cholesterynę, azot. Preparat B nie zawiera białka, tryptophanu, tyrozyny, histydyny, cystyny ani kwasów aminowych, kwasów zaś fosforowych tylko ślady. Follikulina A i B działają jednak pobodnie, z czego wynika, że hormon jajnika nie jest ciałem białkowem ani też lipoidem.

Na podstawie swych badań nad hormonami jajnika Seitz, Wintz, Fingerhut, Laqueur i Keller doszli do przekonania, że istnieją dwa odrębne hormony jajnika, a to w płynie pęcherzykowym i w ciałku żółtem. Pierwszy z nich wywoływa objawy ruji (podniecenia płciowego) u zwierząt i pobudza narządy płciowe do wzrostu, a okres jego działania przypada na czas obecności dojrzałego pęcherzyka w jajniku, drugi zaś kieruje wydzielaniem i wywoływa przekrwienie w tych narządach (Keller).

Autorowie ci zapatrują się więc odmiennie na tę sprawę, aniżeli Allen i Zondek, którzy przyjmują istnienie jednego tylko hormonu jajnikowego, znajdującego się oprócz pęcherzyków i ciałka żółtego także w wodach płodowych, przysadce mózgowej i we krwi kobiet.

O ile idzie o stosunek jajnika do systemu gruczołów dokrewnych to Fraenkel przypisuje jajnikowi specjalne przeznaczenie w przeciwieństwie do innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, współdziałających w ważniejszych czynnościach ustroju. Pęknięcie pierwszego pęcherzyka sprawia, że narządy kobiety ze stanu dziecięcego przechodzą w okres dojrzałości, późniejsze zaś pękania pęcherzyków Graafa i wytwarzanie się ciałek żółtych stanowią okresowe bodźce mające na celu umożliwienie zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja. Jajnik przeto odgrywa główną rolę w czynności rozmnażania t. j. stworzenia nowego ustroju. W tym celu służą przygotowawczo zgromadzone ilości Ca, P, S, As, Mg, glykogenu, trypsyny i wielu innych ciał. Po usunięciu jajników narząd rodny ulega zanikowi a czynności jego może przywrócić, jednak tylko czasowo, sztucznie dostarczony ustrojowi hormon płciowy.

Jajnik jest jedynym gruczołem dokrewnym, bez którego człowiek może żyć, chociaż działanie jajnika na inne gruczoły jest przeważnie hamujące. Dowodzi tego ustanie czynności grasicy z chwilą pojawienia się czynności płciowych i objawy nadmiernej czynności przysadki mózgowej po usunięciu jajników. Wpływ hamujący jajnika nie jest jednak bardzo duży, gdyż objawy pokastracyjne ustępują dość szybko. Przekonano się, że bez jajników mogą inne gruczoły pracować zupełnie sprawnie. Bardzo często jednak brak jajników staje się początkiem zaburzeń w całym układzie gruczołowym, co znów prowadzi do zachwiania fizjologicznej równowagi ustroju. Pochodzi to stąd, że istotnej czynności jajnika nie może zastąpić żaden inny gruczoł. Podobnie schorzenie każdego innego gruczołu może mieć niekorzystny wpływ na czynność jajnika, który sprawnie działać może jedynie pod warunkiem dobrego i harmonijnego działania dla wszystkich narządów.

Fels i Reprich wykazali, że pod wpływem hormonu kobiecego narządy płciowe męskie ulegają pomniejszeniu, a przeszczepienie jąder zapobiega ciąży lub istniejącą już przerywa.

Jajnik ma wpływ na ilości cukru we krwi. Ogólnie wiadomo bowiem że w ciąży, a zwłaszcza pod koniec jej, ilości cukru we krwi ulegają znacznemu zwiększeniu, a doszedłszy do szczytu w okresie porodu ulegają następnie powolnemu również zmniejszaniu. Podobnie choć nie tak wyraźnie występuje ta zmiana krzywej cukru we krwi w okresie miesiączkowym. Frey uważa to za wynik podrażnienia systemu wegetatywnego, którego wyrazem mają być również i objawy przekwitania, określone przez Curschmanna jako nerwice pochodzenia naczynioruchowego i odżywczego.

W dalszych badaniach nad hormonem płciowym przekonano się, że występuje on w dużej ilości w drugiej połowie ciąży i to w łożysku, gdzie komórki doczesnej podobnie jak komórki ciałka żółtego, pomimo różnego ich pochodzenia, wypełnione są wydzieliną zawierającą lipoidy i hormony.

Menformon znaleziono również i w jądrach, co nabiera szczególnego znaczenia jeśli się zważy, że menformon, podobnie jak i follikulina, posiada przeciwmęskie działanie, gdyż wstrzymuje rozwój jąder u młodocianych samców.

Istnienie męskich hormonów płciowych nie ulega wątpliwości. gdyż zmiany, które zachodzą w przysadce mózgowej po kastracji samców mogą być wyrównane tylko przez podawanie męskich hormonów płciowych, u samic zaś ten sam skutek wywołują żeńskie hormony płciowe. Podobnie u szczurów zanik macicy po kastracji poprawia jedynie żeński hormon płciowy, nie działa zaś męski lub jakiegokolwiek innego gruczołu. Nie można przeto zaprzeczyć istnienia pewnej *swoistości płciowej* w wydzielinach gruczołów rodnych, jakkolwiek nie ma dotąd próby biologicznej dla wykazania męskich hormonów płciowych (Berblinger).

Swoistość płciowa nie ogranicza się jednak tylko do braku działania dodatniego hormonu odmiennej płci. Badania wykazały, że antagonizm gruczołów płciowych może doprowadzić do zupełnego zobojętnienia ich wydzielin. Na tem polegają wyniki Kovacza i Repricha, z któremi nasze doświadczenia zgadzają się w zupełności. Przekonaliśmy się bowiem, że wszczepienie samicom jąder powoduje czasową ich bezpłodność, o ile zaś ciąża jest jeszcze początkowa, występuje zwykle poronienie.

Miejsce powstawania hormonów płciowych nie jest również zupełnie pewne. Większość autorów przyjmuje że oba hormony, męski i żeński powstają w częściach nabłonkowych gruczołów płciowych. Na powstawanie ich oprócz innych rzeczy mają wpływ również *witaminy*. Motorem jednak wszystkich czynności płciowych jest hormon przedniego płatu przysadki mózgowej, który pobudza do czynności jajnik.

Wydzielinę przedniego płatu przysadki znajdywano w moczu ciężarnych już w 4-tym dniu ciąży. Zondek i Aschheim oparli na tej podstawie swą próbę rozpoznawczą wczesnej ciąży.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Józef OWSIŃSKI, naczelny lekarz miejski. Kraków.

Sprawozdanie z wycieczki naukowej do Włoch.

(Dokończenie).

Zwiedziliśmy poradnię centralną wraz z Kolonją dzienną, Kolonję morską w Ostia, Kolonję stałą górską w Aricia, Kolonję szkolną di Donato, Szpitalik dziecięcy z ambulatorjum dla matek karmiących Emilio Maraini, kilka szkół otwartych pod gołem niebem oraz Sanatorjum wojskowe Di Anzio. Sanatorjum to położone nad brzegiem morza o 50 km odległe od Rzymu, składa się z kilkunastu pawilonów, gdzie leczy się naraz kilkaset żołnierzy i inwalidów ostatniej wojny. Dekretem królewskim z 27 października 1927 r. wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie od gruźlicy. Towarzystwo to ubezpieczeniowe, zwane Cassa Nazionale dbałe o los osób, które opuszczając sanatorja dostają się w niekorzystniejsze warunki życiowe i z których po 10 latach według wywiadów szwajcarskich 95% umiera, a włoskich 67% — wybudowało tak zwane kolonje pracy, gdzie wyzdrowieńcy mogą pracować w najlepszych warunkach. Jedną o 3 km od Rzymu Kolonja Porta Furba dla 250 osób, a drugą Camerlata dla 200 osób. Zwiedziliśmy obie i pierwsza składa się z szeregu pawilonów, które mieszczą sale odczytowe, ambulatorja lekarskie, szpital na 16 łóżek, warsztaty pracy i pokoje mieszkalne na obszarze 80.000 m², druga ma trzy zwarte 3-piętrowe budowle i ogród na obszarze 85.000 m². Włochy są krajem zimniczym. Gdy spojrzeć na mapę zachodnia Lombardja i środkowa część półwyspu jest wolna — a zresztą całe wybrzeże półwyspu i obie wyspy Sardynja i Sycylja są zimnicze z powodu błot i bagnisk, sprzyjających rozwojowi widlisza. Przeszło od wieku starano się odwodnić niektóre okolice n. p. koło Bolonji przez t. zw. bonifikacje, ale praca postąpiła naprzód dopiero w ostatnim dziesiątku lat, kiedy obecnemu rządowi udało się wymusić na właścicielach tych zabagnionych obszarów przystąpienie do czynnego udziału w tych pracach i tak w okolicach bliskich Rzymu, bo odległych o kilkanaście, kilometrów. W Campanji zwiedziliśmy trzy takie bonifikacje, tj. Maccarese — Pagliete i Ostia. Cała bagnista część Campanji wynosząca około 200 tysięcy hektarów, zupełnie niezamieszkała z powodu

komarów, przez bonifikacje rozpoczęte przed 3-ma laty w wyż wymienionych okolicach, których obszar wynosi 8 tys. hektarów, a polegające na drenowaniu, budowaniu kanałów odprowadzających — niwelacji — stała się podatną do zabudowania.

Na uzdrowionych terenach wybudowano murowane osiedla ze szkołami, szpitalami a nawet kościołem — uprawiono i zasadzono pola winoroślami, oliwkami i pastewną trawą, tak, że zamieszkuje je 8 tys. ludzi i liczne obory, dostarczające mleka i mięsa stolicy. Dążeniem jest całą tę niezdrową okolicę w podobny sposób uzdrowić a także osiedlonych już, ochraniać przez tępienie mechaniczne komarów — ich larw, zapomocą ryb (gambuzie), dalej podawanie mieszkańcom bezpłatnie chininy, siatki w oknach mieszkań — na twarz. W istniejących tam szkołach nauka o komarach i ich tępieniu już od 1-szej klasy jest obowiązującą. Wydało mi się zbyt niepewnym krokiem — tuż pod bokiem na brzegu morskim (Ostia) budowanie już obecnie sanatorjum Anzio, kolonji morskich dziecięcych oraz kąpieli morskich z hotelami etc. Zwiedziliśmy również liczne przychodnie przeciwgruźlicze, oraz przytuliska dla matek i wdów po poległych, urządzone w miasteczkach położonych w górach albańskich oraz klinikę malarjologiczną prof. Ascoli. Osobne Towarzystwo „Dapolavore“ zajmuje się urządzeniem odczytów i rozrywek dla pracujących po ukończonej pracy.

Czas od 6 do 10 października spędziliśmy w Sardynji dla zapoznania się ze sposobami walki z jaglicą. Z wykładu okulistyki Maggiore wynika, że do niedawna ilość wyspiarzy dotkniętych jaglicą wynosiła około 50%, po upływie kilku ostatnich lat usilnej i celowej walki ilość ta spadła do 18%. Walka ta polega na uświadamianiu co to jest jaglica, jakie następstwa powoduje i jak się chronić i leczyć — na bezpłatnych poradniach leczniczych z wizytatorkami po domach oraz osobnych szkołach jaglicznych wraz z leczeniem dzieci. Wycieczka autami do Oristano miała za cel zobaczenie olbrzymiego zbiornika wód górskich du Tirso 27 i pół km długości a 4 km szerokości i ujęcie ich w cementowe ramy zbiornika o pojemności 4 i pół milj. metr. kub. — budowa trwała lat 10 — celem zużytkowania tych wód do wytwarzania prądu elektrycznego i wody do nawodnienia 3 miast. W dalszej drodze zwiedziłem 2 tys. mieszkańców liczącą osadę zbudowaną na osuszonych przez bonifikację a przedtem bagnistych terenach, gdzie wyrabia się sery i wina — dużą hodowlę bydła, świń i kur przeznaczonych na zaopatrzenie Rzymu. W Cagliari śledziliśmy sposoby otrzymywania soli kuchennej z wody morskiej, czyli tzw. saliny rządowe morskie. Woda morska stanowi monopol państwowy i nie może być użytą do innych celów np. do czyszczenia ulic. Na obszarze 4 tys. hektarów przygotowuje się płytkie zbiorniki wielkości 200 hekt. gdzie osadzają się sole, które po odpuszczeniu wody bywają zgartywane, osuszane i chemicznie czyszczone. Na 4 i pół milj. m. kub. wody morskiej otrzymuje się soli kuchennej 300.000 ton, chlorku sodu 425.000 ton, siarkanu magnez. 32.000 ton, chlorku potasu 10.000 ton, bromku magnez. 900 ton, chlorku magnez. 52.000 ton.

Neapol zaopatrywany jest w źródlaną wodę do picia z okolicznych gór. Ze zbiorników i syfonów woda doprowadzoną bywa do rur betonowemi korytami częścią otwartemi, częścią zamkniętemi. Trzy dni czasu poświęciliśmy zwiedzaniu poszczególnych źródeł — w jednem miejscu oglądaliśmy najstarsze wodociągi z czasów rzymskich. — Zwiedziliśmy również największy wodociąg świata tzw. Pugliese o sieci 1600 km, a główny kanał (canale prinzipale) idący od Capiselo do villa Castelli jest długi 244.390 m. Wodociąg ten zaopatruje 5 prowincji tj. 268 gmin z ludnością 2 milj. 300 tys. Jeden zbiornik, który podczas oczyszczeń zwiedziliśmy ma 8 km długości. Uruchomienie tego wodociągu zostało dokonane w r. 1915. Szpital Romori z ambulatorjum, dyspensatorjum i osadą morską dla 40 dzieci z gruźlicą stawów, kości i gruczołów mieści także 5 klasową szkołę, gdzie chore dzieci pobierają równocześnie naukę. Drugi taki sam szpital Gminy „Orsi“ dla 50 dzieci prowadzi również szkołę otwartą. Pokazano nam z największych bonifikacji prace koło 600 m długiego podkopu, który ma połączyć jedną dzielnicę miasta z przystanią, a prowadzony jest przez zabudowane wzgórze wśród litych skał. Byliśmy również we wnętrzu miasta, aby zapoznać się z systemem kanalizacji, który dzieli się na wysoki, średni i głęboki — maszynami miesza się treść kloaczną z wodą i zapomocą elewatorów wyrzuca do morza. W 7-miu punktach miasta Instytucja Caco popolari buduje w zwartych 3—5 piętrowych gmachach małe mieszkania, których koszt wynosi 8.500 lirów za jeden pokój z korytarzem i kuchenką a 17 tys. więcej łazienka. Takie jedno-pokojowe mieszkanie kosztuje miesięcznie 80 lir., dwupokojowe 130, a trzypokojowe 180 lir. — Instytucja ta $^1/_3$ część kapitału otrzymuje w formie bezpłatnej od rządu. Domów w ciągu roku buduje się 80. Z wykładu o zwalczaniu chorób zakaźnych wynika, że we Włoszech niema przymusu odosabniania chorych zakaźnych, a także donoszenie o tych chorobach nie musi być ściśle przestrzegane, jeżeli w Neapolu liczącym 818 tys. w r. 1927 zgłoszono zachorowań na odrę 228+45, płonicę 463+68, duru 374+36, błonicy 443+60. Ogólna śmiertelność procentowa w Neapolu wynosi 13.7 — ilość urodzeń jest większa na % o 10 od śmiertelności w 1927 r. Szczepień ochronnych przeciw płonicy się nie wykonuje, — tak samo Calmeta przeciwgruźliczych u osesków. Miasto posiada również Zakład pasteuryzacji i badań mleka na 100 tys. litrów dziennie. Na wielką skalę przeprowadzone urządzenia przystani polegają na wymianie niehigienicznych starych kamiennych nieszczelnych murów na bloki zwarte cementowe.

Po 13 godz. podróży morzem przybyliśmy do Palermo 18-go października. Księżna Gangi w 1921 r. przeznaczyła szmat ziemi u stoku bliskiego wzgórza pod kolonję stałą słoneczną (Casa del Sole) dla dzieci gruźliczych od 3—15 lat, z pawilonami, werandami, szpitalem i szkołą. Dzieci bez ubrań spędzają cały czas pod niebem — tak samo nauka odbywa się w słońcu i ćwiczenia fizyczne, jako uzupełnienie otrzymują tuberkulinę, żelazo, fosfor i jod. Wyniki lecznicze mają być świetne, a założycielka osobiście kieruje kolonją. Funduszy dostarczają Towarzystwa przeciwgruźlicze i Towarzystwa opieki nad matką i dzieckiem. Dzieci stale przebywa 250. Dzieci z formą czynną gruźlicy ma się odosabniać. Wycieczkę do Mondello zrobiliśmy, aby zobaczyć jak okolica przedtem bagnista i zimnicza wygląda po przeprowadzonej bonifikacji, a także urządzono tam wspaniałe kąpiele morskie przez belgijskie Towarzystwo akcyjne. Pokazano nam także stolarnię artystyczną, zatrudniającą 600 robotników z urządzeniami dla pracujących, jak tusze, jadalnie, rozbieralnie.

W Reggio wysłuchaliśmy wykładu w jaki sposób i jakiemi zasadami kierowano się przy odbudowie tego miasta zniszczonego zupełnie przed 20 laty trzęsieniem ziemi. Wyświetlany film przedstawiał obraz zniszczenia. Autami zwiedziliśmy całe miasto terasowato położone, z budynkami murowanymi o szerokich ulicach — skanalizowane i zaopatrzone w wodociągi. Jako rzecz zupełnie nowa powstał szpital dla umysłowo chorych o systemie pawilonowym i z najnowszemi ulepszeniami (stałe kąpiele przy salach). Z Reggio przez Cotrone-Cotanzero- do Cosenzy przejechaliśmy autobusem całą lesistą część Kalabrji zwaną Sila. Wznosi ona się na 1700 m zalesiona drzewami szpilkowemi, dębami i topolami — przypomina pięknem przyrody nasze Pieniny. Olbrzymie masy wód jezior górskich — siłą swą dostarczają prądu elektrycznego dla całych południowych Włoch, a zarazem zaopatrują miasta w wodę wodociągową. W Sanatorjum przeciwjagliczem (dla 400-tu dzieci) — dzieci otrzymują leczenie i naukę.

23 października z Florencji udaliśmy się do pobliskiej miejscowości Prato celem zobaczenia prowadzonej na dużą skalę prywatnej przetwórni szmat i gałganów na sukna i koce. Fabryka składa się ze składów, sortowni, maszynowej hali oraz magazynów. O ile część techniczna oraz otrzymany produkt budzi podziw, to część higjeniczna przedstawia się okropnie — żadnych exhaustorów ani masek dla pracowników, którzy po większej części pracowali we własnych ubraniach, a także nie było kąpieli lub tuszów. Wykład we Florencji w Towarzystwie rolniczem miał za temat stan rolnictwa w kraju i produkcję rolną i o szkołach rolniczych demonstrowany filmem. Pokazano nam szkołę normalną wraz z przedszkolem, gdzie nauka trwa od 9—2 i od 9—4, dzieci w szkole spożywają objad, który sobie przynoszą z domu — szkoła daje tylko ciepłą polewkę i w tym celu w przyziemiu przeznaczono na jadalnię olbrzymią salę z numerowanemi siedzeniami, na które dzieci składają przyniesione koszyki z szynką, kawą, chlebem, owocami. Celem zatrzymywania młodzieży przez porę objadową jest odciążenie rodziców, pracujących przeważnie w fabrykach. Ponieważ ilość wody źródlanej była niedostateczną zasila się sieć wodociągową wodą sztucznie filtrowaną — woda tak zmieszana nie jest jałową, o czem świadczyły również liczne kolonje bakteryjne wyrosłe na demonstrowanych nam pożywkach. W dyrekcji kolejowej pokazano cały aparat sanitarny, a więc ambulatorja lekarskie (faszyści mają osobno bogaciej wyposażone pociągi sanitarne), sposoby dezynfekcji wagonów oraz dom hotelowy dla personalu kolejowego obcego, który we Florencji kończy służbę. Każdy kolejarz otrzymuje za drobną zapłatą osobny pokój z pościelą, kąpiel lub natrysk oraz jedzenie.

26 października wyjechaliśmy do miejsca kąpielowego Monte Catini, włoskiego Karlsbadu — ludności miejscowej liczy 90 tys., a kuracjuszy w r. 1927 w sezonie od kwietnia do października 100 tys. Posiada cieplice, źródła słone z wodą tylko do kąpieli i źródła do picia zawierające silną wodę (chlorek-sodu), Tameria i Torreta, — średnią Regina i słabą Tettucia i Riafrosco. Między

kuracjuszami znalazłem dużo Polaków. Osobny zakład wysyła wodę i sole na całe Włochy. Państwo utrzymuje tutaj własny szpital na 240 łóżek dla ubogich dokąd wysyła ich w 5 partjach rocznie.

27 października udaliśmy się do Pepoli punktu centralnego, budującego się w pasmie górskim od lat 4 ch tunelu 18 km długości, mającego skrócić drogę między Florencją a Bolonją. Prace prowadzi się równomiernie z obu końców i środka — duże trudności nastręczają liczne źródła oraz gazy wybuchowe, a także w ziemi tej żyje anchylostoma duodenale, który powodował ciężką niedokrewność i krwotoki jelitowe u robotników. Musiano zbudować osobny dla nich szpital, obecnie plagę tę usunięto przez zaprowadzenie kąpieli — dezynfekcję ubrań, ubrania robocze, oraz umyślne ustępy na szynach z kubłami ze środkami odkażającymi. Szpital zastaliśmy pusty. W r. 1880 Dr. Franciszek Rizzoli z Bolonji zapisał cały swój majątek 1.754.894 lir. na szpital dla dzieci gruźliczych. Za pieniądze te pomnożone darami prywatnymi zakupiono budynki klasztorne wraz z kościołem św. Michała Bosko i w r. 1896 utworzono także szpital dziecięcy przeważnie chirurgiczno-ortopedyczny o 250 łóżkach. Ilość chorych stałych w r. 1925 wynosiła 748, a ambulatoryjna 5.850, — zdjęć rentgenologicznych wykonano 3800. Szpital posiada wspaniałą bibljotekę i muzeum. Zakład szczudeł należący do szpitala Rizzoli składa się z 4-ch dużych budynków i jest największym tego rodzaju zakładem we Włoszech. W Muzeum swoim posiada pierwowzory szczudeł od 100 lat z całego świata. Szpital Rizzoli pozostaje w stałem porozumieniu z zakładem Codivilla, wybudowanym na wysokości 1300 m, dokąd wysyła swoich ozdrowieńców dla leczenia słonecznego. W gmachu uniwersyteckim rektor prof. Viola miał wykład o studjum medycznem i wydziale profesorskim lekarskim. W razie opróżnienia katedry mianuje się profesora tymczasowo tylko na rok, a gdy okaże się nieodpowiednim, rozpisuje się ponowny konkurs. Oglądaliśmy boiska sportowe tzw. Littoriale ze stadjonem cementowym o 36 tys. miejsc siedzących, obok położoną pływalnię krytą z zasuwalną podłogą, (wtenczas służy do walk bokserów) a na II piętrze salę szermierki i pływalnię obok leżącą otwartą. Gmina Bologna za oddanie miejsca posyła także bezpłatnie młodzież szkolną. Littoriale jest własnością Akcyjnego Towarzystwa i powstało w r. 1928. Zwiedziliśmy również wspaniały pałac Towarzystwa asekuracyjnego od nieszczęśliwych wypadków i zachorowań przy pracy wraz z jego licznemi lekarskiemi ambulatorjami, salami operacyjnemi, ortopedycznemi, pracowniami i Szpitalem im. Mussolini.

1 listopada zwiedziliśmy w okolicy Ferrary bonifikacje Towarzystwa hydraulicznego S. Antonino Jolanda di Suvoia. Towarzystwo to założone w r. 1605 rozpoczęło pierwsze we Włoszech prace osuszania terenów bagnistych, w r. 1817 z powierzchni 50 tys. hektarów osuszono dotąd 34 tys.

2 listopada w Wenecji na wyspie Poweglia zwiedziliśmy szpital kwarantanowy na 800 łóżek systemu pawilonowego — także wysłuchaliśmy wykładu o służbie lekarskiej morskiej tępieniu szczurów, dezynfekcji i dezynsekcji okrętów. Ta ostatnia odbywa się przeważnie zapomocą sinku potasu i obecnie czynione są doświadczenia ażeby 10% niebezpieczeństwa, które przy niej istnieją — zapomocą dodawania różnych środków chemicznych usunąć.

5 listopada w Brescii był wykład o ziemiopłodach i szkole rolniczej.

6 listopada Medjolan.

Po wysłuchaniu trzech wykładów na temat 1) ustawy weterynaryjnej i sposobu zaopatrywania miasta w mięso, 2) sposobu zaopatrywania w mleko, 3) aprowizacja miasta, oglądaliśmy nowo wybudowaną rzeźnię miejską na 330 hektarach, (kolei dowozi na miejsce bydło, którego spęd dzienny wynosi 2 tys. sztuk) — olbrzymie hale rzezi, chłodnie, pracownie trichinoskopijne, również jeszcze niewykończoną mleczarnię obliczoną na pasteryzację 200 tys. litr. dziennie. Zwiedziliśmy nowe dzielnice miasta zabudowane przez Casa populari w r. 1927 domami 4—5 piętrowemi o 1 i 2 izbach 1150 i 1540 lir. rocznie. Od roku 1927 posiada Medjolan klinikę pracy (Clinica del lavoro) pod kierownictwem prof. L. Devoto — zakład ten ma za zadanie badanie chorób zawodowych i warsztatów pracy, dalej część dydaktyczną, bo przedmiot ten jest dla medyków obowiązkowy, oraz leczenie i w tym celu posiada 40 łóżek dla chorych. W tym samym roku wybudowano wspaniały zakład dla badania i leczenia raka (prof. Dr. Alberti). Gmach ten 3-piętrowy posiada duże sale chorych, separatki, sale operacyjne, ambulatorja, zakład rentgenowski i radjowy, zakłady sekcyjne, laboratorja i jest wprost zbytkownie wyposażony. Zakład seroterapeutyczny, który przed 20 laty założony został przez kilku lekarzy na małą skalę, należy obecnie do największych we Włoszech. Uprawia 3 działy: wyrób surowic i szczepionek, przetworów organoterapeutycznych i dział narkozy doświadczalnej. W stajniach widziałem przeszło 200 koni, osobne pawilony dla królików, morskich świnek i myszy.

Schronisko dla starych jak i niedołężnych (Pio Albergo Trivulzio) mieści się w dawnych budynkach klasztornych i posiada 2 tys. łóżek oraz warsztaty pracy.

O 16 km od Medjolanu w miejscowości Garbagnato zwiedziliśmy sanatorjum i szpital gruźliczy wybudowany w 1927 r. — zajmujący 750 tys. m. kw. powierzchni, z tego 32.500 zabudowanych budynkami zwartymi 3 piętrowymi, posiadającymi obecnie 1200 łóżek, a ilość ta zostaje powiększona do 2000 tys. Wielkość werand, szerokość korytarzy, higjeniczne urządzenie sal chorych, z których każdy ma własną umieszczoną w ścianie szafkę na rzeczy, oraz umywalnię, osobno zlewy do płukania ust, sale operacyjne dla chirurgji kostnej i torakoplastyki wywoływały podziw. Ilość lekarzy na tę liczbę chorych mała bo tylko 8.

Na tem zakończono zwiedzanie urządzeń higjenicznych i bonifikacji Włoch.

8 listopada nastąpił odjazd do Genewy. Tam pod przewodnictwem Generalnego Dyrektora Zdrowia Publicznego z Rzymu i Dra Reichmana Dyrektora Departamentu Higjeny przy Lidze Narodów odbyły się 9 i 10 listopada trzy konferencje na 4 tematy z góry obrane.

1) organizacja służby sanitarnej włoskiej,
2) ochrona matki i dziecka:
   a) walka z gruźlicą,
   b) higjena szkolna,
3) walka z chorobami zakaźnemi i zawodowemi,
4) urządzenia wodociągowe i kanalizacja.

Przy każdym z wymienionych tematów musieli wszyscy uczestnicy się wypowiedzieć, a w razie podniesionych przez nich pewnych niejasności i wątpliwości, udzielali delegaci Rządu włoskiego i Ligi wyjaśnień.

Przy końcowem omawianiu spostrzeżeń poruszyliśmy pewne zauważone niedomagania, na które dano nam niezupełnie zadowalniające wyjaśnienia n. p. niedość energiczne i rygorystyczne postępowanie przy zwalczaniu chorób zakaźnych tyczące się odosobnienia chorych, którzy przeważnie pozostawieni bywają w domu, zamałe zwracanie uwagi na roznosicieli zarazków, nieprzeprowadzanie szczepień ochronnych przeciwpłoniczych i przeciwgruźliczych Calmetta, nieużywanie sposobu doustnego Besredki. Szczepienia profilaktyczne przeciwbłonicze stosowane bywają natomiast w dużych rozmiarach, zwłaszcza wdmuchiwanie trzykrotne szczepionki do jamy nosowej.

Podniesiono też zupełną zależność lekarzy urzędowych od władz miejscowych, bez bezpośredniego kontaktu z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia.

W końcu przedstawiciel Rządu włoskiego wyraził życzenia pod adresem Ligi Narodów, aby za lat 5 powtórzono obecną wycieczkę w tym samym składzie uczestników, aby im dać możność przekonania się jak obecnie zapoczątkowane prace rozwinęły się.

Ogólne wrażenie wycieczki wywarło na wszystkich uczestnikach nader korzystne wrażenie, zdając sobie sprawę, że Rząd włoski organizując ją zaprowadził uczestników tylko tam, gdzie sam chciał i pokazał im tylko te rzeczy, które sam uznał, to mimo tego żywe tętno i ogrom tych prac, tyczących się wszystkich dziedzin życia, a więc budowa tanich domów, szpitali, fabryk, boisk sportowych, urządzeń wodociągów i kanałów, tuneli, bruków i gościńców, szkół, kolonij i sanatorjów widziano na całym obszarze Państwa wywarła niezapomniane wrażenie. Tak przeprowadzenie tych inwestycyj jak i przymusowa asekuracja na starość są powodem, że nie widać we Włoszech ani bezrobotnych ani żebraków. W równej mierze imponowały nam poczynania Rządu celem ochrony matki i dziecka.

Dyrektorowi Departamentu sanitarnego P. Dr. Piestrzyńskiemu składam serdeczne podziękowanie za delegowanie mię na tę podróż.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Kirchner-Nordmann: *Die Chirurgie.* Zeszyt 23. Stron 315 z 169 rycinami w tekście i 7 tablicami. Wyd. Urban i Schwarzenberg.

Część pierwsza zeszytu poświęcona chirurgji stawów z wyłączeniem gruźlicy opracowana jest częściowo przez Seiferta z Würzburga, (chirurgja ogólna stawów, zmiany wrodzone i urazowe), częściowo przez Stahnke'go — zapalenia i zmiany de-

generatywne — przyczem najwięcej miejsca zajmuje dział o zmianach zniekształcających oraz grupie schorzeń okresu dojrzewania (osteochondritis); część drugą — poświęconą gruźlicy — opracował König. König pracuje od szeregu lat nad gruźlicą chirurgiczną i spostrzeżenia jego, oparte nie na datach statystycznych, często zbyt powierzchownych i elastycznych, ale na obserwacji poszczególnych przypadków, przy prostym i łatwym sposobie podania, są bardzo instruktywne. Ogólne stanowisko autora pokrywa się z ogólnie ostatnio przyjętem, postępowania indywidualnego, więcej konserwatywnego w okresie wzrostu, a mniej lub więcej operacyjnego leczenia u dorosłych.

Całość zeszytu daje treść nowożytnie ujętą, choć nie bez pewnej, nie dającej się w tego rodzaju zbiorowych opracowaniach uniknąć, niejednolitości. Niektóre rozdziały są nakreślone zaledwie szkicowo i przez to zrozumiałe tylko dla chirurga, obok rozdziałów dostępnych dla ogólnego praktyka, a nawet studenta. Szkicowość jest jednak uzupełniona obficie odsyłaniem do źródeł i to możliwie ostatnich, zwłaszcza niemieckich, co zeszytowi nadaje specjalną wartość.

Gruca.

Władysław Szumowski: *Krakowska Szkoła lekarska po reformach Kołłątaja.* Kraków 1929. Str. 295. 8° z 16 tablicami. (Bibljoteka Krakowska Nr. 67).

Praca oparta prawie w całości na materjale rękopiśmiennym przedstawia dzieje szkoły z końcem XVIII w. pierwszorzędne w Polsce miejsce dzierżącej, w której rozpoczęto nowożytne nauczanie medycyny oparte o doświadczenie kliniczne a rozpoczęto wcześniej niż w pewnych wszechnicach na Zachodzie (Heidelberg, Erlangen, Marburg). W 6-ciu rozdziałach skreślił autor szczegółowo prace przygotowawcze do jej otwarcia i omówił jej organizację w myśl uchwał Komisji edukacyjnej, urządzenia, pomieszczenie, frekwencję, prace grona nauczycielskiego, troski Kołłątaja o nią spowodowane również tarciami wśród profesorów, egzaminy, wizytacje, szpitalnictwo z nią związane i t. d. Szereg wielce na polu krzewienia wiedzy lekarskiej i higjeny społecznej zasłużonych postaci przesuwa się przed oczyma czytelnika jak Śniadeccy, Szasterzy Czerniakowski, Badurski, Jaśkiewicz, Trzciński i in. Mnogość i rozmaitość wydobytych z archiwów źródeł metodycznie ze znajomością tła wyzyskanych czynią z tej pracy publikację o pierwszorzędnej wartości do dziejów medycyny w Krakowie. Do skąpej literatury o szkołach lekarskich w Polsce przybywa obszerna i sumienna monografja.

Józef Fritz (Lwów).

Jan Lachs: *Kronika lekarzy krakowskich XVII w.* Poznań 1929. Nakładem Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. 79 str. 8°.

Zasłużony około źródeł do dziejów sztuki lekarskiej w Krakowie autor ogłosił dalszy ciąg swej Kroniki lekarzy krakowskich obejmujący wiek XVII.

Choć nowy materjał nie jest pierwszorzędnej jakości, przyczyną tego ówczesne stosunki polityczno-społeczne i słaba działalność naukowa Uniwersytetu, to jednak poznajemy wśród prawie setki lekarzy wiele osobistości, które położyły znaczne zasługi na polu działalności obywatelskiej. Nowe wiadomości wydobyte z archiwów uzupełniają też w znacznej mierze i prostują dotychczas posiadane.

Z pośród nieznanych lekarzy wyłaniają się np. nazwiska Bandorkowicza, Felkla, J. Foxa, Frelicha, M. Hepnera (czy nie spokrewnionego z lwowską rodziną lekarską Hepnerów por. J. Fritz: Księgi lekarskie w lwowskich zbiorach XVI/XVII w. 1928 str. 23), Janikowskiego, Konrada, Łabęckiego, Neapolitana, F. de Prosperiis i in. Spotykamy też wśród lekarzy krakowskich i Niemców okulistów G. Buzaua, J. Stebelera i J. Gizeberta, Włochów Andrzeja Kurcyusza (Curtius) odszukanego przez referenta w Księgach Archiwum we Lwowie pod r. 1603 (por. J. Fritz: Księgi etc. str. 8. Przypuszczenie Lachsa, że Curtius był lekarzem potwierdza notatka w lwowskich Libri testament. V., str. 312 wbrew twierdzeniu Giedroycia: Źródła biograf. bibliogr. 1911 str. 150, jednakże w tym wypadku przyjąć należy, iż Curtius zmarł w podeszłym wieku, albowiem już wr. 1559 występuje w księgach skarbowych (lib. 341) jako Andreas Antonius Curtus, w przeciwnym zaś razie byłaby to osobistość inna), F. Bergaminiego sekretarza królewskiego, Fulviusa Cibo, Hermosiusa i in. Liczny poczet lekarzy królewskich wyszedł z Krakowa (M. Behm, P. Muchowski, J. Ch. Gemma, W. Rezler, W. Smieszkowicz), po wielu pozostały jako pamiątki ich zamiłowania do wiedzy lekarskiej bogate księgozbiory (K. Frelich, K. Rezler, A. Wolfowicz, D. Łabęcki, J. Pipan, J. Roszkowicz, J. Zajączkiewicz).

Praca J. Lachsa aczkolwiek często przynosi wiadomości drobne odnoszące się do spraw majątkowych i rodzinnych lekarzy krakowskich pozostanie jednak cennym przyczynkiem do dziejów stanu lekarskiego w Polsce albowiem do tych właśnie na pozór rzeczy mniej ważnych nierzadko zwracać się musi historyk kreślący szeroko dzieje danej dyscypliny chcąc sprawdzić niejedno ze swych śmiałych przypuszczeń.

Józef Fritz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 17, z 25 kwietnia 1929: M. Bornsztajn: Życie płciowe kobiety w świetle psychoanalizy. — J. Rutkowski: O mięsaku limfatycznym (dok.). N. Zandowa: Termoregulacja (streszcz. zbior. c. d.). — M. Eiger: Ś. p. Napoleon Cybulski. (Na tle wspomnień osobistych w 10-tą rocznicę Jego śmierci).

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 3, z marca 1929: K. Szepelski: O patogenezie tak zwanych naddziąślaków i ich terapji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 17, z 28 kwietnia 1929: F. E. Nowak: W 125-letnią rocznicę odkrycia morfiny. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości lekarskie, rok II, nr. 4, z kwietnia 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — St. Bühn: Wskazania i sposoby stosowania diety bezsolnej. — S. Lehm: O kilku rzadszych postaciach ostrego zapalenia migdałków. — B. Ziemilski: Celowe leczenie gruźlicy płuc w Kasach chorych, a stosowanie nowoczesnych metod rozpoznawczych w szczególności prześwietlania rentgenowskiego.

Archiwum historji i filozofji med., oraz historji nauk przyrodn. t. IX, zesz. 1, z r. 1929: Wł. Szumowski: Fryderyk Hechel jako historyk medycyny w świetle własnych pamiętników. — X. Edmund Majkowski: Nieznane szczegóły z życia Józefa Strusia, lekarza poznańskiego XVI wieku. — Wit. Ziembicki: Szymona z Łowicza „Aemilius Macer de herbarum virtutibus". — Tad. Bilikiewicz: O niemieckim przekładzie „Logiki medycyny" Wł. Biegańskiego. — Jan Bączkiewicz: Kartki z dziejów „walki z rusyfikacją" na polu lecznictwa. — Ad. Bednarski: O rysunku anatomicznym oka Jana Peckkama arcybiskupa w Canterbury w XIII w. — Ad. Wrzosek: Józefa Dietla lata asystenckie w Uniwersytecie Wiedeńskim (1829—1833). — H. Waserman: Próba zastosowania t. zw. zasady „elastyczności" (Le Chatelier) do tłumaczenia zjawisk biologicznych. — J. Kurczyński: Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle „Prawa, stworzenia". — Józef Rivoli: Wspomnienia o Wyższej Szkole Rolniczej im. Haliny z Zabikowic, wydał Ad. Wrzosek. — Józef Mianowski: Listy do Kazimierza Krzywickiego (c. d.) wydał Ad. Wrzosek. — L. Zembrzuski: Lazaret Radziwiłłowski. — T. Bilikiewicz: IV Zjazd Polskich historyków medycyny.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 5, z r. 1929: K. Stojanowski: Stan i zadania badań antropologicznych nad Wielkopolską. — W. Sikorski: Dobór ćwiczeń ze stanowiska różnic rozwojowych. — T. Biernakiewicz: Narciarstwo w szkole.

Położna, rok II, nr. 5, z maja 1929: D. A. Markowa: Rola położnych w opiece nad matką i dzieckiem. — Dr. J. Niewola: O rzucawce porodowej (dok.). — Dr. Z. Ślączkowa: O alkoholizmie (dok.). — Dr. M. Brand: Kilka uwag o krzywicy. — Z praktyki.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 18, z 2 maja 1929: M. Bornsztajn: Życie płciowe kobiety w świetle psychoanalizy (dok.). — J. Typograf: W sprawie niedomogi wielogruczołowej. — N. Zandowa: Termoregulacja (Streszcz. zbior. dok.). — Z. Bychowski: Ludwik Maurycy Hirschfeld Profesor anatomji (dok.).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 9, z 1 maja 1929: Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego. — Kilka uwag w sprawie podatku dochodowego i obrotowego (Wskazówki praktyczne). — Medycyna społeczna zagranicą. — Z Izb lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekárske Listy.

Nr. 12. 1928 r.

Dr. J. Brdlik: *Zespół objawów zapalenia okrężnicy u dzieci.* Cztery główne objawy charakteryzują nieżyt okrężnicy u dzieci: 1) stolec, o charakterystycznej zawartości śluzu. Śluz bądź jest zmieszany z kałem, bądź go pokrywa, bądźteż po stolcu spoistym objawia się stolec w postaci papkowatej z domieszką śluzu. Niekiedy w śluzie znaleść można krew. Stolec może być płynnym, papkowatym lub zbitym; najczęściej obserwuje się naprzemian występującą biegunkę i zatwardzenie, 2) objawy towarzyszące charakterystycznym stolcom; w postaci bólów w jamie brzusznej oraz parcie na stolec. Bole powstają samorodnie, posiadają charakter kolki, są rozlane lub ograniczone. Czasami wywołane zostają przez obmacywanie. Mogą również brakować. Brzuch jest w niektórych przypadkach wzdęty, w innych miękki, workowaty. Zwiotczełe i skurcz mogą u tegoż dziecka wystąpić na przemian, 3) wpływ na ustrój lub pojedyńcze narządy. Współudział ustroju może być dwojakiego rodzaju: bądź zakażenie ogólne jest przyczyną nieżytu okrężnicy, który występuje obok uszkodzeń narządów innych, bądź objawy ogólne są odczynem ustroju na schorzenie okrężnicy, wyrazem oddziaływania produktów toksycznych. Ten stan toksyczny może objawić się jeszcze przed objawami schorzenia okrężnicy, fakt, który nasuwa lekarzowi szereg niespodzianek rozpoznawczych. Stan ogólny może być wzburzony rozmaicie: bóle głowy, wyczerpanie duchowe, zmiana usposobienia, stany neuropatyczne i t. d. mogą być wyrazem tego stanu. Pod wpływem toksyn dojść może do całego szeregu powikłań na tle czynnościowem (jakiegokolwiek narządu) albo anatomicznem, przeważnie u narządów, stojących w związku z trawieniem (wątroba, nerki, wyrostek robaczkowy, trzustka), 4) charakterystyczną właściwością nieżytu okrężnicy jest wreszcie silna skłonność do nawrotów. Etjologja jest mimo dobrych wywiadów, badań klinicznych i laboratoryjnych nieznana. Przyczynami są częściowo momenta predysponujące (neusartryzm, diathesis exsudativa, stan limfatyczny, neuropatja, sposób odżywiania, przeszłe schorzenia jelita, stan cielesny), częściowo momenta wywołujące: zakażenie czerwonką, tyfusem albo innymi drobnoustrojami (coli, streptococcus, enterococcus, proteus). Pasorzyty wywierają na przebieg schorzenia wpływ niekorzystny. Z leków: rtęć, bizmut, częste irygacje taniną działają drażniąco. Błędy djetetyczne, zatwardzenie odgrywają najważniejszą rolę przy powstawaniu przewlekłych katarów okrężnicy. Jednostronne odżywianie mlekiem, jajami, mięsem posiada tak dla powstania obstrucji jak i dla zespoleń objawów doniosłe znaczenie. U dzieci uznaje się ogólnie 2 główne grupy: ostrą, przebiegającą jak czerwonka i przewlekłą. Ostra postać posiada przebieg lekki lub ciężki. Zależy to od intensywności objawów. Ostre, okrężnicowe biegunki są przyczyną przewlekłego nieżytu okrężnicy. Przewlekłe nieżyty zaczynają niekiedy zwolna, pełzająco (u dzieci 1—2 lat) w przypadkach, w których objaw zatwardzenia posiada dominujące znaczenie. Również i w podobnym przypadku chodzi o dzieci o nieprawidłowej konstytucji, cierpiące przez dłuższy okres czasu na brak apetytu, bladość, bezsenność, nieprawidłowe trawienie, a co najważniejsze na oporne zatwardzenie. Leczenie stosuje się zależnie od postaci i okresu choroby. W przypadkach ostrych starać się należy głównie o to, by chorego uwolnić od objawów zatrucia, oszczędzać jelito oraz zastosować odżywienie, które broni przed nawrotami ale równocześnie sprzyjać powinno dalszemu rozwojowi dziecka. Warunkiem podstawowym jest spokój — łóżko. Z podawaniem leków należy być bardzo ostrożnym. Najlepszymi środkami są: spokój, ciepłe okłady i djatermja miejscowa.

Dr. M. Mikula: *Zespół objawów okrężnicy i przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego u dziecka.* Leczenie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u dziecka, o klinicznym, pewnym rozpoznaniu, powinno być chirurgiczne. Appendektomję zaleca autor z następujących względów: przy pomocy zabiegu chirurgicznego usuwamy dolegliwości, które dokuczały dziecku przez długi okres czasu, powtóre uwalniamy dziecko od niebezpieczeństwa ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zabieg jest, szczególnie u dzieci jak wynika z licznych statystyk, stosunkowo bezpieczny.

Dr. J. Řiha: *Zespół objawów koprotoksycznych przy nieżytach okrężnicy u dzieci.* Autor badał stolce u dzieci nadmiernie żywionych, by oznaczyć wpływ nadmiernego odżywienia na powstanie objawów nieżytu okrężnicy. Zauważył 2 typy odżywienia błędnego. W miesiącach zimowych przeważa w pożywieniu tłuszcz i mięso, w letnich owoce i jarzyny. Skurczowe postacie kolitis stoją w szeregu przypadków w związku z nadmiernem, nieodpowiedniem spożywaniem mięsa. Przy jarzynowem regime należy unikać podawania ciężko strawnej celulozy, szczególnie oskuropionej celulozy, do której zaliczają jądra owocowe. Trudno się ewakuujące i pobudzające do zastoju oraz wzmożenia procesu gnilnego w jelicie grubem. Schorzenia jelita grubego u dzieci należy rozpoznawać szczegółowo koprologicznie i z tego punktu widzenia kieruje się autor następującymi czynnikami: 1) wykazaniem patologicznych części błony śluzowej jelita grubego w stolcu, 2) wykazaniem nieprawidłowej flory jelitowej, 3) wykazaniem typowych stolców, które zdradzają nieprawidłową czynność jelita. Na podstawie koprologicznej djagnostyki dzieli schorzenia na 3, najczęściej występujące, charakterystyczne syndromy: 1) syndrom terminalny, 2) syndrom ze zbiorem objawów dyspeptycznych, 3) syndrom z objawami atonicznymi.

Dr. J. Švejcar: *Zbiór objawów enterocolitis u osesków.*

Dr. A. Chura: *Układ wegetatywny a enterocolitis u dzieci.*

Dr. J. Řiha: *Sulfoeter w różnych stanach patologicznych, zwłaszcza w przebiegu nieżytu okrężnicy u dzieci.* Wydzielenie sulfoeteru zależy od peristaltyki jelita. Po operacjach, po których peristaltyka jest słabszą po części pod wpływem operacji brzusznej, po części z powodu ogólnego działania narkozy, zauważył autor wzmożone wydzielanie sulfeteru. Dzieci nadmiernie żywione mięsem wykazują wartości wyższe. Jeżeli w tych stosunkach alimentarnych wystąpi uszkodzenie jelita, wydzielanie sulfeteru osiąga najwyższe wartości. Przy biegunkach, moczem wydzielona ilość sulfeteru spada. Uszkodzenie syntezy sulfeterowej powstaje na krótko przed śmiercią pod postacią ciężkiego, wewnętrznego uduszenia. Jeśli przyjmiemy, że synteza substancji aromatycznych odbywa się wyłącznie w wątrobie, musielibyśmy wówczas czynność wątroby oznaczyć jako wtórną. Syndromów nieżytu okrężnicy u dzieci nie można na podstawie sposobu wydzielenia sulfeteru rozdzielić na prawo- i lewostronne. Wysokie wartości sulfeteru w moczu znajdujemy wyłącznie przy schorzeniach lewostronnych, jeżeli idą w parze ze skurczami w okrężnicy. Wchłanianie substancji aromatycznych wspierane jest włosogłówką (Trichocephalus), która w ten sposób pogarsza przebieg choroby.

Nr. 1. 1929 r.

Dr. I. Stodola: *Społeczna zdrowotna opieka a młodzież.*

Dr. Koza: *Nowa metoda leczenia otrucia tlenkiem węgla naświetlaniem.* Autorowi udało się wzbogacić leczenie otrucia tlenkiem węgla nową metodą, polegającą na intensywnem naświetlaniu całego ciała chorego. Głównie działają w tym przypadku ultrafiołkowe promienie spektra, które również na podstawie starych doświadczeń posiadają rozdzielające działanie na połączenie CO z hemoglobiną. Oprócz bezpośredniego wpływu promieni należy również uwzględnić zmiany, wywołane w ciele promieniami, zmiany w równowadze kwaso- zasadowej krwi. Po naświetlaniu dochodzi do kwasowej hypoklampsji, drażniącej centrum oddechania. Po jednej do dwóch godzin występuje przesunięcie reakcji krwi w stronę zasadową przy równoczesnej hyperklampsji, która trwa kilka dni (Kroetz). W związku z tem stoją również zmiany w organicznem gospodarstwie tkanki, i stąd wynikające zmiany w nieorganicznym składzie krwi, które prawdopodobnie również wywierają pewien wpływ na proces uwolnienia CO z hemoglobiny. Autor podaje szereg wyników, osiągniętych na zwierzętach doświadczalnych i na materjale klinicznym.

Dr. J. Dérer: *Dwa obce ciała w przedniej komorze oka.*

Dr. Maršalek: *Z kazuistyki włókniako - mięśniaków pozumacicznych.*

Dr. Partoš: *Zadanie kwasu mlecznego w pośredniej przemianie węglowodanowej*).*

Dr. Klein: *Pierwotny sarkom śledziony.* Pierwotne sarkomy śledziony występują rzadko. Wedle Lubarscha istnieje w piśmiennictwie zaledwie 12 opisanych przypadków pierwotnego sarkomu śledziony. W przypadku autora chodzi o 37-letniego chorego. Choroba trwała rok. Wywiady były ujemne. Objawy podmiotowe: Trudność oddechania. Przedmiotowe: Śledziona powiększona (słyszalne tarcie), objawy niedokrewności wtórnej, ciepłota prawidłowa lub stan podgorączkowy, W. R. ujemna, ante finem charłactwo znacznego stopnia. Sekcja wykazała śledzionę powiększona $30 \times 20 \times 13$ cm, zrosłą z otoczeniem, w centrum śledziony widoczna była tkanka rozpadła, przemieniona w żółtą, papkowatą masę. W płucach przerzuty wielkości orzecha aż jabłka, w gruczołach wnękowych nacieki nowotworowe. Histologicznie znaleziono po części sarkom angioplastyczny, analogiczny do przypad-

*) „Polska Gazeta Lekarska" Nr. 7. Str. 129.

ków Theilego, Josera, Risla, po części sarkom wielkokomórkowy, okrągłokomórkowy. Komórki były owalne albo okrągłe, ze słabą bazofilją protoplazmy i okrągłem jądrem. Autor uważa je za swoiste komórki śledziony, za splenocyty. Znaleziono je w nowotworze i w przerzutach. Wielkokomórkowa część nowotworu, zdaniem autora, powstała skutkiem bujania nowotworowego (sarkom) splenocytów.

Dr. R. Foit: *Nowa sonda żołądkowo-dwunastnicowa.* Autor opisuje nowy zgłębnik żołądkowo-dwunastnicowy, składający się z elastycznego kauczuku, o największym przekroju 7 mm zaopatrzony w urządzenie do automatycznego wydobywania soku dwunastnicy. Przy pomocy tego zgłębnika obserwuje autor przejście treści żołądkowej do dwunastnicy, stara się przy jego pomocy poznać motilitas i wypróżnienie żołądka po spożyciu rozmaitych substancyj: płynu kontrastowego, ocukrzonej herbaty, nieocukrzonej herbaty i bouillonu. Następnie bada on zmianę reakcji soku dwunastnicy po śniadaniu próbnem. Porównuje odczyn dwunastnicy z odczynem żołądkowym i stwierdza, że ze wzrostem kwasoty żołądka wzrasta zasadowość soku dwunastnicy i odwrotnie. Jednak zasadowość soku dwunastnicy nie przekroczyła w żadnym z badanych przypadków wartości pH 8.3. Badanie titrimetryczne treści dwunastnicy uważa on w praktyce za bezwartościowe.

Dr. Wesdrlik i Dr. Roubal: *Witaminy w leczeniu chorób wewnętrznych.* Autorzy na podstawie całego szeregu doświadczeń przekonali się, że bioklein względnie wino biokleinowe z lecytyną oddaje dobre usługi w leczeniu: ciężkich stanów chorobowych jelita (wrzody, zapalenia i t. d.), chorób konstytucjonalnych (jak np. habitus enteroptoticus, dyspepsia nevrosa, atonia i t. d.), u których działa nietylko miejscowo lecz i usuwa ogólne, bardzo nieprzyjemne objawy neurasteniczne (bezsenność, bóle głowy, apatję, wyczerpanie i t. d.).

Unger (Lwów)

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

Nr. 2. 1929 r.

De Parrel (Paryż): *Ćwiczenia akustyczne.* Opisane są ćwiczenia dla głuchych zapomocą mięsienia, ćwiczenia zapomocą przyrządów słuchowych, ćwiczenia głosowe celem odzyskania słuchu.

L. A. Dobrowolski (Warszawa): *Pylica płucna.* Pylicę można podzielić na dwie grupy, pierwsza obejmuje zmiany płuc powstałe z powodu wdychiwania substancji organicznych, druga ogbejmuje pylice nieorganiczne. Pylicami są wapnica, krzemienica, węglica, mącznica (calicosis, siderosis, antracosis, amelosis). Pył organiczny sam nie może wywołać pylicy, musi zawierać bodaj drobną ilość pyłu nieorganicznego. Autor spostrzegał, że robotnicy w kamieniołomach zakopiańskich rzadko zapadali na gruźlicę płuc. Jego doświadczenia wykonane na morskich świnkach wykazały, że zwierzęta przygotowane zapomocą wdychiwań kwasu krzemowego i zakażone plwocinami gruźliczemi albo wcale nie zapadały na gruźlicę albo w lekkim stopniu, podczas gdy zwierzęta kontrolne ginęły wszystkie szybko na gruźlicę. Wyniki te potwierdzają rezultaty podobnych doświadczeń innych autorów. Pylice przedstawiają niejako naturalny, bezpośredni sposób leczenia chorób płucnych, czego jednak nie można twierdzić bez zastrzeżenia, gdyż pył nie zawsze działa korzystnie, może bowiem nieraz wywołać nawet poważne zaburzenia płucne.

Karl v. Ascher (Praga): *Nowe środki znieczulające w okulistyce.* Omawiane są *butyna* (butin), fabrykowana przez firmę Albott w Chicago, *tutokaina,* wyrabiana przez firmę Bayer, *psikaina,* syntetycznie wytwarzana przez Willstaettera i sprzedawana przez Mercka (jest droga) i *diokaina* firmy Ciba. Środki te pod wielu względami przewyższają wartość kokainy w oftalmologii, czego znowu nie można powiedzieć o innych środkach, jak *dolantina, p-amidobenzol,* jakoteż różne próbowane pod tym względem *chinaalkaloidy.* Nie wypróbowane są dotychczas w okulistyce *nervocidyna* (Dalma), jest to sól alkaloidu rośliny Indji Wschodniej, tudzież *alpina* (Sattler), *stovaina* i *borokaina* (Butler). Do znieczulenia infiltracyjnego stosują *apotesinę* (w Ameryce), *skurokainę, fenolaine, eukainę, tropokainę.* Nawet ogrzaną wodę bez dodatku środka znieczulającego stosowano celem znieczulania rogówki do wyciągania ciał obcych, a nawet do zastrzykiwania poza gałkę oczną przy enukleacji.

Basow (Orel w Z. S. S. R.): *Skala alkoholizmu.* Autor podaje schemat do przedmiotowej klasyfikacji alkoholizmu w anamnezach.

Dr. Fels (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Warszawskiego w Płocku.

Dnia 8 i 9 marca r. b. odbył się w Płocku zjazd lekarzy powiatowych Województwa Warszawskiego, na który przybyło 23 lekarzy.

Pan Wojewoda Twardo otworzył zjazd przemówieniem, w którem rozwinął szczegółowy plan pracy władz administracyjnych na terenie Województwa.

W imieniu Rządu powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, ilustrując cyframi stan sanitarno-porządkowy Woj. Warszawskiego i wzywając lekarzy powiatowych do energicznej akcji w tym kierunku, zwłaszcza wobec licznie zgłaszanych już obecnie zbiorowych wycieczek po kraju osób, które przybędą z zagranicy na Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

W imieniu Płockiego Twa Lekarskiego witał Zjazd prezes tego Towarzystwa Dr. Maciesza, poczem zaznajomił uczestników zjazdu ze szczegółowemi datami historycznemi miasta Płocka.

Przystępując do porządku dziennego, lekarze powiatowi odczytali kolejno sprawozdania ze swej działalności w 1928 r. na terenie powiatu.

Akcja społeczna znajduje się w stanie stałego rozwoju. Stacje opieki nad matką i dzieckiem są w pow. warszawskim, Kutnie, Lipnie, Łowiczu, Mińsku Mazowieckim, Płocku, Pułtusku, Skierniewicach i Żyrardowie.

Ośrodki zdrowia zorganizowane są w pow. warszawskim, mławskim, skierniewickim, Pułtusku i Rypinie.

Walka z alkoholizmem prowadzona jest w Płocku, gdzie jest poradnia pod kierunkiem lekarza i specjalnie wyszkolonej higjenistki, oraz w Łowiczu przez Two Abstynentów. Miasto Pruszków uchwaliło na swym terenie prohibicję.

Walka z jaglicą prowadzona jest zapomocą przychodni szczególnie w powiatach, w których niektóre gminy stanowią ogniska jaglicy, mianowicie w pow. włocławskim, w którym na poborze ujawniono 7.6% poborowych, chorych na jaglicę i w pow. sierpeckim z 5,3% poborowych jagliczych, a także w Skierniewicach, gdzie w sierocińcu było 22% dzieci z jaglicą.

Walka z gruźlicą i chorobami wenerycznemi prowadzona jest tam, gdzie jeszcze niema ośrodków zdrowia, w przychodniach ogólnych.

Powiat warszawski ma w Otwocku własne sanatorjum dla gruźlików na 75 łóżek.

Akcja sanitarno-porządkowa stale się rozwija, co widać z liczby odnowionych domów (przeszło 40%), śmietników (65%), ustępów w miastach i miasteczkach (75%) i ustępów we wsiach (77%).

W dalszym przebiegu zjazdu Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce lekarskiej, jej znaczeniu i metodach, a Dr. Adamowiczowa przedstawiła stan statystyki lekarskiej w woj. warszawskiem, podkreślając najczęściej spotykane błędy w regestracji chorób.

Inż. Kirkor omówił sprawę pobierania prób i oceny wody do picia, poczem dawał wyjaśnienia na szereg wątpliwości, które się wyłoniły w dyskusji.

Dr. Mitkiewicz zobrazował stan sanitarny szkół powszechnych i opiekę higjeniczno-lekarską nad dziatwą szkolną na terenie kuratorjum Warszawskiego, omawiając braki higjeniczne w szkołach i stwierdzając ogólną poprawę warunków sanitarnych w szkolnictwie.

Dr. Dietrich następnie referował o podniesieniu zdrowotności i wyglądu kraju. Dr. Rozen o walce z nierządem, Dr. Drzewiecki o naturalnym i napływowym ruchu ludności w pow. warszawskim w świetle cyfr statystycznych, wreszcie Dr. Łazarowicz o podniesieniu stanu sanitarnego miast i wsi.

Po każdym referacie wywiązywała się ożywiona dyskusja, w której brali udział wszyscy uczestnicy zjazdu.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był zwiedzaniu szpitala św. Trójcy, stacji opieki nad matką i dzieckiem, kąpieliska dla uczniów szkół średnich, które powstało ze składek i jest chętnie przez uczniów uczęszczane, kąpieliska dla uczniów szkół powszechnych, gdzie dawał wyjaśnienia Dr. Przyłuski, przytaczając cyfrowo wyniki opieki społecznej na terenie szkół powszechnych i schroniska dla sierót z Kresów. Wszystkie te instytucje zrobiły dodatnie wrażenie zarówno pod względem rezultatów lekarsko-higjenicznych, jak i pod względem porządku i czystości.

Na zakończenie uczestnicy zjazdu zwiedzili muzeum płockie, gdzie objaśnień udzielała organizatorka muzeum p. Rudzka, i skarbiec w Katedrze płockiej, przechowujący wiele cennych pamiątek.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Krakowskiego w Krakowie.

W dniach 2 i 3 marca r. b. odbył się w Krakowie Zjazd lekarzy powiatowych Woj. Krakowskiego, na który przybyło 22 lekarzy.

Otwierając Zjazd, p. Wojewoda Dr. Kwaśniewski podkreślił, że Woj. Krakowskie, posiadające na swym obszarze uzdrowiska i tereny górskie o doniosłem znaczeniu leczniczem i sportowem, winno być przez lekarzy powiatowych otoczone szczególną uwagą i pieczą zarówno pod względem podniesienia warunków higjenicznych, jak i sanitarno - porządkowych.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, poczem omówił szczegółowo zestawienie rezultatów dotychczasowych prac w dziedzinie sanitarno - porządkowej na terenie Woj. Krakowskiego. Z tego zestawienia wynika, że aczkolwiek sprawy odnowienia domów mieszkalnych, urządzenia śmietników i ustępów w miastach i miasteczkach posunęły się znacznie naprzód, to należy jednak przyśpieszyć tempo prac w tym kierunku, a to wskutek oczekiwanych wycieczek po kraju przez odwiedzających Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

Walka z chorobami społecznemi czyni postępy. Nowe ośrodki zdrowia powstały w Gorlicach i Białej, w Chrzanowie wykańczany jest obecnie ad hoc wybudowany obszerny budynek, w którym będą umieszczone poradnie przeciwgruźlicza i przeciwjaglicza, stacja opieki nad matką i dzieckiem z kuchnią mleczną, poradnia higjeniczna dla młodzieży szkolnej, gabinet dentystyczny, lampa kwarcowa, natryski i wanny.

W akcji sanitarno - porządkowej daje się zauważyć postęp. W miastach i miasteczkach odnowiono około 40% domów, urządzono 75% ustępów i 70% śmietników. Wiele dróg naprawiono i obsadzono drzewkami. W powiatach, w których daje się odczuwać brak wody, mianowicie w powiatach chrzanowskim, dąbrowskim, mieleckim, wadowickim i żywieckim, wykopano szereg nowych studzien i dokonano badań wody pod względem fizycznym, chemicznym i bakterjologicznym.

Po zakończeniu dyskusji, która się wyłoniła w związku ze sprawozdaniami lekarzy powiatowych, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Wróblewski zabrał głos w sprawie zwalczania chorób społecznych i zawodowych, zwracając między innemi uwagę na konieczność szerszego stosowania praw i obowiązków lekarzy powiatowych, określonych w art. 7 i 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. VIII. 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Inspektor lekarski Województwa Dr. Janikiewicz wygłosił referat o działalności sanitarnej samorządów. Z referatu tego wynika, że z ogólnego opodatkowania przypada przeciętnie po 60 gr. na głowę ludności na sprawy sanitarno - lecznicze. Z pomiędzy 61 okręgów lekarskich obsadzonych jest zaledwie 37; położnych w 479 gminach jest 1081; szpitali 52 z 4750 łóżkami; odczuwa się brak oddziałów dla chorych zakaźnych; szpitali i sanatorjów dla chorych na gruźlicę jest 26 z 1429 łóżkami. Poza tem na obszarze Województwa jest 11 szpitali Tymczasowego Wydziału Samorządowego w likwidacji, jeden szpital państwowy dla umysłowo chorych w Kobierzynie, 17 poradni przeciwgruźliczych i 16 przeciwjagliczych.

Po skończonych obradach uczestnicy zjazdu zwiedzili wzorowo urządzony i prowadzony dom noclegowy w Krakowie przy ul. Nadwiślańskiej 3 i szpital dla umysłowo chorych w Kobierzynie, gdzie objaśnień udzielał Dr. Stryjeński, naczelny lekarz szpitala.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Kieleckiego w Będzinie.

Wobec zarządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia), ażeby zjazdy lekarzy powiatowych odbywały się odtąd kolejno w większych miastach powiatowych, tegoroczny zjazd lekarzy powiatowych Woj. Kieleckiego odbył się w dniach 26 i 27 lutego w Będzinie.

Zjazd, na który przybyło 23 lekarzy powiatowych i miejskich, zagaił p. Wojewoda Korsak, podkreślając konieczność nasilenia akcji społeczno - zapobiegawczej, poczem Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz powitał Zjazd imieniem Rządu, wzywając lekarzy powiatowych i miejskich do niezwłocznego przystąpienia do energicznej akcji sanitarno - porządkowej, celem wykonania okólnika, p. Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju, oraz w związku z przewidywanemi wycieczkami osób, zwiedzających Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Ostromęcki wygłosił szczegółowo opracowany referat o stanie sanitarnym osiedli w oświetleniu inspekcyj sanitarno - porządkowych i przytoczył zarządzenia sanitarno - porządkowe Wojewody i Starostów.

Według sprawozdań, przedstawionych na zjazd przez lekarzy powiatowych i miejskich, sprawy szpitalnictwa i zapobiegania chorobom społecznym w Woj. Kieleckiem posunęły się w roku sprawozdawczym znacznie naprzód. Rozpoczęto między innemi budowę szpitala na 100 łóżek w Myszkowie (pow. Zawiercie), szpitala dla zakaźnych w Sandomierzu, pawilonów dla chorych zakaźnych przy szpitalach w Iłży i Olkuszu, odremontowano szpital w Częstochowie, zwiększono do 55 łóżek szpital dla gruźlicy kostnej w Siewierzu, a w szpitalu w Końskich urządzono nowoczesną pracownię chemiczno - bakterjologiczną.

W pow. będzińskim powstały trzy miejskie ośrodki zdrowia i jeden wiejski (w Czeladzi), w pow. częstochowskim dwa ośrodki w Kłobucku i Krzepicach, a w Sułoszowej (pow. olkuski) budują ośrodek zdrowia kosztem 85,000 zł. W Skarżysku - Kamiennem (pow. konecki) otwarto przychodnię przeciwgruźliczą przy specjalnej szkole dla dzieci jagliczych. Rozpoczęto budowę kąpieliska w Strzemieszycach (pow. będziński), zbudowano kąpielisko w Końskich, a w Kozienicach i Zawierciu uruchomiono wanny i natryski przy schronisku i szkole. Sejmik miechowski udzielił gminom po 3,000 zł. na budowę łaźni. W Sosnowcu, Radomiu i Zawierciu utworzono dla szkół bezpłatne gabinety dentystyczne.

Akcja sanitarno - porządkowa była prowadzona w dalszym ciągu z niesłabnącą energją i zrobiła duże postępy.

Następie Dr. Ostromęcki zaznajomił Zjazd z rezultatami walki z chorobami społecznemi w Woj. Kieleckiem, stwierdzając, że aczkolwiek w ciągu ostatnich lat walka ta znacznie posunęła się naprzód, tem niemniej nie stoi ona jeszcze na należytym poziomie. Postęp wyraża się mianowicie w tem, że w roku 1926 nie było ani jednej przychodni przeciwgruźliczej, a obecnie jest ich już 26; liczba przychodni przeciwjagliczych wzrosła w tym czasie z 1 do 31, a przeciwwenerycznych z 3 do 13.

Program drugiego dnia zjazdu nie mógł być całkowicie wykonany, gdyż wskutek zasp śnieżnych nie można było zwiedzić ośrodka zdrowia w Strzemieszycach i kopalni „Kazimierz". Ograniczono się do zwiedzenia łaźni i domu noclegowego w Sosnowcu i wzorowo urządzonego ośrodka zdrowia w Będzinie.

Dopełnienie do sprawozdania z II Polskiego Zjazdu przeciwrakowego.

„W sprawozdaniu ze Zjazdu (Nr. 16, str. 304) pominięto przypadkiem wiadomość o uruchomieniu fundacji im. Tyszkowskiego, zarządzanej przez Polską Akademję Umiejętności, a przeznaczonej w pierwszej linji na badania naukowe raka i chorób wenerycznych. Z tej dużej fundacji, jak podał na Zjeździe w sprawozdaniu z akcji przeciwrakowej w Krakowie prof. Ciechanowski, przyznał Komitet zarządzający fundacją w 2 ostatnich latach ponad 50.000 zł. na badania nowotworów osobom, pracującym na tem polu".

SPRAWY ZAWODOWE.

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

(Dokończenie).

XI. O obowiązkach lekarzy sanitarnych.

§ 91. Lekarze sanitarni, będący na służbie państwowej, lub komunalnej, winni poza lojalnościa w stosunku do instytucji, w której pracują i do przełożonej władzy, poświęcić całe swe wysiłki dla dobra zdrowia publicznego, pomnąc, że od ich racjonalnej pracy zależy zapobieganie chorobom zakaźnym i społecznym.

§ 92. Stawiając ludności liczne, a poniekąd uciążliwe wymagania, które nakłada obowiązek służbowy, lekarz winien wyczerpać wszelkie możliwe środki, aby skłonić ludność do wypełnienia jego żądań drogą rozumowania, pouczania, uświadamiania i skutecznej propagandy. Uciekanie się do usług policji i kierowa-

nie spraw do Sądów Koronnych, lub administracyjnych winien lekarz traktować jako ostateczną konieczność.

§ 93. W stosunku do interesantów winien lekarz sanitarny zachować uprzejmość i daleko posuniętą wyrozumiałość; jednak co do niezbędnych wymagań należy twardo stać na zajętem stanowisku, nie ulegając ani prośbom, ani też protekcjom i nie zrażając się przeciwnościami.

§ 94. W stosunku do kolegów obowiązują zatwierdzone przez Izbę Lekarską zasady deontologji lekarskiej.

§ 95. Obowiązkiem moralnym państwowych lekarzy sanitarnych jest należenie do związku lekarzy Rządowych Państwa Polskiego.

* * *

Opłaty za czynności lekarskie na terenie Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

(Uchwała Rady Izby z dnia 22. I. 1928 r. Wil. Dzien. Woj. Nr. 9, 30. VI. 1928 r. poz. 500, Pismo Wojewody Nowogr. Nr. 1781/zdr. z dnia 6. XI. 1928 r.).

§ 1. Lekarz, jako przedstawiciel wolnego zawodu, ma prawo w swojej prywatnej praktyce ustalać własne indywidualne normy wynagrodzenia za czynności zawodowe; o ile te normy są wyższe od norm zwyczajowych w danej miejscowości, lekarz powinien uprzedzić o tem swych chorych, względnie ich otoczenie.

Takie indywidualne normy nie dotyczą przypadków, o których jest mowa w art. 14 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

§ 2. W braku umowy ze stroną i w wypadkach sporu lekarzowi należy się wynagrodzenie według norm następnujących:

1) Za poradę w gabinecie lekarza w godzinach przyjęć, o ile porada trwa nie dłużej niż 30 minut w Wilnie 8 zł — w innych miejscowościach 6 zł.

2) Za porady wymienione w p. 1, o ile się one często powtarzają w celu drobnych zabiegów w Wilnie 5 zł — w innych miejscowościach 4 zł.

3) O ile porada trwa dłużej niż 30 minut, dolicza się do cen w p. 1 i 2 za każdy rozpoczęty kwandrans w Wilnie 4 zł — w innych miejscowościach 3 zł.

4) Za poradę w mieszkaniu chorego we dnie i w porze wyznaczonej przez lekarza w Wilnie 15 zł — w innych miejscowościach 10 zł.

5) Za każdą poradę w wypadkach w p. 4 udzieloną przez lekarza za jego zgodą innym członkom rodziny lub domownikom, w Wilnie 8 zł — w innych miejscowościach 6 zł.

6) Za poradę w mieszkaniu chorego natychmiastową na żądanie strony, w Wilnie 20 zł — w innych miejscowościach 15 zł.

7) O ile porada w mieszkaniu chorego wraz z drogą trwa dłużej niż 60 minut, dolicza się za każdy rozpoczęty kwandrans, w Wilnie 5 zł — w innych miejscowościach 4 zł.

8) Dla wszystkich konsultujących za udział w naradzie lekarskiej, w Wilnie 30 zł — w innych miejscowościach 20 zł.

9) Za wyjazdy do chorych zamiejscowych oblicza się za godzinę od chwili wyjazdu do chwili powrotu, w Wilnie 20 zł — w innych miejscowościach 15 zł.

Ponadto dolicza się koszt dorożek na stację kolejową oraz bilet kolejowy II klasy w obie strony; dalszych środków lokomocji udziela osoba wzywająca lekarza.

10) W porze nocnej czyli za czas od godz. 21 do 8 opłaty za czynności wymienione w pp. 1, 4, 6 i 8 są dwukrotnie wyższe, a wymienione w p. 9 wyższe o 50%.

11) Zabiegi położnicze:

a) Obecność lekarza przy porodzie normalnym w pierwsze 3 godziny, w Wilnie 75 zł — w innych miejscowościach 60 zł.

b) za każdą następną godzinę dolicza się, w Wilnie 15 zł — w innych miejscowościach 10 zł

c) za zabiegi mniejsze, jak np. wydobycie błon i szycie krocza (z wyjątkiem pęknięcia 3 stopnia) dolicza się, w Wilnie 30 zł — w innych miejscowościach 20 zł

d) za zabiegi średnie np. obrót płodu, zastosowanie kleszczy, szycie krocza przy pęknięciu 3-go stopnia, usunięcie łożyska sposobem wewnętrznym, dolicza się, w Wilnie 70 zł — w innych miejscowościach 50 zł

e) za zabiegi ciężkie, np. przzodowanie łożyska, wymóżdżenie, rozkawałkowanie płodu, dolicza się, w Wilnie 150 zł — w innych miejscowościach 100 zł

f) za cięcie cesarskie, w Wilnie 200 zł — w innych miejscowościach 200 zł.

12) Zabiegi chirurgiczne, ginekologiczne, okulistyczne, otolaryngologiczne i t. p.:

a) Za zabiegi małe, np. zastrzykiwanie roztworu fizjologicznego, wlewanie salwarsanu względnie innych leków, wlewanie leków do ropnia opadowego, niepowikłane usuwanie zębów, cewnikowanie, jednorazowe przepłukiwanie pęcherza, małe zabiegi na powiekach, niekrwawe usuwanie ciał obcych z ucha, nosa i t. p. w Wilnie 25 zł — w innych miejscowościach 15 zł

b) za zabiegi średnie jak np. wstawianie świeżych zwichnięć, usuwanie guzów zewnętrznych i inne drobne operacje chirurgiczne, operacje na powierzchni gałki ocznej i większe operacje na powiekach, operacje w jamie ustnej, nosowo - gardzielowej, w krtani i t. p. w Wilnie 75 zł — w innych miejscowościach 50 zł

c) za operacje duże, operacje na czaszce połączone z jej otwarciem, operacje na narządach wewnętrznych, resekcja stawów dużych, większe operacje nosowo - gardzielowe oraz za operacje wewnątrz gałki ocznej, w Wilnie 200 zł — w innych miejscowościach 200 zł.

13) Koszty materjałów opatrunkowych, środków leczniczych, znieczulających, odkażających i t. d. ponosi strona zwracająca się do lekarza w/g cen rzeczywistych.

14) W wypadkach wykonania jednocześnie kilku zabiegów na jednym chorym, wynagrodzenie określa się w/g normy przewidzianej dla zabiegu najpoważniejszego.

15) Opłaty za zabiegi wyszczególnione w pp. 11 i 12 tego § stanowią wynagrodzenie dla operującego; za asystę lekarską dolicza się $^1/_4$ część tych opłat dla każdego z asystujących lekarzy.

16) Za świadectwa lekarskie:

a) nie wymagające dłuższego badania chorego 10 zł

b) wymagające takiego badania 30 zł.

17) Za zabiegi roentgenowskie i elektroterapeutyczne:

a) prześwietlanie klatki piersiowej 10 zł

b) ortodiagrama serca 12 zł

c) prześwietlanie żołądka 20 zł

d) prześwietlanie przewodu pokarmowego 40 zł

e) zdjęcia mniejsze 15 zł

f) zdjęcia średnie 25 zł

g) zdjęcia duże 40 zł

h) naświetlanie powierzchowne 10 zł

i) naświetlanie głębokie 20 zł

j) elektryzacja 5 zł

k) djatermja 8 zł

l) lampa kwarcowa 3 — 5 zł

ł) wanna elektryczna 5 — 10 zł

m) wanna kwaso - węglowa 7 zł.

§ 3. Powyższe opłaty wymienione w pp. 1 do 16 włącznie § 2 nie mogą byc zastosowane w wypadkach:

a) jeżeli lekarz wykonywa czynności powyższe jako lekarz komunalny lub Kasy Chorych lub też na podstawie kontraktu czy też umowy,

b) jeżeli lekarz jest profesorem lub docentem jednego z uniwersytetów w Państwie Polskiem, w takim razie winien uprzedzić o wysokości swego honorarjum; o ile zaś tego nie uczyni i powstanie w następstwie tego nieporozumienie, to obowiązuje taksa, ustalona w cenniku lekarskim.

§ 4. Za dokonanie badań chemiczno - bakterjologicznych dla celów djagnostyki lekarskiej:

1) badanie jakościowe moczu ze zbadaniem mikroskopowem osadu 5 zł

2) ilościowa analiza moczu z podaniem ilościowych stosunków normalnych składowych części i badaniem moczu wymienionem w p. 1 15 zł

3) badanie moczu na cukier z badaniem na obecność ciał acetonowych 2,50 zł

4) bakterjoskopowe badanie moczu na gonokoki lub na gruźlicę 6 zł

5) badanie plwociny, wysięków, mleka na gruźlicę 6 zł

6) badanie kału mikroskopowe i chemiczne 12 zł

7) badanie kału na krew utajoną 5 zł

8) badanie kału na jajka robaków 5 zł

9) badanie włosów i łuski na grzybki 8 zł

10) badanie kamyków chemiczne ilościowe 10 zł

11) badanie nasienia mikroskopowe 6 zł

12) badanie płynów opłucnej, jamy brzusznej, mózgowo - rdzeniowego, torbieli, ropni opadowych i innych — cytologiczne i bakterjoskopowe 8 zł

13) badanie bakterjologiczne 15 — 20 zł

14) badanie krwi na anemję 15 zł

15) badanie na malarję, krętki tyfusu powrotnego oraz wydzieliny na krętki blade 8 zł

16) badanie krwi na leukocytozę 12 zł

17) odczyny aglutynacyjne we krwi:
a) na 1 szczep (np. tyfusowy) 15 zł
b) na 2 szczepy (np. tyfusowy, paratyfusowy) 18 zł
c) na 3 szczepy i więcej 20 zł
18) odczyn Wassermanna 15 zł
19) opadanie krwinek 8 zł
20) ilościowe i jakościowe określenie bilirubiny we krwi 10 zł
21) ilościowe określenie jednego ze składników normalnej krwi, jak kwas moczowy, azot pozabiałkowy, cukier, indykan, kreatynina, chlorki po 15 zł
22) za określenie ilościowe jednocześnie dwóch z wyżej wymienionych składników 25 zł
23) powyżej dwóch dolicza się od składnika 5 zł
24) badanie nalotu na dyfteryt:
a) mikroskopowe 6 zł
b) bakterjologiczne 15 zł
25) badanie histologiczne tkanek, nowotworów i t. p. 25 zł
26) przygotowanie szczepionek indywidualnych w ilości nie-mniej 20 ampułek 25 zł
27) w ilości mniejszej niż 20 ampułek 20 zł
28) mikroskopowe badanie mleka kobiecego lub krowiego z określeniem % tłuszczu 6 zł
29) powyższe badanie z badaniem osadu na gruźlicę 8 zł
30) badanie treści żołądkowej na czczo lub po próbnem śniadaniu 10 zł
31) badanie treści żołądkowej na czczo i po próbnem śniadaniu 15 zł
32) oznaczenie ilościowe pepsyny lub trypsyny w treści żołądkowej 5 zł
33) oznaczenie ilościowe trypsyny w kale 10 zł
34) pobranie materjału na mieście bez kosztów przejazdu 5 zł.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Cezary Onufrowicz.

Ś. p. Dr. Cezara Onufrowicza poznałem w Zurychu, dokąd przybył z Rosji, chroniąc się przed prześladowaniem władz rosyjskich.

Dzięki wybitnej inteligencji i zaletom charakteru, prawdziwie męskiego, zajął Dr. O. odrazu, wśród studjującej w Zurychu młodzieży polskiej, przodujące stanowisko. Stał się serdecznym doradcą i przyjacielem swych młodszych kolegów, którzy w chwilach rozterek duchowych lub chorobie chętnie zwracali się do Niego o pomoc i radę. Przez cały szereg lat studjów uniwersyteckich Zmarły był prawdziwym opiekunem młodzieży polskiej na obczyźnie.

Pomimo, że przebywał dłuższy czas w Rosji, nie stracił On nic z miłości dla Ojczyzny.

Jakby przeczuwając i wierząc, że siła, sprawność fizyczna i wyszkolenie wojskowe przydadzą się młodzieży polskiej w przyszłych jej walkach o niepodległość, zorganizował Zmarły w Zurychu towarzystwo gimnastyczne Sokół, w którem krzewiąc karność i dyscyplinę — sam prowadził lekcje gimnastyki i ćwiczenia w strzelaniu — i w tym celu wypożyczał broń od Szwajcarów. Ażeby nadać temu Towarzystwu charakter prawdziwej polskości sprowadził z Krakowa z tutejszego Sokoła umundurowanie o barwach narodowych dla członków tego Towarzystwa. Pracę w Sokole polskim w Zurychu traktował Dr. O. z nadzwyczajnym zamiłowaniem.

Po ukończeniu medycyny w Zurychu wraca ś. p. Dr. O. do Rosji w celu nostryfikowania swego dyplomu. Tam rozpoczyna pracę w zawodzie lekarskim, lecz wkrótce ciężko zapada na zdrowiu i dopiero po kilku latach — już po powrocie do Polski — tu, w Krakowie, odzyskuje dawne siły i zdrowie.

Obejmuje wówczas kierownictwo zakładu, założonego pierwotnie dla dzieci nerwowych — instytucji o charakterze społecznym.

Podczas wojny i w okresie powojennym zakład ten znajdował się w bardzo trudnych warunkach materjalnych — do tego stopnia, że nieraz nie było co dać jeść chorym.

Dzięki jednak energji i przezorności ś. p. Dr. O. zakład przetrwał czasy najgorsze i rozwinął się w ostatnich latach tak dalece, że dziś zdobył sobie uznanie w szerokich kołach społeczeństwa, a także zaufanie i poparcie wśród lekarzy.

Zmarły był całkowicie oddany zakładowi, prowadził go konsekwentnie i wytrwale, był istotnym lekarzem chorych dusz swych pacjentów, spędzał z nimi dnie całe, podtrzymywał ich na duchu, umacniał i oddziaływał dodatnio na ich charakter. Wielu korzystało z Jego bezinteresownej pomocy. Toteż pacjenci otaczali Go głęboką i serdeczną wdzięcznością.

* * *

Ze względu na Swą gruntowną wiedzę, a z drugiej strony na objektywność w sądach Zmarły był poważany przez kolegów.

Miał umysł wszechstronny. Poza wiedzą lekarską interesowała Go filozofja, psychologja, sztuki piękne, literatura.

W Swych podróżach po świecie przyswoił Sobie kilka języków zachodnio - europejskich, także wschodnich i wszystko cokolwiek bardziej wartościowego ukazywało się z tych dziedzin, czytał w oryginale. Sprowadzając te dzieła, powiększał Swoją bibljotekę, która jest bodaj jedną z najbogatszych prywatnych bibljotek naukowych w Polsce.

Znany był też dobrze wśród kolegów jako esteta i miłośnik książki. Do wiedzy ludzkiej, do nauki odnosił się z nadzwyczajnym pietyzmem. Dbał oto, ażeby każda Jego książka miała odpowiednią do swej wartości szatę. Przebywając we Włoszech nauczył się introligatorstwa i w chwilach wolnych sam oprawiał Swe książki wprost artystycznie.

* * *

Poza temi zaletami umysłu Dr. O. posiadał przebogate skarby duszy. Na pierwszy rzut oka sprawiał On wrażenie człowieka surowego, ale surowym był tylko dla Siebie, dla innych miał serce czułe i kochające. Cechowała Go wielka wrażliwość uczuć rodzinnych i dobroć serca. Interesował się losem bliźnich, odnosił się do nich bez uprzedzeń, cieszył się z ich powodzenia i nigdy nikomu nie zazdrościł. Przywiązywał się po przyjacielsku do ludzi, z którymi obcował i można powiedzieć, że kochał Swoich pacjentów, współpracowników i służbę. Każdy w zetknięciu się z Nim odczuwał Jego życzliwość dla siebie. Wogóle kochał On ludzkość całą.

* * *

Ś. p. Dr. O. był gorącym patrjotą, była to dusza na wskroś polska, głęboko przywiązana do Swej Ojczyzny. Kochał wszystko co polskie. Radością i dumą napełniały Go przejawy postępu i rozwoju w ostatniem 10-leciu Polski.

Niezwykła prawość charakteru, absolutna prawdomówność, Jego sumienność, słowność, punktualność były tak wybitne i tak powszechnie znane, że zbyteczne jest bliżej je omawiać lub specjalnie podkreślać — był to człowiek pod względem charakteru czysty jak kryształ, a siłę woli miał spiżową.

Przez śmierć ś. p. Dr. O. bolesną stratę ponosi krakowski świat lekarski, zakład osierocony przez Niego, pacjenci i przyjaciele.

Kochany, Drogi, Wierny Przyjacielu! Jakkolwiek opuściłeś nas i odszedłeś w zaświaty, to jednak dusza Twoja jasna przyświecać nam będzie zawsze. Za wszystko coś dobrego uczynił, zachowamy Cię w naszych sercach.

Cześć Twojej pamięci!

J. Piltz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jak najszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. W piątek 10 maja, godz. 20.30 odbyły się ostatnie tegorocznej serji odczyty. Dr. Zdzisław Reich z Truskawca. Podstawy leczenia zdrojowego w Truskawcu. Dr. St. Sroczyński, lekarz zakładowy. O zdrojowisku inowrocławskiem.

Państwowa Szkoła higjeny. W czasie od dnia 14 do 31 maja Państwowa Szkoła Higjeny organizuje cykl odczytów z Higjeny Społecznej dla kobiet, których działalność zawodowa lub społeczna ma styczność z zagadnieniami zdrowia publicznego.

Odczyty w liczbie 15 zostaną wygłoszone w Państwowej Szkole Higjeny przez prelegentów-specjalistów i dotyczą spraw ruchu ludności, umieralności niemowląt, dietetyki, wychowania higjenicznego, wychowania fizycznego, higjeny pracy, walki z ostremi chorobami zakaźnemi oraz walki z chorobami społecznemi jako to: gruźlica, choroby weneryczne i alkoholizm.

W ostatnim odczycie Dr. W. Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego ujmie zagadnienie zdrowia publicznego z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego.

Polskie Tow. Medycyny Społecznej w Warszawie, wystosowało do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Memorjał w sprawie ograniczeń paszportowych na wyjazd zagranicę Polski następującej treści:

Wprowadzenie w Polsce wysokiej opłaty za otrzymanie pozwolenia na wyjazd za granicę uznano przed szeregiem lat za zarządzenie chwilowe, spowodowane kryzysem finansowym w Państwie. Obywatele składali ofiary ze swego mienia dla ratowania zachwianej równowagi finansowej Państwa, nie protestowali przeciwko wysokim podatkom i zgodzili się na ograniczenie swobody swoich ruchów dla dobra Ojczyzny.

Zarządzenie Ministerstwa co do ograniczenia wyjazdów za granicę, mające jakoby zapobiec wywożeniu pieniędzy z Polski przez mniej uobywatelnioną część ludności, uznano pohopnie za celowe, nie śmiano protestować uważając, je za chwilowe aż do przejścia kryzysu. Tymczasem kryzys minął, równowagę ustalono, ale zarządzenia nie cofnięto. Okazuje się, że czynnikom miarodajnym łatwiej było ograniczenie wprowadzić, niż je cofnąć. Wysoce krępujące ograniczenie wyjazdów za granicę dla obywateli trwa, pomimo, iż władze uznały za możliwe zredukować opłatę do 250 zł. za pasport zagraniczny, zamiast poprzedniej opłaty w kwocie 500 zł.

Obywatele zapytują zupełnie słusznie, w jakim celu pobierana jest tak wysoka opłata? Czy ma ona ratować finanse kraju, czy też ma w dalszym ciągu zapobiegać wywożeniu pieniędzy za granicę?

Z opłaty pasportowej wpływa suma nikła, nie mającą żadnego znaczenia dla finansów Państwa. Pieniądze za granicę można nie tylko wywozić, ale nawet zupełnie jawnie wysyłać przez banki lub pocztą. Równowaga bilansu nie zależy od sum, wywożonych za granicę, lecz od importu i eksportu towarów. Bilans będzie ujemny, jeżeli import będzie przewyższał eksport, nawet wtedy, gdyby ani jeden obywatel za granicę nie wyjeżdżał. Wyjazdy obywateli za granicę nie mają żadnego wpływu na stan bilansu państwowego.

Natomiast obywatelom dzieje się krzywda. Odcięcie Polski od reszty krajów Europy zachodniej pociąga za sobą obniżenie jej poziomu kulturalnego. Motyw, przytaczany na usprawiedliwienie tego anachronizmu, że wolne i nieskrępowane wyjazdy będą klęską dla uzdrowisk polskich, które mogą się rozwijać tylko pod powyższą protekcją rządową, nie wytrzymuje krytyki. Przedeszystkiem kilka lat tłustych w naszych uzdrowiskach nie wpłynęły bynajmniej na usunięcie krzyczących braków i nieporządków pod względem higjeniczno-sanitarnym, napełniały one tylko kieszenie hotelarzy, żerujących na tłumnie pod przymusem stłoczonych kuracjuszach, i pozwalały im za zebrane pieniądze użyć na Riwierze i błogosławić tak dla nich korzystne zarządzenie.

A zresztą nie chodzi tu o kuracjuszów tylko, ale i o zdrowych, a zwłaszcza o inteligencję pracującą, która na zbytki, ani wysokie opłaty pasportowe pieniędzy niema, a odczuwa pragnienie wyjazdu do obcych krajów dla zaspokojenia swych aż nadto zrozumiałych potrzeb umysłowych i duchowych.

Kraj nasz, niestety, nie dorywnywa pod względem urządzeń społecznych i kulturalnych krajom zachodu. To też obywatele Polscy, którzy umysłem i apiracjami przewyższają swe otoczenie, wytężają swój wzrok w świat szeroki, powinni więc mieć możność jak najczęstszego trafiania do środowisk prawdziwej kultury — ci ludzie, ci pracownicy umysłowi, technicy, prawnicy, nauczyciele, a zwłaszcza lekarze, niezasobni materjalnie, a zasobni duchem, z powodu utrudnień pasportowych cierpią najbardziej. Za drobne oszczędności uciułane ze skromnych uposażeń, chcieliby spędzić wakacje w kraju, który znają z opisu, a stoją im na przeszkodzie wysokie opłaty, które pochłaniają znaczną część przeznaczonych na wyjazd pieniędzy.

W zarządzeniu powiedziano, że pasporty ulgowe w cenie 20 zł mają być wydawane osobom, wyjeżdżającym na Kongresy w celach naukowych i w celach leczniczych; tymczasem uzyskiwanie pasportu ulgowego związane jest z takiemi trudnościami i zachodami, że lekarze wprost im podołać nie mogą, a ulgowy dwudziestozłotowy pasport kosztuje w sumie do 100 zł, jeżeli doliczyć do ceny wszystkie inne ciężary; a pomimo to zaznaczyć należy, że nie wszyscy, mający prawo do takich pasportów, pasporty ulgowe uzyskują; na zeszłoroczny zjazd międzynarodowy przeciwgruźliczy w Rzymie odmówiono pasportów ulgowych 100 petentom na tej zasadzie, że jak twierdziło Ministerstwo Skarbu, już dosyć pasportów wydano na ten zjazd. A znany nam jest także przypadek odmówienia pasportu ulgowego znanym w Warszawie gastrologom, wybierającym się na zjazd lekarski do Karlsbadu, na tej zasadzie, że zjazdy w Karlsbadzie nie mają wartości naukowej. Koroną zaś wszystkiego była odpowiedź, dana przez Ministerstwo Oświecenia Publicznego lekarzowi, pragnącemu wyjechać na kursy dokształcające w Wiedniu, że medycyna w Wiedniu tak nisko stoi, że na naukę do Wiednia jeździć nie warto, wobec czego pasportu się odmawia. Odpowiedź ta szybko rozniosła się po zagranicy i zwłaszcza w Wiedniu wzbudziła zrozumiałą senzację.

Zapowiedziana obecnie zniżka ceny pasportu z 250 do 125 złotych sytuacji nie zmieni, gdyż suma ta wciąż jest jeszcze za wysoka, zwłaszcza, gdy doliczy się do niej resztę opłat, i, jak zaznaczono na wstępie, jest niesłuszna i bezcelowa.

Wszak już przedstawiciele naszego rządu wypowiedzieli się na terenie Ligi Narodów za zniesieniem zarówno ograniczeń pasportowych, jak i obowiązku wizowania pasportów. Chodzi tu więc o upór pewnych tylko sfer, utrzymujący się tak długo wskutek bierności ogółu.

Polskie Towarzystwo Medysyny Społecznej, które już niejednokrotnie występowało z protestem do pism i memorjałami do Władz, zwraca się do Izby Lekarskiej o podjęcie energicznych starań w celu zapewnienia lekarzom zupełnej swobody w wyjazdach zagranicę.

Prezes: *Dr. K. Dłuski.* Sekrearz: *Dr. W. Knappe.*

Kraków.

Skorowidz Lecznictwa. Dowiadujemy się, że już w najbliższym czasie rozpocznie się wysyłka uzupełnień „Skorowidza", które obok dwóch dalszych działów klinicznych, a mianowicie: chirurgji i psychoterapji obejmować będą szereg prac z zakresu organoterapji, leczenia witaminami, surowicami, środkami radjoaktywnemi, promieniami rentgena, diatermją i t. d., ponadto szereg kart nowszych specyfików, uzupełnienia dotychczasowych działów klinicznych i t. d. i t. d.

W ten sposób spodziewać się można iż przez ciągłe doskonalenie tego nader praktycznego wydawnictwa, którego już pierwszy nakład spotkał się z nadzwyczaj przychylnem przyjęciem lekarzy - praktyków, stworzone będzie dzieło, będące rzeczywiście nowoczesnem kompedjum praktycznej wiedzy lekarskiej.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 26 kwietnia b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. A. Chwalibogowski: a) Stenosis pulmonalis congenita u dziecka 8-letniego (pokaz): b) Lymphogranulomatosis maligna u dziecka 4-letniego (pokaz). — 2) Kol. K. Czyżewski: Pancreatitis chronica exacerbans (pokaz). — 3) Kol. H. Szusterówna: a) Megacolon congenitum u 8-tyg. oseska (pokaz), b) Choroba Jakscha-Hayema u 11-miesięcznego dziecka (pokaz), c) Nerki torbielowato zmienione wagi po 1700 — 1800 gramów (pokaz). W dyskusji zabierali głos kol.: Ziembicki, Ziemilski, Penzias, Pisek, Barącz i Nowicki.

Wolne posady lekarskie. Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Żabiem i Kosowie w powiecie Kosowskim są do obsadzenia stanowiska lekarzy okręgowych.

Bliższe informacje można uzyskać w Wydziale powiatowym w Kosowie, tudzież z pisma, umieszczonego na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej we Lwowie, ul. Zyblikiewicza 23.

Poznań.

Wydział lekarski T. P. N. w Poznaniu. W sobotę, dnia 20 kwietnia 1929 roku o godzinie 20.15 odbyło się w Klinice Chorób Dziecięcych U. P. (ul. Marji Magdaleny 3) wspólne Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. oraz Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego z następującym porządkiem dziennym: 1) Pokazy. — 2) Prof. K. Jonscher: Z epidemji odry. — 3) Dr. J. Zeyland i Dr. E. Piasecka - Zeylandowa: Wyniki 50 badań pośmiertnych dzieci szczepionych zapomocą B. C. G.

Sprawozdanie

Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji

za rok 1928.

Rok sprawozdawczy był 61-szym istnienia Towarzystwa, które obchodziło też razem z Tow. Lekarskiem Lwowskiem wspólny jubileusz w dniu 7-go lipca 1928, opisany w Pol. Gaz. Lek. (r. 1928, str. 589—594). Towarzystwo lekarskie Lwowskie wyłoniło się bowiem ze wspólnej macierzy w 10 lat po jej powstaniu. Z pośród zmarłych członków wspomieć należy ś. p. Dra Moszkowicza, wielce zasłużonego działacza na terenie Izby Lekarskiej lwowskiej, ś. p. Dra Kubisztala, członka Rady Zawiadowczej i delegata sekcji stanisławowskiej, ś.p . Doc. Dra Morawskiego, dyrektora szpitala w Kobierzynie oraz Dra Herwicha w Rudniku.

Cześć ich pamięci!

Ogólna ilość członków zwyczajnych, wynosiła 548.

Praca naukowa spoczywała w sekcjach: towarzystwie lek. Krakowskiem, Lwowskiem i sekcji jarosławskiej, inne okazywały mniejszą w tym kierunku żywotność.

Opieka nad majątkiem i legatami fundacyjnemi daje corocznie dużo pracy Radzie Zawiadowczej. Przedwojenne papiery wartościowe zostały ostatecznie zwaloryzowane i uzyskana ogtówka, oczywiście bardzo skromna, została umieszczona na książeczkach oszczędności. Zdrojowisko i majątek Morszyn powoli, ale stale podnoszą się. Zakładowi leczniczemu, wydzierżawionemu przez Sp. Akc. Zdroje Polskie, przybył gustowny pawilon przeznaczony na pijalnię wód. Prywatni przedsiębiorcy wystawili kilka większych domów dla kuracjuszy. Rada Zawiadowcza uzyskała kosztem 1200 zł plan nowego zakładu zdrojowego na nowoczesną miarę, położonego po przeciwnej stronie od dworca kolejowego, tuż obok zdroju „Bonifacego“ Dzięki zabiegom kol. Dr. Lipskiego, uzyskaliśmy bezpłatny plan meljoracyjny folwarku, sporządzony siłami inżynierskiemi Tymcz. Wydziału Samorządowego, tak, że w jesieni 1929 r. przystąpimy do najpilniejszych robót drenarskich. Zalesienie zniszczonych połaci lasu postępuje, a wyrąb starodrzewu, prowadzony bardzo ostrożnie, daje normalne dochody.

W roku sprawozdawczym zaczęły się też prace po raz pierwszy powołanej Komisji zdrojowej. Zaczęto od ustalania w terenie granic ochrony górniczej i sanitarnej. Bardzo skromne spodziewane dochody tej komisji nie pozwalają na podejmowanie, przynajmniej na razie, większych inwestycyj.

Dochód ze soli Morszyńskiej, gorżkiej i kąpielowej oraz z wody gorżkiej, wyrażający się kwotą 4% brutto od sprzedaży produktów, dokonywanej przez „Zdroje Polskie“, rośnie co roku dzięki popularyzowaniu się tych znakomitych produktów. Stanowi on też dziś główne źródło zasilków wypłacanych 34 wdowom po lekarzach, członkach Towarzystwa. Folwark dopiero po zdrenowaniu da poważniejszy dochód, a las po dojściu do rębności sekcyj wyciętych na szereg lat przed wojną na pokrycie kosztów nowych, murowanych łazienek, które są żelaznym kapitałem zdrojowiska. Część starodrzewia koło zdrojów stanowi rezerwat dla ochrony zdrojów i do zużytkowania na park dla planowanego drugiego zakładu, którego założenie czeka tylko na potrzebne kapitały inwestycyjne.

Rada Zawiadowcza odbyła w roku sprawozdawczym 5 posiedzeń plenarnych, szereg konferencyj z dzierżawcami Zdrojowiska i folwarku; członkowie jej wyjeżdżali wielokrotnie do Morszyna w sprawach gospodarczych. Stronę prawną zastępuje syndyk Towarzystwa.

Szczególne podziękowanie należy się Inspektorowi Lasów Państwowych p. inż. J. Szmydowi za bezinteresowną a gorliwą opiekę nad lasem.

A. Sabatowski	*R. Rencki*	*W. Nowicki*	*W. Koskowski*
Sekretarz Rady	Prezes Rady	Wiceprezes	Skarbnik

CZŁONKOWIE RADY ZAWIADOWCZEJ:

K. Bocheński. A. Domaszewicz, R. Hinze, † S. Kubisztal, T. Lenartowicz, K. Lipski, J. Misiński, M. Świtalski, J. Zasowski.

LWÓW

Wykaz członków Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji za rok 1928.

Dr. Aleksiewicz Józef — Dr. Aleksiewiczowa Zofja — Dr. Allerhand Henryk — Dr. Andruszewski Mieczysław — Dr. Atlasowa Elżbieta.

Dr. Balikówna — Dr. Bałłaban Teodor — Prof. Dr. Barącz Roman — Dr. Bardach Teofil — Prof. Dr. Beck Adolf — Dr. Bednarski Adam — Dr. Bednarz Józef — Dr. Berlstein Jakób — Dr. Bełtowski Jan — Dr. Bett Maksymiljan — Dr. Blumenfeld Antoni — Prof. Dr. Bocheński Kazimierz — Dr. Breiter Rudolf — Dr. Brill Marcin — Dr. Budzanowski Kazimierz — Dr. Burakówna Stanisława — Dr. Bühn Stanisław.

Dr. Chrapek Zygmunt — Dr. Chwalibogowski Jerzy — Dr. Ciepielowski Władysław — Prof. Dr. Cieszyński Antoni — Dr. Czabanówna Franciszka — Dr. Czaczkowski Józef — Dr. Czernecki Wincenty — Dr. Czeżowska Zofja — Dr. Czyżewski Kazimierz — Dr. Cybulska Ewa.

Dr. Damański Ernest — Dr. Dąbrowski Józef — Dr. Danielski Zygmunt — Dr. Daum Ludwik — Dr. Dawidowicz Emil — Dr. Demianowski Andrjan — Dr. Demianowska Marja — Dr. Dobrzański Antoni — Dr. Doliński Eugenjusz — Dr. Domaszewicz Aleksander — Dr. Duczymińska Stanisława — Dr. Dybowski Władysław — Dr. Dębicki Józef.

Dr. Ehrlich Dawid — Dr. Ehrlich Edmund — Dr. Elmer Władysław — Dr. Epler Roman.

Dr. Falkiewicz Antoni — Dr. Falkiewicz Tadeusz — Dr. Fels Izrael — Dr. Flunt Władysław — Dr. Feinkel Adam — Dr. Fox Jan — Prof. Dr. Franke Marjan — Dr. Füllenbaum Lola.

Dr. Gabel Wilhelm — Dr. Gaczoł Rudolf — Prof. Dr. Gajewski Stefan — Prof. Dr. Gąsiorowski Napoleon — Dr. Gemski Wilhelm — Dr. Gemska Marja — Dr. Gluziński Lesław — Dr. Goldschlag Fryderyk — Dr. Gorczyński Henryk — Dr. Gorczyński Ludwik — Dr. Grabowski Witold — Dr. Graf Józef — Prof. Dr.

Grek Jan — Prof. Dr. Gröer Franciszek — Dr. Gröeblowa Augustyna — Dr. Goertz Jerzy — Dr. Gracka-Czyżewska — Dr. Graf Marceli — Dr. Gruca Adam — Dr. Grzędziński Władysław.

Prof. Dr. Halban Henryk — Dr. Hermelin Eljasz — Dr. Hescheles Izydor — Dr. Hilarowicz Henryk — Dr. Heil Juljan — Prof. Dr. Hołobut Teofil — Dr. Hołodyński Jerzy — Dr. Hornung Janusz.

Dr. Jaeger Izak — Dr. Jakubowski Karol — Dr. Janiczek Rudolf — Dr. Janik Alfred — Dr. Jankowski Jan — Dr. Jankowski Wiktor — Dr. Janusz Wiktor — Dr. Jarocki Adam — Dr. Jonas Maksymiljan — Dr. Jonasowa Teresa.

Dr. Ingardenowa Marja.

Pułk. Dr. Kamiński Zygmunt — Dr. Kasparek Juljan — Dr. Kanczyński Klemens — Dr. Kielanowski Bolesław — Dr. Krzyżanowski Jerzy — Dr. Krzyżanowski Kalikst — Dr. Kochaj Jan — Dr. Kotiers Zdzisław — Dr. Kogutowa Anna — Prof. Dr. Koskowski Włodzimierz — Dr. Kmietowicz Franciszek — Dr. Krzemiński Izydor — Dr. Konstantin Eugenjusz — Dr. Kolońska Wiktorja — Dr. Kuhl Karol — Dr. Kuhn Adolf — Gen. Dr. Kuryłowicz Stefan — Dr. Krasowska Marja — Dr. Królikiewicz Kazimierz.

Dr. Lachowicz Zdzisław — Dr Lachmund Adam — Dr. Landes-Leinerowa — Dr. Lateiner Emil — Dr. Lehm Samuel — Dr. Lenko Zenon — Dr. Lewicki Stanisław — Dr. Lenartowski — Dr. Lenartowski — Prof. Dr. Lenartowicz Jan — Doc. Dr. Leszczyński Roman — Dr. Liebhardt Stanisław — Dr. Lenczowski Józef — Dr. Limanowski Józef — Dr. Lipiński Witold — Dr. Lipski Kazimierz — Dr. Laskowski Stanisław — Dr. Lilien Norbert — Dr. Lorjowa Marja — Dr. Ludwig Stanisław.

Prof. Dr. Machek Emanuel — Dr. Madejewski Walery — Dr. Magońska Klara — Dr. Mahl Gustaw — Dr. Mańkowski — Prof. Dr. Marischler Juljusz — Prof. Dr. Markowski Józef — Prof. Dr. Markowski Zygmunt — Dr. Margulies Maksymiljan — Dr. Mazanek Ignacy — Dr. Mehrer Franciszek — Dr. Meisels Samuel — Dr. Meisels Emil — Dr. Mikiewiczówna Anna — Dr. Mikołajski Szczepan — Dr. Mikuliński Janina — Dr. Mierzecki Henryk — Prof. Dr. Moraczewski Wacław — Dr. Mossor Stanisław — Dr. Mravinčsies Edmund — Dr. Musiał Albin — Dr. Münzer Jakób.

Dr. Naróg Franciszek — Dr. Najsarkówna Irena — Prof. Dr. Nowicki Witold — Dr. Notz Juljusz.

Dr. Oberländer Samuel — Dr. Olszewski Kazimierz — Dr. Opieński Jan — Prof. Dr. Ostrowski Tadeusz — Dr. Ostrowski Stanisław — Dr. Ostrowski Stanisław — Dr. Owiński Jakób.

Dr. Pańczyszyn Maurycy — Dr. Penzias Maurycy — Dr. Pisek Wilhelm — Dr. Pohorecki Andrzej — Or. Podsoński Władysław — Dr. Pokrzywka Henryk — Dr. Popławski Zdzisław — Dr. Popielska Helena — Dr. Pilewski Oskar — Dr. Piotrowski Karol — Doc. Dr. Progulski Stanisław — Dr. Ptaszek Ludwik.

Dr. Quest Robert.

Dr. Reichenstein Marek — Doc. Dr. Reiss Wiktor — Dr. Reizes Dawid — Prof. Dr. Rencki Roman — Dr. Rajtmaszowa-Byk Sydon. — Dr. Rodziński Ryszard — Prof. Dr. Rothfeld Jakób — Dr. Rubin Aron — Dr. Ruff Salomon — Dr. Ruebenbauer Henryk — Dr. Rychłowski Zbigniew.

Doc. Dr. Sabatowski Antoni — Dr. Salpeter Michał — Dr. Sawicka Henryka — Dr. Seidler Maksymiljan — Dr. Selzer Jakób — Dr. Selzer Marcin — Prof. Dr. Sieradzki Włodzimierz — Dr. Serbeński Walerjan — Doc. Dr. Sochański Henryk — Prof. Dr. Sołowij Adam — Dr. Sołtysik Adam — Dr. Skrowaczewski Paweł — Dr. Spalke Zygmunt — Dr. Schneider Natan — Prof. Dr. Schramm Hilary — Dr. Słonecki Michał — Dr. Schusterówna Helena — Prof. Dr. Szymonowicz Władysław — Dr. Szymonowicz Jerzy — Dr. Szumowski Kazimierz — Dr. Staruszkiewicz Oktawia — Dr. Stauber Salomon — Dr. Scheuzing Herman — Dr. Stefek Emil — Dr. Stobiecki Zygmunt — Prof. Dr. Steusing Zdzisław — Dr. Strzelecka-Arnoldowa — Dr. Świtalski Mieczysław — Dr. Świątkiewicz Michał.

Dr. Tennebaum Salomon — Dr. Tomanek Zdzisław — Dr. Tomaszewski Józef — Dr. Tumidajski Juljusz — Dr. Tyszka Kazimierz.

Dr. Wachnianin Miron — Dr. Walichewicz Tadeusz — Dr. Węgłowski Roman — Dr. Węgłowska Eugenja — Dr. Wein Henryk — Dr. Weksler Emil — Dr. Węgrzynowski Lesław — Dr. Wernicki Kazimierz — Dr. Wiślański Kazimierz — Dr. Wepperówna Zofja — Dr. Wojciechowska Aniela — Doc. Dr. Wiczyński Tadeusz — Dr. Wolf Aron — Dr. Wysocki Józef.

Dr. Zabłocki Stanisław — Dr. Zakreys Franciszek — Prof. Dr. Zalewski Teofil — Dr. Zakrzewski Józef — Prof. Dr. Zakrzewski Aleksander — Dr. Zakrzewska Józefa — Dr. Zorski Bronisław — Gen. Dr. Zieliński Ignacy — Dr. Ziembicki Witold — Dr. Ziemilski Benedykt — Dr. Zgórski Kazimierz — Dr. Zion Oswald — Dr. Zwilling Edgar.

KRAKÓW

Wykaz członków Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji za rok 1928.

Dr. Ackermann Adam — Dr. Adamowicz — Dr. Ameisen Fryderyka — Dr. Aronsohn Juljan — Prof. Dr. Artwiński Eugenjusz.

Dr. Bamet Arnold — Prof. Dr. Baurowicz Aleksander — Dr. Dr. Bielerowa Regina — Dr. Binzer — Dr. Bielewski Adolf — Dr. Birkenfeld Adolf — Dr. Birnbaum Aurelja — Dr. Blasberg Maksymiljan — Dr. Bobak Antoni — Dr. Bobkowska-Czerwińska — Dr. Boczar Stanisław — Dr. Breyer Stanisław — Dr. Brudzewski Karol — Dr. Brzezicki — Dr. Budzyński Kazimierz — Dr. Bujak Władysław — Prof. Dr. Bujwid Odo.

Dr. Cetnarowski Edward — Dr. Chłopicki Włodzimierz — Dr. Chudyk Juljan — Prof. Dr. Ciechanowski Stanisław — Dr. Cikowski — Dr. Cybulski Teodor — Dr. Czapnicki Henryk.

Dr. Dłuski — Dr. Drobner-Jurowiczowa — Dr. Dybowski Tadeusz — Dr. Dziuba.

Dr. Eisenberg Filip — Dr. Engländer Bernard — Dr. Epstein Maurycy.

Dr. Feliks Józef — Dr. Friedman Ludwik — Dr. Frommer Wiktor — Dr. Fuchs Leon.

Prof. Dr. Gądzikiewicz Władysław — Dr. Gieszczykiewicz Marjan — Dr. Glaser Henryk — Dr. Glassner Roman — Dr. Glatzel Jan — Prof. Dr. Godlewski Emil, honor. — Dr. Godlewski Marjan — Dr. Gogólski Józef — Dr. Golgart Leon — Dr. Gólski Stanisław — Dr. Gołąb Jan — Dr. Gottlieb Henryka — Dr. Grossfeld Henryk — Dr. Grudzewski Adam — Dr. Grünhut Bernard — Dr. Grzybowski Grzegorz — Dr. Gutfreund.

Dr. Habicht Kazimierz — Dr. Hachbeit Bronisław — Dr. Hladij Michał — Dr. Horowitz Lila — Dr. Heller.

Dr. Jakobsohn Leopold — Dr. Jangustyn Stanis.aw — Dr. Junger Jakób.

Prof. Dr. Kader Bronisław, honor. — Dr. Kaplicki Mieczysław — Prof. Dr. Korczyński Ludomir — Dr. Keller Tadeusz — Dr. Klasa — Prof. Dr. Klecki, honor. — Dr. Kluger Władysław — Dr. Knorek Jan — Dr. Komorowski Bolesław — Dr. Korabczyńska — Dr. Korolewicz Bolesław — Dr. Kosiński Mieczysław — Prof. Dr. Kostanecki Kazimierz, honor. — Dr. Kostecki Jan — Dr. Kostrzewski Józef — Dr. Kotulski Ludwik — Dr. Kowenicki Walery — Dr. Kramaczyński Adam — Dr. Krókiewicz Antoni — Dr. Krudowski — Dr. Kunicki Ryszard — Dr. Kupczyk Bernard — Dr. Kwaśniewski Augunst, honor.

Dr. Lachs Jan — Dr. Landau Ada — Dr. Landau Jan, sen. — Dr. Landau Rafał — Dr. Landau Maurycy — Prof. Dr. Latkowski Józef — Dr. Latocha Leon — Dr. Laub Abraham — Dr. Lauer Aleksander — Dr. Lemkiewicz Michał — Prof. Dr. Lewkowicz Ksawery.

Dr. Łapiński Stanisław — Dr. Łopaciński Michał — Dr. Łukaszczyk Franciszek.

Dr. Maciąg Adam — Dr. Macieszyna Sabina — Dr. Majewicz Edmund — Prof. Dr. Majewski Kazimierz, honor. — Dr. Malkiewicz Zdzisław — Dra. Malinowski Gustaw — Dr. Marcjaniak Franciszek — Dr. Markowa Ada — Dr. Masny Ignacy — Dr. Maczewski — Prof. Dr. Maydell Ernest — Dr. Maziarski Stanisław — Dr. Medyński Władysław — Dr. Merunowicz Tadeusz — Dr. Merz Alfred — Dr. Miszona Krzysztof — Dr. Miodoński — Dr. Müller.

Dr. Nartowski Mieczysław — Dr. Niewola — Prof. Dr. Nowak Juljan, honor. — Dr. Nowicki Stanisław — Dr. Nüssenfeld Józef.

Prof. Dr. Olbrycht Jan — Dr. Orszacki Aleksander — Dr. Owsiński Józef.

Dr. Pachoński Antoni — Dr. Pawlas Tadeusz — Dr. Piątkowski Juljusz — Dr. Pilecki Łazarz — Prof. Dr. Piltz Jan — Dr. Piotrowski Tymoteusz — Dr. Pisarski Tadeusz — Dr. Pisek Henryk — Dr. Podlęski — Dr. Pogonowski Bolesław — Dr. Późniak Stanisław — Dr. Praetzel Gustaw — Dr. Pelczar.

Dr. Radwańska Wanda — Dr. Rec Wojciech — Dr. Reiner Otmar — Dr. Reich — Dr. Reiss — Dr. Remin Stanisława — Dr. Rogalski Tadeusz — Dr. Rosenhauch — Prof. Dr. Rosner Aleksander, honor. — Prof. Dr. Rutkowski — Dr. Rybicki — Dr. Rychliński — Dr. Rzegociński Bolesław.

Dr. Szancerowa Barbara — Dr. Sas Adolf — Dr. Schenker Ignacy — Dr. Schmiedt Józef — Dr. Schoengut-Strzemiński — Dr. Schönberg Emil — Dr. Schuldenfrei Marja — Dr. Ściesiński Kazimierz — Dr. Sędzielowski — Dr. Seńkowski Michał, honor. — Dr. Siedlecki — Dr. Sikorski Stanisław — Dr. Sikorska Amelja — Dr. Sikorska Helena — Dr. Skróczewski Witold — Dr. Służewski Kazimierz — Dr. Sochacki Władysław — Dr. Sokołowski — Dr. Sołtysik Józef — Dr. Spira-Sewinger — Dr. Spira Józef — Dr. Spiss Marja — Dr. Stankiewicz Wiktor — Dr. Sternbach Wiktor — Dr. Stopczański Jan — Dr. Streka Roman — Dr. Stryjeński — Dr. Surzycki Józef — Dr. Świerz Witold — Dr. Syrop Jakób — Dr. Szczeklik Edward — Dr. Szlank Józef — Dr. Słonczka — Dr. Szancenbach Jan — Dr. Sztencel Władysław — Prof. Dr. Szumowski Władysław — Dr. Szymonowicz Józef — Dr. Szwarcbart Dr. Skowroński.

Prof. Dr. Tempka Tadeusz — Dr. Trzebicka Stefanja — Dr. Wachtel Zygmunt — Dr. Wachtel Henryk — Dr. Walkowski Jan — Dr. Walter Franciszek — Dr. Wander Leon — Dr. Wassenberg Paulina — Dr. Wassenberg Dora — Dr. Weinberg Jakób — Dr. Weissglas Wilhelm — Dr. Wielska Hildgarda — Dr. Wilczyński Ludwik — Dr. Wiśniewski Józef — Dr. Wojciechowski — Dr. Wojewski Stanisław — Dr. Wysocki Piotr — Dr. Wróblewski Wincenty — Dr. Welfe.

Dr. Zakrzewski — Dr. Zamorski — Dr. Ziarko Jan — Dr. Zieliński Marcin — Dr. Zieliński — Dr. Zubrzycki Jannuary.

PROWINCJA

Wykaz członków Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji za rok 1928.

Dr. Ameisen Maurycy, Nowy Sącz — Dr. Bielecki Ignacy, Rymanów — Dr. Brzeziński Edmund, Zakopane — Dr. Chorόbski Stanisław, Sambor — Dr. Chuderski Franciszek — Dr. Ciepelowski Kazimierz, Kolbuszowa —D r. Czaplicki Zdzisław, Zakopane — Dr. Dadlez Juljan, Rawa Ruska — Dr. Dwernicki Stanisław, Borysław — Dr. Dziewoński Władysław, Kęty — Dr. Feldman Marek, Jarosław — Dr. Ferensiewicz Michał, Stanisławów — Dr. Fleszar Jan, Łańcut — Dr. Fürbek Leon, Tarnów — Dr. Fischer, Jarosław — Dr. Gabryszewski Tadeusz, Zakopane — Dr. Gawlikowski Stanisław, Złoczów — Dr. Giełczyński Wiktor, Nadwórna — Dr. Gnoiński Michał, Limanowa — Dr. Górski Ksawery, Krynica — Dr. Glücksman Stanisław, Świątniki górne — Dr. Grzegorzewski, Jarosław — Dr. Gutt Jan, Stanisławów — Dr. Händel Anzelm, Jarosław — Dr. †Hernich Franciszek, Rudnik n. Sanem, — Dr. Herzig Samuel, Sanok — Dr. Hintze Roman, Rzeszów — Dr. Jaszczy Franciszek, Nowy Sącz — Dr. Jung Adolf, Brody — Dr. Jüngs Wacław, Borynia — Dr. Kowenicki Adam, Jasło — Dr. Kos M., Przemyśl — Dr. Kubisztal Stanisław, Stanisławów — Dr. Krok, Przeworsk — Dr. Kozłowski Bronisław, Drohobycz — Dr. Lic Henryk, Brzozów — Dr. Loevy Alojzy, Nisko — Dr. Łowczowski Wiktor, Wojnicz — Dr. Maciejewicz Stefan, Sokal — Dr. Morawski Karol, Zakopane — Dr. Misiński Jan, Stryj — Dr. Natler Wiktor, Frysztak — Dr. Ozłowski Stanisław, Ulnów — Dr. Pajączkowski Włodzimierz, Sanok — Dr. Pelczar Zenon, Drohobycz — Dr. Porajewski Jan, Sanok — Dr. Porycki Bronisław, Bukaczowce — Dr. Puzon Roman, Jarosław — Dr. Pilcer Herman, Tarnów — Dr. Ramer Salomon, Sanok — †Dr. Rawski Tadeusz, Rozdół — Dr. Rieser Adolf, Chrzanów — Dr. Rosberger Salo, Jarosław — Dr. Sawicki Antoni, Kańczuga — Dr. Ślósarczyk Antoni, Oświęcim — Dr. Silberstein Józef, Czchów — Dr. Skórski Włodzimierz, Żywiec — Dr. Smyczyński Ignacy, Przeworsk — Dr. Soniewicki Teodor, Stary Sambor — Dr. Spanbauer Karol, Sucha — Dr. Spatz Maurycy, Jarosław — Dr. Szymanek Zdzisław, Nowy Sącz — Dr. Tarnawski Apolinary, Kosów — Dr. Tokarski Feliks, Jedlicze — Dr. Trzaskowski Juljan, Jarosław — Dr. Vinzens Aleksander, Peczeniżyn — Dr. Zarzycki Emanuel, Krynica — Dr. Zaranek Stanisław, Nowy Sącz — Dr. Zaleski Karol, Sanok — Dr. Zasowski, Jarosław — Dr. Zbigniewicz Jan, Tarnów — Dr. Zieliński Edward, Nowy Sącz.

Zestawienie rachunków
Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji

Przychody z dniem 31 grudnia 1928 **Rozchody**

Przychody

Saldo z roku 1927 . . . . zł		15.419·15
P.K.O.	4.729·50	
Lokaty	10.171·96	
Kasa w Morszynie	517·69	
Dochody Morszyn		32.833·01
Wkłady Członków:		4.421·60
Tow. Lekarskie Lwów	2.100·—	
„ „ Kraków: za II półr. 1927 . . . 1.055·60, za I kwartał 1928 . 750	1 805·60	
Tow. Lekarskie Prowincje . .	516·—	
Dary Członków:		1 379·38
Lwowskie Tow. Lek.	203·50	
Prof. Dr. Roman Rencki	1.175·88	
Wylosowane efekt. kupony i odsetki od lokat:		8.588 68
Wylosowane efekta	2.622·37	
Kupony od pap. wart.	1.357·79	
Odsetki od wkładek i lokat . . .	1.381·82	
Nadzwyczajne: real. Obl. Marj. Moravji	3.226·70	
		62·641·82

Rozchody

Rozchody Morszyn . . . . zł		6.514·45
Pensje Wdów i Sierót		10.550·—
Zapomogi Wdów i Sierót		2.350·—
Wydatki:		1.187·75
Płace i remuneracje	900·—	
Przybory kancel.	37·49	
Portorja i nal. P.K.O.	105·17	
Druki	49·72	
Opłaty depozytowe	95·37	
Skup papierów wartościowych		16 677 38
Pozostałość z dn. 31 grudnia 1928 w gotówce:		25 362·14
P.K.O	10 023·98	
Ks. wkład.	13 042·27	
Bank G. Kraj.	2.269 —	
Kasa Morszyn	26·99	
		62·641 82

Zestawienie rachunków
Fundacji Stillerów MORSZYN

Przychody z dniem 31 grudnia 1928 **Rozchody**

Przychody

I. Dochody z dzierżawy: zł		16.450·91
Folwarku w Morszynie	4.481·16	
Zdroju i przetworów zdrojowych .	10.321·75	
Polowania	648·—	
Gajówki	1.000·—	
II. Dochody z lasu:		16.382 10
Sprzedaż drzewa	15.394·80	
Produktów leśnych i gałęzi . . .	987·30	
		32.833·01

Rozchody

I. Inwestycje i konserwacje: zł		2.315·38
Bud. werandy i piwnic w gajówce .	929·38	
Koszty planów niwel. i salin. . .	1 386·—	
II. Koszty robót leśnych:		1.491·98
Robocizna	622·98	
Pniakowe	869·—	
III. Administracja:		1.619 53
Płace gajowych i dep.	1.279·—	
Opłata kasy chorych	155·04	
Przybory kancel.	36·65	
Porto, ogłoszenia	45·98	
Drobne wydatki	102 86	
IV. Podatki, nal. skarb. i ubezp. asek.		1.087·56
Gruntowy zł 705·90; Drogowy „ 395·69 — 1.101·59; Zwrot dzierżawców . . . 352·15	749·44	
Ubezp. budynk. i gajówki od ognia	338·12	
Nadwyżka		26.318·56
		32.833·01

Wykaz Depozytów i Lokat
Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji

per 31 grudnia 1928

	Wartość w złotych		
	skonwertow. nominalna	kurs	kursowa
A			
I. Depozyt zach. Nr. 2978 w Banku Gosp. Kraj. Lwów			
4% Oblig. Banku Krajowego	1.651·50	50·—	825·75
4½% „ „ „	295·60	54 —	159 66
4% Listy zastawne Banku Krajowego	2.655 36	59·—	1.576·66
4½% „ „ „ „	73.20	60·—	43·92
4% Oblig. kolej. Banku Krajowego	1.924. —	46· —	885·04
4% Listy zastawne Akc. Banku Hipotecznego	10.350.—	53· —	5·485·50
4½% „ „ „ „ „	100·—	58·—	58·—
4% „ „ Tow. Kred. Ziemskie	4.000·—	53 —	2.120·—
4% Pożyczka Gminy miasta Lwowa r. 1896	3.150·—	50·—	1 575·—
4% „ „ „ „ r. 1890	4 875·—	50 —	2 437 50
4% „ „ „ „ r. 1911	6.375·—	50·—	3.187 75
5% Pożyczka konwersyjna	812 —	66 —	535·92
	36 261·66		18 880·70
4% Pożyczka Inwestycyjna (krajowa) szt. 25	2.500·—	105	2 625·—
8% Listy zastawne Tow. Kred. Z. 16½ letnie $ 300·—		90·—	2.397·60
razem $ 300·—	38.761·66		23 903·30
II. Dep. Nr. 3337 w Banku Gospodarstwa Krajowego			
Fundusz Śp. Dr. Adolfa Lukasa			
4% Listy zastawne Tow. Kred. Ziemskie	7.000·—	53·—	3.710·—
4% Pożyczka Gminy miasta Lwowa z roku 1896	150·—	50·—	75·—
4% Listy zastawne Akcyjnego Banku Hipot.	050·—	53·—	503·50
8% Listy zastawne T. K. Z. 16½ letnie $ 300·—		90·—	2.397·60
$ 300·—	8.100·—		6 686·10
III. Depozyt Nr. 1217 w Banku Gospodarstwa Krajowego			
Zapis Śp. Dr. Józefa Barzyckiego			
4% Obl. komunalne Banku Gospodarstwa Krajowego	2.477·25	50·—	1.237·62
4% Listy zastawne „ „ „	645·40	59·—	380·79
4½% „ „ „ „ „	91·50	60·—	54·90
4% Listy zastawne Akc. Banku Hipotecznego	600·—	53·—	318·—
4½% „ „ „ „ „	100·—	58·—	58·—
4% Obl. kolej. arcks. Karola K 2.800	—	—	—·01
4% Listy zastawne Tow. Kred. Ziem.	200·—	53·—	106·—
1 Los serbski tytoniowy fr. 10·—	—	12·70	12·60
5% Pożyczka konwersyjna	4·—	66·—	2.64
	4.118·15		2.170·56
IV. Depozyt w Sądzie Cywil. Lwów L. cz. A. V. 2/14 / 160			
Masa spadkowa Śp. Dr. A. Lukasa			
4% Pożyczka gminy miasta Lwowa 1896 K 1.000·—	150·—	50·—	75·—
V. Zapis Śp. Dr. Adolfa Lukasa			
w przechowaniu Prof. Dr. Renckiego			
a) 4% Pożyczka gminy miasta Lwowa 1896 K 30.000·—	4.500·—	50·—	2.250·—
Fundusz Dr. Niedźwieckiego			
b) 1 Los turecki fr. 400·—			57·85
c) 15 szt. akc. Polskie Zdroje á zł 10·—	150·—		—·01
			2.307·86
Fundusz wzrastający: (do $ 2.000·—)			
Prof. Dr. Romana Renckiego			
8% Listy zastawne Tow. Kred. Ziem. 16½ letnie $ 1.100			8.791·20

ZESTAWIENIE:

I	$	300·—	zł	38.761·66	zł	23.903 30
II	$	300 —	„	8.100·—	„	6.686 10
III	fr	10·—	„	4.118·15	„	2 170·56
IV			„	150·—	„	75·—
V	fr	400·—	„	4.650.—	„	2·307·86
VI	$	1.100·—	„	—	„	8.791·20
			zł	55 779·81		
	$	1.700·—			zł	8.791·20
	fr	410 —			„	35 142·82
					zł	43.934·02

B

Wykaz książeczek wkładkowych przechowanych u Prof. Renckiego

I	Nr. 226965 ulokow. na ks G. K. O.	Dochody z lasu . . . à 8.88	$ 1.410·43	zł	12.524·62
II	„ 24551 „ „ „ „	Gartenberg (kaucja) . . .		„	60 17
III	„ 106111 „ „ „ „	Polskie zdroje (kaucja) . .		„	467·48
			$ 1 410·43	zł	13.042 27

Stan Majątku

Towarzystwa Lekarzy Polskich b. G.

z dniem 31 grudnia 1928

I. Fundusze dyspozycyjne Tow.		25 362·24
Gotówka:		
Kasa Morszyn . . . . zł	26·99	
P. K. O. . . . . „	10 023 98	
Lokaty:		
na ks. wkładkowych . . . . $ 1410·43 . . . . . . „	13.042·27	
zł 517·65 . . . . . . „		
Banki:		
Bank Gosp. kraj. Rk czek Nr 2594 . . . . „	2.269·—	
II. Funduusze wieczyste:		185.142·82
a) **Fundacja Stillerów w Morszynie** . . . . „	150.000·—	
b) **Papiery wartościowe** n. wart. wedle wykazu . . . . „	35.142 82	
III. Fundusz tworzący się:		8.791·20
fund. Prof. Romana Renckiego deklarowany do n. wart. $ 2000·— . . . $ 1100·— . . . . „		
		219.296·26

a) Zestawienie porównawcze obrotów Tow. Lekarzy Polskich b. Galicji

Przychody **z dniem 31 grudnia w latach 1924 — 1928** **Rozchody**

	1924	1925	1926	1927	1928	Obrót 1924/1928
1 Morszyn	3.998·12	5.952·22	11·703·99	12.141·54	32.833·01	66.628·88
2 Tygodnik lekarski . . .	95·97	540·—	—	—	—	635·97
3 Wkłady Członków . . .	—	1.831·60	5.002·—	4.494·—	4.421·60	15.749·20
4 Dary Członków	69·17	272·45	457·—	132 08	203·50	1.134·20
5 Dar Prof. Renckiego .	5.161·87	1.428·08	2.040·89	401·76	1.175·88	10.208·48
6 Wylos. walory, kupony i odsetki od lokat . .	—	—	—	6.286·65	8.588·68	14.875·33
7 Saldo z roku ubiegł. . .	144·35	3.075·85	645·24	5.405·73	15.419·15	24.690·32
	9.469·48	13.100·20	19.849·12	28.861·76	62.641·82	133.922·38

	1924	1925	1926	1927	1928	Obrót 1924/1928
1 Morszyn	3.948·10	3.535·37	3.520·81	2.503·83	6.514·45	20.022·56
2 Tygodnik lekarski . . .	—	931·48	—	—	—	931·48
3 Pensje Wdów i Sierot	1.591·67	5.300·—	9 300·—	9 525·—	10.550·—	36.266 67
4 Zapomogi Wdów i Sierot	822·22	1 375·—	675·—	675·—	2.350·—	5.897·22
5 Skup efektów	—	—	—	—	16.677·38	16.677·38
6 Administracja	31 64	1.313·11	947·58	738·78	1.187·75	4.218·86
7 Pozostałość z końcem roku administr. . . .	3.075·85	645·24	5.405.73	15.419·15	25.362·24	49 908·21
	9.469·48	13.100·20	19.849·12	28.861·76	62.641·82	133.922·38

b) Zestawienie porównawcze obrotów Fundacji śp. Stillerów w Morszynie

Przychody **z dniem 31 grudnia w latach 1924 — 1928** **Wydatki**

	1924	1925	1926	1927	1928	Obrót 1924/1928
1 Dzierżawy:						
folwarku	1.945·27	1.536·80	5.459·52	3.525·—	4.481·16	26.947·75
zdroju i przetwor. . .	1.014·53	2.152·96	4.111·98	4.305·23	10.321·75	21.906·45
polowań	242·34	480·—	522·—	612·—	648·—	2.504·34
kąpieli słonecz.	—	—	—	300·—	—	300·—
gajówki	—	480 —	366·50	600·—	1.000·—	2 446·50
2 Dochody z lasu . . .	795·98	1.302·46	1.243·99	2 498·01	16.382·10	22.222 54
3 Różne	—	—	—	301·30	—	301·30
	3.998·12	5.952·22	11.703 99	12.141 54	52 833 01	66.628·88

	1924	1925	1926	1927	1928	Obrót 1924/1928
1 Inwenstycje i konserw.	3.304·75	1.038·43	263 32	48·50	2.315·38	6.970·38
2 Roboty w lesie	204·17	644·43	426 87	360·35	1.491 98	3.127·80
3 Wydatki i płace	236 94	637 21	2 064·35	1.302·85	1.619·53	5.860·88
4 Podatki, nal. skarb. i ubezpiecz.	56·55	620·05	623·57	792·13	1·087 56	3.179·86
5 Koszta prawne	145·69	595·25	142·70	—	—	883 64
6 Nadwyżka	50·02	2.416 85	8.183·18	9.637·71	26.318 56	46.606·32
	3.998·12	5.952·22	11.703·99	12.141·54	31.833·01	66 628·88

Ze świata.

Organizacja higjeny Ligi Narodów. (Podkomisja rzeczoznawców do badania radjoterapji raka). Pierwsze, przygotowawcze zebranie podkomisji rzeczoznawców do badania radjoterapji raka odbyło się 18 i 19 czerwca 1928 r. Prezes Komisji do badania raka, Sir George Buchanan, „Senior Medical Officer" w Ministerstwie Higjeny Wielkiej Brytanji, brał również udział w tem zebraniu.

Podkomisja ta składa się z następujących radjologów i ginekologów:

Profesora Cl. Regaudal dyrektora oddziału terapeutycznego fundacji Curie, Instytut Radowy, Paryż (Prezes).

Dra C. Comyns Berkeleya, dyrektora „Middlesex Cancer Charity Hospital" (oddział ginekologiczny).

Profesora Doederleina, dyrektora kliniki ginekologicznej w Monachjum.

Profesora W. Lahma, dyrektora laboratorjum naukowego kliniki ginekologicznej w Kemnitz.

Profesora van Rooya, dyrektora kliniki ginekologicznej Uniwersytetu w Amsterdamie.

P. R. Ferrouxa, szefa oddziału terapeutycznego fundacji Curie, Paryż.

Profesora Voltza, klinika ginekologiczna w Monachjum.

Rzeczoznawcy powołani do ankiet:

Dr. Janet E. Lane-Claypon, przydzielony do „Departamental Cancer Comittee" Ministerstwa Higjeny, London.

Nieobecni:

Profesor G. Forssell, Radiumhemmet, Sztokholm.

Dr. Heyman, Radiumhemmet, Sztokholm.

Profesor Pestalozza, dyrektor kliniki ginekologicznej w Rzymie.

Podkomisja ta powstała na skutek sprawozdania, przedstawionego Komitetowi Higjeny przez Komisję do badania raka w maju z. r. Sprawozdanie kładło nacisk na potrzebę zebrania informacyj, dotyczących metod leczenia radem i otrzymanych tą drogą rezultatów; informacje te winny pochodzić z rozmaitych źródeł.

Prócz tego Prezes Komisji do badania raka rzucił myśl, aby Podkomisja uwzględniła następujące punkty:

1) ilość radu, będącego do dyspozycji,

2) ewentualne scentralizowanie radu w każdym kraju do użytku mniejszych klinik i lekarzy wolno-praktykujących, o ile to zostało uznane za potrzebne,

3) wzór księgi jaką należy prowadzić w celu porównania wyników otrzymanych w różnych krajach, po mniej więcej pięcioletniej obserwacji od czasu rozpoczęcia leczenia.

Podkomisja rozpatrzyła najpierw szczegółowo rodzaj informacyj, jakie należałoby zebrać i źródła, do których należałoby się zwrócić.

Uznano za potrzebne rozpisać ankietę na pokaźną serję (w znaczeniu liczebnem) przypadków raka macicy i otrzymać informacje o każdym poszczególnym przypadku. Serja ta będzie podzielona jak następuje, zależnie od zastosowanej metody leczenia:

1) leczenie radem,

2) leczenie promieniami X,

3) połączone leczenie radem i promieniami X.

Brane będą pod uwagę tylko te przypadki, w których leczenie ukończone zostało przeszło trzy lata temu i pacjentka nadal pozostawała pod obserwacją; prócz tego jednak będą musiały być dostarczone statystyki, dotyczące wszystkich przypadków, obserwowanych w klinikach, biorących udział w ankiecie.

Podkomisja ustanowiła szczegóły informacyj, które należy zebrać, i poleciła Sekretarjatowi Organizacji Higjeny przygotowanie niezbędnych wzorów formularzy i t. d. Dr. Lacassagne (Paryż), profesor Voltz (Monachjum) i dr. Heyman (Sztokholm) przyrzekli swą pomoc w tej pracy przy współudziale dr. J. E. Lane-Claypona, któremu poruczono ankiety techniczne potrzebne do osiągnięcia tego celu. Ta sama grupa reczoznawców pomagać będzie przy zbieraniu i klasyfikowaniu otrzymanych odpowiedzi.

Wybór klinik i nstytucyj, do których Podkomisja ma się zwrócić, ograniczony został przedewszystkiem do tych, które posiadają dostatecznie duże doświadczenie, a o współpracę ich Podkomisja starać się będzie bądź bezpośrednio, bądź za pośrednictwem administracji sanitarnych lub innych właściwych organizacyj narodowych.

Zważywszy, że kilka ważniejszych klinik przeciwrakowych i ginekologicznych wyraziło już życzenie współpracy w ankiecie, której znaczenie praktyczne i bogate perspektywy uznają, jest nadzieja, że można będzie zebrać natychmiast potrzebne informacje. Istnieje zamiar, przedstawienia otrzymanych wyników Komisji pod postacią sprawozdania, a następnie ich ogłoszenia. Wybrane kliniki i instytucje będą proszone o przyjęcie systemu rejestracji, który im zostanie zaproponowany aby umożliwić następnie porównanie międzynarodowe; będą jednak również wszystkie proszone o zreasumowanie swych własnych obserwacyj i opinij w sprawie skuteczności leczenia radjologicznego w sposób, który same uznają za najlepszy, aby komisja mogła wyciągnąć stąd wnioski. Sama ankieta winna ograniczać się do raka macicy (szyja i trzon macycy), jednak wiadomości dodatkowe, dotyczące innych ginekologicznych lokalizacyj raka, mogą również być dostarczone dla studjów specjalnych.

Co się tyczy pewnych zagadnień szerszej natury, związanych ze srprawą leczenia radjologicznego raka macicy, to Prezes Podkomisji profesor Regaud, podniósł szereg rozważań, które zostały przyjęte przez Podkomisję po dyskusji ogólnej; wskazują one najważniejsze drogi, któremi należy kierować przyszłe dyskusje, a we właściwym czasie powinny one stanowić przedmiot ścisłych wskazówek dla Komisji Higjeny w związku z późniejszą publikacją. Wśród rozważań tych znajdują się następujące punkty:

1) propaganda wśród publiczności i lekarzy w celu osiągnięcia wczesnego rozpoznania, jak również i wczesnego i właściwego leczenia raka macicy,

2) powiększenia liczby poradni,

3) organizacja służby do analizy drobnowidowej, w celu zapewnienia wczesnego rozpoznania,

4) wskazówki, mające na celu zorganizowanie właściwego leczenia,

5) wskazówki, mające na celu wyekwipowanie radjoterapeutyczne klinik,

6) niedogodności leczenia ambulatoryjnego,

7) wskazówki do zaprowadzenia właściwych statystyk,

8) wskazówki do badań naukowych, szczególnie dogodnych.

Komisja zarejestrowała również, jako mogącą stanowić przedmiot ankiety, kwestję ilości radu, będącego do dyspozycji; podkreśliła także potrzebę otrzymania autoratywnej opinji w sprawie korzyści i niedogodności wydawania radu lub emanacji radu szpitalom i lekarzom praktykom.

Redakcja otrzymała:

M. Zachert: „Nasz arsenał dla zwalczania jaglicy". Odb. z Warsz. Czas. lek. nr. 12, z r. 1929.

Annals of The Pickett Thomson Research Laboratory, St. Paul's hospital Eudell Strret, London W. C. 2. Vol. IV, Part I and II, November 1928 and April 1929 „The Pathogenic Streptococci". An historical survey of their rôle in human and animal disease.

Mikulowski W.: „O zespole „Wiatra południowego" u oseska". Odb. z Nowin lekarskich, zeszyt V z r. 1929.

Mikulowski Wl.: „Przyczynki do mechanizmu krwotoków kiszkowych w durze brzusznym". Odb. z Nowin lekarskich, zeszyt VI, z r .1929.

Mikulowski W.: „Das Aufflackern der Lues bei Kindern". Odb. z Monatschrift für Kinderheilkunde, Band 43.

Mikulowski Wl.: „Contribution a la clinique de la tuberculose fermée chez les enfants". Odb. z Archives de médecine des enfants, Tome XXXII, nr. 4, Avril 1929.

Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu higjeny Uniw. Jag. 1927 i 1928 r. Dyrektor Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz.

Lorentowicz L.: „O kierunku zachowawczym lecznictwa ginekologicznego'. Odb. z „Ginekologji Polskiej", tom VII, zeszyt 10—12, rok 1928.

Skorowidz Lecznictwa, wydany pod redakcją Prof. Uniw. Jag. Dr. L. Korczyńskiego.

M. Zachert: „Przyczynek do historji organizacji walki z jaglicą w Polsce". Odb. z mies. Zdrowie nr. 4 z r. 1929.

M. Zachert: „Statistique du trachome en Pologne". Odb. z Revue du trachome nr. 1 Janvier 1929.

Piotrowski K.: „Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löflera dolnych dróg oddechowych". Odb. z Pedjatrji Polskiej, tom VIII, zeszyt 6 — 1928.

Bücher der ärztlichen Praxis, wyd. firmy Julius Springer — Wien 1929: Band 14, Kollert: „Komatöse Zustände — Band 15, Liebesny: „Diathermie, Heissluft und künstliche Höhensonne".—Band 16, Engelmann: „Einführung in die Ortopädie für den praktischen Arzt".—Band 17, Fröschels: „Sprach und Stimmstörungen".

Wl. Judym: „Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej". Wyd. Polsk. Tow. Wydawniczego, Warszawa 1929.

W. Kopaczewski: „Physico-chimie des eaux minérales". Paris, Gauthier-Villars et Cie, 1929.

Nr. 21. 26. maja 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Leczenie moczówki prostej pituitryną i vasopressyną na drodze podskórnej i donosowej *).

Z Oddziału Wewn. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prymarjusz Doc. Dr. W. Czernecki.

Pośród wszystkich środków leczniczych w moczówce prostej wyciągi tylnego płata przysadki okazały się najbardziej skuteczne. W małym odsetku (5% wedle Marañon'a) leczenie pituitryną zawodzi. Sądzimy, że przypadki te należały albo do grupy t. zw. pragnienia pierwotnego *(polidipsja primaria)*, rozpoznawanej mylnie jako moczówka prosta, które — jak wiadomo — często nie oddziaływują dostatecznie na leczenie pituitrynowe; albo były istotnie przypadkami prawdziwej moczówki prostej, których jednak patogeneza opierała się nie tyle na zmniejszonej czynności płata tylnego przysadki, ile zajęciu jąder przemiany wody i soli w międzymóżdżu, które jako schorzałe nie ulegają uczuleniu przez hormon tylnego płata przysadki, jak na to zdaje się wskazywać opisany przez nas wspólnie z Kędzierskim1) przypadek moczówki prostej objawowej.

Ale i w tych przypadkach moczówki prostej, które dobrze oddziaływują na leczenie pituitryną, leczenie takie natrafiało do niedawna na duże trudności. Leczenie moczówki wymagało dotychczas stosowania pituitryny na drodze podskórnej, które w niektórych przypadkach musiało się 4-ro — 5-ciokrotnie dziennie powtarzać. Oczywiście, że takie wielorazowe wstrzykiwanie nie jest tylko sprawą niewygodności dla chorego, ale w niektórych przypadkach może pociągnąć za sobą ujemne następstwa, jak spowodowanie bezmoczu, czy podnoszenie parcia krwi, które w przypadkach połączonych z miażdżycą naczyń krwionośnych nie jest obojętne, wówczas takie leczenie nie da się *à la longue* przeprowadzić. Gdyby pituitryna wywierała swoje działanie na drodze doustnej, możnaby było oczywiście tych następstw uniknąć. Niestety działanie to na tej drodze zawodzi prawie z reguły.

To też za wielką zasługę należy poczytać Blumgartowi2), który pierwszy w r. 1922 wykazał na swoim przypadku moczówki prostej, że pituitryna wywiera swoje pełne działanie nietylko na drodze podskórnej ale też i donosowej. Wielką zaś zasługą Rathery'ego i jego współpracowników Marie i Maximin3) było to, że zastosowali pituitrynę w proszku do zażywania donosowego (Blumgart używał pituitryny w płynie) i polecili ten sposób jako metodę zasadniczą leczenia moczówki prostej. A. i L. Choay4) zalecają również zażywanie donosowe pituitryny w proszku, zaznaczając jednak, że w przypadkach moczówki, idących z wielomoczem przekraczającym 20 litrów na dobę, jest ono leczeniem tylko wspomagającem wstrzykiwania pituitryny. Adlersberg i Porges5) a ostatnio Nothman6), Baráth i Borbély7) również podnoszą korzystne działanie pituitryny stosowanej donosowo w postaci proszku. Tyle odnośnie do prób poczynionych nad działaniem donosowem pituitryny w moczówce prostej.

Mniej więcej w tym samym czasie kiedy robiono i kontynuowano próby nad działaniem donosowem pituitryny w proszku, Kamm i jego współpracownicy Aldrich, Grote, Rowe i Bugbee8) donieśli zeszłego roku o wielkiem swem odkryciu a mianowicie o wyodrębnieniu z pituitryny dwóch hormonów t. j. vasopressyny i oksytocyny. Hormony te znajdują się w przysadce w bardzo małej ilości, wystarczy zaznaczyć, że z przysadek 200-u wołów można uzyskać tylko 50 mg vasopressyny i 15 mg oksytocyny. Vasopressyna charakteryzuje się bardzo silnem działaniem przeciwmoczopędnem, podnoszeniem wybitnem parcia krwi oraz działaniem na przewód pokarmowy, brak jej jest natomiast działania na macicę, które wywiera natomiast drugi hormon t. j. oksytocyna, nieposiadająca zaś wyżej wymienionych własności vasopressyny. (Oksytocyna znalazła już zastosowanie w klinice ginekologicznej (Bourne i Burn).

*) Wedle odczytu wygłoszonego w Lwowskiem Tow. Lekarskiem dnia 12. IV. 1929 r.

Gargle, Giligan i Blumgart9) poczynili pierwsze i jedyne zresztą dotychczas doświadczenia kliniczne nad vasopressyną w moczówce prostej. Stwierdzili oni na dwóch przypadkach moczówki prostej silniejsze działanie vasopressyny od pituitryny, i przekonali się, że vasopressyna, podobnie jak i pituitryna stosowana w tamponach, działa korzystniej na drodze donosowej, niźli podskórnej.

Badania nasze oparliśmy na dwóch przypadkach moczówki prostej i jednym przypadku pragnienia pierwotnego. Miały one na celu wykazać czy i jakie działanie wywiera pituitryna stosowana donosowo oraz porównać działanie vasopresyny z działaniem pituitryny. Do wstrzykiwań podskórnych pituitryny posługiwaliśmy się wyciągami płata tylnego przysadki w roztworze (Spiess, Parke-Davis, Roche, Häusler). Do stosowania zaś donosowego używaliśmy pituitryny w proszku pod postacią tabaczki, sporządzonej na podstawie naszych wskazówek przez Zakłady Przemysłowe Spiessa, którym wyrażamy na tem miejscu nasze najgoretsze podziękowanie.

Tabaczka ta zawiera 0,05 grama wyciągu (około 15 jednostek międzynarodowych) i kwas borny jako domieszkę. Dlatego używaliśmy kwasu bornego jako domieszkę, ponieważ nie można stosować samej pituitryny w tak małej ilości, przyczem kwas borny posiada tę zaletę, że będąc sam łatwo rozpuszczalnym, ułatwia wchłanianie się hormonu, a jako słaby kwas ani nie działa niszcząco na hormon, ani nie drażni błony śluzowej nosa. Tabaczka jest zamknięta w ampułkach, aby tak szybko się nie psuła. Jako vasopressyny używaliśmy preparatu wytwórni Parke-Davis (pod nazwą „Pitressin"), której również dziękujemy za przysłanie nam dostatecznej ilości próbek.

Odnośnie do techniki stosowania pituitryny w proszku, zaznaczamy, że jest ona prosta. Chorzy zażywali jej z tabakiery anatomicznej, po połowie zawartości ampułki do każdego otworu nosowego, w odstępach 2—3 godzinnych, przyczem jedną ampułkę zostawiali sobie na noc, aby po obudzeniu się, wskutek pojawienia się pragnienia ją zażyć i móc resztę nocy spokojnie przespać. Stosowanie pituitryny i vasopressyny w tamponach donosowych uskuteczniališmy w ten sposób, że cienko rozpostartą watę napajaliśmy roztworem pituitryny czy vasopressyny i wprowadzaliśmy przy pomocy zgiętej pincety między muszlą dolną a przegrodą nosową, tak, aby przylegała ona na jak największej powierzchni; tampony pozostawialiśmy przez 1—6 godzin i odnawialiśmy je kilka razy dziennie.

W końcu należy zaznaczyć, że przypadki nasze pozostawały przez cały czas na jednostajnej diecie, szczególnie pod względem zawartości soli i białka.

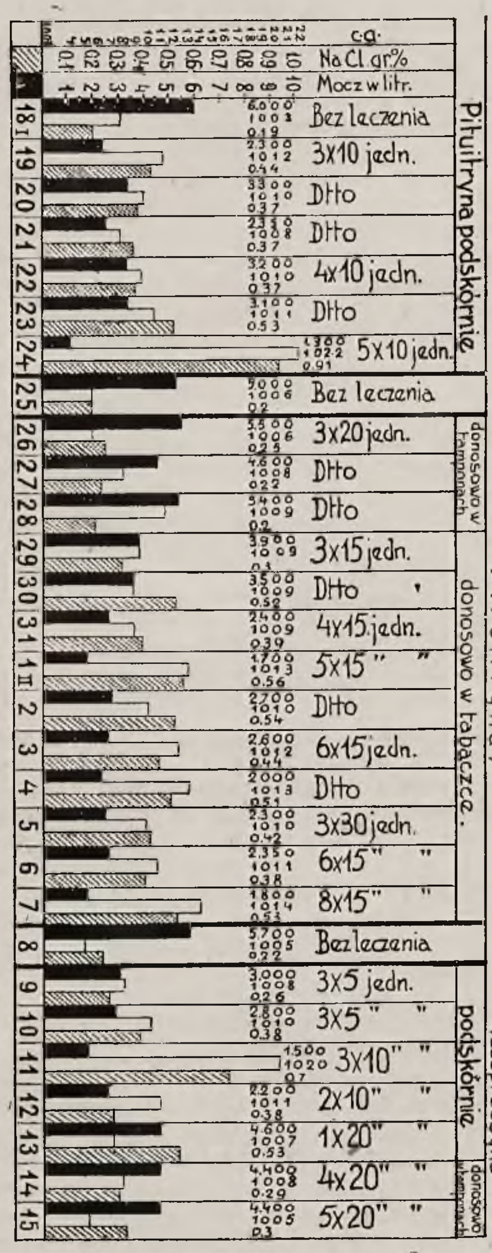
Przypadek 1. — Chory M. K., lat 36, zachorował nagle w 1925 roku wśród objawów gorączki i dreszczów na moczówkę prostą, oddając wtedy do 30 litr. moczu na dobę. Od tego czasu, pomimo osłabionego apetytu, począł tyć. Leczony był wstrzykiwaniami pituitryny w szpitalu w Kowlu, jakoteż na klinice wewnętrznej w Warszawie, którą opuścił z poleceniem, aby nadal wstrzykiwał sobie kilka razy dziennie pituitrynę. Badanie z dnia 16. I. 1929 r.: waga 94 kg przy wzroście 165 cm, znaczna otyłość, w zakresie narządów wewnętrznych nic szczególnego. Dno oka, pole widzenia i podstawa czaszki bez zmian.

Badanie krwi: 12,1 mg% Ca w osoczu krwi (de Waard i Clark-Bär), 26,1 mg % K w surowicy krwi (Kramer), 4,2 mg% fosforu nieorganicznego w surowicy krwi (Bell-Doisy), 508 mg% Na Cl (Rusznіak), 8,92 g % białka w surowicy krwi (refraktometrycznie), 77 mg % cukru we krwi (Hagedorn-Jensen). Krzywa przecukrzenia krwi po podaniu 50 g cukru gronowego, badana w odstępach półgodzinnych, prawidłowa: 135 mg w pół godziny, 130 mg w godzinę, 72 mg w półtora godziny i 70 mg w 2 godziny. Odczyn WR dodatni ++++.

Badanie moczu: mocz wodojasny, bez cukru i białka, ilość dobowa około 6 litr., c. g. 1003—1006, stężenie chlorków 0,19 — 0,22 g %. Próba koncentracyjna nerek po podaniu 15 g soli dodatnia: c g. nie podniósł się ponad 1010, chlorki nie podniosły się wyżej nad 0,54 g %, poszczególne porcje moczu w szeregu wzrastającym. Próba odstawienia wody dodatnia: chory nie zniósł odstawienia wody dłużej nad 6 godzin, oddając przez ten czas mocz jak zwykle, wystąpiły objawy gwałtownego pragnienia, osłabie-

nia, ogólnego zdenerwowania, nudności i bólów głowy; poziom chlorków we krwi podniósł się jednak nieznacznie z 508.95 na 526,5 mg%, zaś poziom białka w surowicy krwi podniósł się z 8,92 na 9,57 g %.

Przemiana spoczynkowa: — 27% (Douglas - Haldane), współczynnik oddechowy 0,81, swoisto - dynamiczne działanie białka prawidłowe (wzrost o + 28%).



Ryc. 1.

Uwaga: Tampony pituitryny i vasopressyny pozostawały przez $1^1/_2$ godz.

Przebieg leczniczy (p. ryc. 1). — Leczenie przeciwkiłowe bez rezultatu. Na wstrzykiwania pituitryny chory oddziaływał dobrze, jednakowoż dopiero po pięciorazowem wstrzykiwaniu pituitryny po 10 jednostek międzynarodowych można było usunąć zupełnie pragnienie i moczenie z odpowiednim wzrostem stężenia odsetkowego chlorków i ciężaru gatunkowego. Niekiedy po pięciorazowem zastrzykiwaniu występowały objawy bezmoczu, utrzymującego się przez 24 godziny, tak, że następowo musiano stosować środki moczopędne. Stosowanie donosowe pituitryny w tamponach, 3 razy dziennie po 20 jednostek (po 10 jednostek do każdego przewodu nosowego, tampony pozostawały do 1 — $1^1/_2$ godz.), bez efektu. Pituitryna zastosowana w proszku wykazała bardzo korzystne działanie. Już po trzyrazowem zażywaniu tabaczki pragnienie i moczenie zmniejszyło się, a zupełnie ustąpiły dopiero po ośmiorazowem zażywaniu tabaczki (po 0,05 g pituitryny = 15 jednostek), w odstępach 2 — 3 godzinnych, z pozostawieniem jednej ampułki do zażycia po obudzeniu się w nocy. Ciężar gatunkowy podnosił się na 1014, chlorki zaś najwyżej na 0,53 g %.

Vasopressyna wstrzykiwana podskórnie 3 razy dziennie po 10 jednostek spowodowała zupełne zniknięcie pragnienia i moczenia, oraz wzrost ciężaru gatunkowego na 1020 i stężenia chlorków na 0,71 g %. Już po pierwszem wstrzyknięciu 10 jednostek zaznaczała się jednak na twarzy wybitna bladość, wybitne podniesienie parcia krwi ze 110 mm Hg na 150 mm Hg, zaś po drugiem wstrzyknięciu 10 jednostek wystąpiły dalsze objawy jak ogólne osłabienie, ból głowy, nudności i bóle brzucha. Po wstrzykiwaniu mniejszych dawek (3 razy 5 jednostek) objawy te się nie pojawiały, ale też wpływ na pragnienie i moczenie był daleko słabszy. Vasopressyna stosowana donosowo w tamponach 3 — 5 razy dziennie po 20 jednostek (tampony pozostawały przez 1 — $1^1/_2$ godz.) nie dała prawie poprawy.

Jak widać z powyższego przebiegu leczniczego pituitryna wstrzykiwana pięciorazowo usuwała zupełnie objawy moczówki. Ten sam efekt uzyskaliśmy przez stosowanie tabaczki pituitrynowej, ale w dawce niepomiernie wyższej (8 $\times$ 15 jedn. dziennie). Stężenie jednak chlorków ani ciężar gatunkowy nie podnosiły się do tej wysokości, jak po wstrzykiwaniu podskórnem pituitryny. Należy zaznaczyć, że nie stwierdziliśmy większej różnicy między stosowaniem tabaczki w mniejszych dawkach a w krótszych odstępach czasu a stosowaniem jej w większych dawkach a dłuższych odstępach czasu. Po zażywaniu tabaczki nie występowały objawy podrażnienia błony śluzowej nosa ani przyzwyczajenia się do środka, tak, że jej stosowanie donosowe nadaje się do leczenia à la longue, temwięcej, że dzięki powolniejszemu wchłanianiu się pituitryny, nie przychodzi do gwałtowniejszego działania, albowiem objawy bezmoczu czy też wzmożonego parcia krwi się nie zaznaczały. Należy podnieść, że samopoczucie chorego dało się również osiągać przez zażywanie tylko 5 — 6-razowe tabaczki po 15 jednostek *pro dosi.*

Vasopressyna wykazała wprawdzie niezwykle silne działanie, prowadzące do zniknięcia objawów moczówki, ale równocześnie występowały objawy uboczne, które nie zezwalały na kontynuowanie leczenia. Mniejsze dawki vasopressyny nie powodowały występowania objawów ubocznych, ale też działanie na moczówkę prostą było znacznie słabsze. Stosowana donosowo w tamponach, 4 — 5 razy po 20 jednostek dziennie, nie dawała dodatniego wyniku, który należy przypisać stosunkowo krótkiemu czasowi pozostawiania tamponów w przewodach nosowych (1 — $1^1/_2$ godz.).

Przypadek II. H. W. lat 56, zachorował nagle w 1925 r. na moczówkę prostą. Chory wypijał i oddawał około 30 litrów. Leczony na klinice B a u e r'a w Wiedniu naświetlaniami Roentgenowskiemi podstawy czaszki i wstrzykiwaniami pituitryny podskórnie, opuścił ją z poleceniem dalszego kontynuowania wstrzykiwań pituitryny. Na oddział zgłosił się 14. III. 1929. Badanie z tego dnia: Waga 81,8 kg przy wzroście 167 cm, w zakresie narządów wewnętrznych nic szczególnego, poza objawami miażdżycy tętnic mózgowych i wieńcowych (R. R. 150—160 mm Hg). Dno oka, pole widzenia i podstawa czaszki bez zmiany. Pozatem *arthritis deformans coxae dextrae.*

Badanie krwi: 13.5 mg% Ca w osoczu [1]), 25.1 mg% K w surowicy, 3,8 mg% nieorganicznego P w surowicy, 462 mg% Na Cl, 9,35 g % białka w surowicy, 74 mg % cukru we krwi. Odczyn WR ujemny.

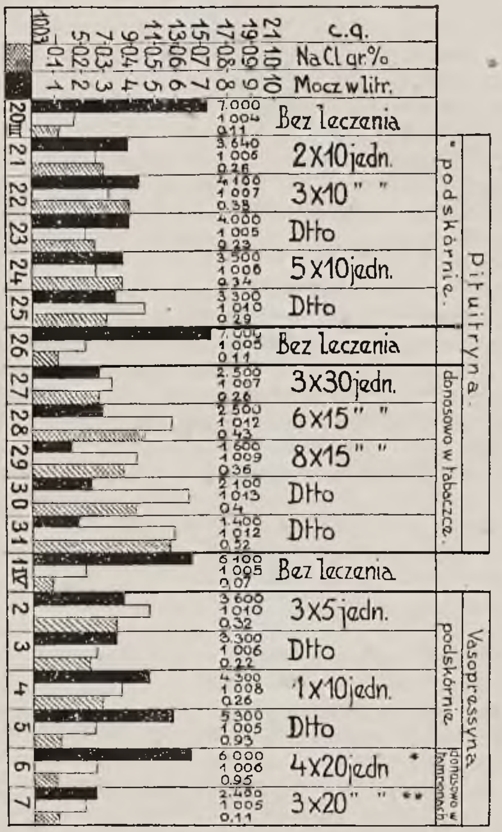
Badanie moczu: Mocz wodojasny, bez cukru i białka, 6 — 8 litrów na dobę, c. g. 1002 — 1005, stężenie chlorków 0,07 — 0,11 g %. Próba koncentracyjna po podaniu 15 g. Na Cl dodatnia: stężenie chlorków nie podniosło się wyżej nad 0,32 g%, c. g. nie wyżej nad 1009, poszczególne porcje moczu w szeregu wzrastającym. Próba odstawienia wody dodatnia: już po 2 i $^1/_2$ godzinach musiano ją przerwać wskutek pojawienia się gwałtownego pragnienia, suchości, bardzo silnego osłabienia, bólów i zawrotów głowy i ogólnego zdenerwowania, przyczem chory przez czas próby oddawał nadal mocz w niezmniejszonej ilości, poziom jednak chlorków we krwi podniósł się w tym czasie bardzo nieznacznie z 462,15 mg Na Cl na 473,85 mg %, poziom zaś białka w surowicy podniósł się z 9,35 na 9,78 g%. Spoczynkowa przemiana materji — 29%, współczynnik oddechowy 0,72, swoisto - dynamiczne działanie białka prawidłowe (wzrost o + 27%).

Przebieg leczniczy (ryc. 2): po trzyrazowem wstrzykiwaniu po 10 jednostek pituitryny dziennie, ilość dobowa moczu nie opadała poniżej 4000 cm^3 na dobę, zaś po 5-ciorazowem wstrzykiwaniu niżej 3300 — 3500 cm^3, przyczem c. g. podnosił się na 1006 — 1010 a stężenie chlorków na 0,34 g %. Chory z trudem znosił pięciorazowe wstrzykiwanie, parcie krwi się podnosiło, występowały lekkie

[1]) Ta hyperkalcemja pozostaje w niewątpliwym związku z *arthritis def.*

bóle głowy i ogólne osłabienie. Raz wystąpiły objawy gwałtownego wstrząsu anafilaktycznego (osłabienie, duszność, bąble na skórze, suchy kaszel, spadek ciśnienia ze 155 na 125 R. R.). Po zastosowaniu tabaczki donosowo (3 razy dziennie po 0,1 g pituitryny) ilość dobowa moczu opadła na 2500, c. g. podniósł się na 1007, stężenie chlorków na 0,26 g%. Po zażyciu tabaczki *in dosi refracta* (6 razy dziennie po 0,05 g pituitryny) wielomocz utrzymywał się na niezmienionym poziomie (2500 cm³), natomiast c. g. podniósł się na 1012, stężenie chlorków na 0,43 g%. Po ośmiorazowem zażyciu tabaczki po 0,05 g wielomocz znikł (1400—1600 cm³), c. g. podniósł się na 1012—1013, stężenie chlorków na 0,52 g %. Samopoczucie chorego bardzo dobre.

Na vasopresynę chory oddziaływał bardzo silnie. Już po jednorazowem wstrzyknięciu 10 jednostek wystąpiły silne objawy uboczne, jak ogólne osłabienie, bóle i zawroty głowy, nudności i bóle brzucha, tak, że nie zezwoliły one nam na powtórzenie tego



Ryc. 2.

* Tampony vasopressyny pozostawały przez 1½ godz.
** Tampony pozostawały przez 6 godz.

dnia drugiej dawki. Po wstrzykiwaniu 3 razy po 5 jednostek vasopressyny objawy uboczne nie występowały, jednak działanie na objawy moczówki było słabsze (3600 cm³ moczu, c. g. 1010, stężenie chlorków 0.32 g. %). Vasopressyna stosowana donosowo w tamponach z pozostawieniem ich przez 1½ godz., 4 razy dziennie po 20 jednostek, nie wywierała działania. Jeżeli tampony pozostawały przez 6 godzin i co 6 godzin były odnawiane, wówczas działanie się zaznaczało: pragnienie znikało, ilość dobowa moczu opadała na 2400 cm³, c. g. pozostawał nizki (1005), podobnie też stężenie chlorków (0.11 g %).

W przypadku tym z powikłaniem miażdżycowem tętnic pituitryna nie mogła usunąć zupełnie pragnienia i wielomoczu, pomimo pięciorazowego wstrzykiwania (5×10 jedn.), stosowana zaś jako tabaczka donosowo, wprawdzie w dawkach znacznie wyższych (8×15 jednostek), spowodowała zupełnie zniknięcie objawów moczówki, bez wywoływania objawów ubocznych i przy ogólnem dobrem samopoczuciu. Niewystępowanie objawów ubocznych, pomimo stosowania 120 jednostek pituitryny donosowo pro die, należy tłumaczyć powolniejszem wchłanianiem i działaniem bardziej zbliżonem do fizjologicznego niźli po wstrzykiwaniu podskórnem (50 jednostk pro die). Szczególniej należy podnieść, że nawet po zastosowaniu donosowem 30 jednostek pro dosi, parcie krwi się nie podnosiło, w przeciwieństwie do pituitryny (a zwłaszcza vasopressyny) wstrzykiwanej podskórnie w znacznie mniejszej dawce. Dzięki tym właściwościom tabaczka pituitrynowa może być stosowana à la longue nawet w przypadkach miażdżycy tętnic.

Vasopresyna wstrzykiwana podskórnie wskutek swego zbyt silnego działania, zwłaszcza na naczynia miażdżycowe zmienione, nie mogła być stosowana. W mniejszych dawkach nie dawała objawów ubocznych, ale wywierała też słabe działanie na moczówkę prostą. Stosowana zaś donosowo w tamponach wywierała swoje działanie dopiero wtedy, gdy tampony pozostawały w przewodach nosowych przez 6 godzin i co 6 godzin były odnawiane. Jeżeli zaś pozostawały czas krótszy 1—1½ godziny, to nie dawały żadnego efektu. W każdym razie metoda stosowania vasopressyny w tamponach, z uwagi na potrzebę ciągłego pozostawania i odnawiania tamponów, oraz potrzebę specjalnej techniki, dla celów praktycznych mało się nadaje. Dlatego wskazanem by było stosowanie vasopressyny w postaci tabaczki do zażywania nosowego, w związku z czem zwróciliśmy się do wytwórni Parke - Davis o wyrabianie odpowiedniej tabaczki [1]).

Przypadek III. — Ż. St., lat 30. *Polidipsia primaria, gigantismus et acromegalia.* Pochodzi z rodziny olbrzymów. Od kilku lat cierpi na silnie wzmożone pragnienie. Badanie z dnia 10. III. 1929: wysokość 196 cm, waga 97.5 kg, kości twarzy, palców rąk i nóg wybitnie zgrubiałe. *Kyphoscoliosis.* Dno oka i pole widzenia bez zmian. Siodełko tureckie prawidłowe. wyrostki klinowe o rysunku mniej wyraźnym, jamy kości klinowej i czołowej obszerne i wolne. Serce o komorze lewej powiększonej.

Badanie krwi: 10.6 mg % Ca w osoczu, 22.29 mg % K w surowicy, 3,7 mg % P., 2,03 mg % kwasu moczowego, 553 mg % chlorków, 7,85 g % białka w surowicy krwi, 82 mg % cukru, krzywa przecukrzenia po podaniu 50 g cukru gronowego prawidłowa. Odczyn WR ujemny.

Badanie moczu: mocz wodojasny, bez cukru i białka, 4—5000 cm³ na dobę, c. g. 1004—1012, stężenie chlorków 0.41—0.84 g %.

Próba koncentracyjna po dodaniu 15 g Na Cl prawidłowa, próba odstawienia wody ujemna: chory zniósł zupełnie dobrze odstawienie wody przez 30 godzin, ilość dobowa moczu opadła na 1300 cm³, a c. g. wzrósł na 1028. Poziom chlorków we krwi podniósł się po 30 godzinach tylko na 661 mg %, zaś białka ze 7.85 na 8.51 g %.

Spoczynkowa przemiana materji —7%, współ. oddech. 0,82, swoisto - dynamiczne działanie białka prawidłowe (wzrost o + + 20%).

Przebieg leczniczy (p. tablica I.). W przypadku tym pituitryna wstrzykiwana podskórnie, w dawkach dochodzących do 5 × 10 jednostek na dobę, nie dała większego efektu, w przeciwieństwie do wstrzykiwanej podskórnie vasopressyny (3 × 10 jednostek na dobę), która jednak po każdem wstrzyknięciu powodowała występowanie przykrych objawów ubocznych. Objawy te po wstrzyknięciu 20 jednostek vasopressyny wystąpiły w daleko gwałtowniejszej postaci, utrzymując się przeszło godzinę: silne ogólne osłabienie, ból głowy, silne bóle brzucha, biegunka, wybitna bladość, przyczem charakterystycznem było, że ciśnienie krwi nie podniosło się, lecz spadało ze 120 mm Hg RR po 12-u minutach na 110, po 26-iu minutach na 100, po 1h 26' podniosło się na 115, a dopiero po 3-ch godzinach powróciło do poziomu pierwotnego. Po zastosowaniu donosowem vasopressyny w tamponach 3 razy 20 jednostek, pozostawianych przez 6 godzin i co tyleż godzin odnawianych, zaznaczyło się korzystne działanie na moczówkę prostą, dorównające działaniu podskórnemu (3 × 10 jednostek), bez pojawienia się ubocznych objawów. Pituitryna zastosowana w proszku donosowo okazała działanie zbliżone do vasopressyny stosowanej w tamponach.

Streszczenie:

1) Pituitryna stosowana w proszku donosowo wywiera korzystne działanie na objawy moczówki prostej i sposobu tego należy używać jako metody zasadniczej do jej leczenia stałego.

2) Donosowe stosowanie pituitryny w proszku wymaga większych dawek, niźli w stosowaniu podskórnem. Posiada jednak wyższość nad wstrzykiwaniem podskórnem nietylko wskutek swej dogodności stosowania, ale wskutek powolniejszego wchłaniania się i działania bardziej zbliżonego do fizjologicznego, nie powodującego występowania ubocznych objawów (bezmocz., podniesienie parcia krwi i t. p.), uniemożliwiających w niektórych przypadkach leczenie à la longue.

3) Donosowe stosowanie pituitryny w proszku posiada też wyższość nad stosowaniem jej w tamponach z uwagi na niedo-

---

[1]) Po oddaniu naszej pracy do druku otrzymaliśmy odpowiedź z wytwórni Parke - Davis w Detroit, że wyrabianie vasopressyny w postaci tabaczki nie może być na razie zrealizowane.

Tablica I.

Data	Ilość dobowa moczu w cm³	c. g.	Na Cl gr. %	Leczenie	Uwagi
12. III.	5.300	1.012	0.46	0	
13. III.	4.700	1.015	0.87	3 × 10 jedn Pituitr. podsk.	
14. III.	4.100	1.014	0.82	dtto	
15. III.	4.100	1.013	0.84	0	
16. III.	5.000	1.012	0.56	5 × 10 jedn. Pituitr. podsk.	
17. III.	5.100	1.012	0.55	dtto	
18. III.	3.500	1.015	0.76	3 × 10 jedn. Vasopres. podsk.	Objawy uboczne
19. III.	1.900	1.020	1.4	20, 10, 10 jedn. Vasopres. podsk.	Objawy uboczne silniejsze i dłużej utrzymujące się
20. III.	2.800	1.013	1.71	3 × 10 jedn. Vasopr. donosowo w tamponach	Żadne objawy
21. III.	2.000	1.014	0.64	8 × 15 jedn. Pituitr. donosowo w proszku	"
22. III.	2.900	1 012	0.53	7 × 15 jedn. Pituitr. donosowo w proszku	"
23. III.	2.100	1 015	0 84	8 × 15 jedn. Pituitr. donosowo w proszku	
24. III.	4.400	1.014	0.41	0	

godność wkładania tamponów, potrzebę odpowiedniej techniki, stałego pozostawiania tamponów (odnawiać co 6 godzin) w przewodach nosowych, których błona śluzowa łatwiej może ulec podrażnieniu, mogącemu utrudnić dalsze stosowanie oraz z uwagi na słabsze wchłanianie się i działanie pituitryny zawartej w tamponach.

4) Vasopressyna wstrzykiwana podskórnie w dostatecznych dawkach (3 razy 10 jednostek dziennie) wywiera na moczówkę prostą silniejsze działanie od pituitryny, powoduje jednak występowanie przykrych objawów ubocznych jak bladość, podnoszenie parcia krwi, osłabienie, ból głowy, nudności, bóle brzucha i biegunka. Po wstrzyknięciu 20 jednostek objawy te są daleko silniejsze i dłużej się utrzymują (około 1 godziny). Mniejsze zaś dawki vasopressyny (3 razy 5 jednostek dziennie) nie powodują pojawienia się ubocznych objawów, ale też ich działanie na moczówkę prostą jest znacznie słabsze.

5) Vasopressyna stosowana donosowo w tamponach kilka razy dziennie, w znacznie większych dawkach, z pozostawieniem ich przez 1—1½ godzin, nie wywiera żadnego działania, z pozostawieniem zaś przez 6 godzin i odnawianiem co tyleż godzin, wywiera działania już to słabsze (przyp. 2), już to dorównujące działaniu (przyp. 3) vasopressyny wstrzykiwanej podskórnie (w daleko mniejszych dawkach). Pomimo stosowania znacznie wiekszych dawek vasopressyny w tamponach, nie dochodzi do pojawienia się ubocznych objawów.

6) Donosowe stosowanie vasopressyny w tamponach z powodów zupełnie podobnych, jak wyliczonych pod 3), mało się nadaje dla celów praktycznych i winno ustąpić metodzie stosowania vasopressyny zażywanej donosowo w proszku.

7) Wskazanem jest wyrabianie vasopressyny w proszku do zażywania donosowego.

Piśmiennictwo.

1) Wł. Elmer, J. Kędzierski i M. Scheps: Pol. Arch. Med. Wew. T. V. Z. IV.1927. — Ci sami: Wien. Kl. Woch. Nr. 17, 1928. — 2) H. L. Blumgart: Arch. Int. Med. 1922. XXIX, 508. — 3) F. Rathery, J. Marie i M. Maximin: Soc. Méd. Hôp. Paris. 871, 1927. — F. Rathery i J. Marie: Paris. Méd. Nr. 19, 1928. — 4) A. i L. Choay: Press. Méd. Nr. 73, 1928. — 5) D. Adlesberg i O. Porges: Wien. Kl. Woch., Nr. 42, 1928. — 6) M. Nothman: D. m. Woch. Nr. 14, 1929. — 7) Baráth i Borbély: Kl. W. Nr. 13, 1929. — 8) O. Kamm, T B. Aldrich, J. W. Grote, L. W. Rowe i E. P. Bugbee: Journ. Amer. Chemic. Soc. V. 50, Nr. 2. 1928. — E. P. Bugbee i A. E. Simond: Amer. Journ. Physiol. V. LXXXVI, Nr. 1, 1928. — E. P. Bugbee i O. Kamm: Endocrinology V. XII. Nr. 5, 1928. — 9) S. L. Gargle, D. R. Gilligan i H. L. Blumgart: New England Journ. Med. (Boston) Nr. 4. 1928.

Dr. med. Zdzisław SZYMOŃSKI. Warszawa.

Z filozofji, psychologji i psychopatologji twóczości (próba syntezy*).

Zagadnienia filozofji i psychologji twórczości są niepomiernie skomplikowane. Tylko nieliczni neuro-patolodzy i fizjolodzy zajmowali się temi zagadnieniami i to raczej interesowała ich psychopatologja twórczości. (Lombroso, Bechterew, Pawłow, Moebius, Miecznikow i inni). Z tych którzy interesowali się żywiej psychologją twórczości wymienić należy Wundta, Ribot, Lewenfelda i wielu innych.

Jeżeli wniknąć spróbuję w psychologię badaczy interesujących się psychologją twórczości, a jednak jej nie rozstrząsających; to wydaje mi się, że śliskość dróg poznawczych tej dziedziny jest przyczyną dominującą niechęci pogłębiania problemów psychologji twórczości.

Psychologja twórczości przedstawia zgrupowanie szeregu faktów zdobywanych różnemi systemami, bądź — bez żadnego systemu. Z tego wynika waga wykrycia metody poznawczej zjawisk z zakresu psychologji twórczości. Coprawda dziwić się nie należy że trudności metodyczne nastręczają się w związku z badaniem interesującego zagadnienia twórczości artystycznej. Trudno bowiem o absolutny objektywizm tam, gdzie mamy przed sobą piękno, trudno bowiem o spokój, zasadniczy warunek poznawczy, tam gdzie psycholog ogląda tętniące afekta twórcy-artysty, gdzie zgłębić próbuje zjawisko ekstazy twórczej, gdzie wnika w jądro natchnienia, które wybucha nagle i niespodziewanie jak wulkan.

Widzimy więc, że trudności poznawcze procesu krystalizacji twórczej, twórczości wogóle są wielkie.

Jednocześnie — stwierdzić to trzeba — są badaniami o niepomiernej wadze, o olbrzymim znaczeniu. Twórczość jest bowiem jednym z najbardziej patognomonicznych rysów psychiki ludzkiej. Dodać muszę, że psychologja twórczości wciąż jeszcze trąci dogmatyzmem, subjektywizmem i nawet metafizyką, co nauce nie przystoi.

Jeśli się zastanowimy jakiemi metodami posługuje się psychologja twórczości to zaznaczam, że główną metodą badawczą zjawisk z zakresu psychologji twórczości jest introspekcja, a wiemy, że jest cała warstwa psychiki niepodlegająca (w świetle badań psychoanalitycznych i refleksologji trudno podlegająca) introspekcji. Niedoskonałość więc tej metody jest oczywista, jest jasna. Eksperymentalna a więc objektywna metoda ze względu na niemożność wywoływania procesu twórczego w eksperymencie oraz ze względu na niemożność wywołania przez samego twórcę ekstazy twórczej, natchnienia, zdawałoby się, odpada.

Tak w istocie jednak nie jest.

Bo chociaż proces twórczy jest w istocie procesem nie dającym się wywoływać, to jednak możliwe są badania nad wyobraźnią twórcy, a także potężnym przyczynkiem do psychologji twórczości będą badania nad czytelnikiem, widzem, słuchaczem, boć jest oczywistem, że są oni współtwórcami, a jednocześnie jasnem jest, że przeżycia psychiczne od przeżyć twórcy artysty (różnica raczej co do siły a nie jakości), który przeżywa ekstazę lub natchnienie, dadzą się wywoływać, gdyż są w znacznym stopniu zależne od woli. Mnie się wydaje, że nawet i twórcę można badać. A to wtedy gdy twórca odtwarza swą twórczość (nie we wszystkich zakresach sztuki jest to możliwe) stając się właściwie twórcą poraz drugi; ponieważ zaś powstaje szereg asocjacji dodatkowych, twórca więc staje się współtwórcą swej twórczości. Zresztą, jak to później dowiodę, według mego zdania niema ostrej granicy między twórczością, odtwórczością i współtwórczością. Powiedziałem, że jedną z głównych metod to metoda introspekcyjna.

Metoda introspekcyjna, jako metoda z natury swej subjektywna, jest niedoskonałą i z danych czerpać należy ostrożnie i krytycznie, niemniej, a nawet może bardziej krytycznie niż z autobio-

*) Praca zgłoszona na posiedzenie Pol. Tow. Psychj. w Warszawie.

grafji, czerpać należy z biografji. Niektóre autobiografje twórców (Darwin, Balsac, Wagner) są bardzo cenne. Natomiast biografje gdzie subjektywizm autorów wspomnień często bierze górę, rzadko tylko dają oświetlenie objektywne osobowości twórcy, a częściej są tendencyjnem ugrupowaniem faktów i jednostronnym ich oświetleniem. Co prawda i dane introspekcyjne które czerpiemy z autobiografji grzeszą subjektywizmem, ale przynajmniej ząb czasu, który wiele zdarzeń przeinacza, nie odgrywa tej roli co w biografjach.

Może najwłaściwszym jest czerpanie z danych samej twórczości, bowiem przy pogłębionym rozbiorze psychanalitycznym dzieła twórcy-artysty da się z niego wycisnąć niemało. Jednak należy sobie uświadomić, że wyłączna analiza tylko dzieła nie da ostatecznej odpowiedzi na to, co jest sztuka. Zresztą badania już zrodzonego płodu artystycznego bez wniknięcia w przyczyny zapładniające, w genezę, byłoby niewłaściwe. Koniecznem jest wniknięcie w motywy psychologiczne twórczości.

Już teraz pragnę zwrócić uwagę, że brak źródeł, które wytrzymują oschłą krytykę objektywizmu, brak metod badań objektywnych, złożoność procesu twórczego, złożoność psychiki twórcy i szereg innych przyczyn, o których potem. nakłaniają wielu badaczy do teorji mistycznej twórczości.

Pragnę tu podkreślić, że mimo trudności, mimo braku metod poznawczych, mimo niepomiernie skomplikowanej struktury zagadnień twórczości artystycznej tak mało naświetlonej promieniami nauki, że jednak mimo to wszystko ciekawem jest, iż szereg gałęzi wiedzy wykazuje dla tych zagadnień pewne zainteresowanie. (Nietylko psychologja ale i fizjologja, socjologja, historja literatury i sztuki, oraz psychopatologja, estetyka psychologiczna).

Zaznaczyć należy, że jednak zakres badań psychologji nad twórczością odcina się wyraziście od badań nad twórczością innych gałęzi wiedzy (np. od historji literatury) tem, iż ta ostatnia prowadzi badania nad faktem już dokonanym, nad już zrodzonym płodem artystycznym, gdy tymczasem psychologja badając genezę, badając procesy dynamiczne, które doprowadziły do porodu płodu artystycznego, bada także jak płód się rozwija w łonie twórcy i jak po ukształtowaniu ostatecznym wygląda. Że zadaniem badań psychologji twórczości jest nietylko poznawanie embrjologji płodu artystycznego ale także i badania nad wyobraźnią artystyczną, by poznać motywy psychologiczne twórczości twórcy, by wniknąć w genezę energji twórczej — to jest jasne. Przedmiotem badań psychologji twórczości jest poznawanie kombinacji i związków w zjawiskach psychicznych, występujących w okresie kształtowania się aktu twórczego. Psychologja twórczości, przez analizę szeregu czynników wpływających na charakter twórczości, przez analizę indywidualności twórcy-artysty, pragnie wykryć nici, pragnie wykryć prawa, pragnie stać się przyczyną dla syntezy twórczości, ba! syntezą samą.

Mówiłem już rozpatrując metody poznawcze psychologji twórczości, że niestety utrudnia badania niemożność wywołania procesu twórczego, niemożność eksperymentowania.

Już Platon zwrócił na to uwagę, przytem uważał on, że twórczość jest rezultatem zlania się twórcy z bóstwem (zaczątek teorji później rozwiniętej. teorji irracjonalnej, teorji mistycznej twórczości).

Ta niemożność wywoływania procesu twórczego objawia się niemożnością wywołania natchnienia resp. ekstazy twórczej. Ono zjawia się samo. Nie znaczy to iżby nie było zdeterminowane przez inne przyczyny. Czem zdeterminowane o tem szerzej mówić nie chcę, freudysm tłómaczy to znakomicie, akcentując wpływ nieświadomości na całokształt życia osobniczego, a na twórczość w szczególności.

Hartman rozróżnia dwa typy twórców wartości intelektualnych; jedni tworzą według typu racjonalistycznego, drudzy według typu rzekomo irracjonalistycznego (natchnienie, ekstaza).

Natchnienie, ekstaza, nie dadzą się wywołać, zjawiają się same i dlatego (nietylko dlatego ale o tem później), twórca odczuwa swą bierność w czasie aktu tworzenia.

Mozart, Słowacki, Goethe, Mickiewicz, Wagner, Balsac, Czajkowskij i szereg innych wybitnych twórców zwraca uwagę w swych utworach i autobiografjach na niezależność od woli i nagłość wybuchu natchnienia. Ze współczesnych silnie to podkreśla Ejsmond w odpowiedzi na ankietę ogłoszoną w jednym z pism literackich za moją inicjatywą.

Zresztą i mój przypadek twórczości w hypnozie, obserwowany w zakładzie dla nerwowo-chorych w Grodzisku, a opisany w „Nowinach Psychjatrycznych" z roku 1929, jest jednym więcej przyczynkiem dla podkreślenia roli podświadomości (krańcowo i zbyt mocno czyni to pewien odłam zwolenników teorji mistycznej twórczości) w procesie twórczym. Pacjentka pogrążona w fazę somnambuliczną snu hypnotycznego poczęła tworzyć poezje. Usypianą była wielokrotnie. Zwróciło moją uwagę, że chora od przeszło dwóch miesięcy do 1-szej hypnozy nie pisała poezji, a w czasie pierwszego zabiegu hypnotycznego już tworzyła. Nasunęło mi to przypuszczenie, (które później cech pewności przybrako), że pewne umniejszenie świadomości, mające miejsce w hypnozie, ułatwia wylanie się nieświadomości, ułatwia twórczość.

Zresztą i ekstaza twórcza nie zdarza się w stanach normalnych. Ekstaza w wielu wypadkach przypomina stany hypnoidalne a nawet hypnotyczne. U niektórych twórców w czasie ekstazy występuje analgesia i anestezja, utrata kontaktu z otoczeniem, poszczególne zmysły częstokroć zaostrzają się.

Z okresu ekstazy występuje amnezja lub conajmniej hypomnezja. Jest to zjawisko nie rzadkie. I jeszcze na jedną kwestję chcę zwrócić uwagę a mianowicie na analogję mechanizmu powstawania marzeń sennych i twórczości artystycznej. Analogja ta z punktu widzenia psychologji porównawczej i psychoanalizy jest dość ścisła. Dowodem tego jest chociażby i to, że właśnie we snach niejednokrotnie rodzą się koncepcje twórcze (Voltaire, Tartini, Mickiewicz i inni). Znane są i inne przypadki twórczości w stanach umniejszenia świadomości i tak w lunatyzmie, w zamroczeniu histerycznym, w hypnozie („Nowiny Psychjatryczne" z roku 1929), we śnie zwykłym (dane autobiograficzne Ejsmonda), pod działaniem narkotyków. Że twórczość przejawia się w stanach umniejszenia świadomości to nic dziwnego, bo właśnie w tych stanach żywość wyobraźni jest największa (obrazy hypnagogiczne patrz Abramowski).

Powróćmy do sprawy omawianej, do sprawy twórczości i natchnienia. Niemożność wywołania procesu twórczego z jednej strony, samorzutność w występowaniu natchnienia z drugiej strony oto cechy zasadnicze procesów twórczych.

Ta samorzutność i niezależność od woli kształtowania się procesu twórczego składa się na to, iż twórca zdradza poczucie obcości w stosunku do stworzonego przez się płodu artystycznego. twórca wyrzeka się autorstwa, odżegnywuje się od macierzyństwa, wszystko to jest rezultatem rozdwojenia osobowości w akcie twórczym.

I tak Lamartine wręcz powiada „ja nie myślę, moje myśli za mnie myślą".

Mozart także stwierdza w związku z twórczością że on nic z nią niema wspólnego, twórczość jego jest automatyzmem psychicznym.

I Czajkowskij podaje, że jest dla niego nieprzeniknioną tajemnicą jego twórczość, z jego notatek o swej twórczości także można wyciągnąć absolutnie pewny wniosek o występowaniu w chwilach natchnienia rozdwojenia osobowości rezultatem czego jest odżegnywanie się od autorstwa. W twórczości wieszczów naszych i innych najwybitniejszych twórców wartości intelektualnych takie analogiczne spostrzeżenia dostrzec można.

Oczywista niekażda twórczość jest automatyzmem psychicznych, twórczość w ekstazie jest automatyzmem psychicznym. Tam gdzie automatyzm się przejawia, tam dostrzec można rozdwojenie osobowości i rozdwojenie woli, wyrzekanie się autorstwa, skłonność do przyjmowania teorji mistycznej twórczości i przypisywania swej twórczości wpływowi jakiejś potężnej, wyższej siły bogów (Pitagoras), demona, bądź Boga (Mickiewicz, Nitsche, Pascal, Tołstoj, Bethoven, Maeterlink i inni).

Niezrozumienie procesów twórczych dojrzewających w artyście-twórcy, skłania do przyjmowania teorji wcielania się bóstwa jak to czynią wcale nie nieliczni twórcy (Tartini i wielu innych), zwłaszcza chętnie czynią to twórcy, których twórczość pod znakiem halucynacji stoi (Dante, Schuman, Maupassant, Wagner i inni). No, ale to zagadnienie zostawmy na uboczu, wkracza ono w zakres psychopatologji twórczości.

W tem miejscu pozwolę sobie ukuć pewną definicję, daleką od absolutnej ścisłości, a mianowicie definicję twórczości. Twórczość to pomysły i realizacja pomysłów oryginalnych. Twórczość to jedna z najbardziej patognomonicznych cech psychiki (słowo psychika używam w znaczeniu ujawnienia odruchów warunkowych w myśl twierdzeń szkoły refleksologicznej). Człowiek przejawia twórczość nawet wtedy, gdy więzy jaźni są uszkodzone, przejawia ją wtedy, gdy jest umysłowo chorym.

Pragnę jeszcze słów kilka poświęcić kwestji filozofji sztuki. Czynię to dlatego, ponieważ koncepcje filozoficzne kształtowały i kształtują kulturę ludzkości, wpływają one decydująco na twórczość i na sztukę, bowiem najwspanialsze i najpłodniejsze systemy estetyczne są zawsze zależne od całokształtu przekonań filozoficznych ich twórców. Czynię to dlatego, bo reakcja antifilozoficzna ostatnio była silną. Empiryzm i jeszcze raz empiryzm — oto hasło naczelne. Nauka zarzuciła metafizykę, pozadoświad-

czalne, stanęła na gruncie materjalizmu, pozytywizmu i empiryzmu. Nadejdzie jednak niewątpliwie chwila, gdy powstaną inne kryterja, gdy światopoglądy ulegną radykalnej zmianie.

Zmiany te już są w toku.

Metafizyka znowu wchodzi na warsztat pracy uczonych, badaczy. Estetyka jako nauką o pięknie zajmuje się rozpatrywaniem twórczej czynności artysty i badaniem dzieła sztuki. Filozofja sztuki i estetyka odpowie co to jest sztuka, odpowie co się dzieje w duszy artysty, gdy tworzy, jaki jest stosunek twórczości do odtwórczości, i rzeczywistości. Zagadnienia twórczości są tak trudne, że daleki jestem od dawania syntezy procesów twórczych, syntezy absolutnie pełnej. Poznanie procesów twórczości jest trudne, jak wogóle trudnem jest poznanie rozwoju jakiejkolwiek myśli od pierwszych jej zaczątków aż do jej pełni.

Przystąpić pragnę do omówienia psychologicznych składników procesu twórczego, odkładając opisanie przebiegu twórczego na później. Składniki wizji artystycznej pochodzą z doświadczenia. Są one odbiciem, zniekształcającym wrażenia zmysłowe. Nawet najwyższa fantazja nie jest w stanie nowych pierwiastków wyobrażeniowych stworzyć.

Zdolna jest tylko zaczerpnięte z doświadczenia przegrupować, zmienić ich konstrukcję. Każdy więc akt twórczy zawiera w sobie pewien pierwiastek odtwórczy. Akt twórczy jest tylko nową kombinacją starych składników, jest wytwórczością czegoś nowego ze starego budulca, z tych samych pierwiastków.

Twórczość jest odtwórczością widzianą poprzez pryzmat własnej indywidualności. Sztuka nie jest niewolniczem naśladowaniem natury (nawet najskrajniej naturaralistyczne utwory), lecz jej swoistem przeobrażeniem; swoistem, bo przez różnej siły soczewki wyłapywaniem przez twórcę promieni piękna. Nawet najbardziej bowiem naturalistyczne utwory mimo wyraźnie zarysowany składnik odtwórczy są utworami sztuki twórczemi, gdyż ujmowanie zjawisk, spostrzeganie, kojarzenie wyobrażeń w związku z danemi spostrzeżeniami, to sprawa indywidualizmu twórcy, to sprawa jego takiej a nie innej architektoniki psychiki.

Rzeczywistość zostaje przetapiana w tyglu, w warsztacie — wyobraźni twórcy, na płód artystyczny. Omawiając kwestje twórczości i odtwórczości trzeba pamiętać, że już zresztą Wundt, Twardowski i inni twierdzili, że już same wyobrażenia nie są odtworzeniem wrażeń zmysłowych lecz ich syntezą. Czynność wyobraźni uprzytamnia te wyobrażenia, wówczas powstają wyobrażenia odtwórcze, albo też przeobraża je, a wówczas powstają t. zw. wyobrażenia wytwórcze.

Dokładne wznawianie wyobrażeń zmechanizowałoby życie psychiczne, zniosłoby nowe asocjacje, nowe pomysły. Właśnie nieścisłe, niedokładne reprodukcje dysocjonowanych wyobrażeń są zasadniczym warunkiem powstawania wyobrażeń wytwórczych.

Na zasadzie mych dowodów i wywodów przezemnie wysuwanych jasnem jest, że granica między twórczością a odtwórczością jest zatarta, że jej właściwie niema.

Każdy człowiek jest twórcą, bo tworzy nowe kombinacje; każdy człowiek jest odtwórcą, bo tworzy ze starych składników, z wrażeń zmysłowych złożonych. Inna sprawa, że twórca zależnie od indywidualności, od architektoniki swej psychiki, od zdolności poznawczych i konstrukcyjnych czerpie z bezkształtnego, a raczej wielokształtnego surowca jakim jest rzeczywistość, a raczej od niej płynące wrażenia i w takim lub innym kierunku (u każdego inaczej) idą asocjacje, idzie proces twórczy.

Już teraz, zdaje się, oczywistem jest, że *twór artystyczny stworzony przez twórcę nie jest wyciętym skrawkiem rzeczywistości,* jest zaś stosunkiem arysty-twórcy do tej rzeczywistości, jest spoglądaniem atrysty na rzeczywistość poprzez pryzmat swej indywidualności, jest eksterjoryzacją energji twórczych twórcy, jest wylaniem własnego „ja", jest autopsychoanalizą. Inna sprawa, że obrazy rzeczywistości wpływają na kształtowanie się twórczości. Rzeczywistość wpływa na kompozycje, ale stosunek twórcy do rzeczywistości bywa bardzo różnorodny. Z punktu widzenia psychologicznego jest bardzo ścisły, ale są różne stopnie od ogromnej zależności naturalistów do niezależności innych szkół.

Znaczenie i stosunek do rzeczywistości jest różnie podkreślany przez różne szkoły. Przypadek opisany przezemnie w „Nowinach Psychjatrycznych" r. 1929 obok szeregu innych z piśmiennictwa psychologicznego dowodzi, że twórczość artystyczna w stanach umniejszenia świadomości nie jest rzadka. Po stanach tych często występuje hypomnezja, a po niektórych z nich (twórczość w fazie sonnambulicznej snu hypnotycznego, twórczości we śnie fizjologicznym, w lunatyźmie i t. d.) nawet amnezja. Właśnie z powodu tej amnezji, obok innych przyczyn, o których jeszcze będę mówił, panuje wśród wielu twórców wszelakich wartości intelektualnych, ba! wśród teoretyków twórczości, teorja o irracjonalnym, alogicznym charakterze twórczości, teorja mistyczna. Może właśnie w nawiązaniu do swego przypadku (Now. Psychj. r. 1929), przypominam, że poetka także odżegnywała się od autorstwa, pozwolę sobie wniknąć w genezę teorji mistycznej.

Teorja mistyczna datuje się od dawien dawna, od Platona, on uważał natchnienie i ekstazę za tajemniczy proces zlania się duszy artysty z bóstwem, uważał, że w momencie przejawiania się twórczości człowiek jest opanowany przez bóstwo. Nitsche nazywał natchnienie zlaniem się z Twórcą świata; Mozart także zwracał uwagę na swą bierność w akcie twórczym i mówił, że nie wie w jaki sposób tworzy. Mickiewicz — „czuję moc nie od ludzi mi nadaną". Słowacki w jednej ze swych pieśni wyraźnie wypowiada się za teorją mistyczną. Goethe podaje, że pisał w stanie, po ukończeniu którego nie pamiętał treści utworów i wogóle nic nie pamiętał. Voltaire uważał swe dzieła za obce sobie, odżegnywał się od autorstwa. Balzac podkreśla niemożność wywołania natchnienia i maluje swe męki bezpłodności twórczej. W związku z niemożnością wywoływania natchnienia, w związku z uczuciem bierności w chwili aktu twórczego, w związku z niezrozumieniem przez artystę-twórcę embrjologji płodu artystycznego powstaje u twórcy myśl, że jest on narzędziem, automatem, że twórczość jest mu czemś narzuconem przez wyższe siły bądź bogów, bądź Boga, czy demona; inni z twórców odżegnywują się od autorstwa. Wszystko to wynika z niedoceniania i nierozumienia pracy nieświadomej w twórczości; wszystko to wynika z tego, że twórca tworząc w ekstazie tworzy w stanie rozdwojenia osobowości. Gdybym chciał zsyntetyzować to co twórcy myślą o twórczości w natchnieniu, to ująłbym tak:

1) że natchnienie, ekstaza twórcza są niezależne od woli twórcy,

2) że w natchnieniu twórca odczuwa utratę zwłaszcza „ja"; że w związku z tem (p. 1 i 2) uważa, że jakaś obca, potężna siła operuje twórcą jako narzędziem. Gdybyśmy chcieli zsyntetyzować opinje twórców o stosunku do swej twórczości wogóle, to trzeba podkreślić, że może najcharakterystyczniejszym jest:

1) wyrzekanie się autorstwa, odżegnywanie się od macierzyństwa, co jest rezultatem tego, iż twórca uważa, że jest narzędziem w ręku wyższej siły, a jednak 2) mimo owego odżegnywania się od autorstwa uważa, iż po akcie twórczym twórca oswobadza się, oczyszcza się z myśli natrętnych.

I nic w tem dziwnego. Twórczość bowiem jest katarsis, jest autopsychoanalizą. Twórczość jest wyładowywaniem uwięzgniętych afektów, usunięciem kompleksów patogenicznych. Twórczość jest wyrwaniem cierni jątrzących psychikę twórcy-artysty, cierni, których obecność nie zawsze jest uświadomiona. A nie wolno nie doceniać nieświadomości. W warstwie nieświadomości, która nie jest bierną a jest czynną, dynamiczną, w warstwie nieświadomości, która gra rolę niepoślednią w genezie myśli, uczuć i w twórczości toczy się, od momentu bowiem przeżycia realnego do jego artystycznego odźwierciadlenia, proces który twórca przeocza. Nie zabierając się do krytyki teorji mistycznej twórczości, która zresztą na podstawach metafizycznych opiera się, pragnąłem w swych rozważaniach wniknąć w genezę teorji, której etiologja w rozdwojeniu osobowości twórcy w ekstazie twórczej (Mozart, Czajkowski, Lamartine i inni). Jeszcze jedną sprawę pragnę poruszyć, której zresztą już dotknąłem, a mianowicie pacjentka moja nieraz podawała mi, że po napisaniu poezji czuła się lepiej, swobodniej. Jak przekonałem się z szeregu autobiografij twórców, wielu z nich to podkreślało. Goethe, że twórczość jest dla niego oswobodzeniem się od pożądań i obaw. Nitsche po akcie twórczym także odczuwa swobodę. Schopenhauer i Weininger także. W tem nic dziwnego. Twórca, przed porodzeniem płodu artystycznego przeżywa żywe obrazy fantazji, twórca nie może się od nich oderwać, są one natrętnemi, twórca chce się ich pozbyć. Pozbycie się tych myśli nadwartościowych jest zrealizowaniem tego pragnienia.

Twórczość dla twórcy jest klapą bezpieczeństwa, jest autopsychoanalizą. Twórczość pod kątem widzenia psychoanalizy rozpatrywana jest dosyć wyraziście jasna.

Powróćmy na chwilę do sprawy natchnienia. Pragnę podkreślić, celem uniknięcia nieporozumienia, że mówiąc o twórczości w natchnieniu nie przyjmuję, rzecz oczywista, że dzieło artystyczne było od początku do końca tworzone w nieustającym ogniu natchnienia, ale, że przynajmniej koncepcja była natchnieniem. Reszta zaś krystalizacji twórczej, kształtowania kręgosłupa, przemienianie na dojrzały twór jest sprawą częstokroć uporczywej, pedantycznej pracy, jak to dowiódł Edgar Pol.

Przypadek twórczości poetyckiej w hypnozie jest jednym więcej przyczynkiem (po szczegóły odsyłam: „Now. Psychj." r. 1929)

dla podkreślenia, że warstwa podświadomości jest czynną, dynamiczną w sferze zjawisk twórczości wogóle, artystycznej w szczególności. Zresztą, że podświadomość, jeden z pokładów psychiki ludzkiej odgrywa rolę w dojrzewaniu idei, w procesie skojarzeniowym dokonywującym się poza świadomością tego dowodzić po genjalnych badaniach Freuda nie trzeba. Powróćmy do sprawy wizji twórczej. Wyjaśnienie nagłego występowania wizji gotowych i uorganizowanych jest możliwe jedynie przy przyjęciu właściwości dynamicznych podświadomości. Fundamentem przyjęcia właściwości dynamicznych podświadomości jest stwierdzenie luk w związku przyczynowym świadomych procesów psychicznych. Wizja, koncepcja przejawia się nagle a mimo to jest tworem wielce złożonym i uorganizowanym. Ponieważ ta czynność organizacyjna nie odbyła się w świadomości, przeto musiała się odbyć poza jej progiem, w podświadomości, w nieświadomości, w zaświadomości.

Twórczość artystyczna wizyjna przypomina genetycznie obrazy hypnagogiczne w stanach hypnoicznych. Powstawanie obrazów w stanach natury hypnoicznej Abramowski tłumaczy przekradaniem się podświadomości w chwilach osłabienia uwagi. Także i marzenia senne są wyładowaniem podświadomości, rezultatem uchylenia klapy bezpieczeństwa, rezultatem zmniejszenia tłumienia. Sen jest stanem w którym jest rozszczepiona podświadomość od świadomości. Podświadomość działa podobnie do świadomości, prowadzi naprzód rozwiązywania szeregu zagadnień, jak to stwierdzają liczne dowody z życia twórców (Poincaré, Voltaire i inni). Abramowski dowiódł, że podświadomość składa się z faktów zapomnianych i zdobytych w roztargnieniu. Dokonał on szeregu eksperymentów, które niezbicie dowiodły, że podświadomość przejawia samorodną twórczość i co najbardziej dziwne, najwyżej twórczą jest ta warstwa podświadomości, która pochodzi z wrażeń nieprzerobionych intelektualnie. Można przypuszczać, że w podświadomości toczą się do pewnego stopnia analogiczne procesy do odbywających się w świadomości. Fakty z podświadomości mogą się przebić. Między szeregiem idei uwięzgniętych w podświadomości toczy się walka. Namiętna i pełna rozmachu. W czasie tej walki coraz bardziej oczyszczają się, coraz bardziej krystalizują komponenta twórcze, odbywa się uśmierzanie jednych prądów, podsycanie drugich. Mówiliśmy już o nagłości natchnienia. Musimy sobie uświadomić, że próg świadomości przekraczają już gotowe wyniki syntetyzujących czynności, toczących się w podświadomości. I właśnie w związku z tem stoi owo wrażenie nieosobowości, doznawane przez twórców w chwilach natchnienia. Siła tego wrażenia tłumaczy wiarę niejednego twórcy w rzeczywiście nadziemskie pochodzenie natchnienia.

Jako parapsycholog nie odrzucam zresztą wierzeń niektórych twórców w to, że są medjami. Nie odrzucam stanowczo między innemi i dlatego, ponieważ zajmuję krytyczne stanowisko w stosunku do naszych możliwości poznawczych, w szczególności do rozumu jako czynnika poznawczego, który często na bezdroża prowadzi co się często z całemi gałęziami nauk apriodycznych i aposteriorycznych zdarza. Przy sposobności podkreślić pragnę, że pogłębiając zagadnienia roli podświadomości w stwarzaniu nowych wartości intelektualnych w procesie twórczym, nie neguję znaczenia świadomości. Kapitał świadomości z którym autor przystępuje do dzieła odgrywa rolę bardzo ważką. Powracam do sprawy natchnienia. Wiara w nadziemskie pochodzenie natchnienia, przyjmowanie teorji mistycznej twórczości jest bardzo rozpowszechnionem. Koncepcja mistyczna obok drugiej, koncepcji racjonalistycznej jest rozprzestrzenioną.

Koncepcja intelektualistyczna w przeciwieństwie do teorji mistycznej nie ujmuje twórczości artystycznej jako rezultatu intuicji, nie rozpatruje twórczości jako nieświadomej, poniekąd, czynności psychicznej. Ekstazy nie uważa za przejawienie intuicji. Część teoretyków sztuki, twórców, psychologów (prawie wszyscy) staje po stronie teorji intelektualistycznej, część (przeważnie twórcy) przychyla się do teorji mistycznej twórczości.

Jestem przekonany, że po mych rozważaniach dotychczasowych, po wniknięciu w etjologię teorji mistycznej, wolno mi wypowiedzieć twierdzenie. że niema czystego typu tworzenia. Nawet najzagorzalsi zwolennicy teorji intelektualistycznej twórcy-artyści mają chwile twórcze, w których ujawnia się wpływ nieświadomości.

Zaznaczam dla ewentualnego uniknięcia nieporozumień, że przez „mistyczny" przyjmuję za innymi (oczywista rzecz, że zdaję sobie sprawę z nieścisłości wyrażenia) „nieświadomy".

Twierdzę stanowczo, że istnienie obu teoryj wyżej wymienionych jest rezultatem braku syntetycznego ujęcia spostrzeżeń dookoła procesu twórczego dokonanych.

Według mego przekonania niema racji ani jedna teorja ani druga. Mają rację obie razem. Obu teorjom twórczości stawiam potężny zarzut, zarzut dążenia do rozczłonkowania tego, czego rozczłonkowywać nie wolno. Nie wolno bowiem w imię hasła analizowania twórczości dążyć do rozbijania spoistego procesu twórczego na odłamki, któreby pod szkłem powiększającem oglądać można było. Dzięki temu rozkawałkowywaniu, dzięki rozczłonkowywaniu analitycznemu, przegapia się że proces twórczy, jako synteza pewnych energij twórczych, jest procesem skomplikowanym i na który to proces składa się zarówno pierwiastek intelektu, jakoteż i intuicyjny. Za udziałem nieświadomości w procesie twórczym przemawia także twórczość umysłowo chorych, zwłaszcza schizophreników, poprzez pryzmat psychoanalityczny oglądana.

Twórcy, typy psychopatologiczne, Dikkens, Aleksiej Tołstoj, Dante, Schuman, Maupassant, Wagner i wielu innych, miewali halucynacje słuchowe i wzrokowe. Ten „halucynacyjny" typ twórczości jest niepomiernie interesujący.

Na tem miejscu pragnę podkreślić że ci co tworzą w akompanjamencie halucynacji, ci zwłaszcza twórcy wierzą bezkrytycznie w słuszność teorji mistycznej, odnoszą się oni, jak halucynujący wogóle, z ogromną wiarą w realność obrazów przez nich widzianych.

W rozważaniach swoich już nieraz podkreślałem udział nieświadomości w procesie twórczym, procesy nieświadome, jako niepomiernie znaczniejsze niż procesy świadome (Freud, Bechterew) wymagają pogłębienia ich, tembardziej że procesy świadome są rezultatem procesów nieświadomych.

Genetyczna łączność świadomości i nieświadomości jest aż nadto widoczna z badań Freuda, Bechterewa, Pawłowa i innych.

Może też i moje wywody („Nowiny Psychjatryczne" z r. 1929) będą jednym więcej przyczynkiem. Wielu twórców, którzy tworzą w natchnieniu a którym nieraz przychodziły koncepcje we snach, podkreśla to przychylając się do teorji mistycznej twórczości.

Jest to błędne. Jasno to wynika z moich wywodów. Hartman w swej „Filozofji Nieświadomego" podkreśla, że nie ulega wątpliwości, iż w nieświadomości są takie same człony logiczne co w świadomości. Zarówno w pracy twórców uczonych jakoteż i twórców artystów wcale nierzadko zdarza się, że wnioski (jak się później okazują zupełnie słuszne) poprzedzają częstokroć przesłanki i dowody. Czy to jest rezultatem intuicji? Tak. Nie wchodzę tu w terminologję intuicji. Intuicja jest rezultatem przeniesienia się pracy z nieświadomości do świadomości tylko wyniku a dopiero potem dzięki pracy świadomej twórcy dochodzi uzasadnienie (Poincaré, Mendelejew) A rzekoma przypadkowość zradzania się płodu artystycznego jest rezultatem niemożności naszej obejrzenia całego łańcucha przyczynowego narodzin płodu.

Piśmiennictwo.

1) Baumgarten: „Aesthetica". — 2) Byk: „Die Psychologie des Schönen". Leipzig. — 3) Charcot et Richet: „Le demoniques dans l'art". Paris. — 4) Cassagne Albert: „La theorie de l'art". Paris. — 5) Arreat: „Memoire et imagination" 1895. 6) Aulhorn: „Dichtung und Psychoanalyse". — 7) Bernheim: „Die Sugestion" 1882. — 8) Brentano F.: „Das Genie". — 9) Döring: „Die aesthetischen Gefühle" (Z. f. Psych. 1890). — 10) Erdman: „Zur Theorie der Beobachtung". — 11) Froschammer: „Die Phantasie als Grundprincip". — 12) Glogau: „Die Phantasie". 1887. — 13) Hartmann E.: „Philosophie des Unbewussten". — 14) Jane P.: „L'automatisme psychologipue". — 15) Dreher: „Psychologie der Tonkunst" 1889. — 16) Duprel: „Psychologie der Lirik". — 18) Eckerman: Gespräche mit Goethe". — 19) Fechner: „Vorsuche der Aesthetik". — 20) Gross: „Einleitung in die Aesthetik". — 21) Hartman E.: „Die moderne Psychologie". — 22) Leuchtenberg: „Die Phantasie". — 23) Lange: „Das Nackte in der Kunst". — 24) Lipps: „Aesthetik". 25) Michaut: „De l'imagination". — 26) Moebius: Ueber das pathologische bei Goethe". — 27) Schassler: „Aesthetik". — 28) Schelling: „Philosophie der Kunst". — 29) Stöckl: „Lehrbuch der Aesthetik". — 30) Stekel: „Dichtung und Nevrose". — 31) Studnicka: „Grundlagen der schönen Form". — 32) Türk: Der geniale Mensch". — 33) Vischer: „Das Schöne und die Kunst". — 34) Vischer: „Aesthetik oder Wissenschaft des Schönen. — 35) Lichtenberg: „Die Phantasie". — 36) Poincare K.: „Matimatical creation". — 37) Szymoński: „Przyczynek do psychologii twórczości". „Nowiny Psychjatryczne" r. 1929.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Witaminy i hormony (próba syntezy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. K. Bocheński.

(Ciąg dalszy).

Przysadka mózgowa, a w szczególności przedni jej płat, jest gruczołem wzrostu; wydzielina jego wpływa na wszystkie gruczoły, głównie jednak na gruczoły płciowe, szczególnie w okresie dojrzewania. Pomiędzy tym gruczołem a dojrzewaniem istnieje tak ścisły związek, że wszczepienie płatu lub wstrzyknięcie jego wyciągów wywoływa przedwczesną dojrzałość płciową u młodocianych zwierząt, u starych zaś i ciężarnych występuje ruja, a po dłuższem stosowaniu powstrzymanie rozwoju narządu rodnego i silna luteinizacja jajnika (Ewans, Long).

Uszkodzenie przedniego płatu przysadki mózgowej prowadzi do zaburzeń czynnościowych i zaniku gruczołów płciowych. Niekiedy równocześnie występuje nadmierna otyłość (Cushing). Na układ wegetatywny ma jednak wpływ również i wydzielina tylnego płatu tego gruczołu, a właściwie tylnego i średniego, gdyż płatu średniego morfologicznie dotąd nie udało się wyodrębnić. Możliwe więc, że wydzielina uważana powszechnie za wydzielinę tylnego płatu jest równocześnie wydzieliną i części środkowej. Przebiegające w części nerwowej przysadki włókna są pochodzenia współczulnego.

Działanie wyciągów tylnego płatu na cały system tętniczy jest znane. Wywołują one skurcze tętnic z równoczesnem zwolnieniem tętna i zwiększeniem ciśnienia krwi. W nerkach zaś naczynia ulegają rozszerzeniu, a mięśnie pęcherza skurczom, co ułatwia wydalanie moczu. Równocześnie jednak wpływając na napięcie zwieracza pęcherza usuwają wyciągi tylnego płatu niemożność utrzymania moczu, polegającą na zwiotczeniu tego mięśnia. Znane są również wyniki lecznicze w moczówce prostej, polegające na usuwaniu nadmiernego pragnienia i zmniejszania ilości moczu.

Brown uważa jako główną czynność tylnego płatu przysadki pobudzanie mięśni gładkich i wydzielanie mleka.

Działanie to pobudzające gładkie włókna mięśniowe do skurczu ma występować o wiele wyraźniej w stanach chorobowych. Przemawia za tem brak zmian w prawidłowem ciśnieniu krwi, jakoteż brak działania nawet dość znacznych dawek wyciągów tego gruczołu na jelita zdrowych, a zwiększanie ciśnienia krwi u chorych i wzmacnianie ruchu robaczkowego jelit porażonych po operacji. Również w działaniu na macicę prawidłową w stosunku do rodzącej lub zwiotczałej istnieją znaczne różnice. Wyciągi przysadki mózgowej nie wywierają prawie żadnego wpływu na prawidłowy gruczoł tarczycowy, natomiast w cierpieniach, powodowanych nadmierną czynnością tarczycy, wyciągi te rozwijają działanie lecznicze.

Niektórzy autorowie, biorąc pod uwagę wywoływanie skurczów ciężarnej macicy i antagonizm tego gruczołu w stosunku do jajnika, polecają wydzielinę tylnego płatu przysadki w krwawieniach pochodzenia jajnikowego, skutkiem ich nadmiernej czynności, jakoteż w silnych krwawieniach miesięcznych, zwłaszcza w okresie dojrzałości lub przekwitania.

Doświadczenia Hajosa rzuciły nieco światła na stosunek gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu do stanów anafilaktycznych. Przekonano się bowiem, że podawanie insuliny i wyciągów tarczycy zwiększa wrażliwość zwierzęcia, natomiast wyciągi z ciałek nabłonkowych i tylnego płatu przysadki, jakoteż adrenalina, zapobiegają powstawaniu wstrząsu. Istnieje niewątpliwy związek pomiędzy międzymózgowiem a przysadką, jakkolwiek dowodów na to pewnych dotąd nie uzyskano.

Zdaniem Francka moczówka prosta jest objawem zaburzenia czynności przysadki. I rzeczywiście po wycięciu tego gruczołu spostrzegano objawy tego cierpienia. Danisch twierdzi jednak, że przyczyną tych objawów jest raczej uszkodzenie dna trzeciej komory. W każdym razie uszkodzeniu tylnego płatu towarzyszy zwykle nadmierne moczenie, które usuwa wstrzykiwanie wyciągów tego gruczołu. Niektórzy używają nawet pituitryny do rozpoznawania moczówki prostej.

Berblinger i Cohn wykazali, że jakkolwiek w *dystrophia adiposogenitalis* i w moczówce prostej odgrywają rolę różne czynniki chorobowe, to niepośledni wpływ ma właśnie wydzielina przedniego płatu.

Wynikiem zmian w komórkach tego płatu są procesy prowadzące do *akromegalji* lub hypofizarnego niedorozwoju karłów, w których to przemianach głównym i decydującym momentem jest powstrzymanie rozwoju gruczołów płciowych. Pozostają one na tym stopniu rozwoju, na którym znajdywały się w chwili wystąpienia zaburzenia.

Steinach i Kun wykazali doświadczalnie wpływ przysadki mózgowej na męskie gruczoły płciowe w okresie rozwoju. Wstrzyknięcie tego hormonu powodowało u młodocianych myszy przedwczesną dojrzałość płciową, co dowodzi zależności jąder od przysadki. Bergblinger przekonał się, że niedostateczna czynność przedniego płatu przysadki wywoływa zmiany wsteczne jąder, a więc swoiste zaburzenie przysadkowego pochodzenia, którą to dystrofję odróżnić należy od zaniku jąder z innych, anatomicznych przyczyn. Działanie przysadki jest więc dla narządu rodnego pobudzające i to zarówno zapomocą wydzielania wewnętrznego jak i zewnętrznego, przyczem działanie to — w przeciwieństwie do gruczołu płciowego — nie jest swoiste dla płci.

Znajdująca się w mózgu pomiędzy przednią parą wzgórków czworaczych szyszynka rozwija się do 6—7 roku życia, a po tym okresie ulega zmianom wstecznym. Badania doświadczalne nad czynnością hormonalną tego gruczołu nie dały dotąd dostatecznych wyników, a to ze względu na znaczne trudności techniczne połączone z operacyjnem usuwaniem tego gruczołu.

Stwierdzono tylko, że po usunięciu szyszynki występowało u zwierząt przyspieszenie wzrostu kośćca i narządu rodnego (jąder). Działanie to przenosi się najprawdopodobniej na drodze układu wegetatywnego.

Wyciągi z szyszynki powodują zwiększenie ciśnienia krwi, silniejsze kurczenie się macicy i wydzielanie mleka.

W ostatnich czasach starano się wykazać hormon serca (Haberlandt) i hormon krążenia (Frey i Kraut).

Różnią się te hormony wzajemnie od siebie tem, że hormon krążenia jest rozpuszczalny we wodzie lecz nie w alkoholu, nie przenika błon pergaminowych, a gotowanie już w 37° niszczy go. Natomiast hormon serca zachowywa się odmiennie. Podobnie i działanie ich jest różne, gdyż hormon krążenia powoduje znaczny spadek ciśnienia krwi skutkiem rozszerzenia naczyń obwodowych, hormon zaś serca czyni to w małym tylko stopniu.

Hormon krążenia ma posiadać we krwi swój inaktywator, będący ciałem bardzo niestałem, który może zniszczyć zmiana oddziaływania surowicy i gotowanie. Hormon ten i jego inaktywator łączą się w długiej i powoli przebiegającej reakcji na związek nieczynny, z którego oswobodzony może znów rozwijać swą działalność. Uczynnienie występuje pod wpływem wzmożonego napływania wolnego hormonu z miejsca jego powstawania. Również i nerki posiadają zdolność wyswobadzania go ze związków nieczynnych, gdyż hormon znajdujący się w moczu jest zawsze czynny. Dodatek surowicy znosi własności czynne hormonu, dodanie kwasu powoduje czasową reaktywację tegoż. Udało się również zapomocą zaczynów rozszczepiających białko (roślinna papaina) zniszczyć inaktywator i uczynnić hormon krążący we krwi w stanie nieczynnym. Z ustroju wydalony zostaje tylko drogą nerek.

Co do działania hormonu krążenia na serce, to zdaniem Haberlandta dopiero wtedy będzie można uważać działanie to za pewne, gdy hormon ten będzie działał także po przecięciu rdzenia szyjnego, ale gdy równocześnie przecięte zostaną pozwojowe włókna współczulne i gdy minie dostatecznie długi okres czasu, potrzebny do zwyrodnienia śródsercowych ich zakończeń.

Wydzielina tarczycy może powstrzymać ruję u zwierząt prawidłowych i sztuczną, wywołaną u zwierząt kastrowanych. W zakresie przemiany materji stwierdzono antagonizm pomiędzy hormonem przytarczycy i płciowym odnośnie do ilości wapnia we krwi.

Nie znamy zupełnie hormonu *grasicy*, który kieruje rozwojem i wzrostem ustroju we wczesnej młodości. W miarę dojrzewania zwierząt ulega grasica zmniejszeniu, a usunięcie go w młodym wieku powoduje zatrzymanie wzrostu kośćca, osłabienie mięśni i upośledzenie umysłu.

Nie znamy również istoty, ani działania *ciałek nabłonnych*. Wiemy jedynie, że wywierają one wpływ na układ współczulny i chromaffinowy i na narządy płciowe, a zniszczenie tych ciałek jest przyczyną zaburzeń w centralnym układzie nerwowym.

Nagromadzony w ciałkach nabłonkowych hormogen pod wpływem nieznanych aktywatorów ulega przemianie na hormon, który następnie krąży we krwi w znacznych ilościach. Wyodrębniony przez Collipa posiada jedynie część wszystkich własności, któremi odznacza się hormon krążący we krwi. U wielu zwierząt udało się przez podawanie różnych rodzajów krwi usunąć objawy wypadnięcia czynności tych gruczołów, jak: drgawki, charłactwo i obniżenie krzywej wapnia we krwi. Blum podał t. zw. ochronne pożywienie, składające się z chleba, mleka i krwi, które pozwalało przez

długie miesiące utrzymywać w zdrowiu zwierzęta pozbawione gruczołów przytarczycznych.

Ogólnie więc *można uważać hormony za ciała o charakterze chemicznym, które na drodze krwionośnej regulują wzajemną wymianę wydzielin gruczołów dokrewnych i w ten sposób wpływają na równowagę czynnościową wszystkich narządów ustroju.*

III. Próba syntezy.

Z rozważań powyższych widać, jak w miarę postępu nauki zacierają się coraz bardziej granice chemiczno - fizjologiczne pomiędzy ustrojami roślinnemi i zwierzęcemi. Podobnie rzecz się ma z witaminami i hormonami, pomiędzy któremi różnice stają się coraz mniejsze.

Badania Dohrna, Faure'a, Polla i Blotevogela dowodzą niezbicie, że w komórkach roślinnych istnieją ciała, które posiadają działanie hormonów wytwarzanych przez gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu. Wykazali oni, że cytochrom zawarty w drożdżach jest ciałem spokrewnionem z hematyną, a z komórek roślinnych, zawierających chlorofil i pozbawionych tegoż, można otrzymać ciała, których działanie nie różni się niczem od działania insuliny. Ciała te, mające znaczenie dla płciowego rozmnażania się, znaleść można we wszystkich częściach rośliny, gdyż podobnie jak hormony płciowe znajdują się one we wszystkich sokach ustroju roślinnego. Z nasion buraków, ziemniaków, pietruszki, z miąższu czereśni i śliwek i z komórek drożdżowych sporządzali wspomniani autorowie wyciągi oleiste, w których zawarte hormony przyspieszały rozwój macicy w ciągu czterech dni. Podobnie, jakkolwiek słabiej, działały wyciągi innych roślin.

Z 1 kg nasienia buraków uzyskiwano 20 g surowego oleju, przedstawiającego wartość 500 jednostek mysich, a którego 40 — 50 mg wystarczały do wywołania objawów ruji u kastrowanych myszy.

Kaufmann podawał chorym herbatę świeżo przygotowaną ze *species Phaseoli* i wykazał, że środek ten obniża kwasicę, leczy wyprysk i zapalenie nerwów, obniża ilości cukru we krwi i wpływa hamująco na wydzielanie cukru.

Tworzą się więc witaminy w kiełkach roślinnych, w których drzemią ukryte siły energji rozwojowej. Kiełki te bowiem zawierają wszystkie ciała potrzebne do dalszego rozmnażania się komórek. Oprócz ciał białkowych, peptonów, tłuszczów, węglowodanów i kwasów aminowych zawierają one obficie zaczyny, sole, ciała lipoidowe i witaminy. Ponieważ zaś zarodki te działają podobnie do insuliny, przeto muszą posiadać także pewne ciała o własnościach hormonalnych (Schittenhelm). Reiss przekonał się, że brak witaminy B wywołał u prawidłowych jakoteż i kastrowanych szczurów trwałą ruję niezależnie od jajników. Wiemy też, że brak witamin B może powodować nadmierne zwiększenie cholesteryny, podobnie jak czyni to hormon jajnika.

Swoiste działanie nie jest przywiązane wyłącznie do tego lub owego hormonu, gdyż w pewnych warunkach działanie jednego z nich może być zastąpione innymi. Podobnie rzecz się ma i z witaminami. Dotyczy to przedewszystkiem zdolności uodparniania ustroju, która to własność nie jest związana z pewnemi tylko witaminami, lecz jest wspólna wszystkim.

Jednostronne pożywienie wzmaga wrażliwość na bodźce chemiczne, fizykalne i bakteryjne. Może przytem wchodzić w grę wrodzona wrażliwość dla schorzeń awitaminowych i wynikła z niej pewna dyspozycja całego ustroju. Jeżeli uznamy jako słuszne zapatrywania niektórych autorów, że dla powstawania schorzeń rakowych konieczne są dwa czynniki, a mianowicie: endo- i egzogenny, to w doświadczeniach Haagena i Erdmanna czynnikiem endo - gennym było jednostronne pożywienie. Ta zależność ustrojów zwierzęcych od pewnej, koniecznej ilości ciał dodatkowych i odżywczych występuje już w okresie życia płodowego, a także i później, w pierwszym okresie życia pozamacicznego, prawidłowy rozwój ustroju zależy od obecności tych ciał. Prawidłowe mleko matki zawiera dostateczne ich ilości, a jednak doświadczenia przekonały, że naświetlania piersi kobiecej wzmagają wybitnie ich czynność, jakoteż poprawiają jakość pożywienia, zwłaszcza w przypadkach niedomogi ustroju.

Mleko kobiece nie zawiera witaminy D. Podawano w ciąży tran, który witaminę tę zawiera w znacznej ilości i przekonano się, że rozwój płodu w macicy był o wiele lepszy. Istnieje przeto bardzo ścisły związek pomiędzy zawartością witamin w pożywieniu matki, a śródmacicznym rozwojem płodu i na tej podstawie radzi Vogt w przypadkach nawykowego obumierania płodu podawać ciężarnym tran.

Według Abela w miesiącach letnich, gdy ludność miejska łatwiej odżywia się owocami i jarzynami zawierającemi witaminy A i C, rodzą się dzieci większe i lepiej rozwinięte, o większej wadze, aniżeli w miesiącach zimowych. Podobne spostrzeżenie uczynił Widmark w Danji, w okresie wojny światowej, odnośnie do zwiększenia się liczby słabo lub nienależycie rozwiniętych dzieci, które następnie łatwiej chorowały i umierały. Vogt podawał noworodkom naświetlaną ergosterynę pod postacią preparatu „Vigantol" i przekonał się, że od drugiego dnia począwszy zmniejszał się fizjologiczny spadek wagi ciała, a po tygodniu dzieci nawet mniej niż prawidłowo ważące uzyskiwały prawidłową wagę. Również i dzieci sztucznie karmione przybywały na wadze stale i równomiernie, a stan ich ogólny był o wiele lepszy.

Vogt tłumaczy dwojako działanie naświetlanej ergosteryny. Albo działa ona jako czynnik zapobiegawczy krzywicy, której objawy u dzieci z mniejszą wagą występują wcześnie i poprawiając ogólny stan wpływa równocześnie na krzywą wagi, albo też, zapobiega ona brakowi witaminy D i wyrównywa zachwianą równowagę innych witamin, które pełnię swego działania rozwijają dopiero wtedy, gdy istnieje t. zw. *synergetyzm* (Frank).

Schittenhelm i Eisler zwrócili uwagę, że różne rośliny lub tylko ich części wykazują po naświetlaniu własności przeciwkrzywicze. Albo więc ergosteryna znajduje się wszędzie i ona jest tym ciałem, które działa po naświetlaniu, albo też i inne ciała otrzymują przez naświetlanie własności przeciwkrzywicze. W tym wypadku — zdaniem ich — należałoby przyjąć, że bez energji świetlnej żadne ciało nie może rozwinąć własności przeciwkrzywiczych, czyli, że działanie to byłoby tylko wyrazem pewnych przemian tej energji.

Przeciwkrzywiczo działają tylko ciała naświetlane. Czyż więc samo naświetlanie wystarcza, aby dane ciało dotąd nieczynne zmienić na czynne? Doświadczenia wspomnianych wyżej autorów zdają się przemawiać przeciw temu. Witamina D powstawała bowiem w czasie kiełkowania *bez udziału energji świetlnej.* Istnieć musi przeto jakiś inny, potężniejszy czynnik w postaci nieznanej energji, którego wyrazem jest owa przemiana budzącego się do życia zarodka. Wpływ promieni Roentgena na witaminy badał Kmietowicz.

Podobnie jak witaminy można i hormony zapomocą naświetlania aktywować czyli zwiększyć siłę i czas ich działania. W przeciwieństwie do pośredniej metody Bertrama, polegającej na zmianie warunków wchłaniania przy pomocy ciał białkowych, aktywacja bezpośrednia insuliny sposobem Vogta polega na działaniu hormonalnem. Bertram wstrzykiwał insulinę równocześnie z preparatem białkowym *(caseosan)* i ludzką surowicą i sądził, że dłuższe i lepsze działanie insuliny polega na zmienionych warunkach jej wchłaniania. Vogt przeprowadził szereg badań na kobietach nie cierpiących na cukrzycę, które przeprowadzały leczenie odtłuszczające i przekonał się, że dodatek surowicy potęguje i przedłuża działanie insuliny. Działanie to jednak zależy od zmian cyklicznych jajnika, gdyż zdolność aktywacji surowicy zwiększa się wraz z wystąpieniem jajeczkowania, a zmniejsza z chwilą ukazania się krwi miesiączkowej. Aktywacją przeto surowicy kieruje hormon jajnika.

Działanie insuliny zależy również od okresu czynności jajnika. *Optimum* tego działania przypada na okres tuż przed miesiączką, a zmniejsza się od chwili ukazania się krwi i dochodzi do *minimum* przy końcu pierwszego okresu *intermenstruum.*

Aktywację insuliny zapomocą naświetlań lampą kwarcową i promieni Roentgena tłumaczy Vogt jako analogję z witaminami. Jak z prowitaminy po naświetleniu powstaje witamina, tak używana dziś insulina jest może tylko prohormonem, który pod wpływem energji świetlnej nabiera dopiero maksimum i optimum swego działania.

Witaminy podobnie jak hormony działają w bardzo małych ilościach, a nadmierne wprowadzanie ich do ustroju powoduje objawy zatrucia. Widziano u szczurów zatrucie nadmierną ilością witaminy B. Objawiało się ono przerostem aparatu chłonnego i zmniejszeniem nadnerczy. Scheer wyraził przypuszczenie, że stan grasiczo - limfatyczny jest względną awitaminozą u szczególnie wrażliwych osobników.

Hoejer podawał szczurom codziennie 0,75 g tranu i wywoływał zatrucie witaminą A, czego objawem było zanikanie i martwica mięśnia sercowego. Pfannenstiel podając królikom duże dawki naświetlanej ergosteryny spowodował ich śmierć wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Początkowo występywały tylko objawy zatrucia, jak: brak apetytu, wychudzenie, spadek wagi ciała i biegunka, a skóra stawała się sucha. O ile przerwano podawanie Vigantolu objawy te szybko ustępowały. W przeciwnym razie zwiększało się charłactwo i zwierzę ginęło. Obdukcja wykazywała suchość pergaminowo zmienionych błon śluzowych i zupełny zanik podściółki tłuszczowej. Objawów tych nie miały zwierzęta, u których sztucznie wywoływano krzywicę. Ten więc tylko ustrój reaguje na dal-

szy dowóz witamin objawami zatrucia, który posiada witaminy w dostatecznej ilości i we wzajemnej równowadze.

Kreitmair i Moll przekonali się na zwierzętach, że nadmierne dawki witaminy D prowadzą do zaburzeń w przemianie materji, szczególnie wapnia. W narządach niektórych zwierząt tworzyły się znaczne złogi wapniowe, większe naczynia były zmienione w sztywne rury, szczególnie łuk tętnicy głównej, a tętnica brzuszna i inne naczynia brzuszne, jakoteż nerkowe były zmienione miażdżycowo. W płucach znaczne ilości wapnia widzialne i wyczuwalne dotykiem. Śledziona w zaniku, w nadnerczach ogniska wapniowe. Błona śluzowa jak gdyby zapalnie przekrwiona w okresie tworzenia się wrzodów.

Przekarmianie zwierząt potrawami naświetlanemi promieniami pozafiołkowemi, podobnie jak nadmiar Vigantolu wywołuje nagromadzenie się wapnia we wszystkich narządach (serce, nerki) i rozpad krwi w śledzionie.

Zmiany te występują tem szybciej i gwałtowniej im mniej witamin znajduje się w pokarmie zwierząt, a najsilniejsze działanie szkodliwe stwierdzono u zwierząt ciężarnych. Już po 5—10-dniowem podawaniu naświetlanego mleka wraz z pożywieniem pozbawionem witamin występowała śmierć, a badanie drobnowidowe wykazało ciężkie zmiany w sercu, w nerkach i w śledzionie, polegające na zwyrodnieniu.

Wynika z tego, że witaminy zwiększają odporność ustroju nietylko na chorobotwórcze zarazki, ale też uodparniają go przeciw szkodliwościom i ciałom trującym pochodzenia nie bakteryjnego. Witamina D zaś jest czynnikiem zmieniającym przemianę wapnia.

Wspomnieliśmy poprzednio o bardzo ważnym wpływie hormonu płciowego na inne gruczoły dokrewne. Wpływ ten nie ogranicza się jedynie tylko do działania hamującego na system chromaffinowy i współczulny. Zniszczenie lub odcięcie dopływu hormonu płciowego powoduje poważne zaburzenia w centralnym układzie nerwowym i w narządzie krążenia. Zmiany w narządzie krążenia powstają skutkiem przesunięcia większej ilości krwi z obszaru *n. splanchnicus* do części obwodowych.

Również całą przemianę materji tak podstawową jak i pośrednią regulują prawdopodobnie bodźce wychodzące z ośrodków nerwowych, pozostających pod działaniem wydzieliny gruczołów dokrewnych. Zdaniem Thannhausera hormony są koniecznym czynnikiem prawidłowej przemiany materji, która to przemiana jest jedynie wyrazem chemicznych przemian ciał odżywczych pod wpływem energji życiowej komórek ustrojowych.

Podobnie jak witaminy działają hormony kompenzatoryjnie i zastępczo t. zn. brak czynności jednego gruczołu mogą wyrównać inne, pod warunkiem jednak, że gruczoł ten przestaje działać nie nagle, lecz w ciągu dłuższego czasu. Nagłe ustanie czynności wydzielniczej gruczołu wywołuje zawsze kliniczne objawy wypadnięcia czynności. Przykładem tego są zmiany włókniste miąższu jądrowego jako zejście anatomiczne spraw zapalnych lub uszkodzeń energją promieniotwórczą. W tych przypadkach powoli tocząca się sprawa, doprowadzająca w końcu nawet do zupełnego zaniku jąder, nie daje żadnych objawów, podczas gdy operacyjne usunięcie jąder objawy te zawsze wywołuje.

Przykładem współdziałania gruczołów dokrewnych jest adrenalina i pituitryna. Oba te ciała wstrzyknięte razem rozwijają silniejsze i dłuższe działanie, aniżeli każde z nich osobno. Podobnie ciała te połączone z innemi wyciągami gruczołowemi wpływają na jakość i czas ich działania. W przypadkach krzywicy otrzymywano lepsze wyniki łącząc wyciągi przysadki z wapniem potasu, podobnie widziano znaczne skrócenie czasu leczenia u chorych z odwapnieniem kości po wstrzykiwaniach *pituitryny*.

C. d. n.

———

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Budowa dołów ustępowych z kręgów betonowych

jako znacznie tańszych przy masowym wyrobie, jest stosowana w wielu Województwach. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych po zbadaniu całokształtu sprawy zastosowania kręgów betonowych do wymienionego celu podaje do wiadomości, co następuje:

1. Zbiornik betonowy (utworzony z kręgów betonowych), wykonany ze zwykłej mieszaniny betonowej i nieotoczony nazewnątrz warstwą gliny, przepuszcza wodę i stać się może groźnym dla wód gruntowych ze względu na przepuszczanie drobnoustrojów chorobotwórczych.

2. Przy wyrobie kręgów betonowych dla utrzymania ich nieprzesiąkliwości musi być zachowany pewien stosunek poszczególnych materjałów, który według Dickerhoff'a wynosi:

a) 1 część cementu i 1 część piasku, lub b) 1 część cementu i 1 część piasku i ½ części ciasta wapiennego, lub c) 1 część cementu, 3 części piasku i 1 część ciasta wapiennego, lub d) 1 część cementu, 5 części piasku i 1½ części ciasta wapiennego, lub e) 1 część cementu, 6 części piasku i 2 części ciasta wapiennego.

Lepiej jednak używać zaprawy nie tłustszej, niż 1 : 2, gdyż bardzo tłusta 1 : 1 pęka. Grubość ścian i dna zbiornika, utworzonego z kręgów betonowych, wynosi przy średnicach: 50 cm — 60 m/m, 60 cm — 65 m/m, 70 cm — 70 m/m, 80 cm — 80 m/m, 90 cm — 85 m/m, 100 cm — 100 m/m.

Przez dodanie do zaprawy cementowej preparatu pod nazwą „Kastor" można urządzenie uodpornić na działanie niskiej temperatury oraz różnych wpływów chemicznych i atmosferycznych.

„Kastor" nie zmniejsza wytrzymałości betonu. Do gotowej mieszaniny betonowej dodaje się „Kastor" aż do otrzymania możliwie jednolitej i jednobarwnej masy, obliczając na 165 kilogramową beczkę cementu około 7 kg preparatu. Większa ilość „Kastoru" może mieć tylko wpływ ujemny.

3. Dotychczasowe obserwacje nad wpływem fekalij i wód gruntowych na trwałość zbiornika betonowego wykazują, że im gładziej jest jego powierzchnia wykończona, tem wpływ ten staje się słabszym.

4. Ustawienie zbiornika z kręgów betonowych na głębokości przemarzania gruntu nie nastręcza niebezpieczeństwa, ciśnienie zewnętrzne nie może być brane w rachubę, gdy ścianki mają odpowiednią grubość, od wewnątrz zaś prawdopodobnie nie będzie żadnego ciśnienia, gdyż wydaliny będą zamarzać warstwami.

5. W suchym gruncie przy budowie dołu z kręgów betonowych można zastosować już gotowe dno, które należy połączyć spoiną w sposób zwykły, jak poszczególne kręgi ze sobą, używając do tego odpowiedniej mocnej zaprawy. Przy wysokiej wodzie zaskórnej zbiornik trzeba budować sposobem opuszczanym, a dno jego zabetonować pod wodą po ustaleniu się zwierciadła wody.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
Dr. Piestrzyński.

———

OCENY.

Prof. Dr. Bhlomke: *Die Chirurgie des Ohres.* (Die Chirurgie, Tom IV, zeszyt 8, stronica 359—636).

W dużym podręczniku chirurgji, wydawanym przez Kirschnera i Nordmana przedstawił Bhlomke w zwięzłej formie chirurgję ucha. By uprzystępnić czytelnikowi zrozumienie objawów, wywołanych przez zmiany chorobowe w narzędziu słuchowym, autor uwzględnił w zwięzłej lecz jasnej formie anatomję i fizjologję narządu słuchowego. Autor nie pominął żadnej choroby narządu słuchowego, która mogłaby interesować chirurga. Oczywista rzecz, najwięcej mniejsca zajmują sprawy ropne narządu słuchowego i ich powikłania. Samo omówienie spraw ropnych może jest zbyt krótkie i może dobrzeby było uwzględnić w podręczniku oprócz sposobów leczenia, stosowanych przez siebie, także i inne ważniejsze. Stanowczo operacja doszczętna ucha środkowego zajmuje zbyt mało miejsca w podręczniku.

Nie na wszystkie zapatrywania autora zgodzić się można. Na str. 464 między przyczynami pęknięć pośrednich błony bębenkowej przytacza autor pracę w kesonach przy szybkiem opuszczeniu kesonu, na co zgodzić się trudno. Na str. 471 mówiąc o wypukleniu błony bębenkowej nazewnątrz w przypadkach nagromadzenia się wydzieliny ropnej w jamie bębenkowej, autor przypisuje dużą rolę ciśnieniu wydzieliny, czego nie można przyjąć. Sposób leczenia pooperacyjnego po operacji doszczętnej, stosowany przez autora, jest mniej odpowiedni niż inne.

Bardzo dobrze przedstawione są powikłania wewnątrzczaszkowe.

Książka napisana jest jasno i zwięźle, czyta się ją łatwo a podnoszą jej wartość znakomite rysunki. Zalecić ją można nietylko chirurgom ale i oto-laryngologom.

Zalewski (Lwów).

———

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, nr. 105, za kwiecień 1929: L. Runge: Modyfikacja operacji Woronowa u zwierząt domowych. — M. Marczewski: Zagadnienie gruźlicy bydła w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Przemysł Chemiczny, nr. 9, z maja 1929 r.: St. Piłat, Wacław I. Piotrowski i J. Winkler: Wyższe alkohole z węglowodanów naftowych, część II: Ze sprawozdań Polskiej Akademji Umiejętności. — H. Wdowiszewski: Postępy chemji analitycznej metaloidów w roku 1925 i 1926.

Pedjatrja Polska, tom IX, zeszyt 1. za styczeń—luty 1929: W. Sterling: Padaczka dziecięca i stany pokrewne. — Z. Olechnowiczówna: Badania nad zachowaniem się białych ciałek krwi w odrze. — A. Łącka i C. Rozengartenówna. Przypadek pneumokokowego zapalenia otrzewnej o nietypowym przebiegu. — A. Łącka i C. Rozengartenówna: Przypadek obustronnego roponercza, wywołanego przez kamicę u dziecka rocznego. — E. Skipirzepa: Przypadek wgłobienia jelita krętniczo-kątniczego u 6-cio miesięcznego dziecka.

Opieka nad dzieckiem, rok VII, nr. 1, za styczeń—luty 1929: K. Rydel: Śmiertelność niemowląt. — Janina Wuttkowa: Opieka społeczna m. Wiednia nad dzieckiem szkolnem; Sprawozdanie z działalności Stacji Opieki nad matką i dzieckiem Tow. „Toz" w Wilnie. — M. Mayzner: Bolączki i potrzeby Opieki społecznej nad dzieckiem opuszczonem i nieślubnem. — W. Gromski: Miss Eglantyne Jebb.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 18, z 5 maja 1929: J. Muszyński: Produkcja roślin lekarskich w Polsce i na kresach północno-wschodnich; Produkcja roczna surowców lekarskich w Święcianach Wileńskich; Nowe leki: Rozporządzenia i okólniki władz; Sprawy zawodowe.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 4 z kwietnia 1929: Różne popularne artykuły z dziedziny życia codziennego.

Lekarz Polski, rok V, nr. 5, z 1 maja 1929: Wit. Gądzikiewicz: O nauczaniu higjeny na Wydziałach lekarskich. — M. Zachert: Działalność przychodni przeciwjagliczych w 1927 r. — Miecz. Pomorski: Chybiony projekt; Zjazd naczelników Wydziałów Zdrowia; Medycyna społeczna zagranicą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Sbornik Lékařský (Archives Bohêmes De Médècine).

Tom XXX (XXXIV). Zeszyt 5—6.

J. Simon: *O stosunku ciśnienia wewnętrznego żołądka do czynności peristolicznej i do kształtu żołądka.* Nowsze badania fizjologji i patologji ludzkiego żołądka wykazały ważność jego czynności motorycznej przy powstawaniu niektórych objawów chorobowych. Dawniej zajmowali się lekarze kliniczni przeważnie chemizmem żołądka. Gdy okazało się że w stanach chorobowych żołądka odgrywa znaczną rolę i czynność motoryczna, nastał nowy okres w rozpoznawaniu oraz leczeniu chorób żołądka. Do wykazania zmian czynności motorycznej żołądka niezbędnem jest badanie roentgenologiczne i gastrotonograficzne, zwłaszcza, jeśli się ma osądzić dynamikę kształtu żołądka, wpływ napięcia mięśniowego i czynności peristalicznej jego ścian na kształt. Z nadzwyczaj obfitej literatury zajmującej się stosunkiem kształtu żołądka i jego peristali, widzimy, że nie ma zgodnego poglądu o powstaniu opadnięcia i zwiotczenia żołądka, które stoją w najściślejszym związku z dynamiką jego kształtu. Przyczyny tej niezgody szukać należy w jednostronnem osądzaniu kształtu żołądka i jego peristali z obrazów roentgenologicznych. Roentgenem można wprawdzie obserwować rozwinięcie się żołądka, można oznaczyć peristalę Stillera, peristaltykę i t. d., nie można nim uchwycić jednak mniejszych zmian w napięciu; niekiedy może mieć żołądek tylko pozornie tężcowy wyprostny kształt (orthotonus), który może być fałszywie osądzonym na podstawie obrazu roentgenologicznego. Tych braków nie wykazuje gastrotonometrja i gastrotonografia, ponieważ przy ich pomocy mierzy się wysokość napięcia manometrycznie, według wysokości ciśnienia wewnętrznego żołądka. Badanie roentgenologiczne i gastronografja uzupełniają się wzajemnie, pozwalając na urobienie sobie dokładnego sądu o stosunku napięcia mięśniowego żołądka do jego kształtu **). Przy badaniu stosunków fizykalnych w bańce gazowej żołądka i ich związku z postacią żołądka, autor przeprowadził szereg gastrotonografij u ludzi i zwierząt doświadczalnych. Gastronografję wykonywał przy pomocy sondy zaopatrzonej w balon *), wprowadzonej do żołądka przełykiem. W niektórych przypadkach mierzenie wykonano sondą, wprowadzoną przez przetokę żołądkową. Balon, użyty do sondy był mały, o największej objętości 50 ccm, aby wielkością swą odpowiadał wielkości bańki gazowej (by nie naciskał na ściany żołądka i nie drażnił do skurczu). Zmiany w ciśnieniu wewnętrznem żołądka oznaczano przy pomocy bębenka Mareya na kimografie. Krzywe uzyskane podał autor w swej pracy oraz dołączył 6 tablic, przedstawiających skiagramy żołądków. Gastronograficznie znaleziono, że ciśnienie panujące wewnątrz żołądka, nie jest u wszystkich ludzi równe, i nie pozostaje w związku z kształtem żołądka. W żołądkach atonicznych często ciśnienie wzrasta, jeśli żołądek się napełnia, w żołądkach ortotonicznych ciśnienie po ich napełnieniu spada, aczkolwiek na podstawie dotychczasowych poglądów o peristali ścian żołądka powinien zachodzić stosunek odwrotny. Ruchy oddechowe przepony i ściany brzusznej wywołują największe zmiany w ciśnieniu wewnętrznem żołądka a nadają krzywym gastrotonograficznym właściwy charakter. Gastrotonograficznie można się przekonać o współdziałaniu przepony i ściany brzusznej jak u ludzi tak i u zwierząt doświadczalnych. U ludzi napotkał on często przy wdechu spadek ciśnienia, w miejsce prawidłowego wzrostu, wywołanego uszkodzeniem współdziałania przepony i ściany brzusznej. Z porównania nakreślonych ruchów oddechowych klatki piersiowej i gastronogramu wynika, że zwykłe manometryczne mierzenie ciśnienia wewnętrznego żołądka może być mylne i że o stosunkach ciśnienia, panującego wewnątrz żołądka, pewnie pouczyć może tylko gastronogram w łączności z krzywą oddechową. Spadek ciśnienia, wywołany zmianą położenia ciała, dochodzący przy położeniu poziomem do 0, nie jest wyrównanym peristaliczną czynnością żołądka, aczkolwiek tak powinnoby było być, gdyby ściana żołądka obejmowała swoją zawartość elastycznie i gdyby żołądek starał się odzyskać kształt, jaki posiadał przed napełnianiem. Wysokość ciśnienia w żołądku zależna jest tylko od peristolicznej czynności ściany brzusznej i od współdziałania ściany brzusznej z przeponą. Również prześwietlenie roentgenologiczne wykazuje, że ściany żołądka nie stawiają wielkiego oporu swem rozwinięciem, jeśli rozwinięte zostają przez bańkę gazową żołądka u człowieka, leżącego na wznak. Niemożliwem jest przy tem przypuszczenie o odruchowem osłabieniu napięcia ścian żołądka, ponieważ objętość bańki gazowej nie uległa zmianie a również nie wzrosło ciśnienie; naodwrót spadło przy zmianie położenia. Z wyników gastronograficznych i badań roentgenologicznych można wnioskować, że poziom treści żołądkowej nie utrzymuje się wysoko w sklepieniu żołądka (fornix) pod wpływem peristolicznej czynności, tylko wpływem peristoli brzusznej. Sposób rozwinięcia się żołądka i jego ostateczny kształt jest warunkowany anatomiczną budową jego ścian, dalej anatomiczną budową klatki piersiowej i brzucha, a wreszcie peristolą powłok brzusznych i współdziałaniem ruchów przepony z ruchami mięśniowymi ściany brzusznej.

Otokar Saitz: *Biochemiczna paralela między rakiem narządów rodnych a ciążą. (Parallèle biochimique entre le cancer et la grossesse).* Drogą badań porównawczych nad przemianą materji u 25 przypadków ciąży i 25 przypadków raka narządów rodnych kobiecych, które odbywały się w tych samych warunkach i przy pomocy tych samych odczynów, autor doszedł do przekonania, że istnieje pewien paralelizm biochemiczny pomiędzy rakiem a ciążą, który objawia się: 1) zmniejszonem wydzielaniem mocznika,

---

**) Z innych metod, używanych do badania motorycznej czynności żołądka u istot żywych należy wymienić: a) obserwowanie ruchów żołądka, obnażonego laparotomją (Grützner), które bywają uszkodzone wpływami zewnętrznymi, narkozą i t. d. (Reamur, Spallanzani, Mangold, Baron-Barsony), b) obserwowanie żołądka oknem w ścianie brzusznej (Katrech-Borchers, Henderson), c) oznaczanie ruchów żołądka z powierzchni powłok brzusznych (Etner), d) gastrokinezografją Einhorna i e) elektrogastrografją, którą zajmowali się głównie Stübel, Tschermak, Alvarez, Veid. Metody te nie mają znaczenia przy badaniu stosunku napięcia ścian żołądka do jego kształtu.

*) Gastrometrja wykonana otwartą sondą insuflacyjną nie daje pewnych wyników (Scheiber, Mangold, Alvarez). Sondy balonowe są pewniejsze, nazywają się sondą Boldyseffa lub Hemmetera.

o większym jednak odsetku w przypadku raka (96%), aniżeli w ciąży (84%), 2) zwiększonem wydzielaniem amoniaku i kwasów aminowych, występującem częściej w ciąży (88%), rzadziej w przypadku raka (60%), 3) zwyższonym poziomem cukru we krwi (w przypadku raka 56%, w ciąży 52%), większym wzrostem, a dłużej trwającym spadkiem krzywej glikemicznej po podaniu lewulozy, przebiegającym w równej prawie mierze u obu (u raka 80%, w ciąży 72%). Co do zawartości cholesteryny w krwi autor nie może wydać stanowczego sądu, ponieważ na metodzie Antenrietha, użytej przy badaniach przez autora, zdaniem całego szeregu badaczy nie można polegać, a różnice wyników, osiągniętych tą metodą nie pozwalają na stawianie pewnych konkluzji. Rak i ciąża w przemianie ciał żółciowych (bilirubina i urobilina) liczbowo różnią się dość znacznie (w przypadku raka bilirubina w krwi wzmożona w 20%, u kobiet ciężarnych w 8%; w moczu urobilina w przypadku raka wzmożona w 44%, w ciąży w 64%).

Niemożliwe jest wykazać, czy na tej samej podstawie dochodzi do wspólnych, zaznaczonych zmian, czy też są one wywołane różnymi, odmiennymi procesami w ustroju. Podobne zmiany spostrzegane były przez rozmaitych autorów i przy przewlekłych chorobach zakaźnych (gruźlica), przy schorzeniach wątroby i przy chorobliwych zmianach w wydzielaniu wewnętrznem. Obserwacje wykazały, że obraz kliniczny i anatomiczny nie szedł paralelnie z procesem biochemicznym.

Jan Hybašek: *Stosunek pneumatyzacji wyrostka do zapalenia wyrostka sutkowego. (Pneumatisation de l'apophyse dans son rapport aux mastoidites).*

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of The American Medical Association.

Nr. 7. 16 February 1929.

C. G. Kerley: *Choroba serca u dzieci.* Autor uznaje 3 grupy, pierwotnej niedomogi serca. Do grupy 1) należą dzieci, które cierpią lub przeszły gorączkę reumatyczną. do 2) dzieci, które przeszły pląsawicę (chorea), do 3) dzieci, które skarżą się na ból, występujący często w kończynach, którego przyczyny nie można wytłumaczyć urazem lub chorobą. Lekarz niejednokrotnie może zapobiec powstaniu choroby serca u dziecka przez zniszczenie ogniska chorobowego podawaniem kwasu salicylowego czystego, lub w połączeniu z alkaljami. Autor podaje salicyl początkowo bez przerwy, po ustąpieniu bólu w przerwach, jeszcze przez dłuższy okres czasu. Jeśli lekarz przy badaniu dziecka uświadomi sobie możliwość występowania choroby serca, ukrywającej się pod obrazem „silnych bólów" u dzieci, wówczas ilość przypadków niedomogi serca u dzieci znacznie się zmniejszy.

James B. Herrick: *Djagnostyka współczesna.* Autor omawia różnice między rozpoznawaniem dawniej a dzisiaj, oraz wymienia szereg niebezpieczeństw i pomyłek, ukrywających się pod dzisiejszem rozpoznaniem choroby. Szczególnie młody lekarz zbyt często polega na badaniach laboratoryjnych, zapominając „że posiada ucho, oko i mózg", które, powinien ćwiczyć i rozwijać przy łóżku chorego („Eyes have they, but they see not"). Dzisiejszy lekarz nadużywa techniki, często ze szkodą dla chorego. Herrick cytuje Jamesa Mackenziego, który twierdzi, że stetoskop i sphygmomanometr nie powinien był nigdy być odkrytym. Hoover uważa, że odczyn Wassermanna, więcej złego, aniżeli dobrego wyrządził ludzkości, z powodu często zdarzającej się nieodpowiedzialności i lekkomyślności lekarza. Autor broni się przed zarzutem konserwatyzmu. Nie jest przeciwnym wprowadzeniu nowych udoskonaleń technicznych i laboratoryjnych do poczynań lekarza, lecz żąda od lekarza, aby po opanowaniu teoretycznem swego działu, kształcił się praktycznie przy łóżku chorego, używając zdobycze techniki tylko jako środka pomocniczego, oddając pierwszeństwo własnym spostrzeżeniom, a co najważniejsze własnemu, nabytemu doświadczeniu.

J. V. De Porte: *Choroby w okręgu New-Jorku.* Dane statystyczne o chorobach z r. 1927.

Francis H. Redewill: *Leukoplakia, Malakoplakia i oskurupione zapalenia pęcherza moczowego.*

Ch. Sp. Wiliamson, B. Kaplan i J. C. Geiger: *Przegląd czerwonki pełzakowej w Chicago.* Czerwonka jest częstem schorzeniem w Chicago. Wyniki badań wykazały, że ofiarą zakażenia są najczęściej kupcy towarów spożywczych.

W. H. Cole i M. L. Heideman: *Wrzód amebowy powłok brzusznych po wycięciu wyrostka robaczkowego z użyciem sączka.* Autorzy znaleźli pełzaki w ropie i mikroskopowej sekcji wrzodu, powstałego po apendektomji ze sączkowaniem, co wskazuje na pełzaka, jako czynnika etjologicznego. Podobieństwo przypadku opisanego do przypadków innych, ostatnio w piśmiennictwie opisanych, jest tak znaczne, (Weiss, Engmann, Heithaus, Cullen, Christopher), że czynnik przyczynowy zdaje się być ten sam. Najbardziej skuteczną a w praktyce jedynie zadawalniającą metodą leczniczą jest radykalne wycięcie bujającej części wrzodu przy pomocy przyżegacza. Cięcie prowadzić należy w 2 cm odległości od zaczerwienionego pola, otaczającego brzeg wrzodu. Leczenie konserwatywne gorącem, wilgotnem opakowaniem, nastrzykiwaniem roztworu chlorku sodowego, nadmanganianem potasowem, słońcem, promieniami ultrafiołkowemi, roentgenem, nie dało godnego uwagi polepszenia. Dość znaczna, lecz krótkotrwała poprawa wystąpiła po użyciu gazy, nasiąkniętej emetyną. Zachodzi możliwość, że ameby mają wpływ na powstanie patologicznego procesu we wyrostku robaczkowym w niektórych przypadkach appendicitis. W ścianach wyrostka znaleźli autorzy drobnoustroje, których nie można identyfikować z pełzakami. (Cullen znalazł streptococcus brevis, Meleney paciorkowca niehaemolizującego).

J. I. Hofbauer: *Odrębny typ mięśnia w ludzkiej ciężarnej macicy.* Autor przedstawia dowody anatomiczne i kliniczne, które wytłumaczyć mają jego przypuszczenie, że budowa zewnętrznej warstwy macicy ciężarnej przypomina budowę przewodzącego aparatu mięśniowego serca.

M. F. Campbell i J. D. Lyttle: *Zamknięcie moczowodu u niemowląt.* W przybliżeniu 2% niemowląt cierpi z powodu moczowodu, fakt, który predysponuje do zakażenia i zniszczenia nerki. Autorzy podkreślają kilkakrotnie, że ropomocz, opierający się systematycznemu leczeniu przez okres dłuższy aniżeli 4 tygodni, wymaga uzupełniającego badania urologicznego. Autorzy, postępując w ten sposób odkryli w więcej aniżeli 95% przypadkach chorych, ciężkie stany chorobowe dróg moczowych. Te same urologiczne, rozpoznawcze i lecznicze metody stosowane u starszych mogą być użyte u dzieci i niemowląt.

H. De Beaurepaire Aragao (Rio de Janeiro): *Zarazek żółtej febry.* Spostrzeżenia Stokesa, Bauera i Hudsona, że Macacus rhesus może być szczepiony zarazkiem żółtej febry afrykańskiej i że choroba ta nie jest wywołaną przez „Leptospira icteroides" Nuogehiego, wywołały ogólne zainteresowanie i odnowiły energiczne badania nad żółtą febrą w Ameryce. Z przypadków żółtej febry, które leczono w czerwcu 1928 r. w szpitalu w Rio de Janeiro, dostarczyły autorowi sposobności do przeprowadzenia doświadczeń opisanych w niniejszym artykule. Tylko 4 małpy (Macacus rhesus) były pod ręką, gdy się ukazały pierwsze przypadki żółtej febry. Jedną szczepiono 2 ccm hodowli „Leptospira icteroides" (małpa Nr. 1), drobnoustroju, izolowanego przez Nuogehiego i jego współpracowników *). Trzy pozostałe szczepiono krwią chorych na żółtą febrę, $2^1/_2$, 3 i $3^1/_2$-dniową od chwili ukazania się choroby. Te 4 małpy pozostały przy życiu. Inny los spotkał tego samego gatunku 4 małpy, sprowadzone z Sao Paulo i jedną Macacus cynomalgus z Rio de Janeiro, użyte do dalszych badań. Wynik dodatni okazał Macacus cynomalgus (Nr. 7) i jeden Macacus rhesus (Nr. 8) w okresie pisania niniejszego artykułu; reszta pozostaje pod obserwacją. Zmiany patologiczne, makro- i mikroskopowe, wywołane zarazkiem Ameryki południowej u tych zwierząt w zupełności przypominają uszkodzenia, wywołane zarazkiem afrykańskim u Macacus rhesus, które opisali Stokes, Bauer i Hudson. Porównanie sekcji wątroby małpy, zakażonej zarazkiem afrykańskim, przywiezionej do Brazylji z instytutu Pasteura z Paryża, nie wykazało różnicy w obrazie patologicznym. Leptospira icteroides Nuogehiego nie została wykazaną u obu badanych zakażonych małp, ani w hodowli, ani też na zwierzętach doświadczalnych.

Autor w przyszłym artykule opisze wyniki dalszych badań.

H. S. Martland: *Otrucie zawodowe przy fabrykacji tarcz do zegarów świecących.* (Ciąg dalszy).

Sprawozdania. Korespondencje z głównych miast Ameryki i Europy. Książki i gazety lekarskie.

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Z czynności stałej delegacji zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w r. 1925 wybrał (czwartą od r. 1900) Delegację stałą, do której weszli jako członkowie: prof. dr. Ciechanowski, doc. dr. Janiszewski (obaj ponow-

---

*) Hidego, Miller, Torres, Silva, Martins, Ribeiro des Santos, Vianno, Baio.

nie) i prof. dr. M. Siedlecki z Krakowa, prof. dr. Romer ze Lwowa, prof. dr Gantkowski z Poznania, prof dr. Kryński (ponownie) z Warszawy i prof. dr. Januszkiewicz z Wilna, a jako zastępcy prof. dr. Franke (Lwów), prof. dr. Karwowski (Poznań), prof. dr. Loth i prof. dr. Sawicki (Warszawa), prof. dr. Dziewulski (Wilno).

Delegacja odbyła dwa posiedzenia plenarne, jedno w Warszawie (obecnych 11), drugie w Krakowie (obecnych 9), a nadto załatwiała sprawy przez głosowanie listowne i na posiedzeniach prezydjum, odbywających się w Krakowie

A. Czynności pełnej Delegacji.

1. Delegacja ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym prof. dr. Ciechanowskiego, wiceprezesem prof. dr. Romera, sekretarzem generalnym doc. dr. Janiszewskiego, skrabnikiem prof. dr. Siedleckiego.

2. Jako prezydjum Wydziału gospodarczego XIII Zjazdu, wyznaczonego na r. 1929 w Wilnie, zaprosiła Delegacja: prof. dr. Januszkiewicza (prezes), prof. dr. Dziewulskiego (wiceprezes), prof. dr. Michejdę (sekretarz generalny), prof. dr. Jakowickiego (zastępca sekretarza generalnego i redaktor wydawnictw), dr. Bądzyńskiego (skarbnik).

3. Wydziałowi gospodarczemu XIII. Zjazdu przekazano do rozpatrzenia i ewentualnego wykonania wnioski różnych sekcyj XII. Zjazdu, dotyczące strony organizacyjnej Zjazdów, jako to: urządzania liczniejszych posiedzeń wspólnych i łączenia kilku sekcyj w większe grupy (Sekcja anatomiczna), tematów posiedzeń ogólnych (Sekcja zoologiczna i anatomiczna), porządku obrad w Sekcjach (Sekcja otolaryngologiczna), włączenia przypadających na rok 1929 zjazdów specjalistycznych w ramy ogólnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w charakterze jego sekcyj, udziału większych firm przemysłowo-lekarskich na wzór Francji w kosztach Zjazdu, wczesnego ogłaszania programu naukowego Zjazdów i t. d.

4. Wyrażono życzenie, aby Wydział gospodarczy rozważył jako ewentualne tematy posiedzeń ogólnych lub wspólnych na XIII. Zjeździe sprawę wychowania fizycznego ze stanowiska zdrowia publicznego i potrzeb Państwa, i sprawę zwalczania kiły.

5. Na wniosek Wydziału gospodarczego oznaczono wspólnie z nim ściślejszy termin Zjazdu w Wilnie n a k o n i e c m i e s i ą c a w r z e ś n i a 1929.

6. Przyjęto sprawozdanie Wydziału gospodarczego XII. Zjazdu w Warszawie, udzielając mu na wniosek Komisji rewizyjnej (prof. Franke i prof. Siedlecki) absolutorjum i uchwalając wyrazić mu uznanie i podziękowanie, zwłaszcza prezesowi prof. Kryńskiemu, sekretarzowi generalnemu dr. Lothowi i skarbnikowi dr. Dydyńskiemu.

7. Z pozostałych po XII. Zjeździe funduszów udzielono a) 2.000 zł. zasiłku czasopismu „Kosmos", b) 500 zł. na koszta „Biura propagandy nauki polskiej zagranicą", organizowanego przez prof. dr. Lotha, c) 2.500 zł. wydziałowi gospodarczemu XIII. Zjazdu w Wilnie, jako zaliczkę zwrotną na koszta organizacji Zjazdu.

8. Zatwierdzono załatwienie uchwał XII. Zjazdu przez Prezydjum Delegacji i polecono w dalszej akcji położyć nacisk na dwie główne uchwały, mianowicie na postulat złączenia wszystkich spraw zdrowia publicznego ze sprawami opieki społecznej w Państwie w jednym zarządzie centralnym oraz na postulat utworzenia szeregu rezerwatów przyrodniczych.

9. Uchwalono wnioski do zmiany „Ustawy Zjazdów", obejmujące a) skrócenie odstępów między Zjazdami — po zasięgnięciu zdania wszystkich Towarzystw naukowych lekarskich i przyrodniczych w Państwie — z lat czterech (uchwalonych na XI. Zjeździe w Krakowie) w przyszłości do dwóch lat, a n a r a z i e p r z y n a j m n i e j p r z y w r ó c e n i e ustanowionych na IX Zjeździe) o d s t ę p ó w t r z e c h l e t n i c h, b) objęcie przez Delegację Stałą zadań łącznika pomiędzy Zjazdami ogólnemi lekarzy i przyrodników polskich, a zjazdami specjalistycznemi, oraz pomiędzy Towarzystwami naukowemi, c) przelanie likwidacji Zjazdów i wydania sprawozdań ze Zjazdów na Wydziały gospodarcze, już faktycznie spełniające te zadania od r. 1900, d) zastrzeżenie głosu na pierwszem i ostatniem posiedzeniu ogólnem tylko uproszonym prelegentom, e) skrócenie przemówień w dyskusjach do 5 minut, f) zastrzeżenie, że Delegacja stała będzie załatwiać ze spraw jej przekazywanych tylko wnioski pisemnie umotywowane ze szczegółami sposobu załatwienia, g) skasowanie „Regulaminu Komitetów miejscowych".

10. Uchwalono podjąć kroki celem uregulowania sprawy reprezentacji Polski na Międzynarodowych Zjazdach lekarskich i przyrodniczych.

11. W sprawie protokołu obrad Sekcji nauk antropologicznych XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie, uchwaliło Prezydjum Delegacji stałej podać do wiadomości publicznej, co następuje:

„Sekretarz Sekcji nauk antropologicznych XII. Zjazdu Lekarzy i przyrodników polskich złożył w Redakcji „Kosmosu" we Lwowie w r. 1926 protest przeciwko drukowanemu brzmieniu protokołu tej Sekcji w „Księdze pamiątkowej XII. Zjazdu" (tom I, str. 187—201), w którym to proteście zaznacza, że tekst rękopiśmiennego protokółu sporządzonego i podpisanego przez niego, a uzgodnionego z gospodarzem Sekcji, nie zawierał i nie miał zawierać przemówień d y s k u s y j n y c h, a miał być uzupełniony jedynie treścią wygłoszonych r e f e r a t ó w, nadesłanych przez autorów; w tekście zaś wydrukowanym włączono wbrew temu przemówienia dyskusyjne osób, krytykujące wyniki prac szkoły antropologicznej lwowskiej, nie włączono jednak głosów przeciwnych. Prezydjum Delegacji stwierdza, że za tę różnicę tekstów nie ponosi żadnej odpowiedzialności Redakcja „Księgi pamiątkowej XII, Zjazdu" gdyż oddała do druku bez zmiany tekst, jedyny, jaki otrzymała z Sekcji".

B. Załatwienie uchwał plenarnych XII. Zjazdu.

Na drugiem posiedzeniu ogólnem powziął XII. Zjazd 20 uchwał i rezolucyj, których dalsze załatwienie poruczył Delegacji Stałej.

I. Siedm z tych uchwał dotyczyło najważniejszych z a d a ń s p o ł e c z n o-h i g j e n i c z n y c h, mianowicie a) w a l k i z wielkiemi k l ę s k a m i s p o ł e c z n e m i: gruźlicą, kiłą, alkoholizmem i jaglicą (jako najczętszą w Polsce przyczyną oślepnięcia), b) sprawy w y c h o w a n i a f i z y c z n e g o, c) opieki społecznej w zakresie u b e z p i e c z e n i a n a s t a r o ś ć i n i e z d o l n o ś c i d o p r a c y, d) zapobiegania z a r a z i e p s y c h i c z n e j przez zwalczanie literatury senzacyjnej i pornograficznej.

a) 1. Dla wykształcenia odpowiedniej liczby specjalnych organizatorów w a l k i z g r u ź l i c ą u l u d z i domagał się Zjazd osobnych kursów o gruźlicy na Wydziałach lekarskich Uniwersytetów lub z ich pomocą; żądał dalej wciągnięcia do walki z gruźlicą całego nauczycielstwa i duchowieństwa, oraz obowiązkowego nauczania higjeny na wszystkich Wydziałach szkół wyższych i w seminarjach duchownych. Skutkiem tych uchwał był 1 kurs dla lekarzy, jednomiesięczny, urządzony w Warszawie już w jesieni 1925 przez Polski Związek przeciwgruźliczy wspólnie z Generalną Dyrekcją służby zdrowia, na którym to kursie wykładali profesorowie wszystkich Wydziałów lekarskich polskich; wykłady te wyszły jako osobne obszerne wydadnictwo. Kursa te są powtarzane. W r. 1929 odbył się czwarty z rzędu, nadto urządza kursa dla personelu pomocniczego Państwowa Szkoła higjeny. Delegacja zwracała się w tej sprawie także do wydziałów lekarskich.

W odpowiedzi Wydział krakowski zawiadomił, że uwzględni szerzej gruźlicę w kursach dla lekarzy, a poznański, że uwzględnia obszernie walkę z gruźlicą w wykładach higjeny społecznej, urządza zwiedzanie lecznic dla gruźliczych przez studentów i że profesor higjeny corocznie urządza kurs o gruźlicy w poznańskiem Seminarjum duchownem. W Krakowie sprawa walki z gruźlicą jest obszernie traktowana w wykładach i na seminarjum higjeny społecznej, nadto w klinice II. chorób wewnętrznych uczestniczą w pracy istniejącej tam od r. 1928 poradni przeciwgruźliczej studenci, którzy również zwiedzają lecznice. Szerszy udział nauczycielstwa i duchowieństwa w walce z gruźlicą leży jednak nadal odłogiem i nie wprowadzono dotąd wykładów higjeny w szkołach wyższych poza Wydziałami filozoficznemi i Studjum pedagogicznem.

W sprawie racjonalnej w a l k i z g r u ź l i c ą u b y d ł a, mającej obok społeczno-higjenicznego wielkie znaczenie ekonomiczne, a żądanej przez XII. Zjazd zwróciła się Delegacja Zjazdów do Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr państwowych. Ministerstwo odpowiedziało 6 marca 1926, że racjonalniejszą niż przedtem walkę umożliwi jednolita polska ustawa weterynaryjna, której projekt już opracowało. Jednakże okazało się, że nie jest konieczna osobna ustawa (uchwalana przez Sejm i Senat), ale, że wystarczy rozporządzenie Ministerstwa rolnictwa, które też zostało wydane w r. 1928. W samem zaś zwalczaniu gruźlicy u bydła, prowadzonem przez organizacje rolnicze, wielki postęp dało zarzucenie dawniejszej kosztownej metody Banga, a wprowadzenie tańszej metody Ostertaga. Co do metody Calmette'a, to na Międzynarodowej Konferencji w Paryżu w r. 1928, na którą Rząd polski delegował prof. Juljana Nowaka, postanowiono przez lat 5 prowadzić na większą skalę badania próbne we wszystkich krajach; dla Polski jako stację doświadczalną w tym kierunku wyznaczono Instytut weterynarji i medycyny doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

2. Zwalczenia kiły dotyczył postulat przymusowego badania co do kiły osób rodzących we wszystkich zakładach położniczych w Polsce. Delegacja Zjazdów przedłożyła ten postulat XII. Zjazdu Generalnej Dyrekcji służby zdrowia.

3. Zwalczanie alkoholizmu według odpowiedzi Ministerstwa spraw wewnętrznych (Departament służby zdrowia) udzielonej Stałej Delegacji 8 stycznia 1927, natrafia na trudności z powodu niedostatecznych środków. Mimo to prowadzi ją Ministerstwo w miarę możności, wydając serje tablic statystycznych, udzielając subwencji stowarzyszeniom przeciwalkoholowym, oraz popierając kursa przeciwalkoholowe, urządzane przez Państwową Szkołę higjeny (pierwszy w grudniu 1926) i wystawy przeciwalkoholowe. Ministerstwo zawiadomiło również w r. 1927 Delegację, że stara się o nabycie folwarku Gościejewo w Poznańskiem na wzorową lecznicę dla alkoholików.

4. Postulat utworzenia Państwowego Instytutu badań nad jaglicą przedstawiło Ministerstwo spraw wewnętrznych (Dep. służby zdrowia), do którego odniosła się Delegacja Stała, w grudniu 1926 Ministerstwu W. R. i O. P. Na zapytanie tego Ministerstwa oświadczyły gotowość organizacji tego Instytutu przy Uniwersytecie Wydziały lekarskie krakowski i lwowski i przedłożyły żądane wnioski do budżetu w r. 1927. Pomimo ponawiania tych wniosków sprawa dotąd nie posunęła się naprzód.

4. Postulat wydania ustawy o wychowaniu fizycznem skierowała Delegacja do Sejmu, Senatu i Rządu. Ciała ustawodawcze wcale się nią nie zainteresowały. Natomiast Minister spraw wojskowych Marszałek Piłsudski, utworzył w r. 1926 przy swem Ministerstwie Państwowy Urząd wychowania fizycznego (i przysposobienia wojskowego), wyposażony w duże środki (w budżecie na r. 1929/30 9'5 miljonów zł), przy swym gabinecie Radę naukową wychowania fizycznego, która opracowała projekt o wychowaniu fizycznem, wreszcie zarządził budowę Centralnego Instytutu wychowania fizycznego w Warszawie, który rozpoczęty w r. 1928, w ciągu roku będzie skończony, a przewyższa wszystkie inne w Europie.

c). Uchwałę Zjazdu XII. o konieczności ustawy o ubezpieczeniu niezdolności do pracy i starości przedstawiła Delegacja Prezydjum Rady Ministrów i Ministerstwom pracy i opieki społecznej oraz spraw wewnętrznych (Dep. służby zdrowia). Oba te Ministerstwa odpowiedziały (w grudniu 1926 i styczniu 1927), że projekt ustawy został opracowany. Projekt stał się ustawą wskutek uchwały Sejmu w marcu 1929.

d) Apel XII. Zjazdu do prasy w sprawie literatury senzacyjnej i pornograficznej był przez całą prasę powtórzony, nie dawał więc pola do żadnych dalszych kroków. Niestety ta sama prasa, która go ogłosiła, prawie wcale do niego się nie stosuje, a walka z zarazą moralną jest nader słaba mimo, że Państwo Polskie ratyfikowało w r. 1928 międzynarodową komisję o zwalczaniu pornografji.

II. Trzy uchwały odnosiły się do organizacji służby zdrowia publicznego i opieki społecznej, mianowicie a) ich ogólnego kierownictwa, b) podstaw statystycznych, c) pomocy lekarskiej dla ludności przez lotnictwo sanitarne.

a) Uchwałę Zjazdu, przedstawiającą połączenia spraw opieki społecznej ze sprawami zdrowia publicznego, w jednym Urzędzie naczelnym równorzędnym z innemi naczelnemi urzędami, przedłożyła Delegacja Radzie Ministrów, Senatowi, Sejmowi i powołanej przez Rząd komisji reformy administracji państwowej (na ręce przewodniczącego jej w r. 1925 prof. Dr. M. Bobrzyńskiego). Z Prezydjum Rady Ministrów otrzymała Delegacja odpowiedź, że sprawę tą przesłano stamtąd Ministerstwu spraw wewnętrznych i Ministerstwu opieki społecznej, a w marcu 1927 r. zwrócono się do tych Ministerstw o wyrażenie opinji. O dalszych losach tej sprawy nie otrzymała dotąd Delegacja wiadomości; ostatni raz zwracała się w tej sprawie do Ministerstwa w marcu 1929.

b) Żądanie Zjazdu, by w statystyce państwowej szerzej uwzględniano statystykę zdrowia publicznego (przyczyn śmierci i t. d.), przedłożone przez Delegację Ministerstwu spraw wewnętrznych, pozostało wprawdzie bez odpowiedzi, jednakże w publikacjach oficjalnych widać coraz większe starania o udoskonalenie tej statystyki.

c) Potrzeba stworzenia lotnictwa sanitarnego celem szybkiej pomocy w nagłych przypadkach chorobowych, przedstawiona wskutek uchwały Zjazdu Ministerstwom Spraw Wojskowych i Spraw Wewnętrznych, została w pełni uznana przez oba Ministerstwa, a Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przesłało Delegacji swój okólnik, wydany w lutym 1927 do wszystkich Wojewodów w sprawie przewozu chorych cywilnych samolotami wojskowymi. Sama zaś sprawa pomnożenia takich samolotów sanitarnych stopniowo postępuje dzięki ofiarności społeczeństwa i dziś już samoloty takie w każdem prawie Województwie są do użytku ludności cywilnej.

III. W sześciu uchwałach wskazał Zjazd na niektóre środki rozwoju nauki, mianowicie przez a) ochronę przyrody, b) badania oceanograficzne, c) propagandę nauki polskiej zagranicą.

a) XII Zjazd podniósł nietylko ogólnie konieczność ochrony zabytków przyrody (rezerwatów), jako nieocenionego materjału do badań naukowych, którego straty nic nie powetuje, ale w szczególności wskazał na konieczność: 1) zatwierdzenia statutu Parku Narodowego w Białowieży, którego projekt Komisja ochrony przyrody przedłożyła Rządowi jeszcze w r. 1923, 2) stworzenie rezerwatu Świtezi i 3) na kopalni „Paryż“ w Dąbrowie Górniczej. — Na pisma Delegacji w tej sprawie do Sejmu, Senatu, Ministerstwa Rolnictwa, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Spraw Wewnętrznych (ad 1—2) i Handlu i Przemysłu (ad 3) odpowiedziało tylko Ministerstwo Rolnictwa w marcu 1926, donosząc o wydzieleniu w r. 1924 250 ha lasów jako rezerwatu nad Świtezią i wdrożeniu w r. 1926 pertraktacji o zakupno na ten cel znajdujących się tam także prywatnych lasów.

Oprócz jednak tej odpowiedzi zaznaczyć należy, że niewątpliwie wskutek uchwał XII Zjazdu nadano charakter oficjalny i szersze atrybucje istniejącej już przedtem Komisji ochrony przyrody, rozwijającej pod kierunkiem prof. dr. Szafera z Krakowa w latach następnych coraz żywszą i skuteczniejszą działalność. Sprawa rezerwatów znacznie postąpiła i dziś oprócz licznych drobniejszych rezerwatów istnieją duże rezerwaty. W r. 1928 zorganizowano w całem Państwie „Tydzień ochrony przyrody“, oraz pierwszą wystawę ochrony przyrody w Krakowie. Powstała w związku z oficjalną Komisją społeczną „Liga ochrony przyrody“.

b) Postulat XII Zjazdu, by powstał Instytut morski dla wszechstronnych badań naukowych, przedłożony przez Delegację Zjazdów Ministerstwu W. R. i O. P., wypełniony został w bardzo znacznej mierze. Mianowicie stacja badań, istniejąca na Helu pod nazwą „Morskie laboratorjum biologiczne“, została powiększona, przyłączona do Instytutu nauk rolniczych w Bydgoszczy, który również prowadzi badania oceanograficzne. W toku jest obecnie nabycie przez rząd (Ministerstwo Przemysłu i Handlu) statku, specjalnie przeznaczonego i urządzonego do doświadczalnych badań naukowo-rybackich. Przy Ministerstwie W. R. i O. P. (Wydział nauki) utworzona została „Rada badań morza“, która pozostaje w stosunkach z organizacjami naukowemi międzynarodowemi i której prace mają uznanie zagranicą.

c) Pomysł stworzenia Biura zagranicznej propagandy nauki polskiej, w szczególności medycyny, przedstawiła Delegacja Zjazdów Naczelnej Izbie lekarskiej w Warszawie, ponieważ XII Zjazd proponował utrzymanie tego biura z drobnych opłat wszystkich lekarzy. Jednakże Izba ta oświadczyła, że niema środków na poparcie takiego Biura i że uważa Kasę im. Mianowskiego za instytucję więcej powołaną w tej sprawie. Delegacja Zjazdów przyznała na koszta organizacyjne takiego biura wspomniany wyżej zasiłek (wypłacony do rąk prof. Lotha). — Jako środek propagandy polskiej nauki wznowiła Polska Akademja Umiejętności swój „Katalog literatury naukowej polskiej“ i wydała zeszyt za lata 1914—1918, oraz zebrała już materjał za dalsze lata.

IV. Cztery uchwały dotyczyły dydaktyki przyrodniczej w zakresie mineralogji i geologji oraz geografji, i dydaktyki lekarskiej w kierunku dokształcania lekarzy, jakoteż utworzenia katedr higjeny społecznej i wychowania fizycznego we wszystkich Wydziałach lekarskich polskich.

Uchwały XII Zjazdu, domagające się włączenia do magisterjatów filozoficznych mineralogji i geologji, zmiany przepisów o doktoratach z nauk przyrodniczych i rozszerzenia nauki geografji w szkołach średnich, przedłożyła Delegacja Ministerstwu W. R. i O. P., które zastanawiało się nad niemi przy opracowywaniu programów szkół średnich. Magisterjaty z mineralogji i geologji zostały wprowadzone, natomiast przy innych przyrodniczych magisterjatach i egzaminach przedmioty te nie są uwzględniane.

W sprawie katedr higjeny społecznej i wychowania fizycznego zwróciła się Delegacja do Naczelnej Izby lekarskiej, która jednak doniosła w lutym 1927, że akcji w tej sprawie nie podejmie, oraz do Wydziałów lekarskich, z których odpowiedziały tylko krakowski i poznański (w r. 1927). Pierwszy, że jego już dawno ponawiane starania o katedrę higjeny społecznej nie odnoszą skutku z powodu warunków finansowych Państwa, a na katedrę wychowania fizycznego brak odpowiednich kandydatów; drugi, że katedrę wychowania fizycznego już posiada, a higjenę społeczną dostatecznie uwzględnia w wykładach higjeny ogólnej. Wydział krakowski zdołał w r. 1927 utworzyć mimo

braku osobnej katedry całe Studjum wychowania fizycznego na wzór poznańskiego (istniejącego jeszcze przed r. 1925); higjena społeczna mimo braku katedry jest w Krakowie wykładana jako osobny przedmiot (doc. dr. Janiszewski), dla którego zostało stworzone także Seminarjum.

Natomiast uchwała, wzywająca Wydziały lekarskie polskie do urządzania kursów dla lekarzy, przesłana im przez Delegację, odniosła zupełny skutek. Kursa urządzono na wszystkich Uniwersytetach, najwcześniej, od r. 1926, w Krakowie, a odbywają się one w Krakowie, Lwowie i Warszawie już corocznie przy licznym udziale słuchaczy (na niektórych kursach było ponad 100 uczestników).

C) Załatwienie wniosków poszczególnych sekcyj XII Zjazdu.

Różne Sekcje XII Zjazdu przedłożyły do wiadomości na drugiem posiedzeniu XII Zjazdu kilkadziesiąt swych wniosków i rezolucyj, które Zjazd uchwalił przekazać Delegacji Stałej do rozpatrzenia. W tej grupie było wiele rezolucyj, nie dających podstawy do podjęcia żadnych dalszych kroków przez Delegację Stałą, bo ich ogłoszenie bądź w „Księdze pamiątkowej" Zjazdu, bądź w prasie codziennej, zupełnie rzecz załatwiało. Cześć zaś wniosków sekcyjnych, podanych pospiesznie bez należytego uzasadnienia i bez rozważenia ich wykonalności, okazała się po rozpatrzeniu nieaktualną.

I. Wnioski dotyczące strony organizacyjnej Zjazdów

wspomniane powyżej, przekazała Delegacja Wydziałowi gospodarczemu XIII Zjazdu.

II. Wnioski Sekcyj w sprawie rozwoju nauk.

1) Rezolucja co do zabezpieczenia lub pozyskania *materjału do badań naukowych:* (sekcji antropologicznej) w jaskiniach ojcowskich i krakowskich nie wymagała kroków Delegacji. a pomysł stworzenia polskiego ośrodka badań antropologicznych w Jugosławji (sek. antrop.) i naukowych wypraw okrętów rządowych na morza polarne (sek. geogr.) okazały się ze względu na stan finansów Państwa na razie nieaktualne.

2) Z tegoż powodu, z postulatów, dotyczących *utworzenia instytutów naukowych* lub *organizacji* nauki nie zostały jak dotąd wypełnione; postulat stworzenia Narodowego Instytutu astronomicznego (o co nadal się usilnie stara prof. dr. Banachiewicz), oraz stworzenia Centralnego Państwowego Instytutu epizootycznego (sek. wet.). — Na postulat (sek. zool.) należytego uposażenia stacji hydrobiologicznej na Wigrach, przedstawiony przez Delegację Ministerstwom rolnictwa i W. R. i O. P., odpowiedziało Ministerstwo W. R. i O. P. w r. 1927, że stacja ta, wchodząca w skład Instytutu biologji dośw. im. Nenckiego (przy Warsz. Tow. nauk.), została należycie uposażona, bo otrzymuje około 42% subwencji rządowej dla tego Instytutu, wynoszącej w r 1925 — 94.000, a w r. 1926 — 110.000. W roku 1928 ukończona została budowa nowego gmachu dla tej stacji. W udostępnieniu bibljotek (postulat Sekcji przyrod.-dydakt.) krokiem naprzód był wydany przez Kasę im. Mianowskiego „Katalog czasopism naukowych" znajdujących się w Instytucjach publicznych. O wstawienie do budżetów gmin i powiatów kwot na bibljoteki lekarskie w szpitalach (sekcja prasy lek.) zwróciła się Delegacja do Ministerstwa spraw wewn. i Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie. Ministerstwo odpowiedziało w lutym 1927, że sprawę tę skierowało do swego Wydziału finansów komunalnych, a Tymczasowy Wydział Samorządowy, że w budżetach szpitali przezeń zarządzanych (t. j. krajowych) są odpowiednie kredyty, a co do niższych organizacyj samorządowych udzieli osobnej odpowiedzi (która jednak do Delegacji dotąd nie wpłynęła). Rezolucja (sekcji zool.) o potrzebie ogrodów zoologicznych nie wymagała interwencji Delegacji, bo już w roku XII Zjazdu (1925) tworzyło go w Warszawie Towarzystwo miłośników przyrody, oddawna istniał w Poznaniu, a w r. 1928 początki jego powstały w Krakowie. O wydanie spisu pracujących naukowo (Sek. przyr.-dydakt.) zwróciła się Delegacja do Kasy im. Mianowskiego. Wreszcie postulat urządzenia Zjazdu „Association des Anatomistes" w Warszawie (Sek. anat.), jako dotyczący wprost Polskiego Tow. anatomicznego, nie wymagał pośrednictwa Delegacji.

3) Postulaty, dotyczące opracowania *naukowego słownictwa* w dziale geologji, botaniki, bakterjologji, farmakologji i stomatologji, uchwalone przez odpowiednie Sekcje XII Zjazdu były skierowane wprost do dotyczących Towarzystw naukowych lub do wybranych odrazu na Zjeździe Komisji terminologicznych; tylko w sprawie słownictwa botanicznego zaszła potrzeba pośrednictwa Delegacji. Z tych postulatów spełniono dotąd jeden, przez uchwalenie na Zjeździe Mikrobiologów w r. 1928 słownictwa, opracowanego przez powołaną do tego Komisję.

4) Rezolucje, wskazujące ogónie na potrzebę *podjęcia badań w pewnych kierunkach,* jak nad promieniowaniem słonecznem (sek. astr.), oraz badań hydrograficznych i biologicznych polskiego morza (sek. zool.), nie dawały pola do działania dla Delegacji.

III. Postulaty Sekcyj w zakresie dydaktycznym.

1) Dydaktyki *przyrodniczej w szkołach wyższych* dotyczył tylko jeden wniosek (sek. botan.) o wprowadzenie na Wydziałach przyrodniczych wykładów i ćwiczeń z encyklopedji ogrodnictwa, zakomunikowany przez Delegację wszystkim Wydziałom uniwersyteckim. Odpowiedział jedynie Wydział wileński, że do tego brak mu środków i sił fachowych. Należący częściowo do tej grupy pomysł. (Sekc. przyr.-dydakt.) utworzenia Instytucji polskiej pedagogji przyrodniczej, mającej „ogarnąć całe nauczycielstwo od szkół powszechnych do Uniwersytetu włącznie", uznała Delegacja za niedostatecznie sprecyzowany dla podjęcia kroków praktycznych ze swej strony.

2) Dydaktyki *lekarskiej* wogóle dotyczyły postulaty (Sekc. prasy) w sprawie *podręczników.* O poparcie takich wydawnictw zwróciła się Delegacja do Związku Lekarzy Państwa polskiego, który w r. 1927 zawiadomił, że jego wydział wykonawczy rzecz rozpatrzy, oraz do Związku księgarskiego (brak odpowiedzi); na żądanie zakupu podręczników dla młodzieży i oddawania ich jej z długoterminowym kredytem odpowiedziało w r. 1927 Ministerstwo W. R. i O. P., że to jest budżetowo i technicznie niewykonalne.

Ze szczegółowych postulatów Sekcyj XII Zjazdu w tym zakresie przedstawiła Delegacja Ministerstwu W. R. i O. P. potrzebę wprowadzenia na Wydziałach lekarskich obowiązkowych wykładów *radjologji* i tworzenia katedr tego działu (sekc. radjol.); zwiększenia ćwiczeń w *anatomji* opisowej (Sekc. anat.), oraz ukończenia budowy kliniki *ginekologicznej* w Krakowie (Sekc. gin.). Dwie pierwsze sprawy załatwiło pomyślnie rozporządzenie Ministerstwa o studjach lekarskich z r. 1928 z wyjątkiem katedr radjologji, które prócz Poznania nie istnieją i nie są wstawione do budżetu Państwa. Budowę kliniki ginekologicznej w Krakowie posunął Rząd znacznie naprzód w r. 1927 i 1928, ale do ukończenia potrzeba jeszcze około 2 miljonów złotych. Dyrekcji zdrowia publicznego przedstawiła Delegacja wniosek (sek. patol. i sekc. raka) o tworzenie *prosektur* anatomo-patologicznych *w szpitalach;* tworzenie ich w miarę możności zapowiedziała ta Dyrekcja w piśmie do Delegacji z marca 1927.

Tutaj należy dalej wymienić postulaty (Sekcji stomatol.) w sprawie wprowadzenia *doktoratu dentystyki,* lepszego dotowania *Państwowego Instytutu dentystycznego* w Warszawie, nieudzielania prawa do wykonywania zabiegów lekarsko-dentystycznych osobom należycie nieukwalifikowanym i nie nadawania *tytułu dentysty.* Sprawami temi zajęły się odpowiednie Towarzystwa i instytucje, nie było więc powodu do kroków ze strony Delegacji Zjazdów.

Wnioski (Sekcji farmaceutycznej) o przekształcenie „Studjów" farmaceutycznych na odrębne *Uniwersyteckie Wydziały farmaceutyczne* i wprowadzenie *doktoratu farmacji* zostały częściowo zrealizowane przez utworzenie takiego Wydziału na razie w Warszawie. Wniosek (tejże Sekcji) o przyspieszenie wydania *farmakopei polskiej* przedłożyła Delegacja Ministerstwu spraw wewnętrznych (Dyrekcji służby zdrowia).

W sprawie kształcenia kierowników *wychowania fizycznego* w uczelniach różnego typu, jak Studjum uniwersyteckie, Instytuty państwowe i rozmaite kursy (wnioski Sekcji higjeny szkolnej i wychowania fizycznego) odpowiedziało Delegacji Ministerstwo W. R. i O. P. w kwietniu 1927, że nad sprawą tą obraduje osobna Komisja Rady naukowej wychowania fizycznego (o której wyżej wspomniano).

3) Dydaktyki *weterynaryjnej* dotyczyły rezolucje (sek. weter.) o rewizję programu studjów w tym dziale i o poparcie wydawnictwa podręczników, które Delegacja przedłożyła Ministerstwu rolnictwa. Ministerstwo odpowiedziało w lutym 1927, że na poparcie wydawnictwa podręczników brak mu kredytów.

4) Dydaktyki *przyrodniczej w szkołach średnich* dotyczył szereg wniosków (Sekc. przyrodniczo-dydaktyczna) o szersze uwzględnienie w tych szkołach: chemji, fizyki, meteorologji, kosmografji, biologji, takież wnioski (Sekcja miner.) co do mineralogji i geologji i (Sekc. geogr.) geografji. Rozpatrzywszy te wnioski, postanowiła Delegacja nie podejmować innych kroków, ponieważ już na samym Zjeździe Sekcje, które te wnioski stawiały, wybrały dla ich wykonania osobną Komisję i ponieważ sprawa reformy programów

szkolnych była już wtedy przedmiotem pracy w Ministerstwie W. R. i O. P. (Przytem wnioski te niezupełnie były zgodne z wnioskami Sekcji higjeny szkolnej, podzielanemi przez całą lekarską grupę Zjazdu).

IV. Wnioski Sekcyj w zakresie społeczno-higjenicznym oraz związane ze sprawami ekonomicznemi.

1) Ogólnych zadań *sanitarno-higjenicznych* dotykały wnioski: (Sekcji hig. i mikrobiol.) o oczyszczanie rzek i ścieków i systematyczne badanie wód oraz o utworzenie Narodowego Instytutu *higjeny żywienia*, jakoteż (Sekc. weteryn.) o wydanie ustawy o rzeźniach i badanie zwierząt rzeźnych przed i po uboju. Pierwsze wnioski zakomunikowała Delegacja Ministerstwu spraw wewnętrznych (Dyrekcji zdrowia), które odpowiedziało w styczniu 1927, że opracowało projekt ustawy o usuwaniu wód nieczystych i ochronie zbiorników wodnych i o zaopatrywaniu ludności w wodę do picia, oraz że wkrótce uruchomi stację badania ścieków w Warszawie, a o badania wód będą musiały po wyjściu wspomnianych ustaw dbać samorządy. Stacja badania ścieków została też w Warszawie utworzona i wr. 1929 otwarta. Badania wód na wielką skalę podjęły Instytut nauk rolniczych w Bydgoszczy oraz Państwowy Instytut higjeny w Warszawie. Zbadano dotąd kilka rzek i ich dopływy (np. Skawy). Mają być podjęte w Poznańskiem badania rzek, do których uchodzą dopływy z cukrowni (ze względu na rybostan). Z Państwem Niemieckiem została zawarta co do rzek granicznych konwencja. Wogóle na tem polu jest znaczny postęp.

Wnioski w sprawie ustawy o rzeźniach i badaniu zwierząt rzeźnych przed i po uboju przedłożyła Delegacja Ministerstwu spraw wewnętrznych (Dyrekcji służby zdrowia) oraz Ministerstwu rolnictwa, które w marcu 1926 odpowiedziało, że wkrótce wniesie do Sejmu ustawę o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych i ustawę o rzeźniach i badaniu mięsa. Rzeczywiście została wydana ustawa ramowa, dotycząca epizoocji (szczególnie sprawy odszkodowań), uzupełniona następnie szeregiem rozporządzeń ministerjalnych.

2) *Higjeny młodzieży* dotyczył wniosek (Sekcji higjeny szkolnej i wychowania fizycznego) *o skrócenie liczby godzin siedzenia w szkole* i powszechną opiekę lekarsko-higjeniczną w szkołach. Na pismo Delegacji w tej sprawie zapowiedziały Ministerstwa W. R. i O. P. i spraw wewnętrznych (Dyrekcja zdrowia publicznego) zwołanie ankiety międzyministerjalnej, ale dopiero w r. 1929 zostały godziny pobytu w szkole zredukowane; opieka lekarsko-higjeniczna stopniowo ciągle postępuje. Tu także należy wniosek (Sekc. neur.) o tworzenie *poradni dla wad mowy u młodzieży*. Na pismo Delegacji w tej sprawie odpowiedziało Ministerstwo W. R. i O. P. w marcu 1926, że utrzymuje lub wspomaga 3 takie poradnie (Warszawa, Kraków, Lwów) i pragnie akcję tę rozszerzyć, ale że dla szkół powszechnych powinny Samorządy tworzyć te poradnie i że na razie brak jest lekarzy-specjalistów w tym dziale.

W związku z *wychowaniem fizycznem* pozostawał wniosek (Sekcji hig. szkolnej) o tworzenie poradni sportowych. Delegacja skierowała go do Związku Związków sportowych, bez większego atoli skutku. Dopiero w latach 1928—1929 zaczęły takie poradnie powstawać głównie dzięki Państwowemu Urzędowi wychowania fizycznego i w tymże czasie zorganizowano kursa dla lekarzy takich poradni (w Warszawie i w Krakowie).

3) *Pomocą leczniczą dla ludności* zajmowały się wnioski (sekc. patol.) o przymus zgłaszania przypadków *nowotworów;* (sekcji ginekologicznej) o ujednostajnienie i ulepszenie szkolenia *położnych* i statystykę zakażeń połogowych, o ustawę przeciw partactwu położniczemu; (Sekcji stomatol.) o reformę pomocy dentystycznej dla urzędników i w Kasach chorych (wolny wybór dentysty), o zakaz używania metali nieszlachetnych do dostawek dentystycznych. Wnioski te zakomunikowała Delegacja Ministerstwu spraw wewn., a w sprawie wolnego wyboru dentysty także Ministerstwu pracy i opieki społecznej. W sprawie zgłaszania nowotworów Ministerstwo w kwietniu 1927 oznajmiło o opracowywaniu ustawy o zwalczaniu nowotworów, w sprawie pomocy położniczej nie otrzymała Delegacja odpowiedzi, jednakże w r. 1929 wyszła w tej sprawie ustawa, w sprawie pomocy dentystycznej dla urzędników państwowych wyjaśniło Ministerstwo w styczniu 1927, że wogóle nie jest ona objęta przepisami o pomocy lekarskiej dla tych urzędników, a wolnemu wyborowi dentystów w Kasach chorych *sprzeciwiło się* Ministerstwo pracy i opieki społecznej w piśmie, nadesłanem Delegacji w kwietniu 1927.

4) Opieki nad *kalekami, niewidomymi, głuchoniemymi i niezdolnymi do pracy* domagał się wniosek (Sekc. med. społ. i szpitalnictwa), skierowany przez Delegację do Ministerstwa pracy i opieki społecznej. W odpowiedzi zażądało Ministerstwo nadesłania szczegółowego referatu; niestety starania Delegacji o uzyskanie takiego referatu od wnioskodawców nie odniosły skutku.

Na wniosek (połączonych sekcyj psychjatrycznej, med społ. i szpitalnictwa) o *opiekę nad psychicznie chorymi* i przywrócenie w tym celu centralnego urzędu psychjatrycznego odpowiedziało Delegacji w marcu 1927 Ministerstwo spraw wewnętrznych (Departament zdrowia), że brak funduszów i brak ustaw samorządowych akcję bardzo utrudnia, jednakże Ministerstwo stara się o utworzenie Związków samorządowych dla budowy zakładów psychjatrycznych i jeden taki Związek, już utworzony, trzech województw północno-wschodnich, ma budować większy zakład pod Wilnem. W miejsce zaś urzędu psychjatrycznego powołało Ministerstwo doradczy Komitet, złożony z 5 psychjatrów i 2 prawników.

Objęcia *opieki nad małoletniemi przestępcami* przez Ministerstwa opieki społecznej i oświecenia publicznego, a nie przez więziennictwo, domagał się wniosek (sek. med. sąd.), skierowany przez Delegację do Ministerstwa sprawiedliwości. Odpowiedziało ono w kwietniu 1926, że kierunek wychowawczo-poprawczy w miejsce kar uwzględniła Państwowa Komisja kodyfikacyjna w projekcie ustawy o sądach dla nieletnich i w projekcie kodeksu karnego, że jednak zakłady wychowawczo-poprawcze ze względów polityki kryminalnej muszą być zarządzane przez Ministerstwo sprawiedliwości.

5) W dziedzinę *spraw ekonomicznych* wkraczały wnioski (sekcji farmaceut.) w sprawie przemysłu farmaceutycznego i krajowej produkcji roślin lekarskich, zakomunikowane przez Delegację generalnej Dyrekcji służby zdrowia, jako mającej Wydział dla spraw farmaceutycznych, oraz wnioski (sekcji weteryn.), dotyczące zwalczania zaraz zwierzęcych, szczepień zwierząt domowych, utworzenia Państwowej Rady weterynaryjnej, zakomunikowane przez Delegację Ministerstwu rolnictwa. Załatwienie tych spraw objęte jest częściowo wyżej pod IV 1). Utworzenie Państwowej Rady weterynaryjnej jest w toku.

Prezydjum Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich: Sekretarz generalny: *Janiszewski.* Prezes *Ciechanowski.*

———————

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

IV-ty Kurs trachmatologiczny dla lekarzy odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny w czasie od 4—12 czerwca roku bież. Zadaniem kursu będzie zaznajomienie lekarzy zainteresowanych akcją zwalczania jaglicy ze współczesnemi poglądami na istotę jaglicy, metody jej leczenia, zapobiegania oraz organizowania społecznej walki z jaglicą.

Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny; zajęcia praktyczne w klinikach, szpitalach i przychodniach przeciwjaglicznych — w godzinach rannych. Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł., za zajęcia praktyczne 15 zł. Piśmienne zgłoszenia na kurs nadsyłać należy do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24), najpóźniej do dnia 20 maja r. b. W zgłoszeniu należy zaznaczyć, czy pragnie kandydat korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIV Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 10 maja b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Gawiński: Pokazy anatomo-patologiczne. — 2) Kol. T. Falkiewicz: Pokazy chorych a) z objawami z rdzenia przedłużonego; b) z przewlekłą sinicą i przerostem jednej kończyny. — 3) Kol. J. Bednarz: Opieka psychjatryczna w Polsce (wykład).

W dyskusji zabierali głos kol.: Rothfeld, Gąsiorowski, Halban, Mikołajski, Kielanowski, Lipski, Katzówna, Mańkowski.

Poznań.

Wydział lekarski T.P.N. w Poznaniu. W piątek, dnia 10 maja 1929 r., o godz. 8,30 odbyło się w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski III. p.) Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Dr. M. Jasiński: O stosunku osmotycznym pomiędzy płynem komory przedniej a surowicy krwi w stanie prawidłowym i jaskrowym oczu, badanym metodą opartą na zjawisku izotermicznej destylacji.

Nr. 22. 2. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prym. Dr. M. SEIDLER. Lwów.

Rak macicy a ciąża.

Z oddziału położ. ginek. Okręg. Zw. Kas Chor.

Rzadkości występowania raka macicy w ciąży należy dopatrywać się w 2 przyczynach, a mianowicie: 1) w późnym wieku chorych rakowych — najkorzystniejszym bowiem wiekiem dla powstawania raka jest okres przekwitania, w którym kobiety już nie zachodzą w ciążę, 2) w utrudnieniu zajścia w ciążę z powodów natury chemicznej i mechanicznej. Niewielka więc stosunkowo ilość spostrzeganych przypadków nie mogła spowodować jednolitego zdania w literaturze odnośnie do wpływu ciąży, porodu i połogu na rozwój raka. Prócz nielicznych autorów, nie przypisujących ciąży żadnego wpływu na rozwój raka (Cohnstein, Gross), większość, zwłaszcza w ubiegłych latach, twierdziła, że rak robi w ciąży bardzo szybkie postępy (Bambridge, Nissen). Paweł Zweifel w r. 1889 poparł swe zdanie doświadczeniem: w przypadku raka części pochwowej w ciąży dokonał przewiązania jedwabiem na granicy tkanki zdrowej i chorej, i przekonał się, że już po 14 dniach rozwój raka dosięgnął 2 palce powyżej nitki. Prawie wszyscy ginekolodzy na zjeździe w r. 1913 we Wiedniu wypowiedzieli się również w tym duchu. Z biegiem czasu jednak dzięki doświadczeniom na zwierzętach, większej ilości spostrzeganych przypadków, a najprawdopodobniej także dzięki rozpowszechnieniu się i opanowaniu przez większość operatorów operacji Wertheima, jakoteż techniki naświetlania, poddano krytyce dotychczasowe poglądy. Doświadczenia Uhlenhuta (r. 1909) na myszach ciężarnych dowiodły znacznie powolniejszego rozwoju nowotworu niż u innych myszy, a nawet nieprzyjmowanie się przeszczepionego nowotworu u myszy nieciężarnych, a tylko karmionych papką z płodów. Te same spostrzeżenia wolniejszego rozwoju raka u myszy ciężarnych ogłosił E. v. Graff. Podobne wyniki jak Graff osiągnął w swych doświadczeniach na myszach Kok (1924), zaszczepiając im bardzo złośliwego raka o charakterze gruczołowym. Na 11 zwierząt ciężarnych u 7-miu nie przyszło do rozwoju raka, a u 4-ch nastąpiło nawet do kilku dni makroskopowo zupełne cofnięcie się i zanik komórek karcinomatycznych. Po rzucie natomiast, niezależnie od dnia zaszczepienia, zwierzęta w większości przypadków traciły nodpornienie, które im ciąża dawała, i przychodziło nawet do bardzo silnego rozwoju nowotworu. Do wprost przeciwnych wyników doszli w swych doświadczeniach na zwierzętach Moreau i Herroy, jakoteż Askanazy. Kok widzi przyczynę niejednolitych wyników, osiągniętych przez różnych autorów w rozmaitym rodzaju użytego do doświadczeń nowotworu i gatunku zwierzęcia. Opierając się głównie na pracy Graffa i na statystyce ogłoszonych przypadków, przez siebie zebranej, stara się August Mayer w r. 1921 dowieść, że złośliwość raka macicy jest w ciąży mniejsza, niż poza ciążą, a nawet wyleczenie pewniejsze. Publikacje Schweitzera, Theilhabera, Lederera, O. O. Fellnera, Weinzierla, Katza, potwierdzają powyższe spostrzeżenia A. Mayera. Weibel na bardzo licznym materjale chorych rakowych, operowanych na klinice Wertheima, podaje wyniki wyleczeń przy równoczesnej ciąży na 60—70%, gdy tymczasem przy samym raku dochodzi zaledwie do 30%. Nawet Paweł Zweifel zmienił swe pierwotne zdanie, stwierdzając, że ciąża może wpłynąć na powstrzymanie rozwoju raka macicy. Potwierdzają to również Piccard i Varnier. Co do wpływu połogu na rozwój raka, zdania są również podzielone.

O ile, jak widzimy, są jeszcze podzielone zdania co do wpływu ciąży na raka macicy, to prawie wszyscy bez wyjątku przyznają szkodliwy wpływ ciąży na raka, usadowionego poza macicą. Teratoma jajnika utajone — w ciąży się ujawnia i przychodzi do jego bardzo szybkiego rozrostu (Neuhäuser). Schmidt spostrzegał dojście do kolosalnych rozmiarów raka jajnika w ciąży. Nowotwory łączno-tkankowe jak sarcoma kości n. p. osteosarcoma skroni (Wagner), sa. mózgu (Bernard, Dedekind, Jacobi), melanosarcoma (Vallois i Jean Delmas) posiadają w ciąży nadzwyczajną złośliwość i szybko prowadzą ad exitum, po operacji zaś w razie ciąży przychodzi natychmiast do nawrotów (w przypadku Wagnera po 30 miesiącach, w przypadku Vallois'a po 18 miesiącach braku nawrotu). To samo spostrzegali w rakach żołądka Couvelaire, Frankl, Lindstedt, w raku odbytnicy Hochenegg, Wolff, a francuscy autorowie w raku wątroby i w raku piersi. Na to ostatnie schorzenie szczególnie niekorzystnie wpływa połóg. Wobec więc jednolitego zdania powyższych autorów co do szkodliwego wpływu ciąży na raka, usadowionego poza macicą, należy w takich wypadkach bezwzględnie ciążę przerwać.

Nie omawiając narazie postępowania przy raku macicy w ciąży, chciałbym podnieść, że właściwie w piśmiennictwie polskiem — prócz pokazów 2 przypadków Pogonowskiego, I-ego Szymanowicza, Sawickiej i Szancenbacha, przedstawionych na posiedzeniach Tow. Ginekol. krakowskiego i lwowskiego — znajduje się luka. Co więcej, żaden z tych przypadków nie jest wykorzystany dla poparcia przypuszczeń, na wstępie wypowiedzianych, w kierunku niekorzystnego lub korzystnego wpływu ciąży na raka macicy. Mając sposobność spostrzegania i operowania w lecznicy Okr. Związku Kas Chorych we Lwowie przypadku raka części pochwowej w 6-ym miesiącu księżycowym ciąży, i przypadku raka szyjki macicy, rozpoznanego w 9-ym miesiącu księżycowym ciąży, względnie w czasie nieczasowego porodu — a operowanego w 4 miesiące po porodzie po uprzedniem naświetlaniu Röntgenem — czuję się zobowiązanym do dokładnego ich omówienia.

Przypadek pierwszy dotyczy wieloródki J. S., lat 28, L. prot. 276/28 przysłanej z prowincji 8 XI w 4 miesiące po ostatnim nieczasowym porodzie, a naświetlanej tam z powodu raka szyjki macicy, w 2 miesiące po porodzie. Dokładne wywiady, podane nam przez prowincjonalnego ginekologa wykazują już w drugim miesiącu ciąży krwawienie, a silny krwotok w czasie porodu, odbytego z początkiem 9-tego miesiąca księżycowego ciąży. Dziecko po porodzie zmarło. W czasie połogu krwawienie i cuchnące odchody. Badaniem wewnętrznem, przeprowadzonem dopiero po odbytym połogu przez wspomnianego kolegę, stwierdzono duży guz kalafiorowaty na części pochwowej, wykazujący typowe bujanie rakowe. Uważając przypadek za nieoperacyjny, polecił ów kolega naświetlanie na miejscu Röntgenem. W 6 tygodni po skończonem naświetlaniu, przysłał chorą do tutejszej lecznicy. W chwili przyjęcia u osoby silnie niedokrewnej, odżywienia podupadłego, stwierdzono badaniem ginekologicznem część pochwową w formie rozpadającego się krateru, drążącego w głąb szyji. Ciało macicy w przodozgięciu niepowiększone, ruchome. Przymacicza wolne. Płuca i serce bez zmian. Rozpoznano *carcinoma cervicis uteri operabile*. Badanie cystoskopowe pęcherza wykonane 9 XI wykazuje dość znaczne rozpulchnienie *trigonum Lieutaudi*, znaczne jego rozszerzenie i uniesienie do wnętrza pęcherza przez proces, poza pęcherzem się toczący. Bujania nowotworowego brak.

Chcąc z jednej strony przeczekać niedługi stosunkowo okres po naświetlaniu, a z drugiej strony przygotować chorą do operacji (*cardiaca, glukoza,* kilkakrotne tymolowanie pochwy), dopiero dnia 23 XI wykonano typową operację Wertheima, w znieczuleniu lędźwiowem. Przy odpreparowaniu pęcherza i moczowodów nie napotkano na żadne trudności techniczne. Po odsłonięciu naczyń biodrowych po stronie lewej, a więc tętnicy i żyły biodrowej wspólnej, zewnętrznej i wewnętrznej, stwierdzono gruczoły chłonne biodrowe wielkości orzecha włoskiego, silnie zrośnięte z tętnicą biodrową zewnętrzną, które w całości udało się usunąć. Po oddzieleniu całkowitem moczowodu i odsunięciu przez asystenta haczykami tępymi, zapomocą Paquelina usunięto w całości macicę wraz z przymaciczami i tkanką okołoodbytniczą. Przebieg pooperacyjny powikłany schorzeniem miedniczek nerkowych i ropieniem w miejscu przymaciczy, które ustąpiło po leczeniu zastrzykami cylotropiny i klyzmami z trypaflawiny (0,5 : 50), tak że pacjentka 19 stycznia opuściła lecznicę zupełnie zdrowa. 28 II, a więc w 3 miesiące po operacji stwierdza się badaniem ginekologicznem sklepienia zupełnie wolne, nawrotu brak. Chorą poddano ponownemu naświetlaniu Röntgenem. Nadmienić należy, że badanie drobnowidowe gruczołów biodrowych wykazuje obecność obfitych ognisk przerzutowych utkania rakowego.

Przypadek II-gi dotyczy wieloródki O. P., lat 35, L. prot. gin. 36/29. Ostatnia miesiączka przed 5-ciu miesiącami. Badaniem ginekologicznem stwierdza się na części pochwowej na przedniej i tylnej wardze kalafior duży, rozpadający się i silnie broczący przy badaniu. Macica odpowiada wielkością początkowi 6-tego miesiąca księżycowego ciąży. Tętno płodu słyszalne. Płuca i serce bez zmian. Cystoskopja zmian w pęcherzu nie wykazała. Bezpośrednio przed operacją dokonano dokładnej paquelinizacji mas nowotworowych. Badanie drobnowidowe usuniętych mas wykazuje jednostajne utkanie rakowe, składające się z niedojrzałych komórek o różnorodnej wielopostaciowości, przyczem komórki te wykazują nieprawidłowe mitozy. Całość odpowiada niedojrzałej postaci raka, cechującej się agressywnem bujaniem — *Ca medullare* (Prym. Janusz). Dnia 9 II w znieczuleniu lędźwiowem wykonano w typowy sposób operację W e r t h e i m a, usuwając macicę ciężarną nieotwartą, przyczem posługiwano się klemami Wertheimowskiemi. Z powodu rozpulchnienia ciążowego odpreparowanie moczowodu i zejście zupełnie nisko na pochwę było stosunkowo łatwe, natomiast krwawienie z przymacicz w związku z przekrwieniem ciążowem było trudne do opanowania. Usunięcia macicy wraz z przymaciczami i tkanką okołoodbytniczą dokonano na ostro, nie zaś Paquelinem. Minimalne krwawienie przy posługiwaniu się Paquelinem przy tym akcie operacji, jest wielką jego zaletą. Wspomnieć chciałbym o jednym szczególe, zauważonym w czasie operacji, a mianowicie o znacznem, bo mniej więcej potrójnem, zgrubieniu i rozszerzeniu prawego moczowodu w stosunku do lewego. Jest to następstwem fizjologicznego skrętu macicy ciężarnej w kierunku prawostronnym i ucisku na prawy moczowód, co znowu etjologicznie tłumaczy nam częstsze schorzenia prawej miedniczki nerkowej *(pyelitis)* w ciąży. Badania, zapoczątkowane w tym kierunku przed kilku laty przez a u t o r a i kol. docenta L a s k o w n i c k i e g o przy pomocy pyelografji, musiały niestety zostać zaniechane z powodu częstych krwawień, występujących po tym zabiegu i z obawy przed poronieniem. Przebieg pooperacyjny w powyższym przypadku powikłany ropieniem w powłokach i stanem zapalnym pęcherza. Skrawki, wzięte z przymacicz wykazują obraz przewlekłego stanu zapalnego, utkania nowotworowego brak.

Przypadki nasze dowodzą raczej pewnego działania hamującego ciąży na rozwój raka. W przypadku pierwszym, jakkolwiek już w 4 miesiącu po porodzie mieliśmy do czynienia z tak daleko posuniętemi miejscowemi zmianami nowotworowemi, jak zupełne zniszczenie szyjki macicznej, a nawet już jednostronne zajęcie gruczołów biodrowych — to raczej uważamy te zmiany za następstwo nieumiejętnej techniki naświetlania, niż ciąży. Pacjentka bowiem po ukończonym połogu była naświetlana przez młodego röntgenologa prowincjonalnego, którego doświadczenie w tym kierunku jest bardzo skąpe. Wyniki lecznicze po naświetlaniu zależą w wielkiej mierze od jego techniki, wadliwa bowiem technika naświetlania, tak jak nieradykalna operacja, przyczynić się może raczej do propagowania nowotworu, niż do jego poprawy. Dobry stan pacjentki, bez nawrotu, w 3 miesiące po dokonanej operacji, mimo słabej konstytucji chorej i znacznej niedokrewności, każe nam — wobec przypuszczalnego istnienia raka już od 2-go miesiąca ciąży — dopatrywać się w tym przypadku działania uodparniającego ciąży i połogu na rozwój nowotworu, względnie powstanie nawrotu. W przypadku II-gim charakter nowotworu należy do bardzo złośliwych, co zresztą stwierdza badanie drobnowidowe (liczne mitozy i agresywne bujanie). Mimoto jednak przymacicza zmian nowotworowych nie wykazują, a tam jak wiemy znajdują się najbliższe gruczoły chłonne szyjki macicy i one pierwsze zostają zajęte, i jak dotychczasowe doświadczenie nas uczy, badanie drobnowidowe wykazuje je wolne tylko w bardzo wczesnych okresach raka szyjki macicy. Czy i w tym przypadku ciąża nie była tym czynnikiem hamującym?

Pewnego wytłumaczenia wpływu ciąży na rozwój raka szukamy w reakcjach serologicznych. Analogja tych reakcyj w ciąży i u chorych na raka (A b d e r h a l d e n, K r a u s - G r a f f, G r a f f - Z u b r z y c k i, F a l k - H e s k i) dowodzi, że w obu tych stanach odbywają się w ustroju procesy podobne, a dotychczas niewytłumaczone. Własności obronne surowicy tak w czasie istnienia nowotworu, jak i w czasie ciąży są podobne t. j. karcinolityczne i syncytjolityczne. W obu wypadkach mamy do czynienia z rozrostem tkanki embrjonalnej, należałoby więc przypuszczać, że ustrój nie może podołać w obronie przeciwko równoczesnym analogicznym procesom rozrostowym i dlatego w ciąży istnieją rzekomo korzystne warunki rozwoju nowotworów. Jednakowoż tak nie jest. K a t z sądzi, że rosnące jaje płodowe i nowotwór prowadzą walkę o swe istnienie, przyczem płód, wyposażony w większą energję życiową (rozrostową) zużywa siły ustroju matczynego, a równocześnie hamuje rozwój nowotworu. Przekrwienie ciążowe wpływa na rozrost tkanki łącznej, która stanowi opór dla bujania nabłonka, a tem samem, rozwoju nowotworu. Tak tłumaczą hamujące działanie ciąży na rozwój nowotworu zwolennicy tej tezy, jak A. M a y e r i T h e i l h a b e r. Powyższe tłumaczenia nie są jednak przekonywujące ani w jednym, ani w drugim kierunku — i najsłuszniejsze jest przyjęcie obu możliwości t. zn. w poszczególnych przypadkach ciąża prowadzi do szybszego rozwoju nowotworu, w innych natomiast wprost przeciwnie wstrzymuje rozwój. Pytanie, jakie czynniki odgrywają tu rolę, musimy na razie pozostawić bez odpowiedzi.

Co się tyczy postępowania leczniczego, to ogół autorów jest za natychmiastową radykalną operacją, a to drogą brzuszną (W a g n e r, R o s n e r, K a t z, S t o e c k e l, L e d e r e r, M u n d e l l i i.), lub pochwową (S t o e c k e l, D i e u l a f e). Naturalnie pod koniec ciąży wykonuje się cięcie cesarskie brzuszne, a następnie usuwa się ciężarną macicę wraz z przydatkami sposobem W e r t h e i m a (przypadek P o g o n o w s k i e g o i S z a n c e n b a c h a). W pierwszej połowie ciąży większość usuwa macicę nieotwartą. Nieliczni autorowie, jak A u d e b e r t radzą przeczekać do końca ciąży, by wobec niepewnego wyniku co do życia matki przynajmniej dziecko ratować.

Wobec znanych z literatury przypadków, a mianowicie zajścia w ciążę 6-ciu przypadków raka szyjki macicy po wyleczeniu radem (D ö d e r l e i n, G a g e y, I k e d a 3 przypadki, S c h ä f e r) a z tego 3-ch przypadków samoistnego porodu płodu żywego, (1 przyp. D ö d e r l e i n a w 6 lat po naświetlaniu), a w 2-ch po wyleczeniu *Ca vulvae,* z których jeden rozwiązano zapomocą cięcia cesarskiego bez jakiegokolwiek ujemnego wpływu na potomstwo, co stwierdzono kilkuletnią obserwacją (do 8-miu lat D ö d e r l e i n), zaczęto w ostatnich latach 10-ciu uciekać się do tego środka leczniczego. Naświetlanie bowiem radem ratuje nam nietylko życie matki, ale i dziecka.

K a r g z kliniki D ö d e r l e i n a zebrał z literatury 12 przypadków raka szyjki macicy w rozmaitych okresach ciąży, leczonych radem. Pierwszy D ö d e r l e i n już w r. 1918 zapoczątkował to postępowanie u wieloródki z rakiem części pochwowej w 6-ym miesiącu księżycowym ciąży z wynikiem pomyślnym — doszło bowiem w tym przypadku do samoistnego czasowego porodu dziecka żywego. Matka jednak po roku zmarła na raka. Drugi przypadek D ö d e r l e i n a dotyczy również wieloródki w 8-ym miesiącu ciąży z rakiem części pochwowej. Wynik leczniczy nadzwyczaj pomyślny: poród żywego normalnego dziecka, a matka po 3-letniej obserwacji jest pozbawiona nawrotów. Wogóle na 12-cie powyższych przypadków 9 skończyło się samoistnymi porodami, 1 rozwiązano zapomocą pochwowego cięcia cesarskiego, w 2 przyszło do poronienia w czasie leczenia. Mniej korzystne wyniki osiągnięto wprawdzie co do losu matek, chociaż według K a r g a nie gorsze od operacyjnych. Cztery bowiem matki zmarły w krótki czas po rozwiązaniu, co do siedmiu brak dalszych wiadomości — jedynie w przypadku D ö d e r l e i n a nie wykazuje 3-letnia obserwacja matki żadnych nawrotów. Spostrzeżenia, dotyczące rozwoju dzieci, z których najdłuższe sięga 9-ciu lat (D ö d e r l e i n), są bardzo zadowalające, 8 bowiem wykazuje zupełnie prawidłowy rozwój, co do dalszych 2 brak obserwacji. Opierając się na powyższem zestawieniu obawa poronień w związku z naświetlaniem radem w czasie ciąży nie ma uzasadnienia, a co najważniejsze upada obawa uszkodzenia płodu po naświetlaniu Roentgenem kobiet ciężarnych (N a u j o k s), a nawet po naświetlaniu nie w okolicy narządu rodnego (zmiany w narządzie wzroku u 20 płodów po naświetlaniu kończyn dolnych u matek — Z a p p e r t). Co więcej i dwukrotne prześwietlanie żołądka u kobiety w 4-tym miesiącu ciąży w przypadku U n t e r b e r g e r a doprowadziło do znacznego uszkodzenia płodu i następowej jego śmierci, co sekcyjnie stwierdził K a i s e r l i n g. M u n d e l l podaje z piśmiennictwa 14 przypadków uszkodzeń płodów po naświetlaniu Roentgenem i radem raka w ciąży, 13 natomiast bez uszkodzeń. C o n i l l z Barcelony przestrzega również przed leczeniem Roentgenem raka w ciąży, zaleca natomiast rad. Jeżeli sprzeczne są w piśmiennictwie zdania co do uszkodzenia płodu przez naświetlanie matek ciężarnych (Fruchtschädigung), to jednak zaznaczyć musimy, że zajście w ciążę po ustaniu czasowej amenorrhoë, wywołanej przez naświetlanie Roentgenem, jest zupełnie pozbawione niebezpieczeństwa uszkodzenia płodu (S c h m i d t, N ü r n b e r g e r i w. i.), czyli t. zw. Keimschädigung — uszkodzenie komórek rozrodczych wedle większości autorów u ludzi nie istnieje. Działanie Roentgena na jajnik odbywa się w następującej kolejności: 1) dojrzałe pęcherzyki, 2) pęcherzyki Graafa, 3) ciałko żółte, 4) pierwotne pęcherzyki, 5) nabłonek naczyniowy, 6) nabłonek rozrodczy. Dlatego też ostrożniejsi pozwalają na zajście

w ciążę po naświetlaniu dopiero po upływie t. zw. okresu karrencyjnego najmniej 2—3 perjodów t. zn. gdy przyszło do zapłodnienia komórki jajowej, wytworzonej z nieuszkodzonego pęcherzyka pierwotnego względnie nabłonka rozrodczego. W przeciwnym razie polecają ciążę przerwać.

Mimo nieistnienia obawy uszkodzenia płodu po naświetlaniu radem, to jednak wobec korzystniejszych wyników *quoad vitam* matek po radykalnej operacji, niż po naświetlaniu, powinno życie matki odgrywać dominującą rolę w wyborze sposobu leczniczego. W przypadkach więc początkowego raka w ciąży należy — zdaniem naszem — bezwzględnie operować, w nieoperacyjnych naświetlać. W przypadkach nieoperacyjnych przy donoszonej ciąży, należy najpierw rozwiązać zapomocą cięcia cesarskiego, a potem naświetlać.

Piśmiennictwo.

Ginekologja Polska 1925 Tom IV. (Pogonowski, Sawicka, Seidler, Szancenbach, Szymanowicz, Rosner, Bocheński). — Ginekologja Polska 1928 str. 271. — Kok. Zentralblatt für Gynäkologie, 1924. str. 1136. — Lederer: Zentralblatt f. Gyn. 1924 str. 1289. — Bambridge: Americ. Journal of Obstetr. 1917. — Bernard: Bull. de la Soc. d'obstetr. de Paris — Ref. Zentralblatt Gyn. 1899. — Dedekind: Bruns' Beiträge zur klin. Chirur. Bd. CXVII nr. 2. — Graff: Wiener klinische Wochenschrift 1914. — Lindstedt: Zeitschrift für Krebsforschung Bd. XI 1912. — Neuhäuser: Archiv. f. Gyn. Bd. LXXIX str. 696. — Vallois i Jean Delmas: Bull. de la Soc. d'obstetr. et de Gyn. 1912. — Weibel: Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn. Heidelberg 1923. — Mayer A.: Zntrbl. Gyn. 1921. Nr. 18. — Nissen: Ztrbl. Gyn. 1924 str. 1665. — Stoeckel: Ztrbl. Gyn. 1924 str. 2497. — Katz: Ztrbl. Gyn. 1927 Nr. 36. — Dieulafe: Bull. de la Soc. d'obstetr. et de gyn. 1923 Nr. 10. — Conill: Rev. espan. de obstetr. y gyn. 1924 Ref. Ztrbl. Gyn. 1924. Karg: Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1928 Bd. LXXVIII Heft 4/5. — Mundell: Amer. Jour. Obstetr. 13, 86/91 1927. — Seidler: Polska Gazeta Lekarska r. 1924. — Unterberger: Zntrbl. Gyn. 1929. Nr. 1. — Vogt: Monatsschr. f. Geburtsh. 80. Heft 1.

Tadeusz STRYJECKI. Warszawa.

O stosunku odczynu Bordet-Gengou w zimnicy do odczynu Bordet-Wassermanna.

Z pracowni Centr. Przychodni Kolejowej w Warszawie.
Kierownik pracowni Dr. W. Gronowski.

W Nr. 38 — 1922 r. „Polskiej Gazety Lekarskiej" ogłosiłem pracę o serologicznej metodzie badania krwi w zimnicy z antygenem swoistym t. j. zimniczym, wykorzystując do tego celu genjalną koncepcję teoretyczną Bordeta i Gengou tak, jak to uczynili w swoim czasie Bruck, Neisser i Wassermann dla celów serodjagnostyki przymiotu, Weinberg — dla bąblowca, Malvos, Bail i inni — dla wąglika i t. d. i t. d.

Nie będę tu mówił o praktycznej wartości tej metody, o jej znaczeniu dla rozpoznawania zimnicy, szczególnie postaci utajonej, która jak wiadomo, często może symulować cały szereg różnorodnych schorzeń; muszę jednak podkreślić, że dzięki tej próbie udało się rozpoznać kilkanaście przypadków zimnicy utajonej wtedy, kiedy znane dotąd badania kliniczne i laboratoryjne całkowicie zawiodły i kwestję leczenia skierować na właściwe tory z pomyślnym wynikiem.

Część tych przypadków ogłosiłem we wspomnianym numerze „Pol. Gaz. Lek.", lub omawiałem w swoim czasie na posiedzeniu Tow. Pedjatrycznego w Warszawie (Doc. Szenajch), część zaś oczekuje jeszcze na opublikowanie.

Z perspektywy ubiegłych sześciu lat, w ciągu których wykonałem przeszło sześć tysięcy badań kontrolnych swoistego antygenu zimniczego, można byłoby już teraz wysnuć pewne zupełnie konkretne wnioski co do praktycznej wartości tej metody, sądzę jednak, że próba ta doczeka się krytycznej i objektywnej oceny ze strony badaczów, posiłkujących się nią w celach rozpoznawczych w swoich pracach laboratoryjnych.

Tutaj chciałbym jeno zwrócić uwagę na inne zgoła zjawisko, jakie spostrzegłem, przerabiając stosunkowo dużo materjału, nadsyłanego do Pracowni Centralnej Przychodni Kolejowej do badania na odczyn Bordet-Wassermanna. Mianowicie chciałbym mówić o stosunku odczynu Bordet-Wassermanna, do odczynu Bordet-Gengou.

W latach od 1921 do 1928 zbadałem ogółem 6.283 surowice, nastawiając każdą z nich jednocześnie na odczyn Bordet-Wassermanna i na odczyn Bordet-Gengou (antygen zimniczy), celem stwierdzenia zachowania się surowicy, przypuszczalnie luetycznej, wobec antygenu zimniczego.

Z ogólnej liczby 6.283 surowic zbadanych na odczyn Bordet-Wassermanna, wynik dodatni o różnem natężeniu hemolizy (++++, +++, ++, +) otrzymałem w 627 przypadkach t. j. w 10%.

W liczbie tych 627 dodatnich Bordet-Wassermannów odczyn Bordet-Gengou dał mi jednocześnie zatrzymanie hemolizy w 105 przypadkach. Czyli, że w stosunku do liczby wszystkich dodatnich Bordet-Wassermannów wypadł w 17% dodatnio, a na ogólną liczbę 6.283 badań w 1,7% dodatnio (patrz załączoną tablicę I-szą).

Te właśnie 105 przypadków jednoczesnego zatrzymania hemolizy z antygenem zimniczym (Bordet-Gengou) i z antygenem luetycznym (Bordet-Wassermann) zasługują na omówienie i są niejako tematem niniejszej publikacji.

Umieściłem je na załączonej tablicy II-giej w kolejnym porządku badania.

Jest rzeczą wiadomą, że odczyn Bordet-Wassermanna daje czasem wynik dodatni w zimnicy jak również i w innych chorobach zakaźnych (gruźlica, szkarlatyna i t. d.) jakkolwiek istnienie w tych przypadkach zakażenia luetycznego zostało z całą pewnością wykluczone. Zjawisko to było stwierdzone przez szereg badaczów obcych i polskich.

Ja również w kilkunastu przypadkach zimnicy ze stwierdzonymi we krwi pasorzytami, obok dodatniego odczynu Bordet-Gengou otrzymałem także dodatni odczyn Bordet-Wassermanna.

Badania zaś moje, zapoczątkowane w pracowni bakterjologicznej Dr. M. Jastrzębskiego w roku 1920 dowodzą iż odczyn Bordet-Gengou z antygenem zimniczym może również czasem dawać wynik dodatni w schorzeniach luetycznych, rozpoznawczo zupełnie pewnych, przy równoczesnem wykluczeniu zakażenia zimniczego.

Z tego należałoby wnioskować, że istniejące biologiczne pokrewieństwo między spirochetami (kiła) i sporowcami (zimnica) przejawia się niekiedy przez wytwarzanie jednocześnie przez ustrój identycznych pod względem biochemicznym ciał obronnych, będących wyrazem działania nań bodźców natury pierwotniaczej, o różnych wprawdzie cechach morfologicznych, lecz o dużem, a niekiedy jak widzimy równoznacznem powinowactwie biologicznem.

W takiem ujęciu sprawy udałoby się wytłumaczyć zjawisko jednoczesnego wiązania dopełniacza z antygenem luetycznym wobec *amboceptora zimniczego* i odwrotnie zjawisko wiązania dopełniacza z antygenem zimniczym wobec *amboceptora luetycznego.*

Część tych dodatnich odczynów Bordet-Wassermanna które jednocześnie dały mi wybitne zatrzymanie hemolizy z antygenem zimniczym (odczyn Bordet-Gengou) należy zaliczyć do przypadków zimnicy utajonej, lub postaci jawnej z dodatnim odczynem Bordet-Wassermanna (patrz przypadki Nr. 19, 35, 60, 68, 77, 103 na tablicy II-giej), względnie zakażenia mieszanego (Nr. 96, 97 na tejże tablicy). Nie ulega jednak wątpliwości, że surowica luetyczna daje także z antygenem zimniczym zatrzymanie hemolizy (odczyn Bordet-Gengou) w takim mniej więcej stosunku procentowym, w jakim surowica zimnicza daje odczyn Bordet-Wassermanna.

Jak już zaznaczyłem, z liczby 105 przypadków identycznego wyniku badania krwi (oczywiście nie w sensie natężenia hemolizy) z antygenem luetycznym i zimniczym, 6 przypadków udało mi się ustalić jako zimnicę utajoną, 2 zaś jako zakażenie mieszane (Malaria + Lues).

Jednemu przypadkowi zimnicy utajonej (Nr. 68) jako najbardziej mojem zdaniem, charakterystycznemu, chciałbym słów kilka poświęcić. Sądzę bowiem, że przypadek ten nie należy do zbyt pospolitych i może wzbudzić pewne zainteresowanie. Stanowi on wraz z 3-ma innemi tu przytoczonemi, jak gdyby ilustrację do omawianego zagadnienia.

Pan K. N. lat 44 inżynier, dzieci zdrowych dwoje, żona poronień nie miała, chorób wenerycznych nie przechodził. Od lat kilkunastu cierpi na bóle napadowe w okolicy wątroby i śledziony. Oba te organy znacznie powiększone. Leczył się z większym lub mniejszym skutkiem. Wreszcie skierowany został do wenerologa, który zalecił zbadanie krwi na odczyn Bordet-Wassermanna. Wynik badania krwi był dla pacjenta zgoła nieoczekiwany, wypadł bowiem całkowicie dodatnio (++++). Mimo że pacjent z całą stanowczością negował lues, ze względu jednak na wyraźny wynik badania krwi poddany został swoistej kuracji antyluetycznej (Arsenobenzol + Hg) z wybitnym wynikiem. To ostatnie przekonało go o istocie podłoża cierpienia i pogodziło wreszcie z myślą o konieczności ciągłego kontaktu z wenerologiem i z laboratorjum. Pacjent przeszedł kilka kuracyj swoistych, mimoto jednak

TABLICA I

Ogólna liczba badań	Bordet-Wassermann				Bordet-Gengou			
	Dodatni	Ujemny	Stosunek % dodatn. do ujem.		Dodtani	Ujemny	Stosunek % dodatnich Bordet-Gengou do dodatnich Bordet-Wassermann	Stosunek % dodatnich Bordet-Gengou do ogólnej liczby badań
			Dodatnich	Ujemnych				
6.283	627	5.656	10%	90%	105	6.178	17%	1.7%

TABLICA II

Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou	Nr. porządkowy	Odczyn Bordet-Wasser.	Odczyn Bordet-Gengou
1	+++	++	22	++	+	43	++	+	64	+++	+++	85	+++	+++
2	+++	+++	23	++	+	44	+++	+++	65	++	++	86	+	++++
3	++	+	24	+++	+++	45	+++	+	66	+	++	87	+++	++
4	+++	++	25	+++	+	46	+++	++	67	++	+	88	+++	++
5	++++	++++	26	+++	+++	47	++	++	68	++++	++++	89	+++	++
6	+++	+	27	++++	++	48	+++	++	69	+++	++	90	++	++
7	++++	++	28	++++	+	49	++	++	70	+	+	91	++	++
8	++	+	29	+++	+	50	++++	+	71	+++	+++	92	+	++
9	+++	+++	30	++++	++++	51	+++	+++	72	+++	+	93	+++	++
10	++	++	31	++	+	52	+++	+	73	+++	++	94	++++	++++
11	+	+	32	+++	++	53	+++	++	74	++	++	95	++	+
12	++	+	33	+++	++	54	++	+	75	+++	+	96	+++	++++
13	+++	+++	34	++	++	55	++++	+++	76	++	+	97	++++	++++
14	++	+	35	+	+++	56	++++	++++	77	+	++++	98	+++	+
15	++	+	36	+++	++	57	+++	+	78	++	++	99	+++	++
16	+++	++	37	+++	+++	58	+	+	79	+	+++	100	+++	++
17	+++	+	38	+++	+++	59	++	++	80	+	++	101	++++	+++
18	++	+	39	+++	++	60	+	++++	81	+++	+++	102	+	+++
19	++++	++++	40	++	++	61	++	++	82	++	++	103	+	++++
20	++++	++++	41	+++	++	62	++++	+	83	+++	+++	104	+	+
21	+++	+	42	+++	+	63	++++	+++	84	+++	+++	105	+	+

bóle co pewien czas powracały, dając stale te same objawy tak ze strony wątroby jak i ze strony śledziony.

Szczęśliwym dla mnie trafem, a być może i dla niego pacjent zjawił się w pracowni bakterjologicznej Dr. M. Jastrzębskiego celem, jak zwykle dokonania analizy krwi na odczyn Bordet-Wassermanna. Okresowe bowiem napady bólów szczególniej dawały mu się we znaki i wymagały rychłej, jak sam twierdził, skutecznej interwencji swoistej ponieważ działo się to w okresie prowadzonych przezemnie badań, dotyczących serodjagnostyki malarji, więc niezależnie od zbadania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna, dokonałem jednocześnie odczynu Bordet-Gengou.

Oba te odczyny wypadły identycznie i dały mi całkowite zatrzymanie hemolizy (Bordet-Wassermann ++++ i Bordet-Gengou ++++). Ten dla mnie znów nieoczekiwany wynik wysunął konieczność poszukiwań w anamnezie możliwego istnienia zakażenia zimniczego. Pacjent jednak nie mógł sobie przypomnieć, aby kiedykolwiek chorował na zimnicę o charakterystycznym przebiegu. Ze względu jednak na niewątpliwy odczyn Bordet-Gengou i ze względu na skuteczność leczenia preparatami As, po ostatniem badaniu krwi zastosowano kilkutygodniowe leczenie chininą (3×0,5), a następnie zalecono As + Fe. Już po kilku proszkach chininy samoistne bóle zaczęły ustępować; wątroba i śledziona na obmacywanie niebolesne wracają do granic prawidłowych.

Niewątpliwie przypadek ten należy zaliczyć do malarji utajonej, przebiegającej pod postacią kolki wątrobianej, z dodatnim odczynem Bordet-Wassermanna. Wynik tego głównie się przyczynił do postawienia sprawy na podłożu kiłowem. Aczkolwiek leczenie „swoiste" przynosiło pacjentowi istotną ulgę, głównie ze względu na arsenobenzol jako preparat ogólnie przeciwpierwotniaczy, to jednak faktyczne wyzdrowienie nastąpiło dopiero po skombinowanem leczeniu chininą (głównie), arszenikiem i żelazem. Wynik leczenia ostatecznie i niezbicie potwierdził rozpoznanie malarji.

Nie potrzeba dodawać, iż takie wyjaśnienie przyczyny choroby, przy ostatecznem zdawałoby się ustaleniu rozpoznania, było dla pacjenta, człowieka inteligentnego, zdarzeniem zgoła niepowszedniem. Poważne obawy i ciągła troska o los najbliższej rodziny, by kiła dziedziczna (gdyż taka tylko ewentualność mogła być brana pod uwagę) nie stała się ich udziałem, pozostały tylko przykrem wspomnieniem.

Przypadek ten jest z kolei 2-gim, opisywanym tu przezemnie, a dającym identyczne objawy ze strony wątroby i śledziony (pierwszy patrz Nr. 38 P. G. L. r. 1922).

W obu tych przypadkach rozpoznanie ustalono dzięki zastosowaniu serologicznej metody Bordet - Gengou.

Przypadek Nr. 96, przebiegający pod postacią zakażenia mieszanego (kiła + zimnica) dotyczy pacjenta zanotowanego pod inicjałami A. B. C. W sierpniu 1919 roku zimnica z napadami gorączki co 2-gi dzień. We krwi badanej w szpitalu w Siedlcach, gdzie pacjent wówczas przebywał na kuracji, stwierdzono pasorzyty trzeciaczki *(plasmodium vivax)*. W październiku następnego roku *ulcus durum*, później wysypka. Kuracja swoista. W lipcu 1921 r. codziennie lekkie ziębienie w godzinach popołudniowych. Badanie krwi na obecność pasorzytów zimnicy ujemne. Bordet-Wassermann +++, Bordet - Gengou ++++. Leczenie łącznie przeciwkiłowe i przeciwzimnicze.

Nr. 5 dotyczy przypadku kiły niewątpliwej *(Rupia syfilitica)* z całkowicie dodatnim odczynem Bordet - Gengou i dodatnim Bordet - Wassermannem. W przypadku tym zimnicę z całą pewnością wykluczono.

Jeżeli dodam jeszcze, że w jednym przypadku kiły z wyłysieniem i plakami w gardle dwukrotnie dokonany odczyn Bordet-Wassermanna wypadł ujemnie, natomiast odczyn Bordet - Gengou dał mi za każdym razem całkowite zatrzymanie hemolizy (zimnica wykluczona), to będziemy mieli widomy dowód, jak rozległe i ciągle zmienne są przejawy materji żywej, jak trudne do rozwiązania jest zagadnienie t. zw. swoistości odczynów serologicznych.

Nie wdając się jednak w krytyczną ich ocenę i dociekania na temat ustawicznej zmienności reagowania ustroju pod wpływem jakościowo różnych pobudzeń, reasumując powyższe wyniki, dochodzę do następujących wniosków: w przypadkach wątpliwych pod względem wywiadów jak również i przebiegu klinicznego należy przerobić obadwa odczyny serologiczne i w zależności od stopnia zatrzymania hemolizy (co nie jest zupełnie pewnym sprawdzianem), oraz wspomnianych wyżej czynników, ustalić ostatecznie rozpoznanie.

Piśmiennictwo.

B ö h m: Malaria u. Wassermann. R., M. M. Woch. 1909. Nr. 16. S. 829. — B ö h m: Malaria u. Wassermann. R., Malaria Internation. Archiv. 1909. B. I. H. 3. — N a n u - M u s s e l, A. T i t u V a s i l i u: La réaction de Wassermann dans la malaria. Semain méd. 1910. Nr. 6. S. 71. — K a r w a c k i i K r a k o w s k a: O odczynie Wassermanna w przebiegu zimnicy. Lekarz Wojskowy. Nr. 6. 1922 r. — S t r y j e c k i Tadeusz: O zastosowaniu odczynu Bordet - Gengou w zimnicy utajonej. Pol. Gaz. Lek. Nr. 38. 1922 r.

J. DADLEZ — W. KOSKOWSKI. Lwów.

Podstawy biochemiczne klasyfikacji typów gorączki eksperymentalnej.

W doświadczeniach prowadzonych przez nas nad mechanizmem gorączki obwodowej jedną z najpoważniejszych trudności tworzyła sprawa kryterjów biochemicznych dla odróżnienia typu gorączki pochodzenia obwodowego od typu gorączki ośrodkowej. Już dawniej *), obserwując wpływ błękitu metylenowego na powstawanie gorączki u zwierząt badanych, zauważyliśmy, że źródłem wzmożonej produkcji ciepła jest żywe spalanie węglowodanów. Dowodem tego był wzrost ilości cukru we krwi, wzmożenie się ilości kwasu mlekowego we krwi, zmniejszanie się zawartości glikogenu wątrobowego, wzrost zapotrzebowania tlenu i podwyższenie ilości wydalanego bezwodnika węglowego a wreszcie wzrost współczynnika oddechowego, który w określeniach serjowych podnosi się do poziomu odpowiadającego normalnem spalania węglowodanowego. Jednym z objawów towarzyszących powyższym zjawiskom biochemicznym jest pogłębienie i przyśpieszenie rytmu oddechowego i zjawianie się t. zw. polypnoe pochodzenia obwodowego, różniącej się zasadniczo od typu polypnoe termicznej. Zmiana rytmu oddechowego ma istotne znaczenie dla podwyższania się ciepłoty ciała po użyciu środków działających obwodowo.

Określając systematycznie i w wielu bardzo doświadczeniach powyżej wspomniane zmiany w czasie gorączki obwodowej, postanowiliśmy przedewszystkiem wykonać szereg określeń przemiany gazowej w czasie podwyższania ciepłoty ciała za pomocą środków, które posiadają właściwość działania gorączkowego. Zastosowaliśmy zatem, poza błękitem metylenowym, żółć naftylaminową, albowiem przekonaliśmy się, iż daje ona podwyższenie ciepłoty ciała podobnie jak błękit metylenowy, zastosowaliśmy pepton Wittego, jako znany środek podwyższający ciepłotę ciała, badaliśmy zwierzęta w czasie hypertermji fizykalnej powstającej w chwili przeniesienia ich do środowiska ogrzanego do ciepłoty 37 — 40° C i wreszcie wprowadzaliśmy podskórnie β tetrahydronaftylaminę, klasyczny preparat wywołujący znaczne podwyższanie się ciepłoty ciała.

Doświadczenia nasze były wykonane na psach, bez narkozy, u których łączono tchawicę za pomocą rurki tracheotomijnej z systemem wentyli tak urządzonych, że powietrze wydechowe można każdej chwili i przez dowolny okres czasu zbierać w specjalnych, obszernych workach. Otrzymywane w ten sposób powietrze badano co do ilości w spirometrze oraz w aparacie Haldane'a, oznaczano ilościowo tlen i bezwodnik węglowy. Cukier określano metodą Folina. Ciepłotę ciała mierzono w odbytnicy.

Dla stworzenia całości obrazu działania środków dotychczas badanych przez nas na ich wpływ co do działania gorączkowego przytoczymy przedewszystkiem wyniki otrzymane przy stosowaniu błękitu metylenowego **) a następnie przejdziemy do przedstawienia danych odnoszących się do działania żółci naftylaminowej, peptonu, wpływów fizykalnych i β — tetrahydronaftylaminy.

B ł ę k i t m e t y l e n o w y.

Doświadczenie I.

		Godzina	CO^2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
okres normy	1	10·40	91·14 cm^3	124·15 cm^3	0·73	37·6° C.
	2	11·00	100·84 „	127·47 „	0·79	37·3
		10·15 zaczęto wstrzykiwać dożylnie błękit metylenowy.				
okres gorączki	3	11·50	134·68 cm^3	142·80 cm^3	0·94	37·9° C.
	4	12 50	108·98 „	111·28 cm^3	0·95	38·9
	5	14·00	117·02 „	135·36 „	0·84	39·4
	6	15·45	130·78 „	144·10 „	0·89	39·2
	7	16·15	124 04 „	152·04 „	0·93	40
	8	17·13	137·19 „	132·53 „	1·03	41
		17·30 zwierzę ginie przy ciepłocie ciała 41·1° C.				

(Ilość tlenu i bezwodnika podane są w cm^3 na jedną minutę).

Obliczając średnie bezwodnika węglowego wydzielonego, tlenu zużytego oraz średnie ilorazu oddechowego otrzymujemy wartości następujące:

	CO_2	O_2	Iloraz oddech.
Przed podwyższeniem się ciepłoty ciała:	95·99 cm^3	125·81 cm^3	0·76
W czasie gorączki obwod.	125·45 cm^3	136·37 cm^3	0·92

Doświadczenie II.

		Godzina	CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
okres normy	1	11·45	85·38 cm^3	107·66 cm^3	0·79	37·2° C.
	2	12·00	133·38 „	179·71 „	0 74	37·2
	3	12·30	102·67 „	133·37 „	0 76	37·2
	4	12·55	99·82 „	148 64 „	0·67	37·2
		13·10 zaczęto wprowadzać błękit metylenowy w dawkach frakcjonowanych.				
okres gorączki	5	13·35	241·84 cm^3	300·75 cm^3	0 80	37·2° C.
	6	13·42	177·02 „	238 50 „	0·74	38·4
	7	13·45	245·49 „	304·20 „	0·80	39
	8	14·12	199 03 „	228·82 „	0·86	40·3
	9	14·30	247·08 „	281·87 „	0·87	41·1
	10	14·45	222·85 „	250·92 „	0·88	42
		14·55 zwierzę zginęło przy ciepłocie ciała 42° C.				

Obliczając średnie ilości bezwodnika węglowego, tlenu oraz wartości ilorazu oddechowego otrzymujemy następujące wyniki:

	CO_2	O_3	Iloraz oddech.
Przed podwyższeniem się ciepłoty:	105·31 cm^2	142·33 cm^3	0·73
W czasie trwania gorączki obwodowej:	222·21 cm^3	267·51 cm^3	0·82

---

*) P. G. L. Nr. 38, 1926. P. G. L. Nr. 3, 1927.

**) P. G. L. Nr. 39, 1928.

Doświadczenie III.

		Godzina	CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
okres normy	1	13 40	56·10 cm^3	60·86 cm^3	0·92	37·6 ° C.
	2	14·30	58·76 „	61·09 „	0·96	37·1
		15·05	zaczęto wstrzykiwać dożylnie błękit metylenowy w dawkach frakcjonowanych.			
okres gorącz.	3	15·35	141·83 cm^3	144·75 cm^3	0·97	37·8
	4	16·05	127·92 „	126·28 „	1·01	39
	5	16·35	84·47 „	75·21 „	1·12	41
	6	16·45	zwierzę ginie			

Obliczając średnie bezwodnika węglowego, tlenu zużytego oraz średnie ilorazu oddechowego przed i w czasie trwania gorączki obwodowej, otrzymamy wartości następujące:

	CO_2	O_2	Iloraz oddech.
Przed gorączką:	57·43 cm^3	60·97 cm^3	0·94
W czasie gorączki:	118·07 cm^3	115·41 cm^3	1·03

Żółć naftylaminowa.

Wstrzykując dożylnie w roztworze nasyconym żółć naftylaminową Sieberta przekonaliśmy się, że posiada ona własności podwyższania ciepłoty ciała. Ten wzrost ciepłoty ciała przy wstrzykiwaniu frakcjonalnem postępuje stale i regularnie a jeżeli dawka całkowita jest dostatecznie duża, zwierzę ginie wskutek przegrzania przy ciepłocie 43° C lub nawet wyższej. Nie sam fakt jednak podwyższania się ciepłoty ciała pod wpływem żółci naftylaminowej zwrócił szczególnie naszą uwagę, lecz mechanizm przebiegu wzrostu ciepłoty ciała i te zjawiska biochemiczne, które pozwoliłyby skwalifikować typ tej gorączki. Dla określenia mechanizmu gorączki wywołanej żółcią naftylaminową przyjęliśmy przeto tę samą zasadę badania co dla badania gorączki błękitowej, metoda ta bowiem pozwoliła nam ostatecznie określić gorączkę błękitowa jako obwodową. U zwierząt, którym wprowadzaliśmy więc żółć naftylaminową, w dawkach frakcjonowanych, badaliśmy ilość zużytego tlenu, ilość wydalanego bezwodnika węglowego, objętość oddechowa i rytm oraz oznaczaliśmy poziom cukru we krwi. Wyniki doświadczeń ilustrują następujące zestawienia:

Doświadczenie I

	Godzina	CO_2	O_2	Objętość oddech.	Współczynnik oddech.	Cukier	Ciepł.
1	14·00	44·07 cm^3	66·89 cm^3	2·260	0·65	102 mgr.	38·7
2	14·40	44·10 „	54·18 „	1·800	0·81	102 „	38·7
	14·48	początek wstrzykiwania nasyconego roztworu żółci naftylaminowej.					
3	17·05	132·48 cm^3	144·62 cm^3	5·520	0·91	114 mgr.	39·8
4	17·15	134·46 „	159·36 „	8·300	0·84	116 „	39·8
5	17·40	213·49 „	237·72 „	11·540	0·89	108 „	41·2
6	17·50	252·33 „	273·62 „	12·940	0·91	94 „	42·1
7	17·57	108·16 „	129·16 „	5·320	0·87	86 „	43·1

(Ilość tlenu i bezwodnika węglowego podana jest w cm^3 na jedna minutę, objętość oddechowa w litrach na jedną minutę).

Obliczajac średnie ilości bezwodnika węglowego i tlenu oraz średnie ilorazu oddechowego otrzymujemy następujące wartości:

	CO_2	O_2	Objętość odddech.	Współczynnik oddech.
Przed wstrzykiwaniem:	44·08 cm^3	60·53 cm^3	2·03 l.	0·73
W czasie gorączki:	168·18 „	198·29 „	8·48 „	0·88

W doświadczeniu tem stwierdza się wzrost przeciętny współczynnika oddechowego z 0.73 na 0.88, wzrost bezwodnika węglowego wydalanego z 44.08 cm^3 na 168.18 cm^3 i tlenu z 60.53 cm^3 na 189.29 cm^3 w jednostce czasu. objętości oddechowej z 2.03 litra na 8.48 litrów w jednej minucie. Cukier początkowo wzrasta a następnie ilość jego maleje.

Doświadczenie II.

	Godzina	CO_2	O_2	Współczynnik oddech.	Objętość oddech.	Cukier	Ciepł.
1	10·05	33·93 cm^3	40·90 cm^3	0·85	1·243	96 mgr.	37·3
2	10·40	63·94 „	78·18 „	0·81	2·686	99 „	37·2
3	11·45	60·32 „	72·15 „	0·83	2·320	96 „	37·2
	11·50	rozpoczeto wstrzykiwać, w dawkach frakcjonowanych, żółć naftylaminowa w roztworze nasyconym.					
4	12·35	76·01 cm^3	92·13 cm^3	0·82	2·303	106 mgr.	37·8
5	13·22	77·59 „	94·66 „	0·82	2·404	106 „	38·3
6	15·40	154·00 „	198·33 „	0·77	7·512	118 „	40·0
7	16·00	130·14 „	165·71 „	0·78	9·362	130 „	40·2
8	16·10	164·15 „	199·32 „	0·82	11·725	—	40·3
9	16·25	192·26 „	232·88 „	0·80	13·540	156 „	40·9
10	16·40	229·70 „	286·14 „	0·80	16·540	200 „	41·2
11	17·00	230·40 „	270·33 „	0·85	15·360	—	42·1

Obliczając średnie współczynnika oddechowego, bezwodnika węglowego i tlenu oraz objętości oddechowej stwierdza się co następuje:

	CO_2	O_2	Objętość oddech.	Współczynnik oddech.
Przed gorączką:	52·73 cm^3	63·74 cm^3	2·083	0·82
W czasie gorączki:	156·78 „	192·43 „	9·846	0·81

W doświadczeniu tem współczynnik oddechowy nie zmienia się*), ilość bezwodnika węglowego wzrasta z 52.73 cm^3 na 156.78 cm^3, ilość tlenu z 63.74 cm^3 na 192.43 cm^3, objętość oddechowa z 2.083 litrów na 9.846 litrów w jednej minucie. Wzrost ilości cukru we krwi zaznacza się szczególnie wydatnie w okresie t. zw. prepolypnoicznym i w czasie polypnoe, dochodząc do 200 mgr. w 100 cm^3 krwi.

Doświadczenie III.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz oddech.	Cukier	Ciepłota
1	14·50	39·50 cm^3	47·79 cm^3	0·82	90 mgr.	38 ° C.
2	15·55	38.74 „	44·99 „	0·86	92 „	37·9
	16·10	początek wstrzykiwania żółci naftylaminowej.				
3	16·45	75·26 „	81·08 cm^3	0·92	90 mgr.	38·2
4	17·17	64·07 „	72·43 „	0·88	—	38·5
5	18·00	132·33 „	143·55 „	0·92	100 „	39·3
6	19·09	151·68 „	156·42 „	0·96	—	40·5
7	18·22	212·85 „	187·05 „	1·13	98 „	41·3
8	18·36	482·74 „	188·41 „	0·97	110 „	42·9
9	18·47	163·20 „	176·46 „	0·92	104 „	43·7

Średnia	CO_2	O_2	Współcz. oddech.
Przed gorączką:	39·12 cm^3	46·39 cm^3	0·84
W czasie gorączki:	140·30 cm^3	143·37 cm^3	0·97

W doświadczeniu powyższem wzrasta współczynnik odddechowy z 0.84 na 0,97, ilość wydalanego bezwodnika węglowego z 39.12 cm^3 na 140.30 cm^3, ilość tlenu zużytego z 46.39 cm^3 na 143.38 cm^3. Zaznacza się również wzrost cukru we krwi.

Doświadczenie IV.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objęt. oddechow.	Ciepłota
1	13·40	28·13 cm^3	31·70 cm^3	0·88	0·83 litr.	38·5 ° C.
2	15·50	58·24 „	65·15 „	0·89	1·82	38·3
	16·00	początek wstrzykiwania żółci naftylaminowej				
3	16·50	82·24 cm^4	87·76 cm^3	0·93	2·76	38·7
4	17·52	136·82 „	147·88 „	0·92	3·16	39·3
5	18·10	119·06 „	128·50 „	0·92	3·63	39·4
6	19·00	167·86 „	203·77 „	0·92	9·90	39·8
7	19·15	213·51 „	230·33 „	0·92	12·90	40·5
8	19·40	311·29 „	321·11 „	0·97	13·70	41·7
9	19·50	249·66 „	256·80 „	0·97	14·20	42·2

Średnia	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objętość oddechow.
Przed gorączką:	43·18 cm^3	48·42 cm^3	0·89	1·325 l.
W czasie gorączki:	185·77 cm^3	196·59 cm^3	0·94	9.46 „

W doświadczeniu tem zaznacza się wzrost współczynnika oddechowego z 0.89 na 0.94, ilość bezwodnika węglowego rośnie z 43.18 cm^3 na 185.77 cm^3, ilość zużytego tlenu z 48.42 cm^3 na 196.59 cm^3, a objętość oddechowa z 1.325 litra na 9.46 litrów w jednej minucie.

W czasie gorączki wywołanej wstrzykiwaniem dożylnem żółci naftylaminowej, podobnie jak po błękicie metylenowym, zaznacza się stale wzrost ilości wydalanego bezwodnika węglowego i zużytego tlenu oraz wzrost objętości oddechowej. Ilość cukru we krwi w przeważnej części ulega również zwyżce. Wzrasta też współczynnik oddechowy, który niejednokrotnie przekracza wartość 0.90.

Rozważając te wszystkie zjawiska, dochodzi się do wniosku, że przyczyną powstawania gorączki po żółci naftylaminowej jest zwiększone spalanie węglowodanów. Za tem przemawia też pojawianie się, przed momentem podwyższania się ciepłoty ciała, okresu pogłębiania i przyśpieszania oddechów, połączonego ze wzmożoną przemianą oddechową i dopiero po pewnym okresie czasu ciepłota ciała zaczyna się podwyższać. Jak długo zmiany te w rytmie oddechowym nie następują, tak długo niema gorączki. Jest to objaw obserwowany także przy gorączce obwodowej wywołanej błękitem metylenowym. Materjał ulegający spalaniu w gorączce naftylaminowej pochodzi z rozpadu glikogenu wątrobowego.

---

*) Do omówienia znaczenia współczynnika oddechowego w gorączkach różnego typu przejdziemy przy innej sposobności.

P e p t o n.

Wstrzyknięcie podskórne peptonu wywołuje podwyższenie ciepłoty ciała. Chodziło nam tedy o przekonanie się jak zachowuje się przemiana gazowa w tej postaci gorączki i dlatego też wykonaliśmy szereg doświadczeń analogicznych do badań nad gorączką obwodową przy stosowaniu błękitu metylenowego względnie żółci naftylaminowej. Wyniki doświadczeń ilustrują następujące zestawienia wybrane dla przykładu z wielu doświadczeń:

Doświadczenie I.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objęt.	Cukier	Ciepłota
1	10·50	41·27 cm³	53·51 cm³	0·76	4·34 l.	112 mgr.	37 ⁰ C.
2	11·20	16·68 „	20.90 „	0·80	1·39 „	110 „	37
	11·54	wstrzyknięcie podskórne 2 Gr. peptonu Wittego					
3	14·25	28·80 cm³	40·64 cm³	0·70	3·20 l.	108 mgr.	37·7
4	15·15	35·48 „	42·70 „	0·82	2·35 „	101 „	38
5	16·15	16·77 „	20·35 „	0·83	0·78 „	88 „	38·2
6	17·15	13·33 „	15·93 „	0·83	0·62 „	—	38

Średnia	CO_2	O_2	Współcz.	Objętość oddechow.
Przed gorączką:	28·97 cm³	37·15 cm³	0·77	2·86 l.
W czasie gorączki:	23·59 cm³	29·90 cm³	0·78	1·73 l.

W doświadczeniu tem zaznacza się obniżenie ilości bezwodnika węglowego z 28.97 cm³ na 23.59 cm³, tlenu zużytego z 37.15 cm³ na 29.90 cm³ i objętości oddechowej z 2.86 litra na 1.73 litra w jednej minucie. Nadto widoczne jest obniżenie ilości cukru we krwi w czasie trwania gorączki.

Doświadczenie II.

	Godzina	CO_2	O_2	Współcz. oddechow.	Objęt.	Cukier	Ciepłota
1	10·35	73·71 cm³	97·22 cm³	0·76	3·51 l.	128 mgr.	36·8 ⁰ C.
2	10·50	107·89 „	117·36 „	0·91	7·29 „	128 „	36·6
	11·10	wstrzyknięcie podskórne 2 gr. peptonu Wittego					
3	12·30	75·08 cm³	93·76 cm³	0·80	3·46 l.	110 mgr.	37·2
4	13·30	58·68 „	73·05 „	0·80	3·43 „	96 „	37·7
5	14·00	71·47 „	88·08 „	0·81	3·18 „	102 „	37·8
6	14·45	39·16 „	45·46 „	0·82	1·45 „	110 „	38
7	15·10	71·12 „	89·91 „	0·79	3·35 „	110 „	38
8	15·45	76·01 „	91·93 „	0·82	3·98 „	110 „	38

Środnia	CO_2	O_2	Współcz.	Objętość oddechow.
Przed gorączką:	90·80 cm³	107·29 cm³	0·84	5·40 litr.
W czasie gorączki:	65·25 cm³	80·36 cm³	0·81	3·14 litr.

W tem doświadczeniu obniżają się wartości dla współczynnika oddechowego, bezwodnika węglowego, zużytego tlenu, dla cukru we krwi i objętości oddechowej w czasie trwania gorączki. Współczynnik obniża się z 0.84 na 0.81, bezwodnik węglowy z 90.80 cm³ na 65.25 cm³, tlen z 107.29 cm³ na 80.36 cm³ i objętość oddechowa z 5.40 litra na 3.14 litrów w jednej minucie. Wszystkie te dane świadczą o tem, że gorączka peptonowa nie jest wyrazem wzmożonej przemiany chemicznej i wskutek tego tworzy typ gorączki różny swym mechanizmem od gorączki obwodowej.

Do tej kategorji gorączek względnie hypertermij ośrodkowych należy podwyższenie ciepłoty ciała pod wpływem zwiększonej ciepłoty otoczenia. Za tem też przemawiają wyniki doświadczeń nad przemianą gazową u psów, które umieszczano w temperaturze otoczenia wynoszącej 37 do 40⁰ C. Wyniki doświadczeń ilustruje następujące zestawienie wybrane jako przykład z szeregu zgodnych wyników:

Doświadczenie I.

		CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
Okres normy	1	121·91 cm³	167·83 cm³	0·72	37·2 ⁰ C.
	2	95·15 „	121·44 „	0·78	37·2

Psa unieruchomionego na stole operacyjnym wniesiono do pokoju ogrzanego do 37⁰. W ciągu kilkunastu minut rozpoczynają się ruchy oddechowe polypnoiczne.

		CO_2	O_2	Iloraz oddechowy	Ciepłota
Okres polypnoe	3	48·12 cm³	88·06 cm³	0·54	39·3 ⁰ C.
	4	63·39 „	98·80 „	0·64	40
	5	77·09 „	121·83 „	0·63	41
	6	99·70 „	134·07 „	0·74	42

Po kilkodzinnem przebywaniu w pokoju o temperaturze 37⁰ C. przeniesiono psa do sali o temperaturze normalnej.

Innych doświadczeń odnoszących się do tego rodzaju hypertermji nie podajemy, ponieważ wszystkie bez wyjątku przebiegają analogicznie do doświadczenia przytoczonego. Charakteryzują się one tem, że iloraz oddechowy nie ulega podwyższeniu a ilość wydalonego bezwodnika węglowego i zużytego tlenu jest taka jak w stanie prawidłowym zwierzęcia a nawet obniża się w okresie polypnoe.

* * *

Z kolei przeprowadziliśmy dla celów porównawczych szereg określeń przemiany gazowej w gorączce wywoływanej przez β — tetrahydrofenylaminę. Wiadomą jest rzeczą, że wstrzyknięcie podskórne tej substancji wywołuje, wśród innych objawów, także podwyższenie ciepłoty ciała i to niekiedy do 43⁰. Różni badacze (Hashimoto, Mutch i Pembrey, Jonescu, Ott i Scott) uważali tę gorączkę za typowo ośrodkową, gdy tymczasem inni (Isenschmid) obserwowali gorączkę po wstrzyknięciu β — tetrahydronaftylaminy u królików, którym usunięto ośrodki cieplne. Gorączka ta ma być następstwem wzmożenia produkcji ciepła, według Feri'ego i Sacharowa, jej wysokość zaś ma być też proporcjonalna do ilości glikogenu wątrobowego u królika (Schut). W każdym razie objawy występujące po wstrzyknięciu tej substancji świadczą o wpływie podniecającym na układ nerwowy sympatyczny.

Jak z powyższego bardzo pobieżnego przeglądu zapatrywań niektórych autorów wynika, istnieje brak zdecydowanej opinji co do sposobu działania β — tetrahydronaftylaminy. Jedni widzą punkt zaczepienia jej działania w ośrodkach, inni zwracają uwagę na możliwość wystąpienia gorączki po usunięciu ośrodków cieplnych, uzależniają też zjawienie się jej względnie wysokość od ilości glikogenu wątrobowego a więc wskazują na możliwości istnienia mechanizmu obwodowego.

Dla ustalenia więc typu tej gorączki przyjęliśmy metodykę zastosowaną dla określenia i innych gorączek względnie hypertermij. A więc ilość wydalanego bezwodnika węglowego, ilość tlenu, współczynnik oddechowy, objętość oddechowa i rytm oddechu miały być kryterjum dla charakterystyki typu.

Otrzymaliśmy następujące wyniki:

B e t a t e t r a h y d r o n a f t y l a m i n a.

Doświadczenie I.

	Czas	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objęt.	Cukier	Ciepł.
1	14·40	174·49 cm³	215·71 cm³	0·82	13·740	104 mgr.	38·0⁰ C
2	14·50	151·84 „	206·56 „	0·75	13·680	104 „	38·1
	15·00	wstrzyknięcie podskórne 0·1 gr. β tetrahydronaftylaminy.					
3	15·25	122·96 cm³	149·64 cm³	0·82	5·800	153 mgr.	38·2⁰ C
4	15·40	150·28 „	184·75 „	0·81	8·840	180 „	39·0
5	16·00	107·76 „	132·45 „	0·81	4·490	180 „	39·1
6	16·15	151·40 „	181·68 „	0·83	7·570	153 „	40·1
7	16·50	138·24 „	166·60 „	0·83	8·633	129 „	40·5
8	17·23	139·59 „	165·44 „	0·84	10·340	—	40·7

Średnia:

	CO_2	O_2	Współcz.	Objętość oddech.
Przed wstrzyknięciem:	163·16 cm³	211·13 cm³	0·77	13·71 l.
W czasie gorączki:	135·03 „	163·42 „	0·82	7·61 „

W doświadczeniu tem zaznacza się lekki spadek ilości bezwodnika węglowego, tlenu i obniżenie objętości oddechowej. Współczynnik oddechowy bardzo nieznacznie wzrasta, podnosi się natomiast wybitnie poziom cukru we krwi. Ciepłota ciała rośnie o 2.7⁰ C.

Doświadczenie II.

	Czas	CO_2	O_2	Współcz. oddech.	Objęt.	Cukier	Ciepł.
1	11·50	55·87 cm³	70·29 cm³	0·79	3·605	110 mgr.	38·4⁰ C
2	12·10	59·72 „	59·72 „	1·00	3·106	112 „	38·4
3	12·25	55·91 „	59·21 „	0·94	3·006	112 „	38·4
	13·25	wstrzyknięto podskórnie 0·075 gr β tetrahydronaftylaminy.					
4	14·33	48·61 cm³	53·47 cm³	0·90	2·315	96 mgr.	38·8⁰ C
5	14·29	47·42 „	50·16 „	0·94	2·090	92 „	39·2
6	15.51	62·60 „	69·48 „	0·90	3·440	93 „	39·4
7	16·02	61·38 „	64·94 „	0·94	3·960	94 „	39·6
8	16·46	60·42 „	58·13 „	1·03	3·266	94 „	39·9
9	17·20	61·19 „	61·60 „	0·99	4·026	96 „	40·0

Średnia:

	CO_2	O_2	Współcz.	Objętość oddech.
Przed wstrzyknięciem:	57·16 cm³	63·07 cm³	0·91	3·139 l.
W czasie gorączki:	56·94 „	59·59 „	0·95	3·183 „

W doświadczeniu tem nie zaznaczają się wybitniejsze zmiany ani w ilości bezwodnika węglowego ani tlenu, ani też w objętości oddechowej. Istnieje jedynie lekkie podwyższenie współczynnika oddechowego. Ciepłota ciała podnosi się o 1.6° C.

Doświadczenie III.

	Czas	CO_2	O_2	Współcz.	Objęt. oddech	Cukier	Ciepł.
1	13·45	124·68 cm³	145·32 cm³	0·85	8·256	94 mgr	38·0° C
2	14·20	110·26 „	131·37 „	0·83	7·820	—	38 0
	14·50 wstrzyk. podskórnie 0·1 gr. β— tetrahydronaftylaminy.						
A.							
3	15·45	83·86 cm³	97·78 cm³	0·85	3·480	98 mgr.	38·0° C
4	15·57	90·68 „	101·08 „	0·89	4·160	108 „	38·7
5	16·20	122·65 „	137·08 „	0·89	5·550	106 „	38 8
6	16·46	112·87 „	125·62 „	0·89	3·750	114 „	40·0
B.							
7	17·15	150·14 „	169·61 „	0·89	6·250	112 „	41·4
8	17·35	203·64 „	230·25 „	0·88	10·253	136 „	41·7
9	17·45	297·06 „	341·19 „	0·87	16·975	294 „	42·1
10	18·00	138·60 „	150·57 „	0·92	6·525	285 „	43·0
	18·15 pies zginął wskutek porażenia oddechu.						

Średnia:

	CO_2	O_2	Współcz.	Objętość oddech.
Przed wstrzyknięciem:	117·47 cm³	138·34 cm³	0·84	9·038 l.
Po wstrzyknięciu:				
a) Faza A.	102·51 „	115·39 „	0·88	4·235 „
b) „ B.	197·36 „	222·90 „	0·89	9·990 „

W doświadczeniu powyższem obserwujemy dwie fazy działania środka, a raczej odczynów ustrojowych. W fazie pierwszej stwierdzamy lekkie obniżenie się ilości bezwodnika węglowego i tlenu, zmniejszenie objętości oddechowej, nieznaczne podwyższenie się poziomu cukru we krwi i współczynnika oddechowego. Faza ta w objawach swych zgodna jest zupełnie z doświadczeniami poprzedniemi I i II. W dalszym ciągu obserwacji tego samego zwierzęcia pojawiać się zaczynają reakcje, świadczące o wzmożonej przemianie chemicznej. Wzrasta ilość wydalanego bezwodnika węglowego ze 102.51 cm³ na 197.36 cm³, ilość tlenu ze 115.39 cm³ na 222.90 cm³, objętość oddechowa z 4.235 litra na 9.990 litrów w jednej minucie; nieznacznie wzrasta współczynnik oddechowy i jednocześnie ciepłota ciała podnosi się o 3° w przeciągu 1h 15'. We krwi podnosi się poziom cukru ze 114 mgr na 294 mgr w 100 cm³.

Na podstawie przytoczonych doświadczeń można więc wnioskować, że gorączka występująca po wstrzyknięciu β - tetrahydronaftylaminy może mieć podwójny mechanizm. Z jednej strony — w fazie pierwszej — przedstawia cechy gorączki ośrodkowej, bez zwiększenia przemiany chemicznej, z drugiej zaś strony może też mieć punkt zaczepienia obwodowy — w drugiej fazie swego działania — i wskutek tego reprezentuje mieszany typ gorączki. W świetle tych faktów zrozumiała jest dla nas rozbieżność pozorna wyników otrzymanych przez badaczy cytowanych na początku tego rozdziału.

* * *

W serjach doświadczeń wyżej przytoczonych użyto różnych środków farmakodynamicznych względnie fizykalnych dla wywołania stanów gorączkowych. Określanie przemiany gazowej metodycznie i w długim okresie badania daje, łącznie z obserwacją występujących zjawisk fizjologicznych, podstawę do różnicowania rozmaitych typów gorączkowych. Fakt wzmożonej przemiany chemicznej świadczy o uruchomieniu mechanizmów obwodowych, czego następstwem jest podwyższenie ciepłoty ciała. Źródłem produkcji ciepła jest rozpad glikogenu i spalanie węglowodanów. W gorączkach ośrodkowych przez nas badanych przemiana chemiczna nie jest istotnem źródłem podwyższania ciepłoty ciała. Przemiana ta nie ulega wzmożeniu pod wpływem czynników termogennych działających wyłącznie ośrodkowo. Odróżnić wreszcie możemy typ mieszany, czego przykładem jest gorączka po β — tetrahydronaftylaminie, gdzie zauważyć niekiedy można dwie różniące się zasadniczo fazy, najpierw ośrodkową a następnie obwodową jako fazę dodatkowo wchodzącą w grę.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Witaminy i hormony (próba syntezy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. K. Bocheński.

Dokończenie.

Zagadnienie wewnętrznego wydzielania zajmowało oddawna umysły uczonych. Niektórzy pojmowali je jako procesy przechodzenia pewnych ciał z tkanek do krwi, która znów oddaje tkankom substancje innego rodzaju (Nowak). W myśl tego każdy narząd byłby gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż podobna śródkomórkowa przemiana materji odbywa się przecież w każdym czynnym narządzie ustroju. Nie ulega jednak wątpliwości, że gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu pozostają we wzajemnej ścisłej zależności gwarantującej ich równowagę, a każde naruszenie tej równowagi odbić się musi zaburzeniem we wszystkich narządach. Coraz częściej też mówi się o schorzeniach systemowych, pod które to pojęcie podciągają niektórzy nawet cierpienia ginekologiczne, uważając macicę za gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu, a w działaniu antagonistyczny w stosunku do jajników i gruczołu piersiowego. W myśl tego uważa Fedoroff krew miesiączkową za wydzielinę gruczołu dokrewnego. Wstrzykiwał on królikom dożylnie wodny roztwór wyciągu glycerynowego tej krwi i spostrzegał charakterystyczne zmiany w postaci obniżenia ciśnienia krwi z równoczesnem przyspieszeniem tętna i oddechania. Według Fellnera wydzielina jajników znosi trujące działanie produktów wytwarzanych w macicy (zwiększenie ilości trombokinazy w błonie śluzowej macicy).

Badania Sokołoffa wykazały po wycięciu jajników zanikanie mięśnia macicy i naczyń skutkiem zaburzeń odżywczych.

W chorobie Basedowa występuje w macicy zanik swoistych elementów tkankowych i następowe bujanie tkanki łącznej, zwyrodnienie ścian naczyń, w nadnerczach zaś uszkodzenie substancji korowej.

Zaburzenie czynności tarczycy powoduje często skąpe miesiączkowanie, a nawet zupełne jej ustanie skutkiem zaniku macicy.

Niektórzy autorowie przyjmują istnienie samodzielnego hormonu regulującego zwijanie się połogowej macicy. Spostrzeżenia klinicystów i wyniki lecznicze przemawiałyby za tem, że pewne formy czynnościowego braku miesiączki jakoteż i szereg objawów w okresie przekwitania znany dawniej pod nazwą *„stasis congenstiva pelvica, sive plethora abdominis"* uważać należałoby za następstwo zaburzeń hormonalno - systemowych.

W ciąży występują zaburzenia morfologiczne i czynnościowe, w zakresie gruczołów dokrewnych, jednak równowaga wpływów hormonalnych zostaje zawsze utrzymana, a każde jej zachwianie daje wyraźne objawy kliniczne. Zaburzenia te są zwykle przejściowe i dzięki temu *dyshormonozy (dysendokrinozy)* ciążowe leczą się samoistnie po porodzie (Seitz). Spostrzegano również poprawę i wyleczenie zatruć ciążowych po podawaniu wyciągów z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Vassale jako przyczynę drgawek porodowych uważa niedomogę ciałek nabłonkowych, a Hofbauer odnosi drgawki do nadmiernej czynności układu przysadkowo - adrenalinowego.

Wzrost i odżywianie pozostają pod wzajemnym wpływem gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego. Wydzielina gruczołów wpływa na czynność układu pobudzająco lub hamująco. Adrenalina np. pobudza część współczulną wegetatywnego systemu nerwowego, sprawia skurcz naczyń i podnosi ciśnienie krwi. Hormon tylnej części przysadki wywoływa skurcze macicy, jelita i pęcherza. Thyroxyna zwiększa przemianę materji.

Wydzielanie wewnętrzne narządów wpływa na drugorzędne cechy i znamiona płciowe. Wzajemna równowaga i synergizm, tworzące podstawę prawidłowego rozwoju i czynności, wytwarzają znane różnice płciowe somatyczne i fizjologiczne. Sprawą tą bliżej zajmować się nie będziemy. Obchodzi nas bowiem przedewszystkiem rola, którą w wydzielaniu wewnętrznem, hormonalnem odgrywają witaminy. Niemal wszystkie narządy i gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu stoją bowiem pod ich przemożnym wpływem (Lumière, Steusing, Koskowski). Wiemy np. że prawidłowa czynność jajnika związana jest z dostatecznym dowozem witamin, których brak prowadzić może do bezpłodności. Czyniono próby na szczurach i przekonano się, że karmione pożywieniem mieszanem zawierającem wszystkie inne witaminy oprócz witaminy E rosły i mnożyły się bardzo dobrze. Drugie jednak lub trzecie pokolenie było już niepłodne, gdyż u samców występo-

wało zwyrodnienie komórek zarodkowych i nabłonka kanalików nasiennych, a jeśli samice zachodziły w ciążę, to płody obumierały w macicy. Dodanie ryżu, nasienia konopi lub innych roślin obfitujących w witaminę E przywracało szczurom płodność. Według Guggisberga, Ecksteina i Szillyego brak witamin w pożywieniu ciężarnej może spowodować przerwanie ciąży, zwłaszcza w początkach jej. O ile zaś brak witamin w pożywieniu wystąpi dopiero w drugiej połowie ciąży, nie ma to żadnego wpływu na płód. Wywody te stoją w sprzeczności ze spostrzeżeniami Abelsa, o którym wspominaliśmy poprzednio. Autorowie ci spostrzegali prawidłową wagę u noworodków, których matki wykazywały wyraźne objawy niedożywienia. O ile zaś to niedostateczne odżywianie matek trwało w dalszym ciągu po skończonej ciąży, występowały u dzieci bardzo ciężkie zaburzenia charakterystyczne dla braku witamin. Dowodzi, to, że ciała te nie tworzą się ani w ustroju matki ani też w ustroju dziecka, jak również, że ustrój posiada zdolność tworzenia zapasów witaminowych. Stąd pochodzi też, że ilości witamin w danych narządach mogą ulegać znacznym nawet wahaniom i że szkody z braku witamin powstają dopiero po pewnym czasie, gdy wyczerpią się nagromadzone zapasy i rezerwy. Młode zwierzęta pochodzące ze zdrowych i obficie witaminami karmionych zwierząt znoszą bardzo długo brak witamin bez szkody (Korenschewski, Carr, Daniels, Michols). Czy ta zdolność tworzenia zapasów w narządach odnosi się zarówno do wszystkich witamin, czy też do niektórych tylko, zdania są podzielone, zwłaszcza co do witaminy B.

Chic zwraca uwagę na długi czas *inkubacji*, który mają wszystkie *awitaminozy*.

Podobnie jak z braku witamin ginie zwierzę z braku lipoidów. Równowaga ciał lipoidowych w ustroju jest niezmiernie ważna. Aby zapobiegać ich brakowi, usiłowano wytworzyć sztuczne preparaty z mózgu, mleka, jąder, lipoidów i zarodków roślin. Okazało się jednak, że preparaty te posiadały tak znaczne ilości drobnoustrojów, że występujące procesy spalania mogły uszkadzać zawarte w nich ciała odżywcze, a głównie witaminę D (Reiter, Reissmann, Bitter, Weigmann).

Myszy karmione pokarmami bez lipoidów stawały się mniej odporne na zakażenie i w krótkim czasie ginęły wśród gwałtownego spadku wagi ciała. Nie ulega również wątpliwości, że lipoidy mają ważne znaczenie dla prawidłowej czynności żeńskich gruczołów płciowych. Dopóki jednak nie znamy witaminy nie stojącej w żadnym związku z lipoidami, trudno powiedzieć do czego należy odnosić szkody wynikłe z ich braku.

Badania licznych autorów wykazały, że witaminy A i D znajdują się zawsze w lipoidach poszczególnych narządów, szczególnie zaś w wątrobie, w nerkach, w sercu i w gruczołach płciowych. Witamina B znajduje się wprawdzie w tych narządach, ale nie w lipoidach, zaś witamina C przeważnie w mięśniach i w wątrobie (Schur).

Duże ilości witaminy A w gruczołach rodnych zwłaszcza w ciąży i ścisły jej związek z lipoidami ciałka żółtego, nadnercza i krwi jest ciągle jeszcze przedmiotem badań. Według Emmeta i Lourosa nadnercze posiada znaczne ilości lipoidów, ale witamina A występuje w nich tylko w czasie ciąży. Mogłoby to przemawiać za ścisłą zależnością wzajemną tego gruczołu w stosunku do gruczołów rodnych (Nowak). Wykazano bowiem, że sztuczne zniszczenie nadnerczy powoduje u młodych, rosnących jeszcze zwierząt niedorozwój gruczołów płciowych z następowem zmniejszeniem zdolności zapłodnienia. Aichel mniema, że zwierzęta posiadające większe nadnercza mają również lepiej rozwinięte narządy rodne, zanik zaś lub zupełny brak nadnerczy związany jest zawsze z nieprawidłowym rozwojem narządu rodnego. Aschner widział często niedorozwój lub nadmierny rozwój nadnerczy towarzyszący takim samym zmianom w narządzie rodnym. Wiemy jednak, że ten paralelizm jest tylko pozorny, gdyż w istocie istnieje stosunek odwrotny i fizjologiczne lub doświadczalne wyłączenie gruczołów płciowych wywołuje zawsze powiększenie nadnerczy. Doświadczenia kliniczne wykazują również, że operacyjne usunięcie gruczołów płciowych powoduje przerost kory nadnercza i to zarówno u płci obojga. Niewiadomo tylko czemu należy to przypisać. Możliwe że odpada tu hamujący wpływ hormonu płciowego, chociaż nie można wykluczyć konstytucjonalnej przemiany całego ustroju na drodze systemu nerwowego i skutkiem tego zasadniczo zmienionej przemiany materji (Schwarz).

Co się tyczy działania nadnercza o nadmiernej przerosłej korze na cały narząd rozrodczy, to w krótkości jedynie zaznaczyć można, że panuje tu również niezgoda autorów sprawą tą bliżej się zajmujących. Ogólnie podzielić ich można na dwie grupy. Jedni działanie nadnercza przypisują samemu guzowi, który niszczy substancję rdzenną, inni zaś sądzą, że przyczyna i rodzaj tego działania polega na tem, że guzy te nie powstają z komórek nadnercza lecz z resztek pozostałych po zawiązkach płciowych.

* * *

W ostatnich latach zwrócono uwagę na pewien stosunek jaki zachodzi pomiędzy światłem i lipoidami. Much wykazał, że w komórkach i w surowicy rozpuszczone tłuszcze można wykryć zapomocą skłaczania ich przez morfinę i jej pochodne. Najszybciej zaś ulegają temu skłaczaniu żywice, które jednak tracą tę zdolność po dodaniu nawet niedużej ilości chlorofilu lub surowicy. Światło aktywuje procesy życiowe, przyspieszając je lub opóźniając. Może je nawet zupełnie powstrzymać. Jeśli jednak roztwór żywicy naświetlamy lampą kwarcową i w promieniach jej dodamy morfiny, skłaczania nie będzie. Promienie światła tworzą więc ochronę koloidów. Zdaniem Mucha wszelkie działanie światła na procesy życiowe odbywa się zapomocą ciał tłuszczowych i to nie pośrednio przez rozszczepianie lecz bezpośrednio przez działanie światła. Po ustaniu bowiem działania światła zdolność skłaczania wraca.

Oprócz stwierdzonego niezbicie faktu, że witaminy i hormony występują w tych samych narządach i substancjach podstawowych i posiadają podobne własności chemiczne i fizykalne jak np. ten sam punkt wrzenia (W-E i H jajnika), podobieństwo widma naświetlanej ergosteryny do widma insuliny (Adam), zmniejszanie ilości cukru we krwi przez witaminę B podobnie jak przez insulinę, zwrócić należy uwagę na dwa momenty: *uczynnianie hormonów zapomocą witamin i uczynnianie hormonów i witamin energją świetlną.*

Zajmujący się tą sprawą badacze sądzą, że warunkiem tworzenia się hormonu jajnika jest obecność witamin w dostatecznej ilości. Vogt tłumaczy nawet niepłodność kobiet cierpiących na cukrzycę brakiem witaminy E i uważa brak ten jako najważniejszą przyczynę schorzenia, które dotychczas uważano za wynik nieprawidłowej przemiany materji.

Ziegelroth uważa dobre wyniki w cukrzycy uzyskane zapomomcą insuliny za leczenie zastępcze witaminami, których brak wywoływa zaburzenia w procesach assymilacyjnych. Podawanie witaminy C przywraca stan prawidłowy. Dawne leczenie ludowe cukrzycy sokiem surowej marchwi, kapusty i t. d. opierało się niewątpliwie na wprowadzaniu do ustroju witaminy A i B.

Hulschińsky, György i Hess przekonali się, że naświetlanie sztucznem słońcem wysokogórskiem witamin zwiększa i przedłuża ich działanie, podobnie jak naświetlanie insuliny. Wynikałoby więc z tego, że oba rodzaje ciał jednakowo odziaływują na naświetlanie, co znów pozwalałoby wnioskować, że w budowie hormonow i witamin są pewne ciała o cechach bardzo podobnych lub może nawet tych samych. Tłumaczyłoby to do pewnego stopnia działanie kompleksowe tych ciał, ich wzajemną korrelację i równowagę, jakoteż jednakowe wyniki lecznicze osiągane przez witaminy jak i hormony (Beri-beri, Pellagra, Sprue, leczy się insuliną). Follikulina działa głównie na narządy rodne, rozwijając równocześnie własności insulinowe, gdyż obniża cukier we krwi i wpływa na leczenie cukrzycy. Insulina zaś oprócz zmniejszania cukru we krwi wywoływa czasową niepłodność, podobnie jak wyciągi jajników (Haberlandt, Vogt, Wiślański). Już dotychczasowe wiadomości o witaminach i hormonach pozwalają zgoła odmiennie zapatrywać się na różne schorzenia, które wyłącznie lub przeważnie polegają na zaburzeniach odżywczych. Pewne zmiany kości, zeskórnienia spojówki i rogówki, zmiękninie rogówki, nocna ślepota, niedokrwistość i zaburzenia w narządach rozrodczych, zwłaszcza u kobiet, a także schorzenia ogólne jak: osłabienie sił obronnych ustroju i odporności, rozpatrywane z tego punktu widzenia stają się bardziej zrozumiałe i łatwiejsze do leczenia. Nie wystarcza już bowiem samo obliczenie kalorji, zawartych w pożywieniu, gdyż nie mniej ważne są również wspomniane dodatkowe ciała odżywcze, które kierują całą przemianą materji i przyczyniają się do należytego zużytkowania pokarmów przez ustrój.

Odkrycie witamin stało się punktem zwrotnym w lecznictwie, a spostrzeżenia Windausa (przemiana ergosteryny po naświetlaniu na witaminę D) pozwoliło uchwycić jedną właściwość tych ciał. Wykrycie innych, a przedewszystkiem dokładne wyjaśnienie ich chemicznej budowy i składu oraz własności biologicznych, pozwoli dopiero na należytą ich ocenę. Mnożą się spostrzeżenia dowodzące zaburzeń w odżywianiu ustroju pozbawionym witamin. Wiadomo już dziś powszechnie, że wiele niewyjaśnionych stanów chorobowych można poprawić zmienioną dietą obfitą w witaminy.

Oprócz działania bezpośredniego wykazano również działanie pośrednie tych ciał .Stwierdzono bowiem, że istnieje sze-

reg schorzeń, które mają znaną i ustaloną przyczynę, których przebieg jednak bywa bardzo rozmaity zależnie od obecności lub braku w ustroju witamin. Do schorzeń takich należą pewne zaburzenia w narządzie krążenia, pokarmowym, choroby skóry, dróg żółciowych i moczowych.

Zdaniem Haurowitza i innych awitaminozy są cierpieniem, które przyniosła ze sobą kultura i cywilizacja. Wygnanie z domów mieszkalnych słońca i powietrza, gotowanie wszystkich potraw, usunięcie surowych owoców i jarzyn lub nieodpowiednie ich przyrządzanie — oto główne przyczyny tych niedomagań.

Z promieni słońca czynne są promienie pozafjołkowe, o długości fali Y = 300. Istnieje zatem związek pomiędzy światłem a przemianą materji. Tłumaczy to częstość krzywicy w miastach fabrycznych, gdzie brak słońca, chociaż nie jest zupełnie pewne, czy krzywica jest *tylko awitaminozą*. Istnieją bowiem usiłowania aby wykazać, że przyczyną jej jest nie samo zaburzenie równowagi przemiany zasadowo-kwasowej, gdyż nie brak jest w krzywiczym ustroju wapnia i fosforu, ani też nie zmniejszoną jest ilość estrów kwasów fosforowych, brak jest natomiast dostatecznej ilości zaczynów.

W każdym bądź razie wykazano, że u ludzi jedynie światło i słońce zapobiegają krzywicy i że bardzo duży wpływ na rozwój dziecka wywiera jakość i rodzaj pożywienia karmiącej matki. Znaczenie światła w krzywicy pierwszy wykazał Raczyński. Zwiększa złe błędne mniemanie u większości ogółu, że tak zwane lekkie potrawy są najzdrowsze. Niewątpliwie istnieją liczne przypadki, w których wskazane jest takie pozbawione celulozy pożywienie, uogólniać tego jednak nie można, a bywają nawet chorzy, dla których takie „niezdrowe" pożywienie jest właśnie warunkiem wyleczenia (Haurowitz).

Doświadczenia na zwierzętach przekonały, że tworzenie się przeciwciał i fagocytów stoi prawdopodobnie w związku z obecnością witamin. Przemawiałoby to za tem, że witaminy są niezbędne dla prawidłowego rozwoju i czynności poszczególnych narządów i całego ustroju, który jednak sam ciał tych wytworzyć nie jest w stanie. Jest to zasadnicza różnica pomiędzy witaminami i hormonami. Witaminy dostawszy się do ustroju ulegają częściowo zniszczeniu, niektóre z nich bywają gromadzone i przechowywane, reszta zaś pozostaje wydalona drogą odchodów. Z nauki o egzogennych, a więc z zewnątrz dostarczanych składnikach odżywczych wiemy, że istnieją ciała jak np. tyrozyna lub tryptofan, które służą do odnawiania zużytych składników komórkowych.

Niedawno odkryto nowe kwasy aminowe, o których niewiadomo skąd powstają i czy są wytwarzane w samym ustroju, czy też nazewnątrz niego. Może są to również ciała odżywcze, podobne do omawianych?

Ogromna większość prób i doświadczeń przeprowadzona została na materjale zwierzęcym. Wyniki tych badań różnią się niekiedy dość znacznie i to nietylko w szczegółach, ale często nawet pod względem zasadniczym. Zdaniem naszem przyczyna tego leży w tem, że porównywa się wyniki doświadczeń na różnych zwierzętach, zbyt odległych od siebie na drabinie rozwojowej, które wobec tego muszą różnić się pod wielu względami. Np. istnienie hormonu płciowego w łożysku ludzkiem nie ulega żadnej wątpliwości, a jeśli istnieją dotąd kwestje sporne to jedynie odnośnie do tego, czy łożysko jest jedynie miejscem wydzielania tego hormonu czy też można je również uważać za miejsce jego powstawania. Podobnie u większości zwierząt znaleść można duże ilości tego ciała, natomiast nie ma go zupełnie w łożysku psów i świni. Jeśli zatem istnieją takie różnice w warunkach fizjologicznych u zwierząt niższych i wyższych, o ileż większą może być ta różnica w stanach nieprawidłowych, zwłaszcza gdy doświadczenia i wyniki uzyskane na zwierzętach pragniemy bezpośrednio przenieść na ludzi?

A jeśli nawet uda się nam wytworzyć sztucznie na zwierzętach schorzenie podobne zewnętrznie pod względem objawów klinicznych do schorzeń ludzkich, to czyż *mechanizm* powstawania obu tych stanów będzie rzeczywiście ten sam?

Wątpliwości te jakoteż przytoczone powyżej różnice wyników doświadczalnych i leczniczych usprawiedliwiają po części nieufność z jaką część badaczy odnosi się do przytoczonych faktów i przekonywują o potrzebie gromadzenia nowych danych na podstawie dalszych prób i doświadczeń.

Piśmiennictwo.

Asher-Pflüger: Zeitschr. f. Biol. 1928, 87/2. — Abels: W. Kl. W. 1927. 35, Kl. W. 1922. — Adam: Kl. W. 1927, 27. — Arnd: D. m. w. 1927, 52. — Ascoli: Zeitschr. f. Phys. chem. 1923. — Biedl: Kl. W. 1928, 7. — Bickel: M. Kl. 1925, 29. — Bertram: Kl. W. 1925, 23. — Beumer i Falkenheim: Kl. W. 1927, 17, 20. — Birnbacher: M. m. W. 1928, 26. — Bitter-Weigmann: Kl. W. 1928, 28. — Danisch: Kl. W. 1928, 7. — Dieterich: Strahlenter. 27. — Dorhn, Faure, Poll i Blotevogel: M. Kl. 1926, 7. — Dohrn: M. Kl. 1926, 37. — Erdmann i Haagen: M. m. W. 1928, 20. — Eichholz i Kreitmair: M. m. W. 1928, 2. — Erdmann: D. m. W. 1927, 19. — Fraenkel L.: M. m. W. 1928, 8. — Frey i Kraut: M. m. W. 1928, 18. — Fellner: M. Kl. 1926, 49. — György: Kl. W. 1927, 13. — Jahrb. f. Kinderh. 1927. — Goldblatt i Benicszek: J. of. exp. med. 1927. 46. 5. — Hoejer: Pharm. J. a. Ph. 1927. — Hottinger: Zeitschr. f. Kinderh. 1927. — Holz: Kl. W. 1927, 12. — Hess i Anderson: J. of. am. med. Ass. 1927, 89, 15. — Jaffé: Naunym-Schmiedeberg, Arch. 1928, 132 1/2. — Keller: Gin. Pol. 1928. VII. — Kreitmair i Moll: M. m. W. 1928, 25. — Kmietowicz: Pol. Gaz. Lek. 1925, 49. — Kozuka: ref. M. m. W. 1928, 4. — Kroetz: Kl. W. 1927, 25. — Klinke: Kl. W. 1928, 9. — Kaufmann: M. m. W. 1928, 25. — Poll: M. Kl. 1925, 46. — Pfannenstiel: M. m. W. 1928, 26. Kl. w. 1927, 48. — Reiter-Reismann: Kl. W. 1928, 7. — Reiss: Kl. W. 1928, 18. — Schittelhelm: Kl. W. 1928, 26, 24. — Schilowzew: D. Zeitschr. f. Chir. 1928, 209, 5/6. — Stolte: D. m. W. 1928, 7. — Scheer: M. m. W. 1925, 50. — Strote: Kl. W. 1928, 3. — Serdinkoff: Arch. f. Gin. 118, 3. — Saiki: D. m. W. 1927, 13. — Thannhauser: M. m. W. 1928, 2. — Vogt E.: M. m. W. 1928, 17. — M. Kl. 1928, 8, 9, 10. — D. m. W. 1928, 33. — M. m. W. 1927, 50. — M. Kl. 1972, 15, 16. — Strahlenterap. 1927. — Wiskott: M. m. W. 1928, 34. — Wiślański: Gin. Pol. 1928, 8, 4/6.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Henryk REISS, asystent Kliniki. Kraków.

Inhalacje, jako sposób leczenia kiły.

Z Kliniki Dermatologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Leczenie kiły względnie jej współleczenie zapomocą wdychania (inhalacyj) odpowiednich przetworów leczniczych w postaci pary spełnia dwa zasadnicze zadania; wprowadza w przeciągu krótkiego czasu sporą ilość danego leku drogą wprost do krwi, a powtóre jest leczeniem łagodnem, niebolesnem, przytem dyskretnem. Zadaniem naszem jest jedynie określić wyższość, względnie niższość tego sposobu leczenia od sposobów pozostałych, odnośnie do osiąganych wyników leczniczych.

Ze środków używanych w leczeniu kiły, a zdatnych do tego rodzaju zastosowania, wybijają się w pierwszym rzędzie rtęć i te jej związki, które zamienione w parę, oswabadzają z siebie rtęć metaliczną. Z tych ostatnich najlepszym okazuje się cynober *(Hg sulfuratum rubrum)*, on bowiem, zamieniony w pare przez podgrzanie, rozkłada się na siarkę i pary rtęci metalicznej, która po oziębieniu osadza się w postaci drobnych kuleczek żywego srebra w drogach oddechowych. Stamtąd wchłania ją ustrój w postaci związków przyswajalnych.

W Klinice dermatologicznej U. J. stosowałem do tego rodzaju leczenia inhalator systemu Spuhla, sporządzony przez firmę Vitanowa A. G., w Berlinie-Wilmersdorf (z przedstawicielstwem na Polskę firmy Knapińskiego w Krakowie). Przyrząd ten składa się z części podstawowej i komina. Część podstawowa zawiera maszynkę spirytusową i umieszczoną nad nią miseczkę, w której umieścić można lek, mający ulec przemianie gazowej. Komin tworzy pionowo umieszczona na części podstawowej zwężająca się stopniowo rura, u szczytu wygięta ku poziomowi. U końca rury tkwi szklany cylinder, którym się ostatecznie pary rozgrzane wydobywają.

Po umieszczeniu odpowiedniej dawki leku w miseczce części podstawowej przyrządu, zapalamy maszynkę spirytusową. Kiedy komin jest już dobrze rozgrzany, sadza się chorego w ten sposób, aby jego usta znalazły się u wylotu komina przyrządu. Następnie poleca się choremu szeroko otworzyć usta i głęboko oddychać. Oczywiście, że cynober w postaci sproszkowanej nie nadaje się do użycia, albowiem podgrzany natychmiast całyby się spopielił. Do inhalacyj stosowałem pigułki przyrządzone w ten sposób i z takiej masy, by czas ich spopielania się odpowiadał czasowi przeznaczonemu na zabieg inhalacyjny, przy odpowiedniem nasileniu płomienia. O ile się bowiem pigułka spali za szybko, chory otrzymuje za małą ilość leku, gdyż cała rtęć w pigułce zamieszczona b. prędka uleci w postaci pary i chory wdycha potem jedynie rozgrzane powietrze z dodatkiem drażniących błonyślu-

zowe przetworów spalania się masy farmaceutycznej. O ile pigułka spali się za wolno, nie otrzyma chory w czasie na inhalację przeznaczonym odpowiedniej dawki leku.

Pigułki cynobrowe do zabiegów inhalacyjnych jakie stosowałem u chorych leczonych w Klinice dermatologicznej U. J., były wielkości orzecha tureckiego, ważyły po 3 gramy, a skład ich był następujący:

Rp.
Hydrargyri sulfurati rubri 25.—
Magnesiae ustae 5.—
Ferri pulverati 75.—
Massae pillutarum q. s., ut fiant pullilae Nr. L. (quinquaginta).

Żelazo wiąże wydobywającą się przy podgrzaniu siarkę w siarczek żelaza, a magnezja zobojętnia kwasy, jakie powstają z ogrzanej mięszaniny.

Określenie dawki leku, czasu jednorazowej inhalacji, częstości oraz ilości inhalacyj potrzebnych do uzyskania jak najlepszych wyników leczniczych z uwzględnieniem tolerancji chorego jest polem do badań naukowych. O wpływie systemu leczniczego opartego na wdychaniach rtęci na kliniczny i serologiczny przebieg kiły na podstawie własnych badań i doświadczeń innych autorów podałem szczegółowiej w „Przeglądzie Dermatologicznym" [1]), gdzie też odsyłam czytelnika w sprawie szczegółów i odnośnego piśmiennictwa.

U chorych leczonych unormowałem dawkę leczniczą w ten sposób, że chorzy odbywali 3 — 4 inhalacje tygodniowo, które trwały zrazu 10, potem 15, aż do 20 minut. Każdy chory przebywał 20 — 25 inhalacyj, zależnie od wyników leczniczych. Dawka w każdej inhalacji wynosiła 2 pigułki, a ponieważ każda pigułka zawierała 0,5 cynobru, przeto jednorazowa dawka inhalacyjna wynosiła 1,0 cynobru. Na całe zatem leczenie przypadało około 20 — 25 g cynobru. W porównaniu z ilością rtęci podawanej w postaci wcierań, jest to ilość znacznie mniejsza; dodajmy nadto, że chory podczas inhalacji nie ogarnie swym oddechem ani połowy ilości par rtęciowych, wydostających się z inhalatora. A jednak dawka powyższa została wypośrodkowana jako przeciętna; już przy niej nawet zachodziły objawy silnego zatrucia rtęcią, jakie rzadziej i w mniejszym stopniu spotykamy w przebiegu leczenia zapomocą wcierań. Można sobie ten fakt różnie tłumaczyć; możliwe, że odgrywa tutaj ważką rolę okoliczność, iż przez wdychanie dostaje się pewna ilość rtęci wprost do krwi w stosunkowo b. krótkim przeciągu czasu; że zachodzi tu więc pewnego rodzaju *ictus therapeuticus,* w przeciwieństwie do leczenia wcieraniami lub wstrzykiwaniami domięśniowemi, gdzie rtęć wchłania się godzinami.

Zatrucia lżejsze wystąpiły u chorych leczonych w 50%, cięższe w 30% przypadków. Występowały one głównie w początku leczenia, a później już rzadziej. Można to tłumaczyć pewnem przyzwyczajeniem się organizmu do działania leku. W razie objawów zatrucia, należy leczenie przerwać aż do ich ustąpienia. Objawy, które miałem sposobność spostrzegać, były następujące, od lżejszych do najcięższych: Bóle głowy, ogólne osłabienie z przyśpieszeniem tętna, białkomicz, — obrzęk, wybroczyny i bolesność dziąseł, chwianie się zębów, wymioty, podniesiona ciepłota, dreszcze, drżenie kończyn i biegunki — czasem krwawe.

Oczywiście winno się, wobec energji takiego leczenia przestrzegać bezwzględnej czystości jamy ustnej i zębów, by tą drogą przeciwdziałać częściowo objawom zatrucia.

Wpływ takiego systemu leczniczego, jak miałem sposobność zaznaczyć w doniesieniu poprzedniem, był wybitny; kosztem mniejszej ilości podanego leku osiągnąć można wyniki lepsze niż większą ilością rtęci, stosowanej w formie wcierań. Oczywiście leczenie tego rodzaju winno się stosować indywidualnie, gdyż czasem tolerancja chorego idzie nam na rękę w kierunku uzyskiwania jak najlepszych wyników leczniczych. W najlepszych razach zaczynały ustępować zmiany kiłowe już po pierwszych inhalacjach. Wpływ na odczyn serologiczny krwi zaznaczał się już czasem po 5 — 7 inhalacjach.

Czy leczenie kiły wdychaniem par rtęci zastąpić może leczenie wcieraniami? Oczywiście, że tak. — Pominąwszy jego bezbolesność, dyskrecję i wygodę (zajmuje mało czasu i nie niszczy bielizny) można niem sporą ilość rtęci wprowadzić do ustroju. Wprawdzie sposób ten nie pozwoli nam również odmierzyć ściśle dawki leku, jaki przeznaczyliśmy choremu, bo nigdy nie wiemy, ile go chory wchłoni; możemy jednak dawkę tę wypośrodkować i utrzymać w tej samej wysokości w przebiegu całego leczenia, jeśli oznaczymy częstość i głębokość oddechu chorego, odległość ust od wylotu inhalatora, dawkę rtęci, skład istoty spajającej lek i wysokość płomienia lampki.

[1]) Reiss H.: „W sprawie leczenia kiły parami rtęci". (Przegląd Dermatologiczny, Nr. 3, 1928).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Biuro Naczelne: Holandja, Amsterdam, Keizersgracht 489.

Zarząd:

Dr. R. Fortescue Fox, Przewodniczący — Londyn.

Prof. Dr. Dietrich, Radca ministerjalny — Wiceprzewodniczący Berlin.

Dr. Henryk Forestier, Wiceprzewodniczący — Paryż.

Dr. J. van Breemen, Sekretarz honorowy i Dyrektor biura ekspertów w Amsterdamie.

Prof. I. Gunzburg, drugi Sekretarz – Antwerpja.

Statut.

Art. 1. Utworzona zostaje Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Art. 2. Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi ma za zadanie:

1) Stworzyć łączność między narodowemi Komitetami lub innemi organizacjami w walce przeciwko reumatyzmowi w różnych krajach, skoordynować wysiłki tych Komitetów i ustalić łączność między międzynarodowemi organizacjami w wypadku, gdy chodzi o zwalczanie reumatyzmu.

2) Organizować konferencje naukowe i o charakterze społecznym, dotyczące reumatyzmu.

3) Przeprowadzać studja porównawcze nad reumatyzmem, doświadczalne, statystyczne i kliniczne.

4) Zorganizować międzynarodową statystykę, dotyczącą reumatyzmu.

5) Przyczyniać się do badań nad reumatyzmem w różnych krajach i rasach.

6) Zbierać informacje i udzielać te informacje Komitetom narodowym, Rządom i organizacjom we wszystkich kwestjach, dotyczących reumatyzmu.

Art. 3. Siedzibą Zarządu Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi będzie na przeciąg 10 lat Holandja.

Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi winna się zbierać co rok.

Art. 4. Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi składa się z członków zwyczajnych, doradczych, korespondujących i honorowych.

Członkowie doradczy, korespondujący i honorowi mianowani są przez członków zwyczajnych. Członkowie zwyczajni wybierani są przez Komitet Narodowy Kraju, który reprezentują.

Art. 5. Międzynarodowa Liga przeciw reumatyzmowi winna posiadać Urząd doradczy dla wszystkich kwestyj, dotyczących reumatyzmu ,naukowych i społecznych dla usługi każdego rządu, Komitetu narodowego przeciw reumatyzmowi i innych organizacyj, które pomagają urzędowi doradczemu i organizują bibljoteki, archiwa i t. p.

Sekretarzem Ligi Międzynarodowej przeciwko reumatyzmowi jest Dyrektor urzędu doradczego.

Art. 6. Sekretarz po konsultacji z Prezydentem winien przedłożyć członkom Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi i Komitetom Narodowym przeciw reumatyzmowi roczne sprawozdania.

Art. 7. Wydatki Komitetu i Urzędu doradczego mają być ponoszone przez subsydja ze strony Komitetów.

Art. 8. Kwestja używalności w obradach języka będzie zdecydowana zależnie od okoliczności.

Art. 9. Wszystkie punkty, niezałatwione w statucie, zostaną uregulowane dodatkowo.

Funkcje Ligi.

1) Zapoczątkować, jako władza centralna, międzynarodową kampanję przeciwko reumatyzmowi.

2) Wspomagać w utworzeniu komitetów narodowych w tym kierunku, jednakże nie w drodze ograniczenia swobody i działalności.

3) Przygotowywać i rozsyłać wiadomości ogólne, statystyczne, użytkując dla tego Archiwa Medycznej Hydrologji i innych wydawnictw.

4) Dążyć do lepszej klasyfikacji i nomenklatury chronicznych chorób reumatyzmu.

Wytyczne dla działalności Ligi.

1) Przeprowadzać praktyczne i statystyczne badania co do reumatyzmu w rozmaitych krajach, używając ten sam schemat, jaki używa Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia.

2) Przeprowadzić studja naukowe, dotyczące zagadnienia reumatyzmu.

3) Zbadać wnioski, przedłożone Towarzystwom ubezpieczeniowym co do lepszego traktowania chorych ubezpieczonych.

4) Organizować drobne Komitety dla studjowania poszczególnych wypadków klinicznych w różnych krajach.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.

Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za rok 1928.

W ciągu roku 1928 pozostawało w leczeniu na Oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie 1902 chorych zakaźnych.

Liczba dni leczenia wynosiła 40.682; na jednego chorego przypada zatem przeciętnie 21 dni leczenia. Zmarło 187 osób, w tem do 24 godzin od chwili przyjęcia na oddział, 44 chorych. Przeciętna śmiertelność wynosiła 7.6%. Wykonano sekcji naukowych w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. K. (dyrektor: Prof. Dr. Nowicki) 157.

Podobnie jak w latach ubiegłych naczelne miejsce pod względem ilości chorych zajmowała płonica. Płonicy leczono 728 przypadków, w tem 41 powikłanych błonicą. Równoczesne zakażenie błonicą u płoniczych wynosiło zatem 5.6%. Na 687 przypadków płonicy zmarło 40, w tem 8 przd upływem 24 godzin od chwili przyjęcia na oddział. Śmiertelność przy płonicy wynosiła zaledwie 4.7%. Płonicy, powikłanej błonicą, leczono 42 przypadków, zmarło 16 osób w tem 4 do 24 godzin, co stanowi 32% śmiertelności. Znacznie wyższa śmiertelność u chorych płonicznych, zakażonych równocześnie błonicą, zasługuje na szczególne podkreślenie. Wszystkie te przypadki przyszły na oddział zakaźny ze znacznem opóźnieniem. Surowica przeciwbłonicza, podana dopiero na oddziale, nie mogła okazać w całej pełni działania leczniczego. Śmiertelność przy płonicy, niepowikłanej błonicą, wynosząca u nas zaledwie 4.7%, byłaby przypuszczalnie jeszcze mniejszą, gdyby chorych skierowano wcześniej na oddział zakaźny. Na 32 zmarłych po upływie 24 godzin przypada bowiem większość na przypadki, skierowane na oddział zakaźny dopiero z powodu ciężkich schorzeń wtórnych.

Surowicę przeciwpłoniczą podawano w każdym ciężkim przypadku. W przypadkach lekkich nie stosowano surowicy. Używano wyłącznie surowicę przeciwpłoniczą P. Z. H. w Warszawie w dawkach 10 ccm., wyjątkowo wyższych, dożylnie lub domięśniowo, prawie zawsze z bardzo dodatnim wynikiem. Podobnie jak w latach ubiegłych, surowica usuwała jedynie objawy pierwotnie toksyczne, nie wywierała żadnego wpływu na schorzenia wtórne. Brak spadku ciepłoty do 24 godzin od chwili podania surowicy wskazywał na schorzenia wtórne.

Surowicę przeciwpłoniczą stosowano w celach leczniczych w 238 przypadkach . Na podstawie zużytej surowicy możemy określić ilość przypadków ciężkich na około 30% leczonych na oddziale zakaźnym.

Ze schorzeń wtórnych do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych. Leczono je zapobiegawczo. 37 razy zmuszeni byliśmy wykonywać nacięcie gruczołów zropiałych. Nakłucie błony bębenkowej wykonano w 33 przypadkach, antrotomię 10 razy, w tem 7 razy w przypadkach, przysłanych na oddział w okresach późniejszych. Wszystkie przypadki operacyjne zakończyły się pomyślnie.

Przy zmianach błonicowatych, umiejscowionych w jamie ustnej w pierwszych dniach płonicy, podawaliśmy doustnie ze znakomitym wynikiem „stovarsol" f. Spiessa. Działanie „stovarsolu" pod względem szybkości dorównywało domięśniowym wstrzykiwaniom neoarsenobenzolu, który stosowano dotychczas na oddziale. Miejscowo polecaliśmy płukanie jamy ustnej roztworem „stovarsolu". Niepożądanych działań ubocznych przy ostrożnem stosowaniu „stovarsolu" nie spostrzegano.

Powikłania ze strony nerek były przeważnie lekkie i krótkotrwałe. Przy grożącej mocznicy wykonywano upusty krwi (w 21 przypadkach), przy utracie przytomności, drgawkach, wykonywano z doskonałym wynikiem nakłucie lędźwiowe (w 16 przypadkach).

Wrażliwość na zakażenie błonicą stwierdzano za pomocą odczynów Schicka. Odczynów Schicka wykonywano na oddziale płoniczym 475. Osobniki z dodatnim Schickiem uodparniano anatoksyną błoniczą Ramona. W ten sposób uodporniono przeciw błonicy 237 osób.

Podobnie jak w latach ubiegłych wykonywano w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego systematyczne badania treści z gardzieli u chorych płoniczych na obecność łańcuszkowców hemolitycznych. Posiewów na płytkach krwawych wykonano 2118. Wyniki badań wskazują, że łańcuszkowce hemolityczne można wykazać w pierwszych dniach płonicy w 100% przypadków. Wyniki dodatnie zmniejszają się stopniowo w okresach późniejszych. Umieszczenie świeżego przypadku płonicy na wspólnej sali może dać powód do zakażenia łańcuszkowcami hemolitycznemi ozdrowieńców, u których kilkakrotne badania uprzednie nie wykazywały już obecności łańcuszkowców.

Obok badań bakterjologicznych w kierunku łańcuszkowców hemolitycznych, badano każdego chorego płonicznego w pierwszych dniach pobytu na oddziale i przed wypisaniem z oddziału na obecność prątków Löfflera. Posiewów treści z nosa i z gardła na zmodyfikowanej pożywce Costy wykonano w roku ubiegłym 4342. Osobników z dodatnim Löfflerem odosabniano. Ścisłe odosobnienie dało rychło bardzo korzystne wyniki, zauważono bowiem u chorych płoniczych stały spadek dodatnich wyników Löfflera, a to: z 11.6% w roku 1926 na 2.3% w roku 1928 (badania treści nosa) względnie spadek z 7.2% w roku 1926 na 1.5% w roku 1928 (badanie wydzieliny z gardzieli). Wyniki naszych badań przedstawiono w osobnej pracy na ostatnim zjeździe mikrobiologów i epidemjologów we Lwowie.

Niejednokrotnie napotykano na znaczne trudności rozpoznawcze u chorych, przysłanych na oddział z podejrzeniem płonicy. Atypowy przebieg choroby wskutek uprzedniego szczepienia ochronnego lub stosowania surowicy przeciwpłoniczej przed przyjściem na oddział w celach leczniczych lub zapobiegawczych, zmuszał niejednokrotnie do dłuższej obserwacji. W tych przypadkach bardzo cenne usługi oddało nam cytologiczne badanie krwi, obraz krwi podług Schillinga. Niejednokrotnie posługiwaliśmy się w celach rozpoznawczych objawem wygasania Schultz-Charltona.

Podobnie jak w latach poprzednich, wykonywano odczyn Dicków. W roku ubiegłym wykonano go u chorych płoniczych w 212 przypadkach. Łącznie z innemi badaniami oddawał on nam niekiedy cenne usługi przy ustalaniu rozpoznania.

W roku 1928 pozostawało w leczeniu naszem z powodu płonicy 68 osób szczepionych przeciw płonicy. Badania dokładne wykazały, że szczepienia były nieukończone. Często ograniczano się do jednego lub dwóch szczepień, wyjątkowo do trzech. Końcowych kontrolnych odczynów Dicka nie wykonywano. Tylko w jednym przypadku odczyn Dicków, wykonany przed rokiem, był ujemny. Przebieg u osób szczepionych był przeważnie lekki, często poronny.

Odczyn Dicków wykonano na oddziale błoniczym i odrowym w 132 przypadkach. Uodporniano anatoksyną płoniczą 36 osób. Dzięki stosowaniu szczepień ochronnych, biernych i czynnych, nie mieliśmy na oddziałach błoniczym i odrowym ani jednego przypadku zakażenia płonicą. Spostrzeżenia nasze umacniają nas w stanowisku, jakie zajmowaliśmy stale w sprawie szczepień ochronych przeciw płonicy.

Błonicy nosa, gardła i krtani leczono w roku ubiegłym 113 przypadków. Zmarło 16 osób, w tem 5 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 10%, podobnie jak w zeszłym roku. Przyczyny zejścia śmiertelnego należy szukać w porażeniu mięśnia sercowego wskutek podania surowicy zbyt późno. Na oddział zakaźny dostawały się niejednokrotnie przypadki nierozpoznane. Podanie surowicy na oddziale na 5-ty dzień choroby a nawet później, mimo znacznych dawek, stosowanych dożylnie, nie mogło naszych chorych uchronić od śmierci. Śmiertelność przy błonicy,zachodząca na naszym oddziale, jakkolwiek znaczna, jest jednak niższą, niż na innych odziałach zakaźnych. Porównanie z oddziałem zakaźnym Szpitala Virchowa w Berlinie za lata ostatnie daje wyniki następujące:

	Berlin	Lwów
1926	17.4%	13.9%
1927	12.8%	10%
1928	16.4%	10%

Jeszcze korzystniej wypadnie zestawienie dla oddziału lwowskiego, jeśli przyjrzymy się bliżej zmarłym w szpitalu berlińskim. Na 100 osób zmarłych na błonicę w szpitalu Virchowa 17 przy-

pada na przypadki, przywiezione na oddział w pierwszym dniu choroby, a 77 na przypadki, które przyszły na oddział drugiego do trzeciego dnia od chwili zachorowania na błonicę (podług Deichera[1]). Na oddziale zakaźnym lwowskim nie straciliśmy dotychczas ani jednego przypadku, przywiezionego nawet w trzecim dniu zachorowania. Udało się ocalić kilku chorych, u których surowicę przeciwbłoniczą podano dopiero na 5-ty dzień zachorowania. Nasuwa się tutaj szereg krytycznych uwag. Niewątpliwie przebieg błonicy jest znacznie cięższym w Berlinie; t. zw. błonica septyczna, nie dająca się opanować nawet olbrzymimi dawkami surowicy przeciwbłoniczej, zachodzi u nas chyba wyjątkowo. Nasuwa się jednak uzasadnione podejrzenie, że znaczny procent śmiertelności przy błonicy w Berlinie spowodowany jest nietylko wyjątkową zjadliwością prątka Löfflera, ale równoczesnem zakażeniem łańcuszkowcami, które mają nieraz rozstrzygające znaczenie. Zdają się za tem przemawiać wyniki, otrzymane przez Finkelsteina i Königsbergera, którzy uzyskali znaczne zmniejszenie śmiertelności przy błonicy przez równoczesne podanie oprócz surowicy przeciwbłoniczej wieloważnej surowicy przeciwłańcuszkowcowej.

Surowicy przeciwbłoniczej zużyto w zeszłym roku na oddziale zakaźnym:

po 1000 jednostek odpornościowych 5 ampułek, po 2000 jednostek odpornościowych 105 ampułek, po 3000 jednostek odpornościowych 138 ampułek, po 4000 jednostek odpornościowych 172 ampułek, po 5000 jednostek odpornościowych 125 ampułek, po 6000 jednostek odpornościowych 46 ampułek, po 10000 jednostek odpornościowych 2 ampułki.

R ó ż y leczono w roku zeszłym 281 przypadków. Zmarło 18 osób, w tem 4 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 5%. Róża, zwłaszcza umiejscowiona na twarzy, dawała niejednokrotnie obraz ciężkiego schorzenia. Posiadała skłonność do posuwania się, wywoływała nacieki. zmuszające do zabiegów operacyjnych. Poza obojętnemi okładami miejscowemi i środkami nasercowemi, stosowano leczenie wstrząsowe, dodając domięśniowo mleko w ilości do 10 ccm. Mleko podawano kilkakrotnie. Wstrzykiwań mleka wykonano 389. W znacznym procencie przypadków osiągano korzystne wyniki lecznicze. W dwie godziny po podaniu mleka przychodziło wśród dreszczy do zwyżki ciepłoty. Ciepłota spadała krytycznie w kilkanaście godzin, przyczem skóra bladła, róża cofała się. Niejednokrotnie wynik był przemijający, zmuszał nas do ponownego podania mleka. Autohaemoterapię stosowano 38 razy, w pojedynczych przypadkach podawano surowicę przeciwpłoniczą. Działanie jej było niestałe.

D u r u b r z u s z n e g o leczono w roku ubiegłym 109 przypadków. Zmarło 17 osób w tem jedna do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła 14.8%. Wszystkie przypadki duru brzusznego, za wyjątkiem kilku u dzieci, były bardzo ciężkie, powikłane przeważnie już wcześnie zapaleniem oskrzeli i płuc, zajęciem narządu krążenia. Krwotoki jelitowe były częste. W jednym przypadku wczesne rozpoznanie pęknięcia wrzodu jelitowego nie zdołało chorej ocalić,mimo natychmiastowej laparotomji. Zmarła do 24 godzin po operacji. Stale wznoszący się procent śmiertelności przy durze brzusznym wskazuje na zwiększoną zjadliwość prątka Ebertha.

W szerokim zakresie stosowano ochronne szczepienie przeciwdurowe metodą Besredki. Uodparniano systematycznie co roku szczepionką P. Z. H. w Warszawie drogą doustną lekarzy i personal sanitarny, pozostający w bezpośredniej styczności z chorym durowym. Uodporniono 78 osób. Żadnych nieprzyjemnych działań ubocznych przy podawaniu szczepionki przeciwdurowej nie spostrzegano. Z osób szczepionych zapadła na dur brzuszny jedna pielęgniarka. Przebieg był niezwykle łagodny, ambulatoryjny, nie spotykany zazwyczaj u dorosłych.

D u r u w y s y p k o w e g o pozostawało w leczeniu oddziału zakaźnego 23 przypadków. Przebieg był przeważnie średnio ciężki. Wszystkie przypadki opuściły szpital wyleczone. Poza środkami nasercowemi, stosowanemi wcześnie, nie podawano żadnych leków. Surowicy przeciwdurowej, która już w zeszłym roku okazała się zupełnie bezwartościową, nie stosowano zupełnie.

C z e r w o n k i leczono 42 przypadki. Zmarły 3 osoby, przybyłe na oddział w stanie daleko posuniętego wyniszczenia. Śmiertelność wynosiła 7.1%. Nawet w przypadkach klinicznie bardzo ciężkich dodatni wynik hodowli prątków czerwonkowych z kału należał do wyjątku. Dwa razy wyhodowano prątki czerwonkowe typu Shiga - Kruse, raz typ Flexnera. Stosowano surowicę przeciwczerwonkową P. Z. H. w Warszawie, najchętniej jednorazowo, w dawkach do 50 ccm domięśniowo. Wyniki były tem lepsze, im wcześniej podano surowicę.

O d r y leczono w zeszłym roku 88 przypadków. Zmarła jedna osoba, pięcio-letnie dziecko, u którego na stole sekcyjnym stwierdzono pozatem gruźlicę prosówkową. Śmiertelność wynosiła zatem 1.1%, przy 4% w roku 1928, a 12.4% w roku 1927. U uzdrowieńców po odrze, na 10-ty dzień po spadku ciepłoty, pobierano krew celem uzyskania surowicy ochronnej Degkwitza. Krew pobierano wyłącznie u dorosłych, po wykluczeniu kiły i gruźlicy, u których dalszy przebieg po spadku ciepłoty był wolny od powikłań. W ciągu roku 1928 pobrano krew u 23 uzdrowieńców poodrowych. Surowicę Degkwitza stosowano zapobiegawczo na oddziałach płoniczych w 150 przypadkach. Działanie jej było wybitne, chroniło przed odrą w 80% przypadków. Niejednokrotnie spostrzegano przedłużenie okresu wylęgania oraz złagodzenie objawów chorobowych Odra występowała niekiedy w postaci poronnej. Nawet poronne formy odry posiadały znaczną zdolność zakażania.

N a g m i n n e g o z a p a l e n i a o p o n m ó z g o w o - r d z e n i o w y c h leczono 51 przypadków. Zmarło 15 osób, w tem 4 do 24 godzin. Przeciętna śmiertelność wynosiła zatem 23.4%.

Leczenie polegało na wykonywaniu nakłuć lędźwiowych, wyjątkowo podpotylicznych, na podawaniu dolędźwiowem wieloważnej surowicy przeciwmeningokokowej, na stosowaniu domięśniowem szczepionki meningokokowej i dożylnem wlewaniu 40% urotropiny.

Nakłucie lędźwiowe wykonywano natychmiast po przyjściu chorego na oddział, przyczem samemu już nakłuciu mogliśmy przypisać wybitny wpływ leczniczy. Rozpoznanie ustalano na podstawie badania preparatu mikroskopowego i hodowli płynu. Bardzo celowem okazało się przechowywanie pobranego płynu mózgowo - rdzeniowego w cieplarce przez kilkanaście godzin. Meningokoki ulegały tam szybko rozmnożeniu, umożliwiając rozpoznanie w przypadkach, przysłanych późno na oddział, bakterjologicznie początkowo ujemnych. Najlepszym sposobem konserwacji meningokoków okazała się hodowla na buljonie cukrowym (1% cukru gronowego) z dodatkiem płynu puchlinowego, którego warstwę zalewano wyjałowioną parafiną. Sposób hodowania meningokoków w warunkach mikroaërofilnych, referowany na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Warszawie w roku 1925, na podstawie badań wykonanych przeze mnie w Instytucie prof. Nowaka w Krakowie, oddawał nam duże usługi przy konserwacji szczepów dla celów wyrobu szczepionki. Wyhodowane meningokoki okazały się typu B.

Surowicę wieloważną meningokokową wyrobu P. Z. H. w Warszawie stosowano dolędźwiowo. Wlewania wykonywano w pierwszych przypadkach początkowo co drugi dzień — później okazało się korzystniejszem podawanie surowicy codziennie. Ilość jednorazowo podanej surowicy wynosiła przeciętnie 20 ccm u dorosłego. Wlewań uskuteczniano przeważnie 10, zależnie od stanu chorego. Szereg przypadków, przysłanych w pierwszych dniach choroby, po zastosowaniu leczenia swoistego, był klinicznie do 14 dni wyleczony. Szczepionkę przeciwmeningokokową wieloważną stosowano obok surowicy chętnie w przypadkach opornych na leczenie, przysłanych na oddział w późniejszych okresach choroby.

40% roztwór urotropiny stosowano dożylnie kilkakrotnie w każdym przypadku, klinicznie ciężkim, obok wspomnianego wyżej leczenia, zwłaszcza, gdy płyn wyjaśniał się powoli.

Wyniki lecznicze, uzyskane na oddziale zakaźnym, należy uważać za bardzo korzystne. Na wyszczególnienie zasługują przedewszystkiem przypadki w wieku do 12 miesięcy, u których śmiertelność, dochodząca u wszystkich klinicystów prawie do 100%, wynosi na oddziale naszym 37.5%. Śmiertelność spada z wiekiem u chorych do lat 10. U chorych powyżej lat 10 jest większą. Przypadki, które zakończyły się zejściem śmiertelnem, przysłano na oddział w późnych okresach choroby.

Oględziny pośmiertne wykazały zmiany daleko posunięte pod postacią znacznego wodogłowia i następowego rozszerzenia komór mózgowych.

Z a p a l e n i a o p o n m ó z g o w o - r d z e n i o w y c h pochodzenia ł a ń c u s z k o w c o w e g o leczono 3 przypadki. Jeden zmarł do 24 godzin, dwie osoby opuściły oddział wyleczone. Leczono wieloważną surowicą przeciwłańcuszkowcową, podawaną kilkakrotnie dolędźwiowo i swoistą szczepionką, stosowaną podskórnie.

G r u ź l i c z e g o z a p a l e n i a o p o n m ó z g o w o - r d z e n i o w y c h było w leczeniu 23 przypadki. Zmarło 20 osób, w tem dwie do 24 godzin.

---

[1]) H. D e i c h e r: Behandlung und Verhütung von Masern, Scharlach u. Diphtherie. Urban-Schwarzenberg, 1928.

Wykaz badań, wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego

	Kał			Mocz				Krew										
								Wykonano										
													Aglutynacyjnych					
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskopow.	Chemiczn.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Cytologiczn.	Chemicz. ilość	Z prątk. duru brzusznego	Z prąt. para A.	Z prąt. para B.	Weil-Felixa	Z prątk. Shigi Krusego	Z prątk. Flexnera
Styczeń	141	12	129	50	—	25	25	711	84	28	28	4	40	—	40	40	—	—
Luty	232	34	198	72	—	36	36	569	58	58	56	—	29	—	38	29	2	2
Marzec	119	25	94	99	—	49	50	698	83	46	45	—	37	—	30	37	2	2
Kwiecień	57	13	44	65	—	33	32	586	70	44	44	—	39	—	39	47	—	—
Maj	109	15	94	121	1	59	61	507	59	38	38	—	27	—	27	27	—	—
Czerwiec	72	22	50	108	—	54	54	536	69	77	77	—	29	—	31	31	—	—
Lipiec	60	25	35	98	—	49	49	690	103	52	52	—	49	—	49	52	—	—
Sierpień	103	43	60	93	1	46	46	655	86	73	72	—	40	—	40	40	3	3
Wrzesień	121	43	78	132	—	66	66	526	63	61	58	—	33	—	33	33	1	1
Październik	137	31	106	172	2	85	85	546	69	65	63	—	31	—	31	31	—	—
Listopad	97	15	82	180	—	90	90	338	34	62	62	—	16	—	16	16	—	—
Grudzień	63	11	52	147	1	73	73	333	38	70	69	—	19	—	19	19	—	—
	1311	289	1022	1337	5	665	667	6695	816	674	664	4	389	—	393	402	8	8

Wąglik skórny, ustalony za pomocą hodowli i doświadczeniem na myszkach białych, pozostawał w leczeniu na oddziale zakaźnym w 11 przypadkach. Umiejscowiony był na twarzy, przedramieniu, dawał nieraz ogniska wielokrotne. Wszystkie przypadki opuściły oddział wyleczone. Wyniki lecznicze naszego oddziału przewyższają najlepsze statystyki światowe (podług Jacobsohna 30% śmiertelności przy wągliku skórnym). Stosowano podobnie jak w latach ubiegłych Neoarsenobenzol. Podawano go w każdym przypadku kilkakrotnie, dożylnie, w odstępach kilkudniowych. Wąglik jelitowy rozpoznano na oddziale w jednym przypadku. Chory zmarł do 24 godzin. Sekcja pośmiertna potwierdziła rozpoznanie.

Grypy leczono 63 przypadki. Przebieg był przeważnie średnio-ciężki, często lekki. Z powikłań występowało zapalenie stawów. Wszyscy chorzy opuścili oddział wyleczeni.

Encephalitis lethargica leczono w roku ubiegłym 2 przypadki. Chory opuścił szpital wyleczony.

Wodowstrętu *(Lyssa)* przywieziono na oddział zakaźny 6 przypadków. Wszystkie zmarły, w tem troje osób do 24 godzin.

Krztusiec rozpoznawano w 10-ciu przypadkach. Zmarło dwoje dzieci, w tem jedno do 24 godzin. W trzech przypadkach ciężkich stosowano surowicę przeciwkrztuścową Bordeta z Instytutu Pasteurowskiego w Brukseli z doskonałym wynikiem.

Białaczkę szpikową, w tem raz powikłaną noma, leczono trzykrotnie. Wszyscy chorzy zmarli.

Zapalenia przyusznicy *(Parotitis epidemica)* leczono 25 przypadków. Kilkakrotnie występowało powikłanie ze strony jądra. Wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni.

Zapalenia ust wrzodziejącego *(Stomatitis ulcerosa)* i zapalenia gardła typu Plaut-Vincenti leczono 41 przypadków. Podawano doustnie „stovarsol", otrzymując bardzo korzystne wyniki.

Wiatrówki ciężkiej, powikłanej zapaleniem nerek, leczono 6 przypadków. Dwa przypadki z równoczesnem ciężkiem zapaleniem płuc zmarły.

Tężec leczono w 19 przypadkach. Zmarło 6 osób, w tem 5 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 7.1%.

Posocznicy połogowej leczono 9 przypadków. Zmarło 5 osób, w tem jedna do 24 godzin. Leczono szczepionkami swoistemi.

Reszta przypadków przypada na gruźlicę płuc (14), zapalenie oskrzeli (29), płuc (39), nerek (25), nieżyt jelit i t. d.

Podobnie jak w latach ubiegłych, oddział zakaźny był i w roku zeszłym w ścisłym kontakcie z kierownikiem działu zakaźnego Miejskiego Urzędu Zdrowia, p. Dr. Dammem. Czujność, szybka orjentacja i fachowe doświadczenie p. Dr. Damma umożliwiło niejednokrotnie opanowanie wybuchu epidemji w mieście, która, wobec niekorzystnych warunków higjenicznych, mogła niekiedy przybrać poważniejsze rozmiary.

Prymarjusz oddziału zakaźnego uczestniczył stale w posiedzeniach Miejskiej Komisji Zdrowotnej, zaznajamiając się przytem ze stosunkami sanitarnymi w mieście.

Dzięki inicjatywie naczelnego lekarza miejskiego p. Dr. Dolińskiego, urządzono w roku zeszłym poraz pierwszy kursa dokształcające dla lekarzy miejskich i samorządowych. W kursach tych, obejmujących całokształt zagadnień, interesujących lekarzy sanitarnych i lekarzy praktyków, a kierowanych przez fizykat umiejętnie i sprężyście, brał również udział oddział zakaźny. Na materjale oddziału zakaźnego prymarjusz zapoznał uczestników kursu z kliniką chorób zakaźnych, podkreślając w 20 godzinach wykładów ostatnie zdobycze na polu zakaźnictwa. Kursa zgromadziły blizko 60 uczestników, w tem znaczną ilość z poza Lwowa, uczęszczane były pilnie, przyczem uczestnicy wyrazili życzenie na ręce Zarządu, aby kursa dokształcające odbywały się systematycznie co roku.

Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w ciągu roku 1928.

Krew				Płyn mózgo-rdzeniowy					Wydzielina z gardła i nosa				Plwocina		Ropa i wysięki zapalne			Próba aparatu dezynfekc.	Pobr. surow. u ozdrow.		
badań																					
Odczyn Wassermanna										Hodowle											
Z surowicą czynną	Z surowicą nieczynną	Z płynami przesiękow.	Odczyn zmętnienia Meinickego	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemiczn.	Odczyn Wassermann.	Ogółem	Na prątki Löfflera	Łańcuszkowce krwiobójcze	Mikroskop.	Ogółem	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Z Bac. Subtil.	U ozdrow. odrowych	Ogółem przysłano próbek	Ogółem wykonano badań
149	149	—	149	74	18	36	17	3	912	690	219	3	7	7	15	5	10	1	1	1150	1912
133	132	—	132	67	16	31	16	4	534	337	187	10	5	5	12	4	8	2	1	1020	1494
151	151	—	151	38	9	18	9	2	502	325	175	2	8	8	18	6	12	3	1	1008	1486
101	101	—	101	279	76	121	76	9	371	278	79	14	10	10	31	13	18	4	1	918	1404
97	97	—	97	598	199	200	199	—	451	309	133	9	8	8	42	19	23	3	1	1017	1840
110	115	1	145	245	82	82	81	—	685	377	306	2	5	5	6	6	—	3	1	1118	1661
111	111	—	111	83	24	35	24	—	445	234	134	77	3	3	11	4	7	2	2	871	1394
98	98	—	102	63	15	30	15	3	463	309	154	—	16	16	3	1	2	2	8	951	1406
81	81	—	81	41	10	20	10	1	526	359	164	3	7	7	3	1	2	3	1	966	1360
85	85	1	85	108	26	52	29	1	683	454	229	—	8	8	9	3	6	2	4	1209	1669
45	45	—	42	66	16	32	16	2	479	316	163	—	2	2	9	3	6	3	1	862	1175
32	32	—	32	91	24	41	24	2	529	354	175	—	6	6	24	8	16	5	1	879	1199
1193	1197	2	1228	1753	515	698	516	24	6580	4342	2118	120	85	85	183	73	110	33	23	11969	18000

Sprawozdanie z działalności naukowej oddziału: W ciągu roku pojawiły się następujące prace naukowe: 1) Prym. Lipiński: Badania nad wpływem pasorzytów przewodu pokarmowego na ustrój ludzki oraz nowe drogi zwalczania choroby robaczej — Polska Gazeta Lekarska, rok 1928, Nr. 25. 2) Djagnostyka różniczkowa prątka Löfflera a grup rzekomobłoniczych przy pomocy zmodyfikowanej pożywki Costy — Polska Gazeta Lekarska, rok 1928, Nr. 50 (ogłoszona wspólnie z Dr. Stützem. 3) Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie, za rok 1927. Polska Gazeta Lekarska rok 1928 Nr. 19. 4) Dr. Rudolf Gacał: Przypadek posocznicy pneumokokowej, powikłany zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Polska Gazeta Lekarska, 1928 r. Nr. 29/30.

W Towarzystwie Lekarskiem Lwowskiem i na Kółku Naukowem Lekarzy szpitalnych przedstawiono szereg przypadków i wygłoszono kilka wykładów teoretycznych i klinicznych.

Żywy udział brał oddział zakaźny w II Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich, który się odbył w dniach 3 i 4 listopada ubiegłego roku we Lwowie. Wygłoszono następujące referaty:

Prym. Lipiński: 1) Nowoczesne leczenie wąglika na podstawie własnych spostrzeżeń, 2) Przyczynek do kliniki i leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, 3) Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną, a odczyn zmętnienia Meinickego (wspólnie z Dr. Balikówną), 4) Dalsze badania nad wpływem pasorzytów na ustrój ludzki, 5) Lipiński-Stütz: Djagnostyka różniczkowa prątka Löfflera a grup rzekomobłoniczych przy pomocy zmodyfikowanej pożywki Costy, 6) Appermanówna-Liebesmann: Występowanie paciorkowców hemolitycznych w poszczególnych okresach płonicy na podstawie spostrzeżeń Lwowskiego Oddziału Zakaźnego.

Sprawozdanie z działalności pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego.

Pracownia bakterjologiczna oddziału zakaźnego wykonała w roku ubiegłym 18.000 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, nie licząc badań podręcznych, wykonanych na poszczególnych oddziałach. Jak wykazuje zestawienie szczegółowe, wykonano badań krwi 6695, w tem 816 posiewów, 674 mikroskopowych, 664 cytologicznych, i 4 badania chemiczne krwi. Badań serologicznych krwi wykonano: Odczynów Gruber-Widala z prątkiem duru brzusznego 389, duru rzekomego 393, z prątkami czerwonkowymi typu Shiga-Kruse, Flexnera (16), odczynów Weil-Felixa 402. Stacja Wassermannowska wykonała odczynów Wassermanna z surowicą krwi, z płynami przesiękowymi i mózgowo-rdzeniowymi 2416. Równocześnie z odczynem Wassermanna wykonywano stale odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) w 1228 przypadkach, uzyskując zgodność odczynu zmętnienia z klasycznym Wassermannem w 93.5%.

Badania bakterjologiczne wydzieliny z gardła i nosa wykonano 6580 razy. Podobnie jak w latach ubiegłych, każdy chory płoniczy badany był zaraz po przyjściu na oddział i przed wypisaniem ze szpitala na obecność prątków błoniczych.

Posiewów na zmodyfikowanej pożywce Costy wykonano 4342, Pożywka okazała się bardzo praktyczną i umożliwiała szybkie rozpoznanie do 24 godzin. Posiewów na płytkach krwawych wykonano 2118, używając z dobrym wynikiem, zamiast polecanej krwi królika, odwłóknionej krwi baraniej.

Badań kału wykonano 1311, w tem 289 bakterjologicznych, 1022 mikroskopowych, moczu: chemicznych, mikroskopowych i bakterjologicznych 342. Płyn mózgo-rdzeniowy badano 1753 razy, w tem 515 bakterjologicznie, 698 mikroskopowo. 516 chemicznie, 24 serologicznie.

Ropę i wysięki zapalne badano 183 razy, w tem mikroskopowo 110, bakterjologicznie 73.

Od ozdrowieńców poodrowych pobierano krew celem otrzymania surowicy Dekgwitza w 23 przypadkach. Każdorazowe ba-

danie na jałowość przed wydaniem surowicy wykonywała pracownia bakterjologiczna.

Aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą formalinowo-wodną, o temperaturze 60—65° C i próżni 60—65 cm słupa rtęci, pozostawał pod stałą kontrolą pracowni bakterjologicznej. Kontrole wykonywano co 14 dni.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z pracowni inne oddziały szpitalne, jak wewnętrzny I i II, chirurgiczny i dziecięcy.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Higier: *Lekarz a lecznictwo. (Hypochondria iatrogenetica).* Warszawa, str. 32, r. 1929.

Higier kreśli rosnącą wśród lekarzy po wojnie wszechświatowej polypragmazję i bezkrytyczność zarówno w technice badania, metodyce leczenia i wnioskowania terapeutycznego, częściowo jako skutek komercjalizacji i reklamiarstwa farmacji nowoczesnej, częściowo jako reakcja przeciw panującemu dawniej sceptycyzmowi i nihilizmowi w lecznictwie.

Higier zwraca uwagę na liczne postacie hypochondrji, które się obserwuje coraz częściej w praktyce prywatnej i szpitalnej. Odmiana ta hypochondrji zasługuje przez to na uwagę i omówienie, że lekarz ów przedstawiciel sztuki Eskulapa, nieświadomie i niechcąco staje się czynnikiem patogenetycznym, *agent provocateur de la maladie,* słowem istnym chorobotwórcą *(Hypochondria medicogenetica).* Ma to miejsce zwłaszcza, gdy lekarz rozpoznaje bez ważkich podstaw chorobę poważną, stawia prognozę ciężką, obarcza niezamożnego nieprzystępną dlań terapją.

Niektórzy lekarze posiadają sztukę zamaskowania swojej ignorancji djagnostycznej popularnym, a zbędnym i szkodliwym wykładem ad hoc przy łóżku chorego spreparowanym, a tłómaczącym niepotrzebnie istotę i podłoże oraz szczegóły anatomopatologiczne choroby, inni potrafią w mig swoją pseudonaukową interpretacją objawów pchnąć kandydata do neuropatji w kierunku *taedium vitae* a nawet *tentamen suicidii.*

Jako paradygmaty i przykłady częstych postaci hypochondrji iatrogennej Higier przytacza obserwowane przez się: 1) *Hypochondria pseudosyphilitica i pseudotuberculosa,* którą lekarz sztucznie wyhodowuje u osobników z przebytą lub domniemaną kiłą lub gruźlicą przez ciągłe opukiwanie i wysłuchiwanie, prześwietlanie i badanie krwi, plwociny i płynu mózgo-rdzeniowego. 2) *H. arteriosclerotica,* gdzie każdy podejrzany ton lub szmer, byle senzację w klatce lub ból w ręku, chwilową duszność lub zawrót bez uzasadnienia rozpoznaje się jako presklerozę, jako stwardnienie tętnic i w tym też duchu suggestjonuje się od pierwszej chwili chorego. 3) *H. hypertonica,* gdzie latami się mierzy ciśnienie, byle uchylenie i wahanie w parciu krwi fizjologicznem w jedną lub drugą stronę się notuje, by wyprowadzić z równowagi psychicznej mało wtajemniczonego nerwowca. 4) *H. metabolica, s. diathetica,* która wynika z powierzchownego zrozumienia istoty metabolizmu, zaburzeń w przemianach materji konstytucjonalnych i wrodzonych (otyłość. artretyzm) a podtrzymywana jest nieświadomie przez nierozumiejącego swoją rolę lekarza. 5) *H. analytica,* którą lekarz kultywuje przez zbędne a nieprzerwane analizy moczu i innych wydzielin i wydalin, nad któremi pacjent ślęczy, studjując w kolejnym porządku ślady białka i substancyj redukujących, moczanów i szczawianów, piasku i śluzu, ilość nikłą leukocytów i plemników. 6) *H. diaetetica,* gdzie lekarz zaleca pro forma i niepotrzebnie najściślejsze, drogie, tu i ówdzie zbędne i ciężko wykonalne przepisy dietetyczne, a pacjent przemyśliwa i rozpacza nad drobnemi odstępstwami (czarne mięso, filiżanka kawy lub rosołu, jajko lub szparagi, papieros lub łyk piwa), w których gotów jest widzieć podstawową przyczynę wszelkich anomalij fizycznych i psychicznych. 7) *H. balneoclimatica,* przy której niezamożny pacjent uczy się zupełnie niedoceniać *vis medicartix naturae,* swojskie i krajowe źródła lecznicze zasadniczo postponować (góry, lasy, zdroje, uzdrowiska, kąpiele rzeczne i mineralne) i ze strony lekarza sugerowany marzyć i śnić ciągle o zagranicznych badach i kurortach (Meran, Nauheim, Biarritz, Vichy, Semering, Montecattini). 8) *H. sexualis,* przy której lekarz minimalny wyciek śluzu, pollucję, wytrysk przedwczesny, chłód płciowy lub impotencję przypisywać usiłuje dawno zapomnianemu na ławie szkolnej wykonywanemu onanizmowi, lub dawno przebrzmiałej rzerzączce, gdzie lekarz miesiącami męczy zabiegami miejscowemi cewkę tylną, masuje prostatę, elektryzuje krocze, a nawet kauteryzuje wielokrotnie Bogu ducha winny *colliculus seminalis,* zamiast wypalić chorobliwy kierunek myśli u pacjenta i u siebie. 9) *H. matrimonialis,* gdzie lekarz zasadniczo i kategorycznie potępia pod każdą postacią i we wszelkich warunkach społecznych *coitus reservatus, interruptus, condomnatus* i system dwupotomkowy, podkreślając na każdym kroku, w każdym przypadku, wszędzie i zawsze (u małżeństw cierpiących nędzę, małżeństw dotąd zdrowych i znoszących anormalny stosunek płciowy bezkarnie (ciężki i zabójczy)(?) wpływ chorobotwórczy tego systemu, tam, gdzie on do czasu wizytacji lekarza żadnej nie odgrywał roli. 10) *H. roentgenica,* najbardziej modna odmiana hypochondrji, przy której zdezorjentowany pacjent co tydzień zmienia gabinet rentgenologa, a każdy z tych ostatnich w inny sposób ozdabia swój wykład popularny o budowie szczytów i zwapiałych gruczołów wnękowych, o wymiarach serca i dwudzielności żołądka, o zatarciu siodełka tureckiego, sylwetce kręgów i właściwościach promieni katodalnych, w ogóle, aż zrozpaczony i wyczerpany pacjent, objuczony tuzinem radjogramów dowiaduje się, że zmiany rentgenowskie są drobne i bez znaczenia, że ropienia guza, owrzodzenia i zniszczenia nie widzi się, lecz ciężką hypochondrję, umiejętnie na podatnym gruncie przez jednego lekarza zaszczepioną, a przez innych podtrzymywaną. 11) *H. endemica s. sanatorialis,* którą należałoby ze znakomitym powieściopisarzem T. Mannem, który ją obserwował w sanatorjum Zauberberg, nazwać Zauberbergkrankheit. Cały, w tym duchu nastawiony régime i polypragmazja uzdrowiska, ciągłe badania i przepisywania zabiegów, całe otoczenie i tryb życia, milieu, zachowanie lekarzy i pielęgniarzy, tworzą stałą atmosferę choroby i przygnębienia, zamiast zdrowia i pogodności ducha, podtrzymując w pensjonarzach wiarę w chorobę i tworząc podścielisko dla hypochondrji masowej. Jednoczesne zalecanie mnogich leków *(subcutan, peroral, intraveneuse, intralumbal)* i licznych zabiegów (kwarc, sollux, rentgen, masaż, elektryzacja, kąpiele) nie zawsze pomaga i jest celowe.

Prawdą jest, że lekarzem trzeba się urodzić, że *medicus non fit sed nascitur,* że nie każdy lekarz naukowo myślący i sumiennie rękoczyny wykonywujący, jest eo ipso dobrym praktykiem. Mimo to każdego lekarza nawet złego, obowiązują zasady niepogarszania stanu chorego wmyśl starych aforyzmów: Dum spiro, spero, oraz Primum non nocere.

Niepewna i nieokreślona diagnoza raczej przy lekarzu zostać, jak nerwowo usposobionemu osobnikowi ujawnioną być winna.

Każda kuracja winna być stopniowo wprowadzona i wyłączona. Sposób systemu „artystyczno-niedyscyplinowany" (Bleuler) zapomina często, że według słusznego mniemania Naunyna jednakowo ważną jest w przeprowadzeniu leczenia „Aufbau" i „Abbau" der Kur.

Nie wystarcza ogólnikowe poznanie psychologji chorego, należy się uczyć zgłębiania psychiki ciężko chorego, przewlekłe chorego, nieuleczalnie chorego, stopniowo gasnącego chorego i umierającego chorego. Musimy to umieć, co nauka i sztuka lekarska dają, ale też i to poznać, co stanowi siłę i powagę partacza, owczarza i pseudolekarza. Przy zalecaniu terapji choremu nie wystarczają wskazania lekarskie, ale muszą być też brane pod uwagę wskazania społeczne i rodzinne. Psychogenetycznie myślący lekarz nigdy nie będzie działać nosogenetycznie, nie będzie też prowokować hypochondrji u pacjentów swoich.

Psychterapja szeroko pojęta nie obejmuje wyłącznie najnowsze, ledwie tknięte i mało skontrolowane metody, ale korzysta i z dawnych, przez całe pokolenia lekarzy aprobowanych sposobów leczenia duchowego.

Dr. Dąbrowski (Warszawa)

O. Nordmann i Kirschner: *„Chirurgie"* Bd. II, Lief.19, wyd. Urban und Schwarzenberg, Wien—Berlin. 1927.

O. Nordmann: *Die Vorbehandlung, Der Verband und die Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen.* Autor ujmuje szczegółowo sprawy wymienione w tytule, opierając się na swem doświadczeniu. Równocześnie krytykuje zalecane przez różnych autorów metody omawiając wyniki zastosowania ich u siebie. W ten sposób przechodzi przygotowanie do zabiegu ze strony wszystkich narządów ze szczególnem uwzględnieniem narządu krążenia. Osobno omawia zabiegi nagłe. W zakresie opatrunku omawia ogólne jego cele i zasady, przechodząc następnie poszczególne opatrunki typowe (liczne rysunki) i technikę opatrunków ustalających. Szczegółowo zajmuje się ważnym a często w podręcznikach pomijanym działem leczenia następowego, tak ogólnego, łącznie z odżywianiem, jak i miejscowego z uwzględnieniem możliwych powikłań ze strony narządów wewnętrznych i rany operacyjnej.

K. Tiesenhausen: *Die plastischen Operationen der Haut.* Autor omawia histologję transplantatu i przechodzi do przeszczepień wolnych i na szypule, podając ogólne zasady techniki operacyjnej przy zabiegach wytwórczych. W części szczegółowej najwięcej miejsca poświęca zabiegom na twarzy, szkicując długi szereg sposobów operacyjnych, objaśnianych licznymi rysunkami. Jest to referat głównie poglądowy z dość obszernem podaniem literatury dla każdego rozdziału. Wreszcie krótko przechodzi sposoby operacyjne: przy sutku obwisłym, dla uzupełnienia kciuka i dla pokrycia kikutów amputacyjnych.

K. Czyżewski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 19, z 9 maja 1929 r.: L. E. Bregman: O zaburzeniach ośrodkowo-nerwowych w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. — J. Koniecpolski: O wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego. — E. Weinkiper: Postępowanie chirurgiczne w zapaleniach błędnika w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego (streszcz. zbior.).

Medycyna, rok III, nr. 13—14, z 15 kwietnia 1929: St. Leśniowski: O napadach snu i stanach pokrewnych. — Sew. Cytronberg: Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych (c. d. n.).

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 13, nr. 9, z 1 maja 1929: St. Sterling-Okuniewski: O wartości klinicznej ciśnienia rozkurczowego. — Perekładowki i A. Jędrzejowska: Badania nad zawartością grupy witaminy B w chlebie żołnierskim i więziennym. — G. Szulc: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu (c. d.). — M. Marczewski: Współczesne metody walki z gruźlicą bydła (dok.).

Dziecko i matka, rok IV, nr. 9, z r. 1929: M. Znatowicz-Szczepańska: Wiersz: „W drodze". — Jadw. Zawirska: Zacziątki i rozwój psychologji wczesnego dzieciństwa. — Nat. Jastrzębska: Dzieci łatwe do prowadzenia. I. Typy dodatnie. — M. Benisławska: Modlitwa. — J. Prażmowska: Znaczenie wychowawcze ogródków. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie sztuczne niemowlęcia do roku życia. — M. Ursz. Niepokoyczycka: O schorzeniach skóry u dzieci. — M. Dziadyk-Kłosińska: O gruczołach. — Matki między sobą.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 4, z r. 1929: J. Babecki: Camping (Obozowanie). — John Barton Payne: Czerwony Krzyż a przyszłość. — Mocarze wiedzy: Piotr Curie i Marja Curie. — Kaz. Wolfram: Dr. Eugeniusz Loewenstern. — Ewel. Jełowicka: Przez ocean (sprawozdanie z podróży do Buenos-Aires zawodowej pielęgniarki P. C. K.).

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 9, z 1 maja 1929: S. Karasiński: Badania nad działaniem tranu i naświetlonej ergosteryny w krzywicy doświadczalnej. — S. Tuszewski: O działaniu insuliny na niektóre funkcje przewodu pokarmowego. — E. Piasecka-Zeylandowa: Nowsze prace nad szczepionką przeciwgruźliczą BCG. — Polemika i uzupełnienia.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 5, z maja 1929: Inż. arch. Wł. Borawski: Współczesne urządzenia sanitarne w rzeźniach. — Piotr Mężyński: Rola poradni dla matek. — Dział sprawozdawczy.

Trzeźwość, r. 1929, nr. 4: Odpowiedź Prezydenta Hoovera. — Kaz. Kalinowski: Polskie „być albo nie być". — Woj. Wiącek: Pamiętniki z wojska austrjackiego. — Tad. Olpiński: Życiorys Kardynała Manninga (z portretem). — Aleks. Iżycki: Z pola walki o lepsze jutro. Ryki—Mielnica.—M. Skiba: Alkoholizm inteligencji (opój „w polskiem radjo"). — Ela Oleska: Iskra rozdmuchana (Kurs alkohologji w Krakowie). — Ant. Tatarówna: Z Podhala. — M. Skiba: Z wystawy przeciwalkoholowej Trzeźwości. — Organizujmy się.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy, rok XVIII, nr. 1, z 15 maja 1929. Zakopane. — Kronika. — Walne Zgromadzenie Pol. Tow. Balneologicznego.

Kosmos, rok LIII, zeszyt III, 1928: W. Nechay: Teorja Wegenera pod względem geologicznym. — M. z Dembińskich Rożkowska: Pochodzenie skamielin narzutowych ze szczególnem uwzględnieniem Wielkopolski. — R. Dreżepolski: Ewolucja jądra i jego rola u Euglenin. — A. Łomnicki: Z zagadnień matematyki. IV Rachunek prawdopodobieństwa i jego zastosowanie. — S. Kulczyński: Ogród flory polskiej. — J. Tokarski: Opad tajemniczego pyłu w Polsce w dniu 26—27 kwietnia 1928 r. (Szczegółowa analiza materjału z województwa stanisławowskiego i lwowskiego). — Dr. Szymkiewicz: Przyczynek do genezy grzbiecistych kwiatów. — J. Dembowski: Odpowiedź prof. B. Hryniewieckiemu.

Kosmos, rok LIII, zeszyt IV, 1928 r.: D. Szymkiewicz: Promieniowanie jako czynnik klimatyczny. I Promieniowanie krótkofalowe. — J. Trojan: O syntezie cukrów. — A. Łomnicki: Zagadnienia statystyki matematycznej. Część pierwsza. Statystyka jednej zmiennej. — D. Szymkiewicz: Jeszcze słów kilka o stosunkach liczbowych w budowie roślin. — E. Żyliński: O liczbach Finobacciego w statystyce biologicznej. — S. Kulczyński: Teorja Wegenera i jej stosunek do paleobotaniki. — B. Fuliński: Zagadnienia dojrzewania płciowego osobników męskich u kręgowców i człowieka. — J. Dembowski: O potrzebie i możliwości definicji życia. — H. Regulski: IV Zjazd Fizyków Polskich. — B. Hryniewiecki: O poziom naszych książek popularno-naukowych (Z powodu „Zasad biologji ogólnej" dra J. Dembowskiego).

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 4, r. 1929: E. Weiss: Teorja i praktyka dny. — K. Bross: Obecny stan wiedzy o patogenezie niedokrwistości złośliwej Biermera. — K. Steć: Zbiór przepisów leczniczego sporządzania potraw z wątroby. — St. Szuman: Poznańskie Wieczory Lekarskie.

Nowiny psychjatryczne, rok VI, kwartał I—II, 1929 r.: R. Radziwiłłowicz: Projekt rozporządzenia o opiece nad osobami psychicznie choremi. — Z. Szymoński: Z psychologji twórczości i natchnień. — St. Higier: Ogólne podstawy freudyzmu w świetle krytyki. — Al. Piotrowski: Sprawozdanie z Zakładu psychjatrycznego Dziekanka za rok 1928/1929.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 19, z 12 maja 1929: Ś. p. Leon Modliński. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przewodnik pielęgniarski, rok I, kwartał I—II z r. 1929: J. Gawroński: Jakiem winno być zachowanie się personalu pielęgniarskiego wobec psychicznie chorych. Wskazówki ogólne. — St. Świerczek: Dozorowanie i postępowanie z niespokojnymi i gwałtownymi chorymi. — J. Medem: Organizacja pracy dla psychicznie chorych w zakładzie. — Br. Jesionowski: Pielęgnowanie osób, cierpiących na choroby zakaźne, ze szczególnem podkreśleniem duru brzusznego i biegunki krwawej. — Streszczenia.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů českých.

L. 4.

Doc. Dr. F. Vanýšek: *Przyczynek do etjologji raka.* Emanacja radu szczepiona podskórnie w okolicy wątroby, reguluje i zwiększa różnorodną czynność wątroby, wzmaga przemianę tłuszczu, żółci, cholesteryny, proteinów, uzdrawia cały proces wewnętrzny, w którym ginie i agens prowokujący bujanie nowotworowe. Zmiany metabolizmu można wyraźnie śledzić. Sclera chorego, przedtem mętna, subikteryczna, już po kilku zastrzykach oczyszcza się, nabiera charakteru świeżego błyszczącego. Znaczne zmiany widoczne są i w samym nowotworze; po dwóch zastrzykach ustaje dalszy wzrost nowotworu, ustaje krwawienie i foetor, znikają boleści. Autor opisuje dwa przypadki. Warunkiem dobrego wyniku leczenia jest względnie zdrowa komórka wątrobiana. Chorzy ze znacznym charłactwem nie nadają się do leczenia. Przebieg leczenia jest następujący: Z początku 4 zastrzyki w 14—20 dni. Czem bliżej wątroby ułożony jest nowotwór, tem ostrożniej należy postępować, ponieważ szczepienie radu na nowotwór albo w jego pobliżu jest przeciwwskazane. Miejsce wkłucia musi być odległe od najbliższego brzegu nowotworu najmniej 15 cm. W przypadku raka woreczka żółciowego należy przeto szczepić na górnym brzegu wątroby w linji pachowej. Po 4 zastrzykach następuje dwutygodniowa przerwa, podczas której chory zażywa żelazo, chininę, ewentualnie i hemostatyka. W tym okresie gojenie nowotworu postępuje dalej, wzmaga się czynność wątroby, zaś żywotność tumoru słabnie. Po tym okresie stosuje się nową serję zastrzyków (2—4). Nowotwór w oczach niknie, grozi jednak nie-

bezpieczeństwo nagłego charłactwa, ponieważ ciało zalane jest jadem rakowym, wydobywającym się z rozpadłych komórek. Niebezpieczeństwo jest tem większe, im większy był nowotwór. Również postacie raka, nie nadające się do operacji, dają się leczyć tą metodą. W przypadkach chorób innych, chorobie Basedowa, cukrzycy, gruźlicy płuc i t. d terapja ta leczy radykalnie. Dawkować należy dokładnie: ampułkę z X mc. emanacji rozbija się w 3 X cm fizjologicznego roztworu soli kuchennej; wstrzykujemy 1 — 5 cm podskórnie w okolicy wątroby. Charłactwo jest wyłącznie z terapji.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 12. z r. 1929.

Doc. Hess: *O inerwacji somatycznej i autonomicznej.*

Dr. Schneider: *O zatruciu paraldehydem.* Paraldehyd, środek nasenny, znoszony w większych dawkach, został dziś prawie zupełnie wyrugowany z lecznictwa. Zatrucia paraldehydem zdarzają się dziś rzadko. Zdaniem autora, paraldehyd przy zatruciu, wywołuje zmiany na błonie śluzowej żołądka, podobne do tych jakie dają słabe zasady przy krótkiem zadziałaniu, a nie, jak wykazał Paltauf żrące, jak kwasy.

Dr. Eisenklamm (Wiedeń): *O operacyjnem leczeniu ostrego miejscowego zapalenia żył kończyn dolnych.* Ostre zapalenie żył kończyn dolnych leczy się zwykle konserwatywnie. Leczenie operacyjne stosuje się dopiero przy zap. ropnem (periphlebitis), wrzodach lub phlegmonie.

Autor podaje 66 przypadków wyleczenia drogą operacyjną ostrego nieropnego zapalenia żył. Wskazaniem są przedewszystkiem ograniczone procesy zapalne żył, żylaki. Przy zapaleniach postępujących uciekanie się do zabiegu operacyjnego jest rzeczą ryzykowną. Przystępywać do operacji powinno się dopiero po okresie ostrym zapalenia żył.

Technikę operacyjną opisał Büdinger w r. 1912—1923. Robi się kilka nacięć (nawet do 40) w linji skóry, 1 — 2 cm długich aż do fascji w odległości 5 cm jedno od drugiego, w miejscu zmian zapalnych w żyle. Zewnętrzne nacięcia tam, gdzie niema nacieku, gdzie więc krwawienie z żyły jest prawidłowe. Z nacięć wykonanych wydostają się skrzepy żylne zorganizowane lub też miękkie, oraz kawałki przeciętych żył. Ponieważ używa się cięć w linji skóry rana goi się bez zakładania szwów. Zabieg stosunkowo lekki, ma zdaniem autora duże zalety, między innemi tę, że nie daje recydyw, jak leczenie konserwatywne.

Prof. Economo: *Encephalitis lethargica i Encephalomyelite subaigue Cruchet'a.*

Wendlberger (Graz): *Dyfterja cewki moczowej u mężczyzny.* Dyfterja cewki moczowej zdarza się częściej u dziewcząt. O dyfterji cewki moczowej męskiej dotychczas nie słyszano. Autor podaje 3 przypadki zapalenia cewki moczowej męskiej w których z wydzieliny wyhodowano bakterje dyfteryczne, obok pseudodyfterycznych. Które z nich wywołały zmiany zapalne cewki jest dla autora rzeczą niejasną.

Dr. Boas (Kopenhaga): *O reakcji benzydynowej w moczu.* Autor modyfikuje próbę benzydynową w moczu używaną przy badaniu haematurji w ten sposób, że całą reakcję wykonuje na filtrze gdzie pozostał osad po moczu przesączonym. Zdaniem jego próba w ten sposób wykonana jest bardzo czułą i odpowiada badaniu mikroskopowemu.

Dr. J. Holló: *Wpływ pyramidonu na stany podgorączkowe.* Uwagi autora odnośnie do artykułu Mayerhofera pod tym samym tytułem w 4 zesz. W. kl. K. r. 1929.

Prof. Pappenheim: *Znaczenie rozpoznawcze badania krwi i płynu mózgo-rdzeniowego w praktyce.* W chorobach systemu nerwowego badanie krwi ogranicza się właściwie tylko do reakcji Wassermanna, która niezawsze pozwala nam na jasne rozpoznanie. W artykule omawia autor poszczególne choroby mózgu i rdzenia, przy których badanie płynu mózgo-rdzeniowego ułatwia nam rozpoznanie; zwłaszcza przy schorzeniach pokiłowych, gdzie często dopiero badanie płynu mózgo-rdzeniowego naprowadza nas na właściwą drogę rozpoznawczą.

Kahler: *Jak rozpoznajemy zmiany konstytucjonalne w sercu i naczyniach.*

Doc. Dr. H. Fuchs (Wiedeń): *Fizyko-therapja chorób skóry.*

Dr. Czyżewska.

SPRAWY ZAWODOWE.

Wnioski Lwowskiej Izby Lekarskiej w sprawie opodatkowania lekarzy, przedstawione na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej dnia 21 kwietnia 1929.

Sprawa wymiaru podatku lekarzom lwowskim od dłuższego już czasu jest przedmiotem zainteresowania Izby Lekarskiej lwowskiej. Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej niejednokrotnie zmuszony był wskutek licznych narzekań kolegów lwowskich interweniować u władz podatkowych — niestety zawsze bezskutecznie. Wreszcie przed kilku laty po licznych interwencjach zdawało się, że sprawa zostanie pomyślnie załatwiona, po czemu czynniki urzędowe miejscowe zdawały się okazywać chęć i dobrą wolę. Czynniki te bowiem w celu załatwienia tej sprawy zawiadomiły Zarząd Izby Lekarskiej, iż godzą się na to, aby komitet wybrany przez Zarząd Izby z pośród lekarzy oznaczył sam wysokość opodatkowania wszystkich lekarzy lwowskich.

Rzecz naturalna, że na warunek ten Zarząd Izby lekarskiej nie mógł się zgodzić. Nie mógł bowiem przyjąć na siebie odpowiedzialności wobec ogółu lekarzy za wymiar podatku, zwłaszcza że nie miał pewności, że władze skarbowe wymiar ten bez zmiany przyjmą i zaaprobują. Aby jednak nie usuwać się od współpracy w tym kierunku, postąpił Zarząd Izby w ten sposób, że Komitetowi złożonemu z licznego grona kolegów wszystkich specjalności polecił sporządzić wykaz wszystkich lekarzy lwowskich według przypuszczalnej wysokości i stopnia ich dochodów z praktyki. Komitet ten zadał sobie wiele trudu i pracy, odbył cały szereg posiedzeń i zestawił wykaz wszystkich lekarzy lwowskich w ten sposób, że podzielił wszystkich na 6 klas. Do klasy 1-szej zaliczono tych lekarzy, których dochód prawdopodobny z praktyki lekarskiej był najwyższy, do 6-tej zaś tych, których wysokość zarobku była tak mała, że zdaniem komitetu winni być zwolnieni od podatku, względnie opodatkowani minimalnie. W tych dwóch granicach pomieszczono w pozostałych 4-ech klasach resztę lekarzy, zależnie od tego, czy przypuszczalny ich dochód z praktyki był większy lub mniejszy. Komitet zdawał sobie dobrze sprawę z tego, że wykaz ten, nie może być wyrazem bezwzględnej sprawiedliwości, ale z drugiej strony w sumieniu swem był mocno przekonany, że granice błędu w wykazie tym były nie duże, a w każdym razie daleko mniejsze, jak to niejednokrotnie miało i ma miejsce w wymiarze podatku przez Władze skarbowe. Przyjmował bowiem Komitet zgóry możliwość omyłki ze swej strony i wiedział, że mógł tego lub owego kolegę zarejestrować np. w klasie 2-ej, podczas gdy w istocie winien on być w klasie 3-ciej i odwrotnie. Ale z drugiej strony było rzeczą pewną, że komitet nie popełnił pomyłki rażącej, aby umieścił np. w klasie 2-ej kolegę, który na podstawie porównania z innymi winien być zaliczony np. do klasy 4-tej lub 5-tej.

W czasie pracy komitetu i prowadzenia dalszych pertraktacyj przedstawiły władze skarbowe Zarządowi Izby ogólną sumę wysokości opodatkowania lekarzy lwowskich, t. j. podały wysokość kwoty, jaką lekarze lwowscy tytułem pkodatku muszą uiścić. Wziąwszy to pod uwagę, zestawił wspomniany komitet wykaz lekarzy z jednej dzielnicy miasta i na próbę starał się oznaczyć w przybliżeniu, ile może wynosić dochód z praktyki lekarzy tejże dzielnicy. Z uwagi na wysokość określonej przez Władze skarbowe kwoty, jaką lekarze tej dzielnicy winni byli uiścić tytułem podatku, klasyfikował komitet kolegów tych bardzo wysoko, tak wysoko nawet, że wszyscy członkowie komitetu jednomyślnie byli zdania, że oszacowali swych kolegów zbyt wysoko i czuli w swem sumieniu, że cszacowanie to nie mogło odpowiadać prawdzie. Mimo to okazało się, że kwota, jakaby przy tak wysokiem oszacowaniu wypadła tytułem podatku, była bardzo daleka (zaledwie około 30%) od kwoty, jaką władze skarbowe zgóry wyznaczyły tytułem podatku od lekarzy tej dzielnicy.

Na tem w owym czasie utknęła dalsza akcja, gdyż o porozumieniu mowy być nie mogło, a Zarząd Izby ograniczył się do przedłożenia Władzom skarbowym wspomnianego wykazu lekarzy, w nadziei, że zechcą z niego zrobić odpowiedni użytek.

Przypuścić atoli należy, że to nie miało miejsca, gdyż z biegiem czasu i w latach następnych stosunki omawiane nie tylko nie uległy zmianie na lepsze — ale przeciwnie stale się pogarszały ku ogólnemu niezadowoleniu i rozgorzyczeniu lekarzy lwowskich. Coraz częściej mnożyły się zażalenia i skargi lekarzy z prośbą by Zarząd Izby wziął ich w obronę i interwenjował u Władz skarbowych z powodu wysokiego wymiaru podatku.

W końcu zaszła rzecz wprost nieprawdopodobna i horendalna — oto w ostatnich czasach wpłynęły do Zarządu Izby pisma niektórych lekarzy lwowskich, którzy oświadczają, że wobec ra-

żąco wysokiego wymiaru podatku, zmuszeni są zaniechać wykonywania praktyki lekarskiej. Jest to fakt nadzwyczaj smutny, nie wymagający żadnych komentarzy, gdyż sam dostatecznie ilustruje omawiane stosunki.

Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej, pouczony dotychczasowem doświadczeniem, stoi wobec tego faktu bezradny, nie wierzy bowiem, aby dalsza interwencja z jego strony u czynników tutejszych mogła mieć jakiś skutek. Dlatego też postanowił poruszyć tę sprawę przed forum Naczelnej Izby Lekarskiej w nadzieji, że może interwencja najwyższej reprezentacji naszego zawodu u Władz Centralnych będzie mogła wpłynąć skutecznie na poprawę tych stosunków.

W tej nadzieji Zarząd Izby Lekarskiej lwowskiej przedstawia następujące wnioski z prośbą o uchwalenie ich:

„Poleca się Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej poczynienie odpowiednich kroków u Władz centralnych, aby wydały polecenie naczelnym Władzom skarbowym lwowskim rozpatrzenie, wspólnie z delegatami Izby lekarskiej, sprawy opodatkowania lekarzy lwowskich".

„Poleca się Zarządowi Naczelnej Izby lekarskiej poczynić starania w Ministerstwie Skarbu w tym duchu, aby Ministerstwo to wydało polecenie do Władz skarbowych, iż opodatkowanie lekarzy winno się odbywać przy współudziale w komisji szacunkowej delegatów lekarzy, wyznaczonych przez Zarząd Izby lekarskiej. Również w komisjach odwoławczych winni zasiadać delegaci Izb lekarskich a w wypadkach spornych i wątpliwych winny Komisje podatkowe zasięgać rady Zarządu Izby lekarskiej".

Motywy:

Odnośnie do praktyki lekarskiej stosunki we Lwowie w czasie powojennym uległy kardynalnej zmianie. Podczas kiedy bowiem przed wojną we Lwowie było 300 lekarzy, to obecnie jest ich przeszło 800. Do Kasy chorych należało we Lwowie przed wojną około 10.000 ludności — obecnie zaś należy przeszło 160.000. Wynika więc z tego, że kiedy przed wojną przypadało na jednego lekarza wolno praktykującego, przeciętnie 800 głów ludności, to dzisiaj przypada niewiele więcej ponad 100. W rzeczywistości atoli stosunki te są o wiele gorsze. Przed wojną bowiem i ta ludność, która należała do Kasy chorych, przeważnie korzystała z pomocy lekarzy prywatnych, gdyż stosunki materjalne nie grały u niej wielkiej roli. Obecnie, wobec zubożenia ogólnego ludności, do rzadkości należy, aby członek Kasy chorych rezygnował z pomocy lekarskiej w Kasie. Oprócz Kasy chorych istnieją we Lwowie liczne instytucje, które we własnym zakresie gwarantują opiekę lekarską swym członkom. Czyni to np. kolej, szkoły — pomoc państwowa i t. d. Ponadto istnieją ambulatorja kliniczne i szpitale, policlinika i liczne poradnie, które przeważnie bezpłatnie udzielają porady lekarskiej, z której też ludność tutejsza chętnie korzysta.

Wszystko to razem sprawiło, że stosunki praktyki lekarskiej we Lwowie są tak liche, gdyż najgorsze w całem państwie, jak to dobitnie wykazał Prof. Cieszyński w pracy swej p. t.: *„Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce"* i Dr. Marcin Kacprzak w pracy p. t.: *„Lekarze w Polsce"*. Okoliczności te chyba dostatecznie usprawiedliwiają, aby czynniki decydujące zajęły się specjalnie sprawą opodatkowania lekarzy lwowskich.

Podobne stosunki panują także w innych miejscowościach okręgu Lwowskiej Izby Lekarskiej.

LIST DO REDAKCJI.

Kraków, dnia 21 maja 1929.

Wielmożny Panie Redaktorze!

W imię dokładności zawiadamiam, że choć autorzy „Sprawozdania Rady zaw. Tow. lek. b. Gal. za 1898" (P. G. L. Nr. 20 str. 387) nie zamieścili mnie na liście członków Tow. Lek. krak., przecież jestem od 1891 r. dotąd członkiem tego Tow. i to, jak sądzę, z nazwiska dość znanym, zarazem także Jego członkiem honorowym.

Łączę wyrazy prawdziwego poważania

Prof. Dr. L. Wachholz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny zorganizowała trzymiesięczny kurs alkohologji i walki społecznej z alkoholizmem, który rozpoczął się dnia 18. II. r. b. i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych.

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) i z jego funduszów Polski Związek Przeciwgruźliczy przystąpił do organizacji IV kursu uzupełniającego dla lekarzy, mającego za zadanie przygotowanie lekarzy do akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych. Kurs rozpoczął się dnia 4 kwietnia b. r.

„Trzeźwość", miesięcznik ilustrowany, ukazał się Nr. 4 za kwiecień i zawiera treść następującą:

Odpowiedź Prezydenta Hoovera — Kazimierz Kalinowski „Polskie być albo nie być" — b. sen. Wojciech Wiącek „Pamiętniki z wojska austrjackiego" — Tadeusz Olpiński „Życiorys kardynała Manninga" (z portretem) — sen. Aleksander Iżycki „Z pola walki o lepsze jutro". Ryki — Mielnica — M. Skiba „Alkoholizm inteligencji" (opój w „Polskiem Radjo") — Ela Oleska „Iskra rozdmuchana" (kurs alkohologji w Krakowie) — Antonina Tatarówna „Z Podhala" — M. Skiba „Z wystawy przeciwalkoholowej „Trzeźwości" — J. Szymański „Organizujmy się!" — Kurs alkohologji w Krakowie — Kurs alkohologji w Brześciu Kujawskim (z rysunkiem) — Prohibicja w Polsce — Przegląd prasy — Kronika.

Numer przedstawia się bardzo interesująco, zawiera dużo bogatego materjału.

Prenumerata roczna z przesyłką 6 zł., wpłacać na konto P. K. O. 270.

Kraków.

Prezesem Polskiej Akademji Umiejętności obrany został Kazimierz Kostanecki, profesor anatomji opisowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XV Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 17 maja b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) kol. Grabowski: Trzy przypadki przewlekłego wgłobienia jelit w obrazie roentgenowskim;

2) kol. Dybowski: Wyniki badań lekarskich wybitnych zawodników narciarskich (wykład).

W dyskusji zabierali głos kol.: Hilarowicz, Pisek,Schramm.

Wilno.

Na XIII-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się w Wilnie od 26—29 września 1929 r. utworzona zostanie, podobnie jak na poprzednich zjazdach, odrębna sekcja pedjatryczna.

Temat główny, zaproponowany przez Komisję Uchwał III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich, ma obejmować: „Odrębności przebiegu chorób w wieku dziecięcym".

Temat ten będzie omówiony ogólnie oraz będzie ilustrowany w referatach, dotyczących szeregu poszczególnych jednostek chorobowych, jak: zapalenie płuc i opłucnej, gościec stawowy, nieżyt jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Tematy te zajmą prawdopodobnie jeden dzień (2 posiedzenia) Zjazdu. Dalej przewidywany jest temat główny z zakresu higjeny społecznej, dotyczącej walki ze śmiertelnością niemowląt w opracowaniu pedjatry i higjenisty na wspólnem (3-ciem) posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej i Sekcji Higjeny z Mikrobiologją.

Czwarte posiedzenie będzie wspólne z Sekcją Chorób wewnętrznych, a to w celu zapoznania się z tematem głównym tej sekcji p. t. „Układ siateczkowo-śródbłonkowy i jego patologja".

Wreszcie na osobnem posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej omówione będą tematy luźne, o ile takowe zostaną zgłoszone.

Zapowiedziane dotąd odczyty nie wyczerpują całokształtu odrębności chorób w wieku dziecięcym — pożądanem byłoby opra-

cowanie materjału klinicznego i szpitalnego, dotyczącego poszczególnych jednostek chorobowych — bądź jako udział w dyskusji.

Pożądane są również tematy z zakresu Higjeny Społecznej, które umieszczone będą na wspólnem z Higjenistami posiedzeniu Sekcji.

Układ siateczkowo - śródbłonkowy jest dotychczas mało opracowany w patologji dziecięcej. Ze względu na zapowiedziany udział pedjatrów w posiedzeniu internistów cenne będą przyczynki w tej sprawie z zakresu pedjatrji.

Wreszcie chętnie widziane będą luźne tematy. Zarząd Sekcji uprzejmie prosi Szan. Kolegów o czynny udział w Zjeździe i zgłaszanie prac pod adresem sekretarza Sekcji, Dr. H. Kaulbersz-Marynowskiej, Wilno — Klinika Chorób Dziecięcych na Antokolu.

Z kraju.

W sprawie wojskowych ćwiczeń lekarzy zdrojowych nadeszło do Zarządu Polskiego Towarzystwa Balneologicznego z Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych z datą 4 kwietnia, L. 1979/29 następujące pismo: „W związku z pismem Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. z dnia 16 VI 1928, L. 11918/28 powiadamiam, że oficerowie - lekarze rezerwy, balneolodzy, mogą być powołani na ćwiczenia w okresie jesiennym i zimowym, począwszy od 1 października. Wobec czego podania o powołanie w tym okresie należy składać bezpośrednio do D-cy O. K.". Podając powyższe pismo M. S. Wojsk. do wiadomości P. T. Lekarzy zdrojowych, nadmienia Zarząd P. T. B., że na podaniach, przesyłanych za jego pośrednictwem do D-ców O. K. przez lekarzy zdrojowych, członków P. T. B., będzie jak najchętniej wpisywać stosowne zaświadczenia.

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie, dnia 29 V 1929 r. uchwalił by następny Zjazd odbył się jako Sekcja Psychjatryczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Na skutek tej decyzji, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego po porozumieniu się z przewodniczącym Sekcji Psychjatrycznej XIII Zjazdu w Wilnie prof. Radziwiłłowiczem, zgodnie z dezyderatami, wypowiedzianemi na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich, ustalił jako tematy główne:

1) Psychopatja konstytucjonalna i
2) Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce.

Przewodniczący Sekcji Psychjatrycznej podaje następujący tymczasowy program prac:

Termin prac Zjazdu ustalony został na 26—29 września 1929 r. Posiedzenie przedpołudniowe 26 września wypełni zebranie plenarne Zjazdu; pozatem w dniach 27, 28, 29 września godziny ranne od 9—10 przeznaczone są na wykłady plenarne z odczytami profesorów: Marchlewskiego, Godlewskiego, Nowickiego, Piaseckiego. Przedpołudniowe posiedzenie 29 września wypełni plenarne posiedzenie, uchwały, zamknięcie Zjazdu. W ten sposób dla Sekcji Psychjatrycznej pozostaje 26 września posiedzenie popołudniowe (łącznie z Sekcją Neurologiczną) — 27 oraz 28 września: w tym dniu odbędzie się Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. W Sekcjach połączonych proponowane są odczyty doc. Rosego z Warszawy p. t. „Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej", oraz dr. Hurynowiczówny (Wilno) p. t. „Chromaksja".

Do wygłoszenia referatów dla tematu „Psychopatja konstytucjonalna" zaproszeni zostali: prof. Mazurkiewicz, E. Minkowski (z Paryża), doc. Hirszfeld i Wilczkowski, Sterling, Grzegorzewska, Rozenblumówna, Falkowski; dla tematu „Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego" — Bednarz, Piotrowski, Łuniewski, Radziwiłłowicz.

Uwagi:

1) Wszystkich referentów uprasza się o przysłanie swoich referatów najpóźniej do końca maja 1929 r. do Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego" pod adresem red. J. Nelkena, Warszawa, ul. Matejki 6, w celu umieszczenia in extenso w „Roczniku" (zeszyt „Rocznika" z wydrukowanemi pracami będzie rozesłany przed Zjazdem), czas zaś wygłoszenia streszczenia referatu zostaje ograniczony do 10 minut, by pozostawić więcej czasu na dyskusję.

2) Uprasza się o zgłaszanie odczytów luźnych do przewodniczącego Sekcji prof. Radziwiłłowicza — Wilno, Klinika Psychjatryczna, ul. Letnia 5, Antokol, do końca maja 1929 r.

Uzdrowiska z charakterem użyteczności publicznej. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) w załatwieniu pisma z dnia 27 marca b. r. L.: 315/29 zawiadamia, że w myśl art. 3-go ustawy o uzdrowiskach z dnia 23 marca 1922 r. i wydanych na tej podstawie późniejszych rozporządzeń, następujące uzdrowiska w Polsce posiadają charakter użyteczności publicznej:

Województwo Białostockie: Druskienniki; Województwo Kieleckie: Busko, Ojców, Solec; Województwo Krakowskie: Krzeszowice, Krynica, Rabka, Swoszowice, Zakopane, Żegiestów; Województwo Lubelskie: Nałęczów; Województwo Lwowskie: Iwonicz, Lubień Wielki, Rymanów, Szkło (nieczynne), Truskawiec; Województwo Stanisławowskie: Burkut (nieczynne), Jaremcze, Morszyn, Worochta; Województwo Tarnopolskie: Zaleszczyki; Województwo Poznańskie: Inowrocław; Województwo Warszawskie: Ciechocinek, Otwock.

Wolne posady lekarskie.

Lwowska Izba Lekarska, z powodu, że Stowarzyszenie kupców żydowskich we Lwowie ponownie czyni starania około założenia osobnej Kasy Chorych dla swoich członków, przestrzega ponownie wszystkich lekarzy, którzyby mieli zamiar ubiegać się o posadę w tej Kasie, aby tego nie czynili bez porozumienia się z Zarządem Izby.

Kurjozum.

W nr. 136 „Ilustrowanego Kurjera Codziennego" z r. b. czytamy następujący inserat reklamowy:

„Chorym wenerycznie obojętnie czy rzerzączka, szankier lub kiła, podaje do wiadomości, że chłodne kąpiele rzeczne są szkodliwe, bo zaraz po nich bacylus chorobowy mnoży się w tysiące i miljony i objawia się w jesieni chrypką, zapuchnięciem migdałów i krtani, co przeszkadza przełykowi, zapaleniem i ropieniem migdałów, szumem w uszach, osłabieniem wzroku, zapaleniem i opuchnięciem stawów, zaparciem stolca, świerzbiącemi plamami i wyrzutami na ciele, reumatyzmem, psuciem rdzenia pacierzowego, co powoduje utratę władzy w nogach, nerwowość, u wielu osób paraliż i nieuleczalne niedołęstwo. **Leczę powyższe choroby** i wszelkie inne, zastarzałe chroniczne i choroby kobiece, reguluję perjody i zastawiam krwotoki, osobom uznanym za nieuleczalne również się polecam, zainteresowanym wysyłam pismo „Droga do Zdrowia". Z dalekich i odległych od kolei miejscowości przyjazd niepotrzebny, pisemnie należy podać wyraźnie dokładny adres, wiek, wielkość i wagę, jaka i jak długo trwa choroba, jakie brane kuracje i jakie obecne dolegliwości. Ciślak, Naturalista, Katowice, ul. Teatralna 2. Godz. przyj. od 8—1, po poł. od 3—6 godziny."

Czy przepisy tyczące się reklam z dziedziny lecznictwa obowiązują tylko lekarzy i aptekarzy?

Zmarli.

Ś. p. Dr. med. Stefan Szaniawski, b. Naczelnik Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Łucku, zmarł dnia 26 kwietnia b. r. w Gostyninie, przeżywszy lat 66.

Ś. p. Dr. med. Władysław Jamrusz mjr. lek. Dnia 5 kwietnia b. r. zmarł ś. p. Dr. Władysław Jamrusz, mjr. lek., starszy ordynator oddziału wewnętrznego Szpitala Szkolnego Szkoły Podchorążych Sanitarnych.

Ze świata.

Instytut farmakoterapeutyczny uniwersytetu w Lejdzie (Holandja) urządza w dniu 21, 22 i 23 maja r. b. kurs dla lekarzy p. t. „Rozpoznawanie i leczenie chorób allergicznych". Wykładać będą profesorowie: Storm van Leeuwen, Rost, Brauer, Rondoni i Dekker. Obok wykładów teoretycznych — zajęcia praktyczne (przygotowywanie wyciągów, wykonywanie odczynów skórnych, oglądanie wolnych od allergenów instalacyj w mieszkaniach prywatnych, zwiedzenie kliniki chorób allergicznych i przedstawienie chorych). Wykłady odbywać się będą w języku niemieckim. Honorarjum 30 marek niemieckich.

Redakcja otrzymała.

„L'enseignement médical en France" à l'usage des médecins et étudians. Edité par les soins du journal „La Presse médicale", 1929.

J. A. Sicard i L. Gaugier: „Traitement des varices par la méthode sclérosante". Wyd. „Médecine et chirurgie pratique". Nakład Mosson et Cie. Paris 1929.

R. Soupault: „Techniques de médecine opératoire". Nakład Mosson et Cie. Paris 1929.

P. Hauduroy: „Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes". Moson et Cie. Paris 1929.

Nr. 23. 9. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

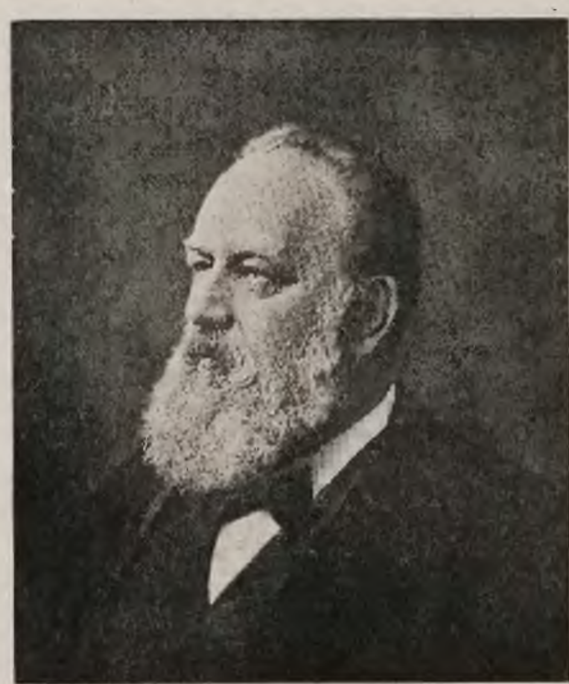
Dr. Maksymiljan UNGAR (Lwów).

Prof. Dr. Teodor BILLROTH.

Dnia 26 kwietnia b. r. minęło 100 lat, jak ujrzał światło dzienne Krystjan Albert Teodor Billroth. Billroth nie był tylko jednostronnym chirurgiem, lecz również wiele zdziałał i w innych działach medycyny. Mąż ten w całem swem życiu owiany był poetyczno-romantycznym duchem i jeżeli użyjemy porównania Nothnagla, mógł śmiało uchodzić za typ mistrza-chirurga z okresu renesansu. Wśród wybitnych lekarzy 19-go wieku stoi on w równym rzędzie z Dupuytrenem. Był naturą wszechstronną. Łączył w sobie szlachetność czułego serca z ogromem bogactwa naukowego, chęć ulżenia cierpieniom chorych, nadzwyczajną energję, i zmysł organizacyjny z miłością do muzyki i podziwem dla poezji. Kto do rąk weźmie, abstrahując od jego prac naukowych, rozległe jego korespondencje z przyjaciółmi i kręgiem znajomych, ten obok nielicznych słabostek, pozna nieskazitelny i czysty charakter Billrotha.

Krystjan Albert Billroth urodził się 26 kwietnia 1829 r. w Bergen na wyspie Rugji. Dziwnym zbiegiem okoliczności, podobnie jak Langenbeck i Bergmann był synem pastora. Ojciec odumarł go w 5-tym roku życia, a matka chora na płuca, pomogła młodemu Billrothowi zwalczać pierwsze przeciwności życia. Po śmierci ojca matka przeniosła się do Greifswaldu, gdzie uczęszczał do gimnazjum, które kończy w roku 1848. W gimnazjum nie uczył się dobrze. Specjalne zamiłowanie okazywał dla historji i literatury oraz nadzwyczajny pociąg do muzyki. I w rzeczywistości muzyka miała się stać Egerją dla niego, w której znajdywał siłę i radość życia w poważnym i ciężkim swym zawodzie. Poeta Volkmann i muzyk Billroth są głównymi, charakterystycznymi przedstawicielami chirurgów niemieckich XIX-go wieku. Z trudem matka, którą kochał gorąco odwiodła młodzieńca od stanowczego zamiaru poświęcenia się muzyce. W roku 1848 znajdujemy go wśród słuchaczy medycyny uniwersytetu w Greifswaldzie, lecz i tu oddaje się intenzywnie muzyce. Pociąg do niej złączył go z Meissnerem, uczniem a później następcą fizjologa Wagnera. Obaj uczniowie z Wagnerem udają się w podróż naukową do Tryjestu, celem badania nerwów drętew *(torpedinidae)*. Odwiedzili po drodze uniwersytety w Güssen, Marburgu, Heidelbergu i Wiedniu. Medycynę studjował z namowy zaprzyjaźnionego z rodziną chirurga Bauma i farmakologa Seiferta. Zamiłowanie do przyszłego zawodu nabył dopiero po ukończeniu pierwszego semestru, gdy z Greifswaldu przeniósł się za Baumem do Göttingen. W Göttingen przez zwykły przypadek zaczął się zajmować naukami przyrodniczemi, z któremi nie zerwał kontaktu do ostatnich lat swego życia. Tu całą duszą oddaje się pracy, przezwyciężając ostatecznie swą miłość do muzyki. U fizjologa Rudolfa Wagnera zapoznał się dokładnie z mikroskopem. Chirurg Baum, jakkolwiek sam nie był badaczem ani wybitnym pisarzem, posiadał olbrzymi wpływ na młodego ucznia Eskulapa. Billroth wspomina go: „Był pierwszym, który wskrzesił w mej duszy iskrę natchnienia dla wszystkiego, co dobre i szlachetne w nauce". W r. 1851 umiera matka. Mówił o niej, że przy jej śmierci włożył do grobu tyle miłości, że przez całe życie nie był w stanie jej odzyskać. Nie zostawiła mu żadnego majątku. Wspierany materjalnie przez babkę, kończy w r. 1851 studja w Berlinie. W Berlinie pracował pod kierunkiem sławnego Langebecka, Schönleina, Romberga i Traubego; Traube wprowadził go do patologji eksperymentalnej z którego to działu wyszła jego praca dyssertacyjna. *„De natura et causa pulmonum affectionis, quae nervo utroque vago dissecto exoritur"*. 30 września 1852 promował się. Po ukończeniu służby wojskowej w roku 1853 spotykamy Billrotha we Wiedniu, jako słuczacza Rokitańskiego, Opolzera i Hebry. Krótko był w Paryżu, gdzie spotyka się ze swym nauczycielem Baumem i Meissnerem. Po powrocie z Paryża osiedla się w Berlinie, jako praktykujący lekarz, lecz szczęście mu nie sprzyjało: w ciągu dwóch miesięcy nie miał ani jednego pacjenta. Przypadkowo zetknął się ze swym rodakiem Fockiem, asystentem Langenbecka, który skłonił go do ubiegania się o uwolnione miejsce asysenta na klinice chirurgicznej. Miejsce to w rzeczywistości otrzymuje w r. 1853. Następuje teraz zwrot zasadniczy w jego życiu. Jako asytent zajmuje się systematycznie badaniem histologicznem nowotworów. Habilituje się w r. 1856 na docenta anatomji patologicznej i chirurgji. Jako docent odwiedza Holandję i Anglję, stara się o miejsce dyrektora szpitala i głównego chirurga w Gdańsku, lecz spotyka się z odmową, podobnie jak i na wielu innych posadach. W tym okresie powołanym zostaje do objęcia katedry patologji w Greifswaldzie, lecz odmawia, mając stanowczy zamiar poświęcenia się wyłącznie chirurgji; zostaje na klinice Langenbecka.

Rozwój naukowy Billrotha był stanowczo teoretyczny, albo przynajmniej teoretyczno-praktyczny. Entuzjazm dla wielkiego



Jana Müllera, intymna i stała duchowa łączność z Ernestem Brückem, wychowanie medyczne, otrzymane pod egidą Schönleina i Traubego w Berlinie, w końcu i wpływ Bernarda Langenbecka, *„der sich vom Lehrstuhle der Phisiologie erhob, um den Thron der deutschen Chirurgie zu besteigen*[1]*)*, były przyczyną, że chirurgję pojmował nietylko z punktu widzenia technicznego, lecz w równej mierze uznawał kierunek anatomiczno-fizjologiczny. Również skłonność Billrotha, objawy natury zgłębiać do dna, była przyczyną, że badania Billrotha przez blisko 20 lat były po największej części natury teoretycznej. Ujęcie całokształtu wiedzy lekarskiej i nauk przyrodniczych oraz bodźce w tym kierunku udzielane stale uczniom, wyjaśniają dokładnie, dlaczego Billroth stał się nauczycielem i badaczem na polu medycyny ogólnej: *„An den Grenzen eines Menschenalters angelangt, habe ich ein reiches Leben hinter mir, ein Leben, welches in eine der bedeutendsten Entwicklunsepochen unserer Wissenschaft fiel, in eine Zeit, in welcher die Eiche der Chirurgie dicht neben dem unerschöpflichen Born der Naturwissenschaft der Anatomie und Physiologie, gepflanzt wurde und aus ihm stets neue Nahrung sog"* (Billroth). W roku 1860 zostaje powołany do Zurychu, jako zwyczajny profesor chirurgji. W Berlinie wydaje swoje *„Beiträge zur pathologischen Histologie"*, jakoteż *„Entwicklung und Diagnose der Geschwülste"*. Ta ostatnia praca była początkiem szeregu prac histologicznych o nowotworach i wzbudziła w nim głębokie zainteresowanie się tym przedmiotem, które cechuje Billrotha przez całe życie i odzwierciedla się w sze-

[1]) W. M. W. Nr. 7 z r. 1894.

regu prac jego, oraz jego uczniów: Czernego (Billroth-Czerny: *Beiträge zur Geschwulstlehre,* w którem poraz pierwszy znajdujemy opis *sarcoma alveolare),* Eiselsberga (przypadek transplantacji *fibro-sarcoma* u szczura), Billrotha *(Scirrus glandulae tyrrhoideae)* oraz Frischa, Mikulicza, Gussenbauera i innych.

Jeszcze przed powołaniem do Zurychu wydał Billroth większy szkic historyczny o ranach postrzałowych od 15-go wieku do roku 1859. Billroth zajmował się chętnie studjami historycznemi medycyny. Często uskarżał się Billroth, że młodzi lekarze i studenci za mało okazują zainteresowania dla historji medycyny [2]). Jakkolwiek nie wydał oprócz powyższego studjum żadnej innej pracy z historji medycyny to jednak w swoich wykładach zawsze podawał historyczny rozwój pojedynczych chorób i operacyj.

Życie Billrotha można podzielić na trzy okresy. Pierwszy okres zamyka w sobie lata od promocji aż do otrzymania katedry w Zurychu, był to okres przygotowawczy. Drugi okres nazwałbym zurychskim do r. 1867. Trzeci okres wiedeński zaczyna od objęcia katedry we Wiedniu do roku śmierci 1894. W Zurychu mały uniwersytet dostarczył mu dość możliwości pracy naukowej obok obowiązków nauczania. Głównie rzucił się z wielkim zapałem do badania gorączki ran, ropienia i „akcydentalnych" chorób ran. Ten przedmiot badania stał przez długi okres czasu na czele jego duchowej pracy. Rozpoczął ją z Weberem, a kontynuuje ją we Wiedniu. Zurych oznaczał dla niego ciężką pracę organizacyjną. Stosunki musiały być okropne, skoro uprzytomnimy sobie, że zabiega o kupno nowego instrumentarjum, gdyż dotychczasowe było prywatną własnością prymarjusza. Zrozumiemy dokładnie w jak opłakanych warunkach rozpoczynać musiał pracę. W Zurychu Billroth zaprowadza cały szereg zmian, organizuje służbę w szpitalu, zakreśla pole działania, obowiązki asystentów i służby, wprowadza nowego ducha, podnosi poziom kliniki. Wprowadza dokładne opisy historji chorób i na nich opiera dokładne statystyki; wprowadza mierzenie ciepłoty u chorych chirurgicznych. Leczeniu ran poświęcił Billroth od samego początku baczną uwagę. Już w r. 1861 odstępuje od zakrywania rany szarpiami według metody Langenbecka, używa drenażu Chassaignaca. W r. 1862 wprowadza otwarte leczenie ran, 1865 przygotowuje sam chemiczną watę i używa jej do opatrunków. Metodę Listera, antyseptycznego zaopatrzenia rany, przyjmuje Billroth dopiero we Wiedniu 1875. Jako operator zasłynął Billroth w Zurychu, przeprowadzając dotychczas niewidziane zabiegi. Odmawia powołaniu do Rostocku i Heidelbergu; przyjmuje natomiast powołanie do Wiednia w r. 1867.

O swem powołaniu do Wiednia, tak brzemiennem dla dalszego jego rozwoju, kilkakrotnie wspomina w swej korespondencji, z której widocznem jest, jak wielką wagę przywiązywał do tej nominacji. W połowie marca, w dniach, w których miało się rozstrzygnąć jego powołanie, przeżywa wielkie wzruszenia [3]). Arlt, Pitha i Brücke wspólnym telegramem donoszą mu, że Rada wydziałowa wybrała go następcą Schuha. „Wydział lekarski postanowił powołać na katedrę chirurgji człowieka, od którego spodziewać się można pielęgnowania wiedzy, który się cieszy rozgłosem nietylko w chirurgji praktycznej, lecz również i we fizjologji i anatomji patologicznej, który się okazał genjalnym nauczycielem, operatorem i pisarzem, który znajduje się w męskim wieku i od którego spodziewa się, że jest zdolny wprowadzić najnowsze kierunki do chirurgji i stworzyć szkołę, która posłuży nauce do najwyższego rozkwitu, a uniwersytetowi ku sławie" [4]).

O powołanie Billrotha ubiegali się głównie Rokitańsky i Brücke. Do Wiednia przybywa na zimowy semestr 1867. Pełen zapału do pracy, energji, o genjalnej wprost pracowitości, depcąc nieuzasadnione tradycje, rozpoczyna swą czynność. Organizuje, polepsza klinikę, nie bez walk i tarć. W konserwatywnym Wiedniu jest on *homo novus,* „Prusakiem", jak siebie sam nazywa i protestantem, a co najważniejsza człowiekiem szczerym i otwartym. 38-letni Billroth rozwinął się we Wiedniu w światowego operatora. Czas i doświadczenie uczyniły z odważnego do szaleństwa operatora zurychskiego, zrównoważonego, pierwszorzędnego chirurga. Bodźcem do pracy była mu zawsze chęć ulżenia choremu, usunięcie przyczyny zła drogą starannego przygotowania. Operacja Billrotha, jej sposób przeprowadzenia, wywoływała u widza uczucie, jakie powstaje przy oglądaniu pięknego obrazu sztuki. Resekcja przełyku i szereg innych zabiegów, dokonanych na przewodzie pokarmowym, były czemś nowem, otworzyły szereg nowych możliwości na przyszłość. Historja niemiecka niesłusznie oddaje prymat resekcji żołądka Billrothowi. Péan i Rydygier w latach 1897—1880 wyprzedzili go w tem. Prawdą zaś jest, że chory Billrotha operację przeżył i że udoskonalenie tego technicznego zabiegu było zasługą jego szkoły (Wölfler, Mikulicz, Gussenbauer). Operacja tarczycy była oprócz technicznego sukcesu bodźcem do całego szeregu prac naukowych (Eiselsberg). Epokowemi były również operacje kości i stawów. Liczba jego prac wydanych we Wiedniu jest znaczna. W spisie Gussenbauera znajdujemy 160 prac tłumaczonych na wszystkie prawie języki świata, świadczących o nadzwyczajnej jego pilności. Po przybyciu do Wiednia mianował swym asystentem człowieka, który przedtem nigdy chirurgją się nie zajmował, lecz świetnie opanowywał histologję. Od tego czasu młodzi lekarze, którzy chcieli pracować na klinice Billrotha musieli teoretycznie kształcić się u histologa Strickera. Billroth w krótkim czasie skupił wokół siebie szereg dzielnych współpracowników, którzy pod jego kierownictwem się kształcili, założył własną szkołę, która wydała cały szereg wybitnych chirurgów jak np. Czernego w Heidelbergu, Winiwartera w Luettichu, Woelflera w Styrji i Gussenbauera w Pradze. Billroth miał również zrozumienie dla pokrewnych, z chirurgją w łączności stojących instytucyj lekarskich. Zakłada wespół z Mundym za współpracą arcyksięcia Rudolfa szpital wraz ze szkołą pielęgniarek „Rudolfinerhaus", która do dzisiejszego dnia posiada swą sławę. W swej trosce o wyćwiczenie personalu pielęgniarskiego w r. 1880/1 wydaje książkę „O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalu" *(Die Krankenpflege im Hause und Hospitale).* We wstępie rzuca piękną myśl „Kto innym pomaga, sam sobie stwarza drogę do szczęścia". Szlachetnie pojmuje stosunek pielęgniarki do lekarza, zajmująco przedstawione są wymagania stawiane pielęgniarkom, na pierwszem miejscu stawia wrodzone zamiłowanie do zawodu. Z każdego zdania przemawia doświadczony lekarz, uczciwy człowiek, choć nie osiągnął głębokości Pirogowa. Wierny przyjaciel i uczeń Billrotha Gersuny z woli swego mistrza objął kierownictwo szpitala „Rudolfinum" i kontynuował wydawnictwo jego książki. Ostatnie wydanie okazało się w r. 1919. Billroth starał się również o wystawienie domu dla Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego i o wybudowanie nowej kliniki chirurgicznej. Nowej kliniki nie doczekał się z różnych przyczyn podanych w jego listach. Jeśli przy budowie szkoły pielęgniarskiej kroczył drogą, którą przed nim po wojnie krymskiej postępował Pirogow, zmusiła go bieda wojenna, podobnie jak Pirogowa do licznych uwag i projektów organizacyjnych. Billroth przebył w roku 1870 kampanję francusko-pruską i na niej oparł swe dziełko *„Historische und kritische Studien ueber den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken auf Eisenbahnen"* 1874.

Billroth nie był z początku we Wiedniu należycie oceniany. Sam podaje, że mieszkańcy Wiednia rzadziej go odwiedzali, aniżeli chorzy z zagranicy. Dzięki jednak niezmordowanej energji i nadzwyczajnej zdolności zdobył sobie, mimo walk z przesądami wielkie poważanie. Dowodem tego były wyrazy czci, okazane mu w roku 1892 z okazji obchodzenia jego 50 semestru we Wiedniu. Ze wszystkich objawów czci najprzyjemniejszym dla Jubilata był hołd, złożony mu przez Edwarda Alberta, przez który chłodny dotąd stosunek tych dwóch sławnych chirurgów zamienił się w serdeczną przyjaźń. Życzeniem prof. Dummreichera było, by jego następcą został Albert, który jeszcze przed Billrothem zajmował się resekcją żołądka i pierwszy wprowadził do Austrji antyseptyczne leczenie ran metodą Listera, mimo sprzeciwu licznych chirurgów austrjackich między nimi i Billrotha. Wydział lekarski za wnioskiem Billrotha proponował obsadzenie katedry po Dummreicherze czeskim Niemcem Czernym, uczniem Billrotha, profesorem chirurgji w Heidelbergu. Trzej przyjaciele Alberta, Hoffmann, twórca medycyny sądowej w pojęciu nowoczesnem, prof. Stricker i psychjatra Meinert założyli votum mniejszości: unico loco Albert. Wbrew uchwale wydziału, za wstawiennictwem hr. Taaffego, prezydenta ministrów, rząd zamianował Alberta profesorem drugiej kliniki chirurgicznej. W tem leżała przyczyna naprężenia stosunków między Albertem a Billrothem. Dopiero jubileusz złączył ich razem.

Jak dalece zajmował się swymi uczniami, niechaj posłuży list wysłany do Czernego, którego po nieudałej interwencji uspokaja. Radzi mu zająć się badaniem nowotworów brzusznych, zapewniając, że w pracy znajdzie zapomnienie, jakie niegdyś on sam znajdował w podobnych sytuacjach. Życie pełne pracy i mała wstrzemięźliwość (dużo jadł, pił i palił) podkopały zdrowie Billrotha. Serce zwolna zaczynało odmawiać posłuszeństwa. Już w roku 1887, gdy przechodził silne zapalenie płuc, stan zdrowia przysparzał mu wiele trosk. Dzięki silnemu ustrojowi i starannej opiece kolegów wydarty został śmierci, lecz życie jego uległo już znacznej zmianie. Często się powtarzające zapalenia oskrzeli wstrzy-

---

[2]) Wölfler.

[3]) List do prof. Hissa (r. 1867, 7 b).

[4]) Mowa prof. Alberta z 11 września 1892 z okazji 25-letniego Jubileuszu Billrotha.

mywały go od pracy a w końcu zaczęła występować silna dyspnoe, arytmja i objawy zastoinowe. Ledwie naparstnica przezwyciężyła objawy przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego gdy z końcem r. 1893 stan się znacznie pogorszył i 6 lutego 1894 umilkło serce na zawsze. Billroth umarł koło Abbacji, jak pragnął z widokiem na morze i góry.

Z dzieł Billrotha trzy zasługują na szczególną uwagę. Są to wyniki jego badań nad zakażeniem rany, chirurgja ogólna i szczegółowa oraz sprawozdanie z pracy od roku 1860 do 1876. Zakażeniu ran poświęca dwie prace: *„Beobachtungsstudien ueber Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten"* 1861 i *„Ueber die Vegetationsformen der Coccobacteria Septica und den Anteil, welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben" 1884.* Na podstawie szeregu doświadczeń doszedł do przekonania, że każda gorączka przy ranie zawiniona jest zatruciem krwi. Przyczyny gorączki są zarazem przyczynami zapalenia. Są to prawdopodobnie drobnoustroje, które działają za pośrednictwem ciał przez nie wytworzonych, chemicznych jadów. Wywoływacze gorączki posiadają prawdopodobnie charakter molekularny. Wstępem do tych studjów były prace histologiczne o gojeniu się ran *(Untersuchungen ueber die Entwicklung der Gefaesse* 1855. *Beitraege zur pathologischen Histologie 1857. Mancherlei ueber Entzuendung* 1868). W szczegółowych pracach stara się zestawić wyniki osiągnięte z mierzenia ciepłoty, wytworzyć jednolity typ klinicznego obrazu gorączki. Próba się nie udała. Autor zbyt silnie stał pod wpływem poglądów Schoenleina i Traubego, że gorączka z rany jest wywołana podrażnieniem. Mimo że Billroth nie wierzył, że pyaemja jest chorobą *sui generis,* lecz jest powikłaniem rany (stąd nazwa Billrotha *„accidentell")* nie miał jednak odwagi twierdzić stanowczo, że pyaemja jest samozakażeniem z rany. W pracy drugiej gorączkę z rany nazywa już gorączką chłonną, zaś pyaemję uważa za jej wyższy stopień. Prawidłowy proces gojenia, wprawdzie histologicznie przebiega pod obrazem zapalenia, nie wywołuje jednak gorączki. Rozkład sekretu rany, gnicie poranionej tkanki, imigracja zakażonych ciał do rany są przyczynami zapalenia. W miejscach zapalnych tworzą się nowe ciała, których wchłonięcie wywołuje gorączkę. Rozkład krwi i uszkodzenie tkanki oraz rozkład ropy są źródłami powstania ciał „pyrogennych", wywołujących zapalenie i gorączkę (flogogennych). Billroth badał mikroorganizmy roślinne, występujące w tkankach gnijących, w sokach tkanki i doszedł do przekonania, że wszystkie te ustroje są tylko różnemi postaciami wegetacyjnemi tego samego gatunku roślin — *„coccobacteriae"*, należących do wspólnego rodu *„oscillariae"*. W zarodnikach znalazł najważniejsze ustroje, warunkujące dalszy rozwój kokko-bakteryj i zagłębił się w badaniach, jak się zachowują tkanki, soki ich oraz wydzieliny najrozmaitszego rodzaju do drobnoustrojów; dalej zajmował się kwestją, czy kokko-bakterja znajduje się i w ustroju żyjącym oraz jaki jest jej stosunek do akcydentalnych chorób. Ciekawem jest, że Billroth przypuszczał, iż we krwi zdrowych i silnych ludzi bakterje się nie znajdują. Poglądom Davaina i Bollingera o bakterjach martwicy i śledziony przeciwstawia swój, że bakterje nie stoją w etjologicznym związku z procesami posoczniczemi *(Sepsis),* że i przy ropieniu jest wegetacja mikrokokków jego naturalnem następstwem. Również przy miejscowych akcydentalnych chorobach rany, róży, zapaleniu gruczołów chłonnych wzgl. ich naczyń i martwicy nie można przypisać przyczyny etjologicznej bujaniu kokko-bakterji, znalezionych w ranie. Billroth, który uważał za konieczne odrzucić etjologiczne znaczenie kokko-bakterji, starał się wytłumaczyć rozszerzenie się procesów zapalnych ciałami charakteru fermentatywnego, które — wywołane zapaleniem — rozszerzają je. Ciała te nazwał flogistycznym zymoidem. Rozwój procesów posoczniczych usiłował wyjaśnić działaniem ciała pokrewnego lub równoznacznego z zymoidem flogistycznym, nazwanem przez niego zymoidem posoczniczym. Ta praca była wyraźną, w silniejsze ramy ujętą, celową kontynuacją badań i przypuszczeń berlińskich. Od hipotezy flogo- i pyogennych substancyj doszedł do zymoidów flogistycznych i septycznych oraz produktów tych fermentów. Te ostatnie utrzymują się na ciałach ustroju w postaci proszku (Billroth styka się tu z nauką Pasteur'a). W pracy o kokko-bakterji sprzeciwia się twierdzeniu jakoby te ciała były produktem bakteryj. Podczas gdy w pierwszych swych pracach uważa za prawdopodobne, że wywoływacze mogłyby być charakteru ciałkowatego, sądził później, że w kokkobakterji znalazł noksę charakteru chemicznego, ponieważ własne spostrzeżenia przekonały go, że niemożliwem jest czynnikom ciałkowatym, drobnoustrojowym, przypisać znaczenia etjologicznego. Mimo, że w bakterjologji osiągnięto wyniki biegunowo przeciwne i obalono zupełnie mylne poglądy Billrotha, Kroenlein nazywa to dzieło wielkiem, przypisując mu znaczenie z powodu całego szeregu nowych myśli. Koch pisze Billrothowi: „Gdy przeprowadzałem pierwsze me badania, stałem pod wrażeniach Waszych prac o kokko-bakterjach posocznicznych i tych wrażeń nie straciłem do dnia dzisiejszego". Prace Billrotha wywołały rewolucję w ówczesnych poglądach. Chciał za wszelką cenę poznać przyczynę zakażenia rany, pracował nad tem dniem i nocą. Nie osiągnął wprawdzie tego czego pragnął, niemniej jednak należy mu przypisać zasługę, że w okresie w którym nie hodowano bakteryj na trwałych pożywkach tylko w roztworze Pasteur'a znał łańcuszkowca i opisał go, jakoteż paciorkowca, którego nazwy *„streptoccus"* użył po raz pierwszy. Któż zliczyć może, coby był odkrył, znając dzisiejszą metodę barwienia i pożywki. Ma się wrażenie, że ta praca na długo wyczerpała siły Billrotha i przeszkodziła mu w dalszych pracach teoretycznych. Od tego czasu bowiem publikuje wyłącznie prawie prace z dziedziny chirurgji praktycznej. Jedynie trzy lata później okazuje się jego *„Mitteilung ueber die Cocco-Bacteria septica"* w której w jasny sposób w przypadku róży gruczołu piersiowego przedstawia przepełnienie naczyń krwionośnych kokkami. Ulubiony ten swój temat omawia ciągle ze swymi asystentami i uczniami na klinice, co objawia się w ich pracach, szczególnie u Gussenbauera i Mikulicza.

Wybitnem dziełem Billrotha, ukazującem go jako niezależnego chirurga i wybornego nauczyciela było *„Lehrbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie"*. Praca ta ukazała się w r. 1863 i do r. 1876 dożyła ośmiu wydań. W r. 1906 drukowaną była po raz szesnasty. Ukazała się we wszystkich językach świata. Sama myśl wydania chirurgicznej patologji była na owe czasy czemś niezwykłem. Dzisiaj uważamy to za coś samo przez się zrozumiałego, gdyż przyzwyczailiśmy się do tego kierunku myślenia. Jeden z jego wybitnych uczniów, Kapeller z Muensterlingu podaje, że książka ta miała na chirurgję reformatorski wpływ. Nowym i pouczającym był sposób ścisłego połączenia chirurgji praktycznej z wynikami teoretycznych badań. Książka ta przedstawia jeden z najbardziej interesujących objawów literackich na polu nauki, dla późniejszych podręczników oraz historji medycyny — wartościowy dokument pojmowania chirurgji w drugiej połowie XIX w. Nigdy nie mógł się zdecydować na wydanie osobno chirurgji szczegółowej, omawia ją w dziele zbiorowem. *„Deutsche Chirurgie"* służyła do szybkiej i dokładnej orjentacji. Również metoda wydawania większych dzieł zbiorowych była zjawiskiem nowem i jedynem w swoim rodzaju. Podczas gdy przedtem we wielkich dziełach chirurgję opracowywano alfabetycznie, według Billrotha i Pithy chirurgja pojedyńczych części ciała powinna być opisywana przez wybitnych lekarzy fachowców. Billroth nie tylko był redaktorem, lecz i współpracownikiem. Opisał dział o opatrunkach i instrumentach. Właśnie w tem miejscu wskazanem jest zaznaczyć w jaki sposób Billroth jako nauczyciel starał się wypełnić stawiane mu zadania i jak starał się chirurgję jako wiedzę rozszerzyć w sferach lekarskich. Należy więc podnieść tu starania jakiemi otaczał szkoły medyczne, szczególnie we Wiedniu. Troska ta przebija się z książki jego p. t. *„Ueber Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Uniwersitäten"*, która mimo pewnych wzmianek, przez niego samego później za nieodpowiednie uważanych, przedstawia jedno z najważniejszych i nabardziej interesujących źródeł do poznania sposobu nauczania na niemieckich i austrjackich uniwersytetach. Wielkie zasługi zyskał wydaniem wyników swych doświadczeń z dziedziny chirurgji praktycznej. Rozdzielił ja na cztery części: Pierwsza obejmuje czynności w Zurychu (1860—1867), dalsze — okres wiedeński (1869—1870—1871—1876). Billroth żądał w pracy *„Klarheit und Wahrheit"*. Rozumie znaczenie statystyki, wie również że bywa często nadużywana[5]).

Na statystyce oparł również swe doświadczenia. Omawia w swem dziele swój stosunek do metody Listera, którą wprowadził dopiero w r. 1875. Dziwnem się wydaje, że Billroth, który nigdy nie obawiał się zmian, który modernizował klinikę, tak długo bronił się przeciw wprowadzeniu antyseptyki. Wyjaśnia to sam. Odwiedzając Listera w Edynburgu miał wątpliwości co do nieszkodliwości działania antyseptycznych środków, szczególnie kwasu karbolowego[6]) Billroth który już w Zurychu wprowadził otwarte leczenie rany z wynikami zadowalniającemi, zrywając z dotychczasowemi zasadami kliniki Langenbecka, zamkniętego zaopatrzenia rany, nie mógł się pogodzić z metodą Listera, która czasami nie dorównywała jego wynikom. Mimo to na nalegania swych uczniów, wysyła Woelflera do Listera i Volkmanna do Halle, by

---

[5]) *„So ist die Statistik, wie ein Weib, ein Spiegel reinster Tugend u. Wahrheit, oder eine Metze für Jeden zu allem gebrauchen.*

[6]) Persuny i Steiner 1872 r. „O trującem działaniu kwasu karbolowego".

zapoznał się z antyseptyką. Wölfler wrócił zachwycony i Billroth pozwolił mu w jednym pokoju przeprowadzać leczenia antyseptyczne, mawiając przytem, że czyni tę ofiarę ze względu na Volkmanna. Nie był zadowolony z wyników: „W ogólności metoda ta więcej dostarczyła mi trosk niż radości“. Dopiero później okazały się szkodliwe skutki środków antyseptycznych na tkankę a czas przyznał rację Billrothowi. W czasie ostatniej wojny powrócono do metody otwartego leczenia rany. Billroth usunął kwas karbolowy jako szkodliwy dla chorego i używał go tylko do antyseptyki przyrządów. Torował drogę aseptyce (gotowaniem nici jedwabnych). Dopiero po zwiedzeniu kliniki Volkmanna przekonał się jakiem dobrodziejstwem dla ludzkości była antyseptyka.

W części szczegółowej omawia dokładnie zranienia i schorzenia poszczególnych części ciała. Jedno miejsce z książki, aktualne i dzisiaj, a charakterystyczne dla szerokiego poglądu Billrotha warto podać: „Przyznaję, że byłem przez pewien czas zaniepokojony jednostronnem techniczno - terapeutycznem wykształceniem naszych młodych chirurgów i zaniedbaniem kierunku anatomicznego. Każda jednostronność posiada pewne tylko usprawiedliwienie. Wkrótce staniemy na punkcie terapji w tyle. Ilość i rodzaj zabiegów dojdzie szybko do pewnej granicy tak, że zmuszeni będziemy cofnąć się raczej do anatomo - patologicznych i doświadczalnych studjów, aby uzyskać nowe punkty wyjścia, nowe cele i tak ludzkość po spirali postępu powoli posunie się dalej“.

Wiele się wprawdzie dzisiaj zmieniło, czas popchnął leczenie na inne tory, aniżeli te, któremi kroczył Billroth, z zainteresowaniem przerzuca się jednak niektóre rozdziały, z których bije szeroki pogląd i duch dążący do poznania prawdy, nie przejaskrawiający. Billroth wyznaje wszystko co przeżył, przedstawia również swe wady. Jako operator budził podziw i zaufanie otoczenia, nietylko u swych uczniów lecz i całego świata. Pewnem jest, że Billroth do operacji dokładnie się przygotowywał. Wiedział dlaczego do operacji przystępuje i z góry miał dokładnie nakreślony plan działania. Najpierw go sobie wypracowywał, przeprowadzał próbnie na trupie lub na zwierzętach. Wielkiego rozmachu doznała chirurgja w dobie antyseptyki, gdy powstawały ciągle nowe myśli i czyny w których talent jego rozwinął się do mistrzowstwa tak, że był uważanym za najpewniejszego i najzręczniejszego chirurga-technika na świecie. Jeden z jego asystentów Dr. Meyer - Imhof w ten sposób wyraża swój podziw dla zręczności operacyjnej nauczyciela: „Jako chirurg wykazywał gibkość palców, graniczącą z wirtuozowstwem. Operował z podziwu godną pewnością siebie i spokojem, aczkolwiek pracował szybko“.

Jako do nauczyciela lgnęli do niego wszyscy jego uczniowie. W Zurychu stał w bliższym kontakcie ze słuchaczami, wśród których był uwielbianym. We Wiedniu utarł się sąd, że klinika jego nie była dla początkujących i z tego powodu słuchacze chętniej uczęszczali na wykłady Alberta, tembardziej, że Albert posiadał niezrównany dar wykładania. Współcześni wynoszą Billrotha pod niebiosa, jako człowieka [7]). Chirurg szwajcarski Socin prawi o nim: „Billroth był osobistością wybitną, utalentowaną z natury. Bystry pogląd, żywa obserwacja, połączona z twórczą fantazją w pięknej, szlachetnej postaci. Jego głęboko osadzone, żywe, niebieskie oko patrzyło ogniście a uśmiech koło warg był ujmująco miły. W charakterze jego był połączonym zapał do pracy i silna wola z niezwykłą skromnością i powściągliwością w wydawaniu sądów. W osobistem życiu był zawsze w dobrym humorze i pełen radosnego życia, nie lubiał docinać. Miał rzadki dar wynajdywania u każdego dobrych stron“. Oprócz głosów jego przyjaciół (Hanslick, Brahms) i uczniów, liczne listy odzwierciedlają rysy jego charakteru. Czuć w nich zdrowy duch i zdrowe ciało, harmonję i radość życia. Z wielu bije sentymentalna nuta, romantyczne ukochanie sztuki i poezji oraz uwielbienie bezgraniczne dla jego z duszą jeszcze dziecięcą zrosłej namiętności — muzyki. Ta była mu po chirurgji drugą jego miłością i odświeżeniem, jak dla Alberta poezja. Znał ją, cieszył się nią, w chwilach smutnych swego życia brał wiolenczelę i w niej znajdywał spokój (Brahms). W Zurychu nauczył się grać na wioli. Próbował również swoich sił kompozytorskich (kwarteta, pieśni dziecięce). Jak każdy człowiek, miał swoich ulubieńców i nieutajone niechęci: nie lubiał Liszta, również Wagner nie przypadł mu do serca. Z kompozytorów słowiańskich przepadał za Dworzakiem [8]), w czem przejawiał się wpływ jego serdecznego przyjaciela Brahmsa. Zajmował się żywo poezją. Albert po zaprzyjaźnieniu się z Billrothem posłał mu przez siebie na język niemiecki tłumaczony tomik poezji czeskich „Poesie aus Böhmen“, które wzbudziły zainteresowanie się Billrotha z literaturą piękną słowiańską.

Życie rodzinne było szczęśliwe, jakkolwiek silnie dotknęła go śmierć córeczki. Materjalnie wiodło mu się początkowo nie bardzo dobrze, późniejsze wzmianki wskazują, że stosunki majątkowe były dobre. Dla uzupełnienia życiorysu i pracy tego człowieka należy wspomnieć, że w życiu politycznem nie brał udziału, mimo, że był członkiem Izby panów. Bismarcka nie lubiał (Huber).

Z uwag powyżej skreślonych wypływa, dlaczego świat lekarski w 100 rocznicę urodzin Teodora Billrotha, chyli czoło przed tym człowiekiem, którego duch wyleciał daleko poza granice jednego narodu oświetlając wraz z innemi wielkościami ludzkości mroki nauki i poznania, będąc jednym z ogniw postępu. Można do tego człowieka odnieść słowa wypowiedziane przez Schopenhauera o wielkich ludziach: „Das Charakteristische Merkmal der Geister ersten Ranges ist die Unmittelbarkeit aller ihrer Urtheile. Alles, was sie vorbringen ist das Resultat ihres selbsteigenen Denkens“.

Piśmiennictwo.

R. Gersung: Th. Billroth, 1922. — Billroth: Chirurgische Klinik 1871—76. Berlin, 1879. — Hanslick: Memoiren an Billroth. Deutsche Rundschau. Bd. 78, 1894. — Gussenbauer: Wiener Klin. Woch. 1894, Nr. 8. — Albert: Mowa z okazji 25 letniego jubileuszu pracy we Wiedniu. Wien. Klin. Woch. 1892, 41. — Biografja Billrotha we Wien. Klin. Woch. 1894, Nr. 8. — Wyjątki z mów prof. Nothnagla, Alberta i in. w Wien. Klin. Woch. 1894, Nr. 9. — Fischer: Briefe v. Theodor Billroth. Hannover, 1922. — Jirasek: Časopis Českých Lekařů, 1927, l. 6. — Jirasek: Č. Č. L. 1929, l. 15.

Prym. Dr. Stanisław OSTROWSKI. Lwów.

Prosty sposób zapobiegania objawom ubocznym po arsenobenzolach.

(Z oddziału skórnego m. Państwowego Szpitala Powszechnego).

Zaburzenia spotykane w czasie lub po dożylnem wprowadzeniu roztworów neo-arseno-benzolu są groźne dla chorego, dotkniętego kiłą a równocześnie przysparzają niemało troski lekarzowi. Lekarz ucieka się do adrenaliny, stosowanej przed wstrzyknięciem neo-arseno-benzolu lub po nim, jako rozpuszczalnika używa roztwór 40% cukru gronowego, dwuchlorku wapnia i t. p., jednakże środki te w pewnych przypadkach zawodzą. Odnosi się to również do podawania „mixtura acida“ Unna-Mühlpford, do jak najpowolniejszego wprowadzenia środka przeciwkiłowego, jak i do zmieszania roztworu z dużą ilością krwi lub surowicy własnej chorego. Z chwilą gdy chory nie znosi neo-arseno-benzolu, lekarz odstawia niejednokrotnie preparat i stosuje jedynie leczenie rtęciowe, bizmutowe, nieraz używając ponadto środka jodowego. Bezkarne stosowanie w niektórych środowiskach leczniczych dużych dawek neo-arseno-benzolu zdaje się pozwala zaliczyć zapatrywania niektórych autorów z Ehrlichem na czele: o błędzie wody i t. p. do historji. Nieznoszenie dawek najniższych i średnich przez chorych nieraz na początku leczenia, jak i występowanie zaburzeń pod koniec 1-szego leczenia lub dopiero w przebiegu dalszych leczeń pozwala przypuszczać, że nietylko jadowitość neo - arseno - benzolu, ale sam ustrój chorego, względnie przemiany w nim zachodzące odgrywają w tym razie niepoślednią rolę. Jakkolwiek jest, odstawienie i pozbawienie chorego tak walnego środka jakim jest neoarsenobenzol, może przynieść choremu niejaką szkodę, wychodząc z dzisiejszego założenia o wartości mieszanego chemicznego leczenia kiły.

W ostatnim roku zwróciłem uwagę, że ilość chorych, oddziałujących objawami ubocznymi na neoarsenobenzol zwiększa się. Na 243 chorych kiłowych, leżących oddziałało 24 chorych objawami ubocznemi, w tem 2 ostrem zapaleniem skóry. Początkowo przypuszczałem, że należy to przypisać wprowadzonemu ostatnio na moim oddziale środkowi „Neosalutan“, podobnemu składem chemicznym, barwą i wolnem rozpuszczaniem się w wo-

---

[7]) Z lekarzy lwowskich nadzwyczaj pochlebnie i z uznaniem wspomina radca Dr. Pisek Billrotha, z którym miał sposobność zetknąć się u łoża chorego.

[8]) „Dworzak to ogromny talent. Gdyby był poznany wcześniej, dużoby i wiele dokazał..., pracuje jak Schubert“. Podobały mu się „Pieśni cygańskie“ i pierwsza symfonja. „Ich finde in der I. Symphonie sehr viel Schönes und trotz aller Beeinflussung von Beethoven u. Brahms, viel Eigentümliches“. Sam grywał na fortepianie II symfonię, jak również i sekstet (1887).

dzie do przetworów niemieckich. Przekonałem się jednak — przez porównanie, że dotyczy to w równej mierze „Novarsenobensolu" Spiess'a a nawet „Stovarsolu".

Znane środki zapobiegawcze — jak wspomniałem — nieraz zawodzą, a pozatem podrażają leczenie szpitalne. Chodziło mi tedy o sposób możliwie prosty w zapobieganiu objawom ubocznym. Wyszedłem z założenia, że adrenalina zapobiega lub niejednokrotnie znosi wstrząs azotynowy. Adrenalina jako jad wegetacyjny, współczulny, wywołuje przejściowe przecukrzenie krwi i czasem powoduje cukromocz. Zajęło mnie tedy pytanie czy wprowadzając cukier trzcinowy doustnie, nie dostanę podobnego działania jak po adrenalinie, a zatem zniesienie objawów ubocznych azotynowych. Wyobrażałem sobie, że cukier wprowadzony do żołądka szybko ulega inwertazie, częściowo dostaje się do wątroby, skąd przez wyzwolenie nieznacznej ilości glykogenu powoduje przejściowe przecukrzenie krwi. Domniemane związanie tedy z jednej strony wątroby, która w przemianie przetworów azotynowych odgrywa zapewne poważną rolę, a myśl o zastępczem działaniu cukru w kierunku wzmożenia napięcia układu współczulnego z drugiej strony, pozwoliła mi na przejście do prób klinicznych.

Zanim będę mógł przedstawić próby uzasadniające lub obalające teoretyczne przesłanki, przedstawię pokrótce na podstawie wyciągów historji chorych wyniki praktyczne, oparte na dedukcji.

Sposób zapobiegania objawom ubocznym po przetworach azotynowych polega na doustnem wprowadzaniu 20-tu gramów cukru trzcinowego na 20 minut przed zabiegiem leczniczym.

1. L. p. 557/28. R. Kol. l. 32. służący — Lues latens. Naciek pierwotny w r. 1916. O. W. ++++ S. G. +++.

I-sze leczenie — 40 wcierań szaruchy. Novarsenobenzolu nie dostawał z powodu nietolerancji; II-gie leczenie — W okresie kiły bezobjawowej w r. 1924. O. W. ++++ S. G. +++ 20 inj. 10% bizmut. subsalicyl. po 2,5 cm³; w r. 1927 O. W. ++++ S. G. +. 20 inj. bizmut. subsalicyl. po 1,5 cm³ (III-cie leczenie). W listopadzie 1928 zgłasza się bez objawów klinicznych O. W. +++. S. G. +.

20. XI. podano na czczo 1 pastylkę „Stovarsolu" Spiess'a w pół szklance wody. Bezpośrednio po wypiciu roztworu wystąpiły silne bóle głowy, wymioty, — ciepłota 37'2° C; 21. XI. podano ponownie 1 pastylkę „Stovarsolu"; wystąpiły objawy jak poprzednio, nadto ból w krzyżach i biegunka. Odstawiono leczenie „Stovarsolem".

20. XII. podano doustnie 20 gr. cukru trzcinowego, poczem po 20 minut wstrzyknięto roztwór „Neosalutanu" 0'15 gr. Chory zniósł preparat dobrze, objawy uboczne nie wystąpiły. Stopniowo zwiększono dawki do 0'45 gr. Chory otrzymał w sumie 2'40 gr. „Neosalutanu". Znoszenie leku dobre. Samopoczucie dobre.

2. L. p. 564/28. M. Kin. lat 26, zarobnik. Lu. asympt. Zakażenie kiłą przed 4-ma miesiącami.

I-sze leczenie bizmutowo-novarsenobenzolowe z następowem ostrem zapaleniem skóry.

13. XI. 1928 zgłasza się bez objawów klinicznych O. W. ++++. S. G. +++.

18. XI. 1928. Po inj. „Neosalutanu" 0'15 wystąpiło nieznaczne krwawienie z nosa i rozszerzenie naczyń krwionośnych na dolnej muszli po stronie lewej.

24. XI. Po inj. „Neosalutanu" 0'30 wystąpiła pokrzywka na twarzy, ramieniu lewem i na piersiach.

25. XI. Ból głowy i ciepłota 38° C.

6. XII. Po „Novarsenobenzolu" Spiess'a 0'30 wystąpiły objawy podobne.

19. XII. Podano 20 gr. cukru i „Neosalutan" 0'15. Objawy uboczne nie wystąpiły. Samopoczucie chorego dobre. Odtąd podawano po cukrze „Neosalutan" po 0'30 w sumie 3'25 gr. Objawy uboczne nie powtórzyły się.

3) L. p. 83/29 St. Iwan, lat 30, woźnica.

Lu. papulosa recidiv.

Zakażenie kiłą w r. 1920.

I-no leczenie mieszane. 23. I. 1929 zgłasza się z objawami na szczycie języka O. W. ++++. G. S. +.

25. I. 1929. Po I-szej inj. „Neosalutan" 0,15, bezpośrednio po wstrzyknięciu wystąpił zapad, sinica twarzy, duszność, poty, tętno nitkowate, następnie ból głowy, ziewanie, w końcu dreszcze i ciepłota 40° C. 29. I. podano po cukrze „Neosalutan" 0,15. Samopoczucie dobre, objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd podniesiono dawkę do 0,45; w sumie chory otrzymał 3,25 g „Neosalutanu"; cały czas leczenia znoszenie leków dobre.

4) L. p. 85/29. Al. Cap., lat 30, zarobnik. *Paralysis progressiva.* W r. 1916 przebył malarję i tyfus plamisty. W r. 1920 zakażenie kiłowe O. W. +++. I-e leczenie rtęciowo - neoarsenobenzolowe. W r. 1923. II-gie leczenie. W r. 1924 III-cie leczenie. W r. 1925 IV-te leczenie W r. 1926 *paral. progress. incip.;* przebył leczenie Neoarsenobenzolowo - malaryczne. 22. I. 1929 przywieziono chorego nieprzytomnego. Chory skarży się na ciągłe bóle głowy w nocy, zawroty w dzień, czasami traci przytomność. O. W. —. S. G. —. 3. II. 1929. Po 2-giej inj. „Neosalutanu" 0,30 wystąpiły nudności, dreszcze i silny ból głowy. 8. II. podano cukier i „Neosalutan" 0,30. Samopoczucie dobre, objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd zwiększono dawkę do 0,45 g „Neosalutanu". Chory otrzymał w sumie 3,30 g „Neosalutanu".

5) L. p. 534/28. J. Diak., lat 24, zarobnik. *Lu. asymptom.* Zakażenie kiłą przed rokiem. 4. XI. 1928 Zgłasza się bez objawów. O. W. —. S. G. —. Chory skarży się po każdej inj. „Neosalutanu" na ból i zawrót głowy i wymioty. Podano 20 g cukru przed wstrzyknięciem 0,30 „Neosalutan". Objawy uboczne nie wystąpiły. Samopoczucie dobre. Odtąd znosi leczenie dobrze.

6) L. p. 637/28. J. Klim., lat 20, zarobnik. *Lu lat.* W dzieciństwie przebył szkarlatynę z ostrem zapaleniem nerek i tyfus brzuszny. Przed 4-ma laty zakażenie kiłą. W 1-ym roku przebył niepełne dwa leczenia rtęciowo - neoarsenobenzolowe. 29. XII. 1928. Zgłasza się bez objawów. O. W. —. S. G. —. 12. I. 1929. W pięć minut po 3-ciej inj. „Neosalutanu" 0,45, chory doznał nawału krwi do głowy, bólu i ściskania w dołku podsercowem, następnie uczucie gorąca, zwłaszcza w zakresie twarzy. W 15-tej minucie wystąpiły silne dreszcze, które trwały godzinę. Ciepłota prawidłowa. Nazajutrz stan chorego dobry. 21. I. 1929 podano „Neosalutan" 0,15. 22. I. 1929. Na grzbiecie obu rąk i po wyprostnej przedramion wystąpiły liczne drobne powierzchowne, żywoczerwone grudki, ułożone przeważnie dookoła torebek włosowych. 28. I. 1929. Grudki ustąpiły bez śladu. 29. I. 1929 podano 0,15 „Neosalutan". 3. II. 1929 podano 0,30 „Neosalutan", w 24 godzin po ostatniem wstrzyknięciu wystąpiły jak poprzednio żywo czerwone grudki, zajmując obecnie również stronę zginaczy kończyn górnych i dolnych. Od 8. II. 1929 podawano cukier przed wstrzykiwaniem „Neosalutan" 0,30. Samopoczucie chorego dobre. Zmiany uboczne nie pojawiły się.

7) Ambulat. J. Czm. *Sclerosis initialis.* O. W. —. S. G. —. Po trzech wstrzyknięciach „Novarsenobenzolu" Spiessa występowała rozległa pokrzywka. Po czwartem prócz silnej pokrzywki zanotowano ciepłotę 38° C. Lekarz Kasy chorych skierował chorego z uwagą „unikać Novarsenobenzolu". Choremu podano 20 g cukru i 0,15 „Neosalutan". Samopoczucie chorego dobre, objawy uboczne nie wystąpiły. 15. II. podano ponownie „Neosalutan" 0,15 bez cukru. Po 24-ch godzinach wystąpiła gorączka i ból głowy. Nazajutrz objawy ustąpiły. Odtąd podawano cukier i „Neosalutan" 0 30 — 0,45. Chory znosił leczenie zupełnie dobrze.

8) L. p. 86/29. P. Tym., lat 18, służący. *Lu asymptom.* Zakakażenie kiłą w lipcu 1928. Jedno leczenie rtęciowo - nowarsenobenzolowe. 2. II. 1929. Zgłasza się bez objawów do leczenia. W kilka minut po wstrzyknięciu 0,15 „Neosalutanu" wystąpiły silne dreszcze i wymioty, powtarzające się do wieczora. Na czwarty dzień podano 20 g cukru i 0,30 „Neosalutanu". Samopoczucie chorego dobre. Objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd podawano dawki po 0.45 g. W sumie otrzymał chory 3,45 g „Neosalutanu". Zaburzenia nie powtórzyły się.

9) L. p. 73/29. Al. Zak., lat 19. *Lues papulosa scroti.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie kiłą w czerwcu 1927 r. Dwa leczenia bizmutowo - nowarsenobenzolowe. W ciągu drugiego leczenia po piątem „Novarsenobenzolu" Spiessa 0,45 (1,65 g w sumie) wystąpiły silne bóle głowy i ciepłota 38,3° C. 17. I. 1929 zgłasza się do trzeciego leczenia. Po szóstem wstrzyknięciu „Neosalutanu" (w sumie 2,25 g), tuż po zabiegu wystąpiły silne dreszcze, ból głowy, nudności i wymioty. 22. I. 1929 podano cukier i „Neosalutan" 0,30. W pół godziny po zabiegu nastąpił ból głowy. Innych objawów ubocznych nie było. Odtąd podawano po 0,45. Chory znosił leczenie dobrze poza bólem głowy.

10) P r y w. N. N., stud. med. wet., lat 25. *Lu. latens.* O. W. —. S. G. —. Zakażenie w maju 1927. W przebiegu czwartego leczenia występowały po „Nowarsenobenzolu" Spiessa 0,30 bóle głowy, nudności, ogólne osłabienie, senność. W styczniu 1929 rozpoczął piąte leczenie. Chory otrzymywał „Stovarsol" po 1-ej pastylce naczczo w pół szklance wody. W dwie godziny po zażyciu „Stovarsolu" występowały bóle głowy, nudności, ogólne osłabienie, senność. Polecono brać 20 g cukru w godzinę po „Stovarsolu". Samopoczucie chorego dobre. Objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd chory zażywał po 3 — 4 pastylki „Stovarsolu" z przerwami co 3-ci dzień. Objawy uboczne nie powtórzyły się.

11) L. p. 92/29. St. Per., lat 24, zarobnik. *Lues maculo - papulosa.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie w październiku 1928, nie leczony. Po trzeciem wstrzyknięciu „Neosalutanu" 0,45 (w sumie 0,90 g), wystąpiły silne dreszcze, wymioty i ból głowy. Od-

tąd podawano przed zabiegiem cukier; poza bólem głowy innych objawów nie notowano. Chory otrzymał 4,20 g „Neosalutanu".

12) L. p. 111/29. M. Kris., lat 18, pomocnik złotniczy. *Lues maculo - papulosa.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie w grudniu 1928. I leczenie w Kasie chorych. 19. II. po pierwszem wstrzyknięciu „Neosalutan" 0.15 wystąpiły u chorego dreszcze, wymioty i ciepłota 39,9° C. Nazajutrz utrzymywała się ciepłota 38,8° C. Przed następnemi wstrzyknięciami „Neosalutanu" 0,30 podawano cukier; z objawów ubocznych wystąpiła jedynie ciepłota 39,2° C i 38.2° C. Przed czwartem wstrzyknięciem „Novarsenobenzolu" Spiessa 0,30 podano 40 g lactosy; objawy uboczne nie wystąpiły, ciepłota była prawidłowa. Odtąd podawano cukier. Chory zniósł dobrze „Neosalutan' w sumie 3,45 g.

13) L. p. 66/29. G. Pań., lat 42, zarobnik. *Lu. lat.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie w r. 1909. Jedno leczenie przetworami rtęci. W r. 1910/11 drugie leczenie wcierkami szaruchy. 17. I. 1929 rozpoczął trzecie leczenie. Po 3-ciem wstrzyknięciu „Neosalutanu" 0,30 (w sumie 0.90) wystąpiły po 10-ciu minutach, ból głowy, dreszcze i wymioty. Objawy ustąpiły po podskórnem wprowadzeniu adrenaliny. Po czwartem wstrzyknięciu „Neosalutan" 0,30 notowano objawy podobne. 14. II. 1929. Podano cukier, potem „Neosalutan" 0,30. Chory zniósł zabieg zupełnie dobrze. Objawy uboczne nie wystąpiły. 17. II. 1929. Podano cukier i „Novarsenobenzol" Spiessa 0,30. W 15 minut po zabiegu wystąpiły wymioty i bóle głowy. Mimo to stosowano w dalszym ciągu „Novarsenobenzol" i „Neosalutan" po 0,30. Chory zniósł dobrze 4,20 g.

14) Pryw. N. N., lat 30, żona przemysłowca. *Gumma palati* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie neguje. Przed 10-ciu laty przebyła tyfus plamisty. Nie rodziła, nie roniła. Podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,15. W pół godziny po zabiegu wystąpiły silne dreszcze, nawał krwi i ból głowy, chłód kończyn i łamanie w kościach. Nazajutrz osłabienie i uczucie zalegania treści w żołądku. W pięć dni podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,30. Chora zniosła zabieg dobrze. Po następnem wstrzyknięciu „Novarsenobenzolu" 0,30 ponownie wystąpiły dreszcze, łamanie w kościach, gorączka. Chora skarży się na uczucie gniecenia w żołądku, ślinotok i brak apetytu. W moczu wykazano barwiki żółciowe. Internista stwierdził: powiększenie wątroby o 3 palce poniżej prawego łuku żebrowego, bolesność na dotyk; rozpoznanie: *Hepatitis acuta.* Leczenie swoiste przerwane.

15) Pryw. N. N., lek. wet., lat 32. *Sclerosis initialis.* O. W. —. S. G. —. Zakażenie w marcu 1929. Przebył w młodości szkarlatynę z następowem zapaleniem nerek. Od młodości nie znosi tłuszczów. 23. III. podano cukier i „Novarsenobenzol" Spiessa 0,15. W nocy wystąpiły dreszcze, nad ranem ciepłota, która 30. III. o godz. 8-mej rano wynosiła 38,6° C. Chory odczuwał ogólne osłabienie, ból w okolicy krzyży, lekki zawrót głowy, brak apetytu, ślinotok. W południe ciepłota spadła do 37,6° C; bóle w krzyżach były słabsze, wzrosło pragnienie, powoli wracał apetyt. Wieczorem chory odczuwał jedynie zmęczenie. Ciepłota 37,2° C. Nazajutrz ciepłota wróciła do normy, chory opuścił łóżko. 6. IV. 1929 podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,30. Chory zniósł zabieg dobrze. 14. IV. 1929. Podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,30. W minutę po zabiegu chory skarżył się na bicie serca i nawał krwi do głowy. Objawy te rychło ustąpiły, jednak chory w drodze do domu odczuwał silny zawrót głowy, tak, iż musiał położyć się do łóżka. Wieczorem wystąpiły dreszcze. Ciepłota wynosiła 37,8° C. Chory odczuwał osłabienie i wyczerpanie.

15. IV. 1929. Ciepłota 37,5° C. Chory odczuł po raz pierwszy przytłumiony ból w okolicy prawego podżebrza. Równocześnie wzmogło się pragnienie i ślinotok, łaknienie zmalało, język był suchy, obłożony. Chory skarżył się ponadto na ból głowy i gałek ocznych, których poruszanie sprawiało mu ból, źrenice silnie rozszerzone, słabo oddziaływały na światło i przystosowanie. Ogólny bezwład i apatja dopełniały obrazu.

16. IV. 1929. Chory oddał po raz pierwszy kał, zbity, barwy żółto - zielonej, silnie cuchnący. Skarży się na ucisk wątroby, „jakby była przygnieciona ciężarem". Internista rozpoznał: *Hepatitis acuta specifica?* Stan powyższy trwał do 18. IV., przyczem dieta i leczenie objawowe spowodowały powrót łaknienia. Ból głowy ustąpił. Ciepłota wróciła do normy. 20. IV. Chory opuścił łóżko. 24. IV. Chory czuje się zupełnie dobrze, tylko przy głębszym wdechu odczuwa ból w prawem podżebrzu.

* * *

Z przytoczonych przypadków wynika, że cukier trzcinowy wprowadzony doustnie w przeważnej ilości przypadków znosi zaburzenia uboczne, towarzyszące niejednokrotnie przetworom arsenowym. Można z dużem prawdopodobieństwem wykluczyć w tych przypadkach ewentualne korzystne działanie jedynie na psychikę chorego. Zapewne wpływ cukru jest natury chemicznej lub też nerwowej przez podrażnienie układu współczulnego. Wpływ cukru jest w tych przypadkach tak wielki, że jeżeli nie usuwa w całości, to przynajmniej zmniejsza niebezpieczeństwo, związane z jadowitością przetworów arsenowych, lub też nie dopuszcza do pełnego wstrząsu azotynowego, który dla chorego jak i lekarza w praktyce nie może być obojętny. Wartości tej metody nie mogą umniejszyć przypadki, w których arsenobenzol musimy bezwzględnie odstawić. Z góry trzeba bowiem być przygotowanym, że względy biologiczne nie znają 100% wyników korzystnych. Przypadki ostrego zapalenia wątroby w przebiegu leczenia kiły są naogół rzadkie. Trudno przypuścić, by w jednym z nich (przyp. 14) schorzenie to wystąpiło w następstwie rozpadu kilaka wątroby, jak to miało miejsce w przypadku S i r o t y; jeszcze trudniej przypuścić, by u chorego z naciekiem pierwotnym doszło do wczesnego swoistego schorzenia wątroby zanim wystąpił dodatni. O. W. i S. G., choć podobne opisy spotykamy w piśmiennictwie. Raczej należy myśleć o jadowitości „Novarsenobenzolu", który w pierwszym razie u chorej z przebytym tyfusem plamistym, w drugim u chorego z przebytą szkarlatyną i nietolerancją na tłuszcze, natrafiał na narząd o mniejszej wartości i odporności. Czy cukier podany w tych przypadkach przed arsenobenzolem nie odegrał pewnej roli szkodliwej? Nie można z góry zaprzeczyć. W każdym razie może te przypadki byłyby wskaźnikiem, że pod wpływem arsenobenzolu mogą zajść zmiany w wątrobie, że wobec tego żółtaczka po salvarsanie *(Salvarsanicterus)* nie jest tylko domniemany. Jakkolwiek jest, ostatnio przytoczone przypadki winne być przestrogą w nadużywaniu przetworów arsenowych u chorych, u których w wywiadach zanotujemy ostre schorzenia zakaźne, schorzenie przewodu pokarmowego i t. p.

Spostrzeżenia o działaniu doustnem cukru miały poprzednika w glukozie, którą D u h o t z Brukseli zastosował w r. 1922 dożylnie jako 50% roztwór. Mimo tedy, że droga stosowania jest odmienna, mimo. że doszedłem do wyników na podstawie własnej dedukcji muszę je uznać za modyfikację. W każdym razie sposób użycia jest tak prosty, że zdaje mi się godziło się podać go do szerszej wiadomości, zwłaszcza, że zagadnienie teoretyczne mechanizmu działania curkru otwiera drogę do dalszych spostrzeżeń.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. M. HERBST. Kraków.

O włókniakach jajnika.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza.
Prymarjusz: Docent Dr. J. Z u b r z y c k i.

Spostrzeżenia kliniczne dostarczają częstokroć szeregu przypadków, które mimo to, że nie przedstawiają wartości odkrywczych, to przecież same przez się budzą zainteresowanie lekarza, chociażby ze względu na rzadkość swojego występowania. Z tych też przyczyn zasługują one bezwarunkowo na podanie do ogólnej wiadomości.

Do takich zaliczyć należy między innymi i niektóre z nowotworów jajnika. Mam tu na myśli włókniaki jajnika, które jak to dane statystyczne pouczają, stanowią zaledwo 1,7% — 2%, ogólnej liczby guzów jajnikowych (V á r ó, K r ö m e r, F l e i s c h e r, L i p p e r t, R a v a n o, O r t h m a n, O l s h a u s e n).

Właśnie jeden z takich przypadków mieliśmy przed niedawnym czasem sposobność spostrzegać na naszym oddziele.

Krótki wyciąg z przebiegu choroby poniżej przytaczam:

L. 4814/593 z 16. VII. 1928: Dnia 16. VII. 1928 r. zgłosiła się na nasz oddział chora Z. W. lat 25 ze skargami na bóle w krzyżach i dołem brzucha zwłaszcza w boku lewym, zwiększające się 1-szego i 2-go dnia w czasie miesiączki. Pierwsza miesiączka w 14-tym roku życia, następnie co 4 tygodnie regularnie 3 — 4 dni trwające. średnio obfite niebolesne; od roku natomiast miesiączki są przyspieszone, występują co 3-tygodnie, bolesne. Ostatnia z początkiem lipca. Rodziła raz przed 5 laty, poród i połóg prawidłowy.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa, odżywienie mierne. Płuca, serce bez zmian. Narządy ruchu prawidłowe. Powłoki jamy brzusznej prawidłowo wysklepione. Dotykiem stwierdza się, nad talerzem biodrowym lewym guz wielkości pięści, twardy o powierzchni gładkiej, tkliwy, ruchomy.

Badaniem przez pochwę stwierdzono: Macica prawidłowa, przydatki po stronie prawej bez zmian, po stronie lewej natomiast

guz wychodzący z jajnika lewego, gładki, twardy wielkości dużej pomarańczy, ruchomy, tkliwy. Puchliny brzusznej nie stwierdzono.

Na podstawie powyższego obrazu rozpoznano nowotwór jajnika lewego o cechach dobrotliwych. Wobec tego otwarto jamę brzuszną od strony powłok brzusznych i guz ten wychodzący rzeczywiście z jajnika lewego usunięto.

Guz ten oglądany po wyjęciu, okazał się nowotworem o powierzchni gładkiej z lekkiemi zagłębieniami, chrząstkowato — twardy a na przekroju zajmujący swojem utkaniem cały miąższ jajnika, barwy srebrno - ścięgnistej.

Opierając się na powyższych danych rozpoznano włókniaka jajnika a badanie drobnowidowe wykonane w Zakładzie Anat. Patol. U. J. w Krakowie rozpoznanie to w zupełności potwierdziło.

W związku z powyżej opisanym przypadkiem pozwolę sobie podać kilka ogólnych uwag dotyczących odnośnej sprawy chorobowej, której pochodzenie i powstawanie do dziś dnia nie jest należycie jeszcze wyświetlone. Przeważna część badaczy skłania się jednak do przekonania, że tworzenie się omawianych rodzajów guzów stoi w związku z przypadkowemi krwiakami jajnika podobnie jak to się rzecz ma z włókniakami twardymi powłok brzusznych — desmoidy (Pfannenstiel, Liebeskind). Wylewy te stanowić mają bodziec, powołujący bujanie tkanki łącznej, co prowadzić ma do następowego rozwoju włókniaków. Zapatrywanie to stara się udowodnić Brother spostrzeganym przez siebie przypadkiem w którym włókniak jajnika miał się rozwinąć w 6 lat później w miejscu krwiaka zauważonego na odnośnym jajniku w czasie poprzedniego z innej przyczyny dokonanego otwarcia jamy brzusznej. Rokitańsky i Klob podają, że punktem wyjścia włókniaka w ich przypadku miało być ciałko żółte, w którym również jak to powszechnie wiadomo przychodzi bardzo często do wylewów krwawych.

Badania przeprowadzone w tym kierunku, czy w powstawaniu włókniaków jajnika nie odgrywa jakiej roli także i wiek chorej, nie doprowadziły do żadnych wyników, — gdyż pomimo to, iż wykazano, że najczęściej przytrafiają się one u chorych pomiędzy 25—30 rokiem życia (Basso), to jednak opisywano przypadki zajmującego nas schorzenia w bardzo wczesnym wieku nawet u dziewcząt 14-letnich (Macdonald), jak z drugiej strony w późnym wieku poza okresem przekwitania (Halban).

Odnośnie do anatomicznego wyglądu guzów nadmienić przedewszystkiem należy, że wielkość ich bywa bardzo rozmaita. Mogą one bowiem wbrew powszechnie przyjętemu mniemaniu dochodzić nawet do bardzo znacznej wielkości. Poucza nas o tem odnośne piśmiennictwo które wspomina o przypadkach włókniaków jajnika, dorastających wagi 30—40 kg (Stürmer, Spiegelberg, Orthman). Bez względu jednak na swoją wielkość (Penkert), rozmieszczenie ich w stosunku do miąższu jajnikowego bywa rozmaite. Rzecz ciekawa, że mogą one zajmować tylko część utkania jajnika, lub też pojawiać się w postaci rozlanych guzów obejmujących cały miąższ jajnikowy. Dosyć rzadko spotykamy je w postaci uszypułowanych tworów (Penkert). Te ostatnie nawet mogą powodować niekiedy omyłki rozpoznawcze tak znaczne jak błędne rozpoznanie nerki wędrującej (Manon).

Punktem ich wyjścia jest podścielisko łączno - tkankowe. Tkanka łączna zazwyczaj przeważa, w następstwie czego pod drobnowidem obraz ich przedstawia się jako stosunkowo ubogi w komórki. Nie jest jednak wykluczona i możliwość przewagi komórek i wtedy guzy te przypominają wejrzeniem utkanie mięsaków, stanowiąc niejako pierwszy objaw zapoczątkowanego zwyrodnienia ich złośliwego. Opisywano także obecność licznych włókien mięsnych, leżących luźno lub gromadnie wśród utkania łączno - tkankowego. Nie rzadko także spotykamy w nich zmiany wsteczne jak np. zwyrodnienie szkliste, zwapnienie, martwicę z rozpłynięciem się tkanki i wytworzeniem się jam w utkaniu *(fibroma cysticum ovarii* Fleischer), wreszcie zropnienie (Kiwisch, Lee, Rokitańsky).

Niezmiernie ciekawą jest rzeczą, że nowotwory te posiadając cechy nowotworów dobrotliwych mogą klinicznie powodować powstawanie objawów, spotykanych przy wzroście i rozwoju guzów złośliwych. Z tych wymienić należy przedewszystkiem charłactwo, pojawiające się rzekomo w 50-ciu % wszystkich włókniaków jajnika (Pfannenstiel), dalej puchlinę brzuszną (Rosenstein, Glockner, Lippert), którą stwierdzamy u 72,7% ogólnej liczby chorych na omawiane cierpienie, a w której ilość płynu może być nawet bardzo pokaźna, bo dochodząca niekiedy do 22,5 litra (Olshausen). Wspomniane jednak objawy kliniczne nie są przeciwskazaniem do wykonania doszczętnego zabiegu zwłaszcza że jak to doświadczenie poucza, wyniki jego naogół są dobre.

Usiłowania teoretyczne, wytłumaczenia powstawania tych ostatnio wspomnianych, ciekawych z punktu widzenia naukowego zjawisk nie są dostateczne i nie poparte żadnymi wynikami doświadczalnymi. Wspomnieć należy, że pojawienie się charłactwa przy włókniakach jajnika, tłumaczą przyczynami natury toksycznej, (Pfannenstiel) a puchliny, mechanicznym drażnieniem otrzewnej (Olshausen), chemicznym (Pfannenstiel) i zaburzeniami w krążeniu w obrębie więzadła szerokiego (Schauta).

Jak wspomniałem powyżej włókniaki należą do nowotworów dobrotliwych, zazwyczaj występują jednostronnie i jedynie tylko w wypadkach nadzwyczajnego wzrostu mogą uciskać na sąsiadujące z jajnikiem narządy, sprawiając chorej w połączeniu z puchliną brzuszną dość znaczne dolegliwości.

Stosunkowo dość często, bo jak podaje Lippert w 63% powodują one zaburzenia w miesiączkowaniu a nawet w przypadkach obustronności guzów może wystąpić zupełny brak miesiączki. Byłoby to dowodem zupełnego zniszczenia hormonalnych części utkania jajnikowego.

Odnośnie do leczenia włókniaków jajnika wspomnę pokrótce, że jedynym i najlepszym sposobem postępowania w tych przypadkach jest właściwie zabieg chirurgiczny, polegający na całkowitym usunięciu guza. Nie przedstawia on ani szczególnych trudności technicznych, ani nie stwarza większego niebezpieczeństwa dla życia chorej. Można go dokonać tak dobrze drogą powłok brzusznych jak i w przypadkach mniejszych guzów drogą pochwy. W tym ostatnim przypadku rzecz jasna, ponieważ nie zawsze usunięcie guza w całości da się uskutecznić należy go rozkawałkować w czasie zabiegu. Pamiętać jednak należy o tem, że ponieważ omyłki rozpoznawczej z mięsakami jajnika trudno uniknąć a pozatem włókniak sam jako taki może chociaż rzadko ulec zwyrodnieniu złośliwemu, zachodzi obawa rozsiania nowotworu w czasie zabiegu, dokonywanego przez pochwę na skutek wszczepienia komórek w chwili rozkawałkowywania guza. Rokowanie więc w zasadzie jest dobre, zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę to, że o nawrotach odnośne piśmiennictwo nic nie wspomina.

Na tym kończę tych kilka uwag. Nasunęły mi się one z okazji spostrzeganego przypadku, który dla lekarza chorób kobiecych jako nie często spotykany musi rzecz jasna budzić pewne zainteresowanie.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kalisz.

O postępowaniu w przypadkach nagłego zatrzymania się moczu.

Nagłem zatrzymaniem się moczu nazywamy objaw chorobowy polegający na niemożności oddania moczu, mimo znacznego wypełnienia pęcherza. Niemożność wypróżnienia pęcherza uświadamia się choremu, przeważnie jako silne parcie na mocz, jest zawsze objawem poważnych czasem nawet groźnych zmian przedmiotowych, podmiotowo jest stanem niezmiernie przykrym i bolesnym. Czasami, jak przy schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, objawy podmiotowe ograniczają się do nieznacznych dolegliwości.

Rozpoznanie nagłego zatrzymania się moczu przeważnie nie przedstawia większych trudności. Krótki wywiad wskazuje na cierpienie dróg moczowych, chorego męczy ustawicznie parcie na mocz — daremne próby oddania go powodują stan silnego podniecenia. Wszelkie próby i usiłowania, używanie tłoczni brzusznej, zmiany pozycji, częste wyskakiwanie z łóżka, bieganie i t. d. są bezcelowe, choremu znajdującemu się w stanie godnym pożałowania, nie udaje się oddać moczu, czasami efektem wszystkich męczących prób jest najwyżej wyciśnięcie kilku kropli. Przedmiotowo stwierdza się wypełniony pęcherz moczowy imponujący powyżej spojenia łonowego jako guz sięgający czasami prawie do wysokości pępka. Guz ten jest kształtu kulistego, o gładkiej powierzchni, spoistości tworu torbielowatego, pozwala się nieco przesuwać wahadłowo w prawo i lewo od linji środkowej. Odgłos wypukowy powyżej spojenia łonowego jest stłumiony. Często stwierdzamy w okół otworu stolcowego napięte guzki krwawnicze. Stany bezmoczu jest łatwo odróżnić od nagłego zatrzymania się moczu, gdyż przy nich nie stwierdza się wypełnionego pęcherza a też dolegliwości są bez porównania mniejsze, lub jak przy bezmoczu w czasie kolki nerkowej przybierają całkiem inny charakter.

Opisane cierpienie jest bezwzględnem wskazaniem do natychmiastowego leczenia, wzywający nas chory nagli, wyczekując wybawienia z męczarni. Ulżyć choremu a przy tem obrać właściwą drogę, aby nie popełnić błędu, którego najbliższe skutki prowadzą do zejścia śmiertelnego — jest obowiązkiem każdego lekarza praktyka.

Ze studjów uniwersyteckich wynosimy tak mało wiadomości z zakresu urologji, wykłady uniwersyteckie zbyt mało uwzględniają ten tak ważny dział patologji i lecznictwa, tak, że tylko niezbyt licznym jednostkom jest danem zdobyć zasadnicze wiadomości zwłaszcza, jeżeli chodzi o praktyczne ich stosowanie. Urologja jest dość młodą gałęzią medycyny a pod względem praktycznego nauczania nie tylko u nas, ale i zagranicą leży jeszcze odłogiem.

Powodowany chęcią przysłużenia się Ogółowi Kolegów, przystąpiłem do skreślenia niniejszego wykładu, opartego na najnowszej literaturze, ustnych wskazówkach mych nauczycieli i własnym materjale. Uwzględnię w pierwszej linji lecznictwo jako pomoc w nagłym wypadku, gdyż za taki należy uważać cierpienie, którego omówieniem zajmujemy się. Wspomniałem, że nagłe zatrzymanie się moczu to tylko objaw powodowany różnemi schorzeniami, te właśnie istotne przyczyny wywołujące go winny nakreślić linję naszego działania w każdym poszczególnym wypadku, tylko droga indywidualizacji jest jedynie właściwą.

Zanim przystąpię do omówienia części szczegółowej, aby uniknąć powtarzania się, zajmę się opisaniem instrumentarjum niezbędnego dla każdego lekarza praktyka, a które należy zabrać ze sobą do łoża chorego, oraz opiszę technikę zgłębnikowania cewki moczowej.

Najpożyteczniejszą formę cewników przedstawia model Tiemanna u nas mało rozpowszechniony, na korzyść modelu Nelatona, jakkolwiek pod każdym względem go przewyższa. Cewniki Nelatona są zbyt miękkie, Tiemanna odznaczają się większą elastycznością, dostosowują się znakomicie do normalnych i chorobowych wygięć cewki moczowej, wielką ich zaletą jest stożkowate zakończenie, dzięki któremu łatwo przechodzą przez chorobowo powstałe przewężenia. Koniec dopęcherzowy cewnika Tiemanna jest ustawiony pod kątem rozwartym do długiej osi instrumentu, skutkiem tego ślizga się on po dobrzusznej ścianie cewki, mniej obfitej w fałdy i zakamarki, stosując go nie spostrzega się tak często uwięźnięcia cewnika. Cewniki Tiemanna nadają się doskonale do stosowania ich jako cewniki stałe, dają się wyjałowić przez gotowanie, ze stanowiska aseptyki też przewyższają cewniki Nelatona, gdyż te ostatnie trudniej jest wprowadzić odrazu w zewnętrzny otwór cewki z powodu zbytniej ich giętkości. Stosując cewnik Nelatona musimy trzymać go przy zabiegu blizko końca dopęcherzowego, nabiera to jeszcze większej ujemnego znaczenia, jeżeli nie mamy do rozporządzenia wyjałowionych szczypczyków. Serja cewników Nr. 14—18 (wedle skali Sharrier) wystarcza i jest najodpowiedniejszą. Bardzo pożyteczne, zwłaszcza w niektórych swych formach są cewniki półtwarde, są one wyrobione z plecionki jedwabnej przepojonej masą lakową. Instrumenty te oddają znakomite usługi przy cewnikowaniu w przypadkach zwężeń cewki, stosujemy je wówczas w formie prostego walca zakończonego stożkowatym końcem. Należy je mieć od Nr. 8—12. Cewniki francuskie jedwabne firmy Porges można wyjaławiać przez gotowanie, prócz opisanej formy stożkowatej są wyrobione z zakończeniem Mercier, ostatnio też tiemanowskiem, dzielą one wiele zalet z cewnikami Tiemanna, istotnie ich nie przewyższają, natomiast z powodu pękania powłoki lakowej są mniej trwałe.

Bezwzględnie konieczny jest zapas zgłębników nitkowatych (bougies filiformes) i to w większej ilości, gdyż z powodu swych delikatnych rozmiarów łatwo ulegają zniszczeniu. Cewniki metalowe są na ogół prawie zbyteczne, konieczność ich użycia jest wprost wyjątkowa, wprowadzenie ich może być zabiegiem bardzo niebezpiecznym nawet w najwprawniejszych rękach. Stanowczo należy zaniechać używania cewników metalowych składanych, zalecanych w kieszonkowych instrumentarjach jak również cewników z mandrynami.

Dobre usługi w przypadkach przewężeń cewki oddają cewniki metalowe Leferta, są one zakończone śrubką, na którą nakręca się bougie filiforme zaopatrzoną w odpowiednią muterkę. Wystarcza zaopatrzyć się w Nr. 10 i 12 tych cewników, oraz kilka odpowiednich nasadek.

Cewniki miękkie i półtwarde przechowują się znakomicie latami w odpowiednich słojach wypełnionych gliceryną. Praktyczne i poręczne do noszenia są sterylizatory podane specjalnie dla cewników przez Zuckerkandla. Jako środek wygładzający i czyniący cewnik śliskim oddaje dobre usługi preparat wedle recepty: Tragacanth 1,5 tere c. aqua frigida 10,0 adde Glycerin ad 100,0 Coque ad sterilisat, adde Hydrarg oxycyanat 0,2. Preparat powyższy stosujemy w słoiku o szerokiej szyji (do zanurzania instrumentów) lub w blaszanych tubkach. Waselina jest nieodpowiednią. Przedewszystkiem aby ją rozdzielić równomiernie na cewnik musi się mieć wyjałowione gaziki, które nie zawsze można mieć pod ręką. Następnie w razie częstego jej stosowania może utworzyć się w pęcherzu z pozostałości kulka waselinowa powodująca dolegliwości i usposabiająca do schorzeń. Oliwa działa niekorzystnie na kauczuk z którego są wyrobione cewniki.

Dużem ułatwieniem zabiegów wśródcewkowych jest znieczulenie, osiąga go się przez wstrzyknięcie wstrzykawką cewkową w przednią część cewki kilku procentowego rozczynu nowocainy, tutocainy i psycainy, wstrzyknięty rozczyn powinien kilka minut pozostać w cewce, w tym celu przytrzymuje się po wstrzyknięciu zewnętrzny otwór cewki palcem, równocześnie drugą ręką wmasowuje się rozczyn w tylny odcinek cewki, albo też wprowadza go się zapomocą instalatora Gujona. Wstrzykawkę Gujona łatwo zmienić na zwyczajną wstrzykawkę cewkową przez nasadzenie odpowiedniej oliwki, przeważnie dość dobre znieczulenie można osiągnąć przy zabiegach wśródcewkowych i pęcherzowych przez wlew podług recepty: Rp. Antipyrin 2,0 Tct. Opii gtts. XV aq. fervidae 100. S. klyzma. Do niezbędnych instrumentów zaliczyć należy wstrzykawkę Janeta o objętości 100 cm^3. Praktycznie jest mieć kilka nasadek dostosowanych do stożka wstrzykawki, wystarcza zupełnie wygotowanie nasadki przed każdorazowem użyciem. Sama wstrzykawka raz wyjałowiona służy do kilkakrotnego użycia. Sposób ten stosowany od szeregu lat na klinice Bluma okazał się zadowalniający ze stanowiska aseptyki. Opisane modyfikacje wstrzykawek są podane przez klinikę Bluma, wyrabia je firma Leichter we Wiedniu.

Technika wprowadzania cewników:

Najlepsze jest ułożenie chorego w położeniu krzyżowem, z lekko odwiedzionemi kończynami dolnemi i zgiętemi kolanami, o ile zabieg odbywa się w łóżku wskazane jest podniesienie miednicy przez podłożenie poduszki, niezbedne jest to przy stosowaniu cewników metalowych. Lekarz stoi po prawej stronie chorego.

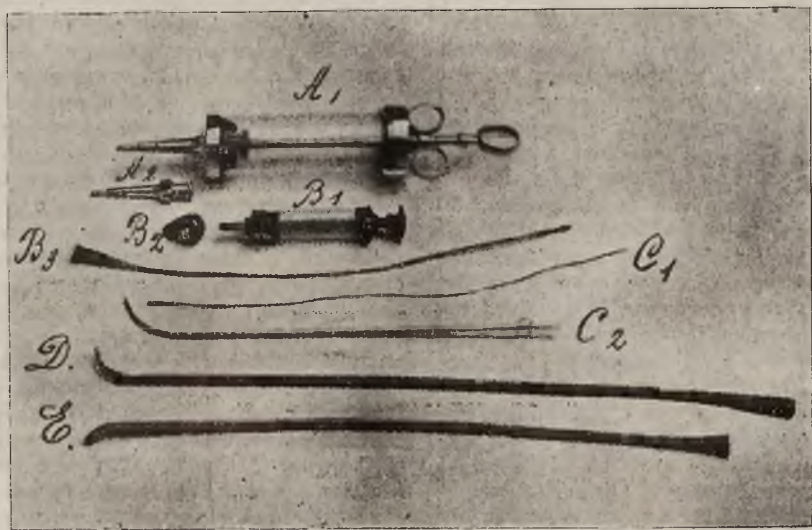
Staranność przy wprowadzeniu cewnika w otwór zewnętrzny cewki nazywa Wildbolz słusznie kluczem aseptyki cewnikowania. Warunki tej staranności polegają na możliwie dokładnem oczyszczeniu mechanicznem zewnętrznego ujścia cewki, zapomocą wacików lub gazików zanurzanych przedtem w jakimś rozczynie odkażającym n. p. Hydrarg. oxycyanat. 1 : 2000, następnie na umiejętnem wprowadzeniu cewnika. Postępując ściśle według następujących zasad unikniemy błędu: Koniec członka ujmujemy pomiędzy 3-cim a 4-tym palcem lewej ręki zwróconej stroną dłoniową ku górze, równocześnie rozchylamy przy pomocy kciuka i wskaziciela wargi ujścia zewnętrznego cewki, ułatwiając w ten sposób wsunięcie końca cewnika, temsamem unikamy zepchnięcia drobnoustrojów z sąsiedztwa ujścia w głębszą część cewki. Pamiętać należy, że cewka zajmuje ekscentryczną część członka, dlatego przy wprowadzaniu końca cewnika kierujemy nim ku dołowi, unikamy w ten sposób uwięźnięcia cewnika. Przy stosowaniu cewników miękkich należy je trzymać blisko końca dopęcherzowego w wyjałowionych szczypczykach, w ten sposób unika się zetknięcia końca cewnika z otoczeniem ujścia zewnętrznego cewki.

Powyższe zasady mają na celu uniknięcie często tak niebezpiecznego zakażenia wynikłego z nieumiejętnego cewnikowania, przyczyną bowiem tego zakażenia jest prawie zawsze zepchnięcie drobnoustrojów z zewnętrznego odcinka cewki i jej ujścia w głębsze części dróg moczowych. Dobrym środkiem zapobiegawczym zakażeniu, wskazanym zwłaszcza przy stanach chronicznego zatrzymania się moczu, jest przepłukanie przedniego odcinka cewki rozczynem odkażającym (Sol. acid. borici 3%). Przepłukanie to wykonuje się w następujący sposób: wprowadza się cewnik połączony z wstrzykawką w przedni odcinek cewki, następnie wyciąga się go powoli równocześnie wstrzykując rozczyn odkażający. Po wykonaniu prawidłowego przeprowadzenia cewnika miękkiego lub półtwardego przez zewnętrzny otwór cewki dalsze jego prowadzenie polega na ostrożnem wsuwaniu, przyczem członek należy trzymać możliwie naciągnięty, aby wyprostować w ten sposób fałdy śluzówki cewki. Pamiętać należy, że w razie uwięźnięcia cewnika wszelkie forsowanie nie prowadzi nigdy do celu. Powoduje ono tylko zaginanie się cewnika i drażnienie cewki. Przeszkodę należy zawsze obejść chytrością a nie siłą, jeżeli cewnik utknie należy go wyciągnąć nieco powyżej przeszkody i próbować ją ominąć delikatnem posuwaniem. Zwieracz zewnętrzny cewki stawia czasami opór, zwłaszcza, jeżeli stosujemy cewniki miękkie lub cienkie, również normalne kieszonkowate wgłębienie cewki w pars bulbosa uretrae może być pułapką dla końca cewnika.

Stosowanie cewnika metalowego powinno się wogóle unikać ze względu na niebezpieczeństwa połączone z tym zabiegiem, jest on usprawiedliwiony wyjątkowo, tem więcej jednak zasługuje na dokładne omówienie:

Lekarz stoi po prawej stronie chorego. Cewnik należy trzymać za jego koniec obwodowy w prawej ręce, koniec dopęcherzowy wprowadza się w otwór zewnętrzny cewki, mając w pamięci zasady wymienione przy omówieniu stosowania cewników miękkich. Członek trzyma się lewą ręką naciągnięty i ustawiony pod kątem prostym do smugi białej t. zn. do poziomu długiej osi ciała chorego. Dalsze prowadzenie cewnika wykonywuje się w ten sposób, że naciąga się nań członek, jak rękawiczkę na palec. W okolicy diaphragna urogenitale po ominięciu pars bulbosa uretrae napotyka dziób cewnika na otwór, oznacza to, że dotarliśmy do zewnętrznego zwieracza cewki. Obecnie obracamy członek wraz z cewnikiem o 90° ku powłokom brzusznym, tak, że długa oś cewnika wieniem śluzówki cewki, wówczas należy wstrzyknąć do pęcherza ręczną wstrzykawką kilkanaście cm³ odkażającego rozczynu (acid. borici 3%) a natychmiastowo ukaże się strumień moczu. Po wykonaniu cewnikowania jest wskazane zawsze przepłukać pęcherz letnim rozczynem odkażającym, celem przepłukania pęcherza jest zapobiegnięcie zakażeniu pęcherza, które jest możliwe mimo wszelkich ostrożności, stosowanie przy cewnikowaniu również temu celowi posłuży podawanie doustne: urotropini, camphora 0,5 trzy razy dziennie w czasie jedzenia przez kilka dni po zabiegu.

Nie należy nigdy zapomnieć o przeczyszczeniu i przestrzyknięciu cewników zaraz po ich użyciu, zaniedbanie tej zasady powoduje często bardzo niemiłe niespodzianki przy powtórnem użyciu instrumentów, mianowicie pozostały w cewniku śluz i skrzep krwi w gotowaniu twardnieją i zatykają światło cewnika. Przykrem jest i dla lekarza i dla chorego, jeżeli spostrzeże się to



A_1 Wstrzykawka Janeta — A_2 Nasadka wstrzykawki Janeta — B_1 Wstrzykawka Guyona — B_2 Nasadka oliwkowa pozwalająca stosować wstrzykawkę Guyona jako cewkową — B_3 Cewnik Guyona — C_1 Bougie filiforme z gwintem C_2 Cewnik Leforta — D Cewnik Tiemanna — E Cewnik Miercier

ustawia się równolegle do smugi białej. Koniec obwodowy cewnika zwrócony jest ku głowie chorego, wykonywując ten obrót pamiętać należy, że członek trzyma się naciągnięty na cewnik, wywiera się całkiem zresztą lekki ucisk aby zapobiedz wysunięciu się jego z cewki. Dalsze prowadzenie cewnika obejmuje lewa ręka, która przytrzymuje członek naciągnięty na cewniku i równocześnie wykonuje powolny obrót, mianowicie wraca do pozycji pionowej, następnie opuszcza cewnik wraz z trzymanym członkiem między nogi chorego. Prawa ręka ogranicza się do wywierania lekkiego ucisku na koniec obwodowy cewnika. Ucisk ten ma na celu nie tyle wepchnięcie cewnika ile przeszkodzenie wysuwaniu się jego, jeżeli nie wyczuwamy większego oporu opuszczamy cewnik poniżej linji poziomej ciała. Strumień moczu oraz możność swobodnego okręcania cewnika wokół jego długiej osi świadczą o dobrze wykonanym zabiegu. Wyczuwany opór przy opuszczaniu cewnika oznacza to, że nie przeszliśmy jeszcze przez pierścień zwieracza zewnętrznego i dziób cewnika opiera się na przedniej ścianie cewki, leżącej tuż pod spojeniem łonowem, użycie siły nawet stosunkowo nieznacznej celem przeforsowania oporu byłoby jednoznaczne z przebiciem fałszywej drogi. Pamiętać bowiem musimy, że każdy ucisk na zewnętrzny koniec cewnika działa ze spotęgowaną siłą na dziób jego w myśl prawidła fizycznego o dźwigni. Dźwignią bowiem w tym przypadku jest cewnik.

Trafia się na opór, to należy cewnik nieco cofnąć, obwodowy jego koniec pochylić ku powłokom i czynność opisaną powyżej wykonać powtórnie. Jeżeli opór powoduje zwieracz znajdujący się w stanie skurczu, natenczas wystarcza spokojne przeczekanie przy równoczesnym łagodnym ucisku na obwodowy koniec cewnika, po chwili zwieracz poddaje się i przepuszcza cewnik. Ta kapitulacja cewnika objawia się niekiedy gwałtownem wpadnięciem dziobu cewnika w pars membranaca uretrae.

Czasem mamy wrażenie, że cewnik, czy to miękki, czy też sztywny, jest prawidłowo wprowadzony w pęcherz, jednak strumień moczu nie okazuje się, natenczas prawdopodobnie światło cewnika jest zatkane przez skrzepy krwi, spowodowane krwa- dopiero po wyjęciu raz dobrze wprowadzonego cewnika.

Cierpienia powodujące nagłe zatrzymanie się moczu mogą być wrodzone jak n. p. zbyt wązki otwór zewnętrzny cewki, fimoza i pozostająca z nią w związku parafimoza. Wrodzone zwężenie ujścia cewki prowadzi do zatrzymania sie moczu przy obrzęku tkanek, spowodowanym stanem zapalnym w okolicy zewnętrznego otworu cewki. Dla usunięcia cierpienia wystarcza chwilowo rozszerzenie na tempo, lecz lepiej gdy równocześnie radykalnie leczy się rozszerzenie krwawo. Zabieg krwawy polega na rozcięciu ujścia zewnętrznego cewki, rozcinamy dokładnie w linji środkowej wprowadzając w otwór cewki delikatny nożyk, którego ostrze kierujemy ku wędzidełku. Powierzchnię ranną zaopatrujemy kilku delikatnemi szwami strunowemi łączącemi śluzówkę cewki z brzegiem rozciętej żołędzi.

Przy wrodzonym niedorozwoju ujścia cewki spotykanym czasem u noworodków, wystarcza jako pierwsza pomoc nacięcie cewki moczowej. Wrodzona fimoza powoduje ostre zatrzymanie się moczu skutkiem przyłączenia się procesów zapalnych, racjonalnym zabiegiem jest operacja w swej najprostszej metodzie t. j. nacięcie napletka na stronie grzbietowej.

Często fimoza doprowadza do stanu znanego pod nazwą parafimozy. W celu usunięcia jej próbujemy nastawienia bezkrwawego, w razie niemożności wykonania jego nacięcia. Nacięcie pierścienia zwężającego winno być głębokie, gdyż inaczej przecina się tylko obrzękłe tkanki, nie zwalniając uwięzionej żołędzi. Chorych obarczonych opisanemi zmianami wrodzonemi należy zawsze kierować do leczenia radykalnego, gdyż często prowadzą one przez nawet chroniczne i niezupełne zatrzymanie się moczu do ciężkich zmian chorobowych.

Zatrzymanie się moczu spostrzega się niekiedy po urazach godzących w części sąsiadujące z dolnemi drogami moczowemi, urazy te prowadzą w swych bezpośrednich skutkach do okaleczeń cewki, pecherza, wylewów krwawych, bądź też działanie ich na drogi moczowe jest pośrednie jak przy złamaniach kości miednicy. Wskazuje wywiad i objawy na to, że zatrzymanie się moczu spowodowane jest okaleczeniem cewki, to wówczas pa-

miętać należy o zasadzie primum non nocere, każdy błąd bowiem może kosztować życie chorego. Najlepiej wstrzymać się od wszelkich prób cewnikowania i chorego jaknajspieszniej oddać opiece chirurga, jeżeli wymaga tego bezwzględna konieczność, bo daleko bezpieczniejszym zabiegiem jest punkcja nadłonowa pęcherza, niż niewłaściwe lub niezręczne cewnikowanie, które przez zakarzenie rany cewki prowadzi z reguły do stanu posocznicowego.

Punkcję należy wykonać cienką kaniulą długości około 8 cm, wkłuwa się ją tuż powyżej spojenia łonowego po uprzednim ogoleniu i oczyszczeniu skóry.

Powodem ostrego zatrzymania się moczu mogą być przyczyny, które dróg moczowych bezpośrednio nie atakują a wywierają taki wpływ pośrednio. Do przyczyn takich możemy zaliczyć zaburzenia w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym jak n. p. nowotwory mózgu i rdzenia, apopleksja mózgowa, tabes, sclerosis multiplex, urazy rdzenia, dalej zapalenia nerwów spowodowane zatruciami chemicznemi lub jadami przy chorobach zakaźnych jak tyfus, krup, lues. Również zmiany zapalne rozwijające się w bliższem lub dalszem sąsiedztwie dróg moczowych mogą prowadzić przez ucisk lub odruchowo do zatrzymania się moczu, np. zapalenie gruczołu krokowego bądźto przerzutowe bądźto powstałe na tle zapaleń dróg moczowych, wypadnięcie guzków krwawniczych kiszki stolcowej, zapalenie części rodnych kobiety.

Zabieg przy ostatnio poruszonych stanach będzie przeważnie prosty i łatwy, cewnikowanie wykonamy każdym miękkim lub półtwardym cewnikiem Nr. 17 — 19, lepszy jest grubszy gdyż łatwiej przezwycięża opór skurczowy zwieracza, o ile ten opór jest znaczny najlepiej posłuży nam zastrzyk morfiny z atropiną i cierpliwość. Unikając przemocy a wywierając łagodny ucisk na cewnik doprowadzimy zwieracz do rozkurczu. Pożądany cel t. j. wypróżnienie pęcherza można osiągnąć też często bez wszelkich zabiegów, jeżeli polecimy choremu usiąść w miednicy napełnionej letnią wodą i próbować w tej pozycji oddać mocz, też dobre i wystarczające usługi oddaje często dożylny zastrzyk cylotropiny.

Począwszy od 6-tego dziesiątka lat życia najczęstszym powodem ostrego zatrzymania się moczu jest t. zw. przerost gruczołu krokowego. Rozpoznanie podstawowego cierpienia opiera się na wywiadzie, który wskazuje na trudności przy oddawaniu moczu trwające od dłuższego czasu, przeważnie dowiemy się o częstem parciu na mocz zwłaszcza w nocy. Dolegliwości z powodu ostrego zatrzymania się są znaczne o ile występuje ono w pierwszym okresie choroby. W stanach późniejszych przy znacznej pozostałości moczowej w pęcherzu następuje pewnego rodzaju przyzwyczajenie się do nadmiernego wypełnienia pęcherza tak, że dolegliwości przy zupełnem zatrzymaniu się mogą być mierne, zwłaszcza, że świadomość takich chorób jest upośledzoną skutkiem zatrucia mocznicowego. Palec wprowadzony do kiszki stolcowej stwierdza przeważnie powiększenie się stercza, pamiętać jednak należy, że nawet nieznaczny t. zw. przerost tylko płatu średniego może tworzyć przeszkodę i że wówczas badaniem przez kiszkę stolcową większych zmian możemy nie stwierdzać. Nasze rozważanie rozpoznawcze powinno uwzględnić inne przyczyny prowadzące do ostrego zatrzymania się moczu, starszy człowiek może cierpieć również na przewężenie cewki pourazowe lub pozapalne lub na uwiezgnięcie kamyczka, krótka orjentacja w kierunku uwiądu rdzenia jest konieczną aby uchronić nas od błędu, pomocnym również jest objaw charakterystyczny dla schorzeń rdzenia t. j. że gdy uciśniemy na okolicę pęcherza wypływa mocz wyciskany. Zanim przystępuje się do zabiegu wypróżnienia pęcherza należy orjentować się czy mamy do czynienia z rzeczywiście ostrem zatrzymaniem się moczu w okresach początkowych cierpienia, czy zatrzymanie się nastąpiło już u chronicznego retencjonisty. Pytanie to jest zasadniczem, od rozstrzygnięcia jego zależy linja naszego postępowania. Pomocnym w rozwiązaniu tego zagadnienia jest wywiad, ogólny wygląd chorego, i ciężar gatunkowy moczu. Przy ostrem zatrzymaniu się moczu spowodowanym gwałtownym obrzękiem po błędach dietetycznych, nadużyciu alkoholu i t. p. jak to zdarza się w początkowych okresach t. zw. przerostu stercza, chory robi wrażenie człowieka o pełni sił, zabarwienie skóry i ogólny wygląd nie wiele odbiega od normy, dolegliwości natomiast są duże.

Wygląd chronicznego retencjonisty u którego wystąpiła zupełna niemożność wypróżnienia pęcherza, lecz była ona już poprzedzoną przewlekłą niemożnością wypróżniania całkowitego t. zn. że po każdym oddawaniu moczu pozostawała coraz większa ilość nieoddana w pęcherzu, przedstawia obraz człowieka ciężko chorego, cera blado żółtawa przypomina charłactwo rakowe, język jest silnie obłożony suchy, pragnienie jest silnie wzmożone przy zupełnym braku łaknienia (często u takich chorych rozpoznawano mylnie raka żołądka). U chorych znajdujących się w ostatnio opisanym stanie cierpienia zasadniczo, nigdy, pod żadnym warunkiem nie należy wykonać odrazu całkowitego opróżnienia pęcherza. Zasada ta będzie zrozumiałą, jeżeli nadmienię, że u chorych takich nastąpiło już daleko idące zaatakowanie górnych dróg moczowych i nerek, które objawia się niskim ciężarem gatunkowym moczu a stany zastoinowe doprowadziły do znacznego rozszerzenia się naczyń krwionośnych, które w danej chwili są uciśnięte przez w wielkiej ilości nagromadzony mocz. Gwałtowne wypróżnienie może łatwo spowodować krwawienia do miąszu nerek prowadzące do mocznicy wzgl. do powiększenia już istniejącej, albo nawet nagły krwotok *(ex vacuo)* do przewodów moczowych a w każdym razie silne wahania ciśnienia krwi, które tylko jako takie przedstawia wielkie niebezpieczeństwo dla ciężko chorego. Wypróżnienie pęcherza powinno odbyć się etapami t. zn. odpuszczamy nieco moczu, kieszonkowym urometrem badamy jego ciężar gatunkowy, jeżeli waha się on między 1003 a 1012, ograniczamy się do odpuszczenia około 400 cm^3 i do zupełnego wypróżnienia dochodzimy powoli cewnikując dwa razy dziennie powiększając stale porcję spuszczonego moczu mniej więcej o 100 cm^3 Wynosi ciężar gatunkowy moczu ponad 1015 jeżeli pozatem stan chorego nie budzi obaw, to wówczas można pęcherz wypróżnić całkowicie odrazu. Technika cewnikowania przy t. zw. przeroście stercza nie jest trudną ani zabieg ten nie jest niebezpieczny jeżeli pamiętamy o zmianach anatomicznych związanych z przyrostem. Wiemy przedewszystkiem, że ani cewka moczowa, ani jej dopęcherzowe ujście nie ulega istotnemu przewężeniu, staje się ona nieco dłuższą przez wydłużenie się części sterczowej. Przeszkoda tworząca niedrożność cewki polega na ściśnięciu jej przez powiększone stercze, również mogą wystąpić pewne zwichrowania jej osi zależnie od nierównomiernego przyrostu tego czy innego płata. Przewężenie nie jest zatem sztywne, cewka zachowuje nadal swą elastyczność dozwalającą wprowadzać cewniki. Ucisk powiększonego stercza odbija się głównie na ściance grzbietowej cewki, najmniejszym zmianom ulega ścianka dobrzuszna, dlatego najodpowiedniejszym cewnikiem jest cewnik o zgięciu Tiemanna lub Mercier, gdyż są one w ten sposób zbudowane, że ich dziób ślizga się po przedniej ścianie. Najlepiej stosować wymiary średnie Nr. 14 — 18. Cewnik należy lekko popychać szczypczykami, gdy trafi się na opór w części sterczowej to trzeba go trochę cofnąć skręcić nieco wzdłuż długiej osi i w ten sposób próbować nadać inny kierunek dzióbowi cewnika, aby przejść zwichrowane miejsce cewki, jednak ścieżką po której dziób posuwa się powinna być zawsze przednia jej ściana.

Postępowanie opisane zawsze prowadzi do celu t. j. pomyślnego wykonania zabiegu. Czasem ma sie wrażenie, że cewnik jest już w pęcherzu a strumień moczu nie okazuje się, to może polegać tylko na zatkaniu się oczka cewnika skrzepem, wówczas należy wstrzyknąć do pęcherza strzykawką Janeta kilkanaście cm^3 wyjałowionego płynu (też letnią przegotowaną wodę) używając przy tem dość znacznej siły na pchnięcie tłoku strzykawki.

Wypadki zupełnie wyjatkowe (spostrzegałem tylko raz) niemożności wprowadzenia cewnika polegają na tem, że znacznie przerosły płat środkowy tworzy rodzaj wentylu, który nagromadzony w wielkiej ilości mocz przyciska silnie do ujścia dopęcherzowego, nie pozostaje wówczas nic innego jak wykonać nakłucie nadłonowe.

Nakłucie nadłonowe nie jest zawsze zabiegiem bezpiecznym, znane są przypadki przebicia się do jamy otrzewnowej a nawet przebicia jelita, zagięcie pęcherzowe otrzewny może sięgać niekiedy bardzo nisko, może nawet być przyrośnięte do spojenia łonowego, tak że mimo nawet silnego wypełnienia pęcherza otrzewna nie może posunąć się dogłowowo. Skutki podwójnego przebicia zdwojenia listka otrzewnowego i zakażenia go moczem, który w wypadkach zastoju zawiera zawsze drobnoustroje nie wymagają bliższego omówienia. Nakłucie nadłonowe powinno zawsze być *ultimum refugium*. Na zakończenie omówienia postępowania przy t. zw. przyroście stercza, jeszcze raz podkreślam, że cewnik metalowy zwłaszcza przy tem schorzeniu jest bardzo niebezpiecznym nawet przy dużej wprawie we władaniu.

Do ostrego zatrzymania się moczu prowadzą często bliznowate przewężenia cewki, które są następstwem przebytych urazów lub zmian zapalnych. Przewężenia pozapalne zwłaszcza potryprowe występują przeważnie w kilka lat po przebytem zapaleniu, procentowo najczęściej, bo około 80% powodują je zapalenia wiewiórowe.

---

[1]) Rzadki przypadek umiejscowienia gonokoków wychodzących z gruczołów przysterczodwych i t. d. Kaliniewicz: Pol. Gaz. Lek. Nr. 18, 1928.

Rozpoznanie przewężenia opiera się na wywiadzie w kierunku przebytego zakażenia lub urazu, przeważnie dowiadujemy się, że oddawanie moczu odbywało się z utrudnieniem, dopiero po użyciu silnego parcia tłoczni brzusznej okazywał się strumień moczu, który stawał się coraz cieńszym a po pozornie całkowitem wypróżnieniu pęcherza wydostawały się jeszcze mimowoli liczne kropelki. Próba wprowadzenia kilku o różnych wymiarach cewników wykaże, że więzgną one zawsze w tym samym miejscu; objaw ten potwierdza rozpoznanie. Przewężenia bliznowate są przeważnie umiejscowione w pars bulbosa, w głębszych odcinkach nie występują. Doprowadziło bliznowate przewężenie cewki do stanu ostrego zatrzymania się moczu, wówczas doraźny zabieg uwalniający chwilowo chorego od przykrego i niebezpiecznego stanu polega na wprowadzaniu nitkowatej sondy *(bougie filiforme)*. Przed zabiegiem należy wstrzyknąć morfinę lub pantopon. Dobrze jest znieczulić śluzówkę cewki w opisany poprzednio sposób. Po wypuszczeniu płynu znieczulającego wstrzykujemy strzykawką cewkową kilka cm³ wyjałowionej oliwy lub gliceryny w celu wygładzenia wnętrza cewki.

Po wykonaniu opisanego przygotowania uzbrajamy się w cierpliwość, lewą ręką naciągamy członek tyle ile to tylko jest możliwe (dobrze jest trzymać żołędź przez gazik aby nie wyślizgiwała się z palców oślizgłych skutkiem wyciekania oliwy) i próbujemy wsunąć do pęcherza sondkę. Zabieg wymaga bardzo dużo cierpliwości, wszelkie denerwowanie się prowadzi tylko do okaleczeń cewki, zwijania się sond przed przeszkoda oraz ich niszczenia. Sondę należy posuwać całkiem powoli krótkiemi ruchami, jeżeli utknie należy ją cofnąć i wsuwać na nowo, albo też wsunąć obok niej kilka innych sond i niemi naprzemian próbować przejść przeszkodę, póki to się nie uda. Czasami celowem jest użycie sondki, której koniec jest zgięty bagnetowato lub spiralnie, można też samemu sondom prostym nadawać podobne kształty, czasem sondki grubsze łatwiej prowadzić niż cieńsze. Nieudałe próby nie powinny zrażać, jeżeli udało się sondę wsunąć tak głęboko, że jej obwodowy koniec jest tuż powyżej ujścia zewnętrznego cewki, jeżeli sonda nieco wsuwana i wyciągana pozostaje w położeniu, które jej nadało się a przyciśnięta nie odskakuje, to dowodzi to, że znajduje się ona w pęcherzu. Odskakiwanie głęboko wprowadzonej sondy jest nieomylnym dowodem na to, że zagięła się ona lub zwinęła przed przeszkodą.

Dobrze wprowadzoną do pęcherza sondę umocowujemy na członku przylepcem lub tasiemką na stałe i możemy chorego na razie pozostawić, gdyż mocz będzie ściekać stale kropelkami po sondzie aż do całkowitego opróżnienia pęcherza. Doraźnie można pęcherz opróżnić jeżeli wprowadzona sonda jest zaopatrzona w gwint dostosowany do cewnika L e f o r t a Nr. 8 albo 9, wśrubuwujemy wówczas cewnik i wsuwamy go z łatwością gdyż sonda przeprowadzi go przez przewężone miejsce.

Dla uzupełnienia omawianej sprawy dodam, że ciała obce jak kamyki górnych dróg moczowych lub też przedmioty czasem naumyślnie wprowadzone do cewki mogą spowodować jej niedrożność, zależnie od umiejscowienia należy próbować je usunąć instrumentami o ile są łatwo dostępne albo dążyć do zepchnięcia zapomocą cewnika do pęcherza.

S. PROGULSKI i F. REDLICH. Lwów.

Zgorzel skóry w przebiegu błonicy gardła.

Z Kliniki Pediatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. F. G r ö e r.

Dnia 3 listopada 1926 r. przyjęto do Kliniki Dziecięcej dziecko ze zgorzelą skóry na nodze, która miała wystąpić w przebiegu błonicy. Rzadkość tego rodzaju powikłania w tej chorobie skłoniła nas do opisu tego przypadku. Dotyczył on dziewczynki 6-cio letniej, która 3. X. 1926 r. dostała lekkiego kataru z nieznacznem podwyższeniem ciepłoty. W dwa dni później ciepłota się podniosła, a lekarz domowy miał stwierdzić zapalenie gardła.

7. X. wystąpiła u dziecka duszność, w ciągu nocy stan ogólny tak się pogorszył, że lekarz ponownie wezwany podejrzewając tło błonicze schorzenia wstrzyknął 2000 jedn. antyt. surowicy przeciwbłoniczej. Duszność i sinica trwać miały mimo wstrzyknięcia jeszcze kilka godzin, a ustąpiły dopiero po kilku zastrzykach olejku kamforowego i coffeiny. W następnych dniach gorączka obniżyła się i stan ogólny zwolna się poprawił.

11. X. obudziło się dziecko nagle w nocy z krzykiem i skargą na gwałtowny ból w lewem podudziu. Rodzice zauważyli wówczas że tak dolna część podudzia lewego jak i cała lewa stopa były bardzo blade, a przy dotknięciu zimne. Nazajutrz wystąpiły na wielkim palcu nogi lewej, na zewnętrznym brzegu stopy i podeszwie czerwone plamy, a równocześnie obrzęk i zaczerwienienie grzbietu nogi.

13. X. Plamy dotychczas czerwone posiniały, a dziecko poczęło się żalić na uczucie drętwienia chorej nogi.

Stan obecny: dziewczynka o miernym stanie odżywienia, o skórze i widzialnych błonach śluzowych bladych. Budowa kośćca delikatna bez szczególnych zmian. Gruczoły szyjne jak i podszczękowe powiększone, zwłaszcza po stronie prawej. Nieżyt nosa. Jama ust bez zmian, tylko migdałki znacznie powiększone i nieco zaczerwienione. Głos nosowy. Stan płuc bez zmian. Serce: górna granica w drugiem przestworzu międzyżebrowem, po stronie prawej sięga do prawego brzegu mostka, na lewo 1 cm po za linją sutkową. Tony głuche, tętno niemiarowe. Narządy w jamie brzusznej bez zmian. Odruchy kolanowe zaledwie zaznaczone. Na grzbie-



Ryc. 1.

cie stopy lewej lekki obrzęk, i tamże skóra na przestrzeni dłoni dziecka sino - czarna, o brzegach zygzakowatych. Również takie same plamy, jakkolwiek mniejszych rozmiarów, na grzbiecie małego palca u nogi, na zewnętrznej stronie stopy i w okolicy lewej zewnętrznej kostki. Wszystkie powyżej opisane miejsca skóry przy dotknięciu zimne i bezbolesne.

Mocz bez zmian. Próby Pirqueta i Mantoux ujemne. Odczyn Wassermanna ujemny.

Badanie krwi: 4.100 ciałek czerwonych, 9.200 ciałek białych. Obraz krwi według Schillinga: 1% ciałek młodych, 14% pałeczkowatych, 46,5% wielokształtnych, 4,5% eozynochłonnych, 26,5% limfocytów, 6,5% monocytów, 1% komórek plazmatycznych.

Leczenie: Chora pozostaje w łóżku, w jak największym spokoju; wyciąg naparstnicy wewnętrznie.

Dalszy przebieg choroby: W pierwszych dniach pobytu w klinice samopoczucie dobre, stłumienie serca mniejsze niż w chwili przyjęcia. Niemiarowe tętno występuje rzadziej. Obrzęk lewej stopy cofnął się, lecz zgorzel skóry pozostała bez zmian.

14. XI. Znaczne pogorszenie ogólnego stanu. Głos wyraźnie nosowy, odruchy kolanowe obustronnie zniesione. Codzienne zastrzykiwania strychnini nitr. (0,0005) i naświetlania lampą kwarcową.

15. XI. Dziecko mówi coraz niewyraźniej, zachłystuje się podczas jedzenia, a pokarmy płynne zwraca nosem.

17. XI. Uporczywy brak łaknienia, coraz częstsze zachłystywania i wymioty podczas których występuje duszność i znaczna sinica.

19. XI. Ciepłota 36 — 37,8° C. Znaczne pogorszenie stanu ogólnego, tętno przyspieszone i nieregularne. Rozszerzenie serca, szczególnie na prawo. Kaszel porażenny. Trudności w odżywianiu, chora zwraca pokarmy nawet wprowadzone zgłębnikiem, przyczem zakaszluje się i sinieje. Zastrzykiwania środków nasercowych i adrenaliny kilkakrotnie w ciągu dnia.

20. XI. Upadek sił coraz większy. Dziecko mówi ledwie zrozumiałym szeptem. W płucach rozległe świsty i rzężenia. Tętno przyspieszone, ledwie macalne, nieregularne. W ciągu nocy zapad.

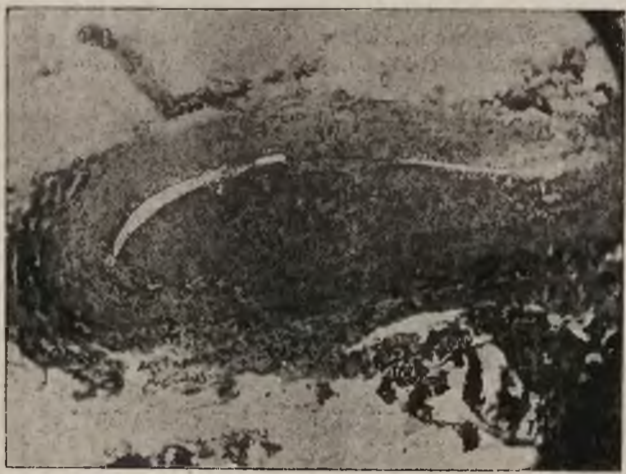
21. XI. Nad ranem zejście śmiertelne.

Wobec tego, że całkowitego badania zwłok nie można było dokonać, ograniczono się jedynie do zbadania schorzałej skóry na nodze lewej. (Dr. Helena S c h u s t e r, Zakład Anat. Patol. Uniw. Lwowskiego): Skóra nogi lewej okazuje zmiany zgorzelinowe. Odpreparowana tętnica grzbietowa stopy lewej przechodzi w tkankę martwiczą. Ściana naczynia jest zgrubiała, a światło jego ku górze wypełnione prawie całkowicie staremi skrzepami, które częściowo już się zorganizowały. Ku dołowi błona wewnętrzna naczynia znacznie zgrubiała i nierówna, co sprawiło całkowite zamknięcie naczynia.

Badanie drobnowidowe: W preparacie zrobionym z przekroju poprzecznego tętnicy z jej części górnej stwierdza się znaczne zgrubienie całej ściany przedewszystkiem zaś błony wewnętrznej. Światło naczynia przedstawia się jako wąska tylko szczelina, gdyż wypełniona jest przez stary przyścienny skrzep, który uległ

częściowo organizacji i tak silnie przylega do ściany naczynia, że granica błony wewnętrznej zaciera się zupełnie.

W preparatach zrobionych z części naczynia tejże tętnicy stwierdza się tak znaczne zgrubienie ściany i błony wewnętrznej, że światła jego prawie nie widać. Błona wewnętrzna okazuje nierówności i wybujałości wskutek zorganizowania się skrzepów.



Ryc. 2.

Powstanie zgorzeli skóry na nodze w przebiegu błonicy tłumaczymy sobie w następujący sposób: Przypadek nasz należy uważać za zbyt późno rozpoznany i leczony niedostateczną ilością surowicy przeciwbłoniczej. Skutkiem uszkodzenia narządu krążenia przez jad błoniczy, przyszło najprawdopodobniej do utworzenia zakrzepu w sercu z następowym zatorem tętnicy grzbietowej stopy i zgorzelą tej części skóry, której brakło dowozu krwi. Przypuszczenia nasze tłumaczą tak zmiany w sercu, stwierdzone w chwili przyjęcia jak i nagły początek objawów chorobowych, umiejscowionych w lewej stopie. Dziecko zbudziło się nagle w nocy z krzykiem z powodu gwałtownego bolu w lewem podudziu a rodzice stwierdzili, że okolice skóry objęte następowo zgorzelą były blade i zimne. Przytoczone więc fakty przemawiają przeciw temu, jakoby jad błoniczy miał uszkodzić pierwotnie ściany naczynia i wywołać zapalenie wraz z wytworzeniem skrzepu *(endarteritis obliterans)*, gdyż w takim razie cały proces zmian na nodze dokonałby się daleko powolniej. Na podstawie przeto wywiadów jak i klinicznego obrazu przyjmujemy, że zgorzel skóry powstała w naszym przypadku skutkiem zatoru przez oderwanie się skrzepu w sercu i zawleczenie go wraz z prądem do tętnicy grzbietowej w nodze. Nagłe zatkanie światła naczynia doprowadziło do zgorzeli skóry.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. Z. 2741/29.

Warszawa, dnia 22 kwietnia 1929 r.

IV kurs trachomatologiczny dla lekarzy.

Do Panów Wojewodów.

W państwowej Szkole Higjeny w Warszawie odbędzie się w czasie od 4 do 12 czerwca r. b. IV kurs trachomatologiczny dla lekarzy. Zadaniem tego kursu będzie zaznajomienie lekarzy, zainteresowanych akcją zwalczania jaglicy, w pierwszym zaś rzędzie lekarzy, ordynujących w przychodniach przeciwjagliczych i innych instytucjach leczniczych dla chorych jagliczych, oraz lekarzy sanitarnych i higjenistów (powiatowi, miejscy, rejonowi, szkolni i t. p.), sprawujących bądź nadzór nad akcją zwalczania jaglicy, bądź mających obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy, ze współczesnemi poglądami na istotę jaglicy, na metody leczenia, zapobiegania oraz organizowania społecznej walki z jaglicą.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o powiadomienie interesowanych lekarzy o mającym się odbyć kursie oraz jednocześnie o polecenie podległym władzom, aby właściwych lekarzy, którzy dotychczas takiego kursu nie przesłuchali, wezwały do wzięcia w nim udziału oraz udzieliły wszelkich niezbednych ułatwień kandydatom, którzy na ten kurs zamierzają się udać.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Departament Służby Zdrowia) jednocześnie powiadamia, że pewnej liczbie kandydatów, poleconych przez Województwo, a którzy nie otrzymują delegacji służbowej od swej władzy bezpośredniej, będzie mogła być przyznana zapomoga w wysokości kosztów podróży i djet odpowiedniego stopnia służbowego na czas trwania kursu.

Kandydaci, ubiegający się o taką zapomogę, winni za pośrednictwem swej władzy bezpośredniej przed 15 maja r. b. przesłać do Departamentu Służby Zdrowia podania, zaopatrzone w następujące załączniki:

1. Krótkie curriculum vitae,
2. Poświadczenie bezpośredniej władzy o delegowaniu kandydata na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i djet.

Kandydaci, którym zapomogi zostaną przyznane, będą niezwłocznie o tem powiadomieni. t

W załączeniu przesyła się program kursu i warunki przyjęcia.

(—) *Dr. Piestrzyński*

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

P R O G R A M

IV-go kursu trachomatologicznego dla lekarzy, który odbędzie się od 4 do 12 czerwca 1929 r. w Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie (ul. Chocimska Nr. 24).

I część — Wykłady.

1. Medycyna zapobiegawcza a praktyka lekarska (Wykład wstępny) — Dr. Chodźko (Warszawa).
2. Etjologja jaglicy (1 godz.) — Prof. Noiszewski (Warszawa).
3. Współczesne poglądy na istotę jaglicy i jej leczenie (1 godz.) — Prof. Szymański (Wilno).
4. Symtomatologja jaglicy (2 godz.) — Prof. K. Majewski (Kraków).
5. Patogeneza jaglicy (1 godz.) — Doc. Melanowski (Warszawa).
6. Epidemjologja i statystyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
7. Profilaktyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
8. Higjena oka i zapobieganie ślepocie (1 godz.) — Doc. Melanowski.
9. Leczenie nieżytów spojówki (2 godz.) — Dr. Wojno (Warszawa).
10. Leczenie jaglicy prostej (2 godz.) — Dr. Zachert.
11. Leczenie jaglicy powikłanej (1 godz.) — Doc. Melanowski.
12. Organizacja walki społecznej z jaglicą (2 godz.) — Dr. Zachert.
13. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagliczej (1 godz.) — Dr. Zachert.

II część — 30 godz. zajęć praktycznych w klinikach okulistycznych i oddziałach szpitalnych oraz w przychodniach przeciwjagliczych w zakresie rozpoznawania, leczenia i zapobiegania jaglicy.

Kandydaci, pragnący wziąć udział w kursie, winni przesłac do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24), najpóźniej do dnia 20 maja r. b., pisemne zgłoszenie z podaniem wieku i zajmowanego stanowiska i przebiegu pracy (curriculum vitae). Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł., za zajęcia praktyczne 15 zł.

Liczba uczestników w zajęciach praktycznych jest ograniczona do 40.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 964/29.

Warszawa, dnia 4 marca 1929 r.

Interpretacja pisma okólnego z dnia 17. X. 1928. Nr. Z. H. 4796/28.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że pismo okólne z dnia 17. X. 1928. Nr. Z. H. 4796/28 w sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności, obejmujące najbardziej zasadnicze postulaty higjeny, obowiązywać mające przy sprzedaży artykułów żywności, spotyka się w instancji niższej względnie w zarządach gminych z interpretacją, która daje często powód do niezadowolenia szerszych mas z zarządzeń, wydanych na podstawie tego pisma. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje wyjaśnienia, dotyczące meritum niektórych punktów tego pisma okólnego.

ad 1) Pismo okólne wymaga, by podłoga była szczelna z materjału nieprzepuszczalnego (może być drewniana, cementowa, asfaltowa, lub tafelkowa) (w miastach, posiadających sklepy wytworniej urządzone). To samo dotyczy stołów, których blaty mogą być z drzewa (byle nie miały szczelin i szpar, gnieżdżących brud, trudny do usunięcia, a stanowiący dobre podłoże dla rozwoju bakteryj), w sklepach zaś pierwszorzędnych można wymagać, by blaty były szklane względnie marmurowe. Żądanie wykładania podłóg tafelkami oraz pokrywania stołów blatami marmurowemi lub szklanemi we wszystkich sklepach jest nieuzasadnione (obwieszczenie magistratu m. Kowla z dnia 12. XI. 28).O ile remont ścian w danych sklepach jest potrzebny, a zbyt trudny do przeprowadzenia w porze zimowej, pozostawia się uznaniu Pana Wojewody (Pana Komisarza), by z uwagi na przeszkody atmosferyczne odroczył termin ten do pierwszych cieplejszych miesięcy, nie później jednak, jak kwiecień—maj.

ad 2) Postanowienia tego punktu, zwłaszcza dotyczące odosobnienia sklepów od mieszkania, winny być w granicach możliwie dostępnych utrzymane, jako jeden z najważniejszych postulatów higjeny. Przepis ten, jako zasadniczy, obowiązuje zdawna i nie wprowada nic nowego. O ile trudności lokalne nie pozwalają na absolutne odsobnienie sklepu od mieszkania przez zamurowanie istniejących drzwi, należy, by te drzwi były chociażby tak szczelnie zastawione z jednej, zarówno jak i drugiej strony, by uniemożliwiona była bezpośrednia komunikacja z jednego do drugiego.

W przypadku zaś jednego tylko wejścia prowadzącego przez sklep do mieszkania lub odwrotnie, należy, by właściciel sklepu przy odnawianiu kontraktu lub w drodze porozumienia z właścicielem domu zaopatrzył mieszkanie (względnie sklep) w wejście oddzielne. Przy otwieraniu nowych sklepów przepis p. 2 winien być całkowicie utrzymany.

ad 6) Przepisy p. 6 winny być w zasadzie utrzymane, jednak przysługuje Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi) prawo według swego uznania i odpowiednio do warunków, w jakich odbywa się sprzedaż artykułów, o których mowa w ust. 1 p. 6, (a więc np. w sklepach spółdzielni lub innych, urządzonych zadowalniająco pod względem wymogów higjeny) czynić indywidualne odstępstwa, które to odstępstwa są w zupełności usankcjonowane wyrazem „z reguły“, podanym w pierwszem zdaniu p. 6.

Ministerstwu zależy na tem, by organa administracyjne wykonawcze były należycie zorjentowane co do właściwego interpretowania przepisów przy wprowadzaniu ich w życie, gdyż w przeciwnym razie wydane zarządzenia nietylko że chybiają celu, ale, wywołując niezadowolenie obywateli, osłabiają jednocześnie autorytet władzy.

Co do zdania drugiego ustępu 1 p. 6, to interpretacja jego winna iść w tym kierunku, by przepis ten był stosowany zasadniczo tam, gdzie sprzedaż nie jest zróżniczkowana, gdzie niema wcale lub w niedostatecznej liczbie specjalnych punktów sprzedaży przedmiotów użytku codziennego. Ponieważ tego rodzaju warunki hadlu (niezróżniczkowanego) spotyka się przeważnie w małych osiedlach, podane zostały ogólnikowo, jako odstępstwa od przepisu zdania pierwszego małe osiedla o niewielkiej liczbie sklepów; jednak w przypadku niezróżniczkowania handlu przepis ten może obejmować sprzedaż zarówno na przedmieściach np. Warszawy, jak na odległych kresach.

W szczególności w sprawie sprzedaży nafty w tego rodzaju sklepach wskazane jest, by sprzedaż ta odbywała się ze zbiorników (sklepowych lub piwnicznych) takiego typu, któryby sam przez się zapewniał w pewnym stopniu warunki higjeniczne sprzedaży; jednak i te zbiorniki (sklepowe) winny być umieszczone w miejscu, oddzielonem całkowicie od miejsc sprzedaży i pomieszczenia artykułów żywności.

Pismo okólne z dnia 17. X. 1928, Nr. Z. H. 4796/28 ma za zadanie przygotowanie i zaznajomienie się z terenem, który w niedługim czasie objęty będzie przepisami, opartemi na podstawie ustawowej i regulującemi w szczegółach sprzedaż i urządzenie sklepów z artykułami żywności. Szczupłe ramy pisma okólnego nie pozwoliły na rozwinięcie tez w niem podanych i należało się ograniczyć jedynie do wykreślenia wytycznych w kwestjach zasadniczych i palących. Jednak właściwe, umiejętne rozwinięcie tych tez ma przy wykonawstwie zarządzeń ważne znaczenie i na tę stronę sprawy zwraca się specjalną uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza).

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Adamski.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 1169/29.

Warszawa, dnia 7 marca 1929 r.

W sprawie uporządkowania hoteli.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Nawiązując do okólnika Nr. 48, rozesłanego za Nr. OJ. 86/15 z dnia 25 lutego 1929 r., w sprawie wycieczek po kraju, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zwrócenie specjalnej uwagi na uporządkowanie hoteli w tych miastach, które są wyznaczone dla ruchu wycieczkowego w związku z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu.

Zechce Pan Wojewoda spowodować, by wykaz hoteli, mających odpowiednie urządzenia sanitarne (w szczególności bieżącą wodę w każdym pokoju i urządzenia kąpielowe) i dających możność wygodnego pobytu, był wywieszony na widocznem i dostępnem miejscu na dworcach we wszystkich tych miejscowościach, przez które w myśl przytoczonego okólnika mają być skierowane wycieczki.

(—) *Dr. Piestrzyński*
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

„Skorowidz lecznictwa“ pod redakcją prof. Dra L. Korczyńskiego. Kartoteka. Kraków 1929.

Zapowiadany licznemi ogłoszeniami i prospektami „Skorowidz lecznictwa“ przedstawia się rzeczywiście imponująco. Mamy przed sobą elegancką fornirowaną skrzyneczkę, zamykaną, mieszczącą kartotekę skorowidza. Bogata treść opracowana przez wybitnych klinicystów polskich podzielona jest na cztery działy.

Dział A zawiera w sposób zwięzły a treściwy i przejrzysty przedstawioną terapję szczegółową chorób, ułożoną według grup klinicznych. Grup tych jest 7, a obejmują one okulistykę, otolaryngologję, dermatologję, pedjatrję, ginekologję, internę i neurologję.

Kartki opisujące poszczególne choroby ułożone w grupach klinicznych alfabetycznie, zawierają obok najistotniejszych wiadomości z zakresu etjologji, patologji i symptomatologji, dokładne opisy leczenia, przyczem uwzględnione są prócz leczenia farmakologicznego leczenie dietetyczne, fizjoterapeutyczne, pielęgnacja chorego, zabiegi ręczne a po części i chirurgiczne.

Przy każdem schorzeniu spotyka się dostateczną ilość recept, doskonale przemyślanych i ułożonych, przyczem podnieść należy, że ilość tych recept nie jest za duża i decyzja co do wyboru tej czy owej recepty nie może lekarzowi sprawić kłopotu takiego jak przy użyciu kalendarzy lekarskich, gdzie nagromadzenie dużej ilości recept przy każdej sprawie chorobowej bez należytego objaśnienia, powodować może bezkrytyczne ich stosowanie prowadzące do polipragmazji, zwłaszcza przez młodych i niedoświadczonych praktyków. W Skorowidzu każdy wzór względnie recepta jest uzasadniona krótkiem i zupełnie wystarczającem objaśnieniem wypływającem z ogólnej terapeutycznej myśli przewodniej rozwijanej przy danej sprawie chorobowej.

Dział B zawiera około 450 opisów najważniejszych specyfików, ze wskazaniami stosowania, dawkowania, postacią w jakiej znajduje się w handlu i ceną.

Dział C zawiera treściwy opis zwiazków chemicznych i przetworów galenicznych przyjętych przez farmakopeę.

W dziale tym przy opisie środków trujących, znajdujemy krótki lecz wyczerpujący opis zatruć i ich leczenia.

Dział D — ogólny — zawiera karty z ogólnemi wskazówkami tyczącemi się receptury, dawkowania, dietetyki, fizykoterapji, klimatoterapji i t. p. Każda karta posiada dość dużo wolnego miejsca przeznaczonego na notatki i uzupełnienia czynione przez samego lekarza.

Łatwość i szybkość z jaką można w Skorowidzu znaleść potrzebne wiadomości sprawia, że wydawnictwo to odda nieocenione usługi lekarzowi praktykowi, a główną zaletą jego jest to że posługiwać się można nim i podczas godzin ordynacyjnych bez wzbudzenia w pilnie obserwującym lekarza pacjencie podejrzenia, że lekarz nie zna się na swoim zawodzie, skoro odpisuje recepty.

Niezrozumie bowiem, że ogrom pamięciowy medycyny współczesnej nie pozwala na zapamiętanie wszystkich stosowanych środków i ich dawek, względnie że obraz jakiejś rzadkiej jednostki chorobowej wzgl. dłużej niestosowana recepta może

wylecieć z pamięci. Dalszą ważną zaletą Skorowidza, nie spotykaną w kalendarzach lekarskich są ceny podane przy każdym przepisanym środku, co pozwala lekarzowi przy wydawaniu swoich poleceń, na zastosowaniu się do stanu materjalnego pacjenta. Dalsze uzupełnienia skorowidza zamierzone przez wydawnictwo pozwolą na uzupełnienie niektórych braków. Zauważyłem n. p. w grupie chorób wewnętrznych brak opisu szkarlatyny i dyfterji, co niewątpliwie będzie wkrótce uzupełnione.

Całość więc musi się pochwalić i lekarzowi - praktykowi gorąco polecić.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Marc Iselin: *Rany i zakażenia rąk (Plaies et Maladies infectieuses des mains).* Stron 217 z 66 rycinami w tekście. Wyd. Masson i Ska. Paryż. 1928.

Poza książkami Kanavel'a i Sterlinga Bunnel'a jest to jedyna w swoim rodzaju monografja, oparta na kilkuletniej skrupulatnej pracy autora. Napisana jasno i zwięźle, poświęcona studjum skaleczeń i zakażeń ręki, nadaje się specjalnie dla praktyka ogólnego, gdyż obejmuje wszystko zasadnicze, co trzeba wiedzieć przy udzielaniu pierwszej pomocy i dalszem leczeniu skaleczeń i zakażeń. Bardzo dodatnią stroną książki jest kierunek w jakim systematycznie idzie autor. Ręka jest narzędziem codziennej pracy, narzędziem bardzo subtelnem i ważnem i cała jej wartość jest związana z jej funkcją. Zachowanie funkcji ręki przy wszystkich jej schorzeniach musi być celem leczenia. I stąd specjalny nacisk autora na utrzymanie we wszystkich warunkach pozycji funkcjonalnej ręki (ręka nachylona pod kątem 60° ku stronie grzbietowej przedramienia, palce zgięte we wszystkich stawach pod kątem 60°, kciuk w opozycji) i funkcjonalne leczenie następowe.

Dla chirurga dużą wartość posiada rozdział poświęcony chirurgji odtwórczej ręki, okaleczałej przez wypadek lub zakażenie, przyczem autor omawia wszystkie, często mało znane sposoby ortopedycznego leczenia przykurczów i operacyjnego leczenia ubytków skórnych, ścięgnistych, kostnych i całych części ręki.

Książka Iselina jest bardzo cennym nabytkiem piśmiennictwa lekarskiego i należałoby jej życzyć, by znalazła się w rękach, zarówno każdego ogólnie praktykującego lekarza, jak i chirurga.

Gruca (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 10, z 15 maja 1929: J. Schlingmann: Przyczynek do kliniki gruźlicy nerek. — E. Stöckl: W sprawie uszkodzenia zarodka wskutek naświetlania promieniami Roentgena. — M. Pawlikowska i E. Piotrowski: O stosowaniu allonalu „Roche" jako środka nasennego i kojącego bóle.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 20, z 16 maja 1929: M. Goldbaum: Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnemi „Cutivaccin Paul". — L. Hirschfeld, W. Halberówna i J. Laskowski: O własnościach serologicznych tkanki normalnej i rakowej. — N. Piwko: Podstawy leczenia gruźlicy kostno - stawowej (streszczenie zbiorowe). — E. J. Zaczyński: Inwestycje w zdrojowiskach polskich. — Paradistal: Dr. Dawid Nisenson: (Wspomnienie pośmiertne).

Nowiny Społeczno - lekarskie, rok III, nr. 10, z 15 maja 1929: Ze Związku lekarzy P. P. — Z paradoksów życia lekarzy kasowych. Partactwo w lecznictwie. — Ustawy i rozporządzenia. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 20, z 19 maja 1929: J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dermatologiczny, tom XXIV, nr. 2, z r. 1929: Wspomnienie pośmiertne: B. p. Wacław Sterling. — St. Kapuściński: W sprawie patogenezy i leczenia kiły. — J. Leyberg: Uwagi w sprawie endoskopji cewki przedniej w przewlekającej się i przewlekłej rzeżączce. — M. Mienicki: Przypadek ziarniniaka grzybiastego. — A. Eljaszówna: Pseudoxanthoma elasticum. — Fr. Krzyształowicz: W sprawie zmian wypryskowatych na tle zakażenia mikrobami ropnemi. — D. Rubinstein i J. Jaranowska: Wyniki stosowania octanu talu. — St. Ł. Kwiatkowski i St. Legeżyński: Odczyn wiązania dopełniacza w rzeżączce.

Ratownictwo, rok I, nr. 5, z maja 1929: H. Śledziewski: O sztucznym oddechu i ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci. Z. Gilewicz: Przystosowanie wozu gospodarskiego i taborowego do transportu chorych (dok.). — W jakich uzdrowiskach leczyć swe choroby. — Uzdrowiska i letniska w Polsce. — M. Swoboda-Trzebiński: Zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom.

Ginekologja Polska, tom VIII, zeszyt I — III, za styczeń - marzec 1929: Prace II Zjazdu Ginekologów Polskich w Poznaniu. — K. Bocheński: Obecny stan nauki w sprawie leczenia raka macicy. — E. Meisels: Zasady techniki naświetlań raka macicy. — J. Lenczowski: W sprawie powstawania i leczenia owrzodzeń pochwy, występujących w czasie stosowania energji promieniotwórczej w przypadkach raka macicy. — Z. Rychłowski: Wpływ energji promieniotwórczej na obraz wziernikowy pęcherza moczowego u chorych na raka szyjki macicy. — L. Lenczowski: Wartość badania drobnowidowego w leczeniu raka macicy. — J. Zubrzycki: Gruczoły chłonne miednicy, a doszczętność zabiegów w raku szyjki macicy. — K. Bocheński: W sprawie organizacji leczenia raka macicy energją promieniotwórczą. — J. Bajoński: Stosowanie promeni Roentgena w ginekologji poza zachorzeniem raka i mięsaków oraz stanów zapalnych z uwzględnieniem materjału Wojewódzkiej kliniki dla kobiet w Poznaniu. — T. Żuralski: Leczenie spraw zapalnych w ginekologji promieniami Roentgena. — S. Mączewski: W sprawie zachowawczego leczenia włókniaków macicy. — J. Niewola: Wyleczony przypadek nabłoniaka kosmówkowego. — A. Rosner: Otyłość a niepłodność. — S. Liebhart: Wpływ czynności jajnika na przemianę podstawową ze specjalnem uwzględnieniem niepłodności. — P. Keller: Badania doświadczalne nad hormonem jajnikowym. — T. Zwoliński: W sprawie zastosowania hormonu jajnikowego w przypadkach zaburzeń miesiączkowych. — J. Zubrzycki: O technice wszczepiania moczowodu. — T. Wiczyński: O operowaniu przetok pęcherzowych pochwowych, albo pęcherzowo - szyjkowo - pochwowych per sectionem altam (Mo. Gill Trendeleuburg). — J. Szymanowicz-Piekarska: Wyniki operacyjnego leczenia obniżeń i wypadnięć macicy. — J. Dobrzański: Zalety operacyjnego nastawienia macicy tyłozgiętej metodą włoską Pestalozza. — A. Natanson: Nowa operacja wypadnięcia macicy z pochwy. — A. Karnicki: W sprawie klinowego wycięcia dna macicy w przypadkach przewlekłego zapalenia przydatków macicy. — T. Zawodziński: Niektóre naukowe zdobycze hystero - salpingografji. — S. Mączewski: Badania doświadczalne zachowania się błony śluzowej wszczepionej do jajnika. — S. Sterling-Okuniewski: Kwasica w przebiegu ciąży, połączona z wymiotami niepowściągliwemi. — J. Garfunkiel: Przypadek mięsaka torbielowatego. — W. Milewicz: Wszczepienie jajnika do mięśnia prostego.

Medycyna, rok III, nr. 15 — 16, z 29 kwietnia 1929: Z. Szczepański: O świstach przy wysłuchiwaniu płuc, jako jednym z objawów gruźlicy płuc. — P. Bakke: O metodzie oznaczania witaminy B. — St. Leśniowski: O napadach snu i stanach pokrewnych. — Sew. Cytronberg: Badanie sprawności żołądka przy pomocy metod fizyczno - chemicznych.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 10, z r. 1929: M. Czerkawska: Dziecko i chochliki (wiersz). — Stefanja Lewartowicz: Poszanowanie osobowości dziecka. a kwestja wpływu wychowawczego. J. Strzelecka: Dzieci łatwe do prowadzenia. — E. Szelburg-Zarembina: Pajączek. — M. Grzywo-Dąbrowska: Jak spędzić lato? — A. Klęsk: Różne zachowanie się małych dzieci w chorobie. — M. Morzkowska: Rozłożenie i przyrządzanie posiłków w okresie niemowlęctwa. — M. Ursz. Niepokoyczycka: O schorzeniach skóry u dzieci. — Matki między sobą.

Zagadnienia rasy, tom IV, rok XI, nr. 5, z marca 1929: L. Wernic: Aktualne zagadnienia ruchu eugenicznego wogóle, a w Polsce w szczególności. — A. Miller: Ustawodawstwo eugeniczne zagranicą i u nas. — W. Borkowski: Starość, odmładzanie i śmierć z punktu widzenia histerezy zarodzi. — Zdz. Świder: O typach krwi ludzkiej. — Z. Stanowski: O potrzebie rewizji zagadnienia Kretschmerowskiego przez badanie terytorjów rasowo różnych. — Szewczykowski: Sport, eugenika i zwyrodnienie rasy. — Z Towarzystwa Eugenicznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů českých.

L. 4. z r. 1929.

Doc .Dr. Z a h r a d n i c k ý: *Doświadczenia nad gruźlicą urazową.*

Dr. V. V ů j t ě c h: *Dacryoadenitis gonorrhoica bilateralis przy gonoblenorrhoi adultorum bilateralis.*

As. Dr. S a b a ł a: *Jaglica na ocznej klinice uniwersytetu Massaryka w Bernie r. 1927.*

K. Dr. J. K u r z: *Xanthosis bulbi.*

Dr. J. M ě l k a: *Leczenie rhinitis i anginy zawiesiną Polysanu.*

L. 5. z r. 1929.

A. P r e c e c h t ě l: *Fizjologiczne i kliniczne znaczenie patologiczno - histologicznych zmian środkowego ucha i centralnego układu nerwowego u nowonarodzonych z nieprawidłowem ułożeniem płodu.*

Dr. J. K n o b l o c h: *O zapaleniach okołopęcherzowych.* (Ciąg dalszy).

Dr. J. H u b a č e k: *Wpływ kosmiszno - metereologiczny w biologji i próba wytłumaczenia go.*

Dr. J. S c h r u t z i Dr. O. V y c h y t i l: *Roentgenoterapja kurczowego kaszlu i jej wpływ na obraz krwi.*

Z p r a k t y k i l e k a r s k i e j:

Prof. Dr. S. M ü l l e r: *Uwagi tyczące się referatu prof. Jeriego o dekapzulacji nerki gruźliczej.* Referat wygłoszony w Towarzystwie lekarzy czeskich w Pradze dnia 26 XI 1928 r.).

Dr. E. P o l a k: *Znaczenie operacji Toreka dla leczenia kryptorchizmu* (wnętrostwa).

Z posiedzeń Towarzystw Lekarskich w Pradze, Bernie i Bratislavy.

L. 6. z r. 1929.

Dr. B. H e j d a: *Krzywa tłuszczycowa metodą badania.*

Dr. J. S t o l z: *O martwicy tkanki tłuszczowej.* Cytosteatonekroza występuje zawsze w tkance tłuszczowej, w której dochodzi do aktywacji lipazy. Lipaza wywołuje zmydlenie protoplazmatycznego tłuszczu i przemianę w kwasy tłuszczowe i mydło. W okolicy martwicowego miejsca powstaje wtórne, oddziaływanie zapalne aktywacją histiocytów, o charakterze granulomu olbrzymio - komórkowego, przypominającego granulom, wytwarzający się naokoło ciał obcych. Kryształy kwasów tłuszczowych otorbione są komórkami olbrzymiemi, podczas gdy pozostałe tłuszcze dostają się do obiegu krwi przy pomocy histiocytów t. z. lipofagów. W przypadku cytosteatonekrozy, towarzyszącej *„pancreatitis"*, jest przebieg zawsze śmiertelny, ponieważ lipaza, wywołująca saponifikację, tworzy się przez aktywację soku trzustkowego, posiadającego i zaczyny atakujące białko i węglowodory. W innych przypadkach cytosteatonekrozy przebieg jest dobrotliwszy. Uwolnienie lipazy odbywa się najczęściej pod wpływem urazu, rzadziej z powodu niedokrwienia (ischaemia), albo jadów, prowadzących do charłactwa. Lipaza ta jest w większości przypadków pochodzenia endokomórkowego, a uwalnia się przez autolizę z protoplazmatu komórek tłuszczowych.

Dr. J. K n o b l o c h: *O zapaleniach okołopęcherzowych.* (Dokończenie). Zapalenia okołopęcherzowe są przez cały szereg szkół rozmaicie tłumaczone. Ze stanowiska klinicznego oznaczany jako *„pericystitis"* wszelkie zapalenia tkanki łącznej, znajdującej się pomiędzy ścianą pęcherza moczowego po jednej a otrzewnej względnie powięziami po drugiej stronie. Etjologicznie rozróżniamy *pericystitis*, powstałą w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, dalej z zapaleń ze sąsiedztwa, *pericystitis* pochodzenia pęcherzowego (i ze zranienia pęcherza). Zapalenia te przedstawiają się patologoanatomicznie jako zwykłe zapalenia surowicze. Przypadki te bywały dotychczas przeoczane, aczkolwiek posiadają znaczenie, bądź dlatego, że mogą nam służyć za miernik stanu zapalenia organów, blizko pęcherza ułożonych, bądź występując jako powikłanie przy różnorodnych postaciach przetokowych albo *„cystitis"* ze wstępującem zakażeniem górnych dróg moczowych. Z objawów zwrócić należy uwagę, że przy pericystitis pochodzenia zewnętrznego występują dolegliwości, jakie zwykle towarzyszą zapaleniu pęcherza, z tą różnicą, że mocz pozostaje czystym; przy pericystitis pochodzenia pęcherzowego występuje nagłe pogorszenie się dolegliwości z zapaleniem pęcherza. Rozpoznanie zapalenia okołopęcherzowego wymaga szczegółowego badania klinicznego, cystoskopicznego i romanoskopicznego, oraz roentgenologicznego. Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu pierwotnego schorzenia, w stanach ostrzejszych oraz powikłaniach koniecznem jest radykalne leczenie samej *pericystitis.*

L. 7. z r. 1929.

Doc. Dr. A. V á ň a: *O nagłem rozdarciu blizny powłok brzusznych po laparotomji.*

Ruptury blizn po laparotomji mogą być wywołane:

a) nieodpowiednią techniką operacyjną,

b) wadami materjału, użytego do zeszycia rany,

c) nieprawidłowym procesem gojenia w ranie.

Autor uważa przyczynę ostatnią za najważniejszą. W dwóch przypadkach opisanych przez autora zwiększała się prawidłowa kwasota rany, głównie z powodu braku tlenu we krwi, skutkiem czego nastaje widocznie przedwczesna resorbcja katgutu, jeszcze zanim zeszyta rana fizjologicznie złączyła się blizną. Przy wzmożeniu acidozy w ranie cierpi i jakość przyszłej blizny. Po powtórnem zeszyciu rana goi się dobrze, ponieważ sutura pierwsza była podnietą do mobilizacji procesów gojenia i regulatorów odczynu krewnego, tak, że gojenie nowe odbywa się w warunkach o wiele korzystniejszych.

Dr. F. T o m á n e k: *O leczeniu nowotworów przy pomocy zastrzyków radioaktywnych.* Zastrzykami roztworu radu 1 milieurie na 1 cm^3 tkanki można zwiększyć żywotność otoczenia nowotworu. Raki podniebienia miękkiego, języka, migdałków, jeżeli nie przekraczały przed leczeniem wielkości laskowego orzeszka i nie wytworzyły przerzutów, po 1 roku zagoiły się klinicznie i bez przerzutów w 80% przypadków.

Dr. J. V i t e k: *Zmiana w oddziaływaniu terenu w przebiegu toksyczno - zakaźnych neurotropowych chorób.*

Dr. O. S l o v a č e k: *Los połkniętego ekstraktora nerwu.* Leczenie połkniętych obcych ciał jest zawsze z początku wyczekujące, z wyjątkiem przypadków, których groźne objawy żądają natychmiastowej interwencji chirurga. Leczenie konserwatywne uzasadnione jest doświadczeniami, że znaczny odsetek połkniętych obcych ciał opuszcza ustrój chorego bez uszkodzeń *per vias naturales.* Przez podanie odpowiedniego pożywienia, wywołującego zbity i obfity stolec, staramy się osiągnąć samoistne uwolnienie ciała obcego. Równocześnie kontroluje się przy pomocy skiaskopji (uwaga na poparzenie) względnie skiagrafji, drogę i umiejscowienie się ciała. Zatrzymanie się dłuższe ciała (wykazane kilkakrotnie roentgenem)jest wskazaniem do operatywnego usunięcia go, zwłaszcza, jeśli występuje trwały ból, lokalizowany przez chorego stale w jednem miejscu. Wskazaniem samo przez się zrozumiałem do operacji są objawy drażnienia otrzewnej przez połknięte ciała obce, ugrzęzłe w przewodzie pokarmowym.

Prof. Dr. J. C i s l e r: *Nauka o nerwie zwrotnym.* (Dokończenie). Autor udowadnia słuszność prawa Semon - Rosenbacha.

Ungar (Lwów.

Piśmiennictwo francuskie.

Le Sang.

Nr. 1. z r. 1929.

O. E l i a s c h e f f: *Znaczenie eozynofilji w pęcherzycach zwłaszcza w chorobie Duhringa.* Na 17 przypadków choroby Duhringa, 8 razy była we krwi i pęcherzach eozynofilja, 3 razy eozynofilja tylko w pęcherzach, 2 razy wyłącznie we krwi, w 4-ch przypadkach nieznaleziono eozynofilów ani we krwi ani też w pęcherzach. Eozynoflja jest zatem częstym objawem, aczkolwiek nie stałym w chorobie Duhringa, brak eozynofilji nie wyklucza jeszcze tego schorzenia. Ilość eozynofilów ulegała wahaniom niezależnie od przebiegu choroby. W miarę zwiększenia się ilości ropy w pęcherzach ilość eozynofilów w tychże malała.

J. P a v e l i M. B r a m o v i c i: *Przyczynek do pochodzenia eozynofilów w wysiękach opłucnowych.* W wysiękach opłucnowych zawierających eozynofile spotykamy dwa rodzaje tych komórek. Pierwszy podobny do eozynofilów, występujących we krwi, drugi wielkości c. czerwonego lub małego limfocyta o silnie barwiącem jądrze, wypełniającem prawie całkowicie komórkę, zaś protoplazma, wypełniona ziarenkami eozynochłonnemi, czasem niebardzo ściśle od siebie oddzielonemi. Komórki te pochodzą z opłucnej, zaczem przemawiają: 1) Doświadczenia na zwierzętach z wstrzykiwaniem pilokarpiny do jamy otrzewnowej, wywołujące miejscową eozynofilję. 2) Analogja z przypadkami gruźlicy otrzewnej, w których obraz drobnowidowy wysięku przypominał białaczkę, podczas gdy krew przedstawiała się prawidłowo. 3) Wymienione eozynofile wielkości limfocyta spotyka się tylko wyjątkowo we krwi.

Powstają one z komórek jednojądrzastych (monocyty) limfocytów i komórek śródbłonkowych, to też spotykamy nieraz obok eozynochłonnych znaczny odsetek jednojadrzastych, przedstawiających wszystkie okresy przejściowe do eozynofilów. Przypuszczalną przyczyną pojawienia się tych komórek w wysiękach opłucnowych jest zdaje się obecność krwinek, ulegających rozpadowi.

M. V. Jedlicka: *Znaczenie czynników endogennych w powstawaniu nieprawidłowych obrazów krwi w przebiegu septikemji.* Początek i przebieg zakażenie zależny jest nietylko od jadowitości zarazka ale i od czynników konstytucjonalnych, które autor określa nazwą „dyspozycja endogenna". Osobnicy o konstytucji prawidłowej, obdarzeni są fizjologiczną dyspozycją względem zakażeń, w przeciwieństwie do osobników, wykazujących dyspozycję patologiczną, ulegających o wiele łatwiej zakażeniom, i u których przebieg zakażenia przedstawia się odmiennie niż u pierwszych. Patologiczna dyspozycja endogenna jest następstwem anomalji jużto czynnościowej (regulacja), jużto morfologicznej (zapas energji plastycznej) narządów, których zadaniem jest obrona przed zakażeniem, a więc szpiku, układu limfatycznego, układu siateczkowo-śródbłonkowego. Obraz krwi zależny jest w pierwszym rzędzie od szpiku kostnego, którego czynność regulują gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, układ współczulny i wpływy chemotaktyczne, nadto musi szpik posiadać pewien zapas energji, by w danym wypadku módz odpowiedzieć wzmożoną czynnością. Szpik będzie oddziaływał nieprawidłowo na zakażenie gdy czynność regulacyjna będzie upośledzoną lub też zapas energji będzie zbyt szczupły. Następstwem tego będzie zwyrodnienie szpiku kostnego, we krwi mniej lub więcej kompletna agranulozytoza i ciężki przebieg zakażenia.

Dowodzą tego 4 przypadki autora, z pośród których w pierwszym na początku septikemji wystąpiła lekka żółtaczka, leukopenja i agranulocytoza, która po upływie tygodnia ustąpiła, poczem krew wykazywała leukocytozę 15.000 w tem 72% neutrochłonnych. Przyczyną tej przemijającej agranulocytozy jest zwiększona wrażliwość układu regulującego szpik, ulegającego łatwo zaburzeniu pod wpływem działania jadów bakteryjnych. Drugi przypadek agranulocytozy wykazywał znaczny odsetek myeloblastów. Agranulocytoza wystąpiła dwukrotnie u tej samej chorej w odstępie 6-ciu miesięcy. Należy w tym przypadku przyjąć wyczerpanie się energji plastycznej samego szpiku o podłożu konstytucjonalnem. Agranulocytozy zatem należy uważać jako jeden z typów złośliwej i ciężkiej septikemji o obrazie krwi pozbawionym neutrofilnych, występujący u osobników o nieprawidłowej konstytucji. Zakażenie może też zaatakować układ limfatyczny. Pierwotnem miejscem zakażenia są tu zwykle migdałki, przychodzi do powiększenia gruczołów limfatycznych i śledziony, we krwi leukocytoza z przewagą limfocytów do 90% przeważnie postacie patologiczne. Mamy tu do czynienia ze specjalnym sposobem oddziaływania na zakażenie przeważnie streptokokkowe u osobników o pewnym typie konstytucjonalnym — limfatyczny, — u których układ limfatyczny zachował cechy tkanki limfatycznej dziecięcej, hamując jednocześnie układ szpikowy.

Odczyny monocytarne są następstwem długotrwałego i powtarzającego się zakażenia. Obok podłoża konstytucjonalnego ważną rolę odgrywa samo zakażenie. Agranulocytozy zwykłe i myeloblastyczne są wynikiem zakażenia o wiele bardziej jadowitego aniżeli odczyny limfatyczne i monocytarne, czego następstwem jest o wiele łagodniejszy przebieg tych ostatnich.

M. Sch. (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische klinik.

Nr. 1, 1929.

H. Schlesinger: *Rokowanie i leczenie chromania przystankowego i początkowej zgorzeli kończyn. Natr. nitrosum* w postaci wstrzykiwań podskórnych lub dożylnych należy do najdzielniejszych środków. Nie należy używać większych dawek jak 0,02 pro dosi i 20—40 wstrzykiwań na całość leczenia. Do dobrych środków należy też diuretyna z papaveryną *(calcium - diuretin* 0,50, *papaverin* 0,04, 2—3 proszki dziennie). Słabsze działanie już powodują: benzyl. benzoicum, strychnin. nitr., chinin., insulina, roztwory hypertoniczne, telatuten i inne.

Sympatektomja Leriche'a wymaga ścisłych wskazań: 1) długotrwałe chromanie przystankowe i brak dostatecznej poprawy, 2) szybkie pogorszenie się procesu chorobowego i niebezpieczeństw zgorzeli, 3) początkowa zgorzel. Po dokonanej sympatektomji należy kontynuować leczenie przez 6—8 tygodni prądem galwanicznym, promieniami Roentgena (naświetlanie części lumbalnej kręgosłupa) i lekkiem naświetlaniem lampą kwarcową.

Nr. 2. 1929.

O. Klein i H. Holzer: *W sprawie niedomogi nerkowej w śpiączce cukrzycowej.* Opis przypadku śpiączki cukrzycowej z uszkodzeniem nerek i z następowem z tego powodu zejściem śmiertelnem. W moczu: białko +, cukier 0,2%, ciała acetonowe nieobecne, w osadzie wałeczki Külza .We krwi: 637 mg % cukru, 193 mg % ciał acetonowych, zapas zasad 12% CO_2; azot pozabiałkowy 70,7 mg %. Zejście śmiertelne w ciągu 24 godzin. Na sekcji. *nephropatha diabetica,* histologicznie zaś: obrzękłe przybłonki kanalików, kłębuszki w większości utrzymane i przerosłe. (Podobne przypadki opisali Elmer i Scheps w Pol. Gaz. Lek. 41, 1928 oraz Deutsch. Arch. Klin. Med. 162, 1928).

Nr. 3. 1929.

L. Langstein: *Leczenie krzywicy.* W sprawie toksycznego działania vigantolu autor wypowiada się przeciw twierdzeniu Deg-witza, że vigantol wpływa ujemnie w przypadkach krzywicy, powikłanej gruźlicą. W jednym tylko przypadku autor mógł zauważyć objawy uboczne w postaci podrażnienia nerek. Oczywiście należy wówczas preparat odstawić. Przestrzega przed przedawkowaniem vigantolu i wymaga podczas leczenia kontroli klinicznej.

Nr. 4. 1929.

C. Prausnitz: *Zakażenie pałeczką Banga u ludzi.* Opis przypadku zakażenia pałeczką Banga u właściciela dóbr. Powolne objawy chorobowe, które po kilku tygodniach ujawniły się w pełni. Gorączka falista, do 40° C, tętno 80, samopoczucie niezłe, leukopenja, lymfocytoza, próba aglutynacyjna 1 : 15,000 więc dodatnia przy ujemnej próbie Vidala. Wyleczenie po 4 tygodniach.

Autor uważa, że rokowanie w tej chorobie jest dobre. Poleca pasteryzację wszelkich produktów mlecznych. Jako środek leczniczy stosuje szczepionkę z drobnoustrojów Banga. Ze względów różniczkowo-rozpoznawczych poleca próbę aglutynacyjną (ponad 1 : 100) szczególnie wątpliwych przypadkach duru brzusznego, gruźlicy, choroby Hodgkina idącej ze splenomegalją.

Nr. 9. 1929.

L. Haberlandt: *Farmakologiczne badania nad hormonem sercowym.* Odporność izolowanego serca żabiego na uśpienie chloroformowe i eterowe jest większe po uprzedniem stosowaniu hormonu sercowego.

K. Fahrenkamp: *Spostrzeżenia kliniczne nad hormonem sercowym „Hormocardiol" Haberlandta.* Stosowanie doustne, domięśniowe i dożylne hormodiacolu nie wywołuje objawów ubocznych. Hormon sercowy nie zastępuje wprawdzie naparstnicy, zmniejsza jednak wydatnie jej dawkę. Dlatego w przypadkach przewlekłych schorzeń serca, w których w miarę pogarszania się stanu chorobowego rośnie zapotrzebowanie dawek wzrastających naparstnicy, wskazanem jest leczenie kombinowane hormodiacolem i naparstnicą w mniejszych dawkach. Najlepsze wyniki utrzymuje się po hormodiacolu w przypadkach dusznicy bolesnej.

Nr. 10. 1929.

H. Selye: *W sprawie dny wapniowej.* (M. B. Schmidt).

M. B. Schmidt opisał przypadki dny wapniowej, w których przychodziło do odkładania się złogów wapnia, przyczem jednak układ kostny nie wykazywał żadnych zaburzeń niszczących. Autor opisuje przypadek dny wapniowej u kobiety 49-letniej, która w stanie nieprzytomnym przywieziona na klinikę, wkrótce zmarła, tak że badań klinicznych nie można było przeprowadzić. W moczu stwierdzono białko i wałeczki szkliste. Na sekcji stwierdzono: *nephritis parenchymatosa, colitis pseudomembranacea,* zwapniałe serce, gruczolak ciałka przytarczycznego prawego górnego wielkości czereśni, układ kostny bez zmian. Histologicznie stwierdzono nacieczenie wapniowe kłębuszków i kanalików nerkowych, podobne nacieczenie mięśnia sercowego, wątroby, płuc i śledziony. Charakterystycznym dla tego przypadku był gruczolak ciałka przytarcznego, jakiego dotychczas w dnie wapniowej nie opisywano. Autor uważa, że ten przypadek należy odnieść do zaburzonej przemiany wapniowej, w której gruczolak ciałka przytarcznego odegrał raczej rolę pierwotną, powodując zwiększone wytwarzanie parathormonu i następowe zmiany wapniowe.

V. Johsson: *Tymczasowe doniesienie w sprawie gorączki falistej Banga z powikłaniami nerwowemi.* Opis przypadku zakażenia pałeczką Banga z próbą aglutynacyjną 1 : 2,560 i silnym odczynem odchylenia dopełniacza we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jako powikłanie autor stwierdził postępujące zaniki mięśniowe, porażenia i zaburzenia czuciowe. Powikłania takie należą do b. rzadkich.

Wł. E. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie z uroczystego posiedzenia w dziesięciolecie śmierci ś. p. Napoleona Cybulskiego.

Dnia 24. IV. 1929 odbyło się urządzone staraniem Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego wspólnie z Wydziałem Lekarskim U. J. uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci Napoleona Cybulskiego w 10-letnią rocznicę Jego śmierci.

Sala upiększona popiersiem Profesora Napoleona Cybulskiego i kwiatami.

Przewodniczący Prezes Prof. Dr. Latkowski, w towarzystwie sekretarzy Prof. Dr. Gieszczykiewicza i Dr. Szczeklika.

Obecnych z górą 100 osób. Poza członkami Tow. Lekarskiego obecni są wszyscy członkowie Wydziału Lekarskiego U. J. oraz Goście; Profesorowa Napoleonowa Julja Cybulska ze starszym synem Dr. filozofji Benjaminem Cybulskim, Pan Wojewoda Dr. Kwaśniewski, Prof. Szymonowicz i Prof. Beck ze Lwowa, Prof. Czubalski z Warszawy, oraz profesorowie: Heinrich, prof. Rogoziński, prof. Surzycki, prof. Talko-Hryncewicz, prof. Estreicher z Krakowa, Szef Sanitarny D. O. K. V. płk. Dr. Korolewicz z gronem lekarzy wojskowych, cały szereg docentów, asystentów Zakładów Wydziału Lekarskiego i filozofji oraz słuchaczy medycyny.

Prezes Tow. Prof. Latkowski otwiera posiedzenie zagajeniem treści następującej.

„Otwierając dzisiejsze uroczyste posiedzenie Tow. lekarskiego, urządzone wspólnie z Wydziałem Lekarskim U. J., ku uczczeniu pamięci Napoleona Cybulskiego, witam dostojnych Gości, naczelników Władz i przedstawicieli świata naukowego, delegatów Uniwersytetów, jak i Szan. Kolegów Członków Tow. Lekarskiego, oraz młodzież akademicką. Jeśli dziś postanowiliśmy uczcić pamięć genjalnego uczonego jakim był Napoleon Cybulski w tym T-wie Lekarskiem, to czynimy to nietylko z tego powodu, że był On wielkim fizjologiem którego imię świeci w nauce obok Claude Bernarda, Dubois Reymonda, Helmholtza, Pflügera, Pawłowa, lecz także z tej przyczyny że zawsze zajmował się T-wem Lekarskiem bardzo gorąco, był zasłużonym Prezesem T-wa Lekarskiego, a nawet administratorem „Przeglądu Lekarskiego". Wszyscy pamiętamy jak urządzał obchód 50-letniego istnienia „Przeglądu Lekarskiego". Brał zawsze czynny udział w zjazdach naukowych lekarskich i niedawno opromieniał też swą sławą ostatni zjazd lekarzy i przyrodników polskich przed wojną w r. 1911.

W tej też sali obchodziliśmy jubileusz 25-letniej pracy naukowej Napoleona Cybulskiego w 1910 roku. To też my Jego uczniowie i współpracownicy raz jeszcze wyrazić musimy wielką swą wdzięczność Jego pamięci i dziś jeszcze raz złożyć hołd Jego zasługom gdyż był On i jest i pozostanie na zawsze dumą i chlubą naszej nauki!

Pamięć Jego pracy jest ciągle wśród nas żywą, a po 10 latach od Jego śmierci, zasługi naukowe Cybulskiego ciągle rosną, bo Jego myśli przyjmuje cały świat naukowy! Wszak Cybulski wraz z Szymanowiczem odkrył adrenalinę!

Dzięki szerokiemu swemu umysłowi, ogromowi wiedzy i znajomości fizyki i chemji, rozwiązywał też najzawilsze zagadnienia w nauce. Badał i wyjaśniał istotę prądów elektrycznych w mięśniach i nerwach, sięgał prawie do zagadki życia w przyrodzie! Tłomaczenie Jego zjawisk życiowych staje się obecnie podstawą współczesnej nauki, to też śmiało można nazwać twórczość Cybulskiego genjalną! Obowiązkiem jest więc nauki polskiej święcić dziś pamięć Jego imienia i pracy i przypomnieć światu Jego zasługi, czego nie można było podczas wojny uczynić. Obok zasług naukowych Cybulskiego trzeba podkreślić Jego wielką życzliwość dla ludzi i popieranie nowej myśli naukowej, co sprawiało, że gromadziły się koło Niego całe szeregi ludzi pracujących naukowo i niema prawie katedry na wydziale lekarskim nie tylko w naszym ale i w innych polskich Uniwersytetach, gdzieby wśród uczonych nie było Jego uczniów. Jako fizjolog rozumiał i oceniał życie społeczne i poświęcał dużo czasu obok pracy naukowej, pracy społecznej, przyczem było widać Jego wielki talent organizatorski, bo o rozwój umysłowy i kulturalny społeczeństwa naszego dbał wielce. Był znakomitym rektorem Uniwersytetu, był organizatorem wielu Towarzystw, był radnym miejskim, założycielem gimn. żeńskiego, kuratorem szkoły im. Baranieckiego, pracował też na polu higjeny.

Jako uczeń i współpracownik Cybulskiego a przedewszystkiem imieniem Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego składam na tem miejscu hołd i cześć Jego pamięci oraz wyrazy największego uznania dla Jego pracy".

Po zagajeniu zabiera głos Prof. Emil Godlewski imieniem Akademji Umiejętności:

„Od Akademji Umiejętności otrzymałem polecenie złożenia czci pamięci Napoleona Cybulskiego. Napoleon Cybulski uposażony w zdolności umysłowe, w zdolności eksperymentalne, zdobył taki dorobek naukowy, że miał się czem nie tylko przez całe życie dzielić z ludźmi, ale i że pozostawił wielką spuściznę innym pokoleniom. To też jeżeli Akademja Umiejętności przypomina Jego prace to myślimy wtedy o tych pracach naukowych które Napoleon Cybulski drukował dla Akademji Umiejętności. Akademją Umiejętności interesował się Napoleon Cybulski zawsze. Był On Dyrektorem trzeciego Wydziału matematycznego. To też dziś z prawdziwem wzruszeniem jako ten który zajmuje jedną z katedr najbliżej fizjologji stojących i jako ten, który na czele trzeciego Wydziału stoi, pozwolę sobie wyrazić wielką wdzięczność i hołd dla Jego pamięci i dla tego co po nim zostało".

Następnie zabiera głos imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego Prorektor Prof. Leon Marchlewski.

„Dziesięć lat dokładnie minęło od czasu kiedy Napoleon Cybulski nas opuścił. Atoli ducha Cybulskiego odczuwamy zarówno w objawach życia tak uniwersyteckiego jak i naukowego. I niejednokrotnie zadajemy sobie pytanie dlaczego tak jest. Dlaczego indywidualność Cybulskiego nie umarła i nie zginęła ale wśród nas w dalszym ciągu żyje. Dochodzi się do wniosku, że odpowiedź na takie pytanie może być tylko jedna; duch Cybulskiego był i jest duchem prawdziwego badacza, duch niezależny, bezwzględny, nikomu niepodległy, w pewnem znaczeniu żadnych autorytetów nieuznający, żadnej władzy ponad władzę wiedzy, w pewnem znaczeniu, jeśli chcecie, duch rewolucyjny, duch uczonego, który, niestety, w Polsce zamiera. Gdyby naprawdę tak być miało, że duchy tego rodzaju w nowożytnej Polsce miałyby zaginąć, wówczas uroczystość dzisiejsza byłaby poroniona, wtedy stanęlibyśmy z wyrazem wstydu i upokorzenia. I dlatego we wszystkich wysiłkach uniwersyteckich powinien być duch taki, aby ten kierunek Cybulskiego zachować. Czy nam się to uda? Przypuszczać trzeba, że wysiłkiem odpowiednim to zrealizujemy, ale zawsze pod warunkiem, że mamy iść śladami Cybulskiego, że kompromisu w nauce być nie może, żadnego lokajstwa, żadnej służalczości. Te właśnie cechy i hasła, mojem zdaniem, wyróżnią Cybulskiego od wszystkich innych uczonych. I dlatego jako przedstawiciel Uniwersytetu hołd tutaj Mu składam i wdzięczność głęboką, Wszechnicy całej umiłowanie, i wyrażam zdanie, że tylko śladami Cybulskiego idąc, utrzymamy dostojeństwo nauki, uczonego i profesora".

Następnie Prof. Franciszek Czubalski z Warszawy oddaje cześć pamięci N. Cybulskiego imieniem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego i zakańcza serdecznem wspomnieniem uczuć, jakie łączyły Go jako ucznia z Prof. Gybulskim.

Hołd w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie składa osobiście Prof. Adolf Beck. — Hołd w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego składa depeszą Prof. M. Eiger. — Hołd w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego składa depeszą zast. prof. Dr. Zbyszewski.

Z kolei Prezes udziela głosu Prof. A. Beckowi ze Lwowa, który w nadzwyczaj ładnej i podniosłej formie omawia znaczenie Prof. N. Cybulskiego jako uczonego i fizjologa.

Po przemówieniu Prof. Becka, Prof. E. Maydell podaje krótki życiorys Prof. Cybulskiego.

(Przemówienie Prof. A. Becka i E. Maydella było streszczeniem artykułów podanych w Nr. 17/28/IV 1929) Pol. Gaz. Lek.).

Jako ostatni przemawiał Prof. A. Rosner.

Przemówienie Prof. Rosnera:

Mam, jako ostatni mówca, skreślić obraz Cybulskiego jako człowieka. Naprzód jednak usprawiedliwić się muszę przed świetnem zebraniem, i wyjaśnić, jakie mam kwalifikacje do mówienia na ten temat i dlaczego po tylu przemówieniach, oceniających Cybulskiego objektywnie jako uczonego — ja — mówiąc o człowieku — muszę być subjektywnym. Starsi koledzy, tu obecni, wiedzą, że mam prawo o Napoleonie Cybulskim mówić, młodszym należy się wyjaśnienie.

Otóż, podobnie jak kol. Beck, siedziałem w ławie szkolnej w tym pamiętnym dniu, kiedy Prof. Cybulski pierwszy raz wszedł do sali wykładowej i powiódł po nas młodych Swojemi ślicznemi oczyma, szturmem zdobył sobie wówczas nasze serca. Należałem chyba do pierwszych, którzy pod kierunkiem Cybulskiego zaczęli pracować w Jego laboratorjum. Jeszcze na drugim roku medycyny rozpocząłem wspólnie z nieżyjącym dziś Stanisławem Czaplińskim swoją pierwszą pracę. A potem przez szereg lat bywałem stale w tej pracowni i znałem każdy pomysł Profesora i pa-

trzałem na wszystkie Jego doświadczenia. Pamiętam te chwile, kiedy ze zdumieniem patrzaliśmy na strome linje ciśnienia krwi na kimografionie, powstające pod wpływem adrenaliny — i pamiętam długo w noc przeciągające się doświadczenia na małpach nad lokalizacją czucia na korze mózgowej. Tam, w tej pracowni robiłem też pracę habilitacyjną.

A potem tak się stało, że największe szczęście mojego życia spotkało mnie w jego domu, a kiedy zły los to szczęście złamał, jakież szczere, jak gorące łzy spłynęły po zacnej twarzy Cybulskiego. Poznałem też z bliska te strony, w których Napoleon Cybulski się wychował i bywałem w Mińsku u tych ludzi, których pokochał jako młodzieniec-gimnazjalista.

Należałem do tych, którzy pierwsi starali się nieść mu pomoc, kiedy nagle ciężko zaniemógł i do tych, którzy otaczali Jego łoże śmierci w Zakładzie fizjologicznym.

Czyż nie mam prawa mówić o Nim, jako o człowieku, o Nim, który taki ogromny wpływ wywarł na mój rozwój naukowy, jak na moje życie domowe.

Jakim był Napoleon Cybulski? Pierwsze określenie, jakie się nasuwa — jest: był innym. Był zgoła odmiennym od wszystkich ludzi, którzy nas otaczali i jedno jest pewne, że człowiek o takich, jak On cechach, nie znajdzie się więcej między nami! To nie znaczy, żeby miał jakąś wyróżniającą Go od innych cechę elementarną, niezwykłość tej postaci leżała raczej w dziwnej kombinacji znamion Jego charakteru i usposobienia! Cybulski bywał rubasznym, ale ci co Go bliżej znali, wiedzieli, że ma duszę delikatną, nieraz wprost kobieco-subtelną.

Kombinowała się u Niego wielka uczoność i wielki rozum z niezmierną dobrocią. Te dwie cechy były tak sobą spojone, że nie można było podziwiać Jego prac naukowych, nie kochając Go równocześnie. Miało się nieraz takie wrażenie, że Jego rozum jest przepojony dobrocią, i że Jego dobroć jest rozumna.

Cybulski był po męsku stanowczy i konsekwentny, bywał też nieraz twardy — a równocześnie dusza Jego pełna była jakiejś dziwnej — kobiecej miękkości. Był popędliwy, ale równocześnie sprawiedliwy. O tylu problemach z Nim rozmawiałem, że wiem jakie było źródło tej Jego sprawiedliwości. Oto Cybulski przebywał nieraz umysłem i sercem w tak wysokich abstrakcyjnych dziedzinach, do których wzbić się może tylko wyrozumiałość, sprawiedliwość i miłość, ale poniżej której opadają skrzydła nienawiści, zazdrości i krzywdy ludzkiej. Ale czy nie było u Niego i innych pozornych antytez? Wiem, że C y b u l s k i znał swoją wartość i dbał o uznanie zagranicy, ale równocześnie był nad wyraz skromny. Wszyscy, którzy Go znali potwierdzą, że do nikogo z nas tu w Towarzystwie Lekarskiem nie przemawiał z wyżyn uczonego, tylko na jednym z nami przebywał poziomie. W pomysłach Jego naukowych był powiew szeroki, a przecież towarzyszyło Mu ścisłe dobieranie drobnych szczegółów. Umiał być twórca śmiałych hipotez i równocześnie skrzętnym, pełnym samokontroli badaczem. — W końcu jedna jeszcze pozorna antyteza. Napoleon Cybulski nie uznawał, ba nienawidził separatyzmu dzielnicowego; przyszedł z Litwy, a czuł się w Krakowie szczęśliwym tak, jak szczęśliwym byłby się czuł wszędzie w Polsce. Pogardzał ludźmi, którzy uprawiali separatyzm dzielnicowy i widział w tem zubożenie duchowe i nieszczęście narodu. A przytem Cybulski był czystej krwi regionalistą litewskim. Do końca życia nie pozbył się, ani też nie pragnął się pozbywać regionalnych cech, charakteryzujących Polaków z Wileńszczyzny i Mińszczyzny. Uważał, że regionalista wzbogaca naród, że bez niego nie byłoby wielu arcydzieł: Mickiewicz nie byłby napisał Pana Tadeusza, gdyby niebył ze sobą zawiózł do Paryża kawałka Litwy, a bez Wawelu i starych murów Krakowa, nie byłoby dzieł Wyspiańskiego. Ale czy ci wielcy regionaliści byli separatystami? Gościnny dom Napoleona Cybulskiego był jakiś odmienny, bo był w Krakowie domem Wileńskim, a dworek Jego pod Krzeszowicami był w atmosferze, jaka w nim panowała, absolutnie takim samym, jak polskie szlacheckie dworki w Wileńskiej, czy Mińskiej ziemi. Kto bywał w Prochowni i tam na Litwie nie mógł tej identyczności nie zauważyć!

Tak! Napoleon Cybulski był postacią niezwykłą. Dobrze się stało, że w dziesięć lat po Jego zgonie poświęcono Mu ten wieczór.

Przedmówcy moi wywołali z zaświata Jego cienie, a my, którzy stanowimy garstkę, reprezentującą tą przyjaźń, korzystamy z tej jedynej chwili, ażeby Mu złożyć hołd, a zarazem powiedzieć, że żyje w nas Jego obraz i że dozgonną zachowamy wdzięczność za Jego bezmierną dobroć i za wszystko co nam tak szczodrze dał ze Siebie.

Po skończonych przemówieniach Sekretarz Generalny T-wa Lekarskiego Prof. G i e s z c z y k i e w i c z odczytuje telegramy nadesłane pod adresem Komitetu urządzającego obchód ku czci Prof. Cybulskiego. Depesze były od rozmaitych towarzystw naukowych i lekarskich, oraz od całego szeregu profesorów, uczniów, lekarzy i znajomych ś. p. Napoleona Cybulskiego, którzy nie mogli osobiście przyjechać do Krakowa.

Uroczystość ta była pełna wzniosłego nastroju i pozostawiła po sobie głębokie wrażenie.

———

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

(Okólnik Nr. 3).

Komitet organizacyjny zjazdu podaje do wiadomości obecny stan prac przygotowawczych.

I. Termin Zjazdu 26 — 29 września 1929.

II. Ostateczny skład sekcyj naukowych:

Sekcja Nr. 1. (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przew.: prof. dr. Wiktor Staniewicz. Zast. przew.: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekr. prof. dr. J. Rudnicki, zast. sekr. prof. dr. Stefan Kempisty. Biuro sekcji: Obserwatorjum astronomiczne U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przew.: prof. dr. M. Hłasko, zast. przew.: prof. dr. E. Bekier. Sekr.: mg. Osman Achmatowicz. Biuro: Zakład chemji nieorganicznej U. S. B., ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologji, geografji, mineralogji i paleontologji). Przew.: prof. dr. B. Rydzewski. Zast. przew.: prof. dr. M. Limanowski. Sekr.: dr. P. Radziszewski. Biuro: Zakład Geologji U. S. B., ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologji i antropologji). Przew.: prof. dr. M. Reicher. Zast. przew.: prof. dr. Szeliga-Mierzeyewski. Sekr.: dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Słowackiego 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przew.: prof. dr. Józef Trzebiński. Zast. przew.: prof. dr. Piotr Wiśniewski. Sekr.: Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki Rolniczej U. S. B., ul. Objazdowa 2. (Coll. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo-dydaktyczna). Przew.: dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 1). Sekr.: Zygmunt Hryniewicz nauczyciel gimn., ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przew.: prof. dr. Stefan Bazarewski. Sekr.: inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przew.: prof. dr. K. Opoczyński. Zast. przew.: prof. dr. S. Schilling-Siengalewicz. Sekr.: dr. Z. Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji patologicznej U. S. B. Wilno, Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologji, higjeny i medycyny społecznej). Przew.: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbut. Zast. przew.: prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztoleman. Sekr.: doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład Higjeny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10. Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przew.: prof. dr. C. Traczewski. Zast. przewodniczącego: prof. dr. M. Eiger. Sekr.: doc. dr. E. Czarnecki. Biuro: Zakład fizjologji U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przew. prof. dr. Z. Orłowski. Zast. przew.: dr. Leon Klott. Sekr.: dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12. (Chirurgji). Przew.: prof. dr. K. Michejda. Sekr.: dr. Zemojtel. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Radjologji). Przew. dr. Leon Sułkowski. Sekr.: dr. Wł. Gimbutt. Biuro: Wilno, Szpital kolejowy.

Sekcja Nr. 14. (Ortopedji). Przew.: dr. A. Zalewski. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 15. (Otolaryngologji). Przew.: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew.: dr. F. Świeżyński. Sekr.: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna, Antokol.

Sekcja Nr. 16. (Pedjatrji). Przew.: prof. dr. W. Jasiński. Sekr.: dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 17. (Chorób nerwowych). Przew.: prof. dr. Stanisław Władyczko. Zast. przew.: dr. A. Falkowski. Sekr.: dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 18. (Psychjatrji). Przew.: prof. dr. R. Radziwiłłowicz. Sekr.: dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B., ul. Letnia 5, Antokol.

Sekcja Nr. 19. (Okulistyki). Przew. prof. dr. J. Szymański. Zastępca przew.: dr. Halecki. Sekr.: doc. dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Ginekologji i położnictwa). Przew.: prof. dr. W. Jakowicki. Sekr.: dr. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B., Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 21. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przew.: dr. Hanusewicz. Zast. przew.: dr. M. Mienicki. Sekr.: dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 22. (Stomatologji). Przew.: dr. A. Mancewicz. Zast. przew.: lek. dent. Adam Wolański. Sekr.: A. Mikulski. Biuro: ul. Wileńska 26 m. 6. (w mieszkaniu lek. dent. A. Wolańskiego).

Sekcja Nr. 23. (Historji i filozofji medycyny). Przew.: prof. dr. Stanisław Trzebiński. Sekr.: doc. dr. Czarnecki. Biuro: Seminarjum Historji medycyny U. S. B. Collegium Świętojańskie.

Sekcja Nr. 24. (Medycyny wojskowej). Przew.: pułk. lek. dr. Szczepan Ordynowski. Grodno D. O. K. Zast. przew.: ppłk. lek. dr. J. Bohuszewicz. Sekr.: mjr. lek. dr. Jan Pióro. Biuro w mieszkaniu sekretarza, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 25. (Nauk farmaceutycznych). Przew.: prof. dr. J. Muszyński. Zast. przew.: Wład. Sokołowski. Sekr.: inż. W. Strażewicz. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 26. (Weterynarji). Przew.: lek. wet. Apolonjusz Głuchowski, ul. Jagiellońska 7 m. 9. Sekr.: lek. wet. Antoni Nowicki, ul. Zygmuntowska 12. Biuro tamże.

Sekcja Nr. 27. (Prasy lekarskiej i przyrodniczej). Przew.: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew.: dr. Jan Prüffer. Biuro: Klinika otolaryngologiczna U. S. B. Antokol.

Program Zjazdu w najogólniejszych zarysach ustalono następująco: Każdego dnia odbędzie się jedno plenarne posiedzenie z referatem bez dyskusji. Posiedzenia te trwać będą około godziny (od 9 — 10), poczem się rozpoczną obrady sekcyjne. Na zaproszenie komitetu organizacyjnego wykłady na plenarnych posiedzeniach wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu prof. dr. Leon M a r c h l e w s k i z Krakowa na temat: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu prof. dr. Emil G o d l e w s k i z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu prof. dr. E. P i a s e c k i z Ponzania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym i ostatnim dniu prof. dr. Witold N o w i c k i ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem. Ponadto zamierzone jest poświęcenie części ostatniego posiedzenia pamięci J. Mianowskiego z powodu 50-lecia jego śmierci. Przemówienie wygłosi prof. W r z o s e k z Poznania.

Programowe wykłady w sekcjach ogłoszone będą przez poszczególne sekcje.

Komitet organizacyjny prosi wszystkich lekarzy i przyrodników, którzy zgłoszą referaty w sekcjach o nadsyłanie tematów wraz ze streszczeniami przed dniem 31 sierpnia. W Pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronice druku, na referaty mniejsze po $^1/_2$ stronicy.

W myśl postanowień Statutu Zjazdów (§ 25) na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy, mówić wolno minut 10.

Sekcja mieszkaniowa apeluje do wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłaszanie swego udziału przed dniem 31 sierpnia. Jest to potrzebne ze względu na wygodne rozmieszczenie i na przygotowanie odpowiednich mieszkań. Zgłaszać się należy na ręce przewodniczącego sekcji dra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (mieszkanie w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach).

Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowe w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66%-owa zniżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa organizuje szereg wycieczek w bliższe i dalsze okolice Wilna. Bliższe szczegóły poda do wiadomości sekcja wycieczkowa, na której czele stoją prof. Limanowski i prof. Rydzewski. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem uproszonego w tym celu prof. Ruszczyca.

W czasie Zjazdu zorganizowana będzie wystawa. Na czele sekcji wystawowej stoi prof. Muszyński (Wielka 24).

Wysokość wkładki za udział w Zjeździe ustalono dla członków na zł. 30, dla uczestników 20 zł. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładki przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309 (skarbnik dr. W. Bądzyński).

(—) *Prof. Michejda* (—) *Prof. Januszkiewicz m. p.*
Generalny Sekretarz. Przewodniczący.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

S e k c j a n a u k o w a W a r s z a w s k i e g o O d d z i a ł u P o l s k i e g o T o w a r z y s t w a E u g e n i c z n e g o — ogłasza konkurs kandydatów na temat z eugeniki, specjalnie dotyczący warunków Polski. W tym celu Sekcja zwróci się drogą ogłoszeń do wszystkich uniwersytetów i pracowni naukowych ze szczególnem uwzględnieniem genetycznych, biologicznych, antropologicznych statystycznych i patologicznych, oraz do poszczególnych uczonych.

W razie zgłoszenia większej ilości prac, pierwsza otrzyma nagrodę 1000 zł., druga będzie ogłoszona, trzecia będzie wydrukowana ew. streszczona. — Szczegóły będą ogłoszone przez jury którego skład jest podany w sprawozdaniu z Sekcji Naukowej.

Z T o w a r z y s t w a D e r m a t o l o g i c z n e g o. Prezesem oddziału Warszawskiego Tow. Dermatologicznego został obrany Dr. Leon Wernic.

K o n k u r s n a s t a n o w i s k o d y r e k t o r a I n s t y t u t u G ł u c h o n i e m y c h i O c i e m n i a ł y c h w W a r s z a w i e. Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego ogłosiło konkurs na stanowisko dyrektora Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie. O powyższe stanowisko ubiegać się mogą kandydaci, którzy ukończyli studja w uniwersytecie lub w innym zakładzie naukowym i nabyli doświadczenia pedagogicznego, tudzież obeznani są z metodami uczenia i wychowania głuchoniemych i ociemniałych. — Udokumentowane podania wnosić należy do Kuratorjum Okręgu Szkolnego Warszawskiego w Warszawie, Aleje Ujazdowskie 20.

I. Z j a z d Z w i ą z k u D e r m a t o l o g ó w s ł o w i a ń s k i c h w Warszawie, w dniach 28, 29 i 30 czerwca 1929 r. Program Zjazdu: 28 czerwca godz. 8 rano: Posiedzenie Rady Delegatów Towarzystw Słowiańskich — w Klinice Dermatologicznej, ul. Koszykowa 82 a, godz. 11: Otwarcie Zjazdu — Klinika Dermatologiczna, godz. 15: Posiedzenie naukowe (wykłady) w Klinice Dermatologicznej. — 29 czerwca: godz. 9 rano: Posiedzenie naukowe (pokazy chorych) w Klinice Dermatiligicznej, godz. 15: Posiedzenie naukowe (wykłady) w Klinice Dermatologicznej, godz. 20: Bankiet. — 30 czerwca: godz. 9 rano: Posiedzenie naukowe (pokazy chorych) w Szpitalu św. Łazarza, ul. Książęca 2, godz. 15: Posiedzenie naukowe (wykłady) i zamknięcie Zjazdu w Klinice Dermatologicznej. — Zgłoszenia uczestników należy przesyłać do sekretarza Komitetu Zjazdu, D-ra St. Kapuścińskiego — Warszawa, Koszykowa, 82 a — do dnia 11 czerwca. Szczegółowy program tematów będzie przesłany po otrzymaniu zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe.

Lwów.

L w o w s k i e T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e. XVI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 24 maja b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) kol. A. Gruca: Trzy przypadki złamań (pokaz); 2) kol. S. Mikołajski: a) Pomoc położnicza w Województwie lwowskiem w świetle statystyki urzędowej (wykład); b) Walka z gruźlicą w Województwie lwowskiem w r. 1928 (wykład). W dyskusji zabierali głos kol.: Sołowij, Bocheński, Kielanowski, Lipski, Doliński, Tyszka, Selzer M., Grek, Gąsiorowski, Węgrzynowski, Bühn, Pisek.

T o w a r z y s t w o L e k a r z y b. G a l i c j i. W sprawozdaniu Towarzystwa za rok 1928 wydrukowanym w Nr. 20 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. opuszczono przez przeoczenie szereg nazwisk członków, a mianowicie:

W wykazie członków Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego nazwiska następujące: Dr. Berezowski Tadeusz, Dr. Biernacki Henryk, Dr. Karasiński Stanisław, Prof. Dr. Wachholz Leon, czł. honor.

W wykazie członków z prowincji: Dr. Frank Apolinary, Mielec; Dr. Hołuba Teofil, Zarszyn; Dr. Karaś Andrzej, Sucha; Dr. Orłowski Władysław, Jarosław; Dr. Siary Stanisław, Jarosław; Dr. Szumski Władysław, Myślenice.

Pozatem winno być: Dr. Grzędzielski Władysław, Lwów; Dr. Scheuring Herman, Lwów; Dr. Sternbach Karol, Kraków; Dr. Janczy Franciszek, Nowy Sącz; Dr. Ożarowski Stanisław, Uhnów.

Za te przeoczenia — niezależne zresztą od niej — Rada Zawiadowcza niniejszem przeprasza wymienionych Kolegów, czemu zresztą dał wyraz Prezes Towarzystwa w przemówieniu swem na Walnem Zebraniu, odbytem w dniu 30 maja br.

Poznań.

W piątek, dnia 24 maja 1929 r. o godzinie 20,15 odbyło się w Klinice Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski, III piętro) Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu, 2) Pokazy, 3) Doc. Dr. Filiński (Warszawa): Niedomoga serca.

Kursa dokształcające dla lekarzy. Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego urządza od 7—12 października r. b. kursa dokształcające dla lekarzy, na które zapowiedzieli wykłady prawie wszyscy profesorowie i docenci.

Z kraju.

Regulamin Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie w dniach od 26 do 29 września 1929 r.

Referaty, zgłoszone na Zjazd, powinny być złożone Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego" przed 1-ym czerwca 1929. Referaty zostaną in extenso wydrukowane w „Roczniku" przed terminem Zjazdu. W ten sposób każdy uczestnik Sekcji Psychjatrycznej będzie miał możność zapoznania się z referatami przed Zjazdem. Referent na samym Zjeździe będzie rozporządzał tylko 10 minutami dla przedstawienia wytycznych referatu. Na dyskusję przeznacza się 5 miunt dla każdeyo uczestniczącego w dyskusji. Referent ma w dyskusji głos ostatni.

Pierwszy dzień Zjazdu jest przeznaczony na referaty na temat zasadniczy „Psychopatja" i na dyskusję nad tym tematem. Przedpołudniowe posiedzenie drugiego dnia jest przeznaczone na referaty na temat „Budownictwo Psychjatryczne" i na dyskusję nad tym tematem.

Popołudniowe posiedzenie drugiego dnia jest przeznaczone na Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, w myśl uchwały powziętej na ostatnim Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie.

Cały trzeci dzień Zjazdu jest przeznaczony na referaty luźne. Referenci tematów zasadniczych zostali wybrani na podstawie porozumienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego z Komisją Organizacyjną Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu.

Regulamin powyższy został ustalony przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego łącznie z Komisją Organizacyjną Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu i obowiązuje uczestników Sekcji.

Frekwencja polskich zdrojowisk zwiększa się z roku na rok. Dla porównania podajemy cyfry z roku 1913 i obecne:

	r. 1913	Obecnie	Stosunek %-owy[1])
Busko	4.260	8.000	189.23
Ciechocinek	12.609	22.000	174.60
Delatyn	?	5.000	?
Druskienniki	Dat nie dostarczono		
Goczałkowice		1.626	
Horyniec	500	600	120.0
Inowrccław	404	4.370	1075.0
Iwonicz	4.000	7.945	198.6
Jastrzębie	2.000	4.000	200.0
Krościenko	600	1.200	200.0
Krynica	8.600	32.800	381.0
Lubień Wielki	1.620	2.300	142.0
Nałęczów	3.000	4.116	137.2
Niemirów	400	1.800	466.4
Podgórze (wydano kąpiel)	3.900	6.800	174.3
Rabka	2.906	17.000	586.2
Rymanów	Dat nie dostarczono		
Solec	1.400	1.400	100.0
Swoszowice (wydano kąpiel)	8.000	27.000	337.5
Szczawnica	3.251	7.359	236.0
Truskawiec	5.000	15.000	300.0
Żegiestów	1.000	1.809	186.9

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłym porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Komisją Zdrojową oraz Gminą i Stowarzyszeniem Właścicieli Nieruchomości w Ciechocinku, po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje w Ciechocinku II-gi trzydniowy Kurs dokształcający dla lekarzy w dniach 1, 2 i 3 września r. b.

[1]) Frekwencja z r. 1913 przyjęta za 100%.

Niezwykłe powodzenie zeszłorocznego Kursu, na który zapisało się 320 lekarzy, zawdzięczaliśmy udziałowi wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego, a stąd wysokiemu poziomowi wykładów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków. Komitet Organizacyjny, dążąc do postawienia tegorocznego Kursu na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do P. P.: prof. d-ra St. Ciechanowskiego (Kraków), prof. d-ra A. Gluzińskiego (Warszawa), prof. d-ra Fr. Gröera (Lwów), prof. d-ra L. Hirszfelda (Warszawa), doc. d-ra T. Janiszewskiego (Kraków), prof. d-ra W. Jezierskiego (Poznań), prof. d-ra A. Karwowskiego (Poznań), prof. d-ra J. Nowaka (Kraków), prof. d-ra J. Piltza (Kraków), prof. d-ra A. Rosnera (Kraków), doc. d-ra A. Sabatowskiego (Lwów), prof. d-ra B. Sawickiego (Warszawa), doc. d-ra Semerau-Siemianowskiego (Warszawa), prof. d-ra J. Szmurły (Wilno), prof. d-ra S. Wierzejewskiego (Poznań).

Większość wymienionych prelegentów przyrzekło już swój współudział w Kursie. Uczestnicy Kursu mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku i ulgi kolejowe. Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania i po skończonym Kursie (m. inn. na Wystawę do Poznania). Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

Ze względów mieszkaniowych liczba uczestników Kursu ograniczona jest do 300.

W imieniu Komitetu Kursów dokształcających: Dr. W. Przywieczerski, Naczelnik Wydz. Zakł. leczn. i Uzdr. Dep. Sł. Zdr. M. S. W. Inż. St. Kozłowski, Dyrektor Państw. Zakł. Zdr. w Ciechocinku. Dr. J. Dembicki, Przedstawiciel kom. Zdr. w Ciechocinku. A. Koperkiewicz, Burmistrz m. Ciechocinka, Skarbnik K. K. St. Żurkowski, Prez. Stow. Nieruch. w Ciechocinku. Prof. Dr. E. Loth, Przewodniczący K. K. Doc. Dr. L. Lorentowicz, zastępca przewodniczącego. Dr. C. Hoppe, Sekretarz K. K. Dr. K. Ciągliński. Pułk. Dr. J. Drac. Dr. T. Fafius. Dr. P. Rudzki.

Ze świata.

Dziewiąty Zjazd Towarzystwa Chorób przewodu pokarmowego i Przemiany materji odbędzie się w dniach od 16—18 października 1929 roku w Berlinie w gmachu Langenbeck — Virchow. Przewodniczący prof. Haberer z Düsseldorfu.

Tematy następujące:

1. Ocena leczenia farmakologicznego przewodu pokarmowego. Referują: Trendelenburg — Berlin, Westphal — Hannover. Do dyskusji wezwano: Sauerbruch — Berlin, Orator — Düsseldorf.
2. Skurcz wpustu *(Kardiospasmus)*. Referują: Starck — Karlsruhe. Do dyskusji wezwany Payr — Lipsk.
3. Skurcz oddźwiernika. Referują: Schlossmann — Düsseldorf, Kirchner — Tübingen. Do dyskusji wezwani: Nobel — Wiedeń, Rammstedt — Münster.
4. Chudość i Otyłość wewnętrznego pochodzenia. Referują: Thannhauser — Düsseldorf, J. Bauer —Wiedeń. Do dyskusji wezwani: v. Bergmann — Berlin, Ranzi — Innsbruck, Raab — Wiedeń, Wagner — Berlin, Liebesny — Wiedeń, Rabe — Hamburg.
5. Nowe poglądy na choroby wątroby z punktu widzenia internistycznego i chirurgicznego. Referują: O. Bergmann — Berlin, P. F. Richter — Berlin, Mühsam — Berlin. Do dyskusji wezwani: Boessle — Bazylea, L. Pick — Berlin, Falta — Wiedeń.

IV Zjazd dermatologów francuskiego języka (IV Congrès des dermatologiste et Syphiligraphes de langue française) odbędzie się od 25—27 lipca 1929 w Paryżu. Tematy główne: 1) Rumienie wielopostaciowe. 2) Postacie świerzbiączki (Prurigo). 3) Leczenie malarją w powikłaniach nerwowych przy kile.

Ze względu na to, że na ostatnim kongresie w Brukseli Polska była reprezentowana tylko przez jednego dermatologa, zachęcamy Kolegów do jak najliczniejszego wzięcia udziału. Bliższych wiadomości udziela prof. Karwowski, Poznań, ul. 27-go Grudnia 18.

Redakcja otrzymała:

Marcel Labbé et H. Stévenin: „Le métabolisme basal". Masson et Cie Paris 1929.

H. Chabanier, M. Lebert et C. Lobo - Onell: „Physiopatologie et traitement du diabète sucré". Masson et Cie Paris 1929.

Serge Huard: „Les accidents de la cholécystectomie". Les plaies du pédicule hépatique leurs causes. Une technique pour les éviter. Masson et Cie, Paris 1929.

Tad. Wąsowski: „Kiła ucha". Odb. z Polsk. Przeglądu otolaryngologicznego tom V, zesz. 1, 2, 3 i 4 z r. 1928 i tom VI, zeszyt 1—2 z r. 1929.

Nr. 24. 16. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki, Lwów.
Dr. Mieczysław SZAJNA, asystent zakładu.

O zastosowaniu mieszanki somnifenu, uretanu i siarczanu magnezji do uśpienia przy operacjach chirurgicznych.

Z Kliniki chirurgicznej (Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm). i z Zakładu Fizjologji Uniw. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr. A. Beck).

Przedmiotem szczególnie żywego zainteresowania w chirurgji jest obecnie sprawa znoszenia bolu w czasie zabiegów. O ile znieczulanie miejscowe doszło do pewnego etapu doskonałości a tylko znieczulanie rdzeniowe podlega jeszcze ciągle dyskusji, o tyle w dziedzinie znieczulania ogólnego daje się zauważyć obecnie pewien zamęt spowodowany wielką ilością nowych sposobów i środków i nieraz krańcowem przeciwieństwem zdań o ich wartości; dla oceny tejże potrzebne jest ciągle jeszcze własne doświadczenie.

W pierwszym rzędzie tyczy się to tych środków usypiających, które można nazwać *pozapłucnemi, parapulmonalnemi,* gdyż raz wprowadzane jako nielotne do ustroju drogą odmienną, nie przez płuca, również go tą drogą nie opuszczają i wywierają swe działanie o wiele dłużej. Chodzi tu zarówno o jakość środka jak i sposób jego wprowadzania a zwłaszcza o dawkę i cel który się chce uzyskać: zupełną narkozę czy też t. zw. uśpienie *podstawowe (Narkose-basis),* które należy dopełnić wedle potrzeby środkiem lotnym i opuszczającym organizm szybko t. j. eterem.

W piśmiennictwie ostatnich czasów przeważa wybitnie prąd ku uśpieniu podstawowemu ze względu na niebezpieczeństwa, które przedstawia głębokie uśpienie samym tylko pozapłucnym narkotykiem.

Ponieważ stojąc na takiem samem stanowisku oddawna odczuwaliśmy potrzebę środka usypiającego do takiej narkozy podstawowej, a od użycia morfiny — skopolaminy wstrzymywaliśmy się zasadniczo, zwróciliśmy uwagę na *somnifen,* zwłaszcza że inne w ostatnich czasach modne środki, jak *awertyna* (E 107), *pernokton, numal* były dla nas niedostępne.

Somnifen, wyrabiany przez firmę La Roche w Bazylei w ampułkach po 2,2 cm³ przedstawia płyn jasno-żółty i dość gęsty, a zawiera w 1 cm³ 0,1 g kwasu allylisopropylbarbiturowego i 0,1 g kwasu dietylbarbiturowego (weronalu), przyczem obydwa kwasy są połączone z dwutylaminą i rozpuszczone we wodzie z dodatkiem gliceryny i alkoholu [1]). Według Fourneaux, zawarty w somnifenie kwas dietylobarbiturowy samoistnie nie wywołuje u psa głębszego snu, podczas gdy kwas allylisopropylbarbiturowy powoduje doskonałą narkozę która przy użyciu obydwóch kwasów związanych ponadto z dietylaminą trwa znacznie dłużej, a przy obudzeniu przebiega z stanem podniecenia.

Zdania o wartości somnifenu w zastosowaniu do uśpienia są, podobnie jak o innych wyżej wymienionych środkach nader podzielone, co zdaje się jednak niewątpliwie zależeć od wysokości używanych dawek i od tego czy starano się osiągnąć koniecznie pełną narkozę czy też zadowolono się uśpieniem podstawowem.

Dla celów pierwszego rodzaju stosowano somnifen głównie we Francji, gdzie wprowadził go Fredet; dla osiągnięcia zupełnej narkozy wprowadzał on śródżylnie 5—8—10 cm³ somnifenu przyczem osiągnął po części dobre rezultaty; podobnie postępowali Perlis, Cleisz, Ginesty i wielu innych, przyczem obok tak wielkich dawek musiano nieraz dodawać eteru lub chloroformu (!).

Inni natomiast uważają wysokie dawki somnifenu za niebezpieczne i używają go jedynie jako środka przygotowawczego do eteru (Sigwart) i nie przekraczają dawki 5 cm³. Podobnie stosowano somnifen w ginekologji i położnictwie w ilościach 2—3—4 cm³, z dodatkiem 50—90 gr. eteru. Wallerstein określił jako „dawkę nasenną" tą ilość somnifenu, która wprowadzona dożylnie powoduje już w czasie injekcji sen, a wynosi 3—4 cm³; dawek tych nie przekracza, uważając ilości 6—10 cm³ za niebezpieczne, a w każdym razie za znacznie więcej szkodliwe jak dodatek eteru.

Z wielu stron zwracano uwagę na nieszkodliwość somnifenu względem narządów miąższowych, zwłaszcza wątroby i nerek co zależy od słabego powinowactwa s. do tych ostatnich (Fredet i Fabre). Należy wreszcie wspomnieć o zastosowaniu somnifenu w psychjatrji, w której stosowano go często w dużych codziennych domięśniowych dawkach jako środek uspokajający przy stanach podniecenia. Jako wady podnoszono prócz trującego działania zbyt wielkich dawek — długą senność pooperacyjną, która mogłaby się według niektórych przyczynić do utrudnienia odkrztuszania oraz stany podniecenia występujące nieraz w 8—10 godzin po narkozie, które wymagają nadzoru chorego i zwiększają zapotrzebowanie służby.

Ponieważ powikłania powyższe zachodzą jedynie przy znaczniejszych dawkach somnifenu chodziło nam oto aby przez odpowiednią kombinację tegoż z innemi środkami uzyskać przy możliwie małej dawce somnifenu wystarczające uśpienie podstawowe.

Do połączenia z somnifenem zastosowaliśmy *uretan* i *siarczan magnezjowy,* a to mianowicie z następujących względów: Uretan (eter etylowy kwasu karbaminowego) różni się od innych środków nasennych swej grupy tem, iż nie wywiera żadnego ujemnego działania na ośrodki naczynioruchowe i oddechowe, a nawet dzięki zawartości grupy NH_2 działa na nie w rodzaju amoniaku pobudzająco i może przeciwdziałać zmniejszaniu się głębokości oddechu w czasie snu (Schmiedeberg). Według Tappeinera byłby uretan idealnym środkiem nasennym, gdyby jego działanie usypiające u człowieka było więcej intenzywnem. Szczególnie cennemi wydały nam się własności synergetyczne uretanu a mianowicie jego znane współdziałanie ze skopolaminą a zwłaszcza z solami magnezjowemi; według Fühnera polega to potęgowanie działania na tem, że magnez zmienia rozdział uretanu w ustroju tak, iż komórki wrażliwsze pochłaniają go więcej niż prawidłowo. Z tego też względu wydawało nam się szczególnie korzystnem połączyć uretan z siarczanem magnezjowym, który samoistnie już nieraz bywał polecany do celów narkotycznych.

Jony magnezu, które normalnie należą do składu soków tkankowych w znikomych tylko ilościach, w większych stężeniach pozbawiają pobudliwości wszystkie części układu nerwowego, przyczem szczególnie zaznacza się wpływ na zakończenia ruchowe, podobny do działania kurary. W doświadczeniach na zwierzętach dotyczy to przedewszystkiem mięśni tułowia i kończyn a mniej mięśni oddechowych, przyczem występuje ogólna narkoza głównego układu nerwowego przy utracie świadomości; do zupełnej narkozy potrzeba ilości 0,8—0,9 mg $MgCl_2$ na kg (Gottlieb—Meyer). Jakość połączonego z magnezem anjonu nie jest obojętną, przyczem chlorek działa w porównaniu z siarczanem o wiele silniej trująco, co potwierdziły nasze doświadczenia; z tego względu do celów praktycznych nie nadaje się zupełnie. Ważnem jest, że działanie jonów magnezu można natychmiast znieść przez podanie antagonistycznie działających jonów wapnia.

Dla celów leczniczych używano soli magnezjowych przedewszystkiem przy tężcu dla zniesienia kurczów mięśniowych i to podskórnie w ilości 30—60 cm³ 25%-go rozczynu siarczanu magnezjowego przez 5—8 dni, 10 cm³ 15%-go rozczynu śródoponowo, 3—5 cm³ 3%-go rozczynu dożylnie. W „Chirurgji wojennej" Schmiedena znajdujemy dawki o wiele większe bo 100 gr. substacji dziennie podane podskórnie w 25%-ym roztworze w 4-ech dawkach, a ²/₃ tej ilości śródmięśniowo. Ostatnio podaje Lernbecher obok zastrzyków surowicy do cysterny mózgowo-rdzeniowej siarczan magnezjowy w ilości 150 cm³ 3%-go roztworu (4,5 g!) dożylnie jako dawkę dzienną.

Dla celów narkotycznych w położnictwie używał Gwathmey 2 cm³ 50%-go rozczynu $MgSO_4$ śródmięśniowo, a Hořalek 2 cm³ 25%-go roztworu w połączeniu z 2,2 cm³ somnifenu śródmięśniowo jako przygotowanie do uśpienia zapomocą lewatywy eterowej. Z innych kombinował Dimlich $MgSO_4$ z morfiną i znieczulaniem miejscowem, dopełniając je uśpieniem gazem rozweselającym. Zaletą tych sposobów ma być zwiotczenie mięśni spowodowane działaniem jonów Mg na zakończenia ruchowe. Niektórzy wreszcie polecali siarczan magnezjowy jako dodatek przy znieczulaniu rdzeniowem, co jednak wobec jadowitego działania podanych podoponowo jonów Mg wprost na ośrodki w rdzeniu przedłużonym musimy uznać za bardzo niebezpieczne.

Przed zastosowaniem mieszaniny somnifenu-uretanu-$MgSO_4$ u ludzi przeprowadziliśmy szereg doświadczeń na zwierzętach,

---

[1]) Według objaśnienia fabryki La Roche.

u których staraliśmy się wykazać działanie powyższych składników pojedyńczo oraz ich mieszanki na krążenie i oddechanie oraz określić dawki toksycznie i tolerancję. Roztwory wprowadzaliśmy śródżylnie przyczem zapisywaliśmy ciśnienie krwi w tętnicy szyjnej połączonej z kimografionem Ludwiga, a oddech zapomocą bębenka Marcy'a i rury w kształcie T wstawionej w tchawicę. Wyniki tych doświadczeń streścimy pokrótce.

Z pomiędzy trzech pojedyńczo badanych środków powoduje *somnifen*, podany śródżylnie w ilości około 0,23 cm^3 na 1 kg zwierzęcia najwybitniejszy spadek ciśnienia krwi, mianowicie o około 50%. *Uretan*, nawet w dużych dawkach wpływa na ciśnienia tylko bardzo nieznacznie, natomiast siarczan magnezjowy, co zresztą jest dobrze znanem, obniża je o wiele wybitniej.

Również wpływ na oddechanie zaznacza się przy somnifenie najsilniej jako przyspieszenie i zmniejszenie głębokości.

W drugiej serji doświadczeń podawaliśmy mieszaninę somnifenu, uretanu i $MgSO_4$ śródżylnie w małych, średnich i wielkich dawkach.

Pierwsze *(0,44 cm^3 Somn., 0,3 gr. Uret., 0,03 gr. $Mg SO_4$ na 1 kg)* powodowały obniżenie ciśnienia o 50%, a po krótkim bezdechu przyspieszenie i zmniejszenie głębokości oddechu.

Po dawkach średnich *(0,22 cm^3 Somn., 0,3 gr. Uret., 0,03 gr. $Mg SO_4$ na 1 kg)* występował spadek ciśnienia o 15 — 20% z podobnem lecz krótszem działaniem na oddechanie lecz bez bezdechu. Dawki małe *(0,11 cm^3 Somn., 0,2 Uret., 0,02 g $Mg SO_4$ na 1 kg)* pozostały bez jakiegokolwiek szkodliwego wpływu na krążenie i oddechanie, przyczem powodowały wprawdzie nie głęboki sen, lecz silne oszołomienie, które po dodaniu niewielkiej ilości eteru, bez najmniejszego podniecenia, umożliwiało wykonanie wszelkich zabiegów operacyjnych.

Już po średnich dawkach zasypiały zwierzęta natychmiast głęboko, budząc się po 7 — 8 godzinach bez żadnych następstw. Natomiast nawet duże dawki somnifenu samego (np. 4,4 cm^3 na 10 kg) powodowały tylko głęboką senność, która trwała krócej i nie pozwalała na wykonywanie zabiegów operacyjnych bez dodania eteru.

Działanie śmiertelne posiadała dopiero dawka 6,6 cm^3 somnifenu, 5 gr. Uretanu i 1 gr. $MgSO_4$ na 10 kg; przewyższa ona zatem dawkę skuteczną wielokrotnie.

Siarczan magnezjowy samoistnie nie powoduje śmierci zwierzęcia nawet w ilości 5 gr. na 10 kg przy powolnem wprowadzaniu do żyły. Dokładne określenie najkorzystniejszej dawki mieszanki somnifenowo - uretanowo - magnezjowej jest u psów trudnem, ponieważ zwierzęta równej wagi nieraz zachowywały się po tej samej dawce rozmaicie, co zdaje się zależeć od stanu odżywienia, rasy i innych czynników a u ludzi zaznacza się jeszcze wybitniej.

Należy wspomnieć o tem, że zwierzęta zasypiając po wprowadzeniu somnifenu wykonywały szczególne atetotyczne ruchy, co świadczy o działaniu na ośrodki podkorowe. Obniżenie ciśnienia po wstrzyknięciu somnifenu lub mieszanki występowało również i u zwierząt z przeciętym rdzeniem szyjnym: jest to dowodem działania na obwodowe zakończenia naczynio-ruchowe w naczyniach, szczególnie w obszarze nerwów trzewnych.

Próby zastosowania mieszaniny somnifenu — uretanu — $Mg SO_4$ u ludzi są zestawione w załączonej tabeli.

Jak widać używaliśmy ilości 2,2 — 4,4 cm^3 somnifenu, z dodatkiem 2—5 gr. Uretanu i 0,5—3 gr. $MgSO_4$, które wprowadzano częścią śródmięśniowo, częścią śródżylnie. Podanie 0,01 morfiny z 0,001 atropiny na pewien czas przedtem okazało się bardzo korzystnem. We wszystkich przypadkach do zupełnej narkozy wystarczył dodatek niewielkiej ilości eteru, którego oszczędzono około 50 — 75%, a w niektórych przypadkach znacznie więcej. To wielkie zaoszczędzenie eteru zaznacza się dopiero przy długotrwałych operacjach, trwających ponad 1 godzinę, natomiast przy zabiegach krótkich, szczególnie laparotomjach (wycięcie wyrostka robaczkowatego) konieczną jest pewna ilość eteru dla rozpoczęcia operacji, wskutek czego zaoszczędzenie eteru nie występuje tak wybitnie. Nawet po największej z używanych dawek (4,4 S., 5 Ur., 3 $Mg SO_4$) podanej śródżylnie nie wystąpiły w żadnym przypadku jakiekolwiek objawy zatrucia, z wyjątkiem przypadku Nr. 28 w którym można było zauważyć znaczniejsze zmniejszenie głębokości oddechów i tor brzuszny, a co po części można odnieść do dużych dawek morfiny podanych choremu poprzednio. Ciśnienie krwi wskazywało po zastrzykach dożylnych zniżkę o 15 — 25 mm Hg (Pachon), która jednak była przejściową i krótkotrwałą; po dawkach mniejszych (2,2 — 3 cm^3 somn.) lub śródmięśniowych zniżka nie występowała wogóle lub była bardzo nieznaczną. Wspomniana wyżej płytkość oddechu zjawiała się w nieznacznym stopniu i tylko niekiedy po większych dawkach śródżylnych (4,4 S., 5 U., 3 $MgSO_4$), przechodziła jednak bez jakiejkolwiek szkody. dla chorego. Dla uzyskania odpowiedniego przygotowania do narkozy eterowej nie jest bynajmniej potrzebną zupełna utrata świadomości, co przy dawce większej występowało nieraz natychmiast; po dawce mniejszej chorzy zapadają w mniej lub więcej głęboką senność (zamknięte powieki, leniwe odpowiedzi, obojętność na otoczenie i mający się odbyć zabieg), która po podaniu śródmięśniowem jest nieraz pozornie nieznaczna, a mimo tego pozwala na wielką oszczędność eteru i ułatwia ogromnie całą narkozę. By móc rozpocząć operację wystarczało nieraz 10 — 20 cm^3 eteru, przyczem chorzy zasypiali bez najmniejszego podniecenia, obrony, kaszlu i t. d., wymioty nie zdarzały się nigdy, nawet u chorych operowanych nie naczczo.

Zachowanie się odruchów może dla nieobznajomionego z tym sposobem uśpienia zrazu wydawać się niejasnem i mylić go co do głębokości uśpienia. I tak nieraz mogliśmy zauważyć że chorzy mimo braku odruchu źrenic wymagali jeszcze niewielkiego dodatku eteru, coby mogło świadczyć o szczególnym wpływie na ośrodki nerwu okoruchowego; pozatem jednak często można było wykonywać zabieg (nie laparotomje) przy istniejących odruchach spojówkowych, a bez żadnych ruchów obronnych ze strony chorego. Odruch połykowy był prawie zawsze zachowany. Jak wspomniano wyżej, wielka korzyść wstępnego uśpienia zapomocą mieszanki somnifono - uretano - magnezjowej daje się odczuć w całej pełni dopiero podczas dłuższych zabiegów, w czasie których całe akty dają się wykonać bez kropli eteru, poczem wystarcza kilka jego gramów by uśpienie dalej podtrzymać. Szczególnie korzystnem jet zniesienie napięcia mięśniowego, co należy przypisać działaniu jonów Mg, a co ułatwia wiele zabiegów w znacznym stopniu; uczucie zmęczenia i osłabienia w kończynach, a nawet jak określali to niektórzy chorzy, zupełna bezwładność występująca zaraz po zastrzyku zależą jak się zdaje od działania magnezu.

Jako ujemną stronę powyższego postępowania odczuwaliśmy czasem stany podniecenia pooperacyjnego, które zjawiały się jednak tylko po dawkach zawierających co najmniej 4-cm^3 somnifenu, a po dawkach mniejszych nie występowały zupełnie lub też tylko w nieznacznym stopniu; zresztą nie stały się one nigdy powodem jakiejkolwiek szkody dla chorego. Długi sen po zabiegu bynajmniej nie mógł być uważany za szkodliwy; w jednym tylko przypadku (Nr. 21) senność i zaburzenia przytomności trwały dłużej, bo około 48-iu godzin, co zresztą przeszło bez następstw.

Zmniejszenie ilości eteru jakoteż spokojne usypianie chorych bez żadnych odruchów niewątpliwie wpływa korzystnie na pooperacyjne powikłania płucne, których widywaliśmy bardzo mało i jedynie jako katary oskrzeli o lekkim przebiegu.

Należy jeszcze wspomnieć że w kilku przypadkach łączyliśmy senność somnifeno - uretano - magnezjową ze znieczuleniem miejscowem powłok z bardzo dobrym wynikiem, oraz że stosowane kilkakrotnie dożylne podanie samego uretanu z siarczanem magnezjowym bez somnifenu umożliwiło również znaczne zaoszczędzenie eteru.

Przy zastrzykach domięśniowych występuje działanie mieszanki o wiele później i słabiej, jest pod względem stopnia bardzo niestałe, trwa zaś nieco dłużej. Choć sposób ten pozwala również na znaczną oszczędność eteru stosujemy go obecnie tylko wyjątkowo, w braku wyraźnych żył lub u chorych bardzo słabych (p. n.).

Na podstawie powyższych spostrzeżeń można ustalić następujące wskazówki praktyczne:

Jako wskazania do uśpienia somnifeno - uretano - magnezjowo - eterowego nadają się ogólnie wszystkie przypadki wymagające narkozy eterowej, a przewszystkiem te, w których zależy nam na zaoszczędzeniu eteru ze względu na długość i ciężkość samego zabiegu, stan narządów oddechowych, miąższowych, serca; przez dodatek znieczulenia miejscowego (powłok brzusznych) można ilość eteru jeszcze znaczniej zmniejszyć. Jako przeciwwskazania należy uważać szczególnie ciężkie stany połączone z bardzo znacznem obniżeniem ciśnienia krwi, co tyczy się jednak tylko podania śródżylnego; podanie śródmięśniowe i w tych przypadkach można wykonać bez obawy, przyczem zapewnia ono duże korzyści.

Dawki somniefenu należy ze względu na szkodliwe jego działanie na krążenie możliwie ograniczyć, przyczem wystarczające przygotowanie do narkozy eterowej daje się osiągnąć przez podanie równoczesne uretanu i siarczanu magnezjowego. Dawki tego ostatniego nie należy ze względu na możliwe niekorzystne działanie na odechanie zbytnio zwiększać.

Jakkolwiek działanie mieszanki zdaje się nie pozostawać w prostym stosunku do wagi ciała, można dla celów praktycznych celem orjentacji polecić następujące obliczenie na 1 kg wagi:

Śródżylnie: 0,04—0,05 cm^3 Somnifenu. 0,085 gr. Uretanu, 0,03—0,04 $Mg SO_4$. Somnifen najlepiej wprowadzić najpierw, a następ-

Nr.	Djagnoza płeć	Wiek	Waga ciała	Morfina Pantopon Atropina	Somnifen cm^3	Uretan gr.	Mg SO_4 gr	Wprowadzenie	Operacja zaczęta przy eteru gr	Całkowita ilość eteru gr.	Czas trwania zabiegu	Rodzaj zabiegu	Podniecenie późne	Pooperacyjne powikłania	Uwaga
1	St. p. appendectomiam. ż.	22	58	—	4·4	2	1	doż.	10	25	30'	Lapar. uwolnie zrostów	po 99 mierne	—	odrazu sen
2	Hernia abdomin. postop. ż.	47	62	—	2·2	2	1	doż.	25	75	48'	Oper. radic.	—	—	odrazu silna senność
3	Sarcoma humeri ż.	16	52	—	2·2	1	$^1/_2$	dom.	40	120	90'	Resectio implant. fibulae	—	—	po 20' lekka senność
4	Fibroma uteri	48	62	—	4·4	2	1	„	30	75	70'	Amp. uteri s.v.	słabe	—	po 15' senność
5	St. p. res. mandibulae, ż.	20	53	—	4·4	2	1	„	20	45	60'	Implant. costae	—	—	po 25' lekka senn.
6	Coxitis tbc. ż.	19	52	0,02 p	4·4	2	1	dom.	20	100	90'	Arthrodesis extr. artic.	—	—	po 20' silna senn.
7	Hernia abdomin. ż.	50	110	—	2·2	2	1	doż.	40	150	75'	Op. radic.	—	Bronchitis	Bez widocznego wpływu
8	Cholelithiasis ż.	40	52	0,02 p	2·2	2	1	dom.	10	—	45'	Cholecyst. ectomia	—	—	po 20' lekka senność
9	Append. chr. ż.	24	60	0,01 m 0,001 a	2·2	2	1	doż.	20	50	40'	Appendectomia	—	—	odrazu senność
10	M. Raynaud ż.	35	56	0,01 p	4·4	2	1	dom.	30	130	90'	Ramisectio ad pl. brach.	—	—	lekka senność
11	Ca mammae	48	84	0,02 p	4·4	2	1	dom.	20	110	90'	Amp. mammae	silne	—	po 10' senność
12	Luxatio cubiti inv. ż.	25	66	—	4·4	2	1	doż.	15	50	60'	Repositio cruenta	mierne	—	odrazu sen
13	Ca mammae	49	60	—	2·2	4	2	doż.	30	75	80'	Amp. mammae	—	Bronchitis	odrazu sen
14	App. chron. m.	27	66	—	4·4	2	1	doż.	15	40	45'	Appendectomia	mierne	—	odrazu senność
15	App. chron. m.	24	64	0,01 m	2·2	4	2	doż.	15	45	36'	Appendectomia	—	—	odrazu senność
16	Ca mammae	44	58	0,01 p	4·4	4	2	dom.	10	30	60'	Amp. mammae	lekkie	—	po 20' silna senność
17	Ca mammae	50	90	0,01 p	4·4	4	2	doż.	15	70	75'	Amp. mammae	lekkie	—	odrazu sen
18	App. chron. m.	24	65	0,01 m	4·4	4	2	doż.	0—10	40	45'	Appendectomia	—	—	odrazu sen
19	Olenitis supp. ż.	50	60	0,01 m	4·4	4	2	doż.	20	60	35'	Resectio cubiti	—	—	odrazu senność mierna
20	App. chron. m	26	67	0,01 m	4.4	4	2	doż.	15	55	30'	Appendectomia	mierne	—	odrazu sen
21	App. chron. ż.	18	55	0,01 m 0,001 a	4·4	5	3	doż.	20	60	38'	Appendectomia	silne	48 g. senn.	odrazu sen głęboki
22	App. chron. ż.	19	60	0 01 p	2·2	5	3	doż.	20	70	40'	Appendectomia	—	—	odrazu senność
23	Neopl. abd. inoper. ż	56	86	0,01 p	2·2	5	3	doż.	20	30	30'	Lap. explor.	—	—	odrazu sen
24	Cystadenoma ovarii	37	65	0,01 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	20	45	45'	Ovariectomia	—	—	odrazu sen
25	Tumor. reg. coeci ż.	19	56	0,01 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	15	40	30'	Lap. explor.	—	—	odrazu sen
26	Tumor renis ż.	50	55	0,015 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	10	70	90'	Nephrectomia	—	Exitus Bronchopneum	odrazu głęboki sen
27	Ca coli trans. m.	38	62	0,015 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	20	110	2 godz.	Resectio coli	—	Exitus: Peritonitis	odrazu sen
28	Invaginatio ileocoecalis m.	32	50	0,02 m 0,001 a	4·4	5	3	doż.	15	75	2 godz.	Desinvaginatio coecopexia	—	Bronchitis	odrazu głęboki sen
29	Ca mammae	42	66	0,01 m	2·2	5	3	dom.	20	80	90'	Amp. mammae	—	—	po 10' senność
30	Cholecystitis acuta ż.	74	50	0,01 m	—	5	3	dom.	10	30	45'	Cholecytectomia	—	—	lekka senność
31	Olenitis tbc. m.	29	69	0,01 m	—	5	3	doż.	30	80	60'	Res. cubiti	—	—	uczucie bezwładności
32	Luxatio cubiti invet. ż.	22	60	0,01 m	3	4	2	doż.	10	60	65'	Rep. cruenta	—	—	odrazu sen głęboki
33	Ca coli transv. ż.	60	58	0,01 m	3	5	3	doż.	0	40	60'	Lap. expl. ga. enterost.	—	—	odrazu sen głęboki
34	Ca mammae	55	68	0 01 m 0,001 a	3	5	2·5	doż.	15	70	65'	Amp. mammae	—	—	odrazu sen głęboki
35	Sarcoma antebrachii recid. m.	50	84	0,01 m 0,001 a	3·2	5	2·4	doż.	30	80	30'	Amp. brachii	—	—	Chory wymagał dawniej 300—500 gr eteru
36	Chondroma femoris recid. m.	56	80	0,01 m 0,001 a	2·2	5	2	doż.	20	65	45'	Ex cochleatio	—	—	senność słaba

nie dodać uretan i magnezję, przyczem zastrzykiwać należy bardzo powoli, w przeciągu około 2 minut. Śródmięśniowe dawki mogą być zwiększone o 1/3 i muszą być podane na 1 godzinę przed zabiegiem. Dawki powyższe, zwłaszcza somnifenu, jako niskie nie przedstawiają o ile można wnosić z doświadczeń na zwierzętach i z wyników u chorych żadnego niebezpieczeństwa.

O ile zachodzi szczególne przeciwskazanie należy zasadniczo na jedną godzinę przed mieszanką podać morfinę z atropiną (0,01 + 0,001). Połączony roztwór uretanu *(urethanum aethylicum)* i siarczanu magnezjowego daje się łatwo otrzymać przez dodatek kilku kropli alkoholu w objętości 15—20 cm³ wody i wyjaławia się przez gotowanie w zamkniętych flaszeczkach.

Wyniki osiągnięte przez nas musimy określić jako bardzo korzystne i wcale nie gorsze od wyników osiąganych zapomocą zachwalanych w ostatnich czasach środków, jak awertyny i pernoktonu; możliwe że zastąpienie somnifenu pokrewnym mu *numalem,* nie zawierającym weronalu pozwoli nam osiągnąć lepsze jeszcze wyniki.

I Jakkolwiek jesteśmy zwolennikami przedewszystkiem znieczulania miejscowego, to jednak w całym szeregu przypadków nie jesteśmy w stanie obejść się bez uśpienia ogólnego, a wtedy środek nieszkodliwy, który pozwala nam na znaczne oszczędzenie eteru musimy uważać za bardzo cenny. Do tego celu możemy polecić jaknajgoręcej mieszankę somnifenu, uretanu i siarczanu magnezjowego.

Dr. Norbert PRAEGER. Kulparków.

O związkach między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi.

Z Zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie.
Dyrektor: Dr. Józef Bednarz.

Już w odległej starożytności w akcie twórczym dopatrywano się pewnych sił nienaturalnych. Eurypides, Demokryt, Sokrates, Horacy i inni w stanach ekstazy twórczej i natchnienia, obejmowanego przez nich nazwą „mania, furor", widzieli pewien wyjątkowy stan psychiczny, który zwykłego śmiertelnika wynosi ponad szare życie codzienne i pozwala mu wniknąć w niedosiężne dla innych zagadki bytu. W średniowieczu nie zajmowano się bliżej tym problemem. Dopiero w XIX wieku podjął to zagadnienie francuski psychjatra Moreau i wypowiedział zdanie, że wzmożona pobudliwość systemu nerwowego jest źródłem jego zwiększonej energji czynnościowej, cechującej tak ludzi genjalnych jak i umysłowo chorych. Genjusz i choroba umysłowa są wedle Moreau stanami pokrewnemi, na tle obu rozwinąć się może natchnienie twórcze.

Jeszcze dalej poszedł Lombroso, dla którego pojęcie genjuszu jest równoznaczne z pewną formą psychozy epileptycznej. Tezę tę rozwijał Lombroso w całym szeregu prac, oparł ją na dość jednostronnej analizie życia i dzieł ludzi genjalnych. Teorja ta była możliwa tylko we współczesnym Lombrosie okresie wiedzy psychjatrycznej, gdy granice t. zw. epilepsji psychicznej rozciągnięte były wprost w nieskończoność. W miarę zacieśniania granic tej jednostki chorobowej, ilość rzekomych wielkich epileptyków stopniała do nielicznej garstki. Teorja Lombrosa nie dała się więc utrzymać, niespożytą zasługą jego pozostał jednak fakt, że wciągnął zjawiska kulturalne w krąg naukowych, na poziomie ówczesnej wiedzy stojących badań psychjatrycznych.

Lombroso położył w ten sposób podwaliny pod nową gałąź nauki psychjatrycznej, którą Birnbaum w ostatnich czasach objął nazwą „Psychopatologji kultury", podciągając pod to miano badania zmierzające do wykrycia związków między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi, pojętemi w jak najszerszem tego słowa znaczeniu. Wchodzą więc tu w grę wszelkie przejawy kulturalne, na polu religji, etyki, literatury, sztuki, urządzeń prawnych i społecznych, ruchów rewolucyjnych i t. p. Punkt wyjścia jest przytem dwojaki: w zjawiskach kulturalnych szukamy osadów patologicznych, w treści zaś chorobliwie zmienionego życia psychicznego staramy się odnaleść wpływy promieniowania kulturalnego.

Rozbiór zjawisk kulturalnych, jako w istocie swej wyrazowych, łączy się oczywiście z analizą ludzi, jednostek czy masy, których one są wytworem. Można wprawdzie pojąć sens danego zjawiska wyrazowego, obojętne, czy to będzie myśl wypowiedziana, lub napisana, dzieło sztuki, czy też działanie, w sposób czysto objektywny, racjonalny *(der rationale, objektive Sinn* — Jaspersa) — nie myśląc zupełnie o człowieku, którego one są „wyrazem". Taki jednak rozbiór przeprowadzony pod kątem — dajmy na to — czysto estetycznym, ma dla psychopatologa znikomą tylko wartość. Rzeczą szczególnej wagi jest ogólne tło i podłoże, z którego zjawiska wyrastają, utajone sprężyny które temu a nie innemu zjawisku wyrazowemu dostarczyły siły popędowej, czynniki, które jego treść zdeterminowały. Metodami psychjatrycznemi staramy się wyświetlić związki przyczynowe zachodzące między danym rodzajem twórczości a pewnemi mechanizmami pozaświadomemi, jak np. konstytucja psychofizyczna i związki zrozumiałe, które wyświetlają nam zawisłość treści wyrazu kulturalnego, odbijającego aktualny stan psychiczny, od stanów poprzednio przeżytych. Sięgając zaś w podświadome staramy się wyjaśnić ukryte mechanizmy rządzące życiem psychicznem wogóle, a więc i jego przejawami kulturalnemi. Objaśnimy to przykładami:

Nasze wiadomości o „wzrokowych typach eidetycznych" (Jaensch) tłumaczą nam np. fakt, że eidedyk wzrokowy, chcąc wyrazić swe przeżycia, obierze raczej formę obrazową, malarską a nie wypowie się przy pomocy kompozycji muzycznej. (Związek przyczynowy pozaświadomy).

Metafizykę woli Schopenhauera możemy pojąć czysto racjonalnie w sposób od jego osoby oderwany, jeśli jednak uwzględnimy jego depresyjną osobowość, zrozumiemy, że taki a nie inny jego światopogląd był uwarunkowany przeżyciami z jego osobowości wypływającemi (związek zrozumiały). Podobnie zrozumieć możemy, że na całej twórczości Tołstoja zaważył „narcyzm charakterologiczny" (Ossipow) i wynikające z niego konflikty życiowe (związek zrozumiały).

Badanie psychopatologiczne uzupełnia więc niejako rozbiór estetyczny. Ten ostatni posługuje się pewną skalą i ustala hierarchję wartości, analiza zaś psychopatologiczna wskazuje na głębsze związki, sięga do korzeni twórczości powstrzymując się zupełnie od jej wartościowania. Fakt, że dane dzieło kulturalne uwarunkowane było przeżyciami patologicznemi, jako jednym z współczynników, nie wpływa żadną miarą na ocenę jego wartości i znaczenia.

Doświadczenie zdobyte w bezpośredniej obserwacji klinicznej pozwala nam odkryć pewne daleko idące analogje między cechami psychopatycznemi lub wprost psychotycznemi, a czynnikami grającemi doniosłą rolę w procesie twórczym. Kierunki psychologiczne w psychjatrji pozwoliły nam sięgnąć aż do głębi życia psychicznego, a więc i kulturalnego.

Psychoanaliza stara się odsłonić pochodzenie sił twórczych na polu kulturalnem. Źródłem ich są wedle Freuda popędy płciowe, które nie tracąc swej wartości energetycznej, zmieniły kierunek działania po przejściu przez proces uwznioślenia *(Sublimierung).* Psychoanaliza wykazuje ponadto, jak olbrzymi wpływ mają czynniki psychorodne na ukształtowanie się twórczości.

Metoda fenomenologiczna ujawnia nam jakości psychiczne, w formie, jakiej one są bezpośrednio dane przeżywającemu i rzuca tą drogą snop światła na stany natchnienia, ekstazy twórczej, poczucia własnego „ja" i jego odchylenia w chwilach mistyczno-religijnego zlania się z bóstwem, cy jakąś inną istotą nadprzyrodzoną.

Kretschmer podniósł wpływ temperamentu związanego z budową ciała na formę i kierunek twórczości. Zależnie od przynależności do schizotymicznego lub cyklotymicznego bjotypu, rozwija się odmienne nastawienie wobec życia i oddziaływanie na podniety płynące od środowiska. Z cyklotymików rekrutują się pisarze i artyści realistyczni, pełni pogodnego humoru, o stylu wyrazistym i plastycznym. Schizotymicy zaś, to marzyciele i romantycy, pod względem formy cyzelatorzy dochodzący do doskonałej czystości stylu. Lubują się oni w tragicznym patosie, prowadzącym do ekspresjonizmu. W swej formie myślowej wahają się między oschłą systematyką, o pokroju często scholastycznym, a tendencją zagłębiania się w odległe od życia tematy metafizyczne.

Nie możemy tu też pominąć badań Jaenscha nad tak zwanemi wzrokowemi typami eidetycznemi, a to ze względu na bliskie pokrewieństwo, jakie je prawdopodobnie łączy z malarzami i rzeźbiarzami. Jak wiadomo uobecniają się nam oprócz realnych także przedmioty materjalne, które się znajdują w polu działania naszych zmysłów przez spostrzeżenia. Przeżywamy je również wtedy, gdy sobie uobecniamy przedmioty materjalne nie dane w tej chwili zmysłom, widzimy je wtedy niejako oczyma duszy — wyobrażenia. W warunkach codziennego życia normalnego człowiek dorosły odróżnia na jawie doskonale spostrzeżenia od wyobrażeń. U ludów pierwotnych tego ścisłego rozróżnienia niema, obie te grupy przechodzą w siebie bez jakichś ostrzejszych granic. Jaensch wykazał, że u osobników młodocianych spotykamy często wzrokowy typ eidetyczny, który odpowiada fylogenetycznie starszemu stopniowi przeżywania zmysłowego, niezróżnicowanego jeszcze w spostrze-

żenia i wyobrażenia. Jest to zwyczajnie forma przejściowa, u niektórych osobników może pozostać na stałe typ niezbyt ostro zróżnicowanego zmysłowego przeżywania wzrokowego. Fakt ten rzuca snop światła na istnienie t. zw. urodzonych malarzy, tłumaczy częstą namacalną wprost wizyjność ich przeżyć.

Freud, Schilder, Kretschmer, Storch i inni wprowadzili genetyczny kąt widzenia i wskazali na to, że w pewnych zjawiskach wyrazowych tak w psychozie jak i w normalnych stanach psychicznych, przebijają wyraźne tendencje „archaiczno-prymitywne" (Storch) odsłaniają się mechanizmy „hyponoiczne i hypobuliczne" (Kretschmer).

Zdobycze nowoczesnej psychjatrji pozwalają nam nietylko na opisywania i rejestrowanie zjawisk, ale i na wnikanie w treść kryjącą się poza zewnętrzną fasadą.

Wykazywanie rozlicznych krzyżujących się wpływów, uwydatnienie mnogich i różnorodnych przeplatających się współczynników w każdym wypadku z osobna, należy do zadań patografji, uwzględniającej tylko twórczość jednostki — my zaś w naszych rozważaniach ograniczymy się do naszkicowania ram ogólnych.

Rozpatrując związki między kulturą a chorobliwie zmienionym życiem psychicznem, nie możemy spuszczać z oczu faktu, że są one bardzo złożone. Nie ma mowy o wyłącznym, jednokierunkowym wpływie jednej grupy na drugą, istotę tego zawiłego procesu uchwycimy pamiętając o tem, że działanie jest wzajemne i że obie grupy w najrozmaitszy sposób się przenikają i przeplatają.

Wyjaśni to przykład: Czynniki kulturalne, jako walory ogólnoludzkie, kształtują w pewnej mierze wraz z innemi już czysto osobniczemi, treść psychozy. Po przejściu przez filtr psychotyczny, otrzymują one nowe zabarwienie, w pewnych wypadkach ulegają nawet przewartościowaniu — obojętne, czy in plus, czy in minus — i w dalszem działaniu spowodować mogą trwałą reakcję psychiczną, wyrażającą się w nowym światopoglądzie danego osobnika, reakcję rozgrywającą się więc znów na polu kulturalnem. Ze względów jednak czysto praktycznych, trzymać się będziemy metody poleconej przez Birnbauma i traktować będziemy oddzielnie wpływ czynników kulturalnych na zjawiska psychopatologiczne i wpływ czynników psychopatologicznych na zjawiska kulturalne.

Wpływ czynników kulturalnych na zjawiska psychopatologiczne.

Nie wdamy się w bliższe omawianie społecznej strony tego zagadnienia ujętej w liczne statystyki, które wykazują wpływ kultury i płynącego wraz z nią rozwoju nauk technicznych na wzrost ilości reakcyj psychotycznych. Wiek pary i elektryczności czyni życie bardziej zróżnicowanem, stawia jednostkę wobec nowych skomplikowanych zadań, utrudnia egzystencję życiową i prowadzi prostą drogą u osobników mniejwartościowych do licznych wykolejeń, załamań i chorobliwych oddziaływań. Kraepelin stawia nawet wyobrażenia przymusowe w związek przyczynowy z nazbyt dziś silnie zaakcentowanem poczuciem obowiązku i odpowiedzialności. Podobnie tylko mimochodem potrącimy o fakt, że nowoczesne urządzenie prawno-społeczne o przymusowem ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków przy pracy, wyhodowało specjalny typ reakcji nerwicowo-histerycznej t. zw. nerwicy rentowej, jako ucieczkę w chorobę, w celu uzyskania dożywotniej renty.

Nie zatrzymując się dłużej nad stroną społeczną, przejdziemy wprost do wykazania łączności zachodzącej między treścią chorobliwie zmienionego życia psychicznego a wytworami kultury. Treść ta nie jest zawieszoną w próżni, wykazuje ona wyraźną zależność od epoki historycznej, od jej wierzeń, przekonań i zdobyczy kulturalnych, zmienia się ona z biegiem wieków i rozwojem kultury i mocą swej plastyczności staje się niejako „patologicznem odbiciem zwierciadlanem" (Birnbaum) kultury danej epoki. Bogato rozwinięte życie duchowe naszych czasów wyraża się w bujnych i różnorakich zespołach objawowych i w usystematyzowanych syndromach urojeniowych, podczas gdy manifestacje psychotyczne u ludów stojących na niskim stopniu cywilizacji są ubogie i monotonne, górują syndromy deliryjne, reakcje rozgrywają się głównie w sferze ruchowej. U szczepów stojących na całkiem prymitywnym szczeblu kulturalnym, jak u Jawańczyków (Kraepelin) przejawia się wypadnięcie wysokowartościowych czynników psychodynamicznych, należących do sfery etycznej i religijnej w braku urojeń grzeszności, na plan dalszy ustępują u nich omamy słuchowe jako wyraz podrzędnego jeszcze znaczenia mowy dla procesu myślowego, podobnie nie do pomyślenia jest, aby chorzy wytworzyli urojenia, że są królami, cesarzami, prezydentami, Chrystusami, szatanami i t. p., o ile nie znają podstawowych urządzeń społecznych i systemów religijnych.

Nowoczesne odkrycia naukowe znalazły bogate „zastosowanie" w produkcjach psychotycznych. Roi się od odciągania myśli „aparatami magnetycznemi", narzucania myśli „wpływami hypnotycznemi i medjalnemi, oślepianie odbywa się zapomocą specjalnych „soczewek i luster", myśli chorych są wszystkim znane, zanim je jeszcze wypowiedzieli, ponieważ odbijają się one na „powietrznych kliszach fotograficznych". Z zaświatów dochodzą ich głosy zapomocą „radja". Inne swe chorobliwe odczuwania łączą chorzy z działaniem „bakteryj" dosypywanych do jedzenia, lub „promieni Roentgena", które palą im wnętrzności. Przewrót społeczny, który rozegrał się w naszych oczach, znalazł już też swe odbicie w urojeniach prześladowczych, — dawnych żydów, Jezuitów, oraz wolnomularzy, zastępują coraz częściej komploty i spiski uknute na zagładę chorych przez bolszewików. Tylko ludzie stojący na wysokim szczeblu kulturalnym „zdobywają się" na t. zw. „urojenia objektywne" (Jaspers) o treści filozoficznej, światopoglądowej, oderwanej od osoby chorego, w lwiej części przypadków u ludzi „środka" spotykamy urojenia egocentryczne, w których chory jest ośrodkiem systemu urojeniowego. Jest to niejako odzwierciedlenie prymitywnego nastawienia ogółu ludzi, przekonania, że we wszystkich zjawiskach własna „res agitur".

Najwyraźniej odbijają się wpływy kulturalne, przekonania, wierzenia i przesądy, w histerycznych psychozach średniowiecza, kiedy to krąg kulturalnego zainteresowania ludzkości wessany był niejako przez sferę religijną.

Filozofja scholastyczna polegająca na rozumowym rozbiorze zagadnień zawartych w filozoficzno-religijnym poglądzie na świat i w związku z tem na grupowaniu tych zagadnień w układ jak najbardziej rozczłonkowany, ujęty w dokładne od siebie odgraniczone działy, rozdziały i poddziały, nie zaspokajała potrzeby chwili. Jako reakcja przeciwko rozumowemu, formalistycznemu traktowaniu spraw religijnych, rozwinął się mistycyzm, kładący główny nacisk nie na logiczne ujęcie wierzeń religijnych, lecz na uczuciowe wniknięcie w nie i głosił hasło, że trzeba się wznosić ku Bogu nie rozdrabniając całości wiary na kwestje i kwestyjki, lecz w ponownem przeżyciu całego objawienia w ekstatycznem uniesieniu duszy (Twardowski).

Mistycyzm podporządkowując rozum uczuciu i zwracając jednocześnie jego ekspanzję ku rzeczom nadprzyrodzonym, odrywał od realnej rzeczywistości, powodując zaś zacieśnienie pola świadomości, ułatwiał erupcję podświadomego życia psychicznego, które w ekstatycznych uniesieniach pełnym strumieniem wydobywało się na powierzchnię. Podświadome życzenia, obawy i myśli, przyoblekały się w szaty realne, spełniały się w majaczeniach przepełnionych omamami, w stanach patologicznego rozszczepienia osobowości i w czynnościach automatycznych, przez które za Myersem rozumieć będziemy grupę zjawisk mających swe źródło w targnięciu podświadomych sił duchowych do właściwej świadomości i odczuwanych przez dany podmiot jako pierwiastek sobie obcy, w danym wypadku pochodzenia nadprzyrodzonego, boskiego.

Wierzenia religijne średniowiecza, wytwory więc w istocie swej kulturalne, grupowały się dookoła dwóch biegunów, dookoła Boga i jego antytezy, szatana. Temu rozdziałowi odpowiada dwoistość po stronie psychopatologicznej. Treść manifestacyj psychotycznych była temi wierzeniami uwarunkowana. Występowały wizje aniołów i demonów, głosy wypowiadały nakazy Boga, w wypadkach zaś przeciwnych były to podszepty szatańskie. Przed oczyma roztaczały się rozkoszne wizje raju, w uszach brzmiała muzyka anielska, pojawiały się jednak i grozą napełniające obrazy piekła, do uszu dochodziły jęki potępieńców i brzęki kajdan.

W stanach ekstazy występowało obcowanie z Bogiem lub inną świętą istotą. Obcowanie to ograniczało się niekiedy do żywego, rozkosznego poczucia bliskiej obecności Boga bez wyobrażeń zmysłowych, przybierało jednak także charakter rozkosznych halucynacyj, w najsilniejszych zaś stopniach ekstazy osobnik zatracał granicę swego „ja". Własna osobowość roztapiała się w Bogu, czy innej istocie nadprzyrodzonej, nadmiernie zaś wydatkowana energja uczuciowa promieniowała często ku sferze ruchowej i przejawiała się w drgawkach.

W demonomanjach (opętanie przez szatana) znajdowała znów patologiczne odbicie wiara w szatana. Urzeczywistniała się w wizjach demonów i chrobliwych odczuwaniach cielesnych, tłumaczonych jako działanie szatana. Egzorcyzmy rozpętywały napady drgawek i dramatyczne sceny histeryczne, przedstawiające rzekomą walkę z szatanem. Rozszczepienie osobowości i czynności automatyczne uzupełniały obraz.

Demonomanja przybierała niejednokrotnie formę masowej infekcji psychicznej, jak np. w klasztorze w Loudon, gdzie demony

„Asmodi, Lewiatan, Behemot, Izaakaaron, Baalam, Haman“ i inne wyprawiały istne harce piekielne z zakonnicami, przejawiające się w bogatej różnorodności objawów histerycznych, jak stany zamroczenia, dramatycznie przeżywane sceny zgwałceń z następowemi rzekomemi ciążami, wymioty krwawe i inne naboje najcięższego kalibru z arsenału histerycznego. Ta masowa demonomanja znalazła swój epilog w męczeńskiej śmierci na stosie ks. Urbana Grandier, jako rzekomego sprawcy tych sprawek szatańskich.

Kroniki średniowiecza wskazują nam i na inne masowe infekcje psychiczne, jak krucjata dzieci, szał taneczny, wyuzdane orgje seksualne biczowników i t. p.

Rozwinąć się one mogły tylko na podłożu średniowiecznego życia kulturalnego, kiedy to cała ekspanzja jednostek i masy skierowana była ku rzeczom nadprzyrodzonym, zawierającym w sobie pierwiastek świętości, związany z wszystkiem tem, co wydaje się nadludzko potężne i niezrozumiałe, dobre a straszne, przyciągające i przerażające jednocześnie. Rzeczy te mocą olbrzymiego z niemi zespolonego akcentu uczuciowego, powodowały chwiejność równowagi psychicznej i przygotowywały w ten sposób podłoże dla syndromów histerycznych.

W miarę rozwoju nauk przyrodniczych, sposób myślenia stał się bardziej racjonalistyczny i utworzył naturalną tamę dla rozwoju infekcyj psychicznych. Spotykamy je dziś naogół rzadko, rozmiarami zaś swemi pozostają daleko w tyle za średniowiecznemi, nie obejmują nigdy takich zawrotnych, wielotysięcznych rzesz. Znajdujemy je jeszcze w rozmaitych sektach religijnych, związkach teozoficznych, kółkach spirytystycznych i t. p. Treść produkowanych objawów odbiega znacznie od wzorów średniowiecznych, odpowiada ona zainteresowaniom nurtującym naszą współczesność. W mowie automatycznej odtwarza się język mieszkańców Marsa, zamiast demonów, czy aniołów zjawiają się zmaterjalizowane duchy.

Na całym więc obszarze zjawisk psychopatologicznych widzimy wyraźną ich zależność od epoki historycznej i kulturalnej, jako od tła ogólnego, w wypadkach zaś indywidualnych waha się ona w zależności od środowiska, z którego psychicznie chory pochodzi i od jego własnego stopnia kultury.

Wpływy czynników psychopatycznych na zjawiska kulturalne.

Życie religijne wszystkich czasów i ludów wskazuje w sposób niedwuznaczny na rolę, jaką odegrały w niem mechanizmy histeryczne. Egzaltacja religijna podsycana ascezą była zawsze bujną glebą, z której wyrastała cała skala objawów histerycznych. Zjawisko to tłumaczymy olbrzymią energją uczuciową związaną z nadmiernie rozwiniętem życiem religijnem (patrz wyżej) i wybitną siłą przyciągającą, jaką taka treść wywiera na natury obciążone podłożem histerycznem, skłonnych do bezgranicznego oddania się i przeżywania treści silnie uczuciowo zaakcentowanych.

Przypatrzmy się obecnie temu samemu zjawisku pod innym kątem widzenia, spytajmy, czy z podłoża histerycznego nie wyrastają pewne dla życia religijnego dodatnie cechy?

Przy tak postawionem pytaniu, zarysowuje się odrazu znaczenie podświadomego życia psychicznego. W stanach ekstaz i natchnień religijnych, wydobywają się na powierzchnię wyobrażenia i myśli, które pędziły poza polem ośrodkowej świadomości, nieskrępowany żywot, wolny od więzów i kontroli, nakładanych przez świadomość, która utrzymuje tok naszego myślenia w torach świadomych celu refleksyj i działa hamująco na jakieś niezwykłe, odbiegające od codziennego doświadczenia połączenia myślowe. Nadmierna ekspanzja uczuciowa skierowana ku rzeczom nadprzyrodzonym, podsycana ascezą, zacieśniając pole świadomości, ułatwia wtargnięcie tego podświadomego prądu myślowego — na powierzchnię. Strumień ten noszący na swych falach wartości często dodatnie, jako obce świadomości, odczuwany bywa jako działanie sił nieziemskich, nadprzyrodzonych.

Słowem, treść religijna, w swej istocie więc kulturalna, zostaje przejęta przez osobnika, który mocą swego podłoża konstytucjonalnego żywo na nią reaguje i przeżywa ją w sposób dla siebie swoisty, produkując cały szereg objawów histerycznych o zabarwieniu tą treścią religijną nadanych (wpływ czynników kulturalnych na zjawiska psychopatologiczne). Mechanizmy histeryczne wyzwalają równocześnie pewne niezwykłe stany psychiczne, do głosu dochodzi sfera podświadoma, ujawniają się jej wytwory dodatnie, leżące w danym konkretnym wypadku znów na terenie religijnym a więc kulturalnym. (Wpływ czynników psychopatologicznych na zjawiska kulturalne).

Przykład ten, zaczerpnięty z życia religijnego, wykazuje dowodnie, że czynniki kulturalne często się przenikają i krzyżują z chorobliwemi zjawiskami psychicznemi, tworząc niejednokrotnie jeden nierozerwalny węzeł.

Zaznaczyć musimy z całym naciskiem, jak to już raz uczyniliśmy, że nie wpływa to zupełnie na klasyfikację zjawisk kulturalnych. Ocena tejże wykracza zupełnie poza ramy naszych rozważań. Chorobliwe wpływy psychiczne, które zaważyły na danym wytworze kulturalnym — nie mogą i nie powinne przesądzać ich ogólno ludzkiego znaczenia, dodatniego lub ujemnego, które siłą rzeczy zależy od kąta widzenia i osobistego nastawienia badającego.

Wyjaśni to przykład: Ocena wartości ruchów rewolucyjnych waha się zależnie od bardziej zachowawczych lub radykalnych przekonań danego sobnika, dla naszych zaś rozważań jest to rzecz zupełnie obojętna. Rewolucja rozwija się na tle zawiłego zróżnicowania życia społecznego, które jest bezpośrednio zawisłe od rozwoju kulturalnego, wszak głucho jest o ruchach rewolucyjnych wśród ludów pierwotnych. Obok twórczych przywódców, w prawdziwem tego słowa znaczeniu, o zupełnie zdrowej strukturze psychicznej, wynosi fala przewrotu na powierzchnię życia społecznego psychopatów, którzy rozwijają żywą działalność, zajmują często stanowiska kierownicze, nadają ton danemu przewrotowi społecznemu, doprowadzają mu pewien rozmach, tkwiący swemi korzeniami w ich konstytucji psychopatycznej. Analogiczne zjawisko spotykamy w historji nowych kierunków w sztuce i nauce. Sami twórcy nowych wartości pozostają często ukryci za kulisami, na scenie pojawiają się ich psychopatyczni naśladowcy, którzy udrapowani w togi właściwych twórców, z dużym gstem i patosem głoszą nowe zasady, torując im drogę ku szerokim kołom społeczeństwa. Są więc nietylko satelitami, krążącymi dookoła rewolucyjnych „nowinek“, kubistycznych, futurystycznych i t. p. ale mimowoli odgrywają równocześnie rolę propagatorów nowych wartości, spełniają więc misję kulturalną.

Wskazanie sprężyn, które popychają psychopatów ku nowym prądom kulturalnym, nie zaś ocena wartości tych prądów, należy do naszych zadań. Musimy sobie zdać sprawę z psychologicznej podstawy tego zjawiska, że dookoła każdej nowości natychmiast gromadzą się psychopaci. Przyczyna tkwi w ich wiecznym niepokoju intrapsychicznym, który obniżając wytrzymałość i energję w zdążaniu do obranego celu, powoduje ich ogólną niewydolność życiową. Rozpatrując swe niepowodzenia pod kątem egoizmu i wzmożonego pojęcia o swej wartości, przyczynę ich rzutują na zewnątrz, widzą w nich skutek ucisku społecznego, politycznego, czy też uprzedzenia krytyków literackich, którzy tkwią rzekomo „w przesądach akademickich“. Nic więc dziwnego, że wprzęgają się odrazu w rydwan każdego nowego ruchu, który choć na krótko pozwala im odegrać poważniejszą rolę i mimowiednie spełniają czynność zaczynu, wyrywającego szerokie koła społeczeństwa z kwietystycznego bezwładu.

Z kolei rzeczy spytamy, czy psychopaci odgrywają zawsze tylko rolę trabantów i przetwórców, którzy jak ćmy krążą dookoła nie przez siebie wznieconego światła, czy też konstytucja psychopatyczna nie działa jako jeden z współczynników, predysponujących do pracy twórczej, wykuwającej nowe wartości? Dawne więc zagadnienie poruszone przez L o m b r o s a, a streszczające się w tytule jego dzieła — „genjusz i obłąkanie“ — ożywałoby w zmienionej formie, jako problem — „genjusz i psychopatja“.

Dla rozpatrzenia tego problemu obrać musimy dwa punkty wyjścia:

1) Analizując w sposób wolny od jakiegokolwiek z góry powziętego nastawienia życie i dzieła jak największej ilości jednostek twórczych, szukamy w nich kart psychopatycznych.

2) Rozważając w sposób ogólny, oderwany od jakichkolwiek osób, znamiona psychiczne składające się na pojęcie psychopatji, staramy się wyświetlić, czy niektóre z nich nie mają znaczenia dodatniego dla procesu twórczego.

Droga pierwsza jest najeżona dużemi trudnościami, wszak wchodzą tu w grę osoby otoczone nimbem sławy i zasług, ustawione na wysokim piedestale. Zamiast ludzi widzimy skostniałe o nich legendy, wszystkie skazy psujące piękny obraz, jaki sobie ludzkość o nich wyrobiła, są starannie wyretuszowane, całość jest spreparowana do użytku szkół średnich, w dodatku nie możemy wytyczyć ostrej granicy między chorem a zdrowem, są to bowiem stany płynnie w siebie przechodzące.

Idąc drugą drogą stąpamy już po gruncie pewniejszym, urobionym przez pracę kliniczną. F r e u d zaś nauczył nas, że wychodząc od strony chorej dochodzimy do imponujących swemi rozmiarami perspektyw, wszak cała nauka o „nieświadomem“ i jego przejawach, spoczywa na doświadczeniach zdobytych z psychoanalizy neuroz (patrz też K r e t s c h m e r: Die Psychologie der Neurosen ist die Psychologie des menschlichen Herzens überhaupt).

Ad 1) Nie możemy się tu wdawać w wymienianie nazwisk tych wszystkich jednostek twórczych, na których życiu i dziełach wyryte jest wyraźne piętno psychopatji. Odsyłamy w tej mierze do rozlicznych patografij w szczególności zaś do imponującej bogactwem dostarczonego materjału, pracy Birnbauma pod tytułem „Psychopathologische Dokumente“, tu zaś ograniczymy się do stwierdzenia samego faktu, nad którym nie można przejść do porządku dziennego, że psychopatja i talent twórczy nietylko się nie wykluczają, ale w sposób uderzający, aż nazbyt często z sobą się łączą.

Ad 2) Psychopatja obejmuje zmiany charakterologiczne, cechujące się zaburzeniami w zakresie uczuć i woli, nie działa niszcząco na intelekt i temsamem nie podcina możliwości pracy twórczej na polu kulturalnem. Granice psychopatji są rozległe, nasilenie objawów rozmaite, od normalnego życia psychicznego nie jest odcięta granicami linijnemi, ale prowadzi w nie szerokiemi pasami brzeżnemi. Nakreślenie pełnego obrazu klinicznego psychopatji zaprowadziłoby nas zadaleko, ograniczymy się więc tylko do tych cech, które mają znaczenie dla naszych rozważań.

Psychopatja powoduje pewną dysharmonję psychiczną, stan jakby chwiejnej równowagi, wywołanej rozmaitemi współdziałającemi czynnikami, jak wzmożona pobudliwość, niestosunek między podnietą a odczynem, niepohamowanie afektów i pierwotnych instynktów i przewagę fantazji nad poczuciem realności, przyczem istota tych zaburzeń polega na zmianach czysto ilościowych, nie zaś jakościowych.

Dok. nast.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O schorzeniach mózgowych w kokluszu *).

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Profesor Dr. Wł. Szenajch.

Na III-cim Zjeździe Pedjatrów Polskich w Wilnie w r. 1927 wystąpiłem z szeregiem konkretnych wniosków w odczycie p. t. „O potrzebach pedjatrji polskiej“. Główną ideą moich wywodów było przekonanie, że pedjatrja polska jedynie w doskonaleniu pracy klinicznej widzieć winna drogę do postępu w medycynie. Na drogę tę nie wejdzie, dopóki nie otrząśnie się z wad nadmiernej specjalizacji i dopóki nie uprzytomni sobie głęboko celu w medycynie t. j. że dla możności niesienia skutecznej pomocy cierpiącemu choremu — pierwszem zadaniem lekarskiem i szczytem wszystkich ambicyj lekarskich była i jest wczesna, trafna djagnoza przy łóżku chorego. Ze wszystkich gałęzi medycyny praktycznej — nie kto inny, jak szczególnie pedjatra, winien głęboko zrozumieć ważność potrzeby odkrywania przez siebie choroby w jej pierwszych początkach, które właśnie korzeniem swoim tkwią często w wieku dziecięcym. Aby tej ważnej potrzebie w medycynie, jaką jest dobra djagnoza móc zadośćuczynić, potrzeba koniecznie poznać pewne braki „savoir vivre“ w pedjatrji, t. j. braki w wychowaniu klinicznem, bez których pokonania djagnoza lekarska nie będąc wartościowem dziełem ani pod względem sztuki, ani pod względem nauki, nie może temsamem przyczyniać się do postępu w nauce.

Nie może mieć dobrego „savoir vivre“ w pedjatrji lekarz, który albo wogóle nie ma ambicji dobrego djagnosty, albo który łudzi się fałszywym sądem, że się do perfekcji djagnostycznej dochodzi przez dekret, przez wrodzone talenty, albo przez oczytanie sero-, lub biologiczne bez twardej długoletniej pracy przy łóżku chorego.

Jednym z klasycznych objawów zahamowania ambicji klinicznej jest ustosunkowanie się myśli lekarskiej do współczesnych odkryć w nauce. Lekarz wychowywany w atmosferze naukowości wszystkiego, co trąci chemją, fizyką, bakterjologją i t. p., a nie obserwacją chorego, nie potrafi już rozróżnić wielkich odkryć w dziedzinie medycyny od małych. Za przykład służyć może ustosunkowanie się przeciętnego pedjatry do odkryć Hutinel'a, Mackenzie'a, Pospischill'a, Nicolle'a, Degwitza, Sanarelle'go, lub do odkryć Schicka, Dicka, Fanconi'ego, Besredki... W pracy swojej o profilaksji odry i kokluszu wykazałem w sposób plastyczny, do jakich błędów zawiódł Debré'go brak krytycyzmu klinicznego.

Dokładna obserwacja kliniczna jest w medycynie zadatkiem wynalazków, jak tego klasycznym przykładem jest odkrycie szczepienia ospy Jennera, który jako prowincjonalny lekarz umiał obserwować pacjenta. Główną część życia spędził na wsi. Jako 19-letni młodzieniec usłyszał włościankę mówiącą: Ja nie dostanę ospy, bo miałam ospę krowią. Obserwawał przez 20 lat nieustannie ludzi, którzy przypadkiem przebyli ospę krowią.

Dnia 14. V. 1796 zaszczepił 8-letniego chłopca Jamesa Phippsa treścią pęcherzyka ospy krowiej, która się rozwinęła przypadkiem na ręce Sary Nelmes. Ta zaraziła się od krowy podczas dojenia, mając rękę zadraśniętą źdźbłem jęczmiennem. Było to pierwsze szczepienie „limfą humanizowaną“. Przyjęło się ono chłopcu dobrze. W 6 tygodni potem zaszczepił go Jenner zarazkiem ospy prawdziwej z wynikiem ujemnym.

To odkrycie stało się symbolem wartości pracy klinicznej i stało się niedościgłym do dziś dnia ideałem wszystkich prób leczenia szczepiennego, lub surowiczego. Odkrycie to, jakkolwiek w skutkach serologiczne, jest produktem myśli klinicznej i dowodzi, jak wszelki triumf w medycynie bierze swój początek przy łóżku chorego...

Serologja jest jednym tylko owocem spadłym z drzewa kliniki. Jeżeli drzewo to ma nie uschnąć i rodzić — trzeba na nie całą uwagę skupić, a nie zadawalać się, jak to dziś bywa, kontemplacją i analizą spadłego dawno owocu. Owoc jest godny poznania, ale godniejszem poznania jest drzewo, z którego owoc upadł.

Aby czynem poprzeć swoje w tym kierunku poglądy, na III-cim Zjeździe Pedjatrycznym odczytem swoim „O kokluszu w wieku dziecięcym“ dałem wyraz temu przekonaniu, że przed okiem każdego lekarza praktycznego, a zwłaszcza pedjatry polskiego, stoi odłogiem tak niesłychanie wdzięczny i niewyzyskany klinicznie teren choroby par excellence dziecięcej, która dla licznych powodów jest pod każdym względem przez pedjatrów zaniedbana i zapoznana.

Że teren zasłużył na interes kliniczny, wykazał genjalny pedjatra wiedeński, Pospischill, w znakomitej swojej monografji poświęconej tej chorobie.

W r. 1926 dorzuciłem do odkryć mistrza mojego Pospischilla grudkę własnych refleksyj, mianowicie na temat patogenezy rozstrzeni oskrzelowych u dzieci.

W r. 1927 i 1928 dodałem również kilkakrotnie przyczynki na temat patogenezy encefalopatyj dziecięcych.

Panuje, jak wiadomo, ogólne dość nieuleczalne przekonanie wśród pedjatrów, że koklusz to 6-tygodniowy kaszel („Hustenkrankheit“), który matka rozpoznaje, a lekarz „leczy“ injekcjami eteru, albo szczepionką, czy surowicą.

Matka wiedzie dziecko co drugi, trzeci dzień do ambulatorjum, gdzie „specjalista“ robi zastrzyki lecznicze.

Mackenzie opowiada o lekarzu, który wezwany do chorej pierwiastki, leżącej w agonji z powodu gorączki połogowej, zbadał chorą a potem w powrocie do domu, zaproszony jeszcze dwa razy do domu rodzących pierwiastek, nie odmówił im również swego położniczego badania. W parę dni potem jeszcze jedną kobietę rozwiązał. W przeciągu jednego tygodnia wszystkie 4 pacjentki umarły.

Fakt, że niewielki procent czytelników domyśla się istnienia rzeczywistej analogji w postępowaniu akuszera i pedjatry, stwierdza, w jakich mrokach pogrążona jest imaginacja przeciętnego lekarza o przyczynach największej śmiertelności wśród dzieci małych.

Koklusz jest najbanalniejszą i równocześnie najbardziej śmiertelną ze wszystkich infekcyj dziecięcych. Rosseau Saint Philippe nie waha się w r. 1925 nazwać kokluszu najbardziej morderczą chorobą dziecięcą. Autor domaga się bezwzględnej izolacji tych chorych, szczególnej pielęgnacji i profilaksji przed zakażeniem mięszanem. Autor domaga się zwrócenia większej uwagi niż dotychczas na często spotykane lekkie poronne postaci choroby bez recydywy i bez zaciągania. Są one najniebezpieczniejsze pod względem dalszego rozszerzania się.

Przyczyną tej wielkiej śmiertelności na koklusz są zakażenia mięszane, szczególnie odrą i influencą, właśnie te, których niepodobna uniknąć w najzdrowszych nawet poczekalniach ambulatoryjnych. Każde leczenie ambulatoryjne kokluszu jest taksamo niestosownym brakiem konwenansu lekarskiego, jak badanie pierwiastki po drodze od gorączki połogowej.

Nie potrzebuję dodawać, że najlepsza nawet reforma ambulatorjów, o którą pierwszy w inteligentny sposób się upomniałem w Polsce, nie rozwiązuje w setnej części sprawy. Trzeba oprócz tego szerzyć zdrową propagandę wśród lekarzy, że początkiem walki z kokluszem jest uświadomienie lekarza o potrzebie poznania i wczesnego rozpoznawania tej choroby, która pod swoją maską niewinności kryje całą głębię taksamo społecznie i naukowo

---

*) Według odczytu wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. w dniu 29 stycznia 1929 r.

ważnych konsekwencyj, jak gruźlica w wieku starszym lub kiła. Wykazałem na całym szeregu plastycznych przykładów ogłoszonych w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ w r. 1928, że koklusz nie jest banalną chorobą i wywołałem ferment czujności w obozie lekarskim, czy mianowicie odkrycia naukowe Pospischilla o kokluszu są prawdą, czy nie. Naogół wśród sfer lekarskich rozszerzone jest przekonanie, że duszą choroby jest jej kaszel.

Pospischill udowodnił, że to jest nieprawda, że kaszel to tylko objaw nerwowy, różny w przebiegu różnych chorób oddechowych, że natomiast główną kwaterą choroby jest płuco. Choroba ciągnie się długo — miesiącami, latami, jest przewlekłą pneumonią, bronchitis, lub bronchektazją, z okazji infekcji mieszanej wybucha na nowo silniejszem zaostrzeniem ogniska pneumonicznego w płucach a równocześnie zazwyczaj głośnym spazmatycznym kaszlem kokluszowym, który nie jest objawem drugiej choroby, ale nawrotem, czyli dalszym ciągiem tej samej głównej infekcji płucnej. Umiejętność rozpoznawania choroby wymaga oprócz mistrzowskiej znajomości wczesnego wykrywania minimalnych ognisk w płucu, także i doświadczenia w ocenie muzyki kaszlu i oczywiście konieczności pozbycia się przesądu niepochlebnego dla godności lekarskiej, że rozpoznawanie tej melodji należy do matki, albo do pielęgniarki. Jak nie matka, ani pielęgniarka rozstrzyga, czy szmer pod tą lub tamtą łopatką jest oskrzelowy czy pęcherzykowy — lub czy szmer nad koniuszkiem serca jest skurczowy, czy rozkurczowy.

Nie! to jest jeden z pierwszych obowiązków lekarza, bo jest to badanie odruchu patologicznego, a więc objawu choroby. Gdyby lekarz zechciał zastanowić się nad istnieniem analogji między kaszlem a innemi symptomami, toby zrozumiał, że prawie każda choroba ma swoje różne stopnie, czy różne fale nasilenia objawowego.. Każdy ból, każde drgawki, każda ciepłota ma swoje różne fazy nasilenia; któż ma te fazy śledzić, jak nie lekarz. Czy rzeczywiście pielęgniarka lub matka? Czy każdy ból w przebiegu zapalenia ślepej kiszki zwala z nóg chorego i każdy jest nasileniem albo lokalizacją swoją jednakowy? Gdyby lekarz pedjatra zadał sobie trud badania jednego dziecka kokluszowego przez 1 rok tylko pod względem muzyki kaszlu, byłby odkrył, że kaszel ten nie jest przez okres całego roku jednakowy przy zachowaniu cech tej samej budowy i pewnej rytmiczności, że są różne stopnie nasilenia pod względem gwałtowności, pod względem ilości kaskad, pod względem repryz, pod względem czasu trwania, pod względem ilości ataków — że czasem znika, aby po pauzie 2, 3 miesięcy znowu się „charakterystycznie“, ale niekoniecznie z wymiotami znowu ujawnić. Bo kaszel jest czemś żywem, ma swój kolor, swoją muzykę, której rytm i budowę musi lekarz chcieć sobie przyswoić zupełnie tak, jak przyswoił swojemu uchu naturę szmeru oskrzelowego, lub muzykę kaszlu krupowego, albo jak przyswoił swojemu oku pojęcie koloru tej lub owej wysypki skórnej. Właśnie dlatego, że ta konieczność zaznajomienia się z jednym tylko uderzającym ucho laika objawem choroby — jedynie na drodze osobistego kształcenia słuchu w tym kierunku — jest taka uderzająco prosta — dlatego tak trudno spotkać lekarza, któryby w tym kierunku szukał doświadczenia w sobie a nie w książkach albo w pielęgniarkach. Każdy lekarz, który odwiedza ambulatorja dziecięce albo szpital, czy ochronkę i ma jako taki kontakt z dziećmi, codzień słyszy fragmenty z opery kokluszu bez własnej świadomości, zupełnie tak, jak człowiek z miasta, zamyślony idąc przez las, nie słyszy, a jak słyszy — nie rozpoznaje koncertu ptactwa leśnego, bo ma co innego na głowie. A jednak każdy przyzna, że naukowe zbadanie właściwości tego lasu wymagać powinno także rozstrzygnięcia, jakie ptactwo w tym lesie śpiewa.

Lekarz, który jedno dziecko przez 1 rok pod względem muzyki kaszlu pilnie obserwuje, wyleczy się po roku z przesądu panującego, że kaszel kokluszowy to tylko gwałtowny kaszel połączony z repryzą i z wymiotami, ale przekona się, że jest całe bogactwo różnych faz czyli okresów kaszlu, który się piętrzy zależnie od swojego okresu w rozmaitej ilości poszczególnych kaskad, że jednem słowem zasługuje na poznanie pod względem samej muzyki przynajmniej w równym stopniu, jak odczyn Dicka pod względem interesujących faz swojego nasilenia na skórze. Najinteligentniejsze śledzenie faz zabarwienia i intenzywności tego odczynu najlepszego klinicysty nie zdoła natchnąć djagnozą danej choroby, nie mówiąc już nic o wartości odczynu w odniesieniu do oceanu zagadnień o odporności zakaźnej. Oczywiście poznanie muzyki kokluszu na jednym przypadku jest dla życia praktycznego trochę skromne i dopiero na większym materjale zebrane i z charakterem kaszlu innych stanów chorobowych zestawione różniczkowo, prowadzi lekarza do tej perfekcji, jaką ma człowiek obyty „towarzysko“, który rozpoznaje z poza ściany po kilku uderzeniach klawisza, czy to Szopen, czy Grieg, albo do perfekcji, jaką ma chłop na wsi w rozpoznawaniu głosu zwierzyny, czy ptactwa. Wprawny lekarz usłyszy urywek fragmentu kaszlowego, początek lub koniec kaskady, i już wie, że to dziecko ma koklusz. Niewprawny musi przeprowadzić ceremonję śledztwa różnych nielekarzy, albo musi słyszeć jęk repryzy i wybuch wymiotów, albo atak sinicy u dziecka.

Jednem z bardzo trudnych zadań, wystawiających doświadczenie lekarskie na próbę, jest rozpoznanie wczesnego kokluszu w okresie zwiastunów. Okres ten bowiem jest łudząco podobny do początkowego okresu zwiastunów w odrze. Matka podaje, że dziecko zaczyna kaszlać chrypowato. Stwierdzamy, że kaszel jest chrypowaty, jak w początkowym okresie odry. Kiedy indziej ma on charakter dźwięczny, ale ani w jednym ani w drugim przypadku nie spotykamy charakterystycznego, dyskretnego laryngospastycznego lub kaskadowego charakteru. Kaszlowi towarzyszy wyraźne zaczerwienienie spojówek, nieżyt nosa albo kichanie. Plam Koplika niema, ale wiadomo, że mogą się w okresie zwiastunów odrowych czasem bardzo późno dopiero pokazać, czasem może ich nie być. Badanie płuc w tym pierwszym okresie może dać już czasem orjentację przez obecność skąpych rzężeń, ale zazwyczaj wynik jego jest do czasu wykształcenia się kaszlu naogół ujemny. W tych przypadkach cennym środkiem pomocniczym bywa zauważenie delikatnych obrzęków powiek górnych. Teissier podkreśla jako wartościowy wskaźnik rozpoznawczy zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu. Wogóle w wypadkach tych wywiady, stwierdzające pewne przebycie odry umożliwiają trafne rozpoznanie kokluszu w okresie zwiastunów.

Zastrzegam się, że jak w djagnozie każdej choroby, tak i w rozpoznaniu kokluszu, nie ten objaw jest najważniejszy i nie on tylko prowadzi do krynicy poznania choroby. Drugą bowiem najważniejszą i najbardziej wgłąb sięgającą koniecznością pracy nad poznaniem choroby jest śledztwo perkusją i auskultacją tego, co się „dzieje“ w płucu dziecka; bez tego szukania w płucu poznanie kokluszu jest powierzchowne swoją artystyczną perfekcją poznania samego kaszlu. Sprawa śledzenia stanu płuc szarpie najczulszą strunę ambicji lekarskiej, bo w ogromnym procencie redukuje się do umiejętności wczesnego odkrywania minimalnych ognisk zagęszczenia płucnego. Tylko bardzo wytrawny klinicysta wie, jakiej długiej i sumiennej wprawy wymaga zdobycie perfekcji w tym kierunku. Oprócz tego oczywiście taką samą koniecznością czynności lekarskiej jest inteligentne ustosunkowanie się pod względem historycznego poznania procesu odkrytego w płucu, do czego służy poznanie dokładne jego anamnezy i poddanie krytyce wszystkich procesów płucnych tego dziecka, co dla syntezy rozpoznawczej nie jest obojętne. Poznanie kokluszu jest czasem rozbrajająco łatwe, czasem trudne, zależnie od warunków i zawsze zależnie od doświadczenia, jakie lekarz zdobył na sobie samym przy łóżku chorego. Zdobycie tego stanowiska potrzebnego do walki z najbardziej śmiertelną chorobą małych dzieci naszych klas robotniczych jest wprost proporcjonalne do wiary w skuteczność odkrywania prawdy najprostszemi metodami klinicznemi przy pomocy własnych, ćwiczonych ad hoc bez ustanku zmysłów.

Jak uchwycenie zapomocą palca częstości tętna nie jest jeszcze określeniem tętna, tak uchwycenie kaskadowego charakteru kaszlu nie jest jeszcze zorjentowaniem się w istocie nerwowego objawu odruchowego kokluszu, jakim jest jego kaszel. Powszechnie wiadomo z fizjologji, że kaszel, podobnie jak wymioty, jest odruchem i reakcją obronną organizmu na pobudkę obwodową, której punktem wyjścia jest prawie zawsze jakaś gałązka czuciowa nerwu błędnego, czy to na błonie śluzowej strun głosowych, czy to w oskrzelach, czy w opłucnej, gardle, przełyku, żołądku i t. p. Drogi dośrodkowe dla tych odruchów stanowi albo nerw błędny, albo językowo-gardłowy, albo trójdzielny, albo kora mózgowa. Ośrodki dla kaszlu i wymiotów leżą w opuszce w bliskiem sąsiedztwie ośrodka oddechowego. Drogi odśrodkowe stanowi dla obu odruchów nerw przeponowy, nerw błędny, nerwy kręgowe. Z tego podobieństwa topografji dróg odruchów, wymiotnego i kaszlowego, łatwo zrozumieć, jak pobudka o włos przesunięta przez potknięcie się o boczną gałąź drogi odruchowej wywołać może nietylko odruch kaszlowy z odruchem wymiotnym, ale także sam tylko odruch wymiotny bez kaszlu. Otóż kaszlowi kokluszowemu często towarzyszą wymioty, które mogą czasem zastąpić kaszel i być jego ekwiwalentem. Któż z lekarzy nie odkrył u dziecka zapalenia płuc, którego jedynym objawem wywiadowczym były wymioty?

Dla kokluszu obok odruchu wymiotnego jest jednak znamienny inny odruch obserwowany u dzieci małych w 1-szym roku życia, odruch którego znajomość zdobyta w obserwacji dzieci kokluszo-

wych chronić winna lekarza od mylnych rozpoznań. Znajomość tego odruchu potrzebna jest także do głębszego zrozumienia trudności i odpowiedzialności w ustalaniu rokowania u małych dzieci kokluszowych i ułatwia lekarzowi zrozumienie w pewnym procencie przyczyny t. zw. nagłych śmierci w kokluszu. Mam na myśli odruch skurczu krtani albo skurczu głośni, obserwowany często u małych dzieci zakażonych kokluszem. Mechanizm tego odruchu, podobnie jak odruchu wymiotnego, lub jak odruchu kichania, ma swoją przyczynę objawową w anatomo-topograficznem sąsiedztwie dróg i ośrodków odruchowych. W każdym ataku kaszlu kokluszowego jest lekko zaznaczony odruch skurczu krtaniowego, którego najmocniejszym wyrazem jest t, zw. repryza towarzysząca bardzo rozwiniętym spazmom kaszlu kokluszowego. U małych dzieci poniżej 1 roku, kaszel kokluszowy ma często charakter skurczu krtaniowego i bywa tym skurczem krtani przeplatany, albo przez ten odruch skurczowy, tak jak przez odruch wymiotny zastąpiony. Dziecko zaczyna swój atak kaszlu od ataku skurczu krtani albo skurczu głośni, który przechodzi w kaszel i w kaszlu się kończy. Kiedyindziej dziecko zaczyna kaskadą kaszlu, który nagle uduszony przez skurcz krtani zamiera w tym skurczu i urywa się. Oczywiście, ponieważ skurcz krtani czy skurcz głośni jest tylko odruchem nerwowym, skojarzonym sąsiedztwem dróg oddechowych, jak odruchem nerwowym są wymioty, może on stać się ekwiwalentem kaszlu i zupełnie kaszel zastąpić, co się często u małych dzieci z zapaleniem płuc kokluszowem spotyka. Dziecko zamiast kaszlać dusi się w atakach spazmów (skurczów) krtani. Małe dzieci zaczynają częto koklusz swój, zamiast charakterystycznym kaszlem, atakami skurczu krtani albo skurczu głośni, które z czasem ustają i przechodzą w kaszel. Skurcze bywają czasem przyczyną nagłej śmierci u dzieci kokluszowych w 1-ym roku życia. Jak się na oddziale Pospischilla przekonałem, szybka interwencja tracheotomją bywa bezskuteczna, bo skurcz nie ustępujący poniżej rurki tracheotomijnej powodował asfiksję dziecka, nie dającą się pokonać, pomimo stosowania sztucznego oddychania.

Meyer S. i Burghard E. badali na materjale 1.064 przypadków koklusz wśród osesków i stwierdzili, że charakterystycznego zaciągania często niema, zwłaszcza u małych osesków. Zamiast tego obserwowali bolesny, krótki krzyk (kurzatmiges Sshreien) między poszczególnemi atakami kaszlu i uderzający niepokój ruchowy. Śmierć może nastąpić gwałtownie w ataku przez zamknięcie głośni lub drgawki. Pseudorecydywy przy ponownych zakażeniach górnych dróg oddechowych po przebytym kokluszu są częste i nie są zaraźliwe. Jako wyraz obniżonej odporności obserwowano 9 śmiertelnych bakterjaemji różnego rodzaju z meningitis, osteomyelitis, panoftalmją, także często pyodermje i pyemje,

Do skurczów krtani przyłączają się często drgawki poszczególnych członków albo całego ciała, które albo po nich następują, albo się z niemi przeplatają, albo wreszcie niezależnie od kurczów krtani czy głośni, samodzielnie albo w towarzystwie kaszlu na widownię występują. Konwulsje są częstem zjawiskiem wielu chorób dziecięcych, a bardzo charakterystycznym objawem w przebiegu kokluszu i to nietylko w 1-ym roku życia, ale i u dzieci starszych. Przeplatają się one z kaszlem kokluszowym, albo czasem biorą nad nim górę .Obserwuje się początek ataku kaszlowego, który się kończy drgawkami, albo też naodwrót: drgawki, które się kończą atakiem kaszlu, albo wreszcie wogóle przez szereg dni trwają same drgawki, którym towarzyszą zmiany płucne o charakterze zapalenia płuc kokluszowego. Po kilkodniowem ustąpieniu drgawek zjawiają się ataki kaszlu kokluszowego, którego również nerwowym ekwiwalentem były drgawki.

Aby rozstrzygnąć sprawę, czy istnieje związek między spazmofilją a kokluszem — jak to niektórzy autorowie twierdzili — poddał Cozzolino dzieci kokluszowe w wieku ponad 3 lata, w miesiącach od listopada do kwietnia, badaniu na pobudliwość galwaniczną. Tylko u 2 na 19 chorych można było stwierdzić lekki stopień zwiększonej pobudliwości. Także objaw Chwostka spotykał się taksamo, jak na materjale zdrowych.

Hässler obserwował podczas epidemji kokluszu na 67 osesków — 14, a na 53 małych dzieci 8 przedstawiających drgawki różnej etjologji: spazmofilja, meningitis serosa, lub zmiany encephalitis. Na 22 dzieci z drgawkami umarło 11, z tego 10 miało równocześnie zapalenie płuc.

Drgawkom kokluszowym, których częstość dochodzi do 30, 40 ataków na dobę, towarzyszy stan półprzytomności, senności, lub głębokiego snu (sopor), u mniejszych dzieci wspomniany skurcz krtani. Pobudliwość do drgawek jest tak wielka, że byle pobudka zewnętrzna zdolna jest atak konwulsyj wywołać. Ten zespół nerwowy opisał Pospischill jako Pertussis-tetanoid, t. j. jako rodzaj tężyczki kokluszowej, której brak objawów Chwostka, Weissa, Soltmana, Trousseau a oprócz tego właściwa obecność zmian chorobowych w płucach.

Stany konwulsyjne prowadzą często u dzieci kokluszowych do zejścia śmiertelnego. Sekcja w tych przypadkach, oprócz mniejszych lub większych zmian w płucach — stwierdza często status thymico-lymphaticus, albo też obrzęk mózgu,

Wiadomo, że w młodym wieku często występuje silna limfocytoza jako specjalnie energiczna reakcja układu limfatycznego, a dawniej uważano także status thymico-lymphaticus za konstytucjonalną zmianę młodego wieku.

Mówiło się często w medycynie o status thymico-lymphaticus. Uchodził on długie lata za prototyp nieprzychylnego degeneracyjnego zboczenia i bardzo wiele przypadków nagłej śmierci chciano jedynie do istnienia tej anomalji przyczynowej sprowadzić. Dziś wiedza ustosunkowała się do tego pojęcia całkiem odwrotnie. Według doświadczeń wojny światowej przedstawia status thymico-lymphaticus wyraz silnej i dobrze odżywionej konstytucji. Dawniej uważano status thymico-lymphaticus za coś groźnie patologicznego a Pfaundler określił stan ten za najcięższą i śmiertelną postać diatezy (skazy) wysiękowej.

Towarzyszące czasem stanom konwulsyjnym stany depresji tętna podsuwają Pospischillowi hipotezę o współuczestnictwie nadnerczy dotkniętych dysfunkcją.

Kaszel kokluszowy czasem przeplatają ataki kurczowego kichania, których odruchowe zjawienie się może wogóle wziąć górę nad kaszlem i stać się, jak wspomniany skurcz krtani lub wymioty, ekwiwalentem kaszlu.

Kaszel kokluszowy różny w czasie choroby pod względem swojej częstości, pod względem gwałtowności, pod względem jasności, dźwięczności i pod względem długości, zachowuje naogół dla ucha doświadczonego pewne cechy właściwe od początku swojej budowie a mianowicie zabarwienie krtaniowo-kurczowe, którego mocnym, już bardzo wykształconym wyrazem jest repryza, w silnym ataku rozpoznawana łatwo przez łaika na daleką nawet przestrzeń.

Ambicją lekarską powinna być umiejętność odkrywania charakteru kokluszowego kaszlu oczywiście po cechach nie ilościowych, ale jakościowych na podstawach dyskretnych i trudniejszych, niż te, jakie przekonują zwykle laika.

Jakikolwiek jest kaszel kokluszowy, z biegiem czasu traci on na swojej intensywności i naogół w miarę ustępowania zmian w płucach i on zanika. Pod wpływem urazu infekcyjnego t. j. zakażenia chorego odrą, lub influencą obserwuje się zazwyczaj (nie zawsze) zaostrzenie sprawy płucnej, ewentualnie na świeżo wystąpienie ogniska zwykle w tem samem miejscu, gdzie było dawniej. Równocześnie wybucha z żywiołową energją na nowo kaszel ze swemi pierwotnemi właściwościami. Jest to t. zw, głośny nawrót kokluszowy. Że to jest nawrót, orjentuje się lekarz po tem, że albo znał chorego i pamięta, jak miał przed rokiem koklusz, albo też nie znał go, ale po nitce szczegółowych wywiadów dochodzi do właściwego kłębka. Jest to gruby szkic t. zw. nawrotu. Niemniej sprawa niezawsze się tak prosto przedstawia. Dziecko przed rokiem miało koklusz, który przez ten czas się wyleczył. Wskutek epidemji odry dziecko zapada na odrę i w czasie odry kaszle chrypowato, charakterystycznie dla odry. Podczas blednięcia wysypki, albo w parę dni po wysypce wybucha dopiero kaszel kokluszowy, temperatura zamiast opaść utrzymuje się podwyższona, badanie płuc stwierdza ognisko. Kiedyindziej dziecko, które przed rokiem miało koklusz i „wyleczyło się", zapada z okazji influency, na zapalenie płuc. Podczas tej choroby dziecko kaszle często, typowo krótko pneumonicznie, dopiero po kilku dniach zjawia się typowy kaszel kokluszowy. Kiedy indziej krótki pneumoniczny kaszel przeplata się atakami świeżego kaszlu kokluszowego. Dziecko, które przed rokiem przebyło koklusz, zapada w związku z przebytą odrą na rzekomy dławiec. Dziecko kaszle szczekająco, ale niezależnie od tego w razie wystąpienia nawrotu kokluszowego w związku z urazem odrowym od czasu do czasu pojawiać się będą typowe ataki kaszlu kokluszowego, który po ustąpieniu laryngitis trzyma się jako zewnętrzny znak tego nawrotu. Wspominam o tem, aby zaznaczyć, że jakkolwiek wtórna infekcja wywołuje kaszel kokluszowy, to jednak nie tłumi ona mimo to indywidualności kaszlu, właściwego objawom chorobowym danej infekcji,

C. d. n.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Zbigniew RYCHŁOWSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

O przetokach pęcherzowych [1]).

(Referat zbiorowy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.

Przetoką pęcherzową nazywamy według Rosnera nieprawidłowe połączenie między pęcherzem moczowym a powierzchnią ciała bezpośrednio, albo za pośrednictwem jakiegoś innego narządu. Rozróżniamy więc przetoki pęcherzowo-pochwowe, stanowiące według Karhausena 95% wszystkich przetok, przetoki pęcherzowo-maciczne, a raczej pęcherzowo-szyjne (wyjątkowe przypadki przetok prowadzących do ciała macicy opisali Déroubaix i Ferras), dalej pęcherzowo-jelitowe oraz przetoki, uchodzące na powłokach ponad spojeniem łonowem. Przetoce pęcherzowo-pochwowej towarzyszyć może mniejsze lub większe zniszczenie zwieracza pęcherza i cewki moczowej, a w przypadkach przetok pęcherzowo-szyjnych spotyka się często zniszczenie wargi przedniej części pochwowej lub rozdarcie szyji macicy. Do dalszych powikłań należą między innemi opadnięcie ścian pochwy, przetoka odbytnicowa, lub, co się zresztą przydarza bardzo rzadko, obecność drugiej przetoki moczowej czy też sklepieniowo-szyjnej, jak na to zwrócił pierwszy uwagę F. Neugebauer.

Nie będę się zatrzymywał długo nad etjologją przetok pęcherzowych, gdyż sprawa ta opisywaną jest szeroko w każdym podręczniku ginekologji. Chciałbym tylko wspomnieć, że największa ilość przetok według Rosnera 90%, powstaje w związku z porodem i to w przypadkach porodów długotrwałych, wskutek martwicy ściany pęcherza i pochwy lub, co się rzadziej przytrafia, przez przebicie czy też samoistne rozerwanie się pęcherza moczowego. W ginekologji najczęściej powstają przetoki po operacji Wertheima, bądź to z powodu skaleczenia pęcherza podczas zabiegu, bądź też skutkiem martwicy jego ściany, ogołoconej z naczyń i nerwów. Od czasów wprowadzenia leczenia energją promieniotwórczą widzimy i przetoki po naświetlaniu promieniami Roentgena i radu. Powodem jest tu działanie energji promiennej, wywołujące alterację naczyń i następowo martwicę tkanek. Zdaniem Heidlera i Ottowa przetoki takie powstać mogą nawet w 9 lat po naświetlaniu. Wielkość przetoki może być rozmaita — od przewodów włosowatych aż do ubytków, zajmujących całą przednią ścianę pochwy. Umiejscowieniem jest zwykle przednia ściana pochwy. Przetoki powstałe samoistnie po porodzie widzimy najczęściej w linji środkowej, urazowe mogą się znajdować więcej bocznie. Przetoki po operacji Wertheima usadowione są zazwyczaj na szczycie lejka pochwowego. Kształt przetoki może być kolisty lub więcej owalny. Brzegi po pewnym czasie pokrywają się ziarniną i stają się gładkie. Ruchomość ich zależną jest od tego, czy równocześnie na tle spraw zapalnych i wrzodziejących w pochwie nie powstały zbliznowacenia i zrosty. W krańcowych przypadkach mogą być brzegi przetoki zupełnie unieruchomione przez blizny, sięgające aż do kości spojenia łonowego, a pochwa może być zmieniona w sztywną wąską rurę.

Karhausen podaje, że pierwszy opisał przetokę Felix Plater w roku 1597. Rozpoznanie naogół nie jest trudne. Wywiady i objawy, mianowicie niemożność utrzymania moczu, będą pierwszą wskazówką w tym kierunku. Badaniem należy wykluczyć wszystkie inne stany, powodujące inkontynencję, a zatem niedomogę zwieracza pęcherza, obecność ujścia moczowodu, najczęściej dodatkowego w pochwie, wreszcie przetokę moczowodowo-pochwową. Wątpliwości te wyjaśnia oglądanie pochwy i części pochwowej we wziernikach, badanie palcem, wprowadzenie zgłębnika przez otwór w pochwie równocześnie z cewnikowaniem pęcherza lub wstrzyknięcie zabarwionego płynu do pęcherza. Racjonalnie jest wykonać w każdym przypadku cystoskopję, która prócz tego informuje o stosunku przetoki do ujść moczowodów. Lewin radzi wykonywać prócz tego cystografję. Cathelin bada w przypadkach podejrzenia na przetokę moczowodową mocz z pęcherza i przetoki na mocznik. Równe wartości mocznika wskazują na przetokę pęcherzową, różnice zaś w zawartości na przetokę moczowodową.

Leczenie przetoki pęcherzowej ma za cel trwałe i szczelne zamknięcie nowo wytworzonego kanału. Na podstawie doświadczenia, że przetoki powstałe po porodzie, zwłaszcza pęcherzowo-szyjne goją się nieraz same, stosowano w dawnych czasach przyżeganie przetoki od strony pochwy. De Marcheti w r. 1664 zapoczątkował to postępowanie, którem posługiwali się jeszcze Dessault, Dupuytren (1820 r.) oraz szereg innych operatorów. Wyniki były jednak ujemne, tak że sposób ten zarzucono. Później znacznie po zaprowadzeniu cystoskopu w lecznictwie próbował Stoeckel przy pomocy cewnika moczowodowego przyżegać przetokę od strony pęcherza, również bez wyniku dodatniego. Myśl zabiegu bezkrwawego utrzymała się jednak aż do obecnej doby, o czem świadczy opisany w zeszłym roku przez Ottowa przypadek zamknięcia przetoki (wprawdzie bardzo małej) od strony pęcherza przy pomocy elektrokoagulacji. Nie ulega jednak wątpliwości, że sposób Ottowa da się zastosować jedynie we wyjątkowych przypadkach.

Opis operacji krwawych pozostawili potomności jako pierwsi Velpeau (1832 r.) i Gobert de Lamballe (1834 r.). Operowano wówczas jeszcze we wzierniku rurkowym, dlatego też zabiegi te były technicznie trudne i nie mogły dać zadowalających wyników. Nawet tak biegły operator jak Dieffenbach zniechęcił się do operacyjnego leczenia przetok. Dopiero wprowadzenie wziernika łyżkowego Simsa pchnęło leczenie operacyjne na inne tory.

Erę racjonalnego operowania rozpoczynają Marion Sims, Bozemann, Neugebauer sen., Simon i Fritsch. Obecnie obowiązują następujące zasady przy operowaniu przetok pęcherzowych: Zranienie pęcherza powstałe w czasie operacji zaszywa się natychmiast szwem dwupiętrowym nie chwytając błony śluzowej pęcherza. Szyje się więc warstwę mięsną i pokrywa szew otrzewną. Jeżeli skaleczono pęcherz pozaotrzewnowo, szanse zagojenia się przetoki są gorsze. Należy wtenczas o ile to tylko możliwe użyć do pokrycia otrzewną z zatoki Douglasa, lub conajmniej założyć sączek przez pochwę, żeby w razie puszczenia szwów mógł mocz swobodnie odpływać. Przetoki tokogenetyczne nie wolno operować wcześniej jak w 3—4 miesięcy po porodzie, kiedy tkanki utracą już kruchość powstałą wskutek przekrwienia ciążowego. Przed operacją trzeba oczywiście wyleczyć stany zapalne w pęcherzu, pochwie, na sromie i udach, stosując w tym celu urotropinę, przestrzykiwania pęcherza i pochwy, nasiadówki, okłady i t. p. Operuję się w ułożeniu zwykłym na stołku ginekologicznym lub w kolankowo-łokciowym na stole Bozemanna. Typowej metody operacyjnej niema. Należy w każdym przypadku indywidualizować. Przy wyborze sposobu trzeba — według Franza — brać w rachubę 1) wielkość przetoki, 2) jej ruchomość, 3) dostęp do niej oraz 4) ilość i jakość tkanki, nadającej się do ewentualnej plastyki. Operacja jako taka składa się z trzech faz: 1) nastawienie i udostępnienie przetoki, 2) okrwawienie brzegów, 3) założenie szwów. Operując przez pochwę, nastawia się przetokę we wziernikach łyżkowych. Blizny w pochwie należy naciąć lub nawet wyciąć. W przypadkach bardzo znacznego zwężenia pochwy oddaje dobre usługi cięcie Schuchardta. Brzegi przetoki ustala się specjalnymi haczykami lub przy pomocy nitek, które działają wówczas jak cugle. Do odświeżenia brzegów wygodnie jest użyć noży wygiętych. Szyć można katgutem, jedwabiem, silkwormem, nicią florencką, lub drutem. Do szwów zapuszczanych nadaje się oczywiście tylko katgut. Igły na długich trzonkach lub imadła Hagedorna ułatwiają zakładanie szwu. Szyje się szwami węzełkowymi w jednej, dwu lub trzech warstwach, unikając jednak chwycenia błony śluzowej pęcherza. Odległość jednego szwu od drugiego winna wynosić 0,5—1 cm. Wiąże się dopiero po założeniu wszystkich szwów w danej wastwie, rozpoczynając od obu kątów rany, a węzłów nie powinno się zbyt silnie zaciągać. Po operacji napełnia się pęcherz płynem jałowym celem stwierdzenia, czy szwy są szczelne.

Metody operacyjne podzielić można na 2 grupy.

1) Operacja przez pochwę.

2) Operacja od strony powłok brzusznych.

Ze sposobów operowania przez pochwę najprostszym jest sposób podany przez Simona, polegający na odświeżaniu brzegów przetoki i zeszyciu ich, chwytając w szew jedynie ścianę pochwy i przegrodę pęcherzowo-pochwową. Stosownie do grubości brzegów okrawa się ją, trzymając nóż stromo lub więcej skośnie. Igłę wkłuwa się po jednej stronie w ścianę pochwy tuż przy brzegu rany i przeprowadza popod całą odświeżoną powierzchnię, wykłuwając ją tuż przy brzegu przetoki. Następnie powtarza się to samo po przeciwnej stronie w odwrotnym kierunku. Po zaciągnięciu szwów powierzchnie ranne przylegają do siebie na szerokiej przestrzeni. Należy unikać przebicia śluzówki pęcherza igłą gdyż to może stać się powodem późniejszych inkrustacyj szwów. Sposób ten nadaje się do operowania przetok małych i dość ruchomych. W tych warunkach sposób ten uważany jest przez szereg autorów za najlepszy (Rosner, Sołowij, Stoeckel i inni).

---

[1]) według wykładu wygłoszonego w Lwowskiem Tow. Gin. dn. 28. II. 1928 r.

Inny sposób polecony przez Fritscha, Herffa, Ricarda polega na rozdwojeniu (dédoublement). Myślą przewodnią jest tu oddzielenie ściany pochwy od pęcherza i zaszycie każdego narządu z osobna. W tym celu prowadzi się cięcie poprzez całą długość brzegu przetoki, trzymając się ściśle granicy między ścianą pęcherza i pochwy. Następnie odpreparowuje się z tego cięcia ściany pochwy na przestrzeni 0,5 do 1 cm. Pęcherz zamyka się szwami węzełkowemi z katgutu lub kapciuchem, jeżeli otwór był mały. Kilkoma szwami, chwytającymi więcej tkanki, można szew pęcherza wzmocnić. Zeszycie otworu w pochwie zakończa operację. Przy oddzielaniu pęcherza od pochwy trzeba preparować ściśle w obrębie przegrody, inaczej powstaną zbyt cienkie blaszki, które z góry nie wróżą dobrego wyniku. Łatwo też stać się może, że operator, skutkiem utrudnionych przez zrosty warunków, przebije nożem ścianę pochwy lub, co gorzej, pęcherza.

Trudności te omija Füth, przeprowadzając w odległości 0,5—0,75 cm od brzegów przetoki cięcie okrężne przez błonę śluzową pochwy. W dolnym i górnym biegunie przetoki dodaje F. krótkie prostolinijne cięcie dodatkowe. Z tego cięcia oddziela się po obu stronach ścianę pochwy w kierunku odśrodkowym. Kilku szwami węzełkowymi zamyka się otwór w pęcherzu, wpuklając do jego wnętrza pozostawiony naokoło przetoki mankiet z błony śluzowej pochwy. W końcu zaszywa się ranę w pochwie. Przez pozostawienie mankietu odpada „rozdwojenie" tuż przy brzegach przetoki, a więc w najtrudniejszym miejscu. Zakładanie szwów jest ułatwione, ponieważ nie potrzeba wkłuwać i wykłuwać przy samym brzegu pęcherza. Wreszcie nie zachodzi obawa uchwycenia szwem moczowodu.

Rübsamen doradza pozostawiony mankiet nieco odpreparować w kierunku dośrodkowym i następnie zeszyć. Zalety tej modyfikacji widzi Rübsamen w lepszej adaptacji z powodu mniejszego napięcia szwu, w zahamowaniu wypływu moczu utrudniającego dalsze szycie oraz w usunięciu ewentualnej inwersji pęcherza przez pierwszy szew.

Wady sposobu „rozdwojenia" dopatruje R. Freund w tem, że linje szwów przypadają we wszystkich trzech warstwach jedna na drugą. Celem uniknięcia tego oddziela on z cięcia podkowiastego naokoło przetoki płat z pochwy, zamyka otwór w pęcherzu i przyszywa górny brzeg rany w pochwie do podstawy płata pochwowego. Następnie odświeża powyżej linji szwu odpowiednią figurę i przyszywa w tem miejscu oddzielony uprzednio płat. W ten sposób pokryty jest szew pęcherza dwukrotnie przez ściany pochwy, a szwy znajdują się w różnych poziomach. Köhler uważa sposób ten za dobry, zwłaszcza, że z cięcia podkowiastego łatwiej jest oddzielić ścianę pochwy. Zużycie odpreparowanego płata do powtórnego okrycia przetoki jest jednak według niego niepotrzebne, a często skutkiem zrostów nawet niewykonalne.

W myśl rozumowania R. Freunda oraz celem wzmocnienia szwu pęcherza pokrywa Stickel miejsce zeszycia wiązkami dźwigacza odbytu (jest to sposób Franza leczenia inkontynencji). Podobnie postępuje w odpowiednich przypadkach Rübsamen. Köhler używa w tym celu jednego lub dwu płatków z powięzi brzusznej, wzorując się na operacji Goebel-Stoeckela. Z tego samego względu oddziela Solms pęcherz od pochwy na szerokiej przestrzeni, ściąga załamek pęcherzowo-maciczny otrzewnej, przymocowuje go ponad szwem pęcherzowym i przyszywa dodatkowo szyjkę względnie trzon macicy do pochwy.

W. A. Freund był pierwszy, który użył ciała macicy do zamknięcia przetoki. Zabieg ten przedstawia się następująco: Po wyłonieniu macicy przez tylne sklepienie i resekcji trąbek przyszywa się macicę po odpowiedniem odświeżeniu powierzchni do otworu przetoki. Następnie wykrawa się w dnie macicy otwór umożliwiający odpływ krwi miesiączkowej. Zamiast sposobu W. A. Freunda posługiwać się można operacją „Schauta-Wertheim" (interpositio vesico-vaginalis) zwłaszcza tam, gdzie po rozdwojeniu i zaszyciu pęcherza ubytek w pochwie jest duży i nie da się zamknąć w zwykły sposób. Ujemną stroną tych zabiegów jest okoliczność, że powodują one niepłodność.

Plastyczne ujęcie szyji macicy zalecają Wołkowicz i Küstner. Pierwszy akt tej operacji polega na uruchumieniu szyji i ściągnięciu jej ku dołowi. Następnie wykonuje się cięcie poprzeczne w przedniem sklepieniu i drugie cięcie łukowate, biegnące od jednego do drugiego końca poprzedniego cięcia. Z cięcia poprzecznego oddziela się błonę śluzową sklepienia od szyji, nie otwierając załamka otrzewnej, poczem rozszerza się cięcie łukowate do szerokości 1 cm. Pozostawioną wokoło przetoki śluzówkę pochwy usuwa się, jeżeli jej jest zbyt wiele. Otwór w pęcherzu można zaszyć katgutem, lecz nie jest to potrzebne, ponieważ ściany pęcherza, skutkiem wydatnego oddzielenia od pochwy zapadają się i same się goją. Do szczelnego zamknięcia przetoki wystarczy ranę w pochwie zeszyć kilku szwami z drutu lub silnego jedwabiu. Zaletą tego sposobu w przeciwieństwie do operacji W. A. Freunda jest możność nietylko zastąpienia ale nawet porodu siłami natury, co w kilku przypadkach rzeczywiście miało miejsce (Hannes). Ważną rzecza jest również łatwość zakładania szwów i ominięcie moczowodów. Ujemne strony tego zabiegu, to ewentualne trudności podczas uruchomienia szyji, oraz będące następstwem samego zabiegu tyłopochylenie macicy, usposabiające do jej wypadnięcia. Nie ulega jednak wątpliwości, że zalety tego zabiegu przeważają nad jego ujemnemi stronami. Dla Küstnera i jego szkoły jest to operacja wyboru we wszystkich przypadkach, w których macica jest zachowana. Z polskich autorów sposób Wołowicza-Küstnera zalecają Kowalski i Rychliński. W razie zniszczenia przedniej ściany szyji można, jak to uczynił Garfunkel, okręcić macicę o 90° użyć do plastyki bocznej ściany szyji, lub też wykonać kolpohysteroklisis. Nie jest to wprawdzie postępowanie idealne, bo chora miesiączkować musi przez pęcherz, a pozatem zachodzi obawa zakażenia jamy macicy, jednakowoż w przypadkach powikłanych ten sposób może się okazać jedyny. (Skutsch).

Dalszy sposób zamknięcia przetoki polega na zastosowaniu uszypułowanych płatów, wyciętych z otoczenia. Operacje tego rodzaju wykonał już Velpeau, używając w tym celu płatów skórnych z uda, jednakże ze złym wynikiem. Inni operatorowie (Gobert de Lamballe, Simon, Roux, Wutzer) brali płaty z przedniej względnie z tylnej ściany pochwy w ten sposób, że powierzchnia rany skierowaną była do wnętrza pęcherza. Martin posługiwał się płatem z przedniej ściany pochwy, przyczem za podstawę służył jeden z brzegów przetoki, a strona odświeżona płata skierowaną była do światła pęcherza. Posługiwać się można ewentualnie płatami z warg mniejszych i większych (Sellheim, Stoeckel i inni). Operacje plastyczne przy pomocy płatów uszypułowanych znajdują często zastosowanie w przypadkach przetok dużych oraz powikłanych, o czem jeszcze poniżej będę miał sposobność mówić. — Wadę tego postępowania, jak twierdzi Minakuchi, jest okoliczność, że na granicy przeszczepionego płatu powstają często małe przetoki, wymagające ponownej operacji.

Wspomnę tu jeszcze o zaszyciu pochwy na głucho, (kolpokleisis). Zabieg ten podany dawnemi czasy przez Simona dla wyjątkowo ciężkich przypadków, wyszedł obecnie z użycia, gdyż nawet udana operacja stwarza warunki może jeszcze więcej niekorzystne i niebezpieczne dla chorej, niż sama przetoka. Chcąc tego uniknąć, poleca Rose założyć powyżej zwieracza odbytu sztuczną przetokę odbytnicowo-pochwową i zamknąć wejście do pochwy na głucho (Obliteratio vulvorectalis). Mocz i krew miesiączkowa spływają wtenczas przez pochwę do odbytnicy. Fritsch doradza — jeżeli absolutnie innej rady niema — zaszyć pochwę możliwie wysoko. Döderlein woli w ostateczności wyciąć całą pochwę i zeszyć powierzchnie ranne, zamykając również i wejście do pochwy.

Wysoką Kolpokleisis uważa Latzko wprost za wskazaną w przypadkach przetok powstałych po operacji Wertheima, ponieważ uruchomienie brzegów przetoki w tych przypadkach jest b. trudne i może łatwo spowodować otwarcie jamy otrzewnowej. Powstały po takiej operacji uchyłek w pęcherzu jest płytki i nie usposabia do powstawania kamieni moczowych.

Przetoki powikłane zniszczeniem cewki moczowej i zwieracza pęcherza nadają się, jak już wspomniałem, do zastosowania rozlicznych sposobów pobierania tkanek z otoczenia. Małe ubytki w cewce jest oczywiście najlepiej zaszyć na cewniku. Przypadki takie są jednak naogół rzadkie. Stworzenie nowej cewki i działającego zwieracza udało się Sellheimowi w sposób bardzo pomysłowy. Użył on mianowicie do zamknięcia rozległej przetoki płatów (z obu warg sromowych) na tyle grubych, że zawierały tkankę mięsną. W późniejszej operacji wytworzył z przedniej ściany pochwy plastycznie cewkę, przyczem włókna mięsne objęły rolę zwieracza pęcherza. Operację tą interesującą w najdrobniejszych szczegółach warto przeczytać w oryginale. Halban w podobnym przypadku zamknął pęcherz na głucho a po nieudałych próbach wszczepienia w miejsce cewki utrwalonej żyły wołu,założył do pęcherza przez otwór przebity troikarem na stałe cewnik zaopatrzony zatyczką. Tam, gdzie tylko zwieracz pęcherza jest zniszczony wchodzą dodatkowo w ra-

chubę operacje Hofmaier-Freunda, Jareckiego, Goebell-Stoeckela, Rübsamena i t. p., których opis opuszczam jako nienależący ściśle do tematu.

Przypadki przetok dużych operuje się oddzielając pochwę od pęcherza z cięcia, biegnącego przez całą długość przedniej ściany pochwy. Będzie to zwykły sposób rozdwojenia przeprowadzony na jaknajszerszej przestrzeni. Po takiem oddzieleniu ściany z pęcherza zapadają się i łatwo dają się zeszyć. Postępowanie zapoczątkowane przez Schaute i Markenrodta zachwalają w obecnej dobie Halban, Adler i inni. Silne zrosty, sięgające aż do kości, wymagają nieraz cięć dodatkowych. I tak obrał Schuta w odpowiednim przypadku drogę przez wargę większą i oddzielił przy pomocy raspatorium pęcherz od kości łonowej. W tym samym celu wychodził Fritsch z cięcia poprzecznego ponad spojeniem i po przecięciu przyczepów mięśni prostych uwalniał pęcherz od okostnej spojenia, by następnie zaszyć przetokę od strony pochwy. Niehans i Samter odłupywali tą samą drogą blaszki kostne dla uruchomienia przetoki. Kehrer operuje w ten sam sposób, wychodząc jednakże z cięcia w linji środkowej i nie przecinając przyczepów mięśni prostych. Sposób K. nadaje się również dla tych przypadków, w których szyjka pęcherza została całkowicie oderwaną od reszty narządu.

Gdy zamknięcie przetoki od strony pochwy jest niemożliwe, wtenczas jako „ultimum refugium" pozostają operacje od strony powłok brzusznych. Wchodzą tu w rachubę droga przezpęcherzowa Trendelenburga, zmodyfikowana później przez Mariona, oraz przezotrzewnowa podana przez Dittla. Operacja Trendelenburga ogłoszona w r. 1890 przedstawia się następująco: Cięcie poprzeczne powyżej spojenia przez wszystkie warstwy nienaruszające załamka otrzewnej. Następnie otwarcie pęcherza również z cięcia poprzecznego, odświeżenie brzegów przetoki i szew wiązany bądź do wnętrza pęcherza (katgut), bądź od strony pochwy. Ranę operacyjną w pęcherzu zamyka się szwem dwuwastwowym, pozostawiając w ranie dren kształtu litery T. Przed zaszyciem powłok setonuje się przestrzeń przedpęcherzową. Operacja ta daje dobry wgląd w stosunki topograficzne wnętrza pęcherza, co jest szczególnie ważne ze względu na ujścia moczowodów, które po odnalezieniu dobrze jest cewnikować, a nawet naciąć podłużnie, jeżeli zachodzi obawa uchwycenia ich w szew. Cięcie poprzeczne, przecinające mięśnie proste, miało jednak tą niedogodność, że powodowało powstanie przepukliny brzusznej. Trendelenburg próbował unikać tego, resekując czasowo blaszki kości łonowej wraz z przyczepami mięśni. Schanta starał się osiągnąć pęcherz, wykonując symphysiotomję. Próby te nie dały jednak zadawalających wyników. Ulepszenie operacji Trendelenburga zawdzięczamy Marionowi, który otwiera powłoki z linji białej, a po operacji zaszywa pęcherz na głucho, pozostawiając jedynie setonik w cavum Retzii. Marion podał nadto specjalne szczypczyki, któremi ustala błonę śluzową pęcherza w okolicy przetoki. Metodę przezpęcherzową polecali Mac Gill, Bumm, Madelung, Fritsch, Parache. W nowszych czasach chwalą ją: Peruzzi, Toupet, Lagoutte, Szymanowicz, Altkaufer. Autorowie jak Perrin, André i Grandineau używają jej, zwłaszcza w przypadkach przetok powstałych samoistnie po operacji Wertheima.

Dittel operował w r. 1893 pierwszy przetokę per laparatomiam. Po otwarciu jamy brzusznej przeciął on załamek pęcherzowo-maciczny otrzewnej, oddzielił pęcherz od macicy i zaszył otwór w ścianie pęcherza szwem jednopiętrowym. Atoli niedostateczne oddzielenie narządów czy też wadliwa technika szwu sprawiły, że przetoka się nie zgoiła. Chaput w tym samym roku operuje sposobem Dittla z dobrym wynikiem. Potem następuje dłuższa przerwa w zastosowaniu tego postępowania. Niechęć do otwierania jamy otrzewnowej z powodu możności zakażenia zdaje się być głównym tego powodem. W r. 1905 operuje Forgue sposobem Dittla bez powodzenia, podobnie w roku 1909 Toth i Küstner. Dobre wyniki uzyskuje dopiero Sołowij, który w latach 1911—1913 pięć razy operuje per laparatomiam. Dalej następują publikacje Legueu'ego (r. 1913), Schickele'go, Kleina (r. 1918), Zweifla (r. 1920), Stickla (r. 1920), Sachsa, Hannesa (r. 1924). Wszyscy ci autorowie podnoszą jednomyślnie zalety tej operacji polegające w orjentowaniu się co do moczowodów. Możność pokrycia otrzewną szwu pęcherza i przesunięcia ścian narządów względem siebie tak, że gojenie się jednej rany nie wpływa na drugą, stanowią dalsze zalety tego zabiegu. Niejednokrotnie utrudniają operację krwawienia występujące przy oddzielaniu pęcherza od narządu rodnego i wymagające całkowitego usunięcia macicy, jak to zwrócił pierwszy uwagę Sołowij. Również Döderlein i Nagel usuwają macicę dla udostępnienia przetoki w odpowiednich przypadkach drogą przezotrzewnową czy też od strony pochwy. Obawa zakażenia otrzewnej jest zupełnie uzasadniona i tylko należyte opanowanie techniki operacyjnej, może ją zmniejszyć, czego dowodem jest statystyka Sołowija, który do roku 1928 operował 19 razy per laparotomiam, nie straciwszy ani jednej chorej. Zangemeister radzi otwierać jamę brzuszną z cięcia Pfannenstiela i otrzewnę ścienną przyszyć do wiązadeł szerokich izolując w ten sposób jamę otrzewnową.

Która z metod jest lepszą, Trendelenburga czy też Dittla, trudno roztrzygnąć. Obie mają całe szeregi gorących rzeczników. Dla ścisłości muszę podać, że pośrednią drogę między metodą Trendelenburga a Dittla obrał Bardenheuer (1892 r.), który w przypadku dużej przetoki oddzielił pozaotrzewnowo pęcherz na całej przestrzeni od macicy. Można jeszcze wspomnieć o sposobie Poliosona, który uruchomił pęcherz od strony jamy brzusznej, a przetokę zaszywał per vaginam.

Ze sposobów operowania przetok pęcherzowo-szyjnych ma obecnie zamknięcie szyji na głucho (Hysterokleisis) tylko historyczne znaczenie. We wyjątkowych przypadkach udaje się zamknąć przetokę, zaszywając po odświeżeniu brzegów jej ujście w szyji macicy (Hoffmeier, Neugebauer sen). Tam, gdzie to niemożliwe, radzono uprzednio przeciąć poprzecznie szyję macicy (Gobert de Lamballe). Lepiej jednak i tutaj stosować metodę szerokiego oddzielenia narządów z cięcia w przedniem sklepieniu, a następnie zaszyć osobno pęcherz a osobno szyję (Champneys) lub tylko sam pęcherz (Follet, Wölfler). Herff pozostawiał podczas oddzielania przy górnym płacie cienką warstwę mięsną z szyji macicy dla wzmocnienia ściany pęcherza w miejsce przyszłego szwu. Küstner znów odpreparowuje przez przednie sklepienie pęcherz od szyji macicy na przestrzeni 1 cm powyżej przetoki i przyszywa 2 szwami otwór w pęcherzu do odświeżonej szyji, przez co uzyskuje przesunięcie się otworów przetoki względem siebie. Kilku mocnymi szwami z drutu zszywa Küstner następnie błonę śluzową sklepienia, pozostawiając otwór w szyji niezaszyty. Trudniejsze przypadki operowano również per laparatomiam (Zweifel, Sachs).

Przetoki pęcherzowo-jelitowe należy operować drogą przezotrzewnową według prawideł chirurgji jamy brzusznej. Przypadki takie, nader rzadkie, opisali między innemi Schmidt i Westhoff.

Przetoki uchodzące na powłokach brzusznych są bardzo rzadkie i powstają najczęściej jako następstwo źle zagojonej sectio alta. Założenie cewnika Pezzera i przeciwgnilne leczenie rany pooperacyjnej doprowadza zwykle do zamknięcia się przetoki. Jeżeli to nie nastąpi, należy odświeżyć ranę w powłokach i w pęcherzu i zaszyć pęcherz szwem dwu- lub trzypiętrowym. Wytworzone zrosty utrudniają często operację, skutkiem czego rzadko kiedy uda się ominąć otrzewną.

Wielka ilość metod operacyjnych, szeregi modyfikacji i kombinacji poszczególnych sposobów, świadczą dobitnie, jak trudno w danym przypadku zamknąć przetokę pęcherzową i jak dalece należy indywidualizować przy wyborze postępowania. Często jedna operacja nie wystarcza, trzeba ją niekiedy i kilkakrotnie powtórzyć. Jak sytuacja jest nieraz trudna i rozpaczliwa, dowodzi okoliczność, że niektórzy autorowie nie zawahali się nawet w takich krańcowych przypadkach zrezygnować z zamknięcia przetoki i wszczepiali resekowane moczowody do jelita grubego (Graff). A mimo wszystko zdarzyć się może, że staniemy zupełnie bezradni wobec daleko posuniętego zniszczenia ściany pęcherza, połączonego zwłaszcza z charłactwem chorej. Dzieje się to zwykle wtenczas, gdy tkanka przeżarta przez nowotwór lub uszkodzona energją promieniotwórczą utraciła wszelką dążność do zabliźniania się. Stałe osuszanie pęcherza według Krolia, może w takich przypadkach być jedynym sposobem, który chorej takiej może sprawić ulgę.

Leczenie pooperacyjne polega na kilkunastodniowym unieruchomieniu pęcherza przez założenie cewnika na stałe, czy to przez cewkę moczową, czy też przez otwór sztuczny tuż poniżej spojenia łonowego (Küstner, Stoeckel, Sperling). Niektórzy autorowie (Kelly, Borzynowski, Fuchs) radzą w tym celu zakładać na kilka dni cewniki do moczowodów. Szwy z drutu lub jedwabiu usuwa się około 10 dnia po zabiegu. Objawy świadczące o uchwyceniu moczowodu w szew — więc podwyższona ciepłota, oligurja i bóle promieniujące w okolicę nerki — zmuszają do natychmiastowego usunięcia szwów. Jeżeli w czasie ozdrowienia mocz zacznie przeciekać w linji szwów, to najlepiej jest również usunąć szwy jako bezużyteczne. Dalsze pozostawienie cewnika daje wtenczas jeszcze szanse zagojenia się przetoki. Kontrola pęcherza wziernikiem (Nitze, Stoeckel, Hannes) wykazuje

po zwykłem odświeżaniu przetoki blizny linijne, które później znikają. Po rozdwojeniu widzi się blizny płaskie czasami i gwiaździste dające później płytkie uchyłki. Późniejszy poród może zniweczyć zupełnie wynik operacji. Dlatego też w przypadkach takich należy chorą należycie pouczyć, że w razie zastąpienia winna poród odbyć w Zakładzie, gdzie ewentualnie można ją rozwiązać przy pomocy cięcia cesarskiego.

Piśmiennictwo.

1) Altkaufer. Gin. Pol. T. IV. str. 140 dem. — 2) André et Grandineau, Berichte r. 1924 T. II. str. 220 ref. — 3) Benthin Indikationen f. d. oper. Behandlung d. Frauenkrankh. Urban Schwarzenberg 1927. — 4) Borzymowski. Frommels Jahr. 1905. str. 307 ref. — 5) Cathelin. Jhsbr. ü. g. Gyn. u. Geb. 1922 str. 449 ref. — 6) Chaput. Frommels Jahr. 1893 str. 334 ref. — 7) Döderlein — Kröning, Operat. Gynäkol. Georg. Thieme Lipsk 1924. — 8) Franz, Gyn. Operat. Berlin Springer 1925. — 9) Freund, Z. f. G. 1926 str. 1177.— 10) Füth, Arch. f. G. T. 109 str. 489. — 11) idem. Biol. u. Pathol. d. Weibes, Halban — Seitz T. V. cz. II. — 12) Fritsch, Z. f. G. 1888 Nr. 49. — 13) Forgue, Frommels Jahr. 1905 str. 309 ref. — 14) Fuchs, Z. f. G. 1926 str. 868. — 15) Graff, Monatsschr. f. G. T. 72 str. 319. — 16) Garfunkel. Z. f. G. 1925 str. 2307. — Herff, Zeitschr. f. G. T. 22 str. 1. — 18) Fofmeier, Z. f. G. 1906 str. 809.— 19) Halban, Z. f. G. 1923 str. 588. — 20) Hannes, Monatschr. f. G. T. 60 str. 124. — 21) idem. Z. f. G. 1907 str. 1372. — 22) Kehrer, Z. f. G. 1926 str. 1585. — 23) Klein, Z. f. G. 1921 str. 672. — 24) Küstner, Zeitschr. f. G. T. 69 str. 402. — 25) idem. Zeitschr. f. G. T. 48. — 26) idem, Lehrb. d. Gyn., Fischer, Lipsk 1920. — 27) Kowalski, Gin. Pol. T. 4. str. 879 dem. — 28) Karhausen, Jhsbr. ü. g. Gyn. u. Geb. 1922 str. 448. — 29) Kroh, Münch. med. Wochenschr. 1923 str. 935. — 30) Köhler, Z. f. G. 1927 str. 1907. — 31) Latzko, Z. f. G. 1927 str. 1336. — 32) Lewin, Monatschr. f. G. T. 75 str. 73.— 33) Mackenrodt, Z. f. G. 1894 str. 181. — 34) Minakuchi, Frommels Jahr. T. 18 str. 377. — 35) Neugebauer, F. L., Arch. f. G. T. 33, 34, 35, 39. — 36) Ottow, Z. f. G. 1927 str. 347 — 37) idem, Z. f. G. 1927 str. 2936. — 38) Perucci, Jhsbr. f. g. Geb. u. Gyn. 1922 str. 450 ref. — 39) Parache, Berichte zu Jhsbr. 1924 T. 4. str. 147 ref. — 40) Perrin, Gyn. et Obst. T. 14 1926 str. 133 ref. — 41) Rübsamen. Arch. f. G. T. 112 str. 123. — 42) idem. Arch. f. G. T. 114 str. 441.— 43) idem. Arch. f. G. T. 117 str. 68 wykład. — 44) Rychliński, Gin. Pol. T. 2. 1923 str. 233 dem. — 45) Rosner, Ginekologja. Gebethner i Wolff, Kraków 1924. — 46) Skutsch, Z. f. G. 1927 str. 930 dem. — 47) Schroeder, Monatschr. f. G. T. 60 str. 124. — 48) Schmidt Z. f. G. 1921 str. 665 — 49) Szymanowicz, Gin. Pol. 1923 T. 2. str. 1. — 50) Stickel, Zeitschr. f. G. T. 79 str. 340 dem. — 51) Stoeckel, Handb. d. prakt. Chir., Garrè, Küttner, Lexer. Enke, Stuttgart 1927. — 52) Sellheim, Hegars Beiträge T. 9. — 53) Solms. Z. f. G. 1920 str. 1022. — 54) Schauta, Z. f. G. 1894 str. 982. — 55) Sachs, Monatschr. f. G. T. 54. — 56) Sperling, Monatschr. f. G. T. 25. str. 457. — 57) Sołowij. Gin. Pol. T. 5. 1926 str. 961 wykład— 58) Wolkowicz, Z. f. G. 1901. str. 1193. — 59) Westhoff, Z. f. G. 1907 str. 1561. — 60) Zweifel, Monatschr. f. G. T. 53.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Kurs dla kierowników Ośrodków Zdrowia.

Warszawa, dnia 1 maja 1929 roku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 2202/29.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Od kilku lat daje się zauważyć w Polsce prąd w kierunku tworzenia Ośrodków Zdrowia, których zadaniem ma być ujęcie całokształtu zagadnień w dziedzinie Zdrowia Publicznego na pewnym terenie. Akcja ta, popierana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowa) doprowadziła do stworzenia w krótkim czasie przeszło 100 takich jednostek. Jednakże lekarze, stojący na czele tych instytucyj, niezawsze są w posiadaniu niezbędnych wiadomości specjalnych, a bez tego prawidłowa działalność Ośrodka Zdrowia jest nie do pomyślenia.

Celem dokształcenia lekarzy - kierowników Ośrodków Zdrowia urządza Państwowa Szkoła Higjeny specjalny kurs 3-tygodniowy, mający na celu zapoznanie słuchaczy z organizacją i działalnością wzorowych Ośrodków Zdrowia.

Kurs według programu, przesłanego w załączeniu, rozpocznie się 17. VI. r. b. i będzie trwał do 6. VII. r. b. Pierwszeństwo przyjęcia na kurs będą mieli lekarze, delegowani przez samorządy i organizacje społeczne. Wpisowe wyniesie 15 zł., koszt pobytu i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higjeny — 5.50 zł. dziennie od osoby. Zgłoszenia będą przyjmowane w Sekretarjacie Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie, ul. Chocimska 24. do dnia 8. VI. 1929 r.

Uprasza się Pana Wojewodę, aby dane powyższe zechciał podać do wiadomości P. P. Starostów i organizacyj społecznych, zainteresowanych tą sprawą, z tem, żeby odpowiedni kandydaci-lekarze byli skierowani do Państwowej Szkoły Higjeny.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
Adamski.

Program
kursu instrukcyjnego dla lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia.

Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia w zagadnienia, związane z kierownictwem takich instytucyj. Wykładowcy mają za zadanie zapoznać słuchaczów z techniką pracy we wzorowym Ośrodku Zdrowia w poszczególnych działach, zwracając specjalną uwagę na stronę organizacyjną i wykonawstwo, a sprowadzając stronę teoretyczną zagadnienia do najniezbędniejszego minimum.

1. Medycyna zapobiegawcza w działalności lekarza	1 godz.
2. Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia	3 godz.
3. Rola pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia	1 godz.
4. Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia	2 godz.
5. Ośrodek Zdrowia a opieka społeczna	1 godz.
6. Organizacja i działalność poszczególnych działów:	
a) Dział higjeny otoczenia	8 godz.
b) Dział walki z chorobami zakaźnemi	4 godz.
c) Dział walki z chorobami społecznemi	15 godz.
d) Dział opieki nad matką i dzieckiem	6 godz.
e) Dział higjeny szkolnej	2 godz.
f) Dział propagandy i popularyzacji higjeny	2 godz.
Razem	45 godz.

Kurs ma trwać trzy tygodnie, czyli 18 dni. Godziny ranne (9 — 12) mają być poświęcone wykładom, z wyjątkiem trzech dni, przeznaczonych na zajęcia praktyczne z higjeny otoczenia. Wobec tego wykłady zajmą $(18 - 3) \times 3 = 45$ godzin. Od 14-ej do 18-ej przewiduje się pracę w poradniach i Ośrodkach Zdrowia.

Ankieta w sprawie nowopowstałych zakładów leczniczych.

Warszawa, dnia 22 marca 1929 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Nr. Z. U. 1250/29.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwu Spraw Wewnętrznych potrzebne są w możliwie najkrótszym czasie dane, dotyczące wszystkich nowopowstałych względnie nowozbudowanych szpitali i zakładów leczniczych wszelkiego rodzaju za czas od 1. XI. 1918 r. do chwili obecnej, względnie takich zakładów, istniejących przed 1. XI. 1918 r., w których po tej dacie dokonano poważniejszych inwestycyj.

Wykaz winien obejmować wszystkie zakłady, do kogokolwiekbądź należą, a więc także szpitale i lecznice różnych organizacyj (np. kolejowe, gwareckie etc), za wyjątkiem szpitali więziennych, sanatorja i lecznice wszelkich związków (np. lecznice Kas Chorych); sanatorja, licznie ostatnio pobudowane względnie założone w Zakopanem przez różne związki, jak Stowarzyszenia Nauczycieli Szkół Powszechnych. Policja Państwowa, urzędnicy Banku Polskiego i t. p., jakoteż zakłady, należące do osób prywatnych, z zaznaczeniem rzymską cyfrą, do której z niżej podanych grup zakład należy.

I. Zakłady nowopowstałe, a więc te, które przed 1. XI. 1918 wogóle nie istniały.

II. Zakłady, które już istniały, ale z nieodpwiednich, wynajmowanych czy rekwirowanych lokali zostały po 1. XI. 1918 przeniesione do nowych, specjalnie pobudowanych gmachów.

III. Zakłady, które wprawdzie miały swe gmachy, ale po 1. XI. 1918 zaprowadzono w nich poważne inwestycje, np. dobudowano sale dla chorych, zainstalowano nieistniejące przedtem wodociągi, kanalizację, ogrzewanie centralne; urządzono nowoczesną salę operacyjną, Roentgena i t. p., wszystko z podaniem daty inwestycji (wystarczają daty przybliżone, np. „budowę szpitala rozpoczęto w ... roku, ukończono w ... r.", czy „przewiduje się ukończenie w ... roku").

NB. W pewnych warunkach zakład może należeć do 2 czy 3 grup, np. szpital zbudowano w 1919 i 1920 roku, a w 1926—1927 dobudowano pawilon i t. p. Należy również podać z odpowiednią wzmianką zakłady, podpadające pod jedną z 3 powyższych grup, ale w międzyczasie już zlikwidowane, np. czasowo zakaźne szpitale etapowe Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemjami. Natomiast zakładów pod żadną z wyżej wymienionych trzech grup niepodpadających, wymieniać nie należy.

Załączone 2 egzemplarze ankiety należy wypełnić i nadesłać Ministerstwu do dnia 5 kwietnia 1929 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
Dr. Piestrzyński.

ANKIETA

Województwo ....

Powiat	Nazwa zakładu i miejscow.	Zakład				Rok (lata)	Grupa I, II lub III.	Liczby nowych łóżek (przyrost)	Uwagi
		państ.	sam.	sp.	pryw.				

OCENY.

Traité d'électrocardiographie clinique — par P. Veil, Codina-Altès, avec collaboration de B. Bard, J. Bret, Chizet, Rothberger (Wiedeń). Paris 1928. G. Doin. Cena 95 fr.

W przedmowie, którą napisał znany kardjolog Galla-Vardin znajdujemy trafne uwagi: Metoda elektrokardjograficzna znakomicie się wyróżnia tem, iż „samo serce wypisuje swą funkcję", dalej że w poznaniu niemiarowości po okresie pierwszym, w którym ograniczono ściśle zakres tych nieprawidłowości (skurcze dodatkowe czyli extrasystoliczne, trzepotanie i migotanie, częstoskurcze przedsionkowe i komorowe) powstaje drugi okres tłomaczenia tych zaburzeń rytmu, niestety okazujący bardzo dużo braków. Można wszakże przewidzieć, że kiedyś uda się zebrać „atlas" niemiarowości, w którym znajdzie obserwator umiejscowienie w sercu zaburzenia, tak, jak dziś potrafimy w mózgu n. p. umiejscowić pewną grupę innych schorzeń. Zasadniczem pozostanie jednak znaczenie niemiarowości dla chorego, pytanie, które nieraz może rozstrzygnąć następne pokolenie badaczy sprawdzające, dawniej przed laty zarejestrowane zaburzenia. Wszakże nieraz tylko czas rozstrzyga o znaczeniu podrzędnem albo groźnem jakiegoś zaburzenia.

Całość dzieła obejmuje XV rozdziałów (str. 444).

Po wstępie zawierającem rys historyczny począwszy od roku 1903, w którym Einthoven podał swój galwanometer, w rozdziale I-ym przedstawiono metodę elektrokardjograficzną, opierającą się na dawno odkrytych zjawiskach (Matteuci'ego 1843 i du Bois-Reymonda 1848), że każdemu skurczowi mięśnia towarzyszy powstanie prądu elektrycznego. Po omówieniu zasad fizykalno-biologicznych, i po wzmiance o odkryciach Köllikera i J. Müllera (1856) prądu elektrycznego w chwili skurczu serca żaby, przechodzą autorowie do skreślenia dróg przewodzących podniety w sercu (węzeł zatokowy, węzeł przedsionkowo-zatokowy Aschoff-Tawary, wiązkę Hissa). Szybkość fali dla lewej komory wynosi 400—600 m/m na sekundę, zaś dla prawej wobec jej cieńszych ścian, wynosi 1000—1500, przyczem ciekawem jest zjawisko, że fala szybciej przebiega w kierunku pozamięśniowym niż śródmięśniowym, W różnych odcinkach serca bywa fala różną, w włóknach Purkinje'go biegnie ona z szybkością 3—5 metrów na sekundę, w przedsionku z szybkością 1 metra zaś 50 centymetrów w komorze (Lewis, Rothschild). Każdy punkt tkanki mięsnej staje się w chwili pobudzenia elektroujemnym, podczas gdy inne punkty pozostające w spoczynku są elektrododatnie. Prąd powstający pomiędzy dodatnim a ujemnym punktem jest właśnie prądem czynnym (courant d'action, Aktionsstrom), który również powstaje przy każdym skurczu mięśnia sercowego, zadanie elektrokardjografji polega na rejestrowaniu tych prądów.

Waller pierwszy wykrył możność odprowadzania tych prądów ku powierzchni ciała a w szczególności do kończyn. Prawa połowa klatki piersiowej, prawe ramię i głowa położone są w polu prądów, odpowiadającem podstawie serca, zaś lewa połowa klatki piersiowej, lewe ramię i kończyny dolne odpowiadają koniuszkowi serca, wszelkie prądy czynnościowe (akcyjne) wychodzą przeto albo z podstawy albo z koniuszka serca, lub też z któregoś punktu łączącego te dwa bieguny „osi elektrycznej" AB.. (Teorja osiowa Wallera). Omówiwszy przyjęte powszechnie odprowadzenia I, II i III Einthoven'a, w szczególności odprowadzenie II idące od prawego ramienia ku lewemu kolanu, jako najważniejsze, przechodzą autorowie do opisu elektrokardjografu — typu Boulitte'a i sposobu uzyskania obrazów.

Rozdział drugi, autorstwa profesora fizyki biologicznej i radjologji w Lyonie, Cluzet'a zawiera szczegóły dotyczące powstawania prądu elektrycznego uwidocznionego na elektrokardjogramie.

Trzeci rozdział zawiera rozbiór obrazu prawidłowego, tłomaczenie, odmiany, rzecz o rytmie prawidłowym, z uwzględnieniem szczegółowem prac Eppingera, Rothbergera, Samojloffa i in., przedewszystkiem T. Lewisa. Odmiany elektrokardjogramu prawidłowego opierają autorowie na pracach Vaqueza i Bordet'a.

W rozdziale czwartym znajdujemy dokładne omówienie nieprawidłowych zespołów przedsionkowych i komorowych. Ciekawe są obrazy trzepotania przedsionkowego w postaci „girlandy" („en feston") przy ucisku nerwu błędnego.

Piąty rozdział podaje nam anatomją, histologją i fizjologją układu wytwarzającego podniety i układu przewodzącego w sercu, a więc węzła zatokowego (Keith-Flacka), pasmo Wenckebacha, pasma Bachmana, Thorela, włókna Kent'a, dalej węzła Aschoff-Tawary, wreszcie obraz wiązki Hissa. Włókna Purkynje'go przedstawiono z preparatów Lewisa, Uwagi o automatyzmie, o działaniu nerwu współczulnego i błędnego uzupełniają całość opisów.

Rozbiór zaburzeń rytmu wskutek działania „wstrzymującego" lub „niedomogi" zatokowej, bradykardje zatokowe, bradykardje z niemiarowością zatokową stanowią treść rozdziału szóstego. Liczne własne tablice elektrokardjogramów, oraz załączone historje chorób z własnych przypadków zasługują na szczegółową uwagę, zwłaszcza przypadki z „zatokowem zatrzymaniem przewodnictwa", czasami okresowem.

Siódmy rozdział zawiera uzupełnienie poprzedniego, zwłaszcza rzecz o rytmie „węzłowym" Mackenziego. Rytm ten polega na uszkodzeniu węzła zatokowego i na zupełnem przerwaniu podniety wytwarzającej prawdziwy cykl skurczów i czynność obejmuje węzeł Aschoffa-Tawary, zjawia się rytm szczególniejszy opisany i zbadany po raz pierwszy w r. 1909 przez Mackenziego, zwolnienie dochodzi do 40—50 uderzeń niezmiernie niemiarowych, z przypadłościami omdlewania, zawrotów, podobnie jak przy napadach Stockes-Adams'a.

W rozdziale ósmym rozbierają autorowie dane elektrograficzne w przypadkach typowych zaburzeń przewodnictwa. A więc: blok przedsionkowy, przedsionkowo-komorowy, bloki wewnątrzkomorowe (gałęzi i rozgałęzień), bloki organiczne i organiczno-czynnościowe.

W rozdziale IX i X znajdujemy wyczerpujące studjum o skurczach dodatkowych (Extrasystole). Jest to może część najbardziej, obok studjum o blokach, zajmująca. Po wstępie o „ruchu okrężnym" („mouvement circulaire)" prądów w przedsionkach względnie w komorach, znajdujemy pracę Rothbergera (z Wiednia) zatytułowaną: „O parasystolji". Rzecz o „polysystolji" uzupełnia ten rozdział.

Rozdział XI mówi o częstoskurczu napadowym, przyczem widoczną jest rzeczą, że to, co wiedzieli o tem w r. 1818 Corvisart, a w r. 1826 Laënnec stanowiło całokształt naszych wiadomości aż do roku 1899, w którym Bouveret wyodrębnił napadowy częstoskurcz, jako zespół swoisty. Bez elektrokardjografji niemożliwem jest ustalić pochodzenie napadu. Trzepotanie i migotanie (Flutter und Fibrillation), trwały „ruch okrężny" (prądu), niemiarowość zupełną znajdujemy drobiazgowo omówioną w rozdziale XII, Szematyczne rysunki trzepotania (300 okrążeń po rytmie komorowym), trzepotania-migotania (400 okrężeń w niemiarowości całkowitej komorowej), migotania (500 okrążeń) również objaśniają zawiłe tłomaczenia zjawisk.

W XIII rozdziale stawiają autorowie pytanie o ile z obrazu elektrokardjograficznego można wnioskować o schorzeniach serca lub zastawek? Przechodząc kolejno schorzenia serca wypowiadają wnioski: W schorzeniach zastawkowych jedynie w przypadkach wady zastawki dwudzielnej fala przedsionkowa jest dość cechująca, przedewszystkiem zaś przy schorzeniach mięśnia sercowego wyniki rozpoznawcze zwłaszcza pod względem rokowania, szczególnie, gdy zjawiają się oznaki rozkojarzeniowe odnoszące się do zaburzeń przewodnictwa, obrazy są wartościowe. Byłoby nie-

bezpieczną rzeczą dla przyszłości wyolbrzymiać wartość dotychczasowych wyników.

W XIV rozdziale omawia Bret z Lyonu rodzaje przerostu serca uzyskane metodą W. Müller'a (częścią Sofus'a Widetoë'go[1]). Jest to jeden z najciekawszych rozdziałów: wskaźniki prawidłowe i wskaźniki w schorzeniach serca. Przykładowo: stosunek ciężaru lewej komory do ciężaru serca przeciętnie wynosi 0,0018. Liczba ta pomnożona przez 1000 wskazuje, że lewa komora zawiera 1 gr 80 tkanki mięśniowej na 1 kg ciała. Obliczone przez autora wskaźniki zwłaszcza w stanach patologicznych serca rzucają całkiem nowe światło na sprawę przerostu poszczególnych odcinków serca w wadach zastawkowych, w schorzeniach serca następowych, w gruźlicy płuc, skrzywieniach kręgosłupa, w miażdżycy tętnic i t. d.[2])

Ostatni wreszcie rozdział XV obejmuje pogląd ogólny na wyniki uzyskane drogą elektrokardjografji, na wyniki mogące wyjaśnić pracę serca w stanie prawidłowym i patologicznym. Autorowie wskazują na pewne braki w teorjach o bodźcach i o przewodnictwie podniet w sercu. Szczegółowo poddają krytyce teorję „klasyczną" (bodziec, podnieta powstaje w węzle zatokowym, przebiega przedsionek, wytwarza skurcz tegoż, zostaje pochwycony przez węzeł przedsionkowo-komorowy i przebiega cały układ przewodzący komór powodując skurcz komór). Druga teorja Vaquez i Douzelot'a zmienia niektóre z tych poglądów i wyjaśnia rzeczywiście niektóre wątpliwości. Wreszcie trzecia teorja, która upatruje w parciu wewnątrz-sercowym decydujący wpływ na mechanizm powstawania rytmu prawidłowego i rytmów nieprawidłowych. Nową teorję głosi prof. L. Bard z Lyonu. Hipotezami autorów, próbami tłómaczenia niektórych niemiarowości, ciekawe porównania z automatyczną instalacją telefoniczną, zamykają ten rozdział.

Dla pracowników na polu elektrokardjografji stanowi dzieło autorów niezbędne źródło informacyjne, klinicystę zajmą w wysokim stopniu rozważania, wnioski i hipotezy autorów.

Pisek (Lwów).

P. F. Richter prof. uniw. w Berlinie: *Jak należy leczyć w praktyce choroby przemiany materji.* Księgarnia Nowości we Lwowie.

Książeczka o 66 stronicach obejmuje, w treściwem zestawieniu, obecny stan terapji cukrzycy, dny, otyłości, moczówki prostej oraz kilku rzadszych postaci zaburzeń przemiany materji.

Bardzo szczegółowe zestawienia djetetyczne: głodowe, owsiane[3]), mączne i t. d., przepisy obejmujące leczenie insuliną, wskazania, metodykę, leczenie śpiączki, leczenie obrzęków insulinowych i t. d. będą cenną pomocą lekarzowi praktykowi. Na uwagę zasługuje w rozdziale o leczeniu dny — sąd autora niekorzystny o piperazynie i podobnych przetworach. Podawanie kwasu solnego — jest jeszcze kwestją sporną — zaleca natomiast proteinoterapję i siarkę. Starannie obrobiony jest rozdział o leczeniu otyłości. Obok szczegółowej djetetyki omawia tu autor na naukowej zasadzie wartość sportu, stosowanie salyrganu i tarczycy. Leczenie tarczycą powinno trwać tylko czas krótki nie ponad 2—3 tygodnie, dziennie dawki najwyżej 0,3, czem autor różni się od innych terapeutów, stosujących dawki wyższe. O lipolizynie wyraża się autor skeptycznie, zaleca przetwory niemieckie i angielskie (Wellcome et Co), również zachwala „incretan", przetwory przysadki jednak w kombinacji z tarczycą. Ciekawe są przepisy leczące chudość — insuliną. Dobrze przedstawia autor leczenie fosfaturji i oksalurji. W moczówce prostej zaleca pituitryne.

Język polski tłumacza (Dr. med. Józefa Rotha, ze Lwowa) poprawny, — chociaż tu i ówdzie może nie zadowoli wybrednego polonisty. Zato na podkreślenie zasługuje okoliczność, że wszędzie przy zestawieniach zdrojowisk zagranicznych podawanych przez autora, dodaje tłumacz zawsze nasze rodzime zdrojowiska: Krynicę (Zuber), Szczawnicę, Rymanów, Krościenko, Głębokie, Truskawiec, w leczeniu cukrzycy, w rozdziale o leczeniu dny wymienia: Morszyn, Krynicę (Zuber), Szczawnicę, Głębokie, Rymanów, Jaszczurówkę, Lubień, Busko, Solec, Krzeszowice, Truskawiec, Niemirów, Podgórze, Szkło, Pustomyty, Swoszowice, dla tuszy chorobliwej: Morszyn, Krynica, Krościenko.

Jako zwięzły poradnik terapeutyczny spełni praca ta swoje zadanie,

P.

[1]) Bada osobno przedsionki i komory i waży je, wprowadzając wskaźniki, stosunek ten ciężaru komory lewej do ciężaru ciała= skaźnik (index) serca, stosunek ciężaru komory prawej do ciężaru lewej = wskaźnik komorowy, stosunek ciężaru przedsionka prawego do ciężaru lewego = wskaźnik przedsionkowy.

[2]) Przed blisko 50 laty pracowałem w instytucie anat. patol. Uniw. J. w Krakowie nad zagadnieniem: Jak przerasta mięsień sercowy? pozostawionym mi przez szefa mego ś. p. prof. Browicza. Wyniki oparte na zbadaniu kilkuset serc obejmowały oprócz mikroskopowych badań również tabelarne zestawienia porównawcze ciężaru serc, stosunku płci i wieku, wzrostu i t. d. Z powodu przeszkód praca nie została ogłoszona drukiem. O ile pomnę przerost w przeważnej części był jakościowym, rzadziej ilościowym.

Sprawozdawca.

[3]) Autor nie podaje ile mąki owsianej pro die — ani tłumacz. Zazwyczaj podaję 200 g przeciętnie pro die.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Folia morphologica, rok I, nr. 1, z 15 marca 1929 (Organ Polskiego Towarzystwa anatomiczno - zoologicznego): E. Loth: C. I. R. P. Comité internationale des recherches sur les parties molles. — J. Tur: Studia Teratogenetica I, Essai d'une classification provisoire des anidieus embryonaires. — G. Dehnel: O typach rozwojowych wczesnych stadjów u ptaków. — J. Bilewicz: W sprawie wielkości absolutnej złożonych potworów zarodkowych. — Referaty. — Polskie Tow. anatomiczno - zoologiczne. — L. Dzwonkowski i P. Słonimski: Spis polskich pracowni i zakładów poświęconych anatomji i zoologji oraz naukowo pokrewnych.

Przemysł chemiczny, nr. 10, z maja 1929: M. Dominikiewicz: Zastosowanie reakcji benzydynowej w badaniu minerałów. T. W. Jezierski: Przyrząd laboratoryjny do destylacji pod zmniejszonem ciśnieniem.

Higjena pracy, nr. 1, za styczeń, luty i marzec 1929: G. Raciążek: Wykaz „Chorób zawodowych". — J. Offenberg: W kwestji zatrucia gazem kloacznym. — G. Raciążek: O współdziałaniu Kasy chorych z Głównym Inspektoratem pracy. — Wł. Medyński: Naukowa organizacja pracy a psychotechnika. — G. Raciążek: Stan opieki lekarskiej nad robotnikami pracującymi ze związkami ołowiu w Rzeszy Niemieckiej. — F. Wiślicki: W odpowiedzi na artykuł H. Krahelskiej p. t.: „Tomaszowska fabryka sztucznego jedwabiu". — J. Michałowicz: Z V Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego dla chorób zawodowych i wypadków przy pracy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr, 21, z 23 maja 1929: M. Goldbaum: Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnemi „Cuttivaccin Paul" (c. d.). — L. Batawia: Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Wyzdrowienie po operacji. — Wł. Sterling: Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych. — N. Piwko: Podstawy leczenia gruźlicy kostno - stawowej. (Streszczenie zbiorowe, dokończenie). — L. Zamenhof: Genjusz twórczy a medycyna. — M. Skokowska-Rudolfowa: Program wojewódzkiej organizacji z gruźlicą. — M. Erlich: Prof. Klemens Pirquet (Wspomnienie pośmiertne),

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 21, z 26 maja 1929: I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — Gassner iWyss: Wyniki badań nad morfiną otrzymaną syntetycznie. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. Stefana Batorego, rok V, zeszyt 2, za marzec-kwiecień 1929: J. Szymański: Ś. p. Dr. Jan Cumft. Wspomnienie pośmiertne. — S. Trzebiński: Ś. p. Dr. Gracjan. Stan. Peszyński, Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. Dr. Tomasz Bronowski. Wspomnienie pośmiertne. — Z. Bagiński: Uodpornianie przeciw gruźlicy metodą Calmette'a. — W. Jasiński: Szczepienie ochronne B. C. G. w świetle krytyki. — W. Jasiński: Organizacja szczepień ochronnych B. C. G. w Polsce. — K. Stawiarska: Szczepienia przeciwgruźlicze noworodków w Wilnie. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. Rozdz. XXXVII. — S. Trzebiński: W sprawie publikacji jednego z zabytków archiwalnych Wil. Tow. Lek.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 11, z 1 czerwca 1929: J. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa: Wyniki 50 badań pośmiertnych dzieci szczepionych zapomocą B. C. G. — A. Modrzejewski: O leczeniu mięśniaków macicy. — J. Witkowska: Wyniki leczenia gruźlicy płuc preparatem złota „Sanocrisin'. — S. Łaguna: O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosławiańskie.

Liječnički Vjesnik.

(Zagreb) Nr. 11. 1928.

Przed nami leży gruby tom (426 stronic) noszący w nagłówku tytuł „Slavenski Broj - Le Numero Slave". Jest to numer jubileuszowy. We wstępnem słowie dziękuje Redakcja Liječničkiego Vjesnika wszystkim, którzy Jej przysłali życzenia z okazji 50-letnej rocznicy istnienia pisma i którzy swemi pracami przyczynili się do wydania tego numeru. Najlepszym darem, pisze, jaki w dzień jubileuszu możemy ofiarować naszym czytelnikom, jest ten numer słowiański. Znajdujemy w nim następujące prace.

1) Przedmowa.

2) Prof. D. Antić (Belgrad): Appendicitis chronica z objawami wrzodu.

3) Prof. B. Beron (Sofja): Przyczynek do kiły gruczołów dokrewnych.

4) Prof. J. Belehradek (Brno): Nowa teorja ciepłoty krwi.

5) Prof. St. Belinov (Sofja): Lekarz praktyczny i zagadnienie migdałków.

6) Prof. K. Bocheński (Lwów): Opieka nad noworodkami w klinice położniczej lwowskiej.

7) Prof. B. Bouček (Brno): Zagadnienie specyfików w Czechosłowacji.

8) Prof. O. Bujwid (Kraków): Czy przebycie intoksykacji jadem błoniczym zmienia jadowitość BCG. (Bac. Calmette-Guérin).

9) Prof. M. J. Brejtman (Leningrad): Nowa droga dla studjum korrelacji gruczołów dokrewnych i dla wyodrębnienia rozmaitych postaci zaburzeń dokrewnych.

10) Prof. V. Chlumsky (Bratislava): Nawykowa subluksacja głowy.

11) Prof. V. Chlumsky (Bratislava): Solutio Chlumsky.

12) Prof. St. Ciechanowski (Kraków): W sprawie nowotworów smołowych.

13) Prof. A. Cieszyński (Lwów): Dwa ciekawe przypadki torbieli mieszkowych. Położenie atypowe górnego siekacza. Nowy sposób ekstrakcji uwięzionego górnego siekacza.

14) Prof. J. Cisler (Praha): Stan obecny sprawy nervus recurrens.

15) Prof. F. Czubalski (Warszawa): Zmiany właściwości i składu krwi pod wpływem czynników fizjologicznych.

16) Prof. J. Cančik (Praha): O chlorowaniu wód do picia, użytkowych i opadowych.

17. Doc. L. Drastich (Brno): Uwagi o patogenezie i leczeniu anemji złośliwej.

18) Prof. A. Gluziński (Warszawa): Ułożenie chorego, jako czynnik leczniczy, rozpoznawczy i ajtjologiczny.

19) Prof. W. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): Samobójstwa rozszerzone w Warszawie.

20) Prof. A. Hanak (Bratislava): Studjum o metabolizmie.

21) Prof. L. Haškovec (Praha): Dalsze przyczynki do psychizmu podkorowego.

22) Prof. L. Hirszfeld (Warszawa): Serologja konstytucyjna.

23) Prof. A. Janiszewski (Sofia): Objaw dystoniczny uniesionego ramienia w przebiegu uszkodzeń móżdżku.

24) Prof. W. Jasiński (Wilno): Rozwój i stan obecny pedjatrji w Polsce.

25) Prof. J. Jeric (Praha): Przerwanie ciąży przez nacięcie macicy, połączone z wytrzebieniem kobiety.

26) Prof. A. Jirašek (Praha): Poglądy nowoczesne i możliwości chirurgiczne w zastosowaniu do potrzeb lekarza praktycznego.

27) Prof. A. Jurasz (Poznań): O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

28) Prof. R. Kadlcký (Bratislava): Tarsektomia.

29) Prof. R. Kimla i współpracownicy (Praha): Przyczynek doświadczalny do powstawania mięsaków Rous.

30) Prof. M. Klika (Bratislava): Skaza moczanowa, jej postacie urologiczne, rozpoznawanie i leczenie.

31) Prof. K. Koch (Bratislava): Nowe drogi w chirurgji żółciowej.

32) Prof. St. Kostlivy (Bratislava): O przewlekłych zwężeniach infrapapillarnych dwunastnicy.

33) Doc. B. Kuklova (Bratislava): Wczesne rozpoznanie zapalenia otrzewnej w przebiegu duru brzusznego.

34) Prof. F. Krzyształowicz (Warszawa): Kierunek nauczania dermatologji.

35) Prof. O. Kutwirt (Praha): O translabiryntowej operacji guzów nerwu słuchowego.

36) Prof. V. Laufberger (Brno): Doświadczenia z przeżywającą wątrobą cukrzycową.

37) Doc. E. Manoiłow (Leningrad): Odczyn chemiczny dla oznaczania płci.

38) Prof. F. Mareś (Praha): Czas.

39) Prof. Vl. Markov (Sofja): Seroterapja w gorączce połogowej.

40) Prof. B. Matjušenko (Kiiv-Praha): Rozwój eugeniki w ostatnich czasach.

41) Prof. M. Milavanović (Belgrad): Sprawa zapobiegania samobójstwom.

42) Doc. M. Minev (Sofja): Zagadnienie migdałków.

43) Prof. V. Mołłov (Sofja): Ciężka anemja przy trichocefaliazie.

44) Prof. M. Netoušek (Bratislava): O patogenezie żółtaczki.

45) Prof. A. Odstrčil (Praha): Leczenie fibromyoma uteri.

46) Doc. D. Panyrek (Praha): Wiązka Svatopluka.

Podanie z zarania dziejów czeskich opowiada, że możny władca Svatopluk (Świętopełk) zwołał przed śmiercią wszystkich synów i podał im wiązkę prętów aby złamali. Żadnemu się to nie udało. Następnie rozdzielił pręty po jednym każdemu z synów i wtedy z łatwością je połamali. Autor przypomina tę przypowieść i nawołuje do łączności świata słowiańskiego. Przypomina starą zasadę Habsburgów „Divide et impera", która nam tyle szkód przyczyniła. Daje następnie przegląd wysiłków czynionych w ostatnich latach dla zbliżenia słowiańskiego na polu kulturalnem. Poczesne miejsce w tym ruchu przypada lekarzom słowiańskim, którzy już złączyli się we „Wszechsłowiański Związek lekarzy". i odbyli dwa zjazdy wspólne w Warszawie i Pradze. W końcu przytacza uchwały powzięte jako wytyczne dalszej działalności:

1. wydawanie wspólnego pisma z przeglądem prac słowiańskich na wzór niemieckich „Zentralblätter",
2. wydawanie perjodyczne słowiańskiej bibljografji,
3. wydanie porównawczego słownika lekarskiego słowiańskiego,
4. zakładanie słowiańskich bibljotek zawodowych,
5. zawiązanie związku pisarzy słowiańskich w ramach wszechsłowiańskiego związku lekarskiego,
6. wspólna walka lekarzy słowiańskich z partactwem lekarskiem i tajemnymi środkami,
7. wspólna praca dla oczyszczenia i wyrobienia terminologji lekarskiej u poszczególnych narodów słowiańskich,
8. wymiana odbitek i czasopism,
9. wymiana studentów pomiędzy wydziałami lekarskimi słowiańskimi,
10. uzyskanie dopuszczenia jednego języka słowiańskiego na międzynarodowych Zjazdach lekarskich, jako oficjalnego.

47) Prof. C. Paszev (Sofja): Helminty jako oczne pasorzyty w Bułgarji.

48. Prof. J. Pelnar (Praha): Icterus gravis.

49) Prof. M. Pešina (Praha): Anemia entozoarna w następstwie trichocefaliazy,

50) Prof. A. Precechtel (Praha): Zatrzymanie krwotoku carotis interna w okolicy skroniowej przez tamponadę bezpośrednią lub podwiązanie w kanale carotis.

51) Prof. V. Rubeska (Praha): Nadzór nad porodem tylko przez badanie zewnętrzne.

52) Prof. St. Ružička (Bratislava): Nieuchronne następstwa wynikające z eubjotyki dla prawidłowej organizacji opieki nad zdrowiem ludzkiem.

53) Doc. S. Sofoterov (Beograd): Rany serca z utkwieniem pocisku.

54) Prof. A. Staniszev (Sofja): Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne szeroko uszypułowanych brodawczaków miedniczki nerkowej.

55) Prof. F. Studnička (Brno): Starsi biologowie czechosłowaccy i dzieło Jana Ewang. Purkyně.

56) Prof. L. Syllaba (Praha): Klinika i rozpoznanie choroby Addisona.

57) Prof. J. Szmurło (Wilno): Znieczulenie rektalne w otolaryngologji.

58) Prof. F. Samberger (Praha): Nowe przyczynki kliniczne do mojej teorji o powstawaniu łuszczycy.

59) Prof. E. Slajmer (Lubljana): Znieczulenie lędźwiowe tropakokainą.

60) Prof. O. Teyschl (Brno): Badania encefalograficzne u dzieci.

61) Prof. A. Tryb (Brno): Uwagi i doświadczenia tyczące leczenia kiły.

62) Prof. S. Trzebiński (Wilno): Jan Piotr Frank i walka ze „Scherlievo" w Dalmacji i Istrji w początkach XIX wieku.

63) Doc. L. Valach (Bratislava): Przyczynek do kazuistyki cholelitiazy.

64) Prof. F. Walter (Kraków): Współleczenie kiły malarją szczepioną.

65) Prof. K. Weigner (Praha): Układ ekstrapyramidalny.

66) Prof. B. Wiśkovsky (Bratislava): Mucocele sphenoidalis.

67) Prof. A. Zalokar (Ljubljana): Abscessus urachi.

68) Doc. F. Zaviška (Bratislava): Przyczynek do terapji neuritis nervi acustici.

Leszczyński (Lwów).

Liječnički Vjesnik.

(Zagreb). Nr. 2. 1929.

Prof. C. Lian i Dr. R. Barrieu: Radioterapja anginae pectoris.

Doc. Dr. V. Pliverić: Rozwój metod znieczulania w zabiegach chirurgicznych.

Ass. Dr. F. Patočka (Praha): Serodjagnostyka gruźlicy sposobem Neuberg-Klopstocka.

Dr. J. Vlahović: Sprawozdanie z działalności centralnego zakładu roentgenowskiego wydziału lekarskiego w Zagrzebiu w r. 1928.

Prym. Dr. I. Beuc: Insulina w praktyce dermatologicznej.

Dr. I. Glavan: Doświadczenia z allonalem.

Dr. O. Weselko: W jakich schorzeniach można stosować pastylki thyangelowe.

Sprawozdania. — Oceny. — Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Staleški Glasnik, poświęcony sprawom zawodowym.

Dodatek: Medicinska Bibljoteka: Gruźlica kości i stawów. (V. Cepulić i E. Deutsch).

Leszczyński (Lwów).

Medicinski Pregled.

Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofja. Nr. 2. 1929.

St. Stanojević: Zawiązek serbskiego wydziału lekarskiego w XIV wieku. Arciepiskop Danilo II, zmarły w r. 1337, pisze w życiorysie króla Milutina, że przy klasztorze t. zw. Prodromu założył szpital dla Serbów w Carogrodzie, wyposażył go sowicie, tak że byli liczni stale płatni lekarze(!). Zarządzali nim Serbowie przysłani z Serbji. W tym szpitalu gromadzili się uczniowie. Historja przekazała nam nazwika dwóch profesorów nauczających medycyny a to Jowan Chortasmen w końcu 14 wieku i Jowan Argiropul w połowie 15 stulecia. Drugi z nich miał tytuł „carskiego profesora". Serbski szpital był najsławniejszym wśród szpitali Carogrodu. Był to więc zawiązek serbskiego wydziału lekarskiego. Zdobycie Carogrodu przez Turków zniweczyło go i naród serbski sześć wieków musiał czekać na własną szkołę lekarską.

D. K. Jovanović: Postęp fizyki w ostatnich 30 latach.

D. M. Tihomirov: Studjum o fermentach tkankowych nowotworów złośliwych.

M. Smokvina: Jamy gruźlicze w pobliżu opłucnej i pneumotoraks.

Sv. Barjaktarović: Punkcja zagłębienia Douglasa.

S. Davidović: Przypadek wyleczenia marskości wątroby przez wycięcie śledziony.

M. Sekulić: Phtisis gangliopulmonalis.

St. Simić: Leczenie epididymitis i orchitis tuberculosa promieniami Roentgena.

Sv. Pištić: Organizacja walki z gruźlicą.

Sprawozdania z piśmiennictwa. — Informacje.

Nr. 3. 1929.

H. Claude: Zaburzenia mowy w dementia precox i zespół Gansera.

R. Brasovan: Rozwój wskazań nowoczesnej chirurgji.

P. Rismondo: Incontinentia urinae u kobiet i jej leczenie.

I. Alfandari: Narząd przedsionkowy w guzach mózgowych.

J. Nedeljković: Kiła i cukrzyca.

R. Spalajković: Przyczynek do leczenia przewlekłego ropienia zatoki szczękowej.

J. Radonić: Opis dżumy w średniowieczu.

Sprawozdania z piśmiennictwa. — Wiadomości bieżące.

Piśmiennictwo włoskie.

Bolletino della Aocita Italiana di Biologia Sperimentale.

Vol. III, fasc. VIII. 1928,

Prof. Cipriani i Dr. Rotta: *Wydzielanie się wapnia w rozmiękczeniu kości, leczonym Vigantolem.* Autor podaje przypadek dość ciężkiego zmiękczenia kości u 30-letniej niezamężnej kobiety. Skarżyła się na bóle w okolicy lędźwiowej, kręgosłupie i ramionach. Pozatem trudno jej było chodzić, z powodu bólów w kościach i słabych mięśni. Podczas perjodu bóle zwiększały się. Rentgenograficzne badanie miednicy jak i kręgosłupa wykazały rozległe odwapnienie. Leczenie Vigantolem przez dłuższy czas dało dobre wyniki. Preparat ten stosowano w postaci pastylek a mianowicie w pierwszych dniach po 3 sztuki, po 10 dniach po 4 a później po 5 sztuk. Oznaczenie wydzielania się wapnia, które przeprowadzono przed, podczas i po leczeniu wykazały wyraźny wzrost. Bóle w kościach zmniejszyły się, później ustąpiły zupełnie. Zdjęcia rentgenograficzne miednicy i kręgosłupa wykazują wyraźne uwapnienie. Chorą można było wypisać jako wyleczoną.

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche med. Woch.

Nr. 5. 1929.

Dr. G. M. Parade i doc. pryw. K. Voit: *Leczene choroby Adama-Stokes'a adrenaliną i ephetonin'ą.* Autor przytacza ciężki przypadek choroby Adama-Stokes'a z licznemi napadami, w którym wszystkie zabiegi terapeutyczne zawiodły. Zastosowano tytułem próby podskórne zastrzyki adrenaliny. Efekt wystąpił natychmiast, atak został wstrzymany po kilku minutach; także lżejsze późniejsze napady usuwała adrenalina regularnie i szybko. Aby uwolnić chorego od licznych zastrzyków, przepisano następnie Ephetonin'ę (0,05 gr). I tutaj nastąpił skutek zupełny. Chory był wolny od napadów i został po kilku dniach wypisany z kliniki. Używa dziennie 2 tabletki Ephtonin'y. Od tego czasu do połowy listopada 1928 nie miał ani jednego napadu. Przez podanie adrenaliny usunięto więc w jednym przypadku ciężkie objawy choroby Adama-Stokes'a przez, stałe zaś podawanie Ephtonin'y per os wstrzymano pojawianie się nowych ataków.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie sprawozdawcze z dnia 16. I. 1929.

Przewodniczący Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 40.

Sekretarz stały prof. Gieszczykiewicz odczytuje sprawozdanie za rok 1928. Sprawozdanie skarbnika kol. Ackermanna odczytuje kol. Szczeklik. Sprawozdanie gospodarza domu prof. Seńkowskiego i bibljotekarza kol. Spiry. Następnie w imieniu komisji rewizyjnej przemawia kol. Piotrowski. Rachunki znaleziono w porządku. Komisję rewizyjną uderzyło jednakowoż stałe podupadanie stanu materjalnego Tow. Lek. zależne od małej ilości nowowstępujących członków. Kol. Piotrowski wspomina o niecżłonkach, których widywał na posiedzeniach Towarzystwa a którzy nie uważają za stosowne wpisać się na członków, zwraca się do Komitetu Tow. Lek. by obmyślał środki zaradcze przeciw temu.

Kol. Boczar zabiera głos w sprawie krzeseł i zwraca się z prośbą do gospodarza by je naprawić.

Prezes odpowiada na interpelację Dr. Boczara. Następnie podaje do wiadomości, że Komitet powziął myśl, by dorobić drzwi do pokoju sąsiadującego ze salą obrad. Kwestja rozszerzenia sali wykładowej narazie nie jest aktualna. Zarząd przystąpi tego roku do naprawy krzeseł. Prezes wspomina o projekcie założenia klubu, celem rozwinięcia życia towarzyskiego. Kreśli obraz ruchu naukowego Towarzystwa w roku ubiegłym.

Prof. Seńkowski odpowiada na interpelacje kol. Boczara.

Następnie udzielono absolutorjum ustępującemu Zarządowi.

Dr. Glaser zapytuje czy nie dałoby się obniżyć wkładki, jaką płaci się za P. G. L. Podaje myśl ogłaszania większej ilości inseratów w P. G. L.

Prof. Ciechanowski tłumaczy, że Spółka redakcyjna jest odpowiedzialną za wydawnictwo P. G. L. i od niej zależy normowanie cen prenumeraty. Kreśli krótki rys powstania Spółki redakcyjnej. Wspomina o zapomogach jakie Spółka dała na rzecz wdów po lekarzach. Sądzi, że prenumerata P. G. L. nie jest tak dużą, wreszcie wspomina, że obecnie Spółka płaci za referaty umie-

szczane w P. G. L. Kol. Boczar zabiera głos w sprawie uwolnienia młodych lekarzy od prenumeraty P. G. L. Prezes odpowiada Kol. Boczarowi, że dla młodych nie praktykujących lekarzy zniża się wkładkę do 7 zł kwartalnie. Prof. Ciechanowski zabiera głos w sprawie zmniejszania się członków Tow. Lek. Radzi by szefowie oddziałów szpitalnych wpłynęli na swych asystentów i zachęcili ich do zapisywania się. Sądzi, że Zarząd Tow. powinien podjąć akcję agitacyjną w sprawie zyskiwania nowych członków Towarzystwa Lekarskiego. Dr. Glaser będzie się starał, by lekarze kasy chorych wpisywali się na członków. Prof. Gieszczykiewicz podnosi niemożność otrzymania korekty autorskiej, i otrzymania większej ilości odbitek autorskich z prac umieszczanych w P. G. L.

Prof. Ciechanowski w odpowiedzi.

Demonstracje: Kol. Bincer przedstawia chorą z haemoptoe, u której zachodzi kilka przyczyn dla krwawienia (wada serca, zmiany gruźlicze w płucu, rozszerzenie żył w krtani).

W dyskusji: Dr. Syrop zaznacza, że przy badaniu jamy ustnej powinno się uwzględnić przedewszystkiem badanie roentgenologiczne zębów. Prof. Latkowski odpowiada Dr. Syropowi, że w tym przypadku chodziło o badanie jamy ustnej celem wykrycia przyczyny krwawienia, do czego badanie roentgenologiczne nie było potrzebne. Uderza u przedstawianego chorego koincydencja wielu czynników, które mogły dawać krwawienia.

Tow. Lek. Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 21 listopada 1928 r.

Obecnych 24 członków i 9 gości, przewodniczy prezes kol. Kozłowski.

Kol. Nasiłowski demonstruje:

1) Dziecko 6-cio miesięczne, u którego wytworzył się ropień boczno-gardłowy i ropień w obrębie mięśni szyi, a prześwietlenie promieniami R. wykazało zmiany gruźliczne 1 i 2 kręgów piersiowych. Przebieg choroby, oraz badanie kliniczne (ujemny odczyn Pirquet'a) przemawiają przeciw gruźlicy.

(Brak allergji). Przypadek wymaga dalszego spostrzegania i badania a zaciekawia z powodu niezgodności orzeczenia rentgenologicznego z innemi danemi klinicznemi.

Zwrócić należy uwagę na rzadkość zmian gruźliczych kostnych w niemowlęctwie.

2) Dziecko $3^1/_2$ letnie z wybitną krzywicą. Odczyny Wass. i Meinicke'go z surowicą krwi silnie dodatnie (++++).

Przy sposobności mówca wspomina o innym, obserwowanym przed kilku laty, przypadku długo nierozpoznanej kiły wrodzonej u 7-letniej dziewczynki, gdzie były wybitne zmiany kości promieniowej prawej i goleniowej lewej (pokaz kliszy rentgenologicznej). Według wywiadów dziewczynkę kilka lat leczono na rzekomy gościec. Rzut oka ogólny na częstość kiły wrodzonej, na jej rozmaite przejawy, na zmiany kostne. Krzywica na tle kiły wrodzonej. (Streszczenie własne).

Do Komitetu jubileuszowego T-wa Lekarskiego powołano przez aklamację Kolegów: Putermana Jakóba, Zieleniewskiego Bronisława, Zahorskiego Karola, Suchodolskiego Kazimierza, Czarskiego Benedykta, Perłowskiego Kazimierza, Rydera Karola, Palińskiego Karola, Wołkowicza Maksymiljana z prawem kooptacji.

Kol. Czarski wygłosił odczyt: „O wpływie chemicznego niszczenia gałązek okołonaczyniowych nerwu współczulnego na czynność gruczołów dokrewnych".

Stosowanie od niepamiętnych czasów przekrwienia jako czynnika leczniczego znalazło swój najjaskrawszy wyraz w t. zw. sympatektomji, ogólnie łączonej z nazwiskiem Leriche'a, który wprowadził ją w r. 1927.

Prawo pierwszeństwa przysługuje jednak drowi Henrykowi Higierowi, który opisał i zastosował tą metodę już w r. 1901. Zamiast sympatektomji wprowadza przed 3-laty Doppler t. zw. Sympaticodiaphteresis, czyli niszczenie gałązek nerwu współczulnego zapomocą specjalnego płynu „Isophenal'u".

Wychodząc z założenia, że czynność gruczołów płciowych jest podstawą czynności innych gruczołów dokrewnych, a z drugiej strony — że najrozmaitsze zaburzenia organizmu na tle sclerozy i zwężenia tętnic powstają na tle niedomogi gruczołów płciowych, zastosował Doppler swą metodę na tętnicach testiculi i ovarii, powodując przez przekrwienie czynne tych gruczołów, wybitną ich wydajność. Wyniki tego zabiegu, sprawdzone na paruset przypadkach i skontrolowane w przeciągu 3-lat, okazały się wprost zadziwiające. Po omówieniu techniki zabiegu, wykazuje referent na przytoczonych historjach chorób wybitny wpływ Isophenalizacji na regenerację najrozmaitszych tkanek narządów organizmu, co przejawia się:

1) we wzmożonym poroście włosów, przyczem nowowyrastające włosy, dawniej siwe, nabierają połysku i barwy ciemnej,

2) w zaniku zmarszczek na twarzy,

3) w korzystnej przemianie materji,

4) we wzroście i wzmożonej czynności gruczołów płciowych,

5) we wzmożonej czynności innych organów wydzielniczych,

6) w korzystnem działaniu na najrozmaitsze zaburzenia ze strony dziąseł i zębodołów, jak krwawienie, pyorhea alveolaris, kiwanie się zębów, zanik zębodołów i t. p.

7) w korzystnym wpływie na miesiączkowanie,

8) we wzmocnieniu i odmłodzeniu całego organizmu, a więc w korzystnym wpływie na objawy starcze i starości przedwczesnej.

9) w ogólnem obniżeniu gotowości skurczowej naczyń i ich napięcia.

W dalszym ciągu omawia referent przypuszczalny dodatni wpływ Symp. Dy, jako profilaktyki Ca, wychodząc z założenia, że Ca, zwykle ujawnia się w wieku starszym, gdyż czynność gruczołów zaczyna niedomagać, a więc to osłabienie czynności iest momentem przyczynowym Carcinogenezy.

Co się tyczy impotencji, to korzystny wpływ Sy. D. daje się stwierdzić tylko w wypadkach niedomogi hormonalnej.

W wypadkach impotencji psychicznej wpływ Sy. D. jest tylko przemijający.

Na histerję Sy. D. wywiera wpływ bezwzględnie dodatni. To samo tyczy się dementiae praecox, i epilepsji.

Na osobników homoseksualnych operacja wpływa niekorzystnie gdyż wzmaga ich erotyzację, ale skierowaną w dalszym ciągu do tej samej płci.

Działanie Sy. D. jest trwałe. Hypererotyzacja, która nieraz występuje, daje się złagodzić bromem, i walerjaną.

Porównania metody tej z metodami Woronowa i Steinacha przemawia na korzyść Sy. D.

Zestawiając wszystkie omawiane wypadki korzystnego działania Sy. D. dochodzi referent do wniosku, że należy ją stosować w następujących wypadkach:

Przy objawach starczych (zawroty głowy), obniżenie zdolności do pracy, depresje starcze i t. p. Infantilismus i Eunuchoidismus.

Zaburzenia potencji. Gingiwitis, Atrophia alveolaris. Pyorrhea. Degeneratio cystica ovarii, zaburzenia menstruacyjne, amenorrhea, frigiditas.

Gangrena senilis, praesenilis. Scleroderma. Nephropatiae na tle skurczu naczyń. Atrophiae testis. Anginae pectoris, Tachycardia paroxymalis. Paralysis agitans. Neurastenia, hysterja. Dementia praecox. Po operacjach Ca i jako zabieg profilaktyczny. Epilepsja.

W końcu referent wyraża pogląd na istotę działania Sy. D. Samo przekrwienie nie wydaje się być jedynym momentem przyczynowym omawianego efektu.

Jest do pomyślenia, że wraz z włóknami zwężającemi naczynia zostają usunięte włókna hamujące, wydajność gruczołów. Gruczoł uwolniony od tych momentów hamujących, a z drugiej strony bardziej zasobny w miąższ, dzięki rozrostowi pod wpływem przekrwienia poczyna nadmiernie pracować, powstaje hyperiunctio z wszystkiemi omówionemi wyżej konsekwencjami. (Streszczenie własne).

Dyskusja została odłożoną.

Kol. Suchodolski wygłosił referat: 74 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej operowane na Oddziale Ginekologicznym Szpitala Sieleckiego w okresie czasu 1922 — 1928 r.

Przed odczytem Kol. Suchodolski demonstrował: 3 trąbki grubości od $1^1/_2$ do $3^1/_2$ ctm. wypełnione krwiakami, w których widoczne były płody wielkości od ziarnka prosa do 3 ctm. długości, czwartą trąbkę pękniętą w cieśni i błonę doczesną, zachowaną w całości, wydaloną z macicy we dwa dni po operacji brzusznej.

Z pośród 74-ch wypadków operowano drogą brzuszną 63 przypadki, przez pochwę zaś: nacięcie lub nakłócie tylnego sklepienia 11 razy.

Były wszystkie rodzaje ciąży prócz śródmiąższowej (interstitialis); w rogu szczątkowym, jajnikowa i brzuszna po 1 razie; poronienie trąbkowe 9 razy; ciąża trąbkowa 29, prawostronna 23, pęknięcie trąbki 38 razy na 52 przypadki ogółu ciąży trąbkowej. Podwójnej obustronnej zewnątrz-macicznej 1 przypadek; normalnej i zewnątrz-macicznej jednocześnie 1 przypadek — wreszcie jedna powtórna ciąża zewnątrz-maciczna u tej samej osoby.

Ogółem 4 osoby zmarły, co daje 5.4% śmiertelności: dwa z nich z powodu skrwawienia się (6) 12 mies. płód żywy wraz z drugostronną ciążą; i zwykła trąbkowa pęknięta); jeden septyczny z powodu obecności ropniaka w drugiej trąbce i jeden przypadek zapalenia bł. otrzewnej, (to wspomniana powtórna ciąża),

Omówione zostały dalej trudności rozpoznania: wśród nich dwa nakłócia przez tylne sklepienie i powłoki brzuszne zawiodły, pomimo obecności płynnej krwi w brzuchu.

Ogromną większość moich przypadków, dotyczyła kobiet, które rodziły i roniły przedtem; 26 razy u kobiet co rodziły a nie roniły, 6 razy u kobiet co wyłącznie roniły, wreszcie 4 u kobiet co nie rodziły i nie roniły, a obarczone były przewlekłym stanem zapalnym i zlepowym przydatków.

Przebyte zapalenie przydatków można było stwierdzić w 23 przypadkach, co stanowi 36%, ale niewątpliwie sumę tę należałoby zdwoić z powodu trudności oceny przebytego zapalenia.

Operacja przebiegała: cięcie pośrodkowe, usunięcie ewentualnie zachowanie krwi do przelewania dożylnego, wycięcie trąbki ciążowej samej lub z janikiem razem; obejrzenie drugiej trąbki, a w razie schorzenia sterylizacja lub wycięcie całkowite; zrzadka częściowe usunięcie schorzałej części tylko, 9 razy wycięto dodatkowo wyrostek robaczkowy.

Dożylne wlewanie krwi własnej wykonano 12 razy w ilości $^1/_2$ i $1^1/_2$ litr. z dodaniem 2% roztworu natri citrici w ilości 10% masy krwi do wlewania; do całej ilości wlewanej krwi dodawano takąż ilość roztworu soli fizjologicznego.

Morfologiczne badanie krwi w 36 — 48 g. po operacji wykrywało: 30% hemoglobiny $2^1/_2$ do 3 miljonów czerwonych ciałek, do 10 tysięcy białych: żadnych zmian degeneracyjnych; wzór białych ciałek normalny prawie.

W przebiegu pooperacyjnym notowano najczęściej przebieg normalny; spostrzegano: jedno krótkie zapalenie płuca (1928 n. 19) psychozę manjakalną ostrą (1926 n. 8) porażenie połowiczne lewostronne (1928 n. 18) i jedno zropienie w zatoce Douglasa.

Wzmożenie liczby przypadków ciąży zewnątrz-macicznej w ostatnich latach może należałoby tłómaczyć poprawniejszą organizacją pomocy położniczej w Zagłębiu i skoncentrowaniem wszystkich tych przypadków na Oddziale Ginekologicznym.

Referat swój Kol. Suchodolski skończył podziękowaniem za współpracę Sekundarjuszowi Oddziału Koledze Ficenesowi, bezpośredniemu personalowi pomocniczemu, siostrom felczerkom oddziału i Kol. Sztuce za badanie histologiczne.

(Streszczenie własne).

Dyskusja polegająca na swobodnem zadawaniu pytań prelegentowi nie przyniosła nic szczególnego; ogólna została odłożona.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Sekretarza: (—) *Dr. Kotarski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy Kas Chorych, Okręg Kraków, odbędzie się w dniu 23 czerwca b. r, o godzinie $10^1/_2$ rano, w Sali konferencyjnej Kasy Chorych w Krakowie, ul. Batorego 3 III p. Prezes: *Dr. Kaplicki.* Sekretarz: *Dr. Bobak.*

Lwów.

Lekarski Kurs Uzupełniający z zakresu wychowania fizycznego i sportu odbył się we Lwowie w dniach od 15 do 22 kwietnia b. r.

Z polecenia Państw. Urzędu Wych. Fiz, zorganizował Dr. Wł. Dybowski kurs pod opieką Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie, przy wydatnej współpracy Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego i naczelnego lekarza miasta Lwowa Dr. E. Dolińskiego.

Krótki kurs 8-dniowy (ze względu na przyjazd lekarzy z prowincji) zgromadził 114 uczestników, w tem około 20-tu z prowincji, główną część stanowili lekarze miejscy i szkolni, dalej 8-miu lekarzy wojskowych oraz blisko 30-tu wolno praktykujących tak ze Lwowa jak i z prowincji. Otwarcia oraz zamknięcia kursu dokonali: Dziekan Wydz. Lek. Prof. Dr. Franke, Nacz. lek. m. Lwowa Dr. E. Doliński i w zastępstwie Pana Kuratora nacz. wydz. og. p. Mendys.

Kurs ukończyło 102 uczestników. Program kursu obejmował wykłady prof. Groera (Rozwój dziecka, 1 godz.), prof. Ostrowski (Chirurgja sportowa, 4 godz.), prof. Parnas (Chemja fizjologiczna, 2 godz.), docent Sabatowski (Woda, światło, powietrze w wychowaniu fizycznem, 1 godz.), dr. Klisiecki (Fizjologja pracy mięśniowej, 2 godz.), dr. Dybowski (Rola lekarza w wychowaniu fizycznem i sporcie, 1 godz, zaprawa i jej higjena, 1 godz., wskazania i przeciwwskazania w kobiecym wych. fiz. i sporcie, 2 godz., praktyczne zagadnienia lekarskie z dziedziny wych. fiz. i sportu, 6 godzin),

Praktyczne ćwiczenia w badaniu i ocenie zdolności fizycznej wraz z omówieniem wyników prowadzili w osobnych grupach dla lekarek i lekarzy Dr. Janina i Władysław Dybowscy. Pozatem wszyscy uczestnicy kursu zwiedzili pracownię psychotechniczną prof. Geislera w Instytucie Technologicznym.

Inspektorat Wych. Fiz. Kurat. Lwowskiego zorganizował pokazy gimnastyki szkolnej (Pni Kwiatkowska, dziewcz. III. i IV. kl. szkł. powsz., P. Fedorowski, gimn. męsk. kl. IV., Pni Wasilewska, dziewcz. gimn. żeńsk. kl. VI.).

Okręg. Urząd Wych. Fiz. zorganizował pokazy z zakresu gimnastyki i gier ruchowych pań i panów oraz szermierki i boksu (Kpt. Łucki, Sekcja Pań I. L. K. S. Czarni i zespół męski L. K. S. Pogoń i A. Z. S. Lwów, szermierka, boks i gry piłkowe na sali zaprodukowały zespoły klubów ośrodka). Pozatem na prośby uczestników kursu urządził Kpt. Łucki, pokaz gimnastyczny, na którym pokazano typowe ćwiczenia gimnastyczne tak o znaczeniu czysto historycznem (staro-niemieckie), jak też i doby obecnej.

Uczestnicy kursu odwiedzili również boiska Pogoni i Sokoła-Macierzy w czasie odbywających się tam zawodów w biegu na przełaj pań i panów.

O silnym odczuciu potrzeby takiego kursu świadczyła nadmierna wprost ilość uczestników, oraz doskonała frekwencja na wszystkich wykładach, pokazach i ćwiczeniach.

Z wdzięcznością podkreślić należy pokrycie kosztów kursu przez miasto Lwów z inicjatywy naczelnego lekarza miejskiego Po zakończeniu kursu otrzymali uczestnicy zaświadczenia z Dziekanatu o jego odbyciu. Przed zakończeniem kursu przeprowadzono ankietę w sprawie wskazówek dla przyszłych kursów. Jednogłośnym żądaniem wszystkich było ogłoszenie kursu na długi czas przed jego rozpoczęciem i podanie literatury polskiej przygotowującej do tego rodzaju kursów. Dalej podniesiono potrzebę urządzania tego rodzaju krótkich kursów, przynajmniej jednak 14-dniowych, tylko dla uczestników zupełnie nie przygotowanych. Bardzo gorąco podniesiono potrzebę zorganizowania akcji mającej na celu wygłaszanie serji wykładów o zagadnieniach lekarskich z zakresu wych. fiz. i sportu, przez secjalisów rozmaitych działów medycyny, na zebraniach lekarskich tak ogólnych jak i specjalnych (szkolnych, miejskich, wojskowych i t. p.).

Zakończenie kursu odbyło się w bardzo miłej, gdyż serdecznej atmosferze szczerego podziękowania uczestników, organizatorom kursu.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 31 maja b, r. z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Szurek: 3 pokazy preparatów anatomo-patologicznych; 2) kol. H. Hilarowicz: 6 pokazów przypadków chirurgicznych; 3) kol. W. Lipiński: Przypadki masowego zatrucia względnie zakażenia mięsem. W dyskusji zabierali głos kol.: Schramm, Gąsiorowski, Sieradzki, Legeżyński, Trawiński, Węgrzynowski, Kielanowski, Doliński.

Poznań.

Prof. Adam Karwowski z Poznania został mianowany członkiem honorowym jugosłowiańskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Wilno.

XIII Zjazd Przyrodników i Lekarzy w Wilnie (Sekcja farmaceutyczna). W dniach od 26 do 29 września 1929 r. odbędzie się w Wilnie XIII z kolei Zjazd Przyrodników i Lekarzy Polskich. Zjazd ten posiada osobną Sekcję Farmaceutyczną, do której miejscowy Komitet organizacyjny powołał: prof. J. Muszyńskiego jako przewodniczącego, p. Wł. Sokołowskiego (wiceprzew., Wilno, apteka, ul. Tyzenhauzenowska) i p. mr. farm. Wacł. Strażewicza (sekretarz, — ul. Objazdowa 2). Biuro Komitetu Sekcji Farmaceutycznej mieści się w Zakładzie Farmakognozji U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Podczas Zjazdu zorganizowana zostanie wystawa przyrodniczo-farmaceutyczna i lekarska. Na wystawę przeznaczone są 4 duże sale (3 sale 6,30 m $\times$ 16 m i 1 sala 6,30 m $\times$ 31 m) w specjalnym gmachu wybudowanym dla zeszłorocznej Wystawy Wileńskiej. Dla firm handlowych opłata za miejsce wyniesie około 10 zł za metr kw.

Zawiadamiając o powyższem Komitet Organizacyjny uprasza o możliwe wczesne zgłaszanie swego udziału w Zjeździe, aby Komitet mógł przygotować lokale. Prosimy zwłaszcza gorąco wszystkich WPP. Kolegów, którzy pragnęliby wystąpić z odczytami lub referatami, aby raczyli zawiadomić nas o tem jak najwcześniej

i przesłać łaskawie do dnia 15 czerwca streszczenia swych odczytów, aby takowe można było zamieścić w księdze Zjazdu.

Do wszystkich firm handlowych lub instytucyj naukowych, któreby pragnęły przyjąć udział w Wystawie, zanosimy prośbę o zgłaszanie swych życzeń co do miejsca i wielkości powierzchni żądanej pod eksponaty.

Wszelkie zapytania należy kierować do Komitetu Sekcji Farmaceutycznej Zjazdu.

Szczegółowy program Zjazdu został ustalony w sposób następujący:

Środa 25 IX. Przyjazd uczestników i rozlokowanie ich. Godz. 21. Spotkanie towarzyskie (na własny koszt). Zebranie delegatów i wyznaczenie mówców. Rozdanie kart uczestnictwa i zapis na Bankiet.

Czwartek 26 IX. Godz. 9. Uroczyste nabożeństwo w kościele św. Jana. Godz. 10—12. Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali Teatru Reduta. Godz. 12.30. Złożenie wieńca na grobie Powstańca. Godz. 13.30 Otwarcie Wystawy. Godz. 14—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—18. Posiedzenia sekcyj. Godz. 20.30. Przedstawienie w teatrze.

Piątek 27 IX. Godz. 8.30—10. Zwiedzanie miasta. Godz. 10—11. Ogólne zebranie w sali Reduty. Godz. 11—13. Obrady sekcyjne. Godz. 13—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—19. Obrady sekcyjne. Godz. 21. Raut w Pałacu Reprezentacyjnym.

Sobota 28 IX. Godz. 8.30—10. Zwiedzanie miasta. Godz. 10—11. Ogólne zebranie w sali Reduty. Godz. 11—13. Obrady sekcyjne. Godz. 13—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—19. Posiedzenia sekcyjne. Godz. 21. Bankiet (według zapisów).

Niedziela 29 IX. Godz. 8—9. Nabożeństwo w Ostrej Bramie. Godz. 9—12. Posiedzenia sekcyjne. Godz. 12. Zamknięcie Zjazdu. Godz. 14. Wycieczka statkiem do Werek (według zapisów).

Poniedziałek 30 IX (poza Zjazdem). Wycieczki do Druskienik, Trok, Białowieży lub na jezioro Narocz (w razie zgłoszenia się dostatecznej liczby uczestników).

Towarzystwo chirurgów Polskich. XXV Zjazd Towarzystwa chirurgów Polskich odbędzie się — zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu — w roku bieżącym w Wilnie. Obradować on będzie jako sekcja chirurgiczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w dniach 26, 27 i 28 września 1929 r. Na Zjeździe w Krakowie ustalono następujące tematy programowe Zjazdu wileńskiego: 1) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc — referent prof. dr. M. Rutkowski z Krakowa; 2) Gruźlica nerek — referent prof, dr. H. Schramm ze Lwowa, korreferent doc. dr. T. Pisarski z Krakowa. Zarząd Towarzystwa, zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe prosi o zgłaszanie wykładów i referatów na ręce wiceprezesa Towarzystwa i gospodarza sekcji chirurgicznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich prof. dra K. Michejdy pod adresem: Wilno, Klinika Chirurgiczna U. S. B. Prelegenci, życzący sobie umieszczenia swych wykładów w Pamiętniku Zjazdu Lekarzy i Przyrodników powinni zgłosić temat, jak również nadesłać streszczenie wykładu, przed dniem 31 sierpnia 1929 r.

Udział w Zjeździe należy zgłosić kartką pocztową również przed dniem 31 sierpnia 1929 r. Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są przewidziane w granicach zwykłych ((66%-owa zniżka w drodze powrotnej). Rozmieszczeniem uczestników Zjazdu zajmie się sekcja mieszkaniowa Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, którą kieruje dr. Henryk Rudziński, naczelnik Wydziału Zdrowia Wilno, ul. Wielka 51. Do niego zwracać się należy w sprawie mieszkań. Warszawa w kwietniu 1929 r. Prezes Towarzystwa *L. Kryński.*

Z kraju.

W dniu 1-go maja b. r. założone zostało „Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu. Członkami założycielami są lekarze miejscowi w liczbie 23. Stowarzyszenie ma na celu współdziałanie rozwojowi Inowrocławia, pielęgnowanie umiejętności lekarskich z zakresu balneologji, trzymanie straży nad czcią i godnością stanu lekarskiego, obronę spraw zawodowych lekarzy zdrojowych; budzenie i rozwój życia koleżeńskiego i towarzyskiego wśród członków. Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu przestrzega kodeks zwyczajowy Wydziału Klimato-balneologicznego Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego z r .1913-go oraz wskazania ogólne Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej. Do zarządu wybrani zostali: Dr. med. Henryk Zborowski — prezesem, Dr. med. Józef Pawlak — wiceprezesem, Dr. med. Roman Gutowski — sekretarzem, Dr. med, Stefan Nowakowski — skarbnikiem. Do komisji rewizyjnej weszli Drzy: Graczykowski, Wiernicki i Sroczyński. Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu dążyć będzie do rozwoju miejscowego zdrojowiska wiedzą fachową. Sekretarz Dr. med R. Gutowski, ul. Kr. Jadwigi 16. Prezes H. Zborowski, ul. Solankowa 69.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza, że termin przesyłania prac na konkurs na pracę z zakresu balneologji krajowej przesuwa do dnia 1 listopada b. r. Prace mają być przesyłane w 6 egzemplarzach pod adresem: „Stowarzyszene Lekarzy w Krynicy“ na ręce Dra Wacława Graba-Łęckiego w Krynicy pod Koroną. Przyznanie nagród i otwarcie kopert nagrodzonych prac nastąpi na Zjeździe lekarskim w Krynicy w dniu 5. stycznia 1930 r.

Ze Świata.

Wycieczki naukowe do zdrojowisk włoskich. W numerze 11-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej“ z r. b. na stronie 212 podano bliższe szczegóły tyczące się projektowanej przez rządowy włoski urząd turystyczny (Ente Nazionale Industrie „Enit“) w czasie od 10 do 26 września b. r. szóstej podróży „Nud-Sud“ dla lekarzy celem zaznajomienia ich z najważniejszemi zdrojowiskami i uzdrowiskami włoskiemi: Obecnie zawiadamia wspomniany wyżej urząd turystyczny, że Polskie Ministerstwo skarbu przyznało paszporty ulgowe dla lekarzy pragnących wziąć udział w tych podróżach, tudzież, że Konsulaty włoskie urzędujące na obszarze Rzeczypospolitej polskiej umieszczać będą bezpłatnie swe wizy na tych paszportach.

Niemiecki Związek Opieki nad zdrowotnością w wieku szkolnym łącznie z niemieckim Związkiem Opieki nad Ogólną Zdrowotnością (Moguncja) odbędzie swe doroczne zebranie we wrześniu w Mannheim. Roztrząsane będą ważne zagadnienia z zakresu higjeny budynku szkolnego, powtóre znaczenie systemu szkoły w Mannheim w stosunku do obecnej organizacji szkoły.

Drugi Międzynarodowy Kongres malarji odbywać się będzie od 19—21 maja 1930 r. w Algierze. Przypada on w 100-letnią rocznicę istnienia francuskiego Algieru, i 50-lecie odkrycia pasorzytu malarji przez Laverana. Jako przedstawiciel Niemieckiej Rzeszy — pr. Nocht, Hamburg. Wiadomości udziela on, lub sekretarjat Kongresu w instytucie Pasteura w Algierze.

Trzeci Międzynarodowy Kongres reformy życia płciowego, opartej na podstawie dociekań naukowych w tym zakresie odbędzie się w Londynie od 9—13 września 1929 r. Jako przewodniczący: Havelock Ellis, August Forel, Magnus Hirschfeld.

W sprawie lekarzy polskich dla Konga. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. N. Z. O. 1584/29. Warszawa. dnia 16 kwietnia 1929 r. — Na podstawie pisma Ministerstwa Spraw Zagranicznych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadama, ż belgijskie Ministerstwo Kolonij skłonne jest przyjąć na służbę w Belgijskem Kongo lekarzy narodowości polskiej.

Ewentualni kandydaci winni składać podanie wprost do Ministerstwa Kolonij w Brukseli, dołączając do podania dyplom lekarski, świadectwo moralności i dobrego prowadzenia, zaświadczenie o stanie zdrowia oraz dowód z odbywania praktyki lekarskiej. Jako jeden z zasadniczych warunków przyjęcia podania do rozpatrzenia wymagana jest zupełna znajomość języka francuskiego w mowie i piśmie. Naczelnik Wydziału: (—) *Jarniński.*

IX Zjazd niemieckiego Towarzystwa Farmakologicznego odbędzie się w czasie od 25 do 28 września 1929 w Münster, także zebranie niemieckiego Towarzystwa dla badania światła, na którem będzie omawiana zbiorowo sprawa profilaktycznego działania światła na krzywicę. Uczestnicy Zjazdu farmakologów będą mogli wziąć udział i w zebraniu aktinologów.

Redakcja otrzymała.

Societé des nations, Organsation d'hygiène. „Statistiques des maladies a déclaration obligatoire pour l'année 1927“.

Jan Offenberg, „W kwestji zatrucia gazem świetlnym“. Higjena pracy, nr. 1 ,z r. 1929.

H. Vignes, „Physiologie gynécologique et médecine des femmes“. Masson et Cie Paris 1929.

Dr. Stan. Bühn „O wartości praktycznej odczynu Biernackiego“. Odb. z Wiadomości lekarskich, nr. 1 z r. 1929.

Dr Stan. Bühn „Wskazania i sposoby stosowania diety bezsolnej“. Odb. z Wiadomości lekarskich, nr. 4, z r. 1929.

Bureau international du travail. Bibligraphie d'hygiène industrielle. Vol. III, Nr. 5, Mars 1929.

Nr. 25. 23. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Norbert PRAEGER. Lwów.

O związkach między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi.

Z Zakładu dla umysłowo - chorych w Kulparkowie. Dyrektor: Dr. Józef Bednarz.

Dokończenie.

Nadmierne nasilenie cech psychopatycznych prowadzi prostą drogą do konfliktów z urządzeniami prawno-społecznemi. W zbyt dużym niestosunku między bodźcem a reakcją, przy osłabionej możności opanowania afektów, mieści się odrazu możliwość gwałtownych, eksplozywnych wybuchów, znajdujących swój epilog na sali sądowej.

Gdy ten niestosunek obraca się w formach łagodniejszych, może on mieć znaczenie dla procesu twórczego. U senzytywnych psychopatów mamy rozszerzoną zdolność odczuwania pewnych nieznacznych już podniet, doprowadzanych przez rytm życia codziennego, których nie wyczuwa przeciętna masa ludzi środka. Z powodu niestosunku między bodźcem a odczynem, budzą one nadmierne wychylenia afektu, wzniecają niepokój intrapsychiczny, który znajduje swe ujście w twórczej pracy kulturalnej, o ile spełnione są oczywiście inne warunki, związane z pojęciem talentu.

Jeszcze szersze znaczenie ma dla naszych rozważań górowanie fantazji nad poczuciem rzeczywistości. Wszak fantazja jest jednym z najważniejszych elementów talentu poetyckiego, czy powieściopisarskiego zwłaszcza u tak zw. pisarzy fantastycznych. Ona to przekształca życie w myśl własnych życzeń, codzienne zdarzenia wypełnia nową treścią, wrażeniom i ich zachowywaniu w pamięci, nadaje odrębną cechę subjektywności.

Fantazja, dar fabulacyjny jest właściwością wspólną wszystkim ludziom, spotykamy ją już u dziecka, które w codziennych swych zabawach kształtuje świat na swoją modłę, zmieniając go w bajkę (Freud). Ta sama czarodziejka rządzi naszemi marzeniami dziennemi, z pod których wpływu umiemy się jednak każdej chwili otrząsnąć, wracając z świata marzeń do rzeczywistości.

Doświadczenie kliniczne uczy nas, że istnieją wypadki, w których fantazja jest tak wybujała, że wdziera się w życie realne, prowadząc do zaniku granicy między swemi wytworami a rzeczywistem życiem. Wytwory fantazji stają się subjektywną prawdą i nadają kierunek działaniom, sprzecznym niekiedy z kodeksem karnym. W wypadkach tej *„pseudologia phantastica“*, fantazja staje na usługach własnych życzeń, występuje nadmierne uczuciowe oddanie się jej wytworom. Osobnik nią dotknięty wżywa się w rolę przez się wymyśloną, odgrywa ją z tonem szczerej, fascynującej otoczenie prawdy, działa stosownie do wymyślonej przez siebie sytuacji.

Nadmiernie wybujała fantazja nie zawsze prowadzi na drogę kryminalną, popycha ona niekiedy do rzeczywistego poszukiwania przygód. Gnani swą fantastyczną wyobraźnią pędzą psychopaci tego pokroju niczem nieskrępowane, koczownicze życie, znajdujemy ich wśród poszukiwaczy złota, myśliwych na dawnym dzikim zachodzie Ameryki, w legji cudzoziemskiej, ale i wśród geograficznych ekspedycyj naukowych. Rzeczywiście przeżyte przygody stapiają się z wymyślonemi w jedną całość i tworzą dla nich „subjektywną“ prawdę.

Wartości kulturalnej nabiera taka wybujała fantazja, gdy osobnicy nią dotknięci przeżywają swe przygody w myślach i na papierze, powstają wtedy utwory pełne swoistego uroku. Zjawisko podstawowe jest jednak to samo, korzeniami swemi tkwi i twórczość fantastyczna i karjera psychopaty dotkniętego „pseudologją“ w nadmiernie wybujałej fantazji. Różne są tylko kierunki ekspanzji, choć i te zlewają się niekiedy w jednej osobie jak n. p. w Karolu Mayu, któremu nie obca była „karjera“ kryminalna i powodzenie literackie. Podobnie Jack London był równocześnie włóczęgą, poszukującym przygód po wszystkich lądach i morzach i znakomitym powieściopisarzem.

Z rozważań tych nie można żadną miarą wyciągać wniosku, że wystarczy być psychopatą, aby zostać wytwórcą nowych wartości kulturalnych. W pierwszym rzędzie konieczne są te właściwości intelektualne, które obejmujemy nazwą talentu. Pojęcie talentu nie jest natomiast równoznaczne z psychopatją. Faktem jest jednak, że psychopatja i talent, czy nawet genjusz często (ale nie zawsze!) łączą się w jednej osobie i że pewne cechy psychopatyczne mogą mieć znaczną wartość dla procesu twórczego. Akta tej sprawy nie są jeszcze zamknięte, problem „twórczość a psychopatja“ czeka jeszcze swego rozwiązania. Twierdzenie Segalina, że na genjusz składa się symbioza psychopatji i talentu, jako dwóch krzyżujących się dziedzicznych składników, nie jest oparte na dostatecznym materjale empirycznym, wszak znamy wybitnych twórców, bez jakiejkolwiek cechy psychopatycznej.

Utrzymywaliśmy dotychczas nasze rozważania o związku między psychopatją a twórczością w ramach ogólnych, obecnie zaś dla przykładu wskażemy bezpośredni wpływ płynący z psychopatycznego ustosunkowania się do życia, na samą treść twórczości. Znalazł on dobitny wyraz w dziełach Schopenhauera. Schopenhauer jest typem depresyjnego psychopaty, nastrojonego lękliwie wobec wszelkich przejawów życia. Nękany myślami hypochondrycznemi, żył on w zupełnem odosobnieniu, ponieważ podejrzliwością swą odpychał otoczenie. Zasadnicze nastawienie psychopatów tego typu, wobec świata i życia jest pesymistyczne, pesymizmem tym jest przepojona cała twórczość Schopenhauera.

Świat wedle Schopenhauera jest najgorszym z możliwych, optymizm głupotą nie do darowania. Poza światem jako wyobrażeniem kryje się, jako rzecz sama w sobie, wola, źródło wiekuistych cierpień. Popycha ona nas wiecznie ku nowym celom, których ziszczenie się służy za punkt wyjścia dla nowych pragnień, utrzymujących człowieka w wiekuistym kole udręczeń. Tylko w bezinteresownej, pozbawionej udziału woli, kontemplacji, w artystycznej i estetycznej twórczości znaleźć możemy ulgę w cierpieniach.

Po zestawieniu zasadniczego tonu twórczości Schopenhauera z cechami jego depresyjnej konstytucji psychopatycznej, ujawnia się odrazu, że zasadniczą rolę odegrała tu nie objektywna praca myślowa, lecz momenty subjektywne, płynące z jego psychopatją uwarunkowanego nastawienia wobec życia.

Jeśli sobie ten związek uświadomimy, zbliża nas to do głębokiej prawdy wypowiedzianej przez Jaspersa, że światopogląd jest często apologją, pokrywającą następowo rzeczy, pochodzące z innych źródeł, niż objektywna praca myślowa. (Patrz też Nietzsche — „Genealogja moralności“). Ten kąt widzenia wyświetla nam między innymi antifeminizm i antiseksualizm Weiningera, jako ideologję znajdującą swe wytłumaczenie w jego własnej aseksualnej konstytucji.

Za daleko nie wolno jednak iść na tej drodze, — „często“ nie oznacza „zawsze“. Twierdzenie zwolenników „psychologji indywidualnej“ (Adler), że „wszelka spekulacja filozoficzna wyrasta z poczucia mniejszowartościowości“ (Wexberg) jest pozbawiona jakichkolwiek podstaw i wynika z jednostronnego przeceniania przez psychologów tego kierunku „poczucia mniejszowartościowości“ i t. zw. „tendencyj ubezpieczających“ (Sicherungstendenzen), które tę mniejszowartościowość zasłaniają.

Rozważań naszych nie możemy zamknąć w kole histerji i psychopatji — rozciągniemy je też na stany psychotyczne, pytając, czy i z tych źródeł nie płyną jakieś wpływy, znajdujące swój wyraz w wytworach kulturalnych? Z psychozą spływa na osobnika nią dotkniętego, bezlik nowych i niezwykłych przeżyć i odczuwań, które znajdują swe odzwierciedlenie nietylko w codziennym aparacie wyrazowym, w mimice, wynurzeniach i działaniach, ale zależnie od skłonności, także i w twórczości kulturalnej, w poezji, sztukach plastycznych, budowaniu systemów filozoficzno-religijnych i t. p.

Takie oddziaływanie na przeżycia psychotyczne jest oczywiście związane z pewnemi indywidualnemi właściwościami, posiew musi paść na odpowiednią glebę, aby wydać plon. Szczególnie pouczające są więc wypadki, w których ofiarą psychozy padają ludzie utalentowani, zwłaszcza o ile już przed psychozą znajdowali się w pełnej działalności na polu kulturalnem. Porównanie fazy twórczości przedpsychotycznej z po- lub wśródpsychotyczną, wykazuje nam wpływ, jaki przeżycia psychotyczne na nią wywarły. Wpływ ten waha się oczywiście w szerokich granicach. Działanie deliryjnych stanów toksycznych jest zasadniczo różne od daleko idących zmian spowodowanych schizofrenją.

Przeżycia w toksycznych delirjach, mają raczej charakter przedmiotowy, dostarczają one fantazji twórczej moc nowych elementów, które talent przetapia w wartości kulturalne, podobnie, jak to się dzieje z motywami płynącemi z przeżyć „normalnych". Rozkoszne halucynacje, wyczarowane przez opjum i haszysz, wzbogacają paletę o nowe barwy, nadające niezwykłego blasku dziełom Baudelaire'a, Coleridge'a, Quincey'a i Poe'go. Pojawiały się przed ich oczyma czarowne pejsaże o nieziemskiej piękności, „płynęły kaskady płynnego złota i widnokrężne katarakty rubinów, szafirów i onyksów" (P o e), ożywiały sztuczne raje, czas i przestrzeń zatracały swe granice. Przeżycia z tych majaczeń płynące, dostarczyły tylko nowych cegiełek, źródła patologiczne wzbogaciły ilościowo treść twórczości, gmach jej zbudowały jednak nie środki narkotyczne tylko talenty poetów.

Odmienny wpływ wywiera schizofrenja. Psychoza ta pociąga za sobą daleko idące przemiany całej osobowości, zmieniając człowieka zmienia w nim równocześnie artystę i zmusza do szukania nowej formy wyrazu. Wraz z schizofrenją pojawia się zupełnie nowy, często dla nas niezrozumiały świat przeżyć i myśli. Dotychczasowy gmach kojarzeń ulega rozluźnieniu, połączenia pojęć i wyobrażeń związanych doświadczeniem — rozbiciu. Przedstawienia kierownicze odpadają, dyrektywy logiczne tracą swe znaczenie, afekty uzyskują przewagę, wszystko, co nie leży na ich linji, ulega odszczepieniu. Górowanie afektu pogłębia jeszcze bardziej odchylenie od logicznego myślenia (logische Schnitzer B l e u l e r a), pojawiają się urojenia, osobnik zasklepia się w świecie swych życzeń i urojeń, nie zwraca uwagi na obok niego toczący się strumień życiowy (autyzm) osobowość zatraca swą jednolitość, ulega daleko idącemu rozpadowi, reprezentują ją poszczególne kompleksy. Odżywają mechanizmy archaiczne (S t o r c h). Gubią się granice między „ja" a światem zewnętrznym, zatraca się różnica między spostrzeżeniem a wyobrażeniem, zaciera napięcie między przedmiotem a podmiotem. Przedmioty martwe i osoby żywe z zewnątrz mogą uledz wciągnięciu w rozszerzoną jaźń, równocześnie zaś promieniuje jaźń ku przedmiotom martwym i ożywia je. Słowa ulegają materjalizacji, ich wypowiedzenie równa się utracie własnej substancji. Życzenia i myśli uzyskują równowartość z działaniem zmierzającem ku ich ziszczeniu (Allmacht der Gedanken — F r e u d a). Odżywa wiara w działanie na odległość, chory trwając w bezruchu katatonicznym, wstrząsa w swem mniemaniu wszechświatem. Związki przyczynowe ustępują miejsca magicznym, o zespoleniu zjawisk w łańcuch przyczyny i skutku decyduje wspólne ich zabarwienie uczuciowe, nie zaś doświadczenie, oparte na wielokrotnych spostrzeżeniach. Świat przestaje być układem prawidłowym jak machina, staje się kapryśny jak sen lub bajka.

Gdy granice osobowości ulegają zatracie, łatwo o przeżycia metafizyczne, osobowość rozszerza się często w nieskończoność (kosmiczna identyfikacja), rzutuje wtedy własne swe wstrząśnienia duchowe w kosmos i odczuwa je, jako katastrofę w wszechświecie. Chory zlewa się niekiedy z inną osobą lub przedmiotem w mistycznem zespoleniu. Ginie i zmartwychwstaje w innej postaci.

Schizofrenja pogrąża chorego w całkiem odmiennym świecie bytowania duchowego, fale jej noszą ze sobą olbrzymią ilość przeżyć i odczuwań, które wzbogacają fantazję twórczą o nowe elementy. Przeżycia te są jednak zanurzone w niezwykłej atmosferze, nie odgrywają więc roli czysto przedmiotowego tworzywa, zasilającego ilościowo treść twórczości, jak to widzieliśmy przy delirjach toksycznych, ale zmieniają zasadniczo jej ton i linję. U schizofreników spotykamy zasadnicze zwroty. S t r i n d b e r g naturalista staje się mistykiem, pełnym mglistych niejasności, u malarza J o s e f s o n a — zaznacza się olbrzymia rozbieżność między naturalistycznemi dziełami z okresu przedchorobowego, a „magiczno-demonicznemi" (J a s p e r s) obrazami malowanemi w czasie psychozy. U S w e d e n b o r g a występuje zasadnicza zmiana kierunku twórczości, zarzuca on swe prace przyrodnicze i stwarza system teozoficzny, oparty na przeżyciach psychotycznych.

Oryginalną koncepcję co do znaczenia schizofrenji dla procesu twórczego rozwinął J a s p e r s. Wedle tego autora rozwiera się w początkach schizofrenji całkiem nowy świat, którego nie można nawet uchwycić i scharakteryzować jeszcze słowami, odsłaniają się głębie metafizyczne, chory doznaje objawień wzbudzających grozę i błogość najwyższą. Życie schizofreników staje się namiętne, niepohamowane, wprost „demoniczne", pojawiają się oni „w świecie ciasnych ludzkich horyzontów, jak lśniący meteor, który gaśnie tak szybko, że jego obecności nie zdążamy sobie nawet uświadomić" (J a s p e r s). Ten demonizm tkwi zdaniem J a s p e r s a pod powierzchnią normalnego życia psychicznego, lecz dopiero proces schizofrenijny, rozluźniając strukturę życia duchowego, powoduje erupcję strumienia demonicznego i metafizycznego, który przepaja życie i dzieła schizofreników. Tylko p r a w d z i w y t a l e n t znajduje wyraz dla tych podmiotowych przeżyć, które dopiero wtórnie w dziełach przez chorych wytworzonych, stają się przedmiotowe i dostępne naszemu zrozumieniu.

Wpływ schizofrenji, pojętej w sposób J a s p e r s a, polega na wyzwoleniu pewnych na dnie duszy ludzkiej drzemiących pierwiastków. Koncepcja J a s p e r s a opiera się głównie na intuicji, analiza twórczości H ö l d e r l i n a i V a n G o g h a (ten ostatni był naszem zdaniem epileptykiem, przeżyciom zaś S t r i n d b e r g a i S w e d e n b o r g a przypisuje J a s p e r s rolę czysto przedmiotową) nie dostarcza jeszcze dostatecznych podstaw do wysnuwania tak daleko idących wniosków.

Analiza sposobu myślenia schizofreników, przeprowadzona pod genetycznym kątem widzenia, rzuciła też snop światła na istotę t. zw. ekspresjonistycznego kierunku w sztuce. Nie chcemy przez to powiedzieć, że ekspresjoniści są schizofrenikami, a dzieła ich schizofrenją, jako przyczyną uwarunkowane, wskażemy tylko ne pewne analogje.

Myślenie nasze jest zasadniczo abstrakcyjne, podkłady obrazowe naszych myśli pozostają w podświadomości, tam odbywa się synteza obrazów w pojęcia oderwane. Gdy wypowiadamy gotowe już pojęcie oderwane, gdzieś na obwodzie świadomości ulegają wprawdzie pewnemu pobudzeniu składniki obrazowe na nie się składające, nie wchodzą jednak w ośrodkowe pole świadomości. Posługujemy się wprawdzie w myśleniu naszem symbolami i przenośniami, w wypadkach tych rzutujemy jednak gotowe pojęcie wstecznie w obraz, przekładamy niejako język abstrakcyjny w obrazowy, aby się plastyczniej wyrazić. W schizofrenji odbywa się regresja do rozwojowo starszego sposobu myślenia, staje się ono z abstrakcyjnego obrazowem. Gdy schizofrenik na wyrażenie swej miłości używa zwrotu, że — pali go ogień — rozumie on to, podobnie jak człowiek pierwotny, w sposób dosłowny. Kompleks obrazów składających się na ogień zastępuje w świadomości oderwane pojęcie miłości. Podobnie nie są dla schizofrenika plastycznem tylko powiedzeniem, zwroty jak — garstka prawdy, szczypta uczciwości, czarna rozpacz, suchy humor i t. p. (S t o r c h).

Jeden z pacjentów K r e t s c h m e r a chwytał niejako na gorąco rozpad abstrakcyjnych pojęć w składające się na nie asyntaktyczne serje obrazów. Gdy zjawiało się w jego świadomości pojęcie nieskończoności przestrzeni, rozpadało się ono w obrazy. „pojawiały się wieże, koła za kołami, walec wrzynający się w całość obrazu, wszystko to poruszało się i wzrastało, koła się pogłębiały w walce, wieże pięły się w górę, stając się coraz bardziej strzeliste". Wyobraźmy sobie — powiada K r e t s c h m e r — tę serję obrazów rzuconą na papier, zaopatrzmy ten rysunek tytułem „Nieskończoność", otrzymamy wtedy typowy obraz ekspresjonistyczny.

Ekspresjonizm wykazuje więc, podobnie jak schizofrenja, wybitne powinowactwo do archaicznych, genetycznie starszych stadjów naszego życia duchowego, w których asyntaktyczne serje obrazów zastępowały dzisiejsze myślenie oderwane. Podobieństwo sięga jeszcze głębiej. Obrazowaniem prymitywnem rządzą pewne charakterystyczne „prawa stylizacji" (K r e t s c h m e r). Należy do nich — między innemi — tendencja do upraszczania kształtów drogą upodobniania ich do najprostszych figur geometrycznych. Cechę tę znajdujemy u schizofreników, ale i u kubistów. Spotykamy tu dziwne zjawisko, że kierunek artystyczny i wsteczny, chorobą spowodowany sposób myślenia, odnajdują się na wspólnej platformie, archaicznego stadjum rozwojowego ludzkiego ducha.

Znaczenie i wpływ innych psychoz na twórczość kulturalną, jest znikomy.

O paranoji jest trudno coś charakterystycznego powiedzieć ze względu na płynność granic tego schorzenia, które coraz bardziej roztapia się w innych jednostkach chorobowych. Dramaty napisane przez paranoika W a g n e r a v o n D e g e r l o c h (G a u p p), to raczej udramatyzowana autobiografja o wartości czysto psychjatrycznej.

Psychoza maniakalno-depresyjna, nie odgrywa prawie żadnej roli. W stanie depresji jest wszelka twórczość zniweczona zahamowaniem psychicznem, dochodzącem niekiedy do monoideizmu. W fazie maniakalnej, zaznacza się wprawdzie pęd do szerokiej działalności na wszystkich polach a więc i w dziedzinie kulturalnej, wskutek jednak charakterystycznych zmian w sposobie myślenia, których tu omawiać nie będziemy, twórczość chorych maniakalnych ma więcej charakter rozpoznawczy niż kulturalny.

Stany głuptactwa wychodzą siłą rzeczy poza ramy naszych rozważań.

Psychozy organiczne działają destrukcyjnie, powodują rozkład nie wnosząc zasadniczo żadnych nowych pierwiastków. Wystąpił on szczególnie wyraźnie w ostatniej fazie twórczości Nietzschego którego „Ecce homo" czytamy wprost jak karty historji choroby porażeńca. Z psychoz organicznych zasługuje na pewne omówienie padaczka, a to ze względu na osobę Dostojewskiego. Rodzaj i charakter jego twórczości jest ściśle zespolony z patologicznemi przeżyciami autora. Cały szereg z realizmem i bezpośredniością odmalowanych stanów psychicznych, właściwych epileptykom, nie zawdzięcza swego pochodzenia czystej intuicji, która siłą rzeczy ma swe granice, ale nosi charakter wstrząsającej prawdy, oddzielającej je od wytworów czystej fantazji. Epilepsja zasiliła więc strumień twórczości Dostojewskiego o pewne dopływy, płynące z przeżyć nią spowodowanych. Jest to wypadek wyjątkowy. Zasadniczo prowadzi epilepsja, jako schorzenie organiczne mózgu, do otępienia i podcina wszelką twórczość już u korzeni.

Na zakończenie musimy jeszcze naszkicować stosunek psychjatrji klinicznej do badań z zakresu „psychopatologji kultury" (Birnbaum). Znaczenie ich nie ogranicza się tylko do wyświetlenia procesu twórczego od strony psychopatologicznej, wyniki ich służą równocześnie jako materjał kliniczny.

Zwichnięte psychozą życie duchowe człowieka, przejawia się na zewnątrz za pośrednictwem aparatu wyrazowego: mowy, mimiki, ruchów, działań i t. p. Rozciągnięcie badań na sferę wyrazu kulturalnego, rozszerza znacznie dostęp do chorej duszy, uzyskujemy niejako nową ścieżkę, prowadzącą w świat myśli i uczuć ludzi psychicznie chorych.

Dołącza się do tego moment szczególnej wagi. Umiejętność ujawnienia swych przeżyć na zewnątrz, waha się w szerokich granicach, zależy ona od osobniczych właściwości jednostki chorej. Mistrz słowa Strindberg znajduje dla nowych i niezwykłych psychozą uwarunkowanych przeżyć, odpowiedni wyraz. Twórczość z okresu psychotycznego, odbija jak zwierciadło jego nowe, psychozą zmienione oblicze, odsłania się przed nami kawał drgającego, miotanego psychozą życia duchowego. Przeżycia, które w ciasnej skali wyrazowej przeciętnego mieszkańca Zakładu psychjatrycznego brzmią — jeśli użyjemy porównania akustycznego — jak zamazany szept, lub niezrozumiały często bełkot, dźwięczą u Strindberga, czy Hölderlina dobitnie i wyraźnie, rozszerzają horyzont poznania psychjatrycznego i pogłębiają możliwość psychologicznego wniknięcia i zrozumienia istoty zagadkowych zmian w sposobie myślenia i przeżywania schizofreników. Niejasne przejawy ich psychozą uwarunkowanego życia psychicznego, nabierają w świetle doświadczenia zdobytego na utalentowanych schizofrenikach, charakteru zrozumiałego, zamazane kontury wyostrzają się w linje. Nie należy z tego wyciągać mylnego wniosku, że wystarczą badania nad twórczością kulturalną chorych o głośnych w świecie nazwiskach. Są one oczywiście najponętniejsze. Przynoszą dużo zadowolenia estetycznego, jeśli jednak analiza twórczości ludzi psychicznie chorych ma dostarczyć zysków klinicznych, musi się ją rozciągnąć na szerokie rzesze mieszkańców szpitali psychjatrycznych, którzy niejednokroenie okazują pęd do działalności literacko-artystycznej, malują, rzeźbią, tworzą dramaty i poezje, budują zawiłe systemy filozoficzno-religijne i t. p.

Ocena wartości klinicznej tego materjału wahała się w zależności od poszczególnych etapów przez które wędrowała myśl psychjatryczna. W okresie, który stał wyłącznie pod znakiem pracy nad systematyką kliniczną i usilnych poszukiwań organicznego podłoża psychoz, nie zwracano uwagi na prace artystyczne chorych, albo traktowano je jako coś nadającego się do „gabinetu cudowości" (Prinzhorn).

Poza Lombrosą przeprowadzili pierwsze poważniejsze badania w tym kierunku Francuzi, których lotny umysł celuje w wyszukiwaniu niezwykłych tematów, leżących poza utartemi ścieżkami. Tardieu, Simon Reja — byli pionierami na tym, przed nimi, odłogiem leżącym terenie. Zgodnie z wymaganiem dnia, prowadzili oni swe badania w celach djagnostycznych, kładli główny nacisk na opisywanie cech zewnętrznych, szukając w nich nowych sprawdzianów dla djagnostyki. Wraz z przesunięciem punktu ciężkości ku stronie psychologicznej, nastąpiła zmiana stanowiska. Dążność do psychologicznego wyświetlenia obrazu psychotycznego (niezależnie od djagnozy), skierowała zainteresowanie ku treści twórczości, jako jednej z dróg prowadzących w świat myśli i uczuć chorej duszy ludzkiej.

Wiele zdziałał w tym kierunku Prinzhorn. Na podstawie bardzo rozległego materjału porównawczego, wykazał on, że strona formalna twórczości nie może służyć za sprawdzian djagnostyczny. Dla schizofreników jest wedle tego autora bardziej znamienny od formy zewnętrznej „grozę wzbudzający solipsyzm" jako wyraz autyzmu. Znany z obserwacji klinicznej, kardynalny objaw schizofrenji — znalazł więc swe plastyczne, namacalne niejako utrwalenie.

Gaupp, w analizie psychologicznej pewnych reakcji paranoicznych, wyrastających Gz podłoży senzytywnych, oparł się w niemałej mierze na dramatach napisanych przez paranoika Wagnera von Degerloch, który ubrał w formę dramatyczną wyniki autoanalizy, zbudowanej na wnikliwej introspekcji. Jeden z tych dramatów p. t. „Der Wahn", poparł koncepcję Gauppa o afektywnej genezie niektórych form paranoji i pozwolił mu wyświetlić mechanizm psychologiczny, przekształcenia się urojeń prześladowczych w wielkościowe.

Zwrócimy jeszcze uwagę na znaczenie badań z tego zakresu w codziennej praktyce psychjatrycznej. Doświadczenie uczy, że twórczość artystyczna chorych, pozwala nam niekiedy wykryć urojenia, czy halucynacje o których inną drogą nie możemy się dowiedzieć z powodu mutyzmu, czy dyssymulacji chorego. Zatajone urojenia prześladowcze znajdują czasem swój jedyny wyraz w rysunkach przedstawiających dziwaczne maszyny i urządzenia, zapomocą których odbywają się wrogie dla chorego działania, — w innych znów wypadkach rolę modeli rysunkowych, spełniają halucynacje wzrokowe (patrz twórczość malarza angielskiego Wiliama Blake'a).

Z własnego doświadczenia mogę podać przyczynek wskazujący na konieczność bliższego zajęcia się pracami artystycznemi chorych. Jeden z obserwowanych przezemnie parafreników, po kilkumiesięcznym okresie, w którym produkował urojenia prześladowcze, począł dyssymulować. Zachowywał się zupełnie spokojnie i swobodnie, z urojeniami się tail. Nagle zażądał dotychczas bezczynny chory papieru i ołówka i w sposób uderzający zapełniał liczne kartki papieru rysunkami zakutych w stal rycerzy, opierających władczo miecz na kuli ziemskiej. Po kilku tygodniach chory ten wśród ostrego wybuchu afektu, zażądał dla siebie specjalnych praw, należnych mu jako carowi Rosji i królowi Palestyny. Transformacja urojeń prześladowczych w wielkościowe, znajdowała przez kilka tygodni swój jedyny wyraz w rysunkach chorego, w których przedstawiał siebie, jako władcę świata.

W krótkim szkicu nie sposób jest objąć całokształt olbrzymiego materjału psychopatologicznego i kulturalnego. Rozważania nasze zacieśniliśmy więc do ram najogólniejszych, już i te pozwalają nam jednak na stwierdzenie, że między zjawiskami kulturalnemi a psychopatologicznemi zachodzą liczne związki. Badając więc chorobliwie zwichnięte życie psychiczne, musimy wyjść daleko poza właściwy teren szpitalny. Linja kierunkowa badań prowadzi wprost w życie społeczne, z całem bogactwem i różnorodnością jego przejawów, wśród których poczestne miejsce zajmuje sfera kulturalna.

Piśmiennictwo:

1) Lang: Problem Genie und Irrsinn. Zentralbl. f. d. ges. Neurol u. Psych. 49. — 2) Lombroso: Genjusz i obłąkanie. — 3) Lombroso: Ueber die Entstehungsweise und Eigenart des Genies. Schmidts Jahrbücher für die ges. Med. 1907, 1908. — 4) Birnbaum: Psychopathologische Dokumente. — 5) Birnbaum: Grundzüge der Kulturpsychopathologie. — 6) Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. — 7) Jaspers: Strindberg und Van Gogh. — 8) Jaspers: Psychologie der Weltanschauungen. 9) Kretschmer: Körperbau und Charakter. — 10) Kretschmer: Medizinische Psychologie. — 11) Prinzhorn: Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom. 52. — 12) Prinzhorn: Gibt es schizophrene Gestaltungsmerkmale in der Bildnerei der Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom. 78. — 13) Storch: Archaisch-primitives Denken und Erleben der Schizophrenen. — 14) Storch: Ueber das archaische Denken in der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Tom 78. — 15 Jaensch: Ueber den Aufbau der Wahrnehmungswelt. — 16) Schilder: Wahn und Erkenntnis. — 17) Freud: Drei Abhandlungen zur Seksualtheorie. 18) Freud:Der Dichter und das Phantasieren — Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. — 19) Freud: Schriften zur Neurosenlehre. — 20) Wexberg: Zur Psychopathologie der Weltanschauung. — 21) Adler: Der nervöse Charakter. — 22) James: Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit. — 23) Ossipow: Tolstois Kindheitserinnerungen. Ein Beitrag zu Freuds Libidotheorie. — 24) Gaupp: Die dramatiche Dichtung eines Paranoikers. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Tom 69. — 25) Reja: L'art chez les fous (przytoczone za Prinzhornem). — 26)

Simon: Annales medico-psychologiques 1876 (przytoczone za Prinzhornem). — 27) Twardowski: Filozofja średniowiecza. — 28) Schopenhauer: Die Welt als Wille und Vorstellung.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O schorzeniach mózgowych w kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Profesor Dr. Wł. Szenajch.

Ciąg dalszy.

Według Canino Renato u dzieci kokluszowych w przypadkach wolnych od powikłań daje się po napadzie stwierdzić podniesienie gorączki, które jest tem wybitniejsze, im dziecko jest młodsze i im ataki są silniejsze. Podniesienie gorączki może gwałtownie znikać, ale także dłużej trwać, nawet stale trwać. Powikłania oddechowe podnoszą podniesioną po paroxyzmie gorączkę. Dla wyjaśnienia należy uwzględnić działanie silnej czynności mięśniowej na podniesienie gorączki.

Kto obserwował uważnie dużo dzieci w czasie ciężkich ataków kaszlu kokluszowego musiał zauważyć, że nawet przy względnie nie bardzo ciężkim stanie płuc i umiarkowanej temperaturze, przy braku drgawek i braku kurczu krtani, dziecko oprócz zmęczenia i senności wykazuje stan otumanienia, aury. Czasem kaszel nagle ustaje i dziecko popada w stan śpiączki, która różnie długo trwa.

Edzio K. lat 4. Chory od miesiąca na koklusz. Dnia 24. II. 1927 zapada nagle w stan uporczywej śpiączki, która alarmuje nietylko rodziców, ale i lekarzy przywołanych. Śpiączka trwa 48 godzin, podczas których dziecko nie kaszle wcale. Dnia 26. II. nagle zanosi się w silnym ataku kaszlu konwulsyjnego i równocześnie budzi się — ożywione i zdrowe, wolne od jakichkolwiek objawów mózgowych, które się zresztą więcej nie pojawiły.

U innego dziecka kokluszowego na szczycie ataków obserwuje się taką nadmierną pobudliwość do kaszlu, że każda pobudka zewnętrzna, która uwagę dziecka budzi, jest przyczyną impulsywnego ataku. Pospischill pobudliwość tę porównuje z pobudliwością chorego na wściekliznę. Kaszel ten jest tak żywiołowy, że dziecko nad nim zapanować nie potrafi.

Z tych kilku wzmianek widoczne, że wpatrując się bliżej w objaw kokluszu, jakim jest kaszel, niepodobna nie dostrzec w nim oprócz charakterystycznych cech akustycznych także pewnych cech indywidualnych obcych innym rodzajom kaszlu, a mogących świadczyć o pewnym specyficznym toksycznym wpływie na mózg. Dowodzą tego: rytmiczność kaszlu, jego „wściekła" impulsywność i niepohamowaność, stany półomdlenia, senności lub snu głębokiego, towarzyszące silnym atakom, a wreszcie wspólne występowanie z drgawkami i wymiotami lub kichaniem, które także w jego miejsce jako ekwiwalent kaszlu występują. Patrząc na ciężko chore dziecko kokluszowe niepodobna pozbyć się pewnego wrażenia, przypominającego widok poronnych postaci encephalitis. W r. 1927 opisałem w „Pol. Gaz. Lek." typowy ciężki przypadek encephalitis postvaccinalis. Oprócz tego podałem jeden przypadek poronnej, jak miałem prawo przypuszczać, postaci encephalitis postvaccinalis.

Ponieważ oba przypadki uważałem za encephalitis lethargica, aktywowane przez virus ospowy, pozwoliłem sobie na poparcie swojej hipotezy co do poronnej postaci tego encephalitis lethargica powołać się na doświadczenie neurologów, którzy niedawno obserwowaną przez nas i w Warszawie czkawkę epidemiczną uznali za poronną postać encephalitis lethargica. Otóż niema wątpliwości, że stany ciężkich ataków kokluszowych noszą znamiona mniej lub więcej poronnych postaci zapalenia mózgu na tle zakażenia kokluszowego.

Kto zna przebieg t. zw. meningitis serosa, częstego powikłania nie tylko spraw chorobowych ucha, nosa, oka, ale towarzyszącej infekcji grypowej lub urazowi lekkiemu czaszki, kto zna efemeryczne objawy zawrotów głowy, nudności, ten zrozumie, jak często choroba ta nawet biegłym neurologom może wymknąć się nierozpoznana.

Meningitis serosa zajmuje bardzo ważne miejsce między zespołami hypertenzji śródczaszkowej. Charakteryzuje ją ogólne zwiększenie płynu mózgowego, lub jego miejscowe nagromadzenie. Faktem najgłówniejszym jest nadmierna sekrecja płynu mózgowego; dokonuje się ona albo wskutek zakażeń, albo pod wpływem pobudek odruchowych, lub podrażnień toksycznych mózgu, wyściółki komorowej, zwoju naczyniowego czy opon mózgowych.

Klinicznie daje obraz hypertenzji śródczaszkowej: a więc bóle głowy z wymiotami, zawrotami, sennością. Brak gorączki i rzadko objawy oponowe, często bóle kończyn w związku z uciskiem korzonków. Hypertenzja manometryczna płynu jest stała, ciśnienie w pozycji leżącej jest ponad 30 a może dochodzić do 100. Próba Queckenstedta wyraźnie dodatnia a wskaźnik Ayala często podniesiony. Reakcje zewnętrzne ujemne, glycorachia często wysoka około 1 g mimo glikemji normalnej.

Badania dna oka wykazują hypertenzję siatkówkową a potem zastój bredawkowy — tarczę zastoinową, która się utrzymuje, póki leczenie dekompresyjne jej nie usunie.

Już te wyliczone objawy i stany mózgowe, których nie można zestawiać z odurzeniem chorób gorączkowych, a których mniej lub więcej mózgowa maska zwykle zależy od ciężkości kokluszu, świadczą, że jeszcze jeden krok a pilna obserwacja objawów nerwowych u dziecka kokluszowego stawia lekarza w ambaras rozpoznawania różniczkowego w całem mnóstwie jednostek chorobowych czysto mózgowych, mniej lub więcej właściwych wiekowi dziecięcemu.

Przykład 1. — Janina K. lat 3, (Nr. prot. 20.656). Przybyła 21. II. Rodzice dziecka, rodzeństwo zdrowi. W 1-ym roku życia przebyła odrę, przed 3 miesiącami — koklusz. Dziecko od 2 tygodni chore, straciło mowę, gorączkuje, kaszle, lekarze rozpoznają zapalenie płuc. Badanie stwierdza stan ciężki. Dziecko nieprzytomne. Twarz zmienia żywo kolory, raz czerwona, raz bardzo blada. Głowa w bezustannym niepokoju motorycznym, oczy szeroko otwarte, źrenice oddziaływują na światło, mięśnie ciała w skurczu tonicznym i w stężeniu, odruchy ścięgniste i okostne wzmożone. Kończyna prawa dolna stawia duży opór przy zginaniu,, objaw Babińskiego niewyraźny, Rossolimo — obustronny dodatni. Tętno 144. Oddech 36. Dziecko kaszle w typowych repryzach kokluszowych. U podstawy obu płuc liczne, drobne, wilgotne, dźwięczne rzężenia. Pod prawą łopatką oddech oskrzelowy. Badanie krwi stwierdza leukocytozę 16.000 z 60% wielojądrzastych. Odczyn Wassermanna ujemny. Nakłuciem lędźwiowem wydobyto pod zwiększonem ciśnieniem 30 cm^3 płynu jasnego. Odczyny globulinowe ujemne, brak pleocytozy, cukru 0,8‰.

Stan nieprzytomności dziecka utrzymywał się przez 6 tygodni. Dopiero po tym czasie nastąpiła nagła poprawa i dziecko odzyskało przytomność. Rekonwalescencja szybko nastąpiła. 21. III. odchodzi wyleczone.

Przykład 2. — Jadwiga R. 2 lata. Przybywa 16. III. 25. Od 3 tygodni kaszle spazmatycznie i wymiotuje przy kaszlu. Od kilku dni ma codzień drgawki i jest senna. Przybywa z rozpoznaniem zapalenia opon mózgowych. Ciepłota 38°. Tętno 180. Przytomność zachowana, brak zmian ze strony nerwów czaszkowych, wybitna senność i częste drgawki kloniczne, które utrzymują się przez 10 dni. Odczyn Pirquet'a ujemny. Badanie płynu mózgowego ujemne. Obrzęk twarzy i całego ciała. Badanie płuc stwierdza przy odgłosie bębenkowym utrudniony dopływ powietrza i u obu podstaw drobne rzężenia dźwiękowe. Stan ten utrzymuje się przez 8 dni nie wykazując ani razu obecności szmeru oskrzelowego. Dziecko odchodzi po 2 tygodniach do domu z kaszlem i z brakiem zmian dostrzegalnych w płucach, wolne od objawów mózgowych.

Przykład 3. — Dziecko dwuletnie zdrowych rodziców zachorowuje nagle w 6 tygodni po przebytej odrze wśród objawów wybitnie mózgowych: wśród drgawek klonicznych, wymiotów, nieprzytomności, niepokoju ruchowego i gorączki do 38°. Badanie płynu mózgowego i krwi ujemne pod względem fizycznym, chemicznym i serologicznym. Po 4 tygodniach choroby gorączka dochodzi do 40,3,° w płucach zjawia się ognisko zapalne, przytomność umysłu wraca, drgawki ustępują, ale siły opadają, tętno dochodzi do 200, oddech się przyspiesza. Występuje nadzwyczajne nasilenie wymiotów i zjawia się skąpy, bezsilny kaszel. Łaknienie utrzymane, stolce dobre, mocz wykazuje obraz zapalenia miedniczek nerkowych. Po kilkedniowem nasileniu wymiotów przybierają na częstości paroksyzmy kaszlu z charakterystycznym dla kokluszu kurczem krtaniowym, w miarę wykształcającego się kaszlu ustępują zupełnie wymioty. Po przebytem zapaleniu płuc kilkutygodniowa rekonwalescencja, podczas której dziecko przebywa podgorączkowy nieżyt oskrzeli z wilgotnym kaszlem.

Rozpoznanie: *Pertussis - encephalitis et pneumonia post morbillos.*

Rozpoznanie przypadku tego wymagało dłuższego czasu obserwacji i nie mogło być ustalone żadną miarą w pierwszych dniach choroby. Rozpoznanie natrafiało na szereg trudności: 1) Pierwsza trudność wyzyskania wywiadów z okresu przedszpitalnego. Wywiady te stwierdzały przebycie odry i w 6 tygodni po

odrze zachorowanie na chorobę przebiegającą wśród umiarkowanej gorączki i takich objawów mózgowych, z jakiemi dziecko po 2 tygodniach pobytu w domu dostarczone zostało do szpitala; 2) drugą trudność stanowiła potrzeba rozstrzygnięcia, czy stan mózgowy odpowiadał i w jakim stopniu pojęciu encephalitis; 3) trzecią trudność przedstawiała djagnostyka etjologiczna encephalopatji i potrzeba zbudowania na podstawie analizy faktów klinicznych, zarówno nerwowo-mózgowych, jak i płucnych — wspólnej dla całego obrazu chorobowego syntezy djagnostycznej (anatomicznej, fizjologicznej, symptomatycznej i etjologicznej).

Mimo swojej skąpej treści wyciskały wywiady pewne piętno na opisany przypadek. Fakt przebytej niedawno odry zmuszał lekarza do patrzenia na chore dziecko od pierwszej chwili pod kątem refleksyj zakaźnych, t. j. tych, których dostarcza klinika odry. Z drugiej strony zimny autokrytycyzm wymagał uwolnienia obserwacji od wszelkiego przymusu myślowego i poddania procesu interpretacji spostrzeżeń klinicznych zwykłemu przyjętemu procesowi różniczkowania rozpoznawczego. Djagnostyka różniczkowa zmuszała lekarza do wykluczenia jakiegokolwiek rodzaju meningitis, tak częstego u dzieci. Trzykrotne ujemne badanie płynu mózgowego dowodziło braku uszkodzenia opon mózgowych. Obserwowane w czasie zapalenia płuc przemijające „banalne" zapalenie miedniczek nerkowych nie zasługiwało na specjalną uwagę i było objawowym wyrazem wtórnego zaburzenia funkcyj narządu czułego na odczyn zapalny w wieku dziecięcym w przebiegu szeregu infekcyj.

Czterotygodniowy stan nieprzytomności, drgawek i wymiotów, który rozpoczął się wśród gorączki a przebiegał następnie bezgorączkowo, zasługiwał na nazwę cierpienia mózgowego ze względu na ujemny wynik badania innych narządów; chodziło o to czy wobec skąpych podstaw pozwalających zogniskować uszkodzenie mózgowe, mieliśmy prawo nazwać stan chorobowy zapaleniem mózgu (encephalitis). Jakkolwiek przypadek nasz dzięki szczęśliwej rekonwalescencji uchylił się z pod kontroli anatomopatologicznej, to jednak nawet na wypadek autopsji łatwo się domyśleć, jak trudno pod tym względem anatom patologiczny skłonny jest uznać za proces zapalny to, co dla klinicysty bywa nieraz klasycznem zapaleniem mózgu.

Wystarczy wspomnieć, że t. zw. Flohstichencephalitis ani Schmidt, ani Langbein, ani Oehler nie uznają za proces zapalny, że zapalenie mózgu Wernickego — ani Spielmeyer, ani Schroeder nie uznają również za proces zapalny, bo i tu i tam obraz anatomiczny nie ma charakteru zapalenia, ale tylko krwotoków. W przebiegu Flohstichencephalitis są one punkcikowate. W zapaleniu mózgu Wernickego znajdują się w pochewkach naczyniowych i w ich otoczeniu.

Także grypowe zapalenie mózgu Strümplla-Leichtensterna kwestjonuje jako proces zapalny Lewandowsky, dopatrując się w obrazie anatomicznym jedynie procesów zakrzepowo-zatorowych.

Klinicznie mieliśmy prawo użyć w naszym przypadku nazwy: zapalenie mózgu, nie bardzo się oddalając od klinicznych w tym kierunku postulatów Oppenheima. Cierpienie mózgowe było ostre, bo z towarzyszeniem gorączki, nie stanowiło obrazu większego krwotoku śródmózgowego ani rozmiękczenia mózgu, bo początek nie był apoplektyczny i zejście nie wypowiedziało się w postaci porażenia połowiczego skurczowego. Mimo podejrzenia, które w pewnym względzie kierowało naszemi nakłuciami lędźwiowemi, nie mieliśmy wielkiego prawa, po kilkakrotnem wykluczeniu zapalenia opon mózgowych, przypuszczać istnienia procesu gruźliczego w samym mózgu; gruźlicę taką wykluczył przebieg choroby. Nie można wyliczać wszystkich czynników, których rozmaitość według Oppenheima i Cassirera jest bardzo wielka, jeżeli chodzi o etjologję zapalenia mózgu. Bo prawie wszystkie czynniki szkodliwe, czy to toksyczne, czy zakaźne, czy urazowe, które wogóle mogą w znaczeniu chorobotwórczem mieć jakikolwiek wpływ ujemny na ciało ludzkie — mogą taksamo w mózgu wywołać zmiany, klinicznie imponujące jako encephalitis.

Zrozumienie przypadku naszego encephalitis pod względem etjologicznym stało się możliwem z chwilą odkrycia ogniska zapalnego płuc w dniu 7. VII. Zapaleniu temu towarzyszyły, oprócz gorączki, kryzy uporczywych wymiotów, przyspieszenie tętna do 200, przyspieszenie oddechów i powrót przytomności od 4 tygodni zahamowanej. Równocześnie pojawia się skąpy bezsilny kaszel, który w następnych dniach przybiera na częstości i natężeniu i przyjmując charakter kaszlu ze skurczem krtani, wypiera stopniowo objaw wymiotów.

Ponieważ spazmatyczne wymioty dziecka nie mogły żadnemu lekarzowi imponować przy braku innych objawów za symptom niestrawności i ponieważ występowały one w umiarkowany sposób od początku choroby mózgowej, a przybrały z okazji nowego epizodu chorobowego, jakim było zapalenie płuc, na intensywności i częstości — należało uznać wymioty te za objaw mózgowy. Przypuszczając, że może nastąpiło właśnie jakieś pogorszenie choroby mózgowej, które się przez badanie płynu uda uchwycić, nie omieszkaliśmy na początku tego okresu 8-dniowego wykonać jeszcze jednego nakłucia rdzeniowego. Nakłucie było ujemne, natomiast badanie płuc w 3 dni potem nie było ujemne, ale stwierdziło ognisko zapalne, a ponieważ w miejsce wymiotów wystąpiły ataki kaszlu z charakterystycznym dla kokluszu kurczem krtani, należało tak drgawki, wymioty, jak i kaszel uznać za objawy mózgowe jednej i tej samej choroby zakaźnej t. j. kokluszu.

Jak anatomo-kliniczne rozpoznanie każdego „zapalenia mózgu" przedstawia z natury rzeczy względną pod względem ścisłości wartość, tak i w tym przypadku nie probujemy rozstrzygać, na czem anatomicznie polegało uszkodzenie mózgu chorego dziecka. Czy było to bezpośrednie specyficzne uszkodzenie mózgu przez jady zakażenia kokluszowego, czy było to specyficzne uszkodzenie naczyń mózgu, czy może wtórny piemiczny proces przerzutowy? Z doświadczenia sekcyjnego dzieci kokluszowych, zmarłych nagle wśród objawów „encephalitis" wiemy, że najczęstszą postacią anatomiczną charakterystycznych pod względem klinicznym objawów mózgowych w kokluszu bywa przekrwienie i obrzęk mózgu i opon mózgowych, a obok nich zakrzep zatoki żylnej. Oczywiście nie można wykluczyć, że mogły mieć miejsce i większe lub mniejsze wynaczynienia w mózgu. Z doświadczenia sekcyjnego wiadomo nietylko, że obraz anatomiczny mózgu dzieci zmarłych w kokluszu bywa bardzo rozmaity, ale także to, czemu w wymijający, ale trafny bo prawdziwy sposób dał wyraz Pospischill: „nie widziałem nigdy, aby na takiej autopsji płuco nie okazywało jakichś zmian — zresztą wszystko inne spotykałem".

I w naszym przypadku mimo długotrwałego braku objawów płucnych w czasie encephalitis, przecież obserwacja kliniczna wykryła na końcu w płucu ognisko choroby.

Objawy kliniczne w schorzeniach mózgu na tle kokluszu są niesłychanie zawodne i trudne pod względem rozpoznawczym, niemniej można z pewnem prawdopodobieństwem wypowiedzieć się w naszym przypadku raczej za przekrwieniem, ewentualnie obrzękiem mózgu, a nie za uszkodzeniem naczyniowem, lub za przerzutem ropnym. Przeciw uszkodzeniu naczyniowemu może przemawiać brak równoczesnie wynaczynień skórnych lub na błonach śluzowych i brak objawów krwotocznych ze strony krwi (płytki bez zmian ilościowych i morfologicznych, czas krzepnięcia i czas krwawienia normalne, kurczliwość skrzepu normalna, ujemny objaw opaskowy Rumpell-Leedena).

Czy można było uważać opisane zapalenie mózgu za encephalitis morbillosa lub postmorbillosa, a więc taką, jaką opisywali Fleischman, Eich, u nas Redlich.

Przeciwko temu przemawiał brak bezpośredniej ciągłości między ustępującą, bledniącą na skórze odrą a objawami mózgowemi. Jak w encephalitis post-vaccinalis wyczekujemy w związku z rozwijającą się krostą ospową objawów mózgowych, które dają nam prawo nazwać proces zapaleniem mózgu poszczepiennem, tak w zapaleniu poodrowem proces mózgowy pozostający w bezpośredniej łączności z świeżo przebytą odrą daje prawo do nazwy encephalitis postmorbillosa.

Nazwa ta, podobnie jak nazwa encephalitis post-vaccinalis, nie przesądza bynajmniej, że proces mózgowy wywołany być musiał przez jad odrowy lub jad krowiankowy. W opisie swojego przypadku zapalenia mózgu po szczepieniu ospy stanąłem na tem stanowisku, że w przypadku moim szczepienie ospy było tylko momentem prowokującym t. zw. parallergją (Moro) ustroju na zarazek neurotropowy (być może encephalitis Economo). Zupełnie taki sam punkt widzenia zajął, zdaniem mojem bardzo trafnie i słusznie, Redlich w opisie swojego przypadku zapalenia mózgu poodrowego. Z przytoczonego przez tego autora protokółu historji choroby bardzo dużo momentów przemawia czytelnikom do przekonania, że było to również encephalitis Economo, której zresztą autor bynajmniej nie neguje.

W naszym opisanym przypadku nietylko nie mamy prawa ze względu na brak ciągłości w czasie dopatrywać się encephalitis postmorbillosa, ale z obrazu choroby mamy prawo snuć wniosek, że w związku z częstością powikłań mózgowych w kokluszu i w związku z rzeczywistością korelacji odry i kokluszu należałoby wogóle zachować dużo rezerwy i krytycyzmu w stosunku do rozpoznawania zapalenia mózgu odrowego. Sam nie widziałem nigdy takiej jednostki chorobowej, natomiast z doświadczenia nad kliniką odry wiem, że do częstych powikłań odry z płucem kokluszowem należy również eo ipso komplikacja odry z mózgiem kokluszowym t. j. z objawami mózgowemi kokluszu.

Z tego punktu widzenia przypadek nasz nie stanowi bynajmniej białego kruka klinicznego, a ogłoszenie przypadku ma na celu obudzenie czujności lekarskiej na rolę mózgu w klinice kokluszu. Komunikat ten jest przyczynkiem do etjologji często obserwowanych w wieku dziecięcym zapaleń mózgu.

H. Sternberg z Wiedeńskiego Zakładu Anatomji Patologicznej opisuje w r. 1928 w Zeitschrift für Kinderheilkunde przypadek ropni mózgowych w przebiegu kokluszu u oseska. U dziecka 8-miesięcznego, które przebyło przed 2 miesiącami koklusz z uporczywem zapaleniem oskrzeli, wystąpiły drgawki z następującemi porażeniami motorycznemi tylko po prawej stronie ciała. Płyn mózgowo-rdzeniowy utrzymuje się przez 5 miesięcy bez zmian patologicznych, dopiero na 5 dni przed śmiercią ulega zropieniu i zawiera czystą hodowlę gronkowca ropotwórczego złocistego. Badanie sekcyjne stwierdza obecność trzech wielkich ropni, wypełnionych ropą zieloną, które zniszczyły prawie całą lewą półkulę mózgową. Znacznie rozszerzone komory boczne i trzecia komora zawierają również wysięk ropny. Badanie mikroskopowe wykazuje, że ściana ropni mózgowych utworzona jest z jednej wewnętrznej warstwy tkanki ziarninowej i z drugiej warstwy zewnetrznej łączno-tkankowej. W komorach utrzymuje się wyścielająca ependyma (wyściółka) prawie w zupełności, wewnątrz jednak jest pokryta delikatnym podkładem tkanki ziarninowej, której komórki w licznych miejscach z ependymy drążą do płynu komorowego. Według wielkiego prawdopodobieństwa należy przyjąć, że w tym przypadku w związku z kokluszem i zapaleniem oskrzeli przyszło do wytworzenia ropni mózgowych, które utrzymywały się przez 5 miesięcy i wreszcie przez wydostanie się ropy spowodowały pyocephalus internus i śmierć.

Ropnie mózgowe u dzieci są naogół rzadko w literaturze spotykane. W dziele Brunsa, Cramera i Zichena na 67 ropni mózgowych 10 przypada na wiek dziecięcy do 15-go roku życia. Jako przyczyna takich ropni wchodzą w grę obrażenia czaszki i schorzenia ucha, w rzadkich przypadkach w septycznych schorzeniach i zapaleniu wsierdzia, wreszcie w przebiegu różnych chorób płucnych. Często jest się zmuszonym zadowolić się rozpoznaniem ropni samoistnych (idjopatycznych).

W opisanym przypadku należy przyjąć za punkt wyjścia dla ropnia mózgowego zapalenie oskrzeli w związku z kokluszem, ponieważ badanie innych narządów nie wskazywało innej przyczyny pierwotnego zakażenia.

J. Jochims z kliniki dziecięcej w Kiel (Prof. Rominger) opisuje przypadek encefalopatji u dziecka 14-miesięcznego, które po odrze zapadło na koklusz a w związku z kokluszem przybyło 23. IV. 1927 do kliniki w stanie nieprzytomnym, z temperaturą 39—41°, z tonicznemi drgawkami całego ciała, z gwałtownemi atakami kaszlu kokluszowego i z ogniskami zapalnemi w płucach. Nakłucie lędźwiowe wykazuje stan zapalny opon, który jednak trwa tylko przez 5 dni. Na szczególną uwagę zasługiwał, zdaniem autora, związek jaki zachodził między napadem kaszlu i intensywnością stanu drgawkowego. W ostatnich dniach marca zauważono brak koniuszka języka. Z początkiem napadu kaszlowego, gdy drgawki jeszcze nie były silne, przez otwarte usta wydostawał się język. Wskutek skurczu (masseter) żwacza, jaki zaraz potem nastąpił, język, nie mogąc się cofnąć, został odcięty. Dziecko zmarło 6. V. 1927 roku.

Sekcja stwierdziła: atelektazy w obu dolnych płatach, małe ogniska zapalenia płuc odoskrzelowego w lewym dolnym płacie płuca lewego, przepuklinę przeponową zawierającą lewą nerkę, ognisko krwotoczne wielkości pestki wiśniowej w prawym płacie petylicznym mózgu.

Mikroskopowo: W korze mózgowej znajdywały się opisane przez Spatza i Huslera w przebiegu eklampsji kokluszowej charakterystyczne jasne przestrzenie, Aufhellungsbezirke, w głębi bruzd. Zubożenie komórek dotykało przedewszystkiem zewnętrznych warst korowych. W preparatach barwionych hematoksyliną i eozyną — zaródź komórek zwojowych silnie wchłaniała eozynę. Barwienie szarlachrotem wykazywało liczne kulki tłuszczowe w zarodzi wydłużonych Hortegazellen w jasnych przestrzeniach kory. Jeszcze wybitniej uległy stłuszczeniu komórki gleju w rogu Ammona, co według Spatza i Huslera jest bardzo charakterystyczne. Opony były wolne od zmian patologicznych.

Według protokółu sekcyjnego chodziło więc o mózg kokluszowy z wypadnięciem komórek nerwowych opisanem przez Huslera i Spatza. Były to więc charakterystyczne niezapalne zmiany w tkance mózgowej. Stany takie między innymi opisywali Neubürger i Singer. Neubürger nadawał im inne znaczenie: odnosił on wypadnięcie komórek nerwowych do zatorów powietrznych. W każdym razie krwotok mózgowy nie mógł w danym przypadku tłumaczyć obrazu chorobowego, tak jak to chciał dawniej Schreiber i inni, mówiąc o eklampsji kokluszowej.

Trudno jest wyrobić sobie jasny sąd o patogenezie nerwowego schorzenia i stwierdzonego wypadnięcia komórek nerwowych. Naogół odnosi się powikłania nerwowe kokluszu do działania toksycznego. Na tem stanowisku stoi Pospischill. Także Husler i Spatz robią toksyny odpowiedzialnemi. Wypadnięcie komórek jest natury regresywnej, nie zapalnej.

Antonio Berardi opisuje 2 przypadki ciekawe z kliniki pedjatrycznej w Perugji.

Chłopiec $3^1/_2$-letni przybywa 30. IV. 1926. Żywiony przez 8 miesięcy piersią. Ząbkowanie i chodzenie normalne. Od miesiąca chory na koklusz, często wymiotuje przy kaszlu, miewa do 40 ataków na dobę. Od 10 dni drżenie górnych kończyn, potem dolnych; równocześnie utrata przytomności i wymioty niezależnie od pokarmu i od ataków kaszlu. W następnych dniach ataki drgawek, które występują spontanicznie lub po kaszlu. Równocześnie matka zauważa porażenie prawych kończyn i zez; ciepłota do 39°. Odruch kolanowy żywszy po stronie prawej niż lewej. Nieznaczna sztywność karku, objawy Kerniga i Babińskiego.

Nakłucie lędźwiowe: 20 centymetrów kubicznych płynu jasnego z małą limfocytozą, posiewy jałowe. Dnia 30-go kwietnia 1926 zastosowano wakcynoterapję: 6 injekcyj. Dnia 1-go maja ciepłota 39,5—40°. U podstawy prawego płuca rzężenia i stłumienie. Dnia 2-go czerwca zupełne wyleczenie.

Chłopiec 9-miesięczny obserwowany 28 lipca 1926; napady kaszlu od 25 dni; kaszel coraz częstszy z wymiotami. Temperatura do 39°, drgawki. W płucach rzężenia wilgotne. Powiększenie śledziony. Pareza prawego n. twarzowego, język zbacza na prawo, kontraktura górnej kończyny lewej, ręka zamknięta, ruchy bierne utrudnione, ruchy czynne niemożliwe. Lekka sztywność karku. Nakłucie lędźwiowe daje płyn jasny ze skąpą ilością limfocytów. Wakcynoterapja. Wyleczenie. Autor przypisuje skuteczne wyleczenie częściowo zastosowaniu szczepionki, częściowo nakłuciem lędźwiowym.

Meynier, ordynator szpitala Maria Vittoria w Turynie przytacza 5 obserwacyj kokluszu z komplikacjami nerwowemi u dzieci w wieku 14 mies., 3 lat, $3^1/_2$ lat, $4^1/_2$ lat i 5 lat. W przypadkach tych nie wystarcza dopatrywać się skutku działania mechanicznego i urazowego ataków kaszlu. Autor nie zadawala się tem zbyt prostem tłumaczeniem. Idzie on głębiej i uważa objawy te za wyraz toxi-infekcji. Zarazek chorobowy może zadziałać w sposób przejściowy lub trwały na ośrodki nerwowe (opony, mózg, rdzeń), lub na nerwy obwodowe. Można obserwować zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu, wodogłowie, polyneuritis pochodzenia kokluszowego. W dwóch przypadkach chodziło o wodogłowie, w jednym o reakcje oponowe przejściowe, w czwartym przypadku o meningo-encephalitis z afazją, ślepotą i głuchotą. Wreszcie w piątym przypadku chodziło o polyneuritis umiejscowiony w kończynach dolnych.

Dok. nast.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK Paryż

Obecny stan radjoterapji nowotworów złośliwych.

Według materjału Instytutu Radowego w Paryżu.

W niniejszym przeglądzie chciałbym dać ogólne pojęcie o tem jakie są zasady radjoterapji nowotworów złośliwych, jakie są obecne wyniki i w jakich postaciach, w końcu jakich środków materjalnych i jakich wiadomości wymaga poprawne stosowanie tej metody leczenia.

Radjoterapja nowotworów złośliwych jest gałęzią medycyny młodą, znajdującą się w pełnym rozwoju. Skutkiem tego wskazania i metody leczenia poszczególnych tego rodzaju zakładów, czy radjologów, często różnią się od siebie znacznie, nieraz są wręcz sprzeczne. Niektóre z tych metod opierają się na specjalnych zasadach biologicznych, inne zaś są często tylko dostosowaniem się danego autora do ilości posiadanego radu. Oczywiście i wyniki są różne. Przedstawienie tych wszystkich odmian minęłoby się z celem niniejszego artykułu, w omawianiu więc tych kwestyj oprę się w całości na znanym mi osobiście materjale Instytutu Radowego w Paryżu, który dokonaną na tem polu pracą i sumiennością opracowania wyników wyrobił sobie w tej dziedzinie niezwykłą powagę.

Zasadą radjoterapji nowotworów złośliwych jest różnica wrażliwości jaką okazują różne komórki organizmu wobec promieni radu i Rentgena, przedewszystkiem zaś różnica jaka istnieje pod tym względem pomiędzy komórkami nowotworowemi i normalnemi. Jakie są przyczyny tej różnicy wiemy niewiele, podobnie jak niewyświetlony jest jeszcze sam mechanizm działania tych promieni. Wiadomo jednak, że ta wrażliwość jest ściśle związana z histologiczną budową nowotworu, i że z pośród różnych czynności komórki, okres kiedy ona znajduje się w okresie podziału jest tym, w którym jej wrażliwość na wspomniane promienie jest największa. I im dana komórka jest mniej zróżnicowana, im bardziej przypomina komórkę zarodkową i posiada jej właściwości nieograniczonego mnożenia się, tem większa jest jej wrażliwość na promienie radu i Rentgena. Przeciwnie zaś im więcej komórka jest zróżnicowana, im dalej odeszła od stanu zarodkowego, tem mniej jest na nie wrażliwa. I tak największą wrażliwość tego rodzaju posiadają w ustroju ludzkim syncytjum jąder i miąższ utkania chłonnego, przy bardzo małej wrażliwości ich produktów dojrzałych, plemników i ciałek białych, oraz przy takiej prawie że niewrażliwości jaką posiada wysoce zróżnicowana komórka nerwowa.

Oczywiście jest tu mowa o niewrażliwości względnej, wobec pewnej ściśle określonej ilości i jakości tych promieni, gdyż jeśli zastosujemy odpowiednią ilość i rodzaj tych promieni, możemy zniszczyć wszystkie komórki narówni, jakkolwiek zróżnicowane, zdrowe czy nowotworowe, zupełnie jak zapomocą jakiejś substancji żrącej.

Jak wiadomo, jedną z zasadniczych cech nowotworów złośliwych, jest zdolność nieograniczonego mnożenia się ich komórek, przynajmniej komórek niezróżnicowanych, tworzących warstwę rozrodczą. Im komórki danego nowotworu są mniej zróżnicowane, im żywszy jest ich podział, tem wrażliwszy jest ów nowotwór na promienie radu, czy Rentgena. Przeciwnie w miarę utraty przez komórki zdolności rozmnażania się lub w miarę ich zróżnicowania (adenocarcinoma, fibrosarcoma) wrażliwość nowotworu maleje.

Wrażliwość danego nowotworu na promienie radu czy Rentgena jest więc ściśle związana z jego budową histologiczną i z czynnością histo-fizjologiczną jego komórek.

Łatwo z tego zrozumieć jak ważne jest badanie histologiczne nietylko w rozpoznaniu ale i przeprowadzeniu leczenia nowotworu złośliwego, badanie wykonane przez naprawdę dobrego histologa. W tutejszym Instytucie sporządzenie wycinka próbnego i zbadanie go histologicznie jest regułą w przypadku nowotworu złośliwego. Nie stawia się bez niego rozpoznania, nie przeprowadza się leczenia i w końcu, co nieraz można spotkać, nie układa się statystyk wyleczeń. Wyjątek stanowią jedynie przypadki, w których sporządzenie wycinka próbnego jest naprawdę niemożliwe n. p. guzy śródpiersia.

Stwierdzenie, że na komórkę trzeba zadziałać promieniami radu czy Rentgena wtedy gdy ona się dzieli, gdyż później staje się na nie mniej wrażliwa, okazało się niesłychanie płodne dla techniki radjoterapeutycznej, gdyż podobnie jak spermatogeneza, rozmnażanie się komórek nowotworowych odbywa się wprawdzie ciągle, lecz nie wszędzie równomiernie. Istnieje tu pewien rytm mnożenia się, pewne kompleksy komórek dzielą się mniej lub więcej żywo, a inne są w chwilowym spoczynku, by wkrótce zamienić role. Z tego rodzaju niejednolitości obrazu histologicznego różnych części nowotworu wynika jednak, że proponowane oznaczenie jego wrażliwości i co za tem idzie, potrzebnej dawki radjoterapeutycznej zapomocą t. zw. wskaźnika karjokinetycznego, t. zn. obliczenia odsetkowego ilości figur karjokinetycznych w jednem, czy nawet w więcej polach, jest praktycznie bez wartości, tembardziej, że komórki nowotworowe mogą się dzielić w sposób atypowy, trudny do uchwycenia i nowotwory klinicznie rosnące bardzo szybko, wykazują nieraz niewiele figur karjokinetycznych.

W każdym razie, trzeba naświetlać nowotwór przez czas tak długi, aż wszystkie jego komórki posiadające zdolność mnożenia się, przejdą ten okres. Można w ten sposób w ciągu pewnego, różnie długiego czasu wymierzyć skuteczną dawkę promieni nawet bez uszkodzenia otaczającej tkanki zdrowej — gdyż tak, jak wystarczy zniszczyć warstwę rozrodczą naskórka żeby doprowadzić do usunięcia całego naskórka, tak samo celem zniszczenia nowotworu wystarczy zabić komórki tworzące jego warstwę rozrodczą. Natomiast jednorazowe silne naświetlenie nowotworu, w pewnych przypadkach będzie skuteczne tylko za cenę mniejszego lu większego zniszczenia otaczającej tkanki zdrowej, w innych zaś nawet ta ofiara okaże się niewystarczająca, i obok zniszczenia zwłaszcza powierzchownego komórek nowotworowych i normalnych, może się ostać gniazdo nieuszkodzonych „śpiących" i chwilowo mniej wrażliwych komórek nowotworowych, stanowiących po pewnym czasie punkt wyjścia dla nawrotu.

Z drugiej strony jednak, żeby być skuteczną, dawka promieni radu, czy Rentgena musi być odpowiednio wysoka, a ponieważ dawka równa się: nasilenie promieni razy czas stosowania, jej wymierzenie nie może przekraczać pewnego, dla poszczególnych rodzaji nowotworów doświadczeniem określonego czasu. Mogłoby się wydawać, że otrzyma się ten sam wynik naświetlając w jednakowych pozatem warunkach 1 gramem radu przez 1 godzinę, lub 1 mgramem radu w ciągu 1000 godzin. Pierwsze może być szkodliwe wskutek zbyt gwałtownego działania, drugie zaś będzie bezskuteczne. Komórki bowiem nowotworowe naświetlane dawkami zbyt małemi, rozłożonemi na wiele tygodni czy miesięcy stają się po pewnym czasie oporne na działanie promieni radu czy Rentgena i przestają oddziaływać na dalsze naświetlania. Natomiast w otaczającej tkance zdrowej zachodzi pewnego rodzaju kumulacja dawek, mogąca doprowadzić wcześniej, czy później do radjonekrozy.

Wynika także stąd, że nowotwór, który raz był leczony promieniami radu czy Rentgena i nie został wyleczony, ma zazwyczaj niewiele warunków wyleczenia za drugim, jeszcze mniej za trzecim razem.

Na tych podstawach oparta radjoterapja nowotworów złośliwych będzie więc polegała na zastosowaniu odpowiednio wysokiej dawki promieni o pewnym nasileniu i jakości, w ciągu pewnego czasu, który nie może być ani zbyt krótki ani zbyt długi, zależnie od rodzaju nowotworu. W miarę lepszego poznawania biologji nowotworów można ten czas indywidualizować, i tak o ile np. dla *ca. basocellulare* skóry czas leczenia radem wynosi przeciętnie 3—4 dni, to najlepsze wyniki w leczeniu raka szyjki macicy, z zajęciem tkanki przymacicznej i gruczołów chłonnych miednicy, dała w tutejszym Instytucie metoda naświetlania promieniami Rentgena przez 35—40 godzin, rozłożonych na 12—15 dni po 2 posiedzenia dziennie.

Naogół jednak dotychczasowe wiadomości nie pozwalają na bliższe określenie śmiertelnej dawki promieni dla danego nowotworu, i poza niektórymi rodzajami guzów o ustalonej wrażliwości na promienie radu czy Rentgena, jak np. wspomniany *ca. basocellurare* lub *lymphosarcoma*, stosuje się obecnie największą dawkę jaka się da pogodzić z nieuszkodzeniem względnie z przejściowym uszkodzeniem otaczającej tkanki zdrowej. W praktyce tkanką zdrową, która najczęściej oznacza granicę dawki, jest skóra.

Jak to już na początku powiedzieliśmy, warunkiem radjoterapji nowotworów złośliwych jest nie tyle sama wrażliwość ich komórek na promienie radu czy Rentgena, co różnica wrażliwości jaka zazwyczaj istnieje pomiędzy tkanką zdrową, a nowotworową. Idealną byłaby taka różnica, któraby pozwoliła na zniszczenie komórek nowotworu bez uszkodzenia tkanki zdrowej. Spotyka się to tylko w niewielkiej liczbie przypadków, tak, że w rzeczywistości musimy uważać za korzystne dla radjoterapji te przypadki, w których można zniszczyć nowotwór bez większego, a w każdym razie bez stałego uszkodzenia otaczającej tkanki zdrowej. Jedną z przyczyn tak korzystnych wyników radjoterapji raka szyjki macicy, jest duża wytrzymałość jej tkanki mięsnej i włóknistej, i bezkarność z jaką można stosować nawet stosunkowo wysokie dawki tych promieni. Jeśli jednak nowotwór jest usadowiony w narządzie o dużej wrażliwości i jeśli ten narząd jest konieczny dla życia, np. przełyk, to radjoterapja takiego nowotworu nawet pomimo względnej wrażliwości jego komórek może być bardzo utrudniona, lub nawet wręcz uniemożliwiona.

Inną okolicznością, która utrudnia lub uniemożliwia radjoterapję nowotworów złośliwych jest ich zakażenie, i to zakażenie nie powierzchowne, które nie stanowi zazwyczaj przeszkody, ale obejmujące warstwy głębsze i dające kliniczne objawy. Jest on wyraźnym przeciwwskazaniem do stosowania radjoterapji, gdyż komórki nowotworu zakażonego stają się na nią oporne. Naświetlanie w takich razach, nie wpływa ujemnie na drobnoustroje a osłabiając jeszcze zdolność obronną tkanki zdrowej, ułatwia znakomicie ich rozwój i może chorych doprowadzić do bardzo ciężkiego stanu. Także w dalej posuniętem wyniszczeniu, będącem zresztą przeważnie następstwem takiego zakażenia, wrażliwość nowotworu maleje.

Działanie promieni radu i Rentgena na komórkę jest według obecnych zapatrywań jednakowe, z tą jednak ważną na korzyść radu różnicą, że jego promienie posiadają znacznie większe własności wybiórcze, to znaczy zdolność niszczenia pewnych komórek bez uszkodzenia innych, od promieni Rentgena. W Instytucie Radowym w Paryżu, pomimo przesądzającej nazwy oba rodzaje promieniowań są w leczeniu nowotworów w zasadzie równoupraw-

nione i obok ponad 7 gr. radu, w oddziele rentgenologicznym pracuje 9 aparatów leczniczych. W praktyce jednak każda z tych metod ma swoje wskazania do stosowania, zależnie przedewszystkiem od umiejscowienia i rozmiarów nowotworu.

Jak już poprzednio widzieliśmy niezbędnym warunkiem zniszczenia nowotworu jest zabicie wszystkich jego komórek, posiadających zdolność mnożenia się. Z drugiej zaś strony, musimy się starać by nie zniszczyć otaczającej tkanki zdrowej, czyli, że możemy zastosować tylko pewną ograniczoną dawkę promieni, i ta dawka musi być równomiernie rozdzielona pomiędzy wszystkie komórki nowotworu. Ten równomierny rozdział dawki jest jednym z zasadniczych warunków radjoterapji nowotworów złośliwych, warunkiem, którego wypełnienie natrafia w przypadku nowotworów głębiej położonych lub o większych rozmiarach, na znaczne trudności. Trudności te wynikają głównie z tak zwanego prawa kwadratu odległości, według którego nasilenie promieni maleje w stosunku kwadratowym w miarę oddalania się od źródła tych promieni. Np. powierzchnia oddalona o 10 cm od źródła promieni otrzyma w stosunku do takiej samej powierzchni położonej tuż koło źródła, dawkę nie 10 ale 100 razy (10 × 10) mniejszą. Jest to prawo bardzo surowe i trzeba się z nim zawsze liczyć. Można go niejako ominąć: 1) Przez naświetlanie przez kilka bram wejścia i skrzyżowanie promieni na poziomie nowotworu. Można wtedy nie przekraczając dozwolonej dawki skórnej, wymierzyć dawkę potrzebną dla nowotworu. (Nowotwór taki musi być jednak położony mniej lub więcej centralnie w stosunku do powierzchni ciała). 2) Przez zwiększenie powierzchni źródła promieni. 3) Przez wprowadzenie odpowiedniej liczby promieniujących ognisk do wnętrza nowotworu i 4) Przez zwiększenie oddalenia źródła promieni od naświetlanego poziomu, gdyż jak widzieliśmy powierzchnia oddalona o 10 cm od źródła promieni otrzyma w tej samej jednostce czasu dawkę o 100 razy mniejszym nasileniu tych promieni, niż taka sama powierzchnia położona tuż przy źródle promieni. Jeśli jednak oddalimy źródło promieni o 50 cm od powierchni którą chcemy naświetlić, i weźmiemy pod uwagę taką samą powierzchnię ale oddaloną o 40 cm od źródła promieni, to powierzchnia dalej położona otrzyma tylko o 36% mniej promieni, niż powierzchnia bliższa. W analogicznym przypadku nowotworu, musimy jeszcze odliczyć absorbcję promieni przez warstwę pomiędzy 40 a 50 cm. Ale nawet po odliczeniu współczynnika absorbcji metoda ta pozwoli nam na doprowadzenie do nowotworu głębiej położonego dużej części dawki dozwolonej ze względu na całość skóry, a w przypadku naświetlania z kilku stron można wymierzyć nawet większą dawkę.

Promienie Roentgena znajdą przedewszystkiem i głównie zastosowanie tam, gdzie będzie trzeba naświetlać szerokie pola, w przypadkach spraw rozległych położonych na niejednakowych poziomach, oraz w przypadku nowotworów głębiej położonych, bezpośrednio dla radu niedostępnych. Można wprawdzie i przez oddalenie ognisk radu od danego nowotworu otrzymać równomierny rozdział dawki nawet w wymienionych przypadkach i ta metoda jest w użyciu w tutejszym Instytucie, gdzie 4 gr radu rozmieszczono w rogach niewielkiego, odpowiednio zainstalowanego czworoboku tworzy takie silne źródło promieniowania pozwalające np. na skuteczne naświetlanie nowotworowych nacieków tkanki kołomacicznej z odległości 10 — 12 cm od skóry (telecurieterapja).

Dzisiejsze aparaty Roentgena pozwalają na oddalenie ogniska promieni o 60 — 70 — 80 i nawet więcej cm od skóry z wytworzeniem potrzebnego nasilenia. Wspomniana instalacja 4 gr radu pomimo wysokich kosztów (ponad 2 miljony złotych) nie pozwala więc jeszcze na osiągnięcie większych oddaleń, coprawda nie jest to w przypadku radu znów tak potrzebne, naskutek specjalnych własności jego promieni. W każdym razie celem uzyskania możności naświetlania radem z odległości kilkudziesięciu cm trzebaby było kilkudziesięciu gramów radu i wobec jego ceny (około 60.000 dolarów za 1 gr) usiłowania idą raczej w kierunku wytwarzania promieni Roentgena o długości fali zbliżonej do długości fali promieni radu, zapomocą wytwarzania wysokich napięć, i aparatów mogących znieść i wykorzystać takie wysokie napięcia. Nie jest jeszcze pewne czy nawet tak uzyskane promienie Roentgena będą miały zalety promieni radu, w każdym razie pomimo szybkich postępów jesteśmy od tego jeszcze daleko.

Rad zaś będzie się nadawał przedewszystkiem w przypadkach nowotworów położonych powierzchownie lub głębszych ale drogami naturalnemi łatwo dostępnych. Doprowadzenie źródła tak skutecznego promieniowania w postaci różnie silnych i o dowolnej wielkości i kształcie ognisk w bezpośrednie sąsiedztwo nowotworu, pozwala w przypadkach raków skórnych najrozmaitszego umiejscowienia (wargi, policzki, czoło, okolica oczodołu, nos, ucho, pracie, okolica sromowa, kończyny i t. d.) na zniszczenie nowotworu nieraz z bardzo małą i to tylko w bezpośredniem sąsiedztwie nowotworu reakcją tkanki zdrowej.

Umieszczenie tych ognisk na podporze dowolnej grubości, umyślnie dla każdego przypadku urządzonej, pozwala na równomierne rozdzielenie promieni nawet w przypadku nowotworów rozleglejszych lub nawet nieco głębiej położonych (gruczoły chłonne i szyjne, pachwinowe i podobne). W przypadku raka wargi, policzka, prącia i podobnych można wytworzyć ogień skrzyżowany z dwu lub więcej stron.

W przypadku nacieków nowotworowych znacznej grubości doskonałe usługi oddaje wprowadzenie ognisk radu lub jego emanacji bezpośrednio do tkanki nowotworowej w postaci igieł platynowych (radjopunktura). Tą metodę stosuje się także najczęściej w rakach języka, gdyż z powodu ruchliwości tego organu, innemi metodami trudno tu jest uzyskać równomierny rozdział promieni.

Możność dowolnego rozmieszczenia przestrzennego ognisk radu stosownie do warunków anatomicznych danej lokalizacji nowotworu przy pomocy umyślnych, zresztą zazwyczaj prostych urządzeń, pozwala na uzyskanie wybitnych wyników w rakach narządów głębiej położonych, a dostępnych drogami naturalnemi. Przykładem niestety niedoścignionym jest rak szyjki macicy.

Niektóre zresztą przypadki wymagają zastosowania rado- i Roentgenoterapji. Np. rak szyjki macicy leczy się radem, zaś celem wyjałowienia tkanki okołomacicznej i ewentualnie gruczołów chłonnych miednicy kontynuuje się leczenie Roentgenem.

Szczupłe ramy tego artykułu nie pozwalają mi na chociażby pobieżne omówienie tak ważnych spraw, jak jakość używanych promieni i ich dobór w poszczególnych przypadkach, i związana z tem sprawa sączków. Zaznaczę tylko, że według obecnych zapatrywań promienie radu czy Roentgena nie mają na komórkę swoistego działania, zależnego od ich rodzaju. Różnica polega tylko na tem, że zależnie od długości fali promienie owe mają różną zdolność wnikania, to znaczy że sa absorbowane więcej powierzchownie lub też głęboko, a działanie biologiczne mają tylko te promienie, które uległy absorbcji. W sprawach powierzchownych trzeba więc stosować promienie o słabej sile penetracji t. zw. miękkie, a w sprawach głębokich promienie odpowiednio twardsze któreby przeszły nie zatrzymane przez warstwy powierzchowne, a uległy absorbcji dopiero w głębi.

Nie mogę też omówić sprawy używania radu w postaci związków stałych lub jego emanacji gazowej, jak wogóle całej różnorodnej i niesłychanej dokładności i drobiazgowości wymagającej techniki. Zaznaczę tylko również, że w żadnym razie nie używa się tu radu lub jego pochodnych w postaci wstrzykiwań dożylnych lub donowotworowych. W przypadku nowotworów złośliwych byłoby to nietylko bezskuteczne ale wręcz szkodliwe.

W końcu jedna i druga metoda radjoterapeutyczna często muszą szukać współpracy innej metody, mianowicie leczenia chirurgicznego, którego znaczenie w leczeniu nowotworów złośliwych pomimo wyników radjoterapji wcale się nie zmniejszyło, zmieniły się tylko jego wskazania.

W radjoterapji, jak widzieliśmy, zasadniczym warunkiem stosowania i wyników, jest obraz histologiczny a nie anatomo-kliniczny. Mało tu znaczy trochę mniejszy, czy trochę większy rozmiar nowotworu i jego drążenie w głąb. W razie korzystnej wrażliwości na promienie radu czy Roentgena można uleczyć nowotwory złośliwe usadowione w takich okolicach, gdzie chirurgiczne usunięcie nawet małych zmian, naraziłoby chorego bezpośrednio w sposób nieproporcjonalny do małych nieraz możliwości wyleczenia, a zwłaszcza można otrzymać wyleczenie rozległych przestrzeni nacieczonych nowotworowo gdzie o leczeniu chirurgicznym nie może być mowy. Ale tylko w razie korzystnej wrażliwości.

W tutejszym Instytucie skierowuje się do leczenia chirurgicznego przypadki nowotworów bardzo małych, często trudnych do histologicznego rozpoznania, dla których najlepszym wycinkiem próbnym dla koniecznego badania histologicznego jest całkowite usunięcie, łatwe, bez zniekształcenia. Dalej pewne raki skórne, jak *ca vulvae*, gdzie chirurgja, jeżeli przypadek nadaje się do operacji, może dać szybkie wyleczenie, zaś radjoterapja powoduje żywą i bolesną reakcję. Następnie nowotwory stosunkowo oporne na promienie radu i Roentgena jak raki sutka, odbytnicy, trzonu macicy i t. p. W tych przypadkach występuje radjoterapja dopiero w razie nawrotu, dając często czasowe wyleczenia rozciągające się na lata. W końcu do chirurgji należą jeszcze przypadki leczone bezskutecznie promieniami radu lub Roentgena, o ile je można jeszcze operować.

W przypadkach, w których tak chirurgja jak i radjoterapja z osobna dają równe możności wyleczenia, lepiej jest zastosować

najpierw leczenie operacyjne. W razie nawrotu nie jest się bezbronnym i można wtedy zastosować z powodzeniem radjoterapję.

Istnieją jednak liczne przypadki nowotworów wymagające ścisłej współpracy obu tych metod i które tylko w ten sposób mogą być obecnie wyleczone. Naprzykład pierwotna zmiana nowotworowa na języku jest leczona radem, gruczoły chłonne zostają usunięte chirurgicznie, a pole operacyjne znów naświetlone radem. Rak rozwijający się w bezpośredniem sąsiedztwie szczęki górnej leczony tylko radem, każe się napewno obawiać osteoradionekrozy; po wycięciu części szczęki górnej można to leczenie przeprowadzić swobodnie. Przykład, gdzie dwie metody z osobna prawie bezsilne, razem zastosowane mogą dać wyniki zupełnego wyleczenia. Także w przypadku wspomnianego zakażenia nowotworu lub jego bezpośredniego sąsiedztwa zabieg chirurgiczny może umożliwić radjoterapję inaczej bezwzględnie przeciwskazaną.

Po tym najogólniejszym poruszeniu tylko niektórych z głównych zasad radjoterapji nowotworów złośliwych przejdę do omówienia, co można temi metodami uzyskać w ich poszczególnych rodzajach. Muszę przedtem objaśnić, że za wyleczonych uważa się w tutejszym Instytucie osobników, u których ten stan utrzymuje się od lat conajmniej pięciu. Zmarłych przed upływem pięciu lat nawet z innej przyczyny, i w chwili śmierci bez objawów nawrotu, umieszcza się w kategorji niewyleczonych.

Zaczynając od raków skórnych, można powiedzieć ogólnie, że poza *naevo-carcinoma,* wszystkie raki wychodzące z nabłonka wielowarstwowego płaskiego są uleczalne zapomocą radjoterapji. *Ca. basocellulare* posiada dużą wrażliwość na promienie i za wyjątkiem niezwykłych rozmiarów, leczy się je regularnie. *Ca. spinocellulare* uchodziło jeszcze parę lat temu za mało wrażliwe; dziś gdy je lepiej poznano, leczy się je równie dobrze jak poprzednie. Niektóre zwłaszcza *ca. basocellulare* można leczyć z powodzeniem i Roentgenem. Naogół jednak rad jest tu bez porównania prostszy i pewniejszy. Raki powiek i okolicy oczodołów są leczone zależnie od ich budowy histologicznej i rozmiarów, głównie jednak radem.

Raki jamy ustnej mają z nielicznymi wyjątkami to samo utkanie co poprzednie, są więc wrażliwe na promienie. Trudność wynika tu tylko z ich usadowienia wymagającego szczególnej i giętkiej techniki, i z większej od naskórka wrażliwości błony śluzowej.

Raki wargi, specjalnie wargi dolnej o ile nie przechodzą na sąsiednie okolice, leczy się radem stale.

W rakach języka wyniki zależą od usadowienia i rozmiarów zmiany. $^2/_3$ powierzchni grzbietnej przedniej są technicznie łatwe do leczenia i dają stosunkowo najlepsze wyniki. Raki podstawy języka i raki podjęzykowe są o wiele trudniejsze i postępowanie lecznicze bywa tu zazwyczaj bardzo skomplikowane. Ostatnio zestawiona statystyka po pięciu latach wykazuje na 275 leczonych przypadków raka języka 133 czyli 48% wyleczenia miejscowego zmiany na języku. Z tych 133—83 czyli 67% było w stanie nie nadającym się do operacji.

Niestety, o ile w przypadku raka warg odsetek wyleczonych tak miejscowo, jak i z zajętych gruczołów chłonnych wynosi około 90, to w przypadkach raka języka rozwój nowotworu w okolicznych gruczołach obniża po pięciu latach liczbę wyleczonych do 27%. W leczeniu zajętych rakiem gruczołów chłonnych dotychczas i radjoterapja i chirurgja z osobna okazały się mało skuteczne. Jeszcze najlepsze wyniki daje ich współpraca, polegająca na chirurgicznem usunięciu gruczołów chłonnych, z których każdy z osobna jest następnie badany histologicznie. Jeśli któryś z nich okaże się zajęty nowotworem, wówczas pole operacyjne jest naświetlane radem. W przypadkach raka wargi gruczoły są usuwane tylko o ile są klinicznie zajęte. Oczywiście chory jest często badany — czego dopilnowuje znakomicie zorganizowany sekretarjat. W przypadkach raka języka gruczoły chłonne są usuwane wkrótce po przeprowadzeniu leczenia miejscowego radem, bez względu czy są zajęte klinicznie czy nie. Następnie są badane histologicznie i ewentualnie pole operacyjne jest naświetlane radem.

Raki błony śluzowej policzków nie są naogół trudne do wyleczenia i trudność powstaje dopiero w miarę oddalania się od spojenia warg.

Raki błony śluzowej pokrywającej górną lub dolną szczękę jeśli są małe, leczy się je łatwo radem. Jeśli są jednak więcej rozległe, jest prawdopodobne, że zastosowanie potrzebnej dawki promieni spowodowałoby osteoradjonekrozę. W tych przypadkach leczenie radem następuje bezpośrednio po mniej lub więcej rozległem wycięciu szczęki górnej. Tego rodzaju współpraca chirurgji z radjoterapją jest, jak już wspomniałem, zasadą w przypadkach raków położonych w bliskiem sąsiedztwie kości, lub też przechodzących na nią.

Zwłaszcza raki szczęki górnej jeszcze niezbyt rozległe dają w ten sposób koło 70% wyleczeń. Odsetek ten bardzo szybko spada jeśli sprawa przechodzi na mięśnie. Chirurgja lub radjoterapja z osobna dają tu conajwyżej 10—15% wyleczeń.

Także raki kanałów nosa, oczywiście nie przechodzące pewnych rozmiarów, dają zapomocą radjoterapji w połączeniu z chirurgją znacznie lepsze wyniki niż zapomocą jednej z tych metod.

Raki gardła i krtani po dłuższym okresie prób dają od kilku lat w pewnych postaciach coraz większy i więcej regularny odsetek wyleczeń zapomocą promieni Roentgena. Wskazania są tu bardzo różne zależnie od histologicznego rodzaju, usadowienia i od rozmiarów guza. Z 46 przypadków raków migdałków leczonych w latach 1920—26, 12 czyli 26% jest uleczonych, zdrowych od 3—7 lat. Z 32 przypadków raków głośni w 16, czyli w 50%, osiągnięto wyleczenie zupełne, też z czasem obserwacji różnie długim. Przypadki te nie nadawały się do leczenia chirurgicznego. Postacie dające dobre wyniki zapomocą leczenia chirurgicznego są tu operowane. Czasem w przypadkach nienadających się do operacji, po zastosowaniu radjoterapji można zabieg chirurgiczny z dobrym wynikiem wykonać.

Raki szyjki macicy są jak wiadomo prawie zawsze *ca spiro-* lub *basocellulare* z różnemi przejściami. Rzadkie raki o utkaniu gruczołowem jako oporne na promienie radu i Roentgena należą do leczenia chirurgicznego.

W pierwszym rodzaju wyniki radjoterapji zależą od rozległości sprawy. Raki ograniczone do szyjki macicy dają tutaj po pięciu latach ponad 70% wyleczeń. Jak wspomniałem, za wyleczonych uważa się w tutejszym Instytucie osobników żyjących i zdrowych, conajmniej 5 lat po ukończeniu leczenia. Trzeba jednak przyjąć że z pośród zmarłych przed upływem 5 lat, część była zupełnie wyleczona ze swego nowotworu, tembardziej, że chodzi tu zazwyczaj o osobników w podeszłym wieku. Odsetki wyleczeń są więc w rzeczywistości prawdopodobnie większe niż te które podaję.

W przypadkach przejścia raka szyjki macicy na bezpośrednie sąsiedztwo odsetek ten spada do 43, zaś przypadki z zajętą tkanką przymaciczną, okolicznymi gruczołami chłonnymi i wogóle przypadki daleko posunięte, mogą dać jeszcze około 27% wyleczeń.

Prawie stale istniejące owrzodzenia powierzchowne są tu bez większego znaczenia, natomiast sprawy zapalne ropne dotyczące warstw głębszych lub bezpośredniego sąsiedztwa (trąbki i t. d.) stanowią bezwarunkowe przeciwwskazanie dla radjoterapji, która może być zastosowana dopiero po ich usunięciu lub znacznym złagodzeniu zapomocą stosownego leczenia.

Zmiany patologiczne uniemożliwiające zastosowanie typowego leczenia (zwężenie pochwy, wrodzone zwężenie kanału macicy, zgięcie macicy nie nadające się odprowadzić i t. p.) zaciemniają bardzo rokowanie. Tem samem tłómaczy się mierne wyniki radjoterapji po hysterektomji.

Mniej korzystnie przedstawia się radjoterapja raków o utkaniu gruczołowem. Są one usadowione zazwyczaj w trudno dostępnych, dla życia koniecznych narządach, rozpoznaje się je najczęściej późno — i przeważnie są mało wrażliwe na promienie radu i Roentgena, względnie mają wrażliwość nierówną, której nie umiemy jeszcze rozróżniać.

W rakach przełyku radjoterapja nie osiągnęła jeszcze większych wyników pomimo stosunkowo łatwego dostępu drogą naturalną. Wprowadzonym do przełyku radem, można tu uzyskać chwilowe zmniejszenie się guza, co oczywiście może przynieść dużą ulgę. Jednak nawet uzyskanie tego rodzaju częściowych wyników, wymaga wielkiej ostrożności w postępowaniu na skutek łatwości przebicia ściany przełyku z jasnemi następstwami. Więcej można się spodziewać po Roentgenoterapji i telecurieterapji. Niema jednak dotychczas ani jednego bez zarzutu opisanego wyleczenia raka przełyku zapomocą radjoterapji. W poszczególnych przypadkach, zwłaszcza dotyczących górnej części przełyku, osiągano wyniki czasowe nieraz na parę lat.

W rakach sutka, pewne ich postacie posiadają wystarczającą wrażliwość na promienie, to jednak co o nich obecnie wiemy, nie pozwala na określenie stopnia tej wrażliwości. Zasadą w tutejszym Instytucie jest obecnie: raki sutka, które można operować, operować.

Radjoterapję i to przeważnie Roentgenoterapję zostawia się dla nienadających się do operacji i dla nawrotów. Wyniki jakie się wtedy otrzymuje, jakkolwiek czasowe są często bardzo dobre i bardzo często przedłużają życie przy pozorach zupełnego wyleczenia o dalsze kilka lat.

Poza naświetlaniem gruczołów nadobojczykowych przed lub wkrótce po operacji, nie stosuje się tu naświetlania okolicy blizny w celu zapobiegawczym. Według dotychczasowych spostrzeżeń

jest to bezskuteczne, a utrudnia tylko lub uniemożliwia radjoterapję w razie nawrotu.

Raki żołądka, wątroby, trzustki, nerek i płuc przychodzą zwykle w późnem stadjum. Pod względem radjofizjologji i patologji, wiadomości o nich są jeszcze zupełnie niewystarczające. W poszczególnych przypadkach, zwłaszcza w rakach płuc, udaje się zapomocą Roentgenoterapji zmniejszyć rozmiary guza i uzyskać ustąpienie objawów klinicznych na różnie długi czas. Telecurieterapja (naświetlanie z odległości dużemi ilościami radu, w tutejszym Instytucie 4 gr) daje obecnie wyniki ciekawe, jednak nie wyszła ona jeszcze z okresu doświadczeń, zwłaszcza że w razie dodatnich wyników trzeba z ostatecznym sądem odczekać jakieś pięć lat.

W rakach odbytnicy radjoterapją, specjalnie radem, osiągnięto wyleczenie tylko w nielicznych przypadkach, naogół wyniki były czasowe i to nieraz za cenę bardzo bolesnych reakcyj błony śluzowej.

Raki pęcherza moczowego i gruczołu krokowego posiadają często korzystną wrażliwość, dotychczas jednak radjoterapja daje w tych przypadkach bardzo niestałe wyniki.

Przechodząc teraz do mięsaków, to wyniki radjoterapji są w nich bardzo różne, zależnie od budowy histologicznej. *Lymphosarcoma* i *osteosarcoma* o typie *myeloma* są ogromnie wrażliwe na promienie radu i Roentgena i bardzo łatwo leczy się je miejscowo, prawie stale dają jednak przerzuty.

Inne rodzaje jak: *myxoma, sarcoma fusocellulare* są mniej wrażliwe na promienie i również dają przerzuty.

Mięsaki o charakterze *myeloplaxe* nie dają przerzutów i leczy się je zapomocą radjoterapji łatwo.

Fibro, osteo, chondrosarcoma, często o utkaniu mięszanem, dają przerzuty rzadko i późno, są jednak mało wrażliwe na promienie i wyniki radjoterapji w tych przypadkach są dosyć nierówne.

Jeśli złączymy wszystkie postacie mięsaków to według różnych statystyk, w 27 — 35% przypadków można uzyskać kliniczne wyleczenie, niestety przeważnie nietrwałe, w 38 — 45% otrzymuje się zmniejszenie guza i złagodzenie klinicznych objawów też na różnie długi czas, w końcu, 19 — 23% przypadków jest na radjoterapję opornych.

Jak z tego krótkiego zestawienia widać, granice skuteczności radjoterapji w nowotworach złośliwych są zakreślone przez 1) Względna oporność danego nowotworu na promienie radu i Roentgena. 2) Zbyt wielkie rozmiary guza by go można równomiernie naświetlić. 3) Zbyt wielką wrażliwość otaczającej tkanki zdrojowej, a której całość jest dla życia konieczna, i przez 4) odległe przerzuty.

Granice te nie są na szczęście stałe. Wystarczy popatrzeć na rozwój radjoterapji, żeby stwierdzić ogromny postęp co parę lat. W miarę lepszego poznawania fizjologji i patologji nowotoworów złośliwych, w miarę poznawania mechanizmu działania promieni radu i Roentgena na komórkę i wogóle na materję żywą i w miarę rozwoju techniki leczniczej, granice te coraz więcej się przesuwają. A ponieważ niewiadomych w tej dziedzinie jest ogromnie dużo, można się zupełnie słusznie spodziewać, że w miarę ich rozwiązywania zakres działania i skuteczność radjoterapji nowotworów złośliwych będzie wzrastać. I tak np. jeszcze parę lat temu *ca. spinocellulare* uchodziło za oporne na radjoterapję; dziś leczy się je równie dobrze jak *ca. basocellulare.* Wyniki procentowe, które podałem dla raka języka i szyjki macicy dotyczą najstarsze przypadków z przed 10 lat. Od tego czasu radjoterapja, która przecież nie ma jeszcze 30 lat, zrobiła ogromny postęp, i wnosząc ze świeżych wyników niedalekie zestawienia wyleczeń po 5 latach będą korzystniejsze.

W każdym razie poza rakami skóry, które wyjąwszy *naevocarcinoma* leczy się prawie z reguły, szanse innych nowotworów złośliwych, które mogą być wyleczone promieniami radu i Roentgena są obecnie ograniczone. Piszę — które mogą być wyleczone. Bo istotnie jakichże ogromnych środków materjalnych i jakiego zespołu lekarzy mających specjalne pod tym względem wykształcenie, wymaga uzyskanie przytoczonych wyników. Wyleczenie raków całkiem powierzchownych lub specjalnie wrażliwych, otrzymywano oddawna i to środkami skromnymi. Uzyskanie jednak prawie że regularnego i coraz zwiększającego się odsetku wyleczeń w rakach języka — z zajętymi gruczołami chłonnymi, w rakach podniebienia, w daleko posuniętych rakach szyjki macicy a zwłaszcza uzyskanie wyników trudnych do spodziewania w rakach gardła i krtani datuje się dopiero, odkąd ilości rozporządzanego radu liczą się nie na miligramy, ale na decygramy i na gramy, i odkąd rozporządza się szeregiem potężnych aparatów Roentgena, których urządzenie przypomina prawie małą fabrykę. Bo jeśli przy obecnej technice w przypadku niewielkiego raka skórnego wystarczy kilkanaście mg radu stosowanego przez 3 — 5 dni, a w raku szyjki macicy jakie 60 mg w ciągu 6 — 7 dni, to już rozległy rak skóry unieruchamia u jednego chorego 150 — 200 i nawet więcej mg radu przez 4 — 5 — 7 dni, a dla naświetlania zajętych gruczołów chłonnych względnie ich pola operacyjnego potrzeba często 300, 500 — 800 mg radu stosowanego w ciągu 5 — 7 dni.

W roku 1923 tutejszy Instytut mając czterdzieści kilka łóżek 3 gramy radu, 8 aparatów leczniczych Roentgena, 13 lekarzy z tych 9 pracujących tylko w Instytucie i wiele wykwalifikowanych sił pomocniczych mógł przeprowadzić leczenie u około 500 chorych na 2000 zgłaszających się. Obecnie ilość posiadanego radu przekracza 7 gr i odpowiednio do tego wzrosła nie tyle ogólna liczba leczonych, co ilość przyjętych a trudnych do wyleczenia przypadków.

Więc już same względy ekonomiczne przemawiają za tworzeniem tylko ośrodków potężnie wyposażonych, których koszta urządzenia przenoszą o wiele zwykłą możność lekarza. Ale nietylko względy pieniężne. Radjoterapja nowotworów złośliwych jest rzeczą trudną, nieraz bardzo trudną. Poza przypadkami prostymi wyniki są wypracowywane krok za krokiem, pracą żmudną, nieraz długą, wymagającą ogromnej dokładności, sumienności i dużej umiejętności. Pomimo pozornej prostoty i łatwości manipulowania substancjami radjoaktywnemi, leczenie radem a także i Roentgenem jest trudne przedewszystkiem na skutek potrzeby rozległych, bynajmniej nie powierzchownych wiadomości z zakresu fizyki, biologji i patologji, a następnie z powodu nieukończonego rozwoju jej zasad i techniki. Nie wystarczy tu praca jednego jakkolwiekby dobrze przygotowanego lekarza ale trzeba współpracy curie i Roentgenoterapeuty, chirurga, histologa, fizyka, często hematologa i bakterjologa. I to nie celem przeprowadzenia specjalnych doświadczeń pracownianych poprzez które jedynie prowadzi droga do dalszych zdobyczy, ale dla zwykłej codziennej pracy. Tylko ich bezstronna współpraca w postawieniu wskazań, w wybraniu metody czy nieraz paru metod leczenia i kolejność ich stosowania, daje choremu maximum możliwości wyleczenia.

Podobnych warunków i środków wymaga i paliatywna radjoterapja nowotworów złośliwych. Nie mogę tu podawać statystyk ani jakichś reguł leczenia. Myliłby się jednak ktoś, ktoby sądził że radjoterapja paljatywna jest metodą łatwą. Jest ona conajmniej tak trudna jak postępowanie mające na celu zupełne wyleczenie guza, a spotyka sie zdania że jest ona trudniejsza i wymagająca więcej doświadczenia. Należy do niej znaczna część tych przypadków, w których nie można się spodziewać wyleczenia ani zapomocą radjoterapji ani chirurgji, tudzież przypadki nawrotu po interwencji jednej lub drugiej z tych metod. Można nią uzyskać często bardzo wiele; przedłużenie życia na różnie długi czas przy pozorach wyleczenia, zagojenie rozległych owrzodzeń, niezmiernie przykrych dla chorego i dla otoczenia, ustąpienie bólów i t. p. Ma ona również swoje wskazania i przeciwwskazania, które trzeba dobrze znać, bo jeśli do klinicznego obrazu nieuleczalnego nowotworu dojdzie uszkodzenie wskutek niepotrzebnie czy nieodpowiednio stosowanej radjoterapji, o co przy złym stanie ogólnym takich chorych łatwo, to los ich jest naprawdę ciężki.

Z tych więc wszystkich powodów radjoterapja nowotworów złośliwych, powinna być stosowana tylko przez zespół wysoce ukwalifikowanych lekarzy, w specjalnych, wystarczająco materjalnie wyposażonych Zakładach.

Że tylko przez zgrupowanie środków materjalnych i kompetencyj lekarskich można otrzymać wyniki, dowodów niestety brak. W Ameryce gdzie każdy lekarz może sobie wypożyczyć w firmie handlowej potrzebną ilość radu lub kupić jego emanację, by samemu przeprowadzić leczenie u swego chorego, wyniki tego są opłakane i zdyskredytowały tylko radjoterapję nowotworów złośliwych w oczach lekarzy i publiczności. Zresztą nietylko w Ameryce.

Nie wystarczy nabyć trochę radu lub zmontować aparat Roentgena żeby zostać radjoterapeutą.

Toteż obok tych ogólnych wskazań które podałem, w konkretnym przypadku nowotworu złośliwego który mógłby być leczony chirurgicznie lub radem czy Roentgenem, zdaniem R e g a u d najpierw trzeba wziąć pod uwagę jaki chirurg względnie jaki radjoterapeuta leczyłby chorego i dopiero wtedy wybierać metodę.

Radjoterapja nowotowrów złośliwych, chociaż jeszcze daleka od wyzyskania wszystkich możliwości, jest już dziś niesłychanym postępem w medycynie. Świadczą o tem setki chorych tutejszego Instytutu i podobnych Zakładów, wyleczonych od wielu lat z ich raka języka, szyjki macicy, podniebienia i t. p. nie licząc już raków skórnych. Musi jednak być postawiona na odpowiednim poziomie, gdyż w przeciwnym razie zamiast być dla chorych ratunkiem i dobrodziejstwem łatwo może stać się w poszczególnych przypadkach nawet ich nieszczęściem.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Franciszek NARÓG, były st. aystent. Lwów.

Błonica brzegu powiek o rzadkiej postaci krostkowo-pęcherzykowej.
(Blepharitis pustulosa diphterica).

Z kliniki okulistycznej U. J. K. i Szpitalika Św. Zofji we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Błonica u dzieci występuje najczęściej na spojówkach powiekowych w postaci zapalenia błoniczego spojówek, a na skórze powiek tworzy nieraz powierzchowne owrzodzenie w postaci blaszek t. z. plaques, albo powstają głębokie owrzodzenia ze zgorzelą znacznych części skóry powiekowej. Nie mam zamiaru przytaczać tutaj typowego obrazu zapalenia błoniczego spojówek ocznych, ale ograniczę się tylko do dokładnego opisu przypadku błonicy w postaci zapalenia brzegu powiek krostkowo-pęcherzykowej, opisu bowiem tej postaci w dostępnej mi literaturze okulistycznej nie spotkałem, natomiast w podręczniku chorób skórnych Prof. Krzyształowicza spotkałem wzmiankę o przypadku Füllenbaumówny pierwotnej błonicy sromu u kobiety pod postacią wysypki krostkowo-pęcherzykowej. Tu i ówdzie widoczne były małe ropne pęcherzyki, które należało uważać za wykwity pierwotne i większe powstałe ze zlania drobnych, prócz tego nacieki i wrzody. Nasz przypadek przypomina jej przypadek, a ze względu na swój atypowy przebieg zasługuje na szczegółowe uwzględnienie i jako taki przedstawiłem go na Kółku Szpitalnem w grudniu 1924 roku.

Historja choroby: L. 19. r. 1924. Szpitalik Św. Zofji. Józwa Janina, 9 lat, zamieszkała w Lewandówce. Przyjęta 27. X. 1924. Chora na lewe oko od 3 dni, na prawe oko od 2 dni, żadnych chorób nie przechodziła, rodzina zdrowa. Stan w chwili przyjęcia: 27. X. 1924. O. p. W kąciku wewnętrznym na brzegu górnej powieki w zewnętrznym rąbku u nasady rzęs widać 5 pęcherzyków białych wielkości małej główki szpilki. Na brzegu dolnej powieki, naprzeciw zmian na górnej powiece, widoczne również białe pęcherzyki zlewające się ze sobą, zajmujące nieco mniejszą przestrzeń niż na powiece górnej. Gałka oczna bez zmian.

O. l. Powieka górna i dolna nieco obrzękłe, na górnej powiece po stronie zewnętrznej tuż przy rowku podtarczkowym biały pęcherzyk na skórze wielkości dużego łebka szpilki. Na całym brzegu powieki górnej i dolnej w okolicy cebulek rzęs znajdują się białe, okrągłe pęcherzyki, zlewające się miejscami ze sobą. Rąbek wewnętrzny brzegu powiek czysty, skóra powieki dolnej jest w połowie zajęta naciekami krostkowo-pęcherzykowemi. Spojówki powiek są lekko zaczerwienione. Temperatura bez zmian.

30. X. Zmiany na brzegu powieki górnej w kąciku wewnętrznym ustąpiły, natomiast wytworzyły się trzy świeże pęcherzyki na brzegu powieki po stronie zewnętrznej. Pęcherzyki na brzegu powieki dolnej oczyściły się.

Oko l. jak wyżej, prócz tego wystąpiły liczne świeże pęcherzyki na powiece górnej i na lewym policzku poniżej powieki dolnej.

W tworzeniu się pęcherzyków było charakterystyczne, występujące pierwszego dnia zaczerwienie okrągłe, punkcikowate, wyniosłe, drugiego dnia zaczerwienienie to przechodziło w okrągły pęcherzyk z hallo czerwonym dokoła. Następnie pęcherzyki zlewały się i tworzyły powierzchowny naciek w skórze.

Po kilku dniach około 5 dni pęcherzyki zamieniały się w ciemno-szare strupki, po zerwaniu których rana broczyła krwią. Obok strupków widziało się świeże pęcherzyki, które zajęły część lewego policzka i imitowały wyprysk. Zejściem strupków były delikatne blizenki. Zmiany na powiekach utrzymywały się do 2 tygodni, na policzkach do 3 tygodni. Obraz pęcherzyków przypominał ospicę krowiankową i przypadek ten w początkach był w tym kierunku podejrzany.

W drugim tygodniu choroby wystąpiły na lewem oku objawy kataralne w postaci wydzieliny śluzowo-łzowej z wydalaniem niteczek fibryny. Spojówki powiek były przez cały czas lekko zaczerwienione bez żadnych nalotów. Spojówki gałek ocznych były prawidłowe, a po 2 tygodniach wystąpiło na spojówce gałkowej oka lewego nastrzykanie spojówkowe.

Wobec uporczywego stanu chorobowego przez 2 tygodnie i odnawiania się pęcherzyków posłano chorą do Zakładu Higjeny, celem zbadania bakterjologicznego w dniu 9. XI., gdzie wzięto wydzielinę z worka spojówkowego i z pęcherzyków.

W dniu 10 XI. 1924 otrzymano odpowiedź z Zakładu Higjeny pod L. 1514. „W preparatach gramowych oraz błękitem metylenu liczne leukocyty, nieliczne gramo-dodatnie koki i pojedyńcze gramo-dodatnie laseczki. Na surowicy Löfflera dość liczne kolonje bac. dyphteriae. Wykazano obecność dyfterji".

13. XI. Prym. Quest zbadał chorą i nie znalazł zmian ani w gardle, ani w błonie śluzowej nosa, prócz lekkiego zaczerwienienia.

14. XI. Zrobiono próbę Schicka na Klinice dziecięcej zapomocą toksyny błoniczej 1:3000 z wynikiem dodatnim t. z. wystąpiła reakcja na miejscu wstrzyknięcia, a więc okazał się brak antytoksyn we krwi.

Wobec tego za poradą internistów wstrzyknięto 2.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej, które miały być wystarczające wobec braku ogólnych zmian błoniczych. Temperatura tak przed wstrzyknięciem jak i po wstrzyknięciu utrzymywała się stale w granicach prawidłowych. Po 2 dniach po wstrzyknięciu na brzegach powiek i na twarzy pozostały tylko kuliste blizny wielkości ziarnka prosa i soczewicy, a gałki oczne były blade. Przed wstrzyknięciem surowicy przeciwbłoniczej posłano chorą poraz drugi do Zakładu Higjeny, celem zbadania wydzieliny z błon śluzowych nosa i gardła. Nadesłana odpowiedź pod L. 1546 22. XI. 1924 opiewa: „W preparatach gramowych z wydzieliny z nosa śluz, liczne leukocyty, nieliczne gramo-dodatnie laseczki i dość liczne gramo-dodatnie koki i gramo-negatywne laseczki. W preparatach z wydzieliny z gardła nieco śluzu, pojedyncze leukocyty i gramo-dodatnie koki. Na surowicy Löfflera liczne kolonje stafilokoka białego i laseczek dyfterji. Zaszczepiona świnka morska hodowlą dyfterji zareagowała dodatnio. Stwierdzono obecność prawdziwej dyfterji w wydzielinie z nosa".

Przez 15 dni po wstrzyknięciu była tylko nieznaczna wydzielina łzowa z oka lewego, pozatem oczy były prawidłowe.

30. XI. zauważono jednakowoż na brzegu powieki dolnej oka prawego u nasady rzęs 3 punkciki czerwone w postaci krostek. Na drugi dzień krostki te zmieniły się w pęcherzyki z hallo czerwonym dokoła. Wobec odnowienia się choroby zrobiono powtórnie próbę Schicka z wynikiem ujemnym, bez reakcji t. z., że były antytoksyny we krwi. Poraz trzeci badanie w Zakładzie Higjeny wydzieliny z nosa wykazało na preparatach gramo-dodatnie laseczki.

Wskutek wznowienia się objawów chorobowych wstrzyknięto powtórnie chorej 2. XII. 24 najpierw 1 cm^3 surowicy z obawy przed szokiem anfilaktycznym, a następnie 4,000 jednostek surowicy. Po 2 dniach pęcherzyki pokryły się strupkami, po zejściu których zostały blizenki, a następnie przez 2 tygodnie stan oczu był prawidłowy i chorą wypisano w dniu 13. XII. 1924.

Wobec wyniku badań bakterjologicznych, kilkakrotnie przeprowadzonych, mamy niewątpliwie do czynienia z dyfterją.

Uderza nas w tym przypadku: 1) Dlaczego błonica nie rozwinęła się na błonach śluzowych, które są miejscem podatnym, pomimo braku antytoksyn we krwi, jak to wykazała próba Schicka. 2) Dlaczego był brak objawów ogólnych. 3) Charakterystyczne umiejscowienie na powiekach w postaci zapalenia brzegu powiek krostowo-pęcherzykowej.

Jeżeli sobie uprzytomnimy schorzenia błonicze oka, to przebiegają one typowo pod postacią zapalenia spojówek powierzchownego t. j. krupowego, lub głębokiego t. j. dyfterycznego. Tworzą się przytem błony na spojówce. W postaci powierzchownej rzekome błony są umiejscowione na spojówce powierzchownie, w postaci głębokiej przychodzi do głębokich nacieków i do martwicy nabłonka i głębszych warstw spojówkowych. Po zerwaniu błony martwiczej powstaje ranka krwią brocząca.

W przebiegu rozróżniamy 3 okresy: a) okres nacieczenia, kiedy powieki są silnie obrzękłe, spojówki naciekłe tak, że powiek nie można odwrócić; b) okres wydzieliny surowiczej i podobnej do ropnej; c) okres blizn, kiedy może przyjść do skrócenia załamka i zrostów t. z. symblepharon. Jako powikłania występują wrzody na rogówce i może przyjść do zupełnego zropienia rogówki w przebiegu ostrym. Od schorzeń dyfteryjnych-błoniczych, należy odróżnić schorzenia dyfterytyczne, błoniaste, które mogą być również wywołane przez inne bakterje. Ostre schorzenia dyfteryjne spojówek należą do najostrzejszych, jakie można spotkać w razie gwałtownego przebiegu, podobnie jak zapalenie spojówek rzeżączkowe, mogą mieć jednak też przebieg bardzo łagodny pod postacią nieżytów spojówek. Występują one najczęściej między 1—4 rokiem życia. Później przebieg jest łagodniejszy.

W naszym przypadku stosowano od początku u chorej miejscowo maść borową i krople cynku, prócz tego naświetlano promieniami pozafiołkowemi lampą typu Birch-Hirschfelda.

Na postawione pytanie dlaczego błonica nie rozwinęła się na błonach śluzowych pomimo obecności laseczników i braku antytoksyn we krwi, musimy zadowolnić się dotychczasowym stanem wiedzy o odporności. Znaną jest bowiem rzeczą, że u osobników zdrowych znajdują się drobnoustroje na skórze i na zewnętrznych błonach śluzowych i przebywają tam w stanie współżycia z ustro-

jem. Mogą to być osobniki, które przebyły odnośną chorobę, lub też osoby zdrowe, które danej choroby nie przebywały, a zaraziły się wprost od chorego lub pośrednio. Są to tak zwani roznosiciele i wydzielacze, którzy latami mogą wydzielać zarazki chorobotwórcze i być stałem źródłem zakażenia dla innych, jadliwość bakterji u nich nie widoczna może wystąpić ostro u innych osobników. W naszym przypadku osobnik nieuodporniony, jak to wynikało z próby Schicka, był roznosicielem bakterji. Odporność uzyskał dopiero po wstrzyknięciu 2,000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej, gdyż druga próba Schicka wypadła ujemnie. Po drugie osobnik lat 9 był już w wieku odporniejszym na laseczniki błonicy, gdyż najostrzej przebiega zakażenie u osobników między 1—4 rokiem, w późniejszym zaś wieku jest się odporniejszym. To poniekąd tłumaczyłoby nam również drugie pytanie, mianowicie brak objawów ogólnych.

Charakterystyczne umiejscowienie się zmian na powiekach w postaci zapalenia brzegu powiek krostkowo-pęcherzykowej należałoby sobie tłumaczyć tem, jak przypuszczam, że przyszło tu do zadziałania nie samych laseczników błonicy, ale również innych mikroorganizmów, za czem przemawia stwierdzenie koków gramo-dodatnich na preparatach, zwłaszcza stafilokoka białego. One to musiały wywołać uszkodzenie naskórka, a laseczniki błonicy współdziałały wraz z nimi dając charakterystyczny obraz zapalenia krostkowo-pęcherzykowego. Było to zatem zakażenie mieszane przez dołączenie się do jednego zarazka chorobotwórczego zarazka innego lub kilku innych. Wiadomem bowiem jest, że obecność pewnych ciał przemiany materji zarazka jednego ułatwia rozwój zarazka drugiego, lub odwrotnie zakażenie jednym zarazkiem może wpłynąć powstrzymująco na wzrost drugiego zarazka.

Nawrót zapalenia po 2 tygodniach po wstrzyknięciu surowicy mógłby popierać przypuszczenie, że 2.000 jednostek zapobiegawczych surowicy były niewystarczające dla roznosiciela bakterji. pomimo, że chory miał antytoksyny we krwi, jak to wykazała druga próba Schicka po wstrzyknięciu surowicy. Dopiero wstrzyknięcie 4,000 jednostek surowicy zakończyło proces chorobowy. Normą zatem przy ogólnem leczeniu powinno być: 100—500 jednostek na kg wagi.

Przypadek sam zasługuje na wyszczególnienie z powodu swej atypowej postaci zapalenia brzegu powiek błoniczego, krostkowo-pęcherzykowego u roznosiciela bakterji przy niezmienionych spojówkach ocznych.

Przeglądnąwszy piśmiennictwo odnośnie do błonicy nie natrafiłem na analogiczny przypadek, natomiast spotkałem uwagi o wypryskach, towarzyszących błonicy, mianowicie Butler stwierdził w 2 przypadkach przy błonicy spojówek krostkowy wyprysk na powiekach, a Lotz twierdzi, że lekkie postacie zapaleń spojówkowych mają ciężki wyprysk na twarzy i głowie. Uhthoff i Fränkel wykazali przy błonicy spojówek w równocześnie istniejących krostach wypryskowych laseczniki błonicy.

Piśmiennictwo.

Nowicki. Anatomja patologiczna. 1929. — Krzyształowicz. Choroby skóry. 1926. — Füllenbaumówna. Pol. Gaz. Lek. 1925. — Lichtenstein. Klin. Mon. f. Augenh. Bd. 63. S. 684. 1919. — Eppenstein. Zeitschr. f. Augenh. Bd. 32. S. 16. 1914. — Axenfeld. Die Bakteriologie in der Augenheilkunde. 1907. — Schreiber. Die Erkrankungen der Augenlider. 1924. — Ziemiński. Recueil d'Opht. p. 529. 1886. — Lotz. Inauguration-Dissert. Basel. 1887. — Uhthoff. Berlin. Klin. Wochenschr. N. 11. 1893. — Valude. Annal d'okulist. T. III. p. 92. 1894. — Gosetti, Jona. Nota preventiva. Riforma med. 4. S. 543. 1897. — Steffens. Klin.Mon. f. Augenh. S. 339. 1901. — Butler. Ophtalmoscope. p. 813. 1911. — Römer. Sammlung zwang. Abhandl. v. Vossius. 1899. — Vix. Inaugur. Dissert. Jena. 1903. — Plaut. Klin. Mon. f. Augenh. S. 35. 1900. — Lust. Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. 1927. — Graefe-Saemisch. B. 5. 1904. — Groenouv. Beziehungen. 1920. — Possek. Klin. Mon. f. Augenh. B. 45. S. 211. 1907. — Morax. Ann. d'Okulist. T.127. 1902. — Steffens. Klin. Mon. f. Augenh. S. 35. 1900. — Pes. Zeitschr. f Augenh. B. 12. S.438. 1904. — Reiss. O chorobach zakaźnych oczu.

Dr. Aleksander ZIENKIEWICZ, kierownik szpitala. Łokacze.

Cięcie cesarskie z powodu blizn pochwy przy płodzie niedonoszonym.

Dnia 14 sierpnia1927 r. do szpitala zgłosiła się mieszkanka m. Łokacz, p. T. M., lat 35, wyznania mojżeszowego, jako rodząca. *Anamnesis.*

Mając lat 12 przechodziła ospę naturalną, a w rok potem błonicę.

Miesiączkowanie rozpoczęła w 15-ym roku życia, które się odbywało co 4 tygodnie po 2 dni.

Dziedzicznie niczem nie obarczona; chorób wenerycznych nie miała. Coitus normalny bezbolesny.

Pierwszy poród w 1919 r. — siłami natury; płód martwy.

Drugi poród, również siłami natury; płód martwy.

Przy obu porodach, z pierwszemi bólami, odchodziły wody płodowe i dopiero na trzeci dzień rodziło się dziecko.

Po drugim porodzie chora odczuła pewne dolegliwości w kroczu. Zwróciła się więc do lekarza w Warszawie, który stwierdziwszy blizny w pochwie, — usunął je, zaznaczając, iż normalnego połogu nadal nie będzie miała.

W 1923 r. (po wyżej wymienionym zabiegu) p. M. T. ponownie zaszła w ciążę, lecz płodu nie donosiła z powodu poronienia, które nastąpiło na 5-ym miesiącu. Wobec znacznego krwotoku macicę wyskrobano w tutejszym szpitalu.

Podczas zabiegu stwierdziłem w odległości 6 cm od wejścia do pochwy przegrodę twardą mało podatną, rozdzielającą pochwę na dwie części; u góry przegrody otwór owalny, przepuszczający palec wskazujący.

W 1924 r. nastąpił poród, który się nie mógł już odbyć siłami natury.

Na trzeci dzień porodu nacięto blizny, wymiażdżono główkę i płód usunięto częściami. Zabieg robiono w innym szpitalu.

W 1927 r. p. M. T. poraz piąty zaszła w ciążę, mając ostatni perjod 7 lutego, a dnia 14 sierpnia zgłosiła się do szpitala po pierwszem odejściu wód płodowych.

W 5-ym miesiącu była badaną przez Prof. Sołowija, który stwierdził, iż p. M. T. żywe dziecko mogłaby mieć jedynie przy zastosowaniu cięcia cesarskiego.

W dniu więc 14 sierpnia 1927 r. p. M. T. przybyła do mnie po pierwszem odejściu wód płodowych. *Status praesens.*

T. 36,6, tętno miarowe 110 uderzeń na minutę — granice serca powiększone do linji sutkowej; tony serca przygłuszone z akcentem na *art. pulmonal.* Budowa ciała prawidłowa; mierne otłuszczenie brzucha i kończyn. Pozatem żadnych zmian patologicznych.

Wymiar miednicy: Obwód 93 cm; odległość między *spina anter. sup. os ilei* 26 cm. *Distantia trochanterica* 31,5 cm. *Conjugata externa* 21 cm.

Przy badaniu przez pochwę stwierdziłem ten stan rzeczy, który był wyżej opisany, z tą jednak różnicą, iż blizny były większe i twardsze. Poza przegrodą część pochwowa macicy rozpulchniona. Ujście rozwarte na pół palca. Główka ruchoma nad wchodem. Macica odpowiadająca 7 mies. ciąży. Wody płodowe odeszły dwa razy w nieznacznej ilości.

Przyjmując pod uwagę anamnezę chorej, a szczególnie tą okoliczność, iż wody płodowe stale odchodzą z pierwszymi bólami, poczem bóle ustają i poród zaciąga się na trzy dni, jako też blizny pochwy, które stanowiły znaczną przeszkodę, nawet dla wydobycia płodu niedonoszonego, oraz gorące pragnienie chorej mieć dziecko, (groziła jej separacja), postanowiłem zastosować cięcie cesarskie. W uśpieniu eterowem dokonałem cięcia po linji środkowej, macicę rozciąłem w części dolnej, wydobywając żywy płód i łożysko. Powłoki zeszyłem na głucho. Dziecko płci męskiej, wagi 1650 gr (dokładnych wymiarów nie robiłem). Łożysko małe, przyczepienie pępowiny centralne, bez zmian patologicznych.

21 sierpnia wyjęto szwy; rana pooperacyjna zagoiła się dobrze. Chora nie gorączkowała. Na drugi i trzeci dzień po operacji silne bóle macicy, które następowały jedne po drugich, prawie w normalnych odstępach czasu i to z takiem nasileniem, iż zmuszony byłem zrobić dwa razy zastrzyk 1% roztworu *Morph. muriat.* Szpital chora opuściła 8 września zupełnie zdrowa. Przetrzymałem ją w szpitalu dłużej ze względu na dziecko, które nie miałoby należytej opieki i prawidłowego odżywiania w domu. W dniu odejścia ze szpitala p. M. T. — dziecko ważyło 2.200 gr.

Obserwuję dziecko i matkę przez $1^1/_2$ roku; dziecko rozwija się prawidłowo, matka jest całkowicie zdrową.

Postępowanie moje było nieco za śmiałe, gdyż narażałem życie matki, nie będąc pewnym, czy wydobyte dziecko będzie zdolne do życia. Innego wyjścia jednak nie było.

Wiemy z literatury i podręczników (Rosner), iż choroby infekcyjne, jak ospa, dur, błonica, i t. d. mogą powodować blizny w pochwie, a niekiedy i całkowite jej zarośnięcie. Jakie zrobiła spustoszenia ospa i błonica w pochwie w opisanym przypadku trudno powiedzieć, gdyż żaden z lekarzy ją przedtem nie badał. Odbyte następnie porody, usunięcie blizn, oraz nacięcia ich, wytworzyły bliznę niemożliwą dla odbycia porodu *per vias naturales* przy zupełnie prawidłowej miednicy.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Warszawa, dnia 17 listopada 1928 r.
Nr. OHfiz. 1029/28.

Noszenie książek i zeszytów w tornistrach.

(Okólnik Minist. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego).

Obserwacje nad dziatwą szkolną wykazały, że noszenie książek i zeszytów w teczkach, w paskach, pod pachą, przynosi szkodę organizmowi dziecka, gdyż, zwłaszcza przy większym ciężarze książek i przy noszeniu jednostronnem, sprzyja chorobliwemu skrzywieniu kręgosłupa, pozatem zajęcie w tych razach rąk tamuje swobodę ruchów np. przy wchodzeniu do tramwaju, do wagonu, w razie poślizgnięcia się, a podczas mrozów ręce w tych przypadkach łatwo ulegają odmrożeniu.

Wobec tego polecam przedsięwzięcie wszelkich środków, by dziatwa nie potrzebowała nosić z domu do szkoły i z powrotem zbyt dużej liczby książek i zeszytów, by, o ile to okaże się możliwem, część pomocy naukowych, zbędnych w domu, pozostawała w klasie w zamykanych szafach (w budynkach murowanych można do tego wykorzystać specjalne wgłębienia w ścianach, zamykane jak szafy).

Co się tyczy sposobu noszenia książek i zeszytów, to nauczyciele na konferencjach rodzicielskich powinni uświadamiać opiekę domową o szkodliwościach, płynących dla zdrowia dziatwy wskutek niewłaściwego noszenia książek i zeszytów, i zalecać, by zaopatrywała dzieci w tornistry (z grubej tektury, ceraty, skóry i t. p.). Przy zalecaniu tego sposobu noszenia książek podnieść należy, że noszenie tornistra, ewentualnie plecaka, sprzyja równomiernemu obciążeniu kręgosłupa i czynności jego mięśni wyprostnych, ułatwia zachowanie prawidłowej podstawy, umożliwia swobodne używanie rąk, a w razie zbyt niskiej ciepłoty powietrza pozwala na zabezpieczenie ich od odmrożenia.

Zechcą pp. Kuratorowie podać powyższe zalecenie do wiadomości dyrekcyj i kierownictw szkól, pp. inspektorów szkolnych oraz ogółu nauczycielstwa, zaznaczając, iż noszenie tornistrów powinno głównie dotyczyć dziatwy szkół powszechnych oraz gimnazjum niższego.

Podsekretarz Stanu: (—) *Sł. Czerwiński.*

Warszawa, dnia 11 marca 1929 r.
Nr. I - WF - 1678/29.

Zmiana obuwia w szkołach.

(Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do Kuratorjów wszystkich Okręgów Szkolnych, do Wydziału Oświecenia Publicznego w województwie Śląskiem i do Liceum Krzemienickiego).

Spostrzeżenia lekarzy szkolnych wykazały, że do najczęstszych schorzeń dziatwy i młodzieży w wieku szkolnym, które w sumie powodują największą liczbę opuszczeń dni szkolnych, należą tak zwane przeziębienia. A jako przyczynę różnych zapaleń gardzieli (angin), katarów dróg oddechowych, katarów uszu z wtórnem osłabieniem słuchu, różnych cierpień reumatycznych, powikłanych niekiedy nawet schorzeniami serca — lekarze szkolni uważają parogodzinny pobyt dziatwy w szkole w zamokłem od śniegu lub deszczu obuwiu, z wilgotnemi, ziębniętemi nogami.

Dodatkowo lekarze szkolni i nauczyciele zaznaczają, że podobny stan stóp wpływa ujemnie na krążenie krwi w organizmie dziecka, na jego zdolność do skupiania uwagi, i zmniejsza wydajność jego pracy umysłowej.

Pozatem badania bakterjologiczne wykazały, że powietrze w tych szkołach w których dziatwa szkolna zmienia obuwie i nosi pantofle, jet o wiele czyściejsze, gdyż nie wnosi ona na obuwiu do izb szkolnych ulicznego brudu i kurzu z różnemi zarazkami.

Zauważono również, że dziatwa, która zmienia w szkole obuwie, chętnie czyni to samo u siebie w domu, przez co przyczynia się do propagandy tego higjenicznego zwyczaju wśród swoich domowników.

Mając to wszystko na uwadze, w trosce o zdrowie dziatwy i młodzieży szkolnej, Ministerstwo zaleca, by gdzie tylko warunki na to pozwalają, a więc przedewszystkiem tam, gdzie można znaleść pomieszczenie na przechowanie obuwia i gdzie miejsca ustępowe znajdują się w samym budynku szkolnym, dziatwa i młodzież szkolna w okresie od dnia 1 listopada do dnia 1 kwietnia po przyjściu do szkoły zdejmowała obuwie i wkładała pantofle, choćby najskromniejsze, sposobem domowym lub na lekcji robót ręcznych z resztek materjałów sporządzone.

Pantofle należy co pewien czas wietrzyć i trzepać.

W dostarczaniu niezamożnej dziatwie pantofli mogłyby przyjść z pomocą i dozory szkolne.

Uregulowanie w szczegółach zaleceń okólnika Ministerstwo pozostawia się administracji szkolnej.

Podsekretarz Stanu: (—) *Sł. Czerwiński.*

Protokół posiedzenia Zarządu Związku Przeciwwenerycznego z dnia 3 stycznia 1929 r.

Obecni: Prof. Krzysztalowicz, Dr. I. Adamski, Dr. L. Wernic, Dr. J. Reise, Dr. M. Wowkonowicz, Dr. W. Borkowski.

1) Przyjęto protokół z posiedzenia z dnia 23 grudnia 1928 r.

2) Uchwałę Kasy Chorych m. Warszawy, zgłoszoną przez delegata Kasy Chorych i członka Zarządu Związku Przeciwwenerycznego dra Jerzego Reise, zreasumowano, stwierdzając, że podpis b. naczelnego lekarza Kasy Chorych m. Warszawy Dr. Franciszka Grodeckiego na statucie Związku Przeciwwenerycznego uważać należy, jako podpis przedstawiciela Kasy Chorych m. Warszawy, mocą którego Kasa Chorych m. Warszawy jest członkiem założycielem Związku.

3) Uchwalono podzielić całokształt działalności Związku Przeciwwenerycznego na następujące działy:

Dział I. leczniczy, którego kierownictwo powierzono drowi Marjanowi Wowkonowiczowi;

Dział II. organizacyjno - społeczny — kierownictwo powierzono drowi Janowi Adamskiemu;

Dział III. wydawniczo - propagandowy — kierownictwo powierzono drowi Leonowi Wernicowi.

4) W sprawie podania o subwencję na cele leczenia dziewcząt upadłych w zakładzie wychowawczym „Przystań" w Henrykowie uchwalono zbadać działalność tej instytucji przez delegatów Związku.

5) Sprawę zgłoszenia akcesu przez Związek w charakterze członka „L'Union Internationale contre le péril vénérien" powierzono Działowi III.

6) Ustalenie terminu walnego zebrania Związku uchwalono odłożyć.

7) Uchwalono ustalić, jako termin ostateczny wpłacania składek członkowskich za rok 1928, dla Kasy Chorych dzień 1 marca 1929 r., dla innych instytucyj — ustalić dzień 1 marca 1929 r. jako termin ostateczny wpłacania składek członkowskich, przypadających za rok 1929.

8) Uchwalono stałe pobory dla sekretarza w wysokości 150 zł miesięcznie, począwszy od dnia 1 lutego 1929 r., oraz djety wyjazdowe w wysokości 15 zł za każdą dobę.

Sekretarz: (—) *Borkowski.*

Przewodniczący: (—) *Fr. Krzyształowicz.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom IX, zeszyt 5—6, z r. 1929: Bożydar Szabuniewicz: Śledziona a leukocytoza trawienna. — Bożydar Szabuniewicz: Odruchowe powstanie leukocytozy trawiennej. — J. Kolago: Badania bakterjologiczne nad zakażeniami jelitowemi o osobliwym przebiegu klinicznym, z bakterjemją u dzieci od lat 2-ch. — Jul. Brill i Zygmunt Szymanowski: Przyczynki doświadczalne do sprawy antivirus Besredki. — F. Goebel: Wpływ tarczycy na blokadę układu siateczkowo - śródbłonkowego. — St. Kon: Wartość odżywcza tuberyny, globuliny kartofla. — Ludwik Abramowicz i Andrzej Biernacki: Odczyn skórny w twardzieli. — M. Rosnowski: Rozkurcz komory w elektrokardjogramie. — Jadwiga Dzwonkowska: Badania nad fagocytozą. O humoralnem przewodzeniu nerwu błędnego na fagocytozę. — Jerzy Kaulbersz: Jodek wapnia jako środek naczyniowo - sercowy. — St. Blank - Weisberg i B. Kassur: Z badań nad działaniem środków do tępienia larw komarów. — Zenon Karłowski: Działalność Oddziału Pasteurowskiego w r. 1927. — Mianownictwo polskie z zakresu serologji i mikrobiologji, opracowane przez Komisję, wybraną na I Zjeździe mikrobiologów polskich w Warszawie.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 4, za kwiecień 1929: Kaz. Stołyhwo: Punkty kraniometryczne. — Cz. Skotlewski: Uchwyt zawiasowy w dostawce kauczukowej.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 5, z maja 1929: J. Żurowski: Początki ludzkiej kultury na obszarze Polski zachodniej. — E. Stenz: Zorze polarne. — J. Labadić: Torf jako ekonomiczne paliwo dla silników samochodowych.

Medycyna, rok III, nr. 17—18, z 25 maja 1929: K. Kaczyński: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach świeżych ran. — J. W. Grott: Borowina krajowa w leczeniu domowem. — Wł. Mikułowski: Biegunka śmiertelna z melanodermją i porfinyrurją u oseska. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — R. Markuszewicz: O działalności naukowej ś. p. Dr. Adama Wizla.

Położna, rok II, nr. 6, za czerwiec 1929: M. Brand: Kilka uwag o krzywicy (dok.). — J. Dorawski: Nasze zdrojowiska. M. Haber: Gruźlica i urządzenia społeczne do walki z nią.

Wiadomości lekarskie, rok II, nr. 5, z maja 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — Edward Elster: Z problemu ubezpieczeniowego. — Wł. Garbicz: Zastosowanie Isacenu Roche'a w ginekologji i położnictwie. — S. Lehm: O kilku rzadszych postaciach ostrego zapalenia migdałków.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VIII, zeszyt 2, z r. 1929: Z. Leńko: Leczenie chirurgiczne chorób sterczu. — T. Byszewski: O podskórnych urazowych pęknięciach nerki. — B. Endelman: O podwójnych nerkach i moczowodach. — Br. Szerszyński: Z kazuistyki ciał obcych pęcherza. — W. Dobrzaniecki: O plastycznej operacji stulejki sposobem L. Dartigues'a i E. Roucayrola. — Z. Radliński: Rozpoznanie guza żołądka w przypadku guza nerki lewej. — Z. Sławiński: Wrażenia z wycieczki do Ameryki Północnej.

Gruźlica, rok IV, nr. 2, za marzec-kwiecień 1929: Zawadowski: Znaczenie radjodjagnostyki we wczesnych okresach gruźlicy u dorosłego. — P. Martyszewski: O sanatoryjnem leczeniu suchot płucnych. — J. Misiewicz: Zasady leczenia wypoczynkowego gruźlicy płuc: wskazania, dawkowanie. — Gruźlica i walka z nią w 26 państwach. — Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za r. 1928.

Wiedza Lekarska, rok III, zeszyt V, z maja 1929: H. Sparrow: Współczesny pogląd na zasady dezynfekcji. — B. Rubinstein: Kilka uwag w sprawie helminthiasis.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, rok III, nr. 11, z 1 czerwca 1929: Związek Lekarzy Państwa Polskiego w roku 1928—1929. — Sprawozdanie Zarządu Głównego. — Bank lekarzy. — Z. Rudolf: Sprawa mieszkaniowa jako zagadnienie państwowe.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 22, z 2 czerwca 1929: I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — E. Sieliwanow: Otrzymanie ferri sesquichlorati do preparacji cukrzanu żelazowego. — J. Muszyński: Wycieczka farmakognostyczna po Europie. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przemysł Chemiczny, rok 1929, nr. 11, z czerwca 1929: T. Chrząszcz, A. Kłodnicki i J. Suchodolski: Skład chemiczny i własności degustacyjne spirytusu z gorzelń rolniczych. — T. W. Jezierski: W sprawie utworzenia Centralnego Laboratorjum Analityczno-Chemicznego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 22—23, z 6 czerwca 1929: M. Goldbaum: Leczenie gośćca, dny i nerwobolów szczepieniami skórnemi „Cutivaccin Paul" (dok.). — W. Szenwic: W sprawie postępowania leczniczego w przypadkach położenia twarzyczkowego. — Wł. Sterling: Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych (dok.). — B. Goldstein: Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów (streszcz. zbior.). — Z. Srebrny: Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej. — A. Ciągliński: Statystyka lekarska i statystyka sanitarna.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů českých.

1929, str. 21.

Dr. Jan Bądal: *Leczenie skurczów dodatkowych Ephedrin'ą.* Autor podaje swoje korzystne wyniki, które uzyskał przy stosowaniu Ephetonin'y i Ephedrin'y w przypadkach skurczów dodatkowych. Środek ten okazał się cennym przedewszystkiem w tych przypadkach, w których cierpienie było spowodowane zmianami organicznemi w zakresie krążenia, lecz polegało na naruszeniu równowagi systemu nerwu sympatycznego i błędnego. Leczenie Ephetonin'ą jest korzystne z powodu: 1) możności doustnego jej stosowania 2) szybkiego i 3) dostatecznie długiego działania. W tych przypadkach, gdzie przyczyna zachorzenia jest znana, najważniejszą sprawą jest oczywiście usunięcie tej pierwotnej przyczyny. Znamy jednak cały szereg czynnościowych skurczów dodatkowych, których pochodzenie nie jest nam zupełnie znane a w których Ephedrin'a względnie Ephetonin'a uwalnia pacjenta od tego nieprzyjemnego cierpienia lub przynosi mu ulgę.

Praktický Lékař.

Nr. 24. 1928.

Prof. Dr. A. Trýb: *Kilka statystycznych dat o kile.*

Dr. Zahalkova: *O powstaniu blaszkowatego zapalenia opłucnej (Pleuritis lamellaris).* Przypadek przez autorkę opisany potwierdza przypuszczenie przez cały szereg autorów wyrażone (Assmann, Rach, Fleischner i in.), że blaszkowate zapalenie opłucnej może powstać, jako końcowy okres wysiękowego zapalenia opłucnej, gdy płyn dotarł aż do szczytu płuc. W obrazie roentgenologicznym widoczny jest cień pasowaty 2—3 mm szeroki, widoczny tylko w pewnem ustawieniu w pasze, od pierwszego żebra aż do zewnętrznej zatoki.

Dr. E. Glücksmann: *Luhačovice a leczenie chorób żołądka i dwunastnicy.*

Dr. V. Zoubek: *Luhačovice a leczenie chorób żołądka.*

Dr. K. Koldovský: *O wgojeniu się obcych ciał wewnątrz oka.*

Dr. J. Trauber: *Przyczynek do leczena ostrych zatruć.*

Pro domo nostra:

Dr. B. Albert: *Lekarze, szpitale i instytuty społeczno-lecznicze.*

Literatura, — Referaty.

Nr. 1. 1929.

Prof. Dr. V. Libenský: *Kiła aparatu krążenia.* Wskazówki praktyczne przy rozpoznawaniu aortitis, mesaortitis, „aortite syphilitique"[1]), aortitis posterior[2]) („formes thoraciques", „formes abdominales" i „forme diaphragmatique, intermédiaire").

Doc. Dr. H. Pelc: *Statystyka a medycyna.*

Prof. Dr. J. A. Čaučik: *Chlorowanie wody do picia, użytkowej i opadowej.* Ogólnie używaną metodą dezynfekcyjną wody jest chlorowanie płynnym chlorem metodą Dr. Ornsteina. Metoda ta polega na tem, że chlor, w postaci gazu, wypuszcza się wentylem redukcyjnym do naczynia, rozpuszcza się w małej ilości wody i tę się natychmiast i bezustannie odprowadza do wody, która ma ulec dezynfekcji. Działanie dezynfekcyjne występuje bardzo szybko. Przyrządy wyrabiane metodą Ornsteina, okazały się nadzwyczaj precyzyjnymi w dawkowaniu. W przypadkach w których koniecznem jest użycie większej koncentracji chloru, by uniknąć nieprzyjemny smak, należy mieszać wodę chlorową z niechlorowaną, albo użyć silnych wentylatorów, zaleca się w podobnych przypadkach używanie tlenku wodoru, tlenku siarczanego lub siarkowego[3]). Autor opisuje dokładnie sposób dostarczania wody chlorowanej w mieście Chicago. Przekonano się, że chlor, używany w małych dawkach do dezynfekcji, nie uszkadza ani rur, ani kurków, wodomierzy i t. d. Znaczenie chlorowania polega nie tylko na usunięciu z wody znacznych ilości drobnoustrojów chorobotwórczych, lecz i na otrzymaniu przy jego pomocy lepszej wody powierzchownej (przyjemnej w smaku).

Dr. V. Vondraček: *Farmakoterapja niektórych chorób środkowego układu nerwowego.*

Dr. Y. Kitek: *Rozpoznanie i leczenie nowotworów mózgu.* Leczenie nowotworu mózgowego jest bądź chirurgiczne, bądź konserwatywne przy pomocy promieni Roentgena, bądź też kombinowane. Gatelier (Uniwersytet paryski) podaje następującą statystykę po używaniu zabiegu chirurgicznego: 18% umiera natychmiast po operacji, 60% uczuwa ulgę, głównie przez działanie dekompresywne. Amerykanie podają przy leczeniu radykalnem jeszcze lepsze wyniki. Béclère entuzjazmuje się wynikami leczenia roentgenologicznego, głównie w przypadkach nowotworu podstawy mózgu np. przysadki mózgowej. Tullain radzi najpierw przeprowadzić trepa-

---

[1]) Termin używany przez cały szereg autorów francuskich (Fouget: „La syphilis du coeur et de vaisseaux sanguins").

[2]) Mongeot-Walser: „Les syndromes d'aortite postérieure" (1925).

[3]) W Ameryce przyrządy te wyrabia firma Wallace-Pierman. W Europie firma niemiecka „Chlorator" dawniej „Tryton".

nację dekompresywną a potem naświetlać promieniami X, ponieważ te bez użycia trepanacji, mogą zwiększyć jeszcze przynajmniej początkowo ciśnienie i tem stan chorego pogorszyć.

Dr. O. Kadlas: *Dermatitis eccematoides odkrytych części ciała u pracujących ze sianem.*

Dr. V. Fiala: *Leczenie niedokrewności złośliwej wątrobą.* Niewygoda leczenia wątrobą polega na tem, że w jakiejkolwiek postaci podawania „przejada" się i chory nie chce jej w żaden sposób dalej zażywać. Radzi zatem autor podawać w postaci wcierek. Prawdopodobnie najgłówniejszy składnik ergosteryna tą drogą również ulegnie wchłonieniu przez skórę. Przetwór ten nazwany „Opodermol" dostarcza firma „Medica" w Pradze.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwa francuskie.

Immunite.

Maj 1929.

Czy niepowodzenie w szczepieniu przeciw laseczn̄ikowi okrężnicy może posłużyć za wskazanie do appendektomji? Kwestja leczenia zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego pozostaje kwestją wciąż aktualną i jest ciągle tematem namiętnych dyskusyj.

Z jednej strony chirurdzy, opierając się na kilku wypadkach, spowodowanych przez zbyt długie wyczekiwanie, posługują się tym argumentem, by zalecać appendektomję prawie systematyczną.

Z drugiej strony lekarze a zwłaszcza gastro-enterolodzy, wzruszeni ciągle wzrastającą ilością okaleczonych i kalek przez zrosty jamy brzusznej pooperacyjne, żądają, by wskazania operacyjne były podawane z większą skrupulatnością. Często trudnem jest stwierdzenie po której stronie jest prawda, ale w każdym bądź razie nie należy przesadzać ani w jednym ani w drugim kierunku.

Ostatnio Dr. Mossé, w jednym ze swych artykułów, radzi systematyczne zniesienie wyrostka robaczkowego u wszystkich dzieci między 5 a 10 rokiem, wskazując na niebezpieczeństwo na które naraża zachowanie tegoż.

Jednak, jak to zauważy' Prof. Jean Lonis Fanze, zabieg ten systematyczny nie jest rzeczą możliwą tak ze względów moralnych jak materjalnych.

Nie może być mowy o appendektomji obowiązkowej, jak to się dzieje ze szczepionką ochronną przeciw ospie, albowiem niema prawa „qui tienne devant la brutalité d'une mort", (któreby przetrwało w obliczu brutalności śmierci). Otóż mimo postępy w chirurgji, śmiertelność, jak minimalną by nie była, niemniej istnieje. Mossé mówi w swym artykule o śmiertelności 1 na 5.000 — 1 na 10.000, a Prof. J. L. Faure uważa, że cyfry te są zbyt optymistyczne i że należałoby przyjąć śmiertelność 1 na 1.000. W tych warunkach niemożliwością jest myśl o przymusowej appendektomji.

Przypuśćmy na chwilę, że jest to przymusowe! Czyż byłoby to do zrealizowania?

Prawdopodobnie nie. Co rok znajduje się we Francji około 600.000 dzieci między 5 a 10 rokiem. Gdzieżby się znalazło tylu chirurgów by móc dokonać 600.000 zabiegów w ciągu jednego roku. W tych warunkach jest się zmuszonym wskazać konieczność operacji tylko wtedy, gdy są wątpliwości co do stanu wyrostka. Wystarczy podejrzenie zapalenia i im wcześniej chory zostanie poddany zabiegowi, tem większą mu się odda przysługę.

Taki jest pogląd wielu chirurgów, pogląd może trochę przesadzony i który obok wielu drobnych wyników, powoduje pewną ilość „péricolitis" pooperacyjnych.

Operując tych wszystkich, którzy cierpią mniej lub więcej w okolicy prawego boku jest rzeczą oczywistą, że się tem ułatwia ogromnie trudności djagnostyki, ale też się ryzykuje usunięcia wyrostka u chorych jedynie na „typhlocolitis".

Konsekwencją więc nieuchronną wprost byłoby wówczas utworzenie się zrostów pooperacyjnych i w następstwie, zły stan chorego w niczem nie ustąpiłby poprzedniemu.

Zresztą nie wszyscy chirurdzy są tego zdania, by systematycznie poddawano chorego zabiegowi, wielka część tychże żąda ścisłego rozpoznania.

Już nie żyjemy w tych czasach, kiedy wystarczało stwierdzić ból w punkcie Mac Burney'a, by postawić djagnozę appendicitis przewlekłego; wiemy teraz doskonale, jak należy być ostrożnym przy rozpoznaniu zapalenia ślepej kiszki. Badania radjologiczne są szczególnie cenne i pozwalają na dokładne umiejscowienie bólu w stosunku do caecum, i dla stwierdzenia sposobu napełniania się jak i opróżniania się wyrostka.

Badanie kału jest tak samo konieczne, albowiem pozwala na wykrycie stanu zapalnego kiszek, lub zaburzeń w czynnościach trawienia, a przedewszystkiem na znalezienie jajek pasorzytów, które, zamieszkując okolicę caecum, mogą się objawić w sposób podobny do appendicitis przewlekłego. Ostatnio (6. IV. 1929) Damaso de Rivas w „Journal of the American Médical Association" ogłasza wiele ciekawych obserwacji chorób pasorzytniczych jelitowych, dających objawy podobne do appendicitis. Mikrofotografje, załączone do artykułu, wskazują głównie na istnienie glisty robaczkowej i ameby dyzenterji w świetle wyrostka. Przytaczając analogiczne obserwacje Gonsales et de Cope, zaznacza, po Leonardzie Roger, że wielu chirurgów nie jest z tem dostatecznie obznajomionych i z tego powodu chorzy niektórzy są poddani zabiegowi bez żadnego dla nich pożytku.

We Francji wypadki pasorzytnictwa kiszek były dobrze przestudjowane przez Léo, lecz wydaje się, że prace tego chirurga nie zyskały rozgłosu, na jaki zasługiwały.

W Ameryce w ostatnich miesiącach odbywa się silna reakcja przeciw przesadnie częstym postępowaniom chirurgicznym, i podają między innemi w towarzystwach lekarskich i chirurgicznych, że obok wielkiej ilości chorych, których stan nie został polepszony operacją, istnieje conajmniej 10% takich, których stan się znacznie pogorszył.

Argumentem rozstrzygającym w tej dyskusji powinno być ryzyko, na jaki chory jest narażony, jeśli zachowuje wyrostek w stanie stale zapalnym, i czy zapalenie przewlekłe może spowodować zaburzenia ostre?!

Na to odpowiadają Martel i Antonie, że nigdy dotąd nie widzieli zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego, przechodzącego w stan zapalny, ostry. Należałoby więc rozróżnić stan zapalny ostry wyrostka, który przez wzgląd na prognostykę, wskazuje na konieczność zabiegu szybkiego, od zapalenia przewlekłego, gdzie zabieg staje się wskazanym jedynie ze względu na silne bóle i zaburzenia odruchowe, ale nigdy przez wzgląd na możliwość ciężkich powikłań.

W jednym z ostatnich artykułów w „Echo Médical du Nord", Gaehlinger uważa, twierdzenie niemożliwości ostrych powikłań w przebiegu appendicitis przewlekłego za przesadzone, gdyż sam był świadkiem takich wypadków. Niemniej jednak sądzi, że powikłania te nie są dostatecznie częste, by można się było na tem opierać dla wskazania systematycznego zabiegów chirurgicznych, jak tego chcą niektórzy.

Jako wskazanie do operacji podaje objaw ciekawy i niezbyt znany, a mianowicie:

pomiędzy chorymi na „typhlocolitis" przewlekłe i na przewlekłe „appendicitis", szczepionka „per os" wywołuje reakcje odmienne od jednego chorego do drugiego.

Z tego też powodu szczepionka mogłaby przedstawiać pewną wartość w celach rozpoznania jak i rokowania.

Niektórym chorym, pod wpływem szczepionki, dobrze przeprowadzonej, stan się bardzo polepsza i wystarcza od czasu do czasu powtórzyć szczepienia, by spowodować całkowity powrót do zdrowia. W innych wypadkach rezultaty nie są stałe i nim szczepionka jest skończona, bóle na nowo się rozpoczynają.

W innych jeszcze przypadkach szczepionka nie daje żadnego rezultatu.

Według autora pożądanem jest, by w takich wypadkach zbadać na nowo i dokładnie chorego, i stwierdzić, czy poprzednie badanie było dostateczne, czy nie było pomyłki w djecie lub w terapji. Gdy powody te zostaną wyeliminowane, należy pomyśleć o tem, że przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego zakaża ustawicznie okrężnicę i jest powodem procesu septycznego.

Po kilku próbach szczepionki, jeśli ciągle niema rezultatu, można i należy polecić zabieg chirurgiczny i wtedy dopiero otrzyma się wynik ostateczny.

Autor poleca również, by przedłużać szczepionkę aż do chwili operowania, by ochraniać miejsce, które ma być poddane zabiegowi, „filtratami szczepionki", i by przeciągać leczenie szczepionką „przeciw bacterium-coli" podczas pierwszych tygodni pooperacyjnych.

Wyjaśnienie jego jest dosyć ciekawe; opiera się ono na dawnej koncepcji Okinczyca: wyrostek robaczkowy utrzymuje stałość środowiska bakterji jelitowych i stanowi rodzaj „matki drobnoustrojów". W chwili zapalenia wyrostka, wyrostek zakaża bezustannie i ciągle okrężnicę, biorąc na siebie rolę „mater infectionis".

Oczywiście, że niełatwą jest rzeczą, stdwierdzenie słuszności tej pomysłowej hypotezy, mimo to wydaje się ona możliwą w świetle faktów klinicznych.

Kiedy się leczy chorych na zapalenie okrężnicy, ma się wrażenie, że u niektórych nawroty są spowodowane przez ciągłe i ustawiczne zakażanie się („reinfection").

Czy jest ono pochodzenia nosowo-gardłowego, czy pochodzi z pęcherzyka żółciowego, czy też z wyrostka robaczkowego, należy starać się o rozpoznanie systematyczne tego zakażenia i za każdym razem, kiedy to możliwe dociec przyczyny tej „reinfecji".

Jedynie badanie pogłębione chorych i przebiegu ich schorzenia może zadecydować w wypadkach poszczególnych.

Lenemann (Paryż).

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of the American Medical Association.

Nr. 8. 1929.

W. A. Bastedo: *Colits mucosa.* Autor jest zdania, że cały szereg przypadków śluzowego zapalenia okrężnicy może być wyleczonym, lecz leczenie musi trwać dłuższy okres czasu. Widział chorych w nadzwyczaj poważnych stanach nerwowych, u których po leczeniu stan się znacznie poprawił. Wielkim błędem jest leczyć chorych jako nieprzyjemnych neurasteników i zaniedbywać leczenie wewnętrzne. Koniecznem jest długi czas mieć chorego w swej pieczy i po usunięciu patologicznego stanu nerwowego i toksemji. Dalsze, przewlekłe trwanie choroby lub nawrót objawów jest często wynikiem zaniedbania ze strony lekarza lub chorego. Autor uważa za szczyt absurdu twierdzenie niektórych lekarzy, że prognoza jest bezwzględnie beznadziejną, leczenie bez skutku. Szereg chorych psychoneurotycznych ze śluzowem zapaleniem okrężnicy jest ofiarą otoczenia albo zarozumiałych i spaczonych ambicyj; jeszcze większą winę ponosi poczucie ich bezużyteczności. Znajomość stosunków rodzinnych, poznanie charakteru, grzeczna dyskusja większą da korzyść aniżeli leki i eksperymenta laboratoryjne. Autor w leczeniu wewnętrznem colitis mucosa oprócz djety stosuje irygacje z domieszką oliwy, chlorkiem rtęciawym. Niekiedy dobrą jest sól. Chorym silnie nerwowym podaje brom po śniadaniu i kolacji. Dobrą okazała się mieszanka walerjany z chloroformem. Strychnina jest przeciwwskazaną,

S. J. Stewart: *Zwichnięcie stawu żebrowo-kręgowego.*

T. Vergeer: *Pies nosicielem tasiemca.*

J. B. Hawes i E. Friedman: *Tłumaczenie roentgenogramów gruźliczych gruczołów tchawico-oskrzelowych.* Autor dochodzi do wniosków, że 1) na podstawie obrazu roentgenologicznego nie należy rozpoznawać gruźlicy wnękowej, 2) obecność powiększonych gruczołów tchawico-oskrzelowych, wykazana roentgenem, przy braku objawów klinicznych nie musi koniecznie oznaczać gruźlicę aktywną wnęki albo zdeklarowaną gruźlicę jakiegokolwiekbądź rodzaju, 3) zwapnienie guzków, występujące w obrazie roentgenowym, szczególnie gdy poprzednie zdjęcia nie wykazywały żadnego zwapnienia, wskazuje na proces gojący .W tych przypadkach, przy braku objawów i oznak klinicznych, nie jest koniecznem leczenie szpitalne, 4) często powtarzane badania roentgenograficzne posiadają olbrzymie znaczenie dla poznania postępu chorobowego każdego indywidualnego przypadku. Absorpcja cienia wnęki i wzrastanie zwapnienia są wskaźnikami, że proces gojenia przebiega korzystnie, 5) Przy wyborze dzieci do letnich obozów i letnisk głównemi wskaźnikami dla lekarza i rozstrzygającem jest długa i bliska styczność z przypadkiem otwartej gruźlicy płuc oraz dodatni odczyn Pirqueta. Uwagę należy oczywiście zwrócić na dzieci nie należycie żywione i o małej wadze.

J. Kennedy: *Oznaczanie grup krwi, używane w szpitalach Stanów Zjednoczonych i Kanady*

The Journal of Nervous and Mental Disease.

Nr. 1. 1929.

J. Fulton i P. Bailey: *Nowotwory w okolicy III komory: ich rozpoznanie i stosunek do patologicznego snu* (ciąg dalszy).

O. C. Perkins: *Glejak (glioma) rdzenia.* Opis niezwykłego przypadku, tyczącego się glejaka, zajmującego lewą stronę rdzenia od decusatio pyramidorum do środka oliwy. Objawom, wywołanym nowotworem, towarzyszył zespół tętnicy móżdżkowej tylnej z dodatkowem zajęciem nerwu podjęzykowego i piramid.

A. C. Dannemann: *Odczyny nerwowe psychiczne weronalu: opis przewlekłego otrucia weronalem.* Symptomatologja otrucia weronalem nie wykazuje nic charakterystycznego. Przyczyną otrucia jest nadmierne używanie hypnotyku, zaś choroba umysłowa nie wywiera w tym kierunku żadnego wpływu.

N. Savitsky i S. O. Goodhard: *Oznaki zakażenia w wegetatywnej symptomatologji neuroz*

S. E. Jeliffe: *Napady okulogyniczne*[1]*), jako poniewolne fenomena po zapaleniu mózgu: ich występowanie, objawy i tłumaczenia.* (Oculogyrie Crises as compulsion Phenomena in Postencephalitis). (Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 7. 1929.

Dr. J. Goldstein (I. Klinika uniwersytecka we Wiedniu). *Zmiękczenie kości u mężczyzn a Vigantol.* Autor opisuje przypadek zmiękczenia kości u mężczyzny, który był charakterystyczny z powodu swego postępowego, długoletniego przebiegu z silnemi bólami w kościach, szczególnie w kości krzyżowej, miednicy i udach. Zdolność ruchowa uległa znacznemu ograniczeniu, postać zmniejszyła się. W końcu zanika zupełnie zdolność ruchowa. Tylnoboczne skrzywienie kręgosłupa w wysokim stopniu, zniekształcenie klatki piersiowej, typowe zmiany w miednicy. Vigantol zastosowany jednocześnie z naświetlaniem klatki piersiowej, zmniejszył w przeciągu kilku tygodni bóle i przywrócił w wybitnym stopniu zdolność ruchową. Podawano z początku dziennie 25 kropli 1%-wego roztworu, później 2 razy 25 kropli. Jakiegokolwiek szkodliwego działania nie zauważono.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 23 stycznia 1929.

Przewodniczący: Prof. Latkowski.
Obecnych 80.

Przyjęto nowych członków: Kol. Przybylską Helenę, Kol. Lustiga Juljana, Kol. Goldberga Leona.

Demonstracja z II kliniki wewnętrznej U. J. i kliniki ginek. położn. U. J.

Doc. Keller i kol. Powązka przedstawiają przypadek ropnia płuc.

W dyskusji: Kol. Wojciechowski.

Z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej: Prof. Piltz przedstawia przypadek Encephalitis epidemica, oraz przypadek hallucinosis potatorum. Kol. Brzezicki przedstawia przypadek dystonji. Kol. Godłowski przedstawia przypadek narcolepsji.

W dyskusji kol. Ślączka podkreśla, że hypoteza kol Godłowskiego co do przedostawania się inkretu przysadki mózgowej do komory III jest bardzo śmiałą i zauważa, że wobec tego i w hypopituitaryźmie też powinno się znajdować objawy narcoleptyczne. Prof. Latkowski zapytuje kol. Godłowskiego czy w przypadku tym była badana przemiana purynowa, gdyż według badań amerykańskich w przypadkach z poliurją występują zmiany przemiany purynowej. W klinice wewnętrznej takie zmiany stwierdzono. Zaburzenia te mogłyby być potwierdzeniem, że chodzi tu o zmiany w zwojach mózgowych, a nie zmiany przysadki; w diabetes insipidus pituitryna działa, gdy podaje się równocześnie theocynę. Kol. Godłowski w odpowiedzi.

Z kliniki ginekologicznej: Kol. Stępowski przedstawia przypadek wady rozwojowej płodu ośmio miesięcznego, który stał się powodem zabiegu operacyjnego podczas porodu, u pierwiastki l. 28. Zgłosiła się ona do kliniki już po odejściu wód płodowych z silnemi bólami porodowemi trwającemi od szeregu godzin. Badanie szczegółowe nie wykazało żadnych zmian chorobowych w organach wewnętrznych. Macica wielkością odpowiadała ośmiu miesiącom ciąży. Położenie płodu, jakoteż tętna płodu przy zewnętrznem badaniu ginekologicznem stwierdzić się nie dało. Pacjentka ruchów płodu w ciąży nie czuła. Przy badaniu wewnętrznem okazało się, że w ujściu zewnętrznem macicy, rozwartem na małą dłoń sterczą stópki płodu niedonoszonego. Nie przeczuwając żadnych komplikacji pozostawiono poród siłom natury. Dopiero po dwudziestu czterech godzinach, kiedy mimo silnych bólów płód się nie urodził a powtórne badanie wewnętrzne wykazało stan jak przy pierwszem badaniu, uśpiono pacjentkę celem stwierdzenia szczegółowego, co jest przyczyną przeciągania się porodu. Okazało się, że wnętrze macicy wypełnione jest balonowato rozdętym brzuchem płodu, który nie pozwala na urodzenie się siłami natury. Ponieważ wszelkie próby wydobycia płodu ręcznie zawiodły zastosowano instrumenty i przebito ścianę brzuszną dziecka. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się około

---

[1]) Niemcy nazywają te napady „Blickkrämpfe" albo „Schauanfälle".

$1\frac{1}{2}$ litra płynu, jasnego, surowiczego, poczem płód już bez dalszych trudności wydobyto na zewnątrz. Badanie wykazało, że płyn gromadził się nie tylko w jamie brzusznej płodu, ale przedewszystkiem w rozdętej do znacznych rozmiarów kloace, która pozostała wobec niewytworzenia się septum vesicorectale i nieoddzielenia rectum od pęcherza. Do rozdętej i wypełnionej płynem kloaki uchodziły moczowody i obie trąbki płodu. Szczegółowe wyniki badania i przyczyny wytworzenia się tej wady rozwojowej ogłoszone będą później. Kol. Stępowski zwraca uwagę na trudności djagnostyczne, jakie może nastręczać stwierdzenie tej wady w ciąży i podczas porodu i przypomina podobny przypadek wady rozwojowej u płodu męskiego przedstawiony swego czasu w Tow. Lek. przez Doc. Szymanowicza. (autoreferat).

Posiedzenie z dnia 30 stycznia 1929.

Przewodniczący: Prof. Latkowski.

Obecnych 55.

Demonstracje: Z oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza: Kol. Kołtun przedstawia przypadek aneurysma aortae i lues pulmonum interesujący ze względu na trudności rozpoznawcze. Prof. Latkowski zaznacza, że w przedstawianym przypadku zmiany płucne mają charakter więcej kiłowy niż gruźliczy. Już chociażby z tego, że chory wyżył 32 gr K. J. można wnioskować, że nie jest to gruźlica, gdyż jod uczynnia bardzo łatwo sprawę gruźliczą. Zdjęcie roentgenologiczne też przemawia w tym przypadku za sprawą kiłową.

Z oddziału ginekologicznego szpitala św. Łazarza kol. Szurzec przedstawia 4 preparaty przebicia macicy po usiłowanem spędzeniu płodu.

W dyskusji Dr. C. Zubrzycki wyjaśnia, że przedstawione preparaty należą do okazów muzealnych. Omawia sposoby chirurgicznego postępowania w przypadkach przebicia macic ciężarnych. Jest zdania: że w każdym przypadku zupełnego przerwania ciągłości ściany macicy należy otworzyć jamę brzuszną celem kontroli. Czy ograniczyć się w danym razie li tylko do zeszycia rany w macicy czy też usunąć ją w całości uzależnia od całego szeregu czynników, a mianowicie: 1) czy w danym razie usunięto całe jaje w czasie wyłyżeczkowania, 2) czy przebicia dokonano w warunkach bezwzględnie aseptycznych, 3) czy przypadek jest zupełnie świeży, 4) czy istnieje pewność, że kanał przebicia jest niepowikłany, 5) czy dana osoba posiada w całej pełni zdolność rozrodu. Jako moment mniejszej wagi ale nie pozbawiony znaczenia wymienia wiek chorej. (autoreferat).

Kol. Niewola zaznacza, że o ile problematyczną jest rzeczą podać pewną statystykę poronień, to tem więcej trudno jest określić częstość obrażeń macicy. Trzeba pamiętać o tem, że ogłaszane przypadki obrażeń macicy są raczej wyjątkami a nie przedstawiają reguły: między zaś przypadkami publikowanemi z przyjemnością mówi się tylko o tych, które skończyły się szczęśliwie. Dla Niemiec przyjmuje Bumm cyfrę około 300.000 poronień rocznie i 1% tylko obrażeń macicy co na rok wynosi 3,000 skaleczeń. W szkole położnych obserwowano w przeciągu kilku lat 8 przypadków przebicia macicy, z czego 4 własne a 4 z poza oddziału. Obrażenia macicy drutem grubym obserwowano dwukrotnie. Z pośród tych 8 przypadków w jednym tylko usunięto doszczętnie macicę drogą brzuszną z wynikiem pomyślnym; w drugim przypadku po przebiciu macicy przez lekarza na prowincji i obserwacji na oddziele, po otwarciu brzucha w 9-tym dniu, ponieważ sieć poprzez dziurę w macicy znajdowała się w pochwie; brzegi rany odświeżono i zaszyto. Zdecydowano się na ten najwyższy stopień konserwatyzmu, ponieważ u pacjentki nie było żadnej reakcji i była to osoba młoda, zdrowa no i bezdzietna. W rok potem osoba ta urodziła na klinice prof Rosnera dziecko zdrowe siłami natury i połóg potem przebyła bez powikłań. Sześć innych przypadków leczono konserwatywnie; u czterech obserwowano objawy takie jak bolesność dołem brzucha, ciepłotę do 38°; w dwóch wzdęcie brzucha a więc objawy przemawiające za uszkodzeniem macicy. Wszystkie te pacjentki opuściły szpital w stanie dobrym. Na podstawie tego doświadczenia trzeba przyjść do wniosku, że wśród obrażeń macicy w zależności od narzędzi, operatora, aseptyki i innych okoliczności są takie przypadki, które nadają się do leczenia konserwatywnego, do rewizji jamy brzusznej i do doszczętnego usunięcia skaleczonej macicy. Należy zatem w każdym przypadku postępować indywidualnie, gdyż i ten sposób leczenia daje dobre wyniki. (autoreferat).

Kol. Szlank jest zdania, że ważną jest kwestją czy operować przebicie macicy czy nie. Nieraz jest trudno ocenić czy nastąpiło przebicie. Wypadki przebicia nie stwierdzone operacyjnie są bardzo niepewne co do swego rozpoznania. Przytacza odpowiedni przypadek. Kol. Goldberger w sprawie przypadku 3-go demonstrowanego przez kol. Szurzeca. Kol. Herbst: demonstracja preparatu z guza jajnikowego (włókniaka jajnika) stwierdzonego histologicznie. Kol. Goldberger przedstawia przypadek cysty ovarialnej ciekawy ze względu na nietypowe wywiady.

W dyskusji zabiera głos kol. Szlank, który podkreśla, że przypadek ten jest przedstawiany jako pendant do tych przebitych macic demonstrowanych poprzednio.

Odczyt kol. Syropa p. t.: „Zakażenie jamy ust jako źródło innych chorób organizmu. Rozpoznanie i leczenie".

W dyskusji zabierają głos: Prof. Walter, który stwierdzao, że wywody kol. Syropa znajdują ze strony klinicznej potwierdzenie w dermatologji. Wspomina o alopecia areata, w której to sprawie chorobowej dużą rolę odgrywa zakażenie ze strony jamy ustnej, podobnie jak w etjologji lupus erythematodes. Dalej omawia prof. Walter streptokokową teorję prof. Krzyształowicza, a następnie sprawę staphylokokowych zakażeń we furunkulozie.

Kol. Szczeklik zauważa, że według spostrzeżeń II kliniki wewnętrznej poczynionych nad materjałem dotyczącym endocarditis lenta, spraw reumatycznych, zakażeń o nieznanej etjologji, leczenie przyczynowe jamy ustnej (ekstrakcji chorych zębów usuwanie ropni okołozębowych) nie dało ani razu wyniku dodatniego t. z. nie wpłynęło leczniczo na właściwą sprawę chorobową. Kol. Szczeklik zapatruje się dość sceptycznie na znaczenie sepsis oralis, dla zakażeń o nieznanej etjologji. Sądzi, że zmiany okołozębowe, jak ropnie i t. p.; należy raczej podciągnąć pod ogólne schorzenie ustroju zależne od zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, od wadliwej przemiany materji, nieprawidłowej czynności systemu wegetatywnego, niż przypisywać im zasadnicze znaczenie w etjologji innych chorób.

Kol. Schwarzbart przemawia w sprawie leczenia przy sepsis oralis. Na sepsis oralis należy zawsze patrzeć głębiej i krytycznie, optymistycznie nie należy zapatrywać się na statystyki przytaczane przez amerykańskich autorów. Należy zawsze zwracać uwagę na jamy nosowe, migdałki, gdzie również może tkwić przyczyna zakażenia ustroju. Kol. Mester: Sepsis oralis jest pewnym poddziałem focal infection. Przytacza statystyki obcych autorów, które nie są tak pochlebne dla sepsis oralis.

Prof. Latkowski mówi o różnych drogach zakażeń septycznych, które nietylko drogą ustną powstają; stwierdza, że endocarditis lenta jest nieuleczalną sprawą, a ogłaszane wypadki wyleczeń nie były należycie rozpoznane. W sprawie rozpoznania sepsis wyhodowanie bakterji z krwi jest ważne, ale nie jest decydującem, bo nie zawsze można je wytwarzać; limfocytoza nie jest charakterystyczną dla sepsis, lecz przesunięcie obrazu leukocytów, i znajdywań śródbłonków. Dla etjologji reumatyzmu równie ważne jest zapalenie błony śluzowej gardła nawet nie ropne i wykazanie w jamie nosowo gardłowej streptokoków jadowitych, a nie koniecznie ropnie okołozębowe. Często też przy chronicznych zmianach kataralnych gardła stwierdza się zmiany stawów chroniczne, uszne, spondylo-arthritis kręgów szyjnych.

Kol. Blassberg zaznacza, że bardzo często w praktyce codziennej spotyka się lekarz z długotrwałemi stanami podgorączkowemi, których utajonej przyczyny dociec nie może i które bardzo często po roentgenologicznem stwierdzeniu powiększonych gruczołów śródpiersiowych dostają etykietę „gorączki gruczołowej" i stanowią pewną część kontyngentu lecznic płucnych w uzdrowiskach. Tymczasem przyczyna tkwić może w opisanej przez prelegenta oral sepsis, a po usunięciu przyczyny znika cierpienie. Analogicznie może mieć ukrytą przyczynę uporczywy reumatyzm stawowy. Niedawno obserwował w krakowskim szpitalu izraelitów przewlekłe i długotrwałe zapalanie i obrzęk stawów, które bardzo szybko ustąpiły po radykalnem usunięciu migdałków gardlanych. (autoreferat).

Kol. Syrop w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 6 lutego 1929.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 30.

Odczyt Dr. Owsińskiego Józefa p. t. „Sprawozdanie z wycieczki hygjenicznej po Włoszech zorganizowanej przez Ligę Narodów".

W dyskusji zabierają głos: Kol. Boczar w sprawie ankylostoma duodenale, które znajduje się w ziemi. Omawia dokładniej sposoby zakażenia się tym pasorzytem i twierdzi, że nie ziemia lecz odchody chorych są zakaźne.

Prof. Latkowski zapytuje o język wykładów. Dr. Owsiński podaje, że językiem urzędowym był język włoski. Pułk. Maciąg zapytuje jak została rozwiązana sprawa ubezpieczenia społecznego.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Eugenjusz Lewenstern.

W dniu 26 marca b. r. zmarł w Warszawie Dr. med. Eugenjusz Lewenstern, ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Polskiego Czerwonego Krzyża.

Urodzony w r. 1873 w Ołtarzewie (pow. Warszawski) szkołę średnią i wydział lekarski ukończył w Warszawie. Od r. 1898 po ukończeniu studjów pracuje do r. 1915-go pod kierunkiem ś. p. Andrzeja Ciechomskiego. W r. 1915 obejmuje oddział chirurgiczny w szpitalu Czerwonego Krzyża w Warszawie i prowadzi go do ostatniej chwili.

Śmierć zabrała nam człowieka niepospolitego umysłu i szlachetnego charakteru.

Jako gorący patrjota, kochający swój kraj ojczysty położył On niemałe zasługi na polu rodzimej nauki lekarskiej. Biorąc czynny udział w pracach naukowych Warszawskiego Tow. Lekarskiego (na czele sekcji chirurgicznej) oraz T-wa Chirurgów Polskich (długoletni sekretarz T-wa) zbogacił naukę polską, ogłaszając cały szereg prac z zakresu swej specjalności w czasopismach lekarskich. A miał potemu dane, gdyż umysł Jego wszechstronny i krytyczny, obdarzony niezwykłym darem obserwacyjnym, przy rozległej praktyce lekarskiej, potrafił z łatwością poczynić wiele spostrzeżeń, które następnie stały się podwaliną Jego prac naukowych.

Śledził pilnie postęp wiedzy lekarskiej zagranicą, jeżdżąc na Zjazdy Międzynarodowego Tow. Chirurgów, którego był członkiem i studjując bezustannie literaturę obcą. Głęboka wiedza fachowa dała Mu rozgłos świetnego chirurga, — bo był On też takim w istocie. Trafny djagnosta pozornie nieuchwytne drobne objawy szeregował i wiązał logicznie z istniejącą chorobą, co nadawało Jego djagnozie cechy intuicji. Operował szybko, bo nie czynił niecelowych ruchów, dokładnie i delikatnie, co wyraz miało w Jego iście mistrzowskiej technice operacyjnej. Prognozę zawsze stawiał oględnie i nie odstępował nigdy od łóżka chorego, którego stan wydawał się beznadziejnym. Każda operacja i najdrobniejszy zabieg lekarski był podporządkowany zasadzie: „w pierwszym rzędzie nie szkodzić", tem też się tłómaczą Jego dobre wyniki leczenia.

Jednak nietylko wiedzą swoją zyskał zaufanie swych chorych, zaskarbiał je sobie sercem szlachetnem. Czuły na cierpienie i ból ludzki rozumiał swych chorych niedolę, spieszył im więc z pomocą i poświęceniem, gdy zaś Mu nauki nie stało na zwalczanie nieuleczalnej choroby, wspierał materjalnie nieszczęśliwe rodziny, tracące nieraz w chorym swego jedynego żywiciela. Czynił dobrze, z umiłowania Dobrego, w głębokiej tajemnicy przed wszystkimi, a nieraz, gdy przypadkiem stały się wiadome otoczeniu Jego szlachetne uczynki, był bardzo zażenowany i starał się je zbagatelizować.

W pamięci naszej widzimy Go zawsze w gorączce pracy, nie mającego czasu wytchnienia, gdyż poświęcał On go całkowicie chorym. Spieszył chorym z pomocą bez różnicy ich pochodzenia i sytuacjin materjalnej, dostęp mieli oni do Niego łatwy — ufali mu bezwzględnie, od pierwszego wejrzenia zdobywani Jego prostotą duszy i miękkiem sercem. Obowiązkowość posunięta do poświęceń nie dawała mu zażyć odpoczynku; już z widocznemi objawami choroby, która położyła kres Jego życiu, pracował jeszcze w ciągu długich tygodni, a z ostatnich odwiedzin chorego wracając, ledwo już wszedł na schody własnego mieszkania.

Tym, z którymi pracował, świecił przykładem, największe wymagania stawiając przedewszystkiem sobie, serdeczny i przyjazny posiadł ich miłość szybko, a praca Jego współpracowników była dla nich lekką i była niejako wyrazem uwielbienia dla Niego.

Dziś gdy Go już nie stało — Jego całe życie jest księgą wzoru dla pozostałych, jak należy pojmować szczytny i ciężki obowiązek pracy nad cierpieniem ludzkiem.

Cześć Jego pamięci!

(—) *Mieczysław Srokowski.*

* * *

Wykaz prac ś. p. Dra Eugenjusza Lewensterna, ogłoszonych drukiem.

1) Przypadek ciężkiego krwawienia z tętnicy międzyżebrowej do jamy opłucnej. (Gaz. Lek. 1900, str. 28).

2) Przypadek tętniaka urazowego tętnicy szyjowej wewnętrznej. (Gaz. Lek. 1901, str. 655).

3) O uszkodzeniach kiszek pochodzenia urazowego przy zachowaniu całości powłok brzusznych. (Gaz. Lek. 1907, str. 947 — 975).

4) Guz nerwu promieniowego. (Pam. W. T. L. 1906).

5) Przegl. Chir. Gin. R. 1913, str. 238: Przypadek zakażenia ustroju ludzkiego przez ziarenkowce czworacze.

6) Operacja doszczętna w ropieniu dwustronnem jamy bębenkowej. (Przegl. Chir. Gin. 1913, str. 104).

7) Podwiązanie żyły w przypadku endarteritis obliterans. (Przegl. Chir. Gin. 1913, str. 104).

8) Odwrotny układ wnętrzności. (Przegl. Chir. Gin. 1913, str. 106).

9) Padaczka Jacksona leczona operacyjnie. (Pam. W. T. L. 1914).

10) Przypadek mięsaka czarnego. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 78).

11) Wrzód dwunastnicy przedziurawiony. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 86).

12) Z kazuistyki ran kłutych nerki. (Przegląd Chir. Gin. 1914, str. 129 i 221).

13) T. b. c. stawu biodrowego leczone z powodzeniem nasłonecznianiem. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 216).

14) Usunięcie przydatków macicznych na skutek pęknięcia ciąży jajowodowej. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 333).

15) Postrzał czaszki. (Przegl. Chir. Gin. 1922. XVIII Zjazd Chirurgów Polskich).

16) Zakażenie utajone w tkankach po ranach postrzałowych. (Przegl. Chir. Gin. 1922. XVIII Zjazd Chirurgów Polskich).

17) Zwężenie odźwiernika po otruciu ługiem. (Polski Przegląd Chir. 1923. XIX Zjazd Chirurgów Polskich).

18) Niezwykły obraz raka wyrostka robaczkowego. (P. P. C. 1924. XX Zjazd Chirurgów Polskich).

19) Z kazuistyki chirurgji śledziony. (P. P. C. 1924. XXI Zjazd Chirurgów Polskich).

20) W sprawie nowotworów mięszanych ślinianki. (Gaz. Lek. 1916).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 2 września 1929 roku do dnia 31 maja 1930 r., w czem 6 miesięcy studjów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministrestwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie stypendyści, a w miarę możności i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 1 sierpnia r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należycie uwierzytelnionych), stwierdzających:

a) wiek kandydata,

b) posiadanie obywatelstwa polskiego,

c) ukończenie studjów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i

d) stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinji o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie o którem była mowa wyżej.

O przyznanie stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej lat 35.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, na wniosek Zarządu, w związku z ogłoszonymi konkursami, przyznało następujące nagrody:

Z funduszu Dra M. Halperna, nagrodę w wysokości zł 450, Drowi Marji Skarzyńskiej-Gutowskiej z Warszawy, b. asystentce przy katedrze Fizjologji Uniw. Warsz., obecnie pracującej przy katedrze Fizjologji Szkoły Gł. Gosp. Wiejskiego, — za pracę p. t. „Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy B".

Z funduszu Dra L. Konica, nagrodę w wysokości zł 670, Docentowi Drowi Janowi Bajońskiemu z Poznania, etatowemu asystentowi Kliniki Uniw. Poznańskiego, za pracę p. t. „Badania bakterjologiczne pochwy w porodzie i w połogu, z uwzględnieniem paciorkowców, gronkowców, prątków okrężnicy i laseczek pochwowych".

Z funduszu im. Dra M. Rejchmana, nagrodę w wysokości zł 360, Drowi Sewerynowi Cytronbergowi z Warszawy, od 7-miu lat pracującemu jako wolontarjusz, w II-giej Klinice Uniw. Warsz., za pracę p. t. „Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego",

oraz zapomogę na dalsze studja naukowe z funduszu Dra St. Kopcia, zł 500, Drowi Józefowi Laskowskiemu z Warszawy, od lat 4-ch pracującemu jako asystent w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniw. Warszawskiego.

Kurs dla kandydatów na lekarzy publicznej służby zdrowia. W celu przygotowania lekarzy do publicznej Służby Zdrowia, Państwowa Szkoła Higjeny przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych organizuje rok rocznie 9-cio miesięczny kurs Higjeny Publicznej.

W roku szkolnym 1928/29 na kurs zgłosiło się 27 kandydatów.

W roku bieżącym szkolnym kurs ukończyło 25 lekarzy, z których 15 objęło stanowiska lekarzy powiatowych w państwowej Służbie Zdrowia, zaś 10 stanowiska lekarzy miejskich w większych miastach Rzeczypospolitej.

W maju b. r. w Państwowej Szkole Higjeny został zakończony trzymiesięczny kurs alkohologji i organizacji walki społecznej z alkoholizmem dla lekarzy kandydatów na kierowników przychodni przeciwalkoholowych. Kandydaci są przeznaczeni do Ośrodków Zdrowia m. st. Warszawy.

„Rodzina Lekarska" dawniej Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach, Warszawa, Podwale Nr. 18. — Szanowni Koledzy! Ciężkie warunki pracy w zbiedzonej przez wojnę i dźwigającej się z gruzów Niepodległej Ojczyźnie dotknęły narówni ze wszystkimi pracującymi ludźmi i stan lekarski. Każdy inny zawód w kilku szczęśliwych posunięciach życiowych może zrobić z człowieka niezamożnego — człowieka zabezpieczonego na stare lata. Zupełnie inaczej jest z lekarzami. Ludzie ci mrówczą swoją pracą z narażeniem życia i zdrowia spełniają swe wielkie posłannictwo, nie dbając i nie myśląc o jakichkolwiek korzyściach materjalnych. I dlatego rodzina lekarska z chwilą utraty swego żywiciela pozostaje nieraz w opłakanych a bardzo często tragicznych warunkach. Trudno jest wyliczyć wszystkie wypadki tych cichych dramatów, które miały i mają miejsce wśród rodzin lekarskich. Fakty obłąkania, odbierania sobie życia z nędzy, zamieszkiwania z łaski kątem w izdebce stróżowskiej, śmierć od gruźlicy i wycieńczenia, a nieraz wyciągania ręki po datek, same mówią za siebie. Byłe Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach, przemianowane decyzją Walnego Zebrania z dnia 3 marca 1929 roku na „Rodzinę Lekarską", posiada zbyt szczupłe fundusze, by nieraz zapobiec grożącej katastrofie. Wydawane zapomogi nie przekraczają 30 zł miesięcznie. Dlatego też, pamiętając, że „res sacra miser", powinniśmy ożywić szlachetne uczucie ofiarności, by przez zapisywanie się do „Rodziny Lekarskiej" i wpłacanie składek otrzeć gorzką łzę niedoli z powiek tych, które były najdroższemi naszych najbliższych.

Ufni, że inkasentki nasze (wdowy i sieroty po lekarzach) będą przychylnie przyjęte i przez Wasze Panie, wzywamy Was do zapisywania się w poczet członków „Rodziny Lekarskiej".

Uwaga: Wpisowe wynosi zł 5.—, składka miesięczna zł 1.—. Konto P. K. O. 15932. Przewodniczący (—) *Dr. W. Rogalski gen.*

Podziękowanie za Ofiary złożone na „Rodzinę Lekarską" w Warszawie. Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Zarząd Główny zł 200. — Związek Lekarzy Państwa Polskiego w Pabjanicach zł 85. — Lecznica Związkowa zł 250. — Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych zł 1277. — Dzielnica Praska Lekarzy Kasy Chorych zł 155. — Laboratorjum Kasy Chorych zł 17. — Izba Lekarska Lubelska zł 750. — Stowarzyszenie Lekarzy Polskich zł 100. Współpracownicy Sanitarjatu Kolejowego Dyrekcji Warszawskiej zł 90. — Dr. Marja Kasperowiczowa zł 200. — Drowa Celina Pawłowiczowa zł 157.50. — Drowa Sabina Gronowska 20. — Firma Asmidar zł 25. — Firma Berent i Plewiński zł 25. — Firma Balukiewicz zł 10. — Firma Makowski zł 5.

Komunikat I Zarządu Koła Medyków S. U. W. Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych pracowników w zakresie różnych specjalności na posady: lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakterjologicznych, pielęgniarek(rzy) na dyżury dzienne i nocne przy chorych, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże i t. p. zabiegi. Zapotrzebowania nadsyłać pod adresem: Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. Warszawa, Chałubińskiego l. 5, Tel. 114-86.

VIII Zjazd Towarzystwa Chirurgicznego Międzynarodowego. Od 23 do 26 lipca r. b. Warszawa gościć będzie w swych murach uczestników VIII Zjazdu T. Ch. M. Przewodniczącym Zjazdu będzie prof. Hartmann z Paryża. Program zjazdu obejmuje cztery tematy:

1) „Przyczyny i mechanizm zatorów pooperacyjnych". Referenci: Chiasserini (Rzym), Forgue (Montpellier), P. Govaerts (Bruksela), Matas (Nowy Orlean), Ritter (Zurych).

2) „Wyniki wycięcia żołądka we wrzodzie i dwunastnicy". Referenci: Bartrina (Barcelona), Puig Sureda (Barcelona) i Ribas-Ribas (Barcelona), Baldo Rossi (Medjolan) i Scalone (Medjolan), Claimont (Zurych), Larrennois (Paryż), Schoemaker (La Haye).

3) „Leczenie choroby Basedowa". Referenci: Berard (Lyon), Crile (Cleveland), Noguchi (Japonja), Troell (Stockholm).

4) „Chirurgja odtwórcza stawu biodrowego". Referenci Mathieu (Paryż), Ashurst (Filadelfja), Hybbinette (Stockholm), Putti (Bolonja).

Zjazdy Towarzystwa Chirurgicznego Międzynarodowego odbywają się co 3 lata. Siedzibą Towarzystwa jest Bruksela. Liczba członków jest ograniczona, zgóry określona przed zjazdem dla każdego kraju (Polaków należy obecnie czterdziestu kilku). Przedstawiciele każdego kraju wybierają z pośród siebie podczas zjazdu Komitet Narodowy, złożony z 3 lub więcej członków, z których jeden jest delegatem do Komitetu Międzynarodowego. Na ostatnim zjeździe w Rzymie zostali wybrani do Komitetu Polskiego: prof. L. Kryński (delegat), prof. A. Jurasz (członek) i ś. p. Dr. A. Zawadzki (członek).

Zjazd wybiera przewodniczącego i sekretarza przyszłego zjazdu. Na zjazd w Warszawie wybrano: prof. Hartmanna na przewodniczącego i ś. p. dr. A. Zawadzkiego na sekretarza. Na miejsce tego ostatniego powołano obecnie doc. A. Wojciechowskiego.

Liczba zgłoszeń uczestnictwa w zjeździe dosięga dotychczas sześciuset.

W sprawie krajowego wyrobu narzędzi chirurgicznych. Przed 14 laty jużeśmy poruszali w „Gazecie Lekarskiej" potrzebę stworzenia u nas fabryki narzędzi chirurgicznych. Zaznaczyliśmy wówczas, że przed stu laty sprawa ta stała lepiej niż obecnie. W r. 1819 Gustaw Mann, a w r. 1855 Ferdynand Kuliński (ze szkoły Lutera) założyli w Warszawie swe fabryki, a wyrabiane przez nich narzędzia niewiele chyba ustępywały wiedeńskim, a były lepsze od berlińskich. Na nieszczęście nie znaleźli oni odpowiednich następców. Podczas gdy zagranicą wyrób narzędzi chirurgicznych wciąż się doskonalił, u nas upadał. Łatwo zrozumieć, że nie mógł on się rozwinąć w zaborze niemieckim i austrjackim, atoli w Królestwie Polskiem miał on dobre warunki dla swego rozwoju. Na nieszczęście wskutek braku odpowiednich ludzi stało się inaczej i zamiast fabryki utworzyły się u nas liczne sklepy, handlujące towarem zagranicznym. Gdy się nawet znalazł odpowiednio wykształcony zagranicą specjalista i chciał wejść w porozumienie z istniejącymi składnikami, to go nie chcieli poprzeć, pomimo że zobowiązywał się swego sklepu nie otwierać. Założył fabrykę, wyrabiał narzędzia dobre, lecz wskutek braku poparcia po półrocznem borykaniu się wszystko stracił. Obecnie jesteśmy w tej sytuacji, że w większych miastach posiadamy sporo sklepów z narzędziami, lecz ani jednej fabryki we właściwem znaczeniu słowa. Ma to dużej wagi stronę ujemną zarówno pod względem ekonomicznym, jak i utylitarnym, gdyż stwarza dla chirurgów wiele niedogodności i często nie pozwala im rozwinąć swej pomysłowości w wynajdywaniu i udoskonalaniu narzędzi.

Poza tem na wypadek wojny stan taki może się stać dla nas katastrofalny. Przecież mamy jeszcze w świeżej pamięci, jak to podczas ostatniej wojny już po kilku miesiącach zapanował w Warszawie zupełny brak narzędzi. Z tego względu uważamy za wprost konieczne powstanie takiej fabryki, a do tego w znacznej mierze może się przyczynić ogół naszych chirurgów. Musimy tylko wystąpić tu solidarnie, zobowiązując się, że wszelkiemi sposobami będziemy popierali takiego fabrykanta, o ile tylko wykaże umiejętność i przedsiębiorczość. Choćby nawet początkowo jego wyroby nieco ustępowały zagranicznym, musimy go popierać z tem, że

będzie on swą produkcję doskonalił. Nie zapominajmy, że liczni niemieccy fabrykanci (a w pierwszym rzędzie Windler), którzy początkowo wyrabiali narzędzia o wiele gorsze od francuskich i angielskich, rozwinęli swą wytwórczość tylko dzięki poparciu chirurgów niemieckich, którzy zawsze i wszędzie operowali tylko narzędziami niemieckimi. Nie idzie tu o to, gdzie ma taka fabryka powstać; niech ją założą tam, gdzie znajdą się odpowiednie warunki, a przedewszystkiem odpowiedni kierownik. Naszym obowiązkiem będzie go popierać, a wierzymy w to mocno, iż sfery wojskowe także go poprą. Jest to temat, nad którym należałoby się zastanowić przy okazji Wystawy Poznańskiej oraz Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie. (Według Polsk. Prz. chirurgicznego). *Sawicki.*

Warszawskie Koło Ortopedów. Zamieszkali w Warszawie członkowie Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego tworzą Warszawskie Koło Ortopedów, którego Zarząd stanowią: przewodniczący, pułk. Dr. Latkowski, zastępca dr. Opacki, sekretarz dr. Kalina. Posiedzenia odbywają się w każdy drugi poniedziałek miesiąca w Wojskowym Szpitalu Okręgowym Nr. 1.

Odbyte dotychczas cztery posiedzenia poświęcone były wyłącznie złamaniom kończyny górnej: złamaniom szyjki kości ramieniowej, przyłokciowym, złamaniom typowym kości promieniowej oraz obu kości przedramienia.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego na rok szkolny 1929/30 został obrany Prof. Dr. Jan Piltz, dyrektor kliniki neurologiczno-psychotrycznej.

Polska Akademja Umiejętności mianowała swym członkiem-korespondentem Dra Maksymiljana Rosego, docenta neurologji Uniw. Warszawskiego.

Z dziekanatu wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Podania o przyjęcie na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje sekretarjat dziekanatu wydziału lekarskiego U. J. od 1 do 15 września br. włącznie. Po tym terminie żadne podania nie będą przyjęte. Do podań należy dołączyć świadectwo dojrzałości, a jeżeli w niem niema postępu z języka łacińskiego, to również świadectwo egzaminu z tego przedmiotu w zakresie 8 klas gimnazjalnych, metrykę chrztu lub urodzenia, świadectwo przynależności, ewentualnie świadectwa studjów w innym uniwersytecie (wszystkie te załączniki w oryginałach), krótkie curriculum vitae z podaniem imion i zawodu rodziców i adresem zamieszkania, oraz dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej. Starający się o odroczenie czesnego mają nadto złożyć świadectwo ubóstwa na przepisanym w Uniwersytecie Jagiellońskim blankiecie, potwierdzone przez urząd podatkowy. Z powodu zbyt małej liczby miejsc w pracowniach i salach wykładowych, liczba przyjętych na I. rok studjów będzie ograniczona, na wyższe zaś lata nastąpić mogłoby przyjęcie tylko w przypadkach zupełnie wyjątkowych. Rostrzygnięcie podań przez Radę wydziałową nastąpi z końcem września.

Zjazd lekarzy Kas chorych rozpoczął swe obrady w sali Muzeum przemysłowego w dniu 8 czerwca. Na porządku dziennym była tylko jedna sprawa: „Stany podgorączkowe w związku z niezdolnością do pracy". Kwestja ta ma niezmierne znaczenie dla spraw ubezpieczeń społecznych i dla ekonomiki Kas chorych i dlatego powinna być dokładnie omówiona, a pewne tezy ustalone i wprowadzone w życie. Na zjazd przybyło 73 lekarzy, łącznie z przedstawicielami Związków Kas chorych w Poznaniu (Dr. Żmigród), Lwowie (Dr. Seidel) i Warszawie, oraz ogólnopaństwowego Związku Kas chorych w Warszawie (Dr. Kłuszyński). Zjazd zagaił Dr. R. Kunicki, do prezydjum wybrano: pp. Dr. Surzyckiego (Kraków), Dr. Seidla (Lwów), Dr. Kłuszyńskiego (Warszawa) i Dr. Żmigroda (Poznań) oraz do sekretarjatu pp. Dr. Liwszyca (Kraków), Dr. Paulinę Wasserberg (Kraków).

Poznań.

Na mocy uchwały Walnego Zjazdu Lekarzy z dnia 17. II. 1929 r. w Poznaniu, powstało Poznańsko-Pomorskie Zrzeszenie Lekarzy Społeczno-Kasowych (ul. Polna 21), zarejestrowane przy Sądzie Grodzkim w Poznaniu. Wybrano Zarząd w składzie: Kol. Koronkiewicz, Zarewicz, Tomaszewski, Podwyszyński, Schild. Na zastępców Kol. Steinowa i Kol. Bielowicz. Do komisji rewizyjnej weszli Kol.: Lewiński, Herz i Clolewo, do Sądu Koleżeńskiego wybrano: Kol. Kowalskiego, Jackowskiego i Dyducha.

VIII Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu odbyło się w piątek, dnia 7 czerwca 1929 roku o godz. 20,15 w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski III p.). Porządek dzienny: 1) Komunikaty zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Komunikat dr. Karchowskiego: O racjonalnej hodowli grzybka japońskiego (z pokazem) i o dobrych skutkach z używania jego kwasu na pewne cierpienia i choroby. — 4) Wykład. Prof. L. Skubiszewski: O przyczynach, sposobie i istocie powstawania zmian miażdżycowych w ustroju ludzkim.

Wilno.

II-gi Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego. W Wilnie podczas XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się II-gi Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego. Temat główny: „Wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym". Referenci: dr. Dega (Poznań) — część teoretyczna, dr. Opacki (Warszawa) — część kliniczna. Pożądane są referaty ze wszystkich działów chirurgji ortopedycznej.

Z kraju.

Zniżki dla lekarzy i rodzin w uzdrowiskach polskich w sezonie r. b.

Busk — lekarze — karty sezonowe i zabiegi lecznicze bezpłatnie, żony i dzieci — karty bezpłatnie, po 25 zabiegów ze zniżką 50%.

Gdynia — lekarze, żony i dzieci zwolnieni od taksy kuracyj.

Goczałkowice — kuracja dla lekarzy bezpłatnie, dla żon, matek i wdów po lekarzach 50% zniżki.

Hrebenów (pow. Skole) — lekarze i rodziny zwolnieni od opłat komunalnych; pensjonaty dają zniżki lekarzom.

Inowrocław — lekarze i rodziny zwolnione od taksy; wszystkie zabiegi lekarze otrzymują bezpłatnie, dla rodzin bezpłatne kąpiele solankowe.

Jaworze — wszystkie zabiegi bezpłatnie dla lekarzy i rodzin; w pensjonacie zakładowym lekarze otrzymują 15% upustu, rodziny 10%.

Krynica — lekarze otrzymują karty sezonowe i kurację bezpłatnie, żony i dzieci do lat 18-tu płacą za kurację 50% ceny normalnej.

Lubień — od taksy zwolnieni lekarze i rodziny, kąpiele siarczane bezpłatnie dla lekarzy i rodzin, za borowinowe rodziny płacą 50%.

Miłowody — zwolnienie od taksy dla lekarzy i rodzin; dla lekarzy cała kuracja bezpłatna, członkowie rodzin tylko za kąpiele borowinowe płacą 50%.

Nałęczów — dla lekarzy: porady, zabiegi hydropatyczne i kąpiele żelaziste bezpłatnie, na innych zabiegach 25% zniżki, dla rodzin na wszystkich zabiegach 25% zniżki.

Rabka — od taksy zdrojowej wolni lekarze i rodziny. Wszelkie zabiegi kuracyjne dla lekarzy bezpłatnie, dla żon i dzieci za połowę ceny.

Smukała — wszystkie zabiegi bezpłatnie i dla lekarzy i dla rodzin. Na pokojach i utrzymaniu 10% zniżki.

Truskawiec — dla lekarzy i rodzin zwolnienie od taksy kuracyjnej. Wszystkie urządzenia kuracyjne dla lekarzy bezpłatnie, dla rodzin ze zniżką 50%.

Tuchla (pow. Skole) — dla lekarzy i rodzin zwolnienie od wszelkich opłat za korzystanie z urządzeń komunalnych; właściciele mieszkań i pensjonatów chętnie udzielają zniżek.

Żegiestów — dla lekarzy i rodzin zwolnienie od taksy kuracyjnej; lekarze otrzymują bezpłatnie całe leczenie, rodziny tylko za kąpiele mineralne płacą 50%.

Redakcja otrzymała:

J. Robert Lévy, „Les anomalies du complexe ventriculaire electrique". Leur importance en clinique (Essai d'électro-cardiopronostic). Masson et Cie. Paris 1929.

W. Grzywo-Dąbrowski, „L'avortement et l'infanticide a Varsovie après la guerre. Odb. z Annales de médecine légale nr. 9, 1928 r.

Sprawozdanie z czynności Zakładu medycyny sądowej Uniw. Warszawskiego za rok 1928. Odb. z Czasopisma sądowo-lekarskiego.

Przegląd naukowego piśmiennictwa lekarskiego za rok 1928, dotyczącego preparatów leczniczych wyrabianych przez Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. Warszawa. Zawiera artykuły oryginalne, referaty, sprawozdania z posiedzeń Towarzystw Naukowych (Wyjątki w brzmieniu dosłownem) za rok 1928.

Nr. 26. 30. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O schorzeniach mózgowych w kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Profesor Dr. Wł. Szenajch.

Dokończenie.

Bieg rzeczy w praktyce codziennej jest zazwyczaj taki, jak się setki razy w najrozmaitszych sytuacjach dowodnie przekonałem, że lekarz pedjatra zaskoczony mózgowością dotąd tak przytomnego chorego kokluszowego, dosłownie traci głowę i wydzierżawia ten rozdział pedjatrji z bezwzględnem zaufaniem neurologowi. Przekonałem się, że najlepszy neurolog w ogromnym procencie przypadków, jakkolwiek anatomicznie w teorji umiejscawia ognisko chorobowe w mózgu, jakkolwiek wyklucza inteligentnie całe mnóstwo możliwych schorzeń, to jednak rzadko kiedy rozpoznaje istotę kliniczną stanu, którego on, jeżeli jest tylko specjalistą neurologiem, nie jest w możności nietylko poznać, ile ocenić, jak nie może tego ocenić w przypadku śmierci anatom patologiczny, który najwyżej odnosi nad wszystkimi lekarzami w tym wypadku triumf nieomylnej lokalizacji takiego lub owakiego ogniska krwotocznego, lub rozmiękczynowego. Właściwy klucz do rozumienia tych procesów, przynajmniej w znaczeniu klinicznem, może mieć tylko lekarz, który zdobył doświadczenie w klinice kokluszu. Zgodnie z Pospischillem przekonałem się, że naogół stany mózgowe w kokluszu nie składają się bynajmniej na najsmutniejszą kartę pod względem śmiertelności dziecięcej, ani pod względem ignorancji pedjatrycznej. Objawione od czasu do czasu przez lekarza, który ich kokluszowe pochodzenie inteligentnie uzasadni, stanowią one dla widzów niewtajemniczonych kąsek sensacji, nie są one mimoto dla znawcy tej kliniki tem, co jest najgroźniejsze pod względem śmiertelności. Wspomniane stany paniki z naradą pedjatry i neurologa kończą się zazwyczaj tak, że nim się ustawi rusztowanie w celu analizy płynu mózgowego, czy krwi, już nagle przytomność dziecku powraca i przypadek traci charakter paniczny. Ta nagłość zmiany stanu jest znamienna dla kliniki kokluszu mózgowego i ex post winna niejednego lekarza na późną myśl o kokluszu naprowadzić. Winę nieumiejętności rozpoznawania tych najbardziej może wogóle popularnych stanów encephalopatyj dziecięcych ponosi przeważnie pedjatra, bo on obowiązany był wykryć ognisko płucne i jego specyficzny charakter kokluszowy wyczytać. Wtenczas neurolog w lot przypomniałby sobie, że przecież Oppenheim o tem w swojem dziele wspomina. Osobiście czytałem takie publikacje, sam rozpoznawałem mnóstwo takich stanów — bardzo możliwe, że tu i ówdzie mylnie — naodwrót nie spotykałem się nigdy z takiem rozpoznaniem u pedjatry albo neurologa z wyjątkiem Pospischilla.

Nie są jednak stany mózgowe kokluszowe najtragiczniejsze. Najważniejsze bowiem są te stany płucne, rozpoznawane przez lekarzy fałszywie, czy na podstawie Pirquet'a, czy na podstawie Roentgena, czy wreszcie na innych niedostatecznie naukowo silnych argumentach za gruźlicę płuc dlatego, że dziecko lapidarnie szybko — tak jak w prosówce, zapada. Jak lekarz, który na widok rozpoznanej przez kogoś prosówki czy gruźlicy płuc (bez bakterjologicznego badania) nie czuje odruchowej potrzeby różniczkowania tej choroby z tem „co najprostsze" t. j. z zapaleniem płuc kokluszowem — tak lekarz, który na widok mózgowego stanu dziecięcego nie czuje potrzeby różniczkowania tego stanu z możliwością kokluszu, nietylko nie zdaje sobie sprawy, ale nie przeczuwa ważności kliniki kokluszu dla nauki w pedjatrji.

Mówię tak, jakkolwiek nie jestem neurologiem i jakkolwiek jako nieneurolog kilkakrotnie wzbogaciłem niechcąco twórczość polskiej neurologji.

Choroba, tak bogata pod względem swojego anatomo-fizjologicznego polimorfizmu patologicznego, czywiście i w dziedzinie encephalopatji przedstawiać może najrozmaitsze warunki dla wyrafinowanej anatomicznie djagnostyki. Jest to dziedzina służąca za przykład temu, że lekarz inteligentny — nawet gdy nie ustala trafnej djagnozy — może ambicję kliniczną ratować trafnością zrozumienia przypadku t. j. w braku szczegółowego rozpoznania daje poznanie. I nawet w tym przypadku jest w możności w razie sekcji wykazać swój triumf nad anatomem patologicznym.

Dlaczego? Jak nie możemy od anatoma wymagać rozpoznania cukrzycy, żółtaczki hemolitycznej, kiły, jako przyczyny etjologicznej całego mnóstwa schorzeń, taksamo nie możemy wymagać rozpoznania pośmiertnego kokluszu. Powołany do przywileju rozpoznania kokluszu jest tylko lekarz klinicysta. Jeżeli go nie rozpoznał, znaczy, że go nie umiał rozpoznać, nie miał możności rozpoznać. Gdy lekarz pedjatra nie ma możności rozpoznać, anatom nie ma prawa rozpoznać, a w takim razie dziwić się doprawdy należy, skąd, mimo wszystko, statystyka urzędowa wszystkich krajów notuje tak wysoką śmiertelność kokluszu. Są to przeważnie rozpoznania matek, tłómaczone przez lekarza urzędowego na naukowy język łaciński. Jej i jemu mamy do zawdzięczenia ten jeden promień prawdy w mrokach kokluszu. Tym promieniem jest świadectwo śmiertelności kokluszu. Autopsje zwłok dzieci zmarłych wśród objawów pertussis-encephalitis przechodzą w lwiej części bez rozpoznania, bo przeciętny lekarz, nie uświadomiony o mózgowej masce banalnego nawet kokluszu, nie usiłuje wcale wiązać w syntezę kliniczną zmian mózgowych stwierdzonych przez anatoma ze zmianami kokluszowemi w płucach, nie przypisując chorobie tak banalnej jak koklusz przywileju właściwego innym septycznym chorobom których jad, jak wiadomo może się odbić nawet i na mózgu. Jeżeli więc nawet za życia stwierdził lekarz naprowadzony przez własną obserwację albo przez obserwację matki czy pielęgniarki że dziecko — oprócz swojego zapalenia płuc — kaszle kokluszowo jeżeli to dziecko umrze wśród objawów mózgowych i na sekcji anatom oprócz zapalenia płuc znajdzie obraz przekrwienia mózgu i obrzęku mózgu (oedema cerebri) — to zazwyczaj lekarz czujący nawet potrzebę stworzenia syntezy klinicznej zadawala się pociechą że ten obrzęk spowodowany został przez zastój żylny w związku mechanicznym z atakami kaszlu.

Kiedyindziej, kiedy znowu ten sam lekarz szukający związku syntetycznego między rozpoznanem przez siebie za życia kokluszowem zapaleniem płuc a wynikiem pośmiertnym anatomicznym — zaskoczony zostanie oprócz zmian płuc obrazem licznych krwotoków drobnych w półkulach mózgowych, wtenczas tłumaczy on sobie znowu, idąc po linji najmniejszego oporu, obecność wynaczynień na drodze czysto mechanicznej — pękania naczyń pod wpływem wzmożonego ciśnienia krwi towarzyszącego gwałtownym atakom kaszlu.

Tak więc i krwotoki i obraz obrzęku mózgowego jest dla lekarza najczęściej skutkiem mechanicznego działania kaszlu.

Jeżeli prostotą swojej logiki jest tłumaczenie takie pociągające, jeżeli niewątpliwie w wielu przypadkach trafne — to jednak znowu pewne anatomiczne i kliniczne fakty stwierdzone u dzieci chorych na koklusz zmuszają do zachowania rezerwy w tworzeniu wniosków, biorących swoje źródło jedynie w mechanicznem działaniu kaszlu.

Otóż obserwacja kliniczna uczy, w odniesieniu do dzieci z drgawkami za życia, że dzieci te w swoim kokluszu miewają bardzo często, jak wyżej wspomniałem, same drgawki bez ataków kaszlu, że więc drgawki ich są ekwiwalentem kaszlu albo że najwyżej paroksyzm drgawek kończy się w kaszlu. Kaszel więc i za nim idący zastój żylny nie mógł być przyczyną drgawek, bo dziecko miało drgawki nie po kaszlu, ale przed kaszlem albo wogóle bez kaszlu. Co do obrazu obrzęku mózgu na tle zastoju żylnego, to najpierw, jak wiadomo, sprawa patogenezy obrzęków, puszczona na boczny tor chemji, jeżeli nie ugrzęzła mimo znakomitych prac Achard'a, Bluma, Aubel'a, Mauriac'a, Magnus Levy'ego, to w każdym razie jest przedmiotem zaciętych sporów i to nietylko pod względem chemicznym, ale i pod względem humoralnym, co daje prawo do uważania tej sprawy za ciemną; z drugiej strony uderzający jest fakt, że wynik sekcji stanów mózgowych dzieci kokluszowych stwierdza z równą częstością jak obrzęk mózgu obecność zakrzepu zatoki żylnej, tak że w ogromnej większości przypadków rola neurologicznej djagnozy za życia redukuje się caeteris paribus do rozstrzygnięcia dwóch zasadniczych, (bo najczęstszych) schorzeń tj. obrzęk mózgu, czy zakrzep zatoki żylnej. A skoro tak jest, to temsamem stwierdza to, że gdy przy-

czyną zakrzepu żylnego nie mógł być mechanicznie przez kaszel spowodowany zastój żylny, to temsamem nie zawsze musiał on być przyczyną obrzęku mózgu. Oprócz tego, co wspomniałem o patogenenzie drgawek niezależnych od przekrwienia biernego, wywołanego mechanicznie przez kaszel, skoro kaszlu nie było, ten sam moment wchodzi oczywiście w grę i w przypadkach pośmiertnie stwierdzonego obrzęku mózgu u dzieci kokluszowych, w których uważna obserwacja kliniczna wykryje w wielu poszczególnych przypadkach zupełny brak kaszlu, co zresztą całkiem naturalnie od czasu do czasu u dzieci agonizujących na zapalenie płuc kokluszowe, mimo najpewniejszego klinicznie kokluszu, musi mieć miejsce. (Konstatuje się często: skąpy, bezsilny kaszel — co oczywiście w perspektywie historycznej na chwilę nie zmienia rozpoznania kokluszu, którego kaszel, tj. jeden objaw mamy z przeszłości jego dawnej lub niedawnej zaprotokółowany w historji choroby — tak jak lekarz rozpoznający endocarditis rheumatica mógł nie widzieć paroksyzmu gośćca stawowego, ale ma ten paroksyzm zanotowany w historji choroby). Otóż w przypadkach, które się z pod obserwacji klinicznej nie wymknęły, można się przekonać, że często jest obrzęk mózgu na sekcji, mimo że kaszlu nie było. Przemawia to przeciw patogenezie mechanicznej mózgu w skutku zastoju na tle kaszlu.

Jak pospolitym objawem w klinice dziecięcej są drgawki, tak częstym objawem dla każdego pedjatry są obrzęki twarzy, albo całego ciała. Wykluczywszy zapalenie nerek na tle ujemnego badania moczu, okazuje lekarz w lot tendencję oszacowania przypadku jako zespołu odbitego echem wojennem, a więc jeżeli nie za rodzaj awitaminozy, to w każdym razie zespół obrzęków z wyniszczenia. Daleki jestem od chęci poruszenia zagadnienia awitaminozy, niemniej stwierdzam, że w czasie wojny niejednokrotnie los natknął mnie na przypadek obrzęków dziecięcych, który przez kolegów moich był momentalnie za modną wówczas chorobę głodową uważany, a którego właściwą naturę zakaźną tj. kokluszową, demaskowałem. Nie potrzebuję dodawać, jak trudno znajdywałem rezonans wśród lekarzy, którzy nawet mimo manifestującego się kaszlu wypowiadali opinję, że „widocznie koklusz ma swoją drogą, a obrzęki głodowe swoją". Tylko u lekarzy „starej daty" spotykałem się od czasu do czasu z mistrzowską przytomnością umysłu, która na widok obrzękłej twarzy dziecka — nawet mimo braku kaszlu dziecka — kazała witać je trafną, z pertussis facies wyczytaną djagnozą: kokluszu. Nie trzeba zapominać, że jak obrzęk mózgu, czy objaw konwulsji występują nietylko u dzieci kaszlących w czasie kokluszu — ale także u dzieci nie kaszlących — tak samo łatwo się przekonać przy ścisłej obserwacji, że obrzęki całego ciała obserwuje się nietylko u dzieci kokluszowych, kaszlących, ale także u takich, które chwilowo wcale nie kaszlą. Przemawia to przeciw teorji zastoju żylnego na tle działania mechanicznego kaszlu. Nie ulega wątpliwości, że i te ogólne obrzęki nie dadzą się pod względem patogenezy oddzielić od zagadnienia powstawania obrzęku mózgu i zakrzepu żyły wrotnej. Muszą one mieć wspólne, szersze, niż sam tylko zastój żylny, podłoże. Pospischill usiłuje tłumaczyć je ogólnem pojęciem uszkodzenia naczyń na tle jadu zakaźnego kokluszu.

Najczęściej na autopsji spotykaną postacią anatomiczną mózgową bywa, jak powiedziałem, albo obrzęk lub przekrwienie mózgu, albo zakrzep zatoki żylnej. Oprócz tego spotyka się różne postaci krwotoków mózgowych, rozsianych lub umiejscowionych, krwotoków międzyoponowych. Wszystkie te postaci mogłyby być w pewnym stopniu wywołane przez dysfunkcję albo dyskrazję naczyniową na tle zakażenia kokluszowego. Oprócz tego mają miejsce często surowicze zapalenia opon mózgowych albo różne postaci wtórnego zakażenia jako wyraz procesów przerzutowych — pyemicznych, a więc przedewszystkiem ropne zapalenie opon mózgowych. O ile to ostatnie (zwykle jako pleuritis purulenta) wywołane przez pneumokoki, daje się rozpoznać zapomocą nakłucia lędźwiowego — o tyle tamte stany mózgowe są oczywiście pod względem anatomicznym, fizjologicznym i symptomatycznym trudne do rozpoznania. Naśladować one mogą, jak łatwo sobie wyobrazić, wszystko i dawać mogą najsprzeczniejsze objawy: raz stany głębokiej nieprzytomności, raz sen głęboki, raz porażenia, drgawki, polidypsję, poliurję, ataksję i tp. Oczywiście należy w każdym przypadku wykluczyć cały szereg innych infekcyj, nie zapominając o gruźlicy i kile — i nie zapominając o panującym w danej chwili genjuszu epidemicznym, tej lub owej encephalopatji. Ponieważ rozpoznanie anatomiczne i fizjologiczne wobec zmienności objawów mózgowych jest naogół trudne — należy w takich przypadkach nie spuszczać z oka na chwilę codziennej kontroli płuc, które są najpewniejszem zwierciadłem infekcji kokluszowej. Gdy w płucach ognisko kokluszu udaje nam się znaleźć, rozpoznanie natury zapalenia mózgu staje się, caeteris paribus, łatwą konsekwencją. Bez umiejętności orientowania się w płucu dziecka i w jego płucnej przeszłości kokluszowej, rozpoznawanie pertussis encephalitis może być tu i ówdzie trafne, ale oczywiście nie uzasadnione klinicznie.

Wspomniałem o spotykanych na autopsjach śladach krwotoków mózgowych. Nie są one tylko właściwością mózgu, ale spotykać je można także w rdzeniu. Jeżeli są rzadko notowane w literaturze, to przyczyną tego jest pewna niedostępność rdzenia, która zwykle hamuje lekarza od badania w tym kierunku. Niemniej na oddziale Pospischilla obecność krwotoków w oponach rdzeniowych, odkrytych na autopsji przez Prof. Landsteinera, miałem sposobność cały szereg razy obserwować.

Łatwo sobie wyobrazić, że fakt ten tłumaczy możność występowania zespołów neurologicznych-rdzeniowych u dzieci kokluszowych (podobnych do sclerosis multiplex).

Zastanawiając się nad zagadnieniem krwotoków mózgowych czy rdzeniowych, niepodobna rozpatrywać tego zjawiska bez równoczesnego zestawienia go z objawem krwotoku na skórze i na błonach śluzowych u dzieci kokluszowych. I znowu wypada poddać krytyce ogólnie przyjętą w tym kierunku opinję, która na drodze przez kaszel sprowokowanego zwiększonego ciśnienia krwi, powodującego pękanie naczyń, stara się patogenezę tego fenomenu wyjaśnić. Tłumaczenie to jednak jest tak proste, jak mechaniczna patogeneza krwotoków jelitowych w durze brzusznym. Nie wątpię, że nieraz moment mechaniczny musi odgrywać rolę w tem i owem wynaczynieniu u dziecka kokluszowego. Ale wierzę, że jak w durze brzusznym nie jest to sprawa taka prosta — tak i w kokluszu nie daje hipoteza mechaniczna satysfakcji klinicyście.

Zdarzyło mi się raz u dziecka z obrazem skazy krwotocznej, u którego lekarze rozpoznali chorobę idjopatyczną Werlhofa, przy tej skazie stwierdzić istnienie zmian w płucach i niewątpliwy koklusz; przez to samo ustosunkowałem się całkiem inaczej do skazy krwotocznej, którą uznałem za wtórną, objawową, czyli za ściśle z główną chorobą związany, mocniej zaakcentowany objaw wtórny kokluszu. Rozumiałem, że nie jest to objaw bardzo pospolity i dziwiłem się pomyłce rozpoznawczej swoich poprzedników. Obraz plamicy był ograniczony tylko do skóry i do spojówek gałek. To samo odnosi się do krwawiączki (hemofilji), która może występować na terenie cholemicznym u dziecka kokluszowego, stanowiąc krwawiączkę spontaniczną.

Przypadki takie obserwowałem trzy razy. Zdarzyło mi się być wezwanym do dziecka z powodu krwotoku płucnego, którego fałszywość udało mi się za każdym razem z łatwością zdemaskować. Chodziło bowiem zawsze o dziecko, które wypluwało przy silnym kaszlu kokluszowym krew do naczynia. Jedno z tych dzieci (dziewczynka 10-letnia) było przez lekarzy uznane za notorycznie i beznadziejnie gruźlicze. Wszystkie te dzieci miały koklusz i wszystkie wypluwały krew do naczynia, ale krew ta wcale nie pochodziła z dróg oddechowych, tylko z jamy ustnej, z dziąseł, które krwawiły.

Przed dwoma latami obserwowałem dziecko, które przybyło z rozpoznaniem zapalenia nerek i u którego na drugi dzień wystąpiła skaza krwotoczna Werlhofa. Po 1 tygodniu na podstawie posiewu moczu stwierdziłem, że dziecko przechodzi dur brzuszny. Dziecko nie miało w czasie pobytu w szpitalu krwotoku jelitowego. Nie ulega wątpliwości, że skaza krwotoczna dziecka była w ścisłym związku patogenetycznym z chorobą zakaźną, jaką jest dur brzuszny i należy przypuszczać, że jad chorobowy wywołał w przypadku tym dysfunkcję wątroby, narządu kontrolującego równowagę krzepliwości krwi w ustroju. Wiadomo, że badanie dynamiczne wątroby jest dość utrudnione i niepewne (w przypadku naszym badanie tej funkcji zamglone było przez równoczesne zapalenie nerek), ale wiadomo, że w każdym durze brzusznym jednym ze stałych i, zwłaszcza u dorosłych wcześnie występujących, rozpoznawczych objawów jest zmieniona statyka tego narządu. Zresztą sam wynik badania krwi stwierdził wypadnięcie jednej tak ważnej funkcji wątroby, która stała pod urazem działania toksycznego zakażenia. Czy nie budzi to refleksji, że podobnie, jak się rzecz w moim przypadku duru brzusznego na skórze odbijała, przez analogję odbywać się może w kiszkach w przebiegu krwotoków durowych?

Dnia 5. XII. 1928 w Pol. Tow. Pedj. a dnia 18. XII. w Warsz. Tow. Lek. demonstrowałem i omówiłem przypadek duru brzusznego z zespołem plamicy małopłytkowej, towarzyszącej krwotokom kiszkowym u dziewczynki 5-letniej.

Stasia D. zachorowała 13. X. 1928 r. wśród gorączki dochodzącej do 40°, której towarzyszyło pojawianie się petoci na różnych miejscach skóry oraz częste, wolne, krwawe stolce. Po 11-dniowym stanie gorączkowym przybyła chora 24. X. do szpitala, gdzie po 5 dniach bezgorączkowych, od 29. X. do 11. XI. znowu utrzymy-

wała się gorączka od 39—39,8°. Na skórze przez ten czas pojawiają się naprzemian w różnych miejscach wynaczynienia plamicowe, którym towarzyszą krwotoki kiszkowe. Krew: Hg. 77%. Cz. c. 4,500.000. B. c. 8.100. Płytek 15.000. Czas krwawienia 4½. Czas krzepnięcia 6'. Krzepliwość upośledzona. Odczyn ukłucia Kocha dodatni, objaw opaskowy ujemny. Odporność krwinek 0,32%. Odczyn Wassermanna ujemny, odczyn Widala kilkakrotnie ujemny. Posiewy krwi ujemne. Posiewy moczu i kału na żółci dają szczep prątków Ebertha. Przebieg duru bardzo ciężki z zespołem złowróżbnym Hutinela, z niemiarowością tętna, z obniżeniem ciśnienia krwi, z rytmem galopującym, z sennością. Na pośladkach, w okolicy stawu kolanowego i łokciowego — rozległe, długo się gojące martwice skóry i obustronne zapalenie ucha środkowego. Po miesiącu choroby obraz krwi wykazywał umiarkowaną anemję, nie wykazywał już małopłytkowości.

Dziecko od 5 tygodni bez gorączki, znajduje się na wypisaniu do domu zdrowe.

Przypadek przyczynia się do zrozumienia mechanizmu powstawania krwotoków kiszkowych w przebiegu duru brzusznego. Krwotoki te nie są wyrazem jedynie miejscowego krwotoku izolowanego, ale są objawem syndromu zespołu hemoragicznego. Przypadek ma dużo cech wspólnych z opisanemi przezemnie w Pol. Gaz. Lek. w r. 1927 Nr. 18 przypadkami duru brzuszego u dzieci.

W przypadku demonstrowanym chodziło o krwotoki kiszkowe wczesne, których początek przypadał już na 8-y dzień choroby. Trousseau opisał był krwotok kiszkowy w 9-ym dniu duru; krwotok ten sprowadził ciężką niedokrewność. W przypadku przedstawionym nie mieliśmy prawa rozpoznawać gnilca, bo w jamie ust zmian nie było, ani zakażenia streptokokowego, bo posiewy krwi były ujemne. Trudno jest ocenić, jaką rolę w tej plamicy durowej odgrywała konstytucja, to pewna, że anamnestycznie dziecko nie przedstawiało żadnych zaburzeń o charakterze skazy krwotocznej, a obraz chorobowy krwi w miarę zdrowienia wracał do normy.

Przeciwnie za momentem zakaźnym, właściwym danej epidemji duru, a nie za momentem konstytucyjnym przemawiaćby mógł fakt, że w 10 dni po tej dziewczynce przybył do szpitala chłopiec 6-letni z typowym durem brzusznym, który się rozpoczął wśród krwotoków żołądkowo-kiszkowych, trwających przez kilka dni.

Dnia 5. XII. 1928 w Pol. Tow. Pedj. demonstrowałem i omówiłem przypadek żółtaczki zakaźnej z krwotokami żołądkowemi i małopłytkowością u dziewczynki 7-letniej.

Alicja G. zachorowała nagle 12. XI. 1928 wśród gorączki do 39°, która utrzymywała się przez 4 dni. Piątego dnia spadek ciepłoty i równocześnie pojawiła się żółtaczka, której towarzyszyły kilkakrotne obfite krwawe wymioty. Z powodu wymiotów krwawych umieszczona w dniu 18. XI. w szpitalu, gdzie badanie stwierdziło: powiększenie wątroby i śledziony, odbarwienie stolców, mocz zawierający barwiki żółciowe, urobilinę i urobilinogen. Próba Haya dodatnia. Krew: Hg. 60%. Cz. c. 5,250.000. B. c. 6.800. Płytek 40.000. Czas krzepnięcia 10'. Czas krwawienia 3'. Objawy opaskowy i Kocha ujemne. Odporność krwinek: 0,36%. Odczyn v. d. Bergha dwufazowy, opóźniony. We krwi 6 jednostek bilirubiny. Odczyn Wassermanna ujemny. Aglutynacja z durem i paradurem ujemna.

Równocześnie z pacjentką zachorował w tymsamym domu w sąsiedniem mieszkaniu mężczyzna 28-letni wśród tychsamych objawów żółtaczki z krwawemi wymiotami.

Chora wypisana 2. XII. 1928 — wyleczona.

Rola wątroby w krzepliwości krwi jest udowodniona doświadczalnie. Wiadomo, że injekcja u psa propeptonu, jadu wężowego, toksyn, atropiny(dootrzewnowo), czy chloroformu lub żółci, wywołuje albo utrudnienie wytworzenia fibrynogenu, albo uniemożliwia stworzenie podstawowego czynnika koagulacji — trombogenu. Wątroba wydziela także substancję antagonistyczną, utrudniającą krzepnięcie: antitrombozyn.

Przyczyna krwotoków w chorobach wątroby leży w mejopragji kapillarnej, w uszkodzeniu odporności małych tętniczek i naczyń włosowatych. Dyskretne plamy rubinowe Boucharda, tak charakterystyczne w przebiegu marskości wątroby (często obserwowane przezemnie u dzieci z kiłą wrodzoną i z niewątpliwą *hepatitis*), robią twarz dziecka pijacką i temi drobnemi wynaczynieniami świadczą o dysfunkcji wątroby.

Obserwowałem kilkakrotnie *melaena neonatorum* u dzieci kiłowych. Nie różniła się ona niczem od zwykłej *purpura haemorrhagica*, którą u kilku dzieci kiłowych widziałem. Oczywiście także w tych przypadkach uważałem wątrobę zakażoną przez kiłę za główną kwaterę kierującą wadliwie funkcjami układu naczyniowego i funkcją krzepliwości krwi.

W pracy swojej o kokluszu w Pol. Gaz. Lek. wspominam o fakcie od bardzo dawna przez lekarzy sygnalizowanym — mianowicie o cukromoczu i o urikurji obserwowanej u dzieci kokluszowych i w pracy swojej tłumaczę, że wbrew poglądom Teissier'a nie przypisuję objawowi urikurji znaczenia djagnostycznego w kokluszu, że jednak i jeden i drugi objaw, spotykany przezemnie u dzieci kokluszowych, uważam za objaw dysfunkcji wątroby pod wpływem zakażenia chorobą infekcyjną, jaką jest koklusz.

Tak więc mamy prawo uważać, że jak skazę krwotoczną obserwowaną w przebiegu duru brzusznego, żółtaczki zakaźnej, czy kiły wrodzonej u dzieci — należy odnieść do dysfunkcji wątroby, tak i w przebiegu kokluszu obserwowaną łatwość krwawienia w postaci krwotoków skórnych, błon śluzowych, opon mózgowych, mózgu, należy zdaniem naszem w pewnej części odnieść do mejopragji kapillarnej na tle zakażenia kokluszowego wątroby.

Streszczenie:

Przytoczone opisy przypadków kokluszowego zapalenia mózgu stanowią fakty kliniczne i anatomiczne. Ponieważ koklusz nie jest 6-tygodniową tylko chorobą kaszlu *(Hustenkrankheit)*, ale w wielkim procencie długotrwałą w nawrotach swoich i najbardziej śmiertelną chorobą pierwszego dzieciństwa i ponieważ nosi znamiona ogólnego zakażenia ustroju, należy stany schorzeń mózgowych odnieść do działania toksy-infekcyjnego jadu kokluszowego na mózg, układ nerwowy i układ naczyniowy.

Jakkolwiek ogólnie przyjęta hipoteza o mechanicznem działaniu kaszlu jako o przyczynie przekrwienia żylnego, obrzęku mózgu i wynaczynień krwawych w mózgu może w pewnym procencie tłumaczyć stany encefalopatyj kokluszowych — to jednak nie można uważać tej mechanicznej koncepcji za dostateczną. Szereg okoliczności klinicznych stoi w sprzeczności z tą pozornie prostą hipotezą.

Podobnie jak patogeneza krwotoków kiszkowych w durze brzusznym, patogeneza obserwowanych wynaczynień w przebiegu kokluszu tkwi w pewnym stopniu także w analogicznych stanach przejściowych skazy krwotocznej, spowodowanej przez dysfunkcję zatrutej jadem chorobowym wątroby.

Piśmiennictwo.

Berardi A. La Pediatria. 15. II. 1925. — Canino Renato. Pediatria riv. A. 35. Nr. 19. 1925. — Cozzolino O. Clin. ped. A. 7. 1925. Hässler Erich. Jhrb. f. Kindh. Bd. 114. 1926. — Jochims J. Zentrlblt. f. Kindh. 1928. — Meyer S., Burghard E. Zeitschrft. f. Kindh. 40 Bd. H. 1—2. 1925. — Meynier E. Clin. ed. Ig. infant. 15. I. 1927. — Mikułowski. Nowiny Lek. Z. 17 i Z. 19. 1927. — Tenże. Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1927. — Tenże. Nowiny Lek. Z. IX. 1928. — Tenże. Pol. Gaz. Lek. Nr. 36. 1926. — Tenże. Rev. Fr. de Péd. T. II. Nr. 3. 1926. — Tenże. Schweiz. Med. Woch. Nr. 30. 1927. — Tenże. Pedj. Pol. T. IV. 1924. — Tenże. Pedj. Pol. T. V. 1925 — Tenże. Rev. d'Hyg. T. XLVIII. Nr. 9. 1926. — Tenże. Rev. Fr. de Péd. T. II. Nr. 6. 1926. — Tenże. Rev. Fr. de Péd. T. III. Nr. 5. 1927. — Tenże.Pol. Gaz. Lek. R. VI. Nr. 15. 1927. — Tenże. Pol. Gaz. Lek. R. VI. Nr. 27. 1927. — Tenże. Pol. Gaz. Lek. R. VII. Nr. 2—3. 1928. — Tenże. Rev. Fr. de Péd. T. IV. Nr. 2. 1928. — Tenże. Schweiz. Med. Woch. Nr. 20. 1928. — Tenże. Rev. Fr. de Péd. Nr. 5. 1928. — Pamiętnik III. Zjazdu Pedj. Pol. 1927. — Pedj. Pol. 1927. Tom VII. — Pospischill D. Ueber Klinik u. Epidemiologie der Pertuss. Berlin 1921. — Rousseau Saint--Philipe. Pédiatrie prat. Ann. 22. Nr. 26. 1925. — Sternberg H. Zeitschft. f. Kindh. Bd. 45. H. 5. 1928.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

O własnościach i działaniu choliny.

Z klin. poł. i chor. kob. U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

W doświadczeniach mających na celu wytworzenie na drodze hormonalnej sztucznej, czasowej niepłodności u zwierząt — z czego obszernie zdajemy sprawę w pracy oddanej do druku „Ginekologji Polskiej" — używaliśmy jako kontroli i dla porównania różnych leków i trucizn, które uważane są jako działające przeciwciążowo. W doświadczeniach tych uwagę naszą zwróciło działanie choliny, co skłoniło nas do przeprowadzenia z tym środkiem szeregu doświadczeń na zwierzętach. Ponieważ w dostępnem nam piśmiennictwie polskiem nie znaleźliśmy wyczerpujących danych co do własności jakoteż sposobu działania choliny, pragniemy przedstawić całokształt poglądów różnych autorów zajmujących się tą sprawą i dodać własne spostrzeżenia.

Cholina należy do grupy aminoalkoholi, które powstają przez podstawienie grupy wodorotlenowej w alkoholach dwuwartościowych grupą aminową NH_2. Posiada ona znak chemiczny $C_5H_{15}O_2N$ i jest w postaci estru lecytyny ważnym składnikiem komórek roślinnych i zwierzęcych. Przez odjęcie drobiny wody powstaje z choliny silnie trujące ciało zwane neuryną ($C_5H_{13}ON$). Neuryna należy do trucizn trupich, powodujących zatrucie skutkiem spożywania zepsutego mięsa i powstaje z choliny przez działanie pewnych bakterji. Pokrewną choliny jest również muskaryna, trucizna znajdująca się w muchomorze pospolitym *(agaricus muscarius)*.

Popielski uważał cholinę za ciało, spokrewnione ze sekretyną Baylisa i Starlinga, z tą jednak różnicą, że cholina wpierw podnosi a potem zwolna obniża ciśnienie krwi, sekretyna zaś czyni to odrazu. Prace Fürtha i Schwarza potwierdziły w zupełności zapatrywanie Popielskiego. Znaleziono bowiem cholinę jako składnik obniżający ciśnienie krwi w wyciągach z tarczycy.

Oddawna już wiedziano, że przecięcie nerwów błędnych i trzewnych u zwierząt nie wpływa zupełnie na procesy trawienne ani też nie upośledza ruchów jelitowych, czyli że wyłączenie żołądka i jelit ze związku z centralnym układem nerwowym nie powoduje w przewodzie pokarmowym takich zmian, jakich należałoby się spodziewać, gdyby przewód pokarmowy pozostawał pod wyłącznym wpływem tych bodźców. Z konieczności zatem przyjąć musiano, że gdzieś na obwodzie istnieć musi jakiś ośrodek czy aparat, który niezależnie od centralnego układu nerwowego kieruje ruchami przewodu pokarmowego. W dalszych doświadczeniach przekonano się, że wycięte jelito utrzymywane w rozczynie soli kuchennej o odpowiedniej ciepłocie nie traci zdolności wykonywania tych ruchów nawet w ciągu kilku dni, o ile oczywiście jelitu temu zapewnimy należyty dopływ tlenu. Jasnem było przeto iż czynnik pobudzający leży w samem jelicie, a dalsze badania wykazały, że czynnikiem tym jest splot Auerbacha, leżący pomiędzy warstwą mięśni podłużnych i okrężnych i że automatyzm, rytm i okresowość przewodu pokarmowego zależne są od tego czynnika, natomiast przewodnictwo podniet znajduje się też i poza jego obrębem (Magnus).

Doświadczenia Weilanda wykazały, że splot Auerbacha otrzymuje podniety powstałe w samej ścianie żołądka i jelit. Ponieważ roztwór soli, w którym zanurzone było przez jakiś czas kurczące się jelito nabierał również własności pobudzających, poczęto badać własności fizykalne i chemiczne tego ciała i przekonano się, że rozpuszcza się ono również w alkoholu i jest ciepłostałe. Wyciągi tego ciała wstrzyknięte zwierzętom dożylnie działały silnie pobudzająco na przewód pokarmowy bez jakichkolwiek złych następstw (Enriques, Hallion).

Zasługą Weilanda jest wykazanie, że ciało to wydzielane zostaje przez odosobnione jelito i że w stanie przyżyciowej czynności narządu znajduje się ono w stanie wolnym, a punktem wyjścia automatyzmu są pewne procesy chemiczne. Nie wiadomo czy samoistny ośrodek należy uważać za podobny do ośrodka znajdującego się w ścianie macicy, którego istnienie i znaczenie wykazał Keiffer i Latorre. Nie ulega jednak wątpliwości, że nie tylko sam stopień stężenia rozczynów choliny wpływa na odmienne pobudzanie splotu Auerbacha tak w jelicie odosobnionem, jak również i w czynnościach przyżyciowych, gdyż ilości choliny w jelicie są stałe i ani stany fizjologiczne, ani też stany chorobowe nie zmieniają ich. Nie zmniejsza się ilość choliny ani w czasie głodu, ani też po przyjęciu obfitych pokarmów, z czego wynikałoby, że źródłem jej powstawania nie są spożyte pokarmy. Ponieważ dokładne przemycie ściany jelita powoduje zniknięcie choliny, przeto należałoby sądzić, że nie jest ona wytworem komórek tkankowych, wchodzących w skład i tworzących ściany jelita (Arai, Le Heux, Girndt, Magnus). Sądzono też, że cholina powstaje w części korowej nadnercza lub że jest ona produktem rozpadu błony śluzowej jelita. Doświadczenia nie potwierdziły tych przypuszczeń, wykazały bowiem, że po wycięciu nadnerczy ilości choliny w ustroju zwierzęcia nie ulegają żadnym zmianom. Podobnie i procesy powodujące zwiększony rozpad błony śluzowej jelita nie wpływają bynajmniej na ilościowe lub choćby tylko jakościowe zmiany tego ciała. Jedynie zatrucie morfina i jej pochodnemi zmniejsza ilości choliny w jelicie (György, Zuuz, Arai i Magnus).

Nadnercze, jak wiadomo, wytwarza *interreninę*, którą niektórzy uważają za hormon nadnercza. Ponieważ interrenina posiada własności zupełnie podobne do własności choliny, możnaby sądzić, że są to ciała bardzo pokrewne a nawet, że obie nazwy oznaczają jedno i to samo ciało.

Sądzono też, że cholina stanowi główny czynnik *neohormonalu* (Zuelzer), który pobudza jelita do ruchu. Wykazano jednak zasadnicze różnice pomiędzy temi ciałami. Hermonal nie wywołuje bowiem żadnych zmian ocznych, ani też ślinienia, nie obniża ciśnienia krwi i sprawia przekrwienie jelita. Jakkolwiek więc nie da się wykluczyć obecności choliny w hormonalu, to znajduje się ona w nim tylko w bardzo małej ilości i co najwyżej może być tylko jednym z licznych hormonów kierujących ruchami jelita.

Dalsze badania wykazały, że cholina jako część składowa lecytyny znajduje się również i w świecie roślinnym.

Czynnościowo jest cholina przeciwniczką adrenaliny, zwalnia czynność serca, obniża ciśnienie krwi, zwęża źrenice i zwiększa wydzieliny; działa zatem przywspółczulnie. W odróżnieniu od sekretyny działanie choliny zostaje zniesione przez atropinę. Z krążenia znika ona bardzo szybko, a na czynność trzustki wpływa za pośrednictwem nerwów błędnych .We krwi zmniejsza ilości cukru, cholesteryny i nieorganicznego fosforu. Fosfor organiczny, potas i wapń nie ulegają zmianie.

Po dużych dawkach choliny występuje u królików nadmiar cukru we krwi. Niewiadomo jednak, jaka jest przyczyna tego zjawiska i czy nie pozostaje ono w związku z domniemanem uszkodzeniem wątroby. Doświadczenia na zwierzętach nie wyjaśniły tej sprawy, natomiast przekonano się, że małe dawki choliny skutkiem podrażnienia nerwów wywołują zmniejszenie ilości cukru we krwi. Przecięcie nerwów trzewnych nie zapobiega zwiększaniu się cukru we krwi, a po wyłączeniu wszystkich możliwych bodźców współczulnych nigdy nie widziano spadku krzywej cukru we krwi. nawet po dużych dawkach choliny.

Walter przekonał się, że cholina i wszystkie ciała działające hamująco na system współczulny działają podobnie jak insulina, cholina zaś działa pobudzająco na układ przywspółczulny. Autor ten wstrzykiwał białym szczurom podskórnie insulinę w dawkach nie trujących a w kilka godzin potem śródsercowo duże dawki choliny. Po kilku minutach zwierzęta ginęły. Zwierzęta kontrolne, którym insuliny nie wstrzyknięto, znosiły cholinę zupełnie dobrze.

Lewy podawał przetwory cholinowe doustnie chorym z nadmiernem ciśnieniem krwi i stwierdził obniżenie ciśnienia o 60 mm. O ile w przypadkach wysokiego ciśnienia tętniczego występywało po cholinie obniżenie ciśnienia i zwolnienie tętna, to chorzy na chorobę Basedowa reagowali zgoła odmiennie, gdyż przyspieszona czynność serca ulegała zwolnieniu bez obniżenia ciśnienia krwi. Dowodzi to, że cholina posiada różne punkty zaczepienia jak nerw błędny i obwodowe nerwy naczyniowe .Prócz tego stwierdzono zwiększoną czynność wydzielniczą żołądka, żółci, trzustki i nerek, czynnościowo zaś pobudzenie ruchu robaczkowego jelit i wytworzenie w nich niedokrwistości.

Na podstawie doświadczeń można było mniemać, że obniżenie ciśnienia krwi po cholinie stoi w pewnym związku z wysianiem adrenaliny z nadnerczy. Glaubach i Pick badali zatem wzajemny stosunek tych ciał, a doświadczenia ich przeprowadzone na kotach wykazały, że jedno, a nawet obustronne wycięcie nadnerczy zmniejszało, lub nawet usuwało zupełnie ciśnienie krwi wywołane działaniem syntetycznego estru choliny, natomiast po cholinie w wielu przypadkach występywało zwiększenie ciśnienia. Bardzo duże dawki estru choliny nawet w braku nadnerczy podwyższały ciśnienie krwi.

Podskórne i śródżylne wstrzyknięcie choliny wywołuje u psów przejściowe, krótkotrwałe wydzielanie moczu. Przy wyłączeniu wątroby z krążenia zapomocą założenia przetoki Ecka, zahamowanie to nie występuje. Mechanizm działania polega prawdopodobnie na zatrzymaniu rozwodnionej krwi w krążeniu wątrobowem, a wspiera je obniżenie ciśnienia i równoczesne wzmożone wydzielanie gruczołów przewodu pokarmowego. Podanie mocznika przerywa działanie choliny sprowadzając pędzenie moczu. Różnica pomiędzy działaniem choliny a pituitryny polega na tem, że cholina sprowadza zmiany w rozmieszczeniu krwi w ustroju a pituitryna powoduje zatrzymanie wody w tkankach (Molitor i Pick).

Co do obecności choliny w moczu i wydzielania się jej po dawkach doustnych, podskórnych i śródżylnych istnieją bardzo sprzeczne poglądy. Wpływają na to poważne trudności badania skutkiem małych ilości tego ciała w moczu. Stosunkowo najlepsze wyniki daje metoda biologiczna podana przez Reid Hunta i Fühnera. Przekonano się, że po wstrzyknięciu choliny do ustroju znajduje się ona w moczu w ciągu doby i dopiero po tym czasie znika.

W pocie kobiet miesiączkujących znajdują się większe ilości choliny skutkiem zmniejszonej zdolności ustroju do procesów oksy-

dacyjnych. Prawdopodobnie ciało to wraz z kwasem β-oxymasłowym jest przyczyną trującego działania krwi miesiączkowej, które to działanie odnoszą niektórzy do hypotetycznych menotoksyn. Również aminy we krwi, powodujące zwężenie naczyń przed i w czasie miesiączkowania, stoją prawdopodobnie w związku z powiększeniem się ilości choliny. Cholina wywołuje również opóźnienie krzepnięcia krwi, zmniejszenie liczby ciałek białych i gromadzenie się tłuszczu we krwi. Zaburzenia nerwowe w tym okresie powstałe na tle podrażnienia systemu przywspółczulnego odnieść można również do zwiększenia się ilości choliny w ustroju. Ponieważ wykazano, że niektóre kobiety także i poza okresem miesiączkowym wykazują większe ilości tego ciała, a także, że pot mężczyzn podobnie jak kobiet miesiączkujących wykazuje stale większe jego ilości, poczęto badać systematycznie czy nie dałoby się wykazać innych ważniejszych wpływów choliny na ustroje zwierzęce i roślinne. Przekonano się jednak, że trujące działanie krwi miesiączkowej na rośliny pochodzi nietylko od samej choliny zawartej w tej krwi, lecz może w większej mierze od zmian ilościowych w zakresie przemiany materji (Shanks, Sieburg, Patzschke, Böhmer i Gengenbach). Cholina nie wydziela się zresztą we krwi miesiączkowej niezmieniona, tak jak na skórze, lecz pod postacią *trimethylaminy*, powstałej przez rozpad choliny. Nie wiadomo jednak gdzie odbywa się ten rozkład. Oprócz trimethylaminy wykazała analiza chemiczna (Klaus) również *monomethylaminę*, w mniejszej jednak ilości. Istnieje zatem we krwi miesiączkowej demethylacja kompleksu trimethylaminowego. Powstała z wydzielania skórnego cholina rozkłada się pod działaniem bakterji znajdujących się w skórze również przez odszczepienie kompleksu trimethylaminowego. Za jadowitością krwi miesiączkowej pod wpływem produktów rozpadu choliny przemawia jednak charakter objawów, dotyczących sfery naczyniowej, przemiany materji i systemu narządów o wewnętrznem wydzielaniu, a także i to, że *vagotonji* w okresie miesiączkowym towarzyszy przedmiesiączkowe zwiększenie się ilości choliny we krwi.

Zasadnicze zatem działanie choliny można określić jako stan, który występuje po podrażnieniu nerwów błędnych. U chorych ze zmianami w mięśniu sercowym występują zaburzenia w rytmie serca. Objaw ten pragnęli niektórzy autorowie wyzyskać jako pomocniczy środek rozpoznawczy. Oprócz działania na serce zauważyć można dość znaczny spadek ciśnienia krwi i to głównie u chorych z wysokiem ciśnieniem tętniczem. Bardzo często widziano zawroty głowy, ogólne osłabienie, nadmierne wydzielanie śliny i łez. Chorzy cierpiący na zaburzenia ze strony gruczołu tarczycowego okazywali zmiany te w małym tylko stopniu. Schliephake przerywał ataki napadowej przyspieszonej czynności serca i obniżał ciśnienie krwi, przyczem zauważył że szczególnie dobrze działała cholina w połączeniu ze strofantyną.

Aby cholina działała musi być ona wprowadzona do ustroju w dość silnem stężeniu i to takiem, którego nie można otrzymać przez podawanie doustne, podskórne lub śródmięśniowe. Śródżylne wstrzykiwanie natrafiało na pewne trudności z powodu niedokładnego dawkowania i łatwego jej rozpadu, co groziło poważnem niebezpieczeństwem zatrucia. Nie lepsze uzyskano też wyniki po stosowaniu estru kwasu octowego i choliny (acetylcholina). Klee i Grossmann przekonali się, że dorośli znoszą dobrze 0,6 mg na 1 kg i 1 minutę. Przeciętnie zatem dla chorego ważącego 60 kg wypada 600 mg chlorku choliny w ¼% roztworze fizjologicznej soli i w 17 minutach. W razie wystąpienia objawów ubocznych należy zwolnić szybkość wlewania. Co do techniki wlewania dożylnego to najlepiej używać do tego lejka o pojemności 300 do 400 ccm. Igła powinna być tak gruba, aby w jednej minucie wypływało z niej 15 ccm, roztwór zaś powinien mieć ciepłotę ciała.

Pierwszym objawem działania choliny jest obwodowe rozszerzenie naczyń. Chory uczuwa gorąco, uderzenia krwi do głowy, występuje dość silne zaczerwienienie twarzy. Skutkiem rozszerzenia naczyń nerkowych i mózgowych występuje pędzenie moczu, ból i ucisk w głowie. U skłonnych do migreny mogą nawet wystąpić napady. Następnie pojawia się wzmożone wydzielanie gruczołów ślinowych i łzowych, chory ciągle połyka i roni łzy rzęsiste. Obfity pot wskazuje jednak na zatrucie i zwraca uwagę, że albo dawka była zbyt duża, albo preparat był nieczysty. W każdym razie należy przerwać wlewanie. Tętno ulega zwolnieniu, czasem występują skurcze dodatkowe. Niektórzy uczuwają też ucisk na klatkę piersiową i utrudnienie oddechania, wydech przedłuża się. Objawy te ustępują szybko. Co do ciśnienia krwi to u osób zdrowych i o prawidłowem ciśnieniu różnica przed i po wlewaniach wynosi zaledwie 5—10 mm Hg, a więc jest bardzo mała, u chorych jednak z nadmiernem ciśnieniem różnica ta może wynosić 50—70 mm Hg. W naczyniach włosowatych wywołuje cholina rozszerzenie i zwolnienie przepływu i to zarówno w gałązkach tętniczych jak i żylnych.

Magnus podał myśl zużytkowania własności choliny w celach leczniczych, a mianowicie w przypadkach porażenia jelita w operacyjnem zapaleniu otrzewnej. Klee i Grossmann zwracają jednak uwagę, że cholina nie jest środkiem przeczyszczającym za który ją niektórzy uważają. Działa ona odtruwająco na ustrój i skuteczna jest w porażeniach czynnościowych jelita na tle pooperacyjnych zapaleń otrzewnej, a także w ostrych i przewlekłych nieżytach. Przywraca ona czynność przewodu pokarmowego, poprawia stan ogólny, tętno i rozjaśnia zamroczoną świadomość. W nerwowej niestrawności znikają objawy podmiotowe, brak łaknienia i bole w żołądku. Nie działa ona jednak w kurczowem zaparciu stolca *(obstipatio spastica Fleineri)*.

Zainteresowanie choliną wzrosło gdy Exner i Werner poczęli leczyć nią nowotwory złośliwe i to w okresach, kiedy leczenie chirurgiczne było już spóźnione. Sądzili oni, że działanie energji świetlnej radu można wyjaśnić jako zatrucie produktami rozpadu lecytyny. Wstrzykiwanie podskórne szczurom lecytyny naświetlanej promieniami Roentgena wywoływało taki sam skutek jak samo naświetlanie promieniami Roentgena, wstrzykiwanie zaś nienaświetlonych roztworów lecytyny nie dawało żadnych objawów. Schwartz już przedtem wypowiedział przypuszczenie, że promienie Roentgena rozkładają lecytynę, Exner zaś wykazał, że tym czynnym produktem rozpadu lecytyny jest właśnie cholina.

Na podstawie doświadczeń Exnera i Wernera można było oczekiwać że wstrzykiwanie choliny wywoła te same objawy, które znamy jako skutki naświetlania. Jak wiadomo do objawów takich zaliczają zanik jąder, zmiany wsteczne w aparacie limfatycznym i w guzach. I rzeczywiście zapomocą wstrzykiwań roztworów choliny udało się wywołać te objawy. Werner uważał cholinę jako dobry środek leczniczy nowotworów złośliwych, zwłaszcza łącznie z energją promieniotwórczą radu, Roentgena lub *mesothorium*. Sądził on, że leczenie to można z korzyścią zastosować i w gruźlicy.

Podobnie mniemali również Mihler, Asetos i inni. Leczenie choliną gruźlicy chirurgicznej miało polegać na zwiększonem wydzielaniu surowicy przyrannej, szybkiem zbliznowaceniu głębokich ran i owrzodzeń bez pozostawiania przetok, w gruźlicy zaś płuc leczenie to miało dawać poprawę stanu ogólnego jakoteż zmian miejscowych.

Przypisywano lecytynie, jakoteż produktom jej zdwajania się własności bakterjolityczne, a van Deycke i Much sądzili, że 25% roztwór choliny rozpuszcza prątki gruźlicze. I rzeczywiście w niektórych przypadkach gruźlicy po dożylnych wlewaniach tego roztworu widziano poprawę. Dotyczyła ona jednak tylko pewnych form gruźlicy i trwała niedługo, leczenie to przeto nie utrzymało się, podobnie jak i leczenie raków i mięsaków. Przekonano się, że cały wynik działania choliny można sprowadzić do uczulenia guzów nowotworowych, które następnie naświetlane silniej reagowały na energję promieniotwórczą. Ponieważ jednak uczuleniu ulegała równocześnie i skóra chorego, przeto musiano rychło zaprzestać naświetlania. Nie można też było zastosować silniejszych dawek bez obawy uszkodzenia skóry.

Przytoczone powyżej własności choliny skłoniły nas, jak na wstępie wspomnieliśmy, do przeprowadzenia szeregu doświadczeń, które w krótkości przedstawiają się następująco:

Doświadczenie 10 (królica 15)

Królicy wagi 2856 g wstrzykiwano 2 razy dziennie dożylnie po 5 ccm 1% roztworu choliny. Po 6 dniach pokryto ją dwukrotnie samcem. Ciąży jednak nie było. Pokryta zaś po 10 dniach powtórnie królica ta zaszła w ciążę i urodziła na czasie prawidłowe płody.

Doświadczenie 11 (królica 16)

Królicy wagi 2731 g wstrzykiwano dożylnie 2 razy dziennie po 4 ccm 1% choliny przez 6 dni. Po tygodniu (licząc od ostatniego wstrzyknięcia) pokryto ją. Królica zaszła w ciążę i po 27 dniach urodziła cztery płody, z których 2 były nieżywe.

Doświadczenie 12 (Królica 17, 18 i 19)

Powtórzono doświadczenie Nr. 10 na trzech królicach wagi około 3000 g, które pokryto 4, 5 i 6-go dnia od zaczęcia wstrzykiwań 1% roztworu choliny (2 razy dziennie po 5—6 ccm). Ciąża nie wystąpiła pomimo kilkakrotnego pokrycia królic. Po 3 tygodniach powtórzono próbę pokrycia i wszystkie 3 królice zaszły w ciążę, a porody odbyły się prawidłowo i na czasie. Płody były żywe i prawidłowo rozwinięte.

Doświadczenie 13 (Królica 20, 21 i 22)

Trzem królicom do dnia pokrycia i zajścia w ciążę wstrzykiwano codziennie dożylnie 2% roztwór choliny w ilości 6 ccm, w 2 dawkach, przez tydzień. Po tygodniu 2 poroniły, a trzecia zginęła. Obdukcja nie wykazała zmian w narządach.

Doświadczenie 25 (Królica 59, 60 i 61).

Trzem królicom wagi około 3 kg wstrzyknięto 10 ccm 2% roztworu choliny na raz. Bezpośrednio przedtem wstrzyknięto pierwszej 20 jednostek insuliny AB, drugiej zaś 10 ccm 20% glukozy. Trzeciej nie wstrzykiwano niczego więcej oprócz wspomnianej dawki choliny. Pierwsza królica zginęła w kilka minut po zastrzyknięciu choliny, podobnie i trzecia, natomiast druga żyła jeszcze kilkanaście godzin i zginęła wśród objawów zatrucia.

Widzimy zatem, że wstrzykiwanie dożylnie 1% roztworu choliny królicom zapobiega na krótki czas zajściu w ciążę. Niepłodność ta trwała w naszych doświadczeniach (Nr. 10 i 11) nieco dłużej niż tydzień, gdyż pokryte po 10 dniach od ostatniego wstrzyknięcia królice zachodziły w ciążę, która w pierwszem doświadczeniu nie wykazywała bynajmniej jakichkolwiek nieprawidłowości, tak co do czasu trwania jak i co do rozwoju płodów. Młode urodzone na czasie były prawidłowo rozwinięte i nie wykazywały żadnych objawów uszkodzenia lub zaburzeń rozwojowych. Natomiast w drugiem doświadczeniu królica pokryta po 6 dniach, od ostatniego wstrzyknięcia, zaszła w ciążę, która trwała krócej aniżeli zwykle, a z 4 płodów dwa były nieżywe. Przyczyną obumarcia płodów była prawdopodobnie cholina, gdyż trzy inne królice (w doświadczeniu Nr. 12) pokryte w dłuższy czas po ukończeniu wstrzykiwań (po 3 tygodniach dopiero) zaszły w ciążę i urodziły zdrowe i prawidłowo rozwinięte płody. Wspomniane królice pokrywano bez skutku 4, 5 i 6-go dnia od zaczęcia wstrzykiwań.

Zupełnie wyraźnie występuje działanie choliny również na macicę ciężarną. Równocześnie z ciążą zaczęte wstrzykiwania 2% roztworu choliny przerywało tę ciążę po 6 dniach (doświadczenie Nr. 13). Nie ulega jednak wątpliwości, że stężenie roztworu jakoteż i wysokość dawki stały już na granicy zatrucia śmiertelnego. Dowodzi tego śmierć jednej królicy, która zginęła w doświadczeniu 13-em. Podobnie zginęły również 3 królice w następnem doświadczeniu (Nr. 25). Tutaj jednak czynnikiem decydującym była insulina, której działanie bądźto wzmocniło działanie choliny, bądźteż osłabione zostało równoczesnem wstrzyknięciem glukozy. Można więc sądzić, że albo insulina sama wzmacnia działanie choliny, albo też, że nagłe obniżenie ilości cukru we krwi spowodowane dużą dawką insuliny może stać się przyczyną pewnego uczulenia ustroju na cholinę. Za taką zwiększoną wrażliwością ustrojową w stanach hypoglikemicznych przemawiają też doświadczenia W a l t n e r a, o których wspominaliśmy poprzednio. Słusznie bowiem autor ten uważa glukozę jako ciało posiadające własności odtruwające. W doświadczeniu naszem własności odtruwające glukozy wystąpiły wyraźnie u 2-ej królicy (Nr. 60), która otrzymawszy dawkę choliny równą dawce śmiertelnej dla królic Nr. 59 i 61, przeżyła je o kilkanaście godzin.

Jak należy tłumaczyć działanie choliny w naszych doświadczeniach? Czy należy doszukiwać się w przytoczonych spostrzeżeniach jakichś swoistych, wyłącznie tylko do tego ciała przywiązanych własności? Lub czy nie należy może uważać wyniku naszych doświadczeń tylko za objawy zatrucia? Istotnie — trudno odpowiedzieć na te pytania. Nie wiemy, w jaki sposób powstaje cholina w ustroju, czy jest ona rzeczywiście, jak chcą niektórzy, wynikiem zmienionych lub nieprawidłowych procesów spalania w ustroju. Pewne jest jednak, że działa ona przedewszystkiem na narządy zawierające wiele lecytyny. Ponieważ zaś narządy rodne zawierają stosunkowo znaczne ilości tego ciała, przeto nie będziemy może dalecy od prawdy przyjmując, że wynik doświadczeń naszych polega właśnie na tem wybiórczem i swoistem działaniu choliny.

Piśmiennictwo.

B o e n h e i m: M. Kl. 1925. 31. — E x n e r: Zeitschr. f. Chir. 1905. 78. — F ü r t t - S c h w a r z: Pflüg. Arch. 1908. 128/9. — F a r b e r: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1926. 49. — K l e e - G r o s s m a n n: M. m. W. 1925. 7. — K l a u s: Bioch. Zeit. 1925. 163. — L e w y: D. m. W. 1927. 52. — M a g n u s: M. m. W. 1925. 7. — M o l i t o r - P i c k: Arch. f. exp. Patt. T. CI. 1924. — P o p i e l s k i: Lw. Tyg. lek. 1908. — T s c h a c h o t i n: M. m. W. 1912. 44. — W e r n e r: M. m. W. 1905. 15. — Tenże: D. m. W. 1905. 2. — Tenże: Ztrbl. f. Chir. 1904. 43. — Tenże: Berl. Kl. W. 1913. 10. — Z u e l z e r: M. Kl. 1926. 22.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. S. MANZON. Brześć n/B.

W sprawie leczenie żylaków metodą wstrzykiwań.

Więcej niż 100 lat minęło od czasu (1813) gdy M o n t e g g i o zaproponował zastrzyki alkoholowe do rozszerzonych żył celem wywołania w nich sztucznych zakrzepów, mających drogą organizacji i bliznowacenia doprowadzić do wyleczenia żylaków.

Znacznie później leczenie zastrzykami stosowali P r a w a t z, (trójchlorek żelaza), T a w e l (zastrzyki kwasu karbolowego), S c h i a z z i (nalewka jodowa) i t. d., — ale próby te nie dawały wyników zadawalających. Lekarzom pozostawało więc zalecenie chorym gumowych pończoch, bandaży W e l p e a u, sposobu L a n d e r e r - B r u c h a, opasek, „gorset" M u r p h y'ego etc., w celach konserwatywnych, albo propozycja leczenia operacyjnego.

Nie mówiąc o przyżeganiach, nakłuwaniach elektrycznych, cyrkularnych incyzjach etc., najbardziej racjonalnym sposobem byłoby naturalnie usuwanie wszystkich rozszerzonych żył. Chirurg polski M a t l a k o w s k i zaproponował to jeszcze 38 lat temu. Znaną jest operacja T r e n d e l e n b u r g a (ligatura V. Saph. intern.) wyłuszczenie, resekcja (A g l a v e, M a d e l u n g, B a b c o c k). D e l b e t zaproponował zespolenie V. Saph. z żyłą biodrową poniżej miejsca ich połączenia, ale operacja daje wyniki dobre tylko w tych wypadkach, gdzie cierpienie jest ograniczone do V. Saph.

Ostatnio L e r i c h usiłował podnieść napięcie rozluźnionych ścian żylnych u cierpiących na żylakowaty zespół objawowy zapomocą sympatektomji okołotętniczej, ale operacja ta daje nawroty u większej części operowanych.

Nawet podany ostatnio sposób operowania t. zw. „dys ysji" K l a p p a czasem zawodzi.

Środki farmaceutyczne: Prowenaise et cet. (stosowałem w Varicocoele) rzadko przynoszą ulgę chorym.

Nie trzeba więc dziwić się, iż próby leczenia żylaków metodą wstrzykiwań nie ustawały.

W roku 1910 S z a r f pierwszy zastosował zastrzyki sublimatowe, ale zbyt słabe rozczyny (10.0 : 3000.0 — 1 — 5 cm) były przyczyną niepowodzenia.

Już podczas wojny, w roku 1915 1% — 2% zastrzyki sublimatowe dają wyniki zupełnie zadawalające.

Punktem wyjścia do stosowania podczas wojny zastrzyków sublimatowych było zupełnie przypadkowe spostrzeżenie. Lecząc kiłę t. zw. metodą L i n s e r a (Mischspritze), t. j. mieszaniną preparatu arsenobenzolowego i rtęciowego, zauważyli lekarze H e c h t i F i s c h l, iż żyła przegubu łokciowego, do której zastrzyki te były robione, do pewnego stopnia się obliterowała. Stąd zaczęto (L i n s e r) stosować zastrzyki sublimatowe chorym cierpiącym na rozszerzenie żył.

To samo spostrzeżenie zrobił we Francji S i c a r d przy zastrzykach luargolu (preparat arsenowy z sodem), co również posłużyło za punkt wyjścia do analogicznego leczenia żylaków.

L i n s e r i Z i r n zastosowali zastrzyki sublimatowe w swoim czasie kilkuset chorym, zrobili kilka tysięcy zastrzyków i nie zauważyli żadnych poważnych zaburzeń.

S i c a r d stosował początkowo węglan sodu i również nie spostrzegł żadnej niebezpiecznej reakcji.

Powstała terapja metodą wstrzykiwań żylakowatego zespołu objawowego, — t. j. leczenie nietylko żylaków na nogach, lecz i guzów krwawniczych i t. d.

Stosowanie jednak sublimatu wymagało wielkiej ostrożności ze względu na mogące wystąpić powikłania ze strony nerek, jamy ustnej, jelit — nie mówiąc już o tem, iż przy wadliwej technice mogło nastąpić ciężkie zapalenie tkanki okołożylnej, i nawet daleko idąca martwica. Obecnie sublimat prawie zarzucono. Stosuje się rostwór 10% — 20% chlorku sodu, rostwory salicylanu sodu, chlorku wapna, chininy, cukru gronowego et cet.

W polskiem piśmiennictwie znajdujemy pierwszy raz wzmiankę o stosowaniu sublimatu w artykule G o l d m a n ó w n y (Pol. Gaz. Lek. 1923 r. Nr. 11/12).

Dr. G r u c a 3 lata później (1926 r. Nr. 52 Pol. Gaz. Lek.) w artykule „O leczeniu żylaków sposobem S i c a r d a i L i n s e r a" szczegółowo analizuje i doświadczenia własne i „cudze", tak pod względem stosowania środków, jak i pod względem sposobów leczenia i przychodzi do wniosku, iż „leczenie żylaków dożylnemi wstrzykiwaniami salicylanu i chlorku sodu, choć jest leczeniem paljatywnem, jest godnem polecenia i stanowi wobec braku niebezpieczeństwa dla chorego duży i najprawdopodobniej trwały postęp w leczeniu tego cierpienia".

Słusznie pisze Dr. Siebert i Wrzesiński w swojej broszurce: „Nieoperacyjne leczenie żylaków przez sztuczne ich bliznowacenie“: „zaszczepiony nam lekarzom w szkole wyższej dogmat o niebezpieczeństwie zapalenia żył i powstawaniu w nich zakrzepów w związku z grożącem widmem zatoru był przyczyną tego, iż leczenia żylaków zapomocą środków wywołujących sztuczne zakrzepy nie zaczęto stosować znacznie wcześniej“. Dalsze doświadczenie przy leczeniu zapomocą zastrzyków wraz ze zmianą środków leczniczych wykazały, „iż zapalenie ściany żyły, wywołane wstrzyknięciem środków drażniących nie ma skłonności do posuwania się ku górze ani wgłąb i przebiega w przeciwieństwie do zapalenia na tle drobnoustrojów (trombophlebitis) bez powiększenia ciepłoty, bez silniejszych objawów zapalnych miejscowych i bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych; występujący prawie bezpośrednio po wstrzykiwaniu obrzęk ścian żyły powoduje zwężenie jej światła i powstanie silnie do ścian przylegającego skrzepu“ (z klin. chirurg. U. J. K. we Lwowie. Adam Gruca, Pol. Gaz. Lek. 1927 r.)

Prof. Sicard stworzył dla omawianego procesu osobną nazwę Venitis.

Rzeczywiście chemicznie wywołane zapalenie umiejscawia się do pewnego stopnia w żyłach powierzchownych, zapalenia żył (phlebitis) zaś po chorobach zakaźnych, ciąży, operacjach, urazach, chorobach krwi przenoszą się do vasa vasorum i przechodzą na żyły głębokie.

Znamy wszyscy teraz „fenomen“ (perverse Circulation Nobl), iż u stojącego człowieka w rozszerzonych żyłach krew płynie nie dośrodkowo, lecz odśrodkowo. Odkrycie to mamy do zawdzięczenia Magnusowi, który, wprowadzając hemodrometr Volkmanna do odpreparowanej V. Saphena, dowiódł, iż w pozycji poziomej chorego krew w V. Saphena płynie ku sercu dośrodkowo; jeżeli podczas eksperymentu człowiek próbuje wstać, to w pewnym momencie następuje stan spokoju, a następnie, kiedy człowiek znajduje się w pozycji pionowej (stojącej) krew płynie w kierunku odwrotnym, t. j. odśrodkowo od serca ku obwodowi.

Magnus wyciąga z tego następujący wniosek: jeżeliby u stojącego człowieka przez oderwanie się od skrzepu żylnego powstał zator, to popłynąłby nie ku sercu, lecz w kierunku odwrotnym i wywołałby ewentualnie zaburzenia w odżywianiu tkanki na podudziu, jej rozpad, owrzodzenie i t. d., ale nie śmierć wskutek zatoru.

Coprawda w pozycji leżącej krwiobieg jest znów normalny i zdawałoby się, iż praktycznego znaczenia odkrycie tego fenomenu nie ma, to jednakowoż daje prawo stosowania zastrzyków dożylnych ambulatoryjnie stojącemu pacjentowi.

Pewne wytyczne dla tego paradoksalnego krwiobiegu w żylakach dały już eksperymenty Trendelenburga i Pethersa.

Pierwszy polegał na tem, iż uciśnięta opróżniona V. Saphena w położeniu poziomem nie napełnia się w pozycji pionowej przy nadal trwającym ucisku przez dopływ krwi w kierunku od stopy, lecz odwrotnie po usunięciu ucisku żyła nabrzmiewa od góry ku dołowi.

I dalej: napełniona V. Saphena w razie nagłego ucisku w pachwinach u człowieka stojącego nie nabrzmiewała, (jak to zdawało się powinno było nastąpić) lecz przeciwnie opróżniała się w kierunku od stopy ku dołowi podczas chodzenia.

Pomimo dziesiątków tysięcy udanych zastrzyków, chirurdzy z niechęcią patrzyli na konserwatywny sposób leczenia żylaków. Jeszcze 4 lata temu w 1925 r. Klapp (z kliniki Biera) pisze: „sztuczna obliteracja nie dała tymczasem praktycznych rezultatów“. „Kwestja operatywnego czy konserwatywnego leczenia pozostaje sprawą akademicką“. „Statystyka nie przemawia za żadnym z tych sposobów“, czytamy w innem miejscu u Bierendempfla (Klinika Biera); pesymistycznie usposobiony Klapp „dopuszcza“, jak on sam się wyraża, łączenie środków drażniących z jego sposobem operacyjnym (dyscysja). Co się tyczy polskich chirurgów, to już w roku 1927 w artykule Dra Grucy (z kliniki chirurgicznej we Lwowie) czytamy wprost: „Najpewniejszym, najtańszym i najłatwiejszym sposobem leczenia żylaków jest ogólnie obecnie przyjęty sposób Sicarda i Linsera, polegający na wywoływaniu stanu zapalnego wszystkich warstw żyły, ograniczonego do podrażnionego odcinka, przez wstrzykiwanie dożylne środków drażniących“.

W znacznym stopniu na rozpowszechnienie sposobu leczenia zastrzykami w czasach ostatnich wpłynęła zmiana środków stosowanych do zastrzyków.

Chodziło o wynalezienie takich środków, które wywoływałyby zapalenie ściany żyły i powodowałyby to w ten sposób, że powstający zakrzep byłby „przylepiony“ do ściany żyły, a więc oderwanie się zakrzepu i powstanie zatoru byłoby niemożliwe, albo doprowadzone do minimum. Po sublimacie i jednocześnie z nim zaczęto używać 15% — 20% roztworu chlorku sodu, (4 — 5 do 20 gramów naraz) o którym Dr. Gruca pisze, iż „jest środkiem prawie nigdy nie zawodzącym“, lecz jako ujemną stronę podkreśla wstrząs miejscowy i kurcze w kończynie przez niego wywołane. Trzeba dodać, iż chlorek sodu może również wywołać czasami ciężkie zapalenie tkanki okołożylnej i nawet martwicę. Stosowano również roztwór Pregla (wypadek śmiertelny Holbacha), dwuwęglan sodu (Sicard), 5% cytrynian sodu (Troisier), trójchlorek żelaza (Desgranger), dwujodek rtęci (Montpellier i Lacroix), o którym Dr. Gruca pisze, iż skłonny jest wywołać „postępowanie zapalenia ku górze“ Venitis progre. ascen. (— chininę) chinin hydrochlorourethan, którą można stosować u osób tylko mocnych i młodych ze względu na następującą natychmiast po zastrzyku reakcję. Wskazany jest przy dużych żylakach.

Gruca zaczyna zwykle leczenie salicylanem sodu (preparat Spiessa: Natr. phenylcinch. 0,5; Natr. salic. 0,5; Novocain 0,008 w amp. po 5 c. (—) (Według Sicarda 95% wyleczon.). Jak widzimy środków nie brak.

Podczas mego pobytu we Wiedniu latem tego roku w klinice Prof. Kerla, zapoznałem się z preparatem dekstrozy — t. zw. „Calorose“, który ma tę zaletę iż nie jest trującym nawet w wielkich dawkach i nie powoduje miejscowej reakcji, nawet przy wadliwej technice, albo nieudanym zastrzyku (wwóz tego środka do Polski nie jest dozwolony).

Kalorozę wprowadził do medycyny Kausch w 1927 r., jako namiastkę cukru gronowego zupełnie w innych celach. Jest to 73% do 76% cukier inwertowy (Dextrose i Fruktose w równych częściach) i 60% cukru trzcinowego — reszta woda. Na wniosek Profesora Nobla został sporządzony specjalny preparat Varico-Calorose — 50% — 60% do leczenia żylaków.

Kaloroza nie jest środkiem specyficznym i ma zastosowanie i w chirurgji przed i po operacjach, celem wzmocnienia organizmu, po laparotomjach dla utrzymania siły serca, dla zmniejszenia niebezpieczeństwa narkozy i t. d. W medycynie wewnętrznej — w ostrych stanach osłabienia serca, przewlekłych zapaleniach mięśnia sercowego (Moeves, Sack) w cholerze, dyzenterji, grypie, zapaleniu płuc, tyfusie, dla zmniejszenia ilości plwociny w gruźlicy i t. d.

Zastrzyknięty do żyły wywołuje preparat ten stan zapalny wewnętrznej ściany żyły i powstawanie przylegającego do ściany zakrzepu. Ma pierwszeństwo, moim zdaniem, przed innemi preparatami w leczeniu kobiet i osób wogóle fizycznie słabych. O leczeniu cukrem gronowym 66%-owym pisze i Dr. Gruca. Uważa go za środek łagodny.

Technika, którą ja stosuję jest nieco odmienna od tej, którą stosuje Dr. Gruca.

W artykule swoim Dr. Gruca pisze: „choremu leżącemu lub siedzącemu wygodnie (niebezpieczeństwo omdlenia) zakłada się opaskę elastyczną na kończynę ułożoną poziomo, dośrodkowo od miejsca wstrzyknięcia, zwykle w połowie uda lub nieco wyżej, w każdym razie ponad odcinkiem żyły, który chcemy zamknąć, z taką siłą by uniemożliwić odpływ krwi“ i t. d.

„Obecnie stosujemy podobnie jak Boselis, Schlunk, Goldmanówna i inni“, pisze Dr. Gruca w innym artykule, „wstrzykiwania pod opaską Biera założoną doglowowo od miejsca wkłucia igły na chorym siedzącym lub leżącym“.

Otóż ja wolę robić zastrzyki w pozycji stojącej, nie spotykałem omdlewań nawet u kobiet; na wszelki wypadek chory stoi na krześle koło stołu operacyjnego i zawsze po wkłuciu igły może usiąść. Opaskę elastyczną nakładam nietylko dośrodkowo, lecz i odśrodkowo zamykając w ten sposób pomiędzy nałożone opaski odcinek żyły, do którego mam zamiar zrobić zastrzyk. Jest to technika, stosowana w klinice Prof. Kerla we Wiedniu. Nieco zmodyfikowałem ją przez połączenie igły i strzykawki t. zw. podwójnym kranem według Arzta który ma doprowadzającą rurkę połączoną ze strzykawką i odprowadzającą, przez którą wycieka krew pozostała po uciśnięciu w żyle. Zamiast opasek w Klinice Wiedeńskiej Arzta używa się specjalnego instrumentarium t. zw. Varicoclusor, owalne kółko z rączką do trzymania, którem asystent uciska żyłę; w zamknięty przez kółko odcinek żyły robi się zastrzyk. Uważam iż rolę asystenta i varikokluzora dobrze wykonują nałożone 2 opaski. W stosowaniu podwójnego kranu widzę, po pierwsze, wygodę, dlatego iż czyni on zbyteczną manipulację strzykawką (aspiracja krwi), zjawienie się krwi przez odprowadzającą rurkę jest dowodem tego, iż igła znajduje się w żyle; po drugie kran ten umożliwia zastrzyk w próżną żyłę, czemu przypisuję pewne znaczenie.

W wyżej wspomnianej broszurce Wrzesiński i Siebert podają mniej więcej taką samą technikę, jaką ja stosuję, tylko

po nałożeniu opasek kładą chorego. Nie obchodzi się i tu bez asystenta, który po położeniu się chorego i wkłuciu igły zdejmuje dośrodkowo nałożoną opaskę, podnosi nogę i stara się uciskiem opróżnić żyłę z krwi, — t. j. robi się to co ja osiągam sam zapomocą kranu A r e t a.

Natomiast w D. M. W. Nr. 38, 1927 Dr. W a l t e r F r a e n k e l podaje zupełnie inną technikę. Pacjent siedzi na stole operacyjnym z wiszącemi nogami. Żadnego ucisku nie robi się i tylko w przebiegu żyły, do zabliznowacenia której dąży się, robi się kilka zastrzyków w odstępach 1 cm jeden od drugiego od 6 — 8 na raz przyczem suma wstrzykniętego lekarstwa naturalnie odpowiednio jest zmniejszona dla każdego z tych zastrzyków. Nie mówiąc o tem iż bardzo wątpię, żeby wspomniani lekarze mieli lepsze wyniki, niż po stosowaniu opisanej wyżej techniki, robienie 5 — 8 zastrzyków na raz jest bezwzględnie uciążliwe dla chorego. Wszyscy wiemy jak długo czasem trzeba namawiać nerwowych chorych na jeden zastrzyk, szczególnie, jeżeli chodzi o kobiety. Nazwałbym ten sposób zbyt heroicznym. Sam autor wyznaje iż trzeba bardzo namawiać pacjentów, przytem podkreśla, iż robi to w dzień sobotni, żeby chory mógł w niedzielę odpocząć, ponieważ bywają potem zwykle nieznaczne bóle. Ale natomiast sposób ten mojem zdaniem może nadawać się przy guzach krwawniczych. Coprawda nie mam w tym kierunku doświadczenia, ale w artykule tym czytamy: „po powierzchownem znieczuleniu 2% kokainą wstrzykuje się we wszystkie guzy 1 — 2 cm płynu leczniczego (mowa o Calorose); ból przytem może potrwać ze 2 godziny, ale chory sam później ze zdziwieniem konstantuje zniknięcie guzów.

D e l a s t e r w Presse Medic. Nr. 44, 1926 r. proponuje zastrzyki w pas błony śluzowej, leżący na 2 — 4 cm powyżej odbytnicy. (Nie trzeba jednak zapominać iż żyła hemoroidalna dolna, do której robi się zastrzyki, znajduje się w połączeniu z żyłą próżną dolną i stąd powstaje niebezpieczeństwo zatoru). Mojem zdaniem, naogół biorąc, nie jest ważny ten lub inny szczegół w technice, a tylko wybór lekarstwa, i często widzimy, iż żyła, którą zamknąć nie udało się niejednokrotnym zastrzykiem cukru gronowego, reaguje na zastrzyk chinin - uretanu i t. d.

R e m e n o w s k y radzi umyślnie wstrzykiwać podskórnie małe ilości środka leczniczego celem wywołania bliznowacenia żył podskórnych tam, gdzie ich jest dużo. Stosowałem to samo z dobrym wynikiem, ale możliwe to jest tylko wtedy, kiedy środek nie wywołuje zapalenia tkanki, jak to śmiało można twierdzić o stosowanej przezemnie kalorozie. Chorego lepiej zawsze uprzedzić, iż zastrzyk może wywołać nieznaczny ból, który po usunięciu opaski przechodzi; zapalenia żył, o ile ja obserwowałem, (trombophlebitis) w najgorszym wypadku nie bywają niebezpieczne i trwają maximum 10 — 14 dni. Moi chorzy zawsze podczas leczenia chodzili i pracowali bez szkody dla zdrowia. (W r z e s i ń s k i i S i e b e r t opisują przypadek, w którym tragarz węgla po zastrzyku w ten sam dzień przeniósł 25 — 30 centnarów węgla). Jeszcze jeden szczegół: na pytanie chorego, ile trzeba będzie zastosować zastrzyków, lepiej zwiększyć przypuszczalną ilość, niż zmniejszyć. (I z a a k komunikuje o wypadku, w którym wstrzykiwania stosowano 26 razy).

Co się tyczy patogenezy żylakowatego zespołu objawowego, to według B i e r a żylaki są przejawem ogólnej „niedomogi łącznotkankowej" (Bindegewebsschwäche).

Skutkiem osłabienia przeciążonej rurki żylnej powstaje żylak. I stopa płaska i przepuklina są według B i e r a skutkami tej „diatesis varicosis". Niektórzy, jak T r e n d e l e n b u r g, próbowali tłumaczyć żylaki niedomykalnością zastawek. Po większej części teorje uwzględniają moment mechaniczny i ciąży, pracy i t. d. przypisują pewne znaczenie w powstawaniu żylaków. Wiadomo przecież jest, iż ciśnienie w żyłach może przewyższać 150 mm wodnego słupa. Słabość serca i stąd zmiejszona vis a tergo z jednoczesnym niedostatecznym odpływem krwi (V i r c h o w), niewydolność gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, też może być, według niektórych autorów, przyczyną powstawania żylaków.

K l a p p znajdywał we krwi żylaków zwiększoną ilość azotu resztującego. Inni przypisują powstawanie żylaków ogólnie podwyższonej kwasocie krwi. Znów inni — tylko zwiększonej ilości kwasu moczowego. Choroby zakaźne według zdania Z e s a s s'a, są przyczyną powstawania żylaków. Każda teorja ma swoich stronników i przeciwników. Krótko mówiąc — „acta non sunt occlusa".

Zatrzymam się jeszcze na teorji Classena o gruźliczem pochodzeniu żylaków. W swojej książce „Varices, Ulc. cruris. und ihre Behandlung", pisze C l a s s e n: „Od tego czasu, gdy zapoznałem się z odkryciem P a n n d o r f a o działaniu toksyn gruźliczych i infekcji streptokokowej na różne organy człowieka, szczególnie na żyły i kończyny dolne — pogląd mój na etjologję żylaków zupełnie się zmienił". „Nauka P a n n d o r f a wyjaśnia w najprostszy sposób", — pisze C l a s s e n w innem miejscu, — „patologiczne objawy zastoju żylnego od początku do końca".

Prawidłowość teorji P a n n d o r f a o gruźliczem pochodzeniu żylaków na nogach najlepiej potwierdza skuteczność leczenia żylaków szczepieniem doskórnem P a n n d o r f a".

Pogląd C l a s s e n a znalazł równie mało stronników, jak i twierdzenie niektórych autorów o wyłącznej roli kiły w powstawaniu żył rozszerzonych.

Ludzi, mających żylakowaty zespół objawowy jest znacznie więcej niż my lekarze to przypuszczamy. „Niema wogóle rodziny pisze N o b l, w której ten lub inny członek nie nosiłby plagi tego cierpienia i przez własne doświadczenie nie wiedział, jakie okoliczności powodują zwykle pogorszenie tego cierpienia".

W swoim odczycie na temat: „Znaczenie walki z żylakami", nawołuje on do leczenia zapomocą zastrzyków i podkreśla: „od 10 lat wywołuję sztuczne zakrzepy u swoich pacjentów, chorych na żylaki i mam w ścisłej ewidencji wszystkie następstwa. Do dziś dnia żaden fatalny wypadek nie obciąża mojej statystyki". To pisze lekarz, który zrobił kilkanaście tysięcy zastrzyków.

Nie mogę pochwalić się takim materjałem, ale śmiało twierdzę iż nie widziałem u siebie chorych, którym leczenie zastrzykami nie przyniosłoby przynajmniej ulgi.

Na zakończenie — parę słów o przeciwwskazaniach. Co do wieku, zwykle podają jako granicę 60 lat, co jest słuszne, chociażby z tego względu, iż celem leczenia żylaków zwykle jest zwiększenie produkcji fizycznej i siły człowieka, a po 60 latach rzadko zachodzi ku temu potrzeba. Z chorób: niewyrównana wada serca, cukrzyca, zwapnienie tętnic, choroba nerek i t. d.

S i c a r d i G a u g i e r uważają za przeciwwskazane leczenie żylaków metodą wstrzykiwań u kobiet ciężarnych, ze względu na powiększoną ilość włóknika we krwi podczas ciąży, a tem samem zwiększoną skłonność do zatoru.

Mięśniaki macicy, chromanie przestankowe oraz przebyte już zapalenie zakrzepowe żyły też są przeciwwskazaniem do leczenia metodą wstrzykiwań.

Samo przez się rozumie się, iż ostre choroby zakaźne, czy rakowatość, pryszczyca wykluczają na czas trwania choroby leczenie zastrzykami.

Jeżeli zważymy, iż leczenie metodą wstrzykiwań jest znacznie wygodniejsze i tańsze niż leczenie operacyjne, i że ani zejść śmiertelnych od zatorów, ani nawrotów choroby po leczeniu zastrzykami statystyka nie wykazuje więcej niż po leczeniu operacyjnem, a raczej odwrotnie, trzeba przyznać, iż leczenie metodą wstrzykiwań można śmiało stosować w tych wypadkach, gdzie idzie o zwiększenie wydajności fizycznej i siły człowieka, cierpiącego na żylakowaty zespół objawowy.

Pomijam tę kategorję chorych, którym zależy wyłącznie na wyniku kosmetycznym: zmartwione zgłaszają się często panie z nieznacznie rozszerzoną żyłą podudzia, która prześwieca przez pończochę i jest widoczna dzięki panującej modzie krótkich sukienek. Nawiasem mówiąc, zastrzyki cukru gronowego dają w tych przypadkach doskonałe wyniki.

Piśmiennictwo.

1) C l a s e n: „Varices, Ulc crur. und Ihre Behandlung. — 2) Dr. C. S i e b e r t und E. W r e s z y ń s k i: Operationslose Behandlung der Krampfadern durch künstliche Verödung. — 3) Dr. Adam G r u c a: Prak. Lek. 1927. — 4) Dr. Adam G r u c a: Pol. Gaz. Lek. Nr. 52, 1926 — 5) N o b l: Behandlung und Bekämpfung d. Krampfadern. — 6) D e z s o K e n e d i: Prakt. Arzt. 1928. Heft 2. — 7) Dr. W a l t e r, K. F r ä n k e l: D. M. W. 1927. Nr. 38. — 8) Dr. Ludwik I z a a k: M. M. W. 1928. Nr. 26. — 9) H u g e l i D e l a t e r: Presse Medicale 1925. Nr. 44. — 10) G o l d m a n ó w n a: Pol. Gaz. Lek. 1923. Nr. 12/13. — 11) L i n s e r: Therapie d. Gegenwart. 1925. Nr. 1. — 12) B i e r e n d e m p f e l: D. M. W. 1927. Nr. 11. — 13) N o b l: Der Varicöse Symptomenkomplex. Berlin 1918. — 14) K l a p p: Kl. W. 1924. str. 156. — 15) R e m e n o w s k y: Derm. Zt. 1926. Nr. 47. — 16) Z i r n: M. M. W. 1919. Nr. 14.

Dr. A. LIDZKI. Wilno.

O wdychiwaniu CO_2, jako środku leczniczym i zapobiegawczym.

W ostatnich czasach zaczęto wyzyskiwać wdychiwanie CO_2 dla celów leczniczych i zapobiegawczych. Zapoczątkowanie i opracowanie tej metody należy do amerykanów. Lekarze niemieccy i angielscy przeszczepili ją na teren europejski.

Powietrze atmosferyczne zawiera ca 0,03% CO_2. 1% CO_2 bywa znoszony bez zaburzeń. Wdychany do płuc 3 — 5% dwutlenek węgla szybko wchłania się do krwi i, drażniąc ośrodek od-

dechowy, powoduje częste i głębokie oddychanie. Wyższa zawartość CO_2, o ile działa dłużej, zatrzymuje się w tkankach i powoduje śmiertelne zatrucie, jakie np. widzimy przy niesprawnie działających piecach gazowych do ogrzewania wanien.

Najszersze zastosowanie znalazło dotychczas CO_2 w uśpieniu ogólnem. Przez domieszkę CO_2 do wdychanego środka narkotycznego unika się łatwiej podniecenia, gdyż częste głębokie oddechy powodują szybkie wchłanianie się narkotyku bez obawy zahamowania ośrodka oddechowego (bezdechu) na skutek nadmiernego wydzielania sie CO_2 z powietrzem wydychanym. Używa się również przy narkozie mniej środka narkotyzującego. Przez podawanie CO_2 osiąga się szybkiego usunięcia narkotyku z ustroju przy ewentualnej asfiksji oraz przy budzeniu się.

Występujące podczas narkozy dyspnoë i apnoë są spowodowane nie przez nadmiar CO_2, lecz przez brak tlenu. Sinica narkotyzowanego występuje wskutek zubożenia krwi w tlen, gdyż o barwie krwi stanowi tylko zawartość w niej tlenu. W tych razach CO_2, drażniąc ośrodek oddechowy, szybko doprowadza do ustroju brakujący tlen.

Znaczenie CO_2 nie ogranicza się do udoskonalenia narkozy.

CO_2 jest uważane za środek zapobiegający powikłaniom pooperacyjnym, szczególnie ze strony płuc. W tym celu podaje się CO_2 w ciągu kilku dni po operacji; powstaje hyperwentylacja, która usuwa śluz z oskrzeli, jak również zastoinę. W ten sposób unika się t. zw. ostrego kolapsu płuc czyli niedodmy *(collapsus pulmonum acutus v. atelectasis pulmonum)*, która często wikła przebieg pooperacyjny (9).

W wypadkach zatrucia morfiną, skopolaminą, alkoholem metylowym, i t. p. — CO_2, jako silny bodziec dla centrum oddechowego, okazuje duże usługi (4).

Przy zatruciu CO — kilkuprocentowa domieszka CO_2 do tlenu działa o wiele skuteczniej, niż czysty tlen; zatruty bowiem oddycha słabo, albo nie oddycha wcale, wobec czego nie może spożywać tlenu w ilości dostatecznej, jeżeli ośrodek oddechowy nie zostaje należycie podrażniony.

CO_2 stosuje się z dobrym wynikiem przy asfiksjach, spowodowanych prądem elektrycznym.

W położnictwie CO_2 znalazło zastosowanie przy wywoływaniu bólów porodowych (5) i cuceniu noworodków asfiktycznych (6).

Zupełnie do zarzucenia sa stosowane powszechnie grube metody cucenia noworodków, które opierają się na mniemaniu, iż drażnienie nerwów czuciowych powoduje wzmożenie oddychania.

Jedynym natomiast środkiem racjonalnym jest podawanie umiejętne 5% mieszaniny CO_2 z tlenem. Mylnem bowiem jest zdanie, iż asfiksja uwarunkowana jest brakiem tlenu i nadmiarem dwutlenku węgla, gdyż przy asfiksji mamy we krwi i tkankach zmniejszoną ilość zarówno tlenu, jak i dwutlenku węgla.

Wdychiwanie CO_2 jest potężnym środkiem przy czkawce pooperacyjnej oraz takiej, która występuje jako powikłanie grypy (10, 11).

Aparatura do podawania CO_2 może być skomplikowaną i kosztowną, lub prostą i tanią. Nietylko Niemcy, lecz i niektórzy Amerykanie ograniczają się do zwykłego balonu, zawierającego CO_2, do którego dołączają lejek, zaopatrzony w rurkę gumową. Cucenie noworodków wymaga aparatów względnie skomplikowanych, gdyż dbać trzeba o to, aby ciśnienie podawanego dwutlenku węgla nie przekraczało jakiejś 1/100 atmosfery. Za wyjątkiem zatrucia CO i asfikcji noworodków, gdzie stosuje się 5% mieszaninę CO_2 z tlenem, podawać można bądź czysty CO_2, bądź mieszaninę CO_2 z tlenem lub z powietrzem o różnej procentowej zawartości CO_2.

Ponieważ CO_2 powoduje gwałtowne ruchy oddechowe klatki piersiowej, jest on przeciwwskazany u ludzi nadzwyczaj wyczerpanych. Pamiętać należy, iż CO_2 podnosi ciśnienie krwi, co może być niepożądanem u ludzi z daleko posuniętą miażdżycą.

Na skutek podniesionego ciśnienia krwi, mogą broczyć niepodwiązane naczynia w tkance podskórnej, wobec czego trzeba je skrupulatnie podwiązywać (12).

Wnioski: W ostatnich latach CO_2 znalazło szerokie zastosowanie lecznicze i zapobiegawcze we wszystkich prawie gałęziach medycyny. Szczególnie rozpowszechnionym jest środek ten w Ameryce, gdzie każda prawie stacja ratownicza zaopatrzona jest w mieszaninę CO_2 z tlenem i odpowiednią aparaturę. Zachęca to do dalszych prób z tym środkiem. Technika stosowania nie jest trudną, wymaga jednak uprzedniego zapoznania się z piśmiennictwem i pewnego doświadczenia. Nie udało się nam na rynku uzyskać 5% mieszaniny CO_2 z tlenem. Byłoby pożądanem pobudzić wytwórnie do wytwarzania 5% mieszaniny CO_2 z tlenem, aby w ten sposób dać możność rozległego stosowania tego nowego środka, który w Ameryce i w niektórych krajach Europy uzyskał prawo obywatelstwa. Z braku na razie tej mieszaniny, należy wprowadzić do arsenału leczniczego czysty dwutlenek węgla.

Piśmiennictwo.

1) R. Knorr: Ueber CO_2 — Vergiftungen durch Gasbadeöfen. D. Med. W. 1927. — 2) Mannheim: Zur CO_2 — Inhalation. D. M. W. 1927. — 3) Prausnitz u. Schultzik: Experimentelle Untersuchungen über Einwirkung höherer CO_2 — Konzentration. D. M. W. 1928. — 4) K. H. Erb: CO_2 — Inhalation zur Anregung des Atemzentrums bei Alkaloidvergiftungen. M. Med. W. 1928. — 5) Wigger: CO_2 als wehenerregendes Mitel. Zbl. f. Gin. Nr. 41. — 6) Jandel Henderson: The prevention and treatment of asphyxia in the new-born. J. of the Am. M. As. 1928. — 7) A. Działoszyński: Ueber die Anwendung von CO_2 — Inhalation in der Chirurgie. Zbl. f. Chir. 1926. — 8) C. K. Drinker: Acute asphyxia as a medical problem. J. of the Am. M. Ass. 1928. — 9) W. J. M. Scott and E. d. Cutter: Postoperative massive Atelectasis: The effect of hyperventilation with CO_2. Ib. 1928. — 10) R. F. Sheldon: Control of hiccup by inhalation of CO_2. Ib. 1927. — 11) F. A. Lahey: The management of some complications following abdominal operations. Ib. 1927. — 12) E. Fischer: Die intraoperative u. postoperative CO_2 — Inhalation, eine wertvolle Unterstützung der Inhalationsnarkose. Zbl. f. Gin. 1928. — 13) L'inhalation de gaz carbonique (méthode de Jandel Henderson) stimulant et régulateur de la fonction respiratoire. J. Mouzon (Mouvement therapeutique). La Pr. Méd. 1929.

Dr. Mateusz SIEMIONKIN. Lubliniec.

Przypadek automatyzmu epileptycznego a sprawa sądowa.

Z Zakładu psychjatrycznego w Lublińcu.
Dyrektor: Dr. Emil Cyran.

Zjawiska automatyzmu psychicznego, aczkolwiek znane, nie są spotykane na porządku dziennym, są jednak bardzo poważnym objawem, odgrywającym wielką rolę w życiu jednostki, dotkniętej wyżej wspomnianym stanem, zwlaszcza, gdy jednostka ta wchodzi w koflikt z prawem.

Naogół automatyzm objawia się w skomplikowanych czynach i ruchach, mających zupełne pozory zastanowienia się i celowości, jednak popełnianych przy pełnym braku świadomości. Osobnicy w stanie automatyzmu wykonują czyny pozornie zupełnie świadomie i rozważnie, postępują konsekwentnie, mówią logicznie i z przekonaniem, w rzeczywistości zaś czynią to wszystko automatycznie, nie zdając sobie sprawy z czynionego; po przyjściu do przytomności, względnie po ustąpieniu owego stanu chrobowego u osobników takich następuje pełna niepamięć *(amnesia)* popełnionych czynów. Zjawiska automatyzmu były obserwowane w całym szeregu chorób psychicznych, przyczem prawie zawsze jednostki, dotknięte stanami automatyzmu, posiadały znamiona zwyrodnienia, należały więc do rzędu degeneratów.

Podłożem każdego czynu automatycznego musi być zawsze znane już przedtem pojęcie, musi poprzedzać gotowy mechanizm psychiczny, dla poruszenia którego potrzebny jest nieświadomy bodziec, pochodzący z istoty psychiki zdrowej myśli, lecz bodziec, przychodzący z zewnątrz przez patologicznie nastawiony w danej chwili mózg. Czyn automatyczny jest niejako reprodukcją tych czynów, które były zwykle wykonywane w stanie świadomym lub kryły się w tajnych pożądaniach osobnika, który czy to pod wpływem zasad etycznych, czy na podstawie zimnego a logicznego rozumowania nie bywał w stanie zadość uczynić swoim pragnieniom. Tak czy owak, czy był czyn, czy była myśl jedno i drugie utrwaliło się w pamięci. W stanie automatyzmu, gdy nie istnieją ani świadomość, ani wolny wybór, jednocześnie zaś ustaje wpływ zasad etycznych i świadome krytyczne rozumowanie, gdy hamulce psychiczne są nieczynne, natomiast występują czysto fizjologiczne bodźce, postępowanie dotkniętego osobnika idzie po linji działania, kierowanej tylko niejako pamięcia automatyczną. Według Frenkla rozróżnia się pamięć psychologiczną przy zachowaniu świadomości i pamięć organiczną bez udziału tej ostatniej. Pod kątem widzenia Frenkla zjawiska automatyzmu będą wyrazem pamięci organicznej, skutkiem czego pozostawią zawsze po sobie luki pamięciowe.

Stany automatyzmu najczęściej zachodzą, jako objaw, w histerji, nieco rzadziej w epilepsji; Heilbronner twierdzi nawet, że zjawiska automatyzmu sa zwykle objawami histerji. Poza wspomnianemi jednostkami chorobowemi stany automatyzmu mogą być

obserwowane w przypadkach alkholizmu i po urazach. Do tego samego szeregu odnosi się również automatyzm przy sennowłóctwie *(somnambulismus)* i sugestji. W pierwszym przypadku będziemy mieli do czynienia z objawem histerji, automatyzm zaś w przypadku drugim jest sztucznie wywołanym, jako trzecie stadjum hypnozy; w danym przypadku jednostka wychodzi z poprzedniego stanu kataleptycznego, może być bardzo ożywioną, dowcipną, może wykonywać skomplikowane czynności, lecz absolutnie jest zależną od hypnotyzera, jest jego narzędziem wykonawczem, będąc pozbawioną całkowicie własnej inicjatywy. Zależnie od tego, czy hypnotyzer dał rozkaz zapomnienia wszystkiego uczynionego czy nie, po przerwaniu seansu hypnotyzowany bezwzględnie zastosuje się do tego rozkazu, przyczem w przypadku pierwszym w czasie następnego seansu hypnotyzowany dokładnie będzie pamiętał i opowiadał wszystko, co zaszło podczas poprzedniego seansu. Zjawisko to znane jest, jako „rozdwojenie świadomości".

Z omówionym pokrótce automatyzmem hypnotycznym w pewnem pokrewieństwie stoi automatyzm histeryczny. O ile w pierwszym przypadku jest narzucona wola postronna, o tyle w drugim tę rolę cudzą zastępuje chorobowo ułożona psychika, psychika porywcza, wrażliwa, marząca, która nie była w stanie skutkiem tych lub innych przyczyn urzeczywistnić tajnych swoich pożądań. O ile w pierwszym przypadku jednostka znajduje się we władzy osoby drugiej i tym samym pozbawioną jest własnej inicjatywy, o tyle w przypadku drugim osobnik, znajdujący się we władzy własnych pożądań, jest tylko niemi kierowany i, chociaż podświadomie, objawia inicjatywę w pewnej mierze. Również podobnie, jak w przypadkach automatyzmu hypnotycznego, pozostaje pełna niepamięć, lecz tak samo w czasie ponownego stanu automatycznego lub nawet sztucznie wywołanego automatyzmu hypnotycznego dokładnie przypominają się wszystkie czynności.

Automatyzm epileptyczny, aczkolwiek podobny w swoich objawach do histerycznego, różni się nieco od ostatniego, a mianowicie: czynności, popełnione w stanie automatyzmu u epileptyka, wypadną zupełnie z pamięci i nie wypłyną ani w czasie ponownego stanu automatycznego, ani w stanie hypnotycznym, aczkolwiek niektórzy autorzy twierdzą, że niekiedy, wprawdzie bardzo rzadko, pozostają ślady pamięci (E. Toulouse, L. Marchand, J. Picard). Zdaniem naszem w przypadkach tych można mówić raczej o niekompletnym automatyzmie histerycznym. Stan automatyzmu u epileptyków może występować przed napadem, po nim i występować wreszcie, jako ekwiwalent tychże. Zjawiska automatyzmu epileptycznego w szerokiem pojęciu są dość częste. Do tych zjawisk muszą być odniesione takie objawy, jak bieganie lub wogóle pewien ruchowy niepokój po napadzie, ruchy szczęki, podobne do żucia i t d. Te objawy krótkotrwale częściowego automatyzmu, spotykane na porządku dziennym, w niniejszej rozprawie schodzą na plan drugi. Interesuje nas obecnie automatyzm kompletny, w czasie którego wykonywane są czynności skomplikowane dające pozory świadomości czynionego, to co Wachholz nazywa „zamroczenie jasne". W takim stanie automatyzmu jednostka może wykonywać dalekie podróże, zawierać tranzakcje, wnosić umotywowane skargi i t. d. Czynności ich mogą nosić wszelkie pozory świadomości, nie będąc w istocie takowemi. Po ustąpieniu tego stanu osobnik taki zdumiewa się, nie wierząc często, że czynności te mogły być przez niego wykonane. Proces myślowy w stanie tym jest zwolniony, czynności — powolne. Stany automatyzmu epileptycznego mogą trwać od kilku dni do kilku tygodni. Po większej części stany automatyczne występują po niewielkim napadzie epileptycznym.

Stan automatyzmu u alkoholików zwykle występuje nagle i trwa od kilku godzin do kilku dni. Czyny w tym stanie również mają charakter celowości i również podlegają pełnej niepamięci.

Automatyzm urazowy występuje albo bezpośrednio, albo w pewien czas po urazie. Na to ostatnie zwrócił uwagę Charcot; według niego w tym przypadku rozwija się *neurosis traumatica*, która może swoją drogą spowodować stan automatyczny.

Do zjawisk częściowego automatyzmu Bleuler odnosi takie objawy, jak *coprolalia, echopraxia, echolalia* (automatyzm nakazowy). Kraepelin odnosi do automatyzmu nakazowego nawet gibkość woskową u katatoników.

Na zjawiska automatyzmu psychicznego pierwszy zwrócił uwagę Charcot, lecz zagadnienie co do istoty tego automatyzmu do czasu obecnego nie jest jeszcze rozwiązane z całą dokładnością. W życiu codziennem każdy wykonuje wiele czynności automatycznie względnie odruchowo lub mechanicznie, jak ubieranie się, pisanie, chodzene i t. p.; słowem wykonywane są automatycznie te czynności, do których jednostka przyzwyczaiła się przez codzienne powtarzanie tego samego. Czynności podobne, aczkolwiek wyjęte z pod kontroli wyższej świadomości, są rzeczowe i poprawne, lecz czynności te nie mogą być nazwane świadomemi. Przy wykonywaniu wszystkich czynności automatycznych nieodzownym warunkiem musi być, jak już powiedziano, pełna znajomość wykonywanych czynów, znajomość na tyle pełna, że osobnik będzie mógł wykonać je bez udziału świadomości. Jeżeli we wspomnianych czynnościach biorą udział uczucia, będą one jeszcze więcej skomplikowane. To ostatnie właśnie mamy w czynnościach automatycznych przy wyeliminowaniu z kręgu działań świadomości i woli z pozostawieniem w stanie czynnym uczuć.

Korsakow przyjmuje istnienie dwóch sfer naszej świadomości: jedna sfera automatyzmu psychicznego, druga — sfera wyższej świadomości. Pierwsza sfera jest niejako siedzibą wewnętrznej pracy człowieka, pracy jednak podświadomej. Tu się odbywają procesy kombinacyjne, połączenia prawidłowe zdobytych wiadomości; kojarzenia idei i uczuć; tu powstają myśli twórcze, lecz niema w tej sferze poczucia wykonania tej pracy, niema świadomości tego. To ostatnie odbywa się właśnie w drugiej eferze, sferze wyższej świadomości; tu się odbija tylko część pracy sfery pierwszej, lecz część najważniejsza, która jest wynikiem tej pracy; tutaj znajduje się i świadomość własnego „ja". Dla normalnego postępowania niezbędną jest współpraca obydwóch sfer, co się obserwuje u zdrowego człowieka. Gdy następuje rozdźwięk tej współpracy, gdy skutkiem tych lub innych przyczyn świadomość wypada, wchodzi w stan czynny sfera automatyzmu psychicznego i powoduje mechaniczne wykonywanie czynności.

Po tym krótkim zarysie stanów automatycznych przejdziemy do opisania przypadku epileptycznego, który stwierdziliśmy u podsądnego, przysłanego do Zakładu celem obserwacji i wydania orzeczenia. Sprawa sądowa w streszczeniu przedstawia się następująco: J. J. w lecie (maj, czerwiec) roku 1926 w wolnych godzinach od pracy jeździł kilkakrotnie rowerem na pastwisko poza pewną kopalnią w Nowym Bytomiu, gdzie zwykle znajdowały się dzieci, które pasły kozy. J. J. za każdym razem siedział z niemi, rozmawiał, woził na rowerze. Dnia 20 czerwca roku 1926 przyjechał tam ponownie, wykorzystał sytuację, kiedy dziewczynka T. F. pozostała z nim sama, zgwałcił ja i wyjechał, nie będąc zauważonym. Po roku dziewczynka owa, spotkawszy przypadkowo oskarżonego w sklepie z rowerami, poznała go i powiedziała o tem rodzicom, skutkiem czego tenże został aresztowany. Oskarżony do winy stanowczo się nie przyznaje; zdumiony czynem swoim twierdzi, że nic podobnego uczynić nie mógł, ponieważ jest „honorowym kawalerem". Jeżeli tak go posądzają, gotów jest ożenić się z T. F. Za kaucją 500 zł. wypuszczają J. J. z więzienia, lecz, powołany na rozprawę sądową, nie zjawia się. Po przeprowadzeniu w tym kierunku dochodzenia kierownik komisarjatu policji podaje, że oskarżony „wałęsał się po różnych miejscowościach", na skutek czego został ponownie aresztowany. Na rozprawie sądowej, która miała się odbyć dnia 14 lutego roku 1928, „na pytanie daje odpowiedzi niedorzeczne", z powodu czego sąd uchwalił rozprawę odroczyć, a oskarżonego oddać obserwacji w Zakładzie psychjatrycznym w Lublińcu. Oskarżony został przywieziony przez policję do Zakładu 17 lutego 1928 roku.

18. II. Stan fizyczny *): Badany lat 37, wzrostu średniego, wątłej budowy ciała. Budowa czaszki jest zbliżoną do typu mikrocephalicznego, nieco stożkowata. Ogólny wygląd dziecięcy. Ze strony serca, płuc i jamy brzusznej odchyleń od normy nie znaleziono. Tętno równe, 112 uderzeń na minutę podczas badania. Asymetrja twarzy. Język drży, zbacza nieco w prawo; na języku są blizny. Wysokie i wąskie twarde podniebienie. Spodziectwo *(hypospadiasis)*; na tylnej części obu ud rozsiane żylaki. Źrenice równe, okrągłe, na światło i nastawienie reagują dobrze. Odruch spojówkowy zachowany, z gardła — osłabiony. Odruchy kończyn górnych, dolnych i mosznowe zachowane, brzuszne — bardzo osłabione. Patologicznych odruchów brak. Czucie bólu i dotyku wszędzie zachowane. Stan psychiczny: badany jest spokojny, mówi głosem cichym, czasem długo myśli, uśmiecha się. Na zapytania odpowiada dobrze, lecz czasem siedzi przez czas dłuższy zamyślony. Orjentuje się co do czasu, miejsca i otoczenia niezupełnie dokładnie. Posiada świadomość własnej osobowości. Prawidłowo podaje personalja. Czasem zaczyna samorzutnie opowiadać, przyczem giestykuluje, uśmiecha się. Mówi bardzo powoli. Podaje, że jest murarzem; w roku 1913 lub 1914, nie pamięta dobrze, pracował w Budapeszcie przy budowie i spadł na głowę z wysokości 13—15 metrów, stracił przytomność i w stanie takim znajdował się 3—4 tygodni. Od tego czasu utracił pamięć i stał się „nerwowym". Wie, że przyjechał z więzienia. Na zapytanie, z jakiego powodu siedział w więzieniu, na razie patrzy bezradnie, później odpowiada, że obwiniają go o zgwałcenie dziewczynki, lecz on jej nie zgwałcił; wzywa na świadka Boga; mówi, że nigdy nic podobnego nie mógłby uczynić;

*) Historja choroby w streszczeniu

jeżeli się stało, gotów jest z nią ożenić się. Łatwo przechodzi od uśmiechu do płaczu, przyczem z powodu nawet błahego. Z wielką niechęcią odzywa się o Niemcach i o wszystkiem niemieckiem. Natomiast z rozrzewnieniem mówi o Polsce, nie widzi żadnych wad, wszystko przebacza, nawet niezasłużone aresztowanie jego. Posiada dobre wiadomości ogólne, jak również z polskiej historji i literatury, lecz pamięć osłabiona i niezawsze może sobie przypomnieć. Gdy podają mu pierwszą sylabę jakiegokolwiek króla lub bohatera Sienkiewiczowskiego, myśli czasem przez pewną chwilę i, cały rozpromieniony, nazywa dobrze. Nie pamięta z której klasy wyszedł, co jadł dziś na objad i t. p. Rachuje bardzo powoli, lecz zadowalniająco; skupienie uwagi dla niego jest zadaniem bardzo trudnem. Nagół przebija pewna bezradność, ogólne zahamowanie, upośledzenie pamięci, labilność afektu.

19. II. Bez zmian.

20. II. Wchodzi do pokoju badań spokojnie; jest bardzo ugrzecznony. Nie poznaje pokoju, gdzie był już badany, jak również lekarza, z którym niejednokrotnie mówił, twierdząc, że widzi go poraz pierwszy. Gdy mu powiedziano, że już był w tym pokoju i rozmawiał kilka razy z lekarzem, był zdumiony szczerze i nie chciał temu wierzyć. Mówi swobodnie, prędzej, zahamowanie znacznie mniejsze.

22. II. Zahamowanie ustąpiło. Jest spokojny, bardzo grzeczny, uprzedzający, potulny. Dnia i okoliczności przyjęcia do Zakładu nie pamięta zupełnie. Pamięta wszystko, poczynając od 20 lutego. Stanowczo zaprzecza zarzuconego mu czynu. Ze łzami w oczach mówi, że to jest niemożliwem; nie może się zgodzić, że zgwałcił małą dziewczynkę, rozpacza, łapie się za głowę. Opowiada o mających być u niego napadach drgawkowych, podczas których przygryza język; wtenczas, jak mu mówiono, z ust wychodzi mu krwawa piana. Napady następują dość rzadko, przeważnie, gdy się zdenerwuje. Przedtem odczuwa, jak niby ciepło przechodzi mu przez ciało od nóg do głowy; czasem zdąży położyć się, czasem nie. Cierpi na napady od dziecka; prawie zawsze po napadzie od kilku dni do kilku tygodni miewa okres, który wypada mu z pamięci. Od dziecka aż do wieku szkolnego, a może i dłużej, dokładnie nie pamięta, miał nocne moczenia się. Od wieku 15—16 lat ma bardzo częste polucje. Ojciec, według słów jego, dużo pił. Brat od dziecka ma napady drgawkowe.

23. II.—9. III. Cały czas spokojny, bardzo grzeczny, zachowuje się poprawnie i rzeczowo. Chętnie wchodzi w kontakt i konferuje z lekarzami. W czasie wyborów do Sejmu i Senatu z zainteresowaniem śledzi przebieg akcji wyborczej i cieszy się, że na Śląsku zwyciężają Polacy. Do chorych, otaczających go, odnosi się bardzo życzliwie, żałuje ich, ustępuje nawet ze szkodą dla własnych interesów, lecz stara się unikać, ponieważ mogą go zdenerwować. Kilkakrotnie pyta, czy może się żenić, czy nie wpłynie choroba ujemnie na przyszłe jego potomstwo. Po danej odpowiedzi ze smutkiem oświadcza, że „trzeba, widać, z tego zrezygnować". Dnia 8 marca miał podobno mały napad epileptyczny, poprzedzony zwykłą u niego aurą. Po napadzie był nieco powolny, lecz zupełnie świadomy wszystkiego, zorjentowany, nadzwyczaj grzeczny i uprzedzający, jak zawsze. Niepamięć nie nastąpiła.

10. III. Eksperymentalno-psychologiczne badanie: spostrzegania prostych wrażeń zewnętrznych, jak również uświadomienia spostrzeżonego zachowane w pełnej mierze. Dokładnie poznaje przedmioty, oraz określa znaczenie i sposób używania. Spostrzegania zewnętrznych wrażeń skomplikowanych również są zachowane, lecz mają swoiste cechy: w szeregu obrazków, tworzących jedno opowiadanie, szczegółowo i drobnostkowo zastanawia się nad każdym poszczególnym obrazkiem, przyczem nie robi na razie różnicy między zasadniczym elementem, a drugorzędnym. W opowiadaniu całokształtu obrazków przeważa część opisowa. Rozumie treść i wyciąga prawidłowe wnioski; w opowiadaniu treści trzyma się przeważnie porządku obrazków. Zdolności krytyczne zachowane, lecz nieco osłabione, co raczej można odnieść do niestałej uwagi; w skomplikowanych obrazkach niedorzecznych orjentuje się powoli, czasem rozumie tylko po wskazaniu tej niedorzeczności. Zdolności kombinacyjne są osłabione: liczby proste rachuje dobrze, większe — powoli, czasem popełnia błędy. Uwaga tak czynna, jak i bierna nieco osłabiona i nietrwała. Zapamiętuje na razie dobrze, lecz zachowuje w pamięci krótko. Zagadnienia rozwiązuje powoli, nieodrazu, długo myśli; cieszy się, jak dziecko, gdy mu się uda dobrze rozwiązać. Różniczkuje według oznak powierzchownych, opuszczając zasadniczą treść: uogólnia i wyszczególnia dobrze, lecz powoli. Proces kojarzeniowy jest powolny; kojarzenia mają charakter powierzchowny. Naogół cały intelekt jest zachowany, lecz jakościowo upośledzony nieco we wszystkich prawie składowych elementach.

11. III.—21. III. Cały czas dobroduszny, spokojny, usłużny. Stara się usłużyć komu tylko może. On lubi ludzi i nie życzy im złego, ponieważ „każdy człowiek jest boskiem stworzeniem"; Niemcy, wprawdzie, bardzo go skrzywdzili, lecz i ich on nie przeklina. Oburza się, gdy jakiś chory wypowie bluźniercze zdanie — „przecie religja jest podstawą moralności". Wogóle zasady moralno-etyczne nie są mu obce; przywiązuje do nich wielką wagę w życiu i stara się według tych zasad postępować. Jeżeli jest winien, poniesie karę, lecz Bóg nie da go skrzywdzć. Przy wspomnieniu o sprawie sądowej płacze, że będzie miał zepsutą opinję. Bardzo przejmuje się nietyle swoim losem, ile samym faktem, który go hańbi, jako porządnego człowieka. Zawsze jest drobiazgowo punktualny w wykonywaniu zleceń.

22. III. Uderzony przez chorego w czoło. Bardzo jest rozżalony, że bez powodu i przyczyny uderzono go.

23. III. Dziś jest powolny, smutny. Cichym głosem oświadcza, że w nocy mu „szło ciepło do głowy".

24. III. Powolny, zahamowany, mówi głosem cichym, jednostajnym. Poznaje wszystkich, orjentuje się, daje odpowiedzi prawidłowe, jada sam.

25. III. Oświadcza, że się pogodził z chorym, który go uderzył; rozmawia z nim; na pytania daje prawidłowe odpowiedzi, zachowuje się rzeczowo i poprawnie, wszystkich poznaje.

26. III. Stan bez zmian.

27. III. Zamroczenie minęło. Wzrok jasny. Oświadcza, że wczoraj pobił się z K. i on (J. J.) chce się z nim pogodzić. Szczerze jest zdumiony, gdy powiedziano mu, że bójka miała miejsce nie wczoraj, a pięć dni temu, jak również, że dziś nie 23 marzec, jak on twierdzi, a 27. Okres ten czasu wypadł mu zupełnie z pamięci. Bardzo się smuci, na razie nie wierzy.

29. III. Spokojny, grzeczny, uprzejmy, świadomy, zorjentowany, jak zwykle.

30. III. Zwolniony.

Z powyższej więc historji choroby widzimy, że stan psychiczny J. J. należy podzielić na dwa okresy: okres zamroczenia i normalny, właściwy jemu; obydwa te okresy były zaobserwowane w Zakładzie. Oskarżony przybył do Zakładu w stanie zamroczenia i podczas tego stanu było przeprowadzone pierwsze badanie, przyczem stan powiedziany nie uwydatnił się, jako taki, lecz był narazie traktowany, jako zwykłe zahamowanie psychiczne; dopiero, gdy się wyjaśniło, że poprzedniego okresu czasu on nie pamięta, nasunęła się myśl o stanie zamroczenia jasnego epileptyków czyli automatyzmu epileptycznego. Napadu epileptycznego, jako takiego, w Zakładzie nie stwierdzono; prawdopodobnie napady ograniczały się do kilku drgawek i to w nocy; pewne ważne znaczenie miało oświadczenie badanego, że odczuwał ciepło, które „szło do głowy". Brak wyraźnego napadu epileptycznego zmusił do szukania innego punktu oparcia. Tu przychodzą z pomocą przedewszystkiem dane anamnestyczne, aczkolwiek pochodzące od samego oskarżonego, nie mniej jednak zupełnie prawdopodobnie, tem bardziej jeżeli wziąć pod uwagę, że często spotykamy w anamnezie epileptyków alkoholizm rodziców, jak również i napady u innych członków rodziny. Dziecięcy wygląd J. J., mikrocephalia, kształt twardego podniebienia i spodziectwo wskazywałyby na degenerację oskarżonego i przezto *ceteris paribus* na obarczenie patologiczne. Blizny na języku świadczyłyby o istnieniu u oskarżonego napadów epileptycznych. Faktem jest, że długoletnia epilepsja oddziaływuje na cały ustrój psychiczny chorego, doprowadzając do otępienia, zmieniając nieraz charakter osobnika. Charakter długoletnich epileptyków jest nieraz tak swoisty, że nie trzeba widzieć napadu, ażeby powiedzieć, z czem mamy do czynienia. Jedni epileptycy bywają brutalni, źli, egoiści, inni zaś przeciwnie, potulni, usłużni, zdolni do samopoświecenia się, nad wyraz grzeczni, religijni, szczerzy, otwarci. Do tego właśnie ostatniego typu należy oskarżony J. J., od którego przez cały czas pobytu w Zakładzie nie słyszało się słowa szorstkiego, który każdemu chciał usłużyć, podzielić się ostatniem kawałkiem chleba. Akta sądowe, dotyczące sprawy, wzmiankują, o „wałęsaniu się po różnych miejscowościach" oskarżonego. Znowuż znanym faktem jest wałęsanie się bezcelowe epileptyków. Powyżej wyszczególnione dane w zestawieniu z materjałem aktów sądowych dały możność stwierdzenia epilepsji u osobnika degenerata. Obecność samej epilepsji nie decyduje jeszcze kwestji świadomości lub niepopełnionego czynu, jak również możności lub nie kierowania wolną wolą. Czyn karygodny oskarżonego ma wszystkie pozory celowości i zastanowienia się, lecz J. J. stanowczo twierdzi, że zgwałcenia nie popełnił. Dane obserwacji zakładowej stwierdzają istnienie u oskarżonego okresów, gdy, będąc pozornie świadomym, zorjentowanym, rzeczowym i poprawnym, czyni wszystko po za świadomością, niepamiętając tego okresu czasu zupełnie. Takie okresy były zaobserwowane u oskarżonego w Zakładzie dwa razy: jeden na początku pobytu, drugi — przy końcu. Tak w pierwszym, jak i w drugim przypadku stan ten zostawił luki pamięciowe; okres

ten zupełnie wypadł mu z pamięci tak, że po ustąpieniu wspomnianego stanu mówił o wydarzeniach, które miały miejsce przed kilku dniami, jak o wczorajszych; daty miesiąca i dnie cofnęły się do dnia rozpoczęcia stanu zamroczeniowego. Dokładnie wyliczał daty i rachował dnie, pomijając okres zamroczenia, i długo nie chciał wierzyć, że tak nie jest, jak on rachuje. Charakterystycznym również jest fakt, że w tym stanie zamroczeniowym J. J. zachowywał się zupełnie poprawnie, wszystkich poznawał, prawidłowo nazywał dzień, wiedział gdzie jest, podtrzymywał kontakt z otoczeniem. Zwracało uwagę, że był więcej, jak zwykle, powolny, więcej bezradny. Omówione powyżej stany w zestawieniu z przyjętą u oskarżonego epilepsją dały podstawę do traktowania ich, jako czynności automatycznych w stanie automatyzmu epileptycznego, a skutkiem tego i przestępstwo oskarżonego zostało zakwalifikowane, jako popełnione w stanie automatyzmu epileptycznego, wykluczającego świadomość i możność kierowania wolną wolą. (§ 51 N. U. K.). Sąd okręgowy na rozprawie głównej przychylił się do tego orzeczenia i sprawę sądową umorzył.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Sprawozdanie.

W dniu 29 kwietnia r. b. odbyło się plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Dra Eugenjusza Piestrzyńskiego, przy współudziale przedstawicieli Ministerstw, Uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej, Związku Kas Chorych oraz członków, powolanych z pośród świata naukowego i lekarskiego.

Porządek dzienny obejmował:

1. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.
2. Projekt ustawy o aptekach łącznie ze sprawą zasad unormowania handlu drogeryjnego.
3. Utworzenie sekcyj:
   a) do zwalczania chorób zawodowych,
   b) do zwalczania raka,
4. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.
5. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjaglicznych.
6. Sprawozdanie z sekcji do zwalczania gruźlicy:
   a) sprawa uzdrowisk dla chorych gruźliczych,
   b) organizacja walki z gruźlicą na terenie województwa, jako jednostki administracyjnej.
7. Uzupełnienie sekcji farmaceutycznej.

Po dyskusji, przeprowadzonej nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przedłożonym na posiedzenie plenarne Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przez Komisję, wybraną przez sekcję do zwalczania chorób wenerycznych, zgodzono się z zasadami, przyjętemi za podstawę przedłożonego projektu ustawy.

Dłuższą dyskusję wywołał projekt ustawy o aptekach, przyczem w ogólnych zarysach zgodzono się z zasadami, przyjętemi przez sekcję Rady do spraw farmaceutycznych.

Wobec przedłożenia projektu, nieuzgodnionego z tezami, ustalonemi na posiedzeniu tej sekcji, odbytem w dniu 28 i 29 listopada 1928 r., postanowiono projekt zwrócić do sekcji celem wprowadzenia zmian, uchwalonych na tem posiedzeniu.

W sprawie zasad unormowania handlu drogeryjnego postanowiono przekazać sekcji farmaceutycznej do rozważenia oraz do decyzji zagadnienie, czy zawód drogistowski posiada takie specyficzne właściwości, iż wymaga ustawowego unormowania uprawnień i obowiązków, zakresu działania tego zawodu, w razie zaś twierdzącym poruczyć sekcji ustalenie i złożenie na plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia zasad projektu ustawy o drogerjach, przyczem wyrażono dezyderat, iż ustawa o aptekach oraz ewentualnie ustawa o drogerjach winny być jednocześnie rozpatrywane.

W sprawie aptek homeopatycznych wyrażono pogląd, iż istnienie aptek specjalnie homeopatycznych nie jest koniecznie potrzebne, z tem jednak, aby środki homeopatyczne mogły być utrzymywane przez wszystkie apteki.

W sprawie projektu rozporządzenia o użyciu farb uchwalono projekt odesłać, celem opracowania, do sekcji zwalczania chorób zawodowych.

Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjaglicznych uchwaliono odesłać do sekcji chorób zakaźnych.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z działalności sekcji do zwalczania gruźlicy oraz zasady, któremi należy się kierować przy oznaczaniu stref na terenie uzdrowisk w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk.

Zgodzono się z tezą, przyjętą w sekcji, iż należy dążyć przedewszystkiem do umożliwienia chorym leczenia sanatoryjnego.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z sekcji do zwalczania chorób zakaźnych. Ze sprawozdania wynika, iż liczba wypadków poszczególnych chorób zakaźnych w roku 1928 uległa zmniejszeniu.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

O l g i e r d S o k o ł o w s k i: *Gruźlica*. Kraków 1929. Stron 59. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. Cena 2 zł. 20 gr.

Praca poświęcona gruźlicy „przedewszystkiem z punktu widzenia jej rozwoju" — jak zaznacza autor we wstępie. Omówiwszy odrębne stanowisko gruźlicy wśród chorób zakaźnych, jakoteż charakterystyczne dla niej zmiany anatomo-patologiczne, kreśli autor obraz rozwoju gruźlicy w organizmie nieuczulonym, dzieląc go według R a n k e g o na 3 okresy. Dla okresu I-szego znamiennym jest gruźliczy zespół pierwotny, nieuchwytny badaniem klinicznem, w postaci okrągławego ogniska, z zejściem w otorbienie, zwapnienie, a nawet skostnienie, z charakterystycznym udziałem sąsiednich gruczołów chłonnych. Ognisko pierwotne sadowi się najczęściej w polach środkowych płuca, jako partjach najlepiej wentylowanych, w przeciwieństwie do lokalizacji zmian wtórnych w najgorzej przewietrzanych częściach płuca, a więc w szczycie i zewnętrznej okolicy podobojczykowej. Okres II-gi — to okres allergji i uogólnienia się gruźlicy drogami humoralnemi (krwi i limfy), z silnymi odczynami zapalnymi, ze skłonnością do nekrozy tkanek i ich rozpadu, rzadziej do wessania się. Cechą III-ciego okresu jest izolowanie ognisk płucnych, przy braku czynnych zmian gruczołowych przerzutów krwiopochodnych w obiegu większym i zapalnej reakcji w otoczeniu ognisk. Ognisko pierwotne jest kamieniem węgielnym swoistej odporności względnej ustroju z jednej strony, zaś źródłem ponownej infekcji z drugiej. Otorbione i zwapniałe, a więc unieszkodliwione na pewien czas ognisko to, może się jednakże uczynnić pod wpływem sprzyjających okoliczności, powodując superinfekcję ustroju uczulonego. Możliwem jest też bezpośrednie przejście I okresu w II-go gdy ustrój nie może się bronić z powodu nadmiaru prątków albo słabej odporności nieswoistej. Uogólnienie się zakażenia gruźliczego w ustroju następuje drogą wysiewu zarazków z ogniska pierwotnego do krwi i to albo przez dopływy prawej komory sercowej jako przerzuty w płucach, miliaris diffusa i discreta — zależnie od czynnika ilościowego, albo też drogą lewej komory w postaci rozsiania się prątków w ustroju — miliaris acuta, w razie obfitego wysiewu i słabej odporności indywidualnej, lub w łagodniej przebiegającej gruźlicy chirurgicznej (kości, stawów), skóry (tuberkulidy). Drogą chłonną szerzy się gruźlica w kierunku zasadniczego prądu limfy, tylko w warunkach patologicznych w kierunku wstecznym. Gruźlica przechodzić też może z jamy piersiowej do brzusznej, z otrzewnej na opłucną podstawową lub odwrotnie. W dalszym ciągu porusza autor sprawę wytwarzania się w ustroju allergji i odporności, w świetle nowszych badań i poglądów. Wielkie znaczenie w wytwarzaniu odporności przypisuje się układowi chłonnemu, który najsprawniej funkcjonuje w dzieciństwie; w związku z powyższym faktem pozostaje ostry i złośliwy przebieg gruźlicy u dorosłych, jeżeli zakażenie pierwotne nastąpiło w wieku późniejszym. Stwierdzono też zależność odporności od czasu trwania i rozległości ogniska pierwotnego, oraz łagodzący wpływ gruźlicy innych organów na przebieg sprawy płucnej. Po wskazaniu na związek między rodzajem przebiegu gruźlicy, a stanem układu wegetatywnego na podstawie przytoczonych prac, omawia autor wyniki badań serologicznych, dążących drogą rozmaitych metod do wykrycia wczesnych okresów gruźlicy oraz praktyczną, a poniekąd i prognostyczną wartość odczynu Biernackiego.

Następuje szereg uwag i wkazówek, cennych dla lekarza-praktyka: Nie należy ograniczyć się do swoistej przyrody cierpienia, lecz sklasyfikować schorzenie jako „jednostkę chorobową" oraz oznaczyć okres rozwoju sprawy chorobowej, co ze względu na rokowanie i leczenie jest rzeczą zasadniczą. Albowiem ognisko pierwotne (okres I) ulecz może niekiedy samorzutnemu zagojeniu się, co rzadziej ma miejsce w II okresie, a prawie zupełnie nie występuje w III.

Umiejętne zbieranie wywiadów zwłaszcza w kierunku przebytych chorób, uzupełniać niekiedy może wyniki badania fizykalnego. Na zakończenie kilka cennych uwag w sprawie techniki ba-

dania. Sprawy związane z systematyką i diagnostyką szczegółową wejdą — według zapowiedzi autora w zakres osobnego studjum.

Strona zewnętrzna wydawnictwa przedstawia się wzorowo, tak jak pierwsze trzy zeszyty „Lekarza - praktyka".

Dr. Hirschtalówna (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Klinika oczna, rok VII, zeszyt I, z 31 marca 1929: Z. Grudziński: O metodach umiejscowienia ciał obcych w gałce ocznej zapomocą rentgenografji z uwzględnieniem metody własnej. — W. H. Melanowski: O wartości metody pozakośćcowej Vogta stwierdzania i umiejscowiania ciał obcych w przednim odcinku gałki ocznej. — W. Jasiński: Przeszczepienie twardówki w przypadku rozwartej rany gałki ocznej po skaleczeniu (Heteroplastyka). — W. Arkin i W. Głowacka: Keratitis vaccinalis metastatica. — J. Abramowicz: O oderwaniu warstwowem przedniej torebki soczewkowej. — J. Neuman: Przypadek gruźlicy nerwów wzrokowych. — K. Budzanowski: Przypadek guzowatej postaci gruźlicy oczodołu. — M. Jasiński: Kilka uwag w sprawie leczenia rzeżączki spojówek u niemowląt i dorosłych. — A. Luftman: Kilka uwag w sprawie operacji wyłuszczenia gruczołu łzowego powiekowego.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, tom VIII, r. 1929, zeszyt 1, za styczeń, luty i marzec 1929: Edward Flatau (Wspomnienie pośmiertne). — St. Wolfstein: Przyczynek do patogenezy rumienia guzowatego. — J. Borkowski: Z kazuistyki ciężkich obrażeń prącia. — J. Tencer i St. Wolfstein: O zapaleniu ucha środkowego w przebiegu odry. — Dr. Hirszbajn: O wpływie kąpieli kwasowęglowych na układ krążenia.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 13, nr. 10, z 15 maja 1929: Wł. Dzierżyński: Kurcze torsyjne i niedowład połowiczy pozapiramidowy. — Z. Bohdanowiczówna: Rola i sposoby zwalczania nosicielstwa durowego.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 6, z czerwca 1929: Wł. Borawski: Budownictwo szpitalne w Warszawie. — A. Wojnicz: Przyczynek do badań nad wolem w Łucku. — J. Lipska: O czystem mleku angielskiem „Clean Milk".

Trzeźwość, r. 1929, nr. 5: Wł. Kozłowski: Stanowisko Prezydenta Hoovera. — K. Kalinowski: Nauczycielka, przemówienie. — T. Szumlański: Wesele góralskie. Widowisko sceniczne. — J. Jachimowska: Sprawozdania z organizacyj i rozwoju herbaciarni Tow. „Trzeźwość" na Annopolu. — B. W. Wiącek: Pamiętniki z wojska austrjackiego. — H. Ostrowska-Szymańska: Przegląd zagraniczny. — M. Skiba: Trzeźwość na Wołyniu.

Przegląd zdrojowo - kąpielowy, rok XVIII, nr. 2, z 1 czerwca 1929: Wł. Podsoński: Lubień Wielki zdrojowisko - siarczano - borowinowe pod Lwowem. — J. Dembicki: Ciechocinek w przededniu nowych form swojego rozwoju. — St. Lewicki: W sprawie djety w zdrojowiskach.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 5, z maja 1929: Rozmaite popularne artykuły z dziedziny życia codziennego.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 11 z r. 1929: A. Maryńska: Wiersz: Niebiesko - zielone. — M. Jacynówna: Z badań nad mową. — W. Borudzka: Nie wolno. — L. Krzemieniecka: Do matki przyszłego poety. — M. Dobrowolska: Dzieci w pensjonatach. — M. Wąsowicz - Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Dziadyk - Kłosińska: Kąpiele słoneczne, powietrzne i rzeczne. — M. Morzkowska: Rozłożenie i przyrządzanie posiłków w okresie niemowlęctwa. — P. Gleich: Jak zapobiegać płonicy. — Matki między sobą.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 106, z maja 1929: J. Brill: Patogeneza i zwalczanie pomoru świń (pestis suum).

Medycyna, rok III, nr. 19, z 15 czerwca 1929: L. Justman: Układ roślinny, a czynniki psychiczne w schorzeniach somatycznych. — L. Regmunt Sobieszczański: Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej. — M. Nusbaum: Z patogenezy i leczenia dny. — A. Jędrzejowska: O metodzie oznaczenia witaminy B. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — Ś. p. Władysław Janowski (Z okazji pierwszej rocznicy śmierci.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XV. Nr. 2.

G. Zilboorg: (White Plains, N. Y.). *Nieuleczalne psychozy połogowe.* Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi autor do przekonania, że kobiety cierpiące na nieuleczalne psychozy połogowe należą najczęściej do pewnych typów (schizofreniczny). Małżeństwo ich bywa zwykle wynikiem namowy lub przymusu ze strony otoczenia, a zmysłowość ich jest niedostatecznie rozwinięta. Jako przykład i dowód swych zapatrywań opisuje autor cztery chore typu schizofrenicznego.

A. Stein. (New York, N. Y.). *Równoczesna ciąża śród- i zewnątrz-maciczna. Opis przypadku i rozbiór 35 innych przypadków ogłoszonych od 1913 r.* Przypadek dotyczy 29-letniej wieloródki, która zaszła w ciążę, pomimo istnienia 4-miesięcznej ciąży zewnątrzmacicznej. W czasie operacji znaleziono po lewej stronie macicy guz wielkości dwóch pięści, zawierający krew i kosmki chorionu. Wycięta macica zawierała płód 2 i pół miesięczny i łożysko. Chora wyzdrowiała.

Louis J. Ladin. (New York, N. Y.). *Wczesne wyskrobanie macicy i systematyczne badanie drobnowidowe są godne polecenia dla wykrycia gruczolako-raków macicy.* Autor jest zwolennikiem wyskrobywania macicy w celach rozpoznawczych i systematycznego badania tych wyskrobin drobnowidowo o ile idzie o wczesne wykrycie gruczolako-raków macicy. Powołuje się on na liczne przypadki, w których samo wyskrobanie wyleczyło chorobę, gdyż usunęło w zupełności nowotwór w tym okresie ograniczony jeszcze do błony śluzowej. Zdaniem autora przed każdem nadpochwowem odcięciu macicy należy ją wyskrobać, gdyż tylko to postępowanie może uniemożliwić następnie rozwój nowotworu w kikucie. W uporczywych, długotrwałych krwawieniach poleca on kilkakrotne wyskrobanie macicy, gdyż jednorazowe może ominąć schorzałe miejsce i w ten sposób nie usunąć rozpoczynającego bujania nowotworu.

I. S. Kleiner, J. E. Fritsch i L. G. Graves. (New York, City). *Wpływ dodatkowego żywienia węglowodanami na wydzielanie mleka.* Autor przekonał się, że najlepiej wpływa na wydzielanie mleka u położnic tapioka i ryż, a po części też i śmietanka. Sądzi, on, że uwzględnienie ilości i jakości węglowodanów w pokarmach położnic może mieć bardzo korzystne zastosowanie.

A. E. Hertzler. (Halstead, Kansas). *Wycięcie dna macicy jako metoda zachowawczego leczenia włókniaków i przerostu błony śluzowej macicy.* Liczne ryciny objaśniają sposób wykonania tego zabiegu drogą przez powłoki brzuszne, jako też i przez pochwę.

Carl H. Davis, R. S. Cron. (Milwaukee, Wis). *Wrodzony brak pochwy.* Opis 2-ch przypadków wrodzonego braku pochwy i plastycznego zabiegu wykonanego u tych chorych z dobrym skutkiem. W tekście 4 fotografje i 2 diagramy.

W. Brehm, H. V. Weirauk. (Columbus, Ohio). *Rozstęp spojenia łonowego w czasie porodu.* Badania autorów wykazały, że rozstęp spojenia łonowego w czasie porodu występuje stosunkowo dość często. Na 54 badanych kobiet znaleziono stosunki prawidłowe w 46,29% przyp., nieznaczny rozstęp (pierwszego stopnia, od 0,5—0,9 cm) w 27,77% przyp., średni rozstęp (drugiego stopnia, od 0,9—2 cm) w 24,07% przyp., znaczny rozstęp (trzeciego stopnia, ponad 2 cm) w 1,8% przyp. Badania wykonano zapamacą zdjęć roentgenowskich. Objawów klinicznych nie spostrzegano tylko w przypadkach pierwszego stopnia. W innych, zależnie od wielkości rozstępu, występywały objawy mniej lub więcej wyraźne pod postacią bólu w czasie obrotu na bok, zgięcia nóg lub w ułożeniu Walchera. Podczas badania przez pochwę wyczuwało się wyraźny rozstęp kości, niekiedy słychać było trzeszczenie. Często też występywały objawy ze strony pęcherza moczowego. Leżenie w łóżku i odpowiednie leczenie zapobiega zaburzeniom w chodzie. W przypadkach pierwszego stopnia najczęściej nie potrzeba leczenia, w przypadkach drugiego stopnia tylko wyjątkowo. W przypadkach trzeciego stopnia uciekano się często do morfiny lub skopolaminy, aby usunąć przykre bóle. Po porodzie ustalano miednicę i trzymano chorą w łóżku przez 3—4 tygodnie. O ile zaszła potrzeba cewnikowano, lecz zawsze następnie przepłukiwano pęcherz moczowy.

M. T. Goldstine. (Chicago, Ile). *O pochodzeniu cyst endometrialnych.* Autor powołuje sie na pracę z przed 5 laty, przedsta-

wioną w Tow ginekol. w Chicago. Dalsze badania przekonały go, że jak dotychczas najlepsze i najbardziej przekonywujące jest tłumaczenie pochodzenia i powstawania tworów endometrialnych poza macicą na tle zapalnem. Przedstawia on mikrofotograficzne obrazy tych tworów w jajowodach, w guzach łączno-tkankowych, w skórze brzucha, w migdałkach i na szyji.

E. A. Schumann. (Philadelphia, Pa). *Objawy miednicowe u kobiety, nie pochodzące z narządu rodnego.* Narządy umiejscowione w miednicy dają często objawy, których nie można wyjaśnić zmianami anatomicznemi, których jednak także nie można uważać wyłącznie jako czynnościowe. Istnieją trojakie przyczyny, które mogą wywoływać te nieokreślone bóle, zwłaszcza krzyżów. Pierwsza przyczyna — to ukryte gdzieś w ustroju ogniska zakażające ustrój, mogą niemi być zepsute zęby lub ropnie w migdałkach. Druga przyczyna to stałe przekrwienie, będące następstwem zaburzeń czynnościowych życia płciowego, głównie *dyspareumia* wywołana niezdolnością męża, nieprawidłowe stosunki płciowe i nadmierne pobudzenie płciowe. Stan ten może z czasem doprowadzić do zwyrodnienia torbielowatego jajników, przerostu błony śluzowej macicy i innych mniej lub więcej poważnych schorzeń. Ostatnią wreszcie przyczyną jest wyłączenie macicy jako narządu rozrodczego od właściwych jej czynności. Następstwem tego jest zwykle zanikanie i zaburzenia psychiczno-nerwowe.

H. L. Kincaid, E. Andrews. (Chicago. Hl.). *Skręt torbieli jajnikowej u pięcioletniego dziecka.* Jest to opis przypadku skrętu torbieli skórzastej prawego jajnika u pięcioletniej dziewczynki, którą operowano z powodu bardzo silnych bólów w jamie brzusznej. Zapomocą badania przez odbytnicę rozpoznano dość duży, ruchomy i gładki guz, bolesny przy poruszaniu i na ucisk. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Autor omawia rzadkie występywanie tego rodzaju cierpień u dzieci i podkreśla doniosłe znaczenie badania przez odbytnicę we wszystkich niejasnych przypadkach.

Arthur L. Nielson (Harlan, Jova): *Stosunek podwyższonego ciśnienia krwi w okresie przekwitania do miażdżycy naczyń.* Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy podwyższonem ciśnieniem krwi z powodu przekwitania, a ciśnieniem powodowanem innemi przyczynami i zmianami organicznemi jest bardzo trudne, zwłaszcza, że kobiety przekwitające wykazują często ciśnienie około 140—150 mm Hg. Zdaniem autora jest to u kobiet najczęstsza przyczyna późniejszej miażdżycy naczyń, która sprawia, że liczba apopleksji na tle schorzenia naczyń u kobiet dorównywa liczbie takich wypadków u mężczyzn, u których znów podłożem zmian naczyniowych są przebyte choroby serca i nerek wywołane szkodliwościami zewnętrznemi. Leczenie omawianego schorzenia u kobiet nie daje zupełnie wyników. Autor poleca przeto ogólne wskazówki djetetyczne i ewentualnie podawanie przetworów jajnikowych.

A. C. Williamson (Pittsburg, Pa): *Donoszona ciąża trąbkowa.* Opis przypadku, w którym podczas operacji z worka płodowego znajdującego się jeszcze całkowicie w prawej trąbce wydobyto zdrowe, donoszone dziecko. Prawe przydatki wycięto. Chora zmarła w 16 godzin po zabiegu.

H. F. Strongin (New York): *Nowy krążek dla poprawy tyłozgięcia macicy i wypadania pęcherza.* (2 ryciny).

M. N. Hyams (New York, N. Y): *Kliniczne wyniki leczenia diatermją w ginekologji.* Autor opisuje dobre wyniki po leczeniu diatermją w przypadkach kłykcin, w ropieniach cewkowych, w ostrych rzeżączkowych zapaleniach cewki, przymacicza i przydatków. Bez wyniku natomiast pozostało leczenie zakażenia gruczołu Bartholiniego i zapalenia szyji macicy na tle rzeżączki. Wielokrotnie zauważył też kojące działanie djatermji w bolesnem miesiączkowaniu.

J. R. Miller (Hartford, Conn.): *Przypadek przedwczesnego odklejenia się łożyska, prawidłowo usadowionego.* Przypadek dotyczy wieloródki, która w dziesięciu poprzednich porodach urodziła troje dzieci z objawami skazy krwotocznej. Wywiady i badania innych członków jej rodziny nie wykazały obciążenia rodzinnego. Zdaniem autora bezpośrednią przyczyną przedwczesnego odklejenia się łożyska mogło być zatrucie ciałami, które powstają w czasie ciąży, krążą we krwi matki i przechodzą do płodu.

Herbert Thoms (New Haven, Conn.): *Gordon of Aberdeen.* Autor przedstawiwszy życie i czyny Gordona of Aberdeen uzasadnia jego pierwszeństwo w spostrzeżeniu, że istota gorączki połogowej polega na zakażeniu.

James M. Troutt (Honolulu, Territory of Hawaii): *Przypadek włókniako-mięśniaka macicy, który uległ zwapnieniu. Nadpochwowe odcięcie macicy.*

A. B. Poppen (Muskegon, Mich.): *Przypadek obustronnej torbieli skórzastej jajnika u 32-letniej, niezamężnej kobiety.*

Dr. Wiślański (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Komunikat Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich wzorem lat ubiegłych zorganizowało w r. b. od 1 lutego do 10 maja w swej siedzibie (Warszawa, Widok 23, m. 3) czwarty cykl 11 odczytów propagandowych z dziedziny balneologii i klimatologii polskiej, a mianowicie:

1. II. Dr. Kazimierz Ciągliński: Jakie miejsce należy się Ciechocinkowi w rzędzie zdrojowisk polskich. Dr. Ignacy Dembicki: Ciechocinek w przededniu nowych form swego rozwoju. — Doc. Dr. Leonard Lorentowicz: Ciechocińskie kąpiele borowinowe. — Inż. K. Milicer: Prace nad osuszaniem Ciechocinka (p. „Kurjer Warszawski" Nr. 136 z dnia 19 maja 1929).

27. II. Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów): Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych. Na odczycie tym byli obecni uczestnicy Walnego Zjazdu Związku Uzdrowisk Polskich, zaproszeni przez Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

8. II. Dr. Władysław Podsoński (Lwów — Lubień Wielki): Lubień Wielki zdrój siarczany i znaczenie siarki w organiźmie.

22. II. Dr. Henryk Ruebenbauer: Horyniec zdrój i jego znaczenie lecznicze: Dyr. J. St. Szczerbiński: Zagadnienie polityki uzdrowiskowej.

26. IV. P. Jerzy Czop: Uzdrowiska klimatyczne na Śląsku (Bystra, Jaworze, Ustroń, Wisła, Istebna).

10. V. Dr. Zdzisław Reich z Truskawca: Podstawy leczenia zdrojowego w Truskawcu. Dr. St. Sroczyński, lekarz zakładowy (Inowrocław): O zdrojowisku Inowrocławskiem.

Z przebiegu czteroletniej akcji Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na rzecz naszych uzdrowisk, która to akcja objęła 55 odczytów, wnosić można, że akcja ta zatacza coraz szersze kręgi, z każdym bowiem rokiem przybywają do współdziałania coraz nowe uzdrowiska. Z drugiej zaś strony zaznacza się stały i widoczny rozwój naszych uzdrowisk. Obiedwie te okoliczności są bardzo pocieszające. Dużo wszakże jest jeszcze do zrobienia, a zwłaszcza bardzo zabiegać należy o to, ażeby, o ile możności, przyspieszyć rozwój naszych uzdrowisk, t. j. przyczynić się możliwie szybko do stworzenia naszego przemysłu uzdrowiskowego.

To też Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w dalszym ciągu prowadzić będzie wytężoną propagandę na rzecz naszych uzdrowisk i z początkiem roku przyszłego 1930 zorganizuje w swej siedzibie piątą serję odczytów, o czem poda do wiadomości w prasie w osobnej odezwie, obecnie zaś zwraca się do Zarządów naszych zdrojowisk i uzdrowisk z wezwaniem i przypomnieniem zbierania już teraz materjałów na odczyty w roku przyszłym.

Warszawa, 22 maja 1929 roku. Sekretarz-Członek Zarządu: *Dr. B. Rajpert.* Przewodniczący: *Dr. E. Osiński.*

Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na posiedzeniu, odbytem w dniu 3 czerwca r. b. ukonstytuował się jak następuje: 1. Dr. Bolesław Jakimiak, prezes. 2. Dr. Kazimierz Orzeł, wiceprezes. 3. Dr. Stanisław Świerczewski, sekretarz. 4. Dr. Edmund Jarociński, skarbnik. 5. Dr. Ludomir Nowacki, gospodarz lokalu. 6. Dr. Kazimierz Jasielewicz, zastępca gospodarza. 7. Dr. Stanisław Gębarski, 8. Dr. Aleksander Gruszczyński, 9. Dr. Adolf Jasiobędzki, 10. Dr. Antoni Krzyczkowski, 11. Dr. Bronisław Łuczycki, 12. Dr. Antoni Śmiechowski — członkowie Zarządu. 1. Dr. Tomasz Byszewski, 2. Dr. Wacław Falencik, 3. Dr. Jan Golakowski, 4. Dr. Kazimierz Górski, 5. Dr. Stefan Pręczkowski — zastępcy członków Zarządu.

Lwów.

Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji w dniu 30 maja 1929. Obradom przewodniczył z wyboru Dr. Mikołajski. Prezes Rencki poświęca słowa pośmiertnego wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa i prostuje spis członków, w którym przez omyłkę druku opuszczono nazwisko Prof. Dr. Wachholza i kilku innych kolegów. W sprawozdaniu swem podnosi prezes rozwój sekcji stanisławowskiej i jarosławskiej. Fundacyjny majątek, zdrojowisko Morszyn stanowi główny trzon dochodów, fundacje inne, ulokowane w papierach wartościowych przedwojennych jak ś. p. Jasińskiego, Łukasa i innych, stopniały przy waloryzacji do nieznacznych kwot. Dochód z udziału w sprzedaży wytworów leczniczych morszyńskich silnie rośnie, czynsz z samego zakładu leczniczego jest bardzo niski i toczą się pertraktacje z Tow. akc. Zdroje Polskie o jego

wydatne podniesienie. Prywatnych dworków wybudowano sporo, tak że obecnie poza zakładem jest już ok. 200 pokoi dla kuracjuszów. Wiercenie gazów ziemnych w sąsiedztwie niedalekiem (Daszawa) daje nadzieję dochodu z praw górniczych na terenie folwarku morszyńskiego i taniego opału dla łazienek i warzelni soli gorzkiej. Las daje normalne dochody; zalesienie zniszczonych obszarów szybko postępuje. Na folwarku przygotowuje się drenowanie i budowa wzorowej stajni dla bydła mlecznego i pociągowego. W dyskusji Dr. Lipski omawia meljoracje na folwarku. Drenowanie 48 morgów kosztować będzie ok. 18.000 zł. Bank rolny da na to pożyczkę, stajnia kosztować musi ok. 70.000 zł., na co dochód z wyrębu lasu da gotówkę i materjały. Bez tego o dobrym dochodzie z folwarku niema mowy. W tej sprawie dorzucili swe uwagi Prof. Sołowij, Dr. Świtalski i Dr. Zabłocki. Dr. Majewski spodziewa się pięknego rozwoju zdrojowiska; brak kredytu długoterminowego nie pozwala na szybką akcję budowlaną; omawia sprawę ochrony górniczej zdrojowiska. Dr. Mikołajski zaleca oględność w inwestowaniu pieniędzy. Uchwalono drenowanie części roli, budowę stajni oraz pełnomocnictwo dla Zarządu do pertraktacji i ewentualnego procesu z Tow. Zdroje Polskie o warunki dzierżawy zdrojowiska.

Prof. Koskowski objaśnił zestawienie rachunkowe za rok 1928 i stan majątku Towarzystwa (w Pol. Gaz. Lek. Nr. 20). Dr. Rossberger wniósł imieniem komisji szkontrującej zatwierdzenie rachunków i podziękowanie zarządowi co przez aklamację przyjęto. Uchwalono na r. 1929 opłatę członkowską 8 zł. i wpisowe dla nowych członków 20 zł. jak poprzednio.

O życiu sekcji jarosławskiej referował Dr. Rossberger, o stanisławowskiej Dr. Majewski. Podnoszono myśl rozszerzenia sekcyj terytorjalnego a nawet tworzenia sekcyj wojewódzkich, omawiano też sprawę związku towarzystw lekarskich w Polsce.

Przez aklamację uchwalono ponownie wybrać cały zarząd z uzupełnieniem go przez Dr. Majewskiego z sekcji stanisławowskiej, która to sekcja da także członków komisji szkontrującej. Na tem posiedzenie zamknięto.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVIII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 14 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. T. Ostrowski: Przypadek nowotworu przysadki mózgowej leczony operacyjnie i naświetlaniem promieni Roentgena (pokaz); 2) Kol. W. Grabowski: O leczeniu nowotworów promieniami Roentgena (referat); 3) Kol. J. Tumidajski: Roentgenoterapja spraw zapalnych (referat); 4) Kol. H. Ehrlich: Pokaz przenośnego aparatu roentgenowskiego.

Zarząd Okręgu lwowskiego Zw. Lek. P. P. uchwalił na posiedzeniu odbytem dnia 9 czerwca b. r. bezwzględnie popierać stanowisko Izby Lekarskiej w sprawie mającej powstać we Lwowie Kasy Chorych dla Kupców żydowskich i przestrzega wszystkich PT. Kolegów przed obejmowaniem w niej jakichkolwiek obowiązków bez porozumienia się z Izbą Lekarską względnie ze Związkiem Lekarzy P. P. Za Zarząd Okręgu: *Epler*, sekr. *Damm*, prezes.

Habilitacje na Wydziale Lekarskim Uniw. J. K. we Lwowie. Dr. Władysław Mozołowski adjunkt Zakładu Chemji fizjologicznej Uniw. J. K. został habilitowany na docenta Chemji fizjologicznej na Wydziale Lekarskim Uniw. J. K.

Dr. Władysław Dybowski, major-lekarz habilitowany na docenta Wychowania Fizycznego na Wydziale Lekarskim Uniw. J. K. we Lwowie.

Zarząd Stowarzyszenia Asystentów U. J. K. i Akademji Med. Weter. we Lwowie w myśl uchwały zapadłej na Walnem Zebraniu Stowarzyszenia w dniu 23. lutego 1928 roku, rozpisuje niniejszem II. Konkurs na prace naukowe z dziedzin wiedzy uprawianych na wszystkich pięciu Wydziałach Uniwersytetu J. K. oraz w Akademji Med. Weter. we Lwowie. Warunki konkursu: 1. Prace zgłoszone na konkurs winne być oryginalne, o charakterze badawczym (nie referatowym). Wykluczone są prace doktorskie. 2. Autorami prac nadsyłanych mogą być tylko członkowie Stowarzyszenia, którzy opłacają wkładki conajmniej od 6 miesięcy oraz byli członkowie, którzy opłacali conajmniej przez 12 miesięcy. Byli członkowie mają prawo zgłaszać jedynie prace habilitacyjne. 3. Autorem każdej pracy może być jedna lub więcej osób. Każdy jednak z autorów musi odpowiadać warunkom pod 2. 4. Dla każdego z pięciu Wydziałów Uniwersytetu oraz Akad. Med. Wet. przypada jedna nagroda w wysokości 200 złotych. 5. Sąd konkursowy składać się będzie z a) komisji konkursowej, której zadaniem jest naukowa ocena zgłoszonych prac (postawienie wniosku); b) Zarządu Stowarzyszenia, który rozstrzyga konkurs definitywnie. 6. Komisję konkursową powołuje Zarząd, po jednej dla każdego Wydziału i jedną dla Akad. Med. Wet. Do składu jednej komisji należy trzech Profesorów uproszonych przez Zarząd, którzy mają prawo do kooptowania członków-referentów. 7. Ubiegający się o nagrodę winni złożyć wraz z podaniem pracę w 2-ch egzemplarzach drukowanych, względnie w 2-ch odbitkach wykonanych sposobem mechanicznym. Wyjątkowo może Prezes Stowarzyszenia zezwolić na złożenie 2-ch egzemplarzy pracy napisanych pismem ręcznem. 8. Do każdej pracy winne być dołączone: a) nazwisko, imię i adres autora, b) nazwa instytutu, w którym jest asystentem. 9. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 15-go października 1929. Miarodajną jest data stempla pocztowego. 10. Prace na konkurs należy składać względnie nadsyłać pod adresem: Dr. Marjan Kostowiecki, Lwów, Zakład Anatomji Opisowej, Piekarska 52. 11. Szczegółowy „Regulamin Funduszu dla popierania pracy naukowej członków Stowarzyszenia Asystentów U. J. K. i Akad. Med. Wet.“ we Lwowie, znajduje się w Sekretarjacie, adres jak pod 10 i może służyć Członkom do wglądu.

Walne Zebranie Polskiego Towarzyswa Biologicznego (Oddział we Lwowie) odbyło się dnia 8 czerwca br. Po wygłoszeniu referatów Profesora Dr. W. Koskowskiego i Dr. A. Borysiewicza, odbyły się wybory. Do Zarządu wybrani zostali: Profesor Dr. med. Marjan Franke — prezesem, Profesor Dr. fil. Kazimierz Kwietniewski — wiceprezesem, Dr. med. Ludwik Ptaszek — sekretarzem, Dr. med. Helena Schusterówna — skarbnikiem, Profesor Dr. med. Włodzimierz Koskowski — redaktorem. Listy i pisma należy przysyłać pod adresem przewodniczącego lub skarbnika: Lwów, ul. Piekarska 52. Zakład patologji doświadczalnej.

Poznań.

W dniach 30 i 31 maja odbyło się w Poznaniu Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Zjazd był bardzo liczny m z powodu zjazdu delegatów z najdalszych nawet zakątków Ziemi Polskiej.

Obecność przedstawicieli Rządu z p. Wojewodą Borkowskim na czele, Samorządów oraz świata naukowego Poznania, Krakowa, Warszawy i innych miast uświetniła zebranie.

Nastrój panował podwójnie uroczysty, ponieważ Związek obchodził równocześnie Dziesięciolecie swego rozwoju na Ziemiach Polski. Poznań wybrano na miejsce zjazdu, ponieważ Związek Lekarzy Zachodniej Polski, istniejący tamże jeszcze z czasów zaborczych, jest macierzą Związku Lek. P. P. a Jego prezes prof. Dr. Adam Karwowski jest organizatorem i niestrudzonym propagatorem idei Związku Lek. P. P.

W oficjalnej części Zjazdu szereg przemówień, utrzymanych w tonie serdecznym i wielce życzliwym dał możność stwierdzenia całkowitego zrozumienia konieczności organizowania się zawodowego lekarzy tak wśród czynników rządowych jak i samych lekarzy, którzy w ostatnim roku często samorzutnie organizowali się w ramach Związku Lek. P. P.

Silny oddźwięk na zgromadzeniu znalazły przemówienia P. Wojewody, który życzył dalszego rozwoju Związkowi — oraz dr. Skawińskiego, delegata Okr. Związku Kas chorych z Warszawy, który podniósł stale okazywaną ze strony Związku chęć współpracy z organami Ubezpieczeń społecznych w imię Państwa i społeczeństwa.

Wmyśl sprawozdań wygłoszonych przez szereg referentów daje się stwierdzić stały rozwój idei Związku, mającego na celu zjednoczenie wszystkich lekarzy bez względu na indywidualne przekonania polityczne jego członków w swej zupełnie apolitycznej czysto zawodowej organizacji.

Powyższy ruch organizacyjny zawodowy, który objął obecnie nawet stan ogromnie indywidualistyczny lekarzy jest wyrazem obecnych prądów społecznych świata. Wartość społeczna jednostek zależy wyłącznie od ich poczucia i wyrobienia organizacyjnego. Przynależność do silnej organizacji utrzymuje jednostki na fali życia. Inaczej one giną.

Wilno.

Komunikat Wileńskiego Komitetu VIII. Zjazdu T. I. P.: VIII. Zjazd Tow. Internistów Polskich, jako sekcja XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, odbędzie się w Wilnie w dniach 26—29 września br. Tematy główne: 1) Ciśnienie krwi i jego zaburzenia. Sprawozdawcy: prof. M. Ejger i prof. A. Januszkiewicz z Wilna oraz doc. H. Sochański ze Lwowa. Do tego tematu programowego referat główny pod tyt.: Działanie czynników farmakologicznych na naczynia krwionośne. Sprawozdawca: prof.

J. Modrakowski z Warszawy. 2) Układ śródbłonkowo-siateczkowy. Sprawozdawcy: prof. L. Paszkiewicz, prof. Fr. Venulet i doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy. Komitet Miejscowy Zjazdu uprzejmie uprasza PP. Kolegów o zgłaszanie referatów, pokrewnych powyższym tematom; chętnie jednakże będą widziane i referaty ze wszystkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Sprawozdawcy tematu głównego mogą przemawiać do 50 minut (art. 16 Reg. Zjazdów Nauk. T. I. P.), wykład zwyczajny, zarówno luźny jak i dodatkowy do tematów głównych trwać może 15 minut (art. 16). Referaty główne powinny być zgłoszone w takim terminie, by uczestnicy Zjazdu otrzymali je wydrukowane w organie T. I. P. najpóźniej na miesiąc przed otwarciem Zjazdu (art. 13). Wykłady zaś zwyczajne — dodatkowe oraz luźne — z dokładnem podaniem tytułów oraz ich streszczeniem należy zgłaszać do Komitetu Miejscowego (Wilno, szpital św. Jakóba, biuro I-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.) najpóźniej na 2 miesiące przed Zjazdem, tj. do dnia 26 lipca celem umieszczenia referatu na porządku obrad dziennych. Wykładu, zgłoszonego w okresie późniejszym lub nadesłanego bez streszczenia, Komitet nie może umieścić na porządku dziennym (art. 14). Uwzględniać się będą przedewszystkiem prace członków T. I. P. (honorowych i zwyczajnych). Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, przyjęty przez Zarząd Miejscowego Koła lub przez Zarząd Główny po piśmiennem zgłoszeniu się do nich. We wszystkich sprawach, związanych z powyższym Zjazdem, należy się zwracać do Przewodniczącego Komitetu Miejscowego prof. Zenona Orłowskiego według wyżej podanego adresu. (—) Prof. Z. Orłowski, przewodniczący Komitetu Miejscowego VIII. Zjazdu T. I. P. (—) H. Cynkutis, sekretarz Komitetu.

Zarząd Sekcji Neurologicznej XIII-go Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich, mającego odbyć się w dniu 26—29 września 1929 r., podaje do wiadomości, że codziennie zrana od godz. 9—10 odbywać się będą posiedzenia plenarne z referatami bez dyskusji. Na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego referaty wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu — Prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: „Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu — Prof. Dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu — Prof. dr. E. Piasecki z Poznania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym dniu — Prof. dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem. Na ostatniem posiedzeniu przemówienie, poświęcone pamięci J. Mianowskiego, z powodu 50-lecia Jego śmierci, wygłosi Prof. A. Wrzosek z Poznania.

Na popołudnie 26. IX 1929 r. jest przewidziane wspólne posiedzenie Sekcji Psychjatrycznej i Neurologicznej na temat: Psychopatja konstytucjonalna z referentami:

Dr. E. Minkowski: O dziedziczności.

Dr. J. Mazurkiewicz: Życie afektywne psychopatów.

Dr. Gawroński: Metody leczenia psychoopatów.

Dr. Wilczkowski: Badanie serologiczne psychopatów.

Dr. W. Sterling: Postacie psychopatyczne.

Dr. M. Grzegorzewska i Rozenblumowa: Dzieci psychopatyczne.

Dr. J. Nelken: Psychopatja w wojsku.

Dr. W. Łuniewski: Sądowo-psychjatryczne znaczenie psychopatji.

W dniu 27. IX. 1929 r. z godz. 10-tej rano wspólne posiedzenie z Sekcją Psychjatryczną, na którem zostaną wygłoszone referaty:

Doc. Dr. M. Rose: Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej. Dr. J. Hurynowiczówna: O znaczeniu chronaksji w fizjologji i klinice.

Tegoż dnia po południu posiedzenie Sekcji Neurologicznej z tematem głównym: Nowotworowatość opon, — referenci Dr. Arendt (część kliniczna), Dr. Z. Messing (część anatomiczna). Referaty luźne: Prof. St. Władyczko: Współczesne poglądy na histerję.

Dnia 28. IX. 1929 r. przedpołudniowe posiedzenie Sekcji Neurologicznej z tematem głównym: Dystonja. Referenci: Dr. Brzezicki i Dr. Dzierżyński. Potem referaty luźne. Tegoż dnia po południu posiedzenie Sekcji Neurologicznej będzie poświęcone: 1) Sprawie utworzenia Polskiego Tow. Neurologicznego (referuje Prof. St. Władyczko). 2) Referaty luźne: W. Niechay (hospitant Kliniki Neurologicznej U. S. B.) i Dr. J. Hurynowicz. Zmiany we krwi u chorych na kiłę systemu nerwowego (doniesienie tymczasowe).

Dnia 29. IX. 1929 r. Zamknięcie Zjazdu.

Podając powyższe informacje, Zarząd Sekcji Neurologicznej uprasza o nadsyłanie zgłoszeń odczytów luźnych oraz streszczeń referatów do dnia 15 lipca b. r. W pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronice druku, na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronice druku, na referaty mniejsze po 1/2 stronicy.

W myśl postanowień statutu (§ 25) na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy po 10 minut.

Sekcja mieszkaniowa uprasza wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłoszenie swego udziału przed dniem 31 sierpnia w celu przygotowania odpowiednich mieszkań. Zawiadomienia należy skierowywać do przewodniczącego sekcji Dra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (Wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach). Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowe w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66%-wa zniżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa pod kierownictwem Prof. M. Limanowskiego i Prof. B. Rydzewskiego organizuje szereg wycieczek w okolice Wilna. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem prof. Ruszczyca.

Na okres Zjazdu będzie czynną wystawa. Przewodniczącym sekcji wystawowej Prof. J. Muszyński (Wielka 24).

Udział w Zjeździe ustalono: dla członków zł. 30, dla uczestników zł. 20. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładek przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309.

Zarząd Sekcji Zygmuntowska 4—1, Prof. St. Władyczko oraz Dr. J. Hurynowiczówna, ul. Mickiewicza 15 m. 6, Wilno.

Sekretarz: (—) *Dr. J. Hurynowicz.* Przewodniczący (—) *Prof. S. Władyczko.*

Wolne posady lekarskie.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że gmina Jawornik Polski w powiecie rzeszowskim, stacja kolei Przeworsk-Dynów, stara się o lekarza. Mieszkanie zarezerwowane. Bliższych informacyj udzieli apteka w Jaworniku Polskim.

Ze świata.

XIII. Kurs dla lekarzy z zakresu gruźlicy: kości, stawów i gruczołów, tudzież z niektórych działów ortopedji praktycznej urządza Dr. Etienne Sorrel, chirurg Szpitali paryskich, tudzież naczelny chirurg Szpitala morskiego w Berck w czasie od 5 do 17 sierpnia br. w Berck Plage. Wpisowe na ten kurs wynosi 250 fr. Wszelkie zapytania w sprawie kursu należy kierować pod adresem: Dr. Delchaye (Hôpital Maritime Berck-Plage) P. de C.

Konkurs. W wyniku uchwał „Międzynarodowej Konferencji ekspertów w sprawie obrony przeciwgazowej ludności cywilnej", odbytej w styczniu 1928 r., Związek Wynalazców Rz. P. ogłasza konkurs na rozwiązanie poniższych zagadnień wysuniętych na wspomnianej konferencji.

A. Ochrona, pierwsza pomoc i ratownictwo ludności.

1) Udoskonalona maska ludzka;

2) modyfikacja masek i pochłaniaczy dla ochrony osób ciężko pracujących i chorych;

3) aparat do masowego podawania tlenu;

4) ulepszenie pochłaniaczy w maskach gazowych;

5) sposób przyszywania nagłowia masek;

6) zabezpieczenie od rdzewienia dzwonów pochłaniaczy;

7) sortownica do węgla aktywnego;

8) ubranie chroniące przed działaniem gazów nielotnych (np. iperytu) dla posterunków ratowniczych (policja, straż ogniowa, personel Czerwonego Krzyża i t. p.);

9) obuwie dla wymienionych w p. 8;

10) środek antyseptyczny dla opatrunków ratowniczych;

11) futerał do szprycki dla zastrzyków podskórnych;

12) płyn do ochrony i konserwacji szpryc i igieł w najcięższych warunkach.

B. Ochrona i ratownictwo zwierząt:

13) maska dla konia i wielkich zwierząt domowych;

14) ochrona konia i zwierząt przed działaniem gazu;

15) maska psia;

16) ochrona przeciwgazowa drobiu i gołębi;

Za zadawalniające rozwiązanie powyższych tematów wyznaczono kilkadziesiąt nagród w granicach od 200 do 10.000 zł.

Kwota przeznaczona na wypłatę wyżej wyszczególnionych nagród znajduje się zdeponowana pod kontrolą władz. Przyznanie i wypłata nagród nastąpi najpóźniej w październiku b. r.

Rozwiązania konkursowe przesyłać należy do Związku Wynalazców R. P. w Warszawie, ul. Wspólna 26 m. i najpóźniej do dnia 31 sierpnia 1929 r.

Nr. 27. 7. lipca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Fr. GRÖER (Lwów)

Dziesięć lat Lwowskiej Kliniki Pedjatrycznej.

Pedjatrja jest nietylko jedną z najmłodszych gałęzi współczesnej medycyny, lecz jednocześnie ośrodkiem krystalizacji owego społecznego nastawienia myśli lekarskiej, który dzisiejszej medycynie nadaje charakterystyczne piętno. Dlatego historja pedjatrji jest w znacznym stopniu identyczną z historją rozwoju nowoczesnych zapatrywań na istotę i zadania sztuki lekarskiej, zaś osiągnięty przez nią poziom — miarą ogólnego poziomu medycyny w danej epoce i w danym kraju.

Ważną będzie zatem rzeczą uprzytomnić sobie, jak pracowaliśmy na polu pedjatrji w pierwszem ubiegającem już 10-cio leciu niepodległej Państwowości Polskiej i co zdołaliśmy pracą tą osiągnąć. Objektywny bilans dotychczasowych wyników naszych usiłowań stanie się z pewnością źródłem bardzo doniosłych wskazań na przyszłość i wykaże wszystkie błędy, jakie w tej dziedzinie zostały popełnione.

To są powody, dla których zdecydowałem się śmiało i otwarcie naświetlić warunki i wyniki pracy nad rozwojem nauki pedjatrycznej w Polsce na przykładzie Kliniki lwowskiej, którą kieruję od czerwca 1919 r. Klinika lwowska dlatego jeszcze może być uważana za szczególniej odpowiedni objekt dla tych dociekań, gdyż jest ona pierwszą w Polsce kliniką pedjatryczną o samoistnej i niezależnej organizacji, pierwszą kliniką dziecięcą w Polsce pod własnym dachem, i że wskutek tego w historji jej rozwoju odbija się historja polskich Klinik pedjatrycznych w ogólności.

Z końcem Wielkiej wojny, wraz ze śmiercią nieodżałowanej pamięci mego poprzednika Prof. Raczyńskiego, którego światowe znaczenie dla nauki pedjatrycznej dziś dopiero ocenionem zostało w całej pełni, skończył się dla Pedjatrji Polskiej pierwszy okres rozwoju, rozpoczęty oficjalnie przez Jakubowskiego. Jeżeli zważymy, że śmierć Raczyńskiego nastąpiła niedługo po śmierci Brudzińskiego, który podobnie jak Raczyński w b. zaborze austrjackim, stworzył na terenie b. Kongresówki pierwsze współcześnie zorganizowane warsztaty pracy pedjatrycznej, to stanie się jasnem, że okres powstawania Państwa Polskiego zamknął pod każdym względem, tak formalnym jak ideowym i indywidualnym epokę pierwszych twórczych usiłowań na polu organizacji nauki pedjatrycznej w Polsce porozbiorowej i rozpoczął dla niej budowę nowych zadań i nowych możliwości rozwoju.

Ponieważ dzieło Raczyńskiego powstało dzięki właściwościom zaboru austrjackiego na terenie ściśle uniwersyteckim i zostało związane z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza — tym Wydziałem lekarskim, który w największej mierze zapłodnił nowopowstające w Polsce wydziały lekarskie, przeto lwowska klinika pedjatryczna — jako pierwsza samoistnie i ad hoc zorganizowana Klinika Dziecięca w Polsce musiała stać się punktem wyjścia konkretyzacji tych nowych zadań i nowych możliwości rozwoju.

Obejmując w czerwcu 1919 r. spuściznę po Raczyńskim zdawałem sobie dokładnie sprawę z ogromu odpowiedzialności, która na mnie ciążyła. Dowodem tego są dwie publikacje, z których jedna dotyczy moich zapatrywań na istotę i charakter organizacji opieki nad dzieckiem i została ogłoszoną w „Medycynie i Kronice Lekarskiej“ w r. 1918, jeszcze przed powołaniem mojem na katedrę we Lwowie, druga zaś ogłoszona już po objęciu Kliniki lwowskiej w „Nowinach Lekarskich“ w r. 1919, nakreśla plan racjonalnego i do potrzeb współczesnych dostosowanego nauczania pedjatrji w Polsce i precyzuje jego cele i zadania. Obie zawierały moje credo organizacyjne i ideowe i były napisane z tem entuzjastycznem ustosunkowaniem się do możliwości zrealizowania zawartych w nich postulatów, jakie pozwoliło mi, pomimo poczucia ogromu odpowiedzialności, wierzyć i ufać w chwili obejmowania lwowskiej katedry, że sprostam ciążącym na mnie obowiązkom.

Minęło 10 lat. Włosy przypruszyła siwizna, a jeżeli entuzjazm pozostał ten sam, co przed 10 laty, to sił do realizacji stawianych przezeń postulatów ubyło znacznie, a serce napełniło się goryczą, wraz z przekonaniem, że zadaniu memu nie sprostałem, nakreślonego własnoręcznie programu nie wypełniłem, a wraz ze mną nie wypełnił go w Polsce i nikt inny. Odczytując obie przytoczone programowe publikacje z r. 1918 i 1919 stwierdzić muszę dziś, w r. 1929, że są one nadal tak samo aktualne, tak samo dalekie od realizacji jak były wówczas. Przez 10 lat pracy w zmartwychwstałem Państwie Polskiem **nic** organizacyjnie wielkiego i trwałego w dziedzinie pedjatrji się nie stało, nie wyszliśmy dotychczas poza pierwociny organizacyjne, które jedynie pomnożyliśmy stwarzając dalsze prowizorja i odsuwając decydujące posunięcia ciągle dalej w przyszłość. W porównaniu do innych narodów i organizacyj państwowych cofnęliśmy się poważnie wstecz, bo gdy w r. 1919 nie było między nami a naszymi bliższymi i dalszymi sąsiadami pod względem organizacyjnego poziomu nauki pedjatrycznej albo żadnych różnic, albo dotyczyły one głównie jakości i ilości produkcji naukowej, a w dużo mniejszym stopniu organizacji pracy — to dziś stoimy na tem polu na szarym końcu wszystkich państw europejskich pozwoliwszy się wyprzedzić nawet Jugosławji, która wszak przed wojną nie posiadała ani jednego Wydziału lekarskiego ani w Serbji, ani pod panowaniem austrjackiem.

To zjawisko jest tak nieoczekiwanem, smutnem i groźnem w epoce dziejowej którą nazwano „Wiekiem dziecka“, że należy je uzasadnić, a jednocześnie stwierdzić jego patogenezę, aby wyciągnąć z niej zasadnicze wnioski, któreby mogły doprowadzić do uzdrowienia tych stosunków.

Uzasadnieniem naszego twierdzenia, że 10 lat Państwa Polskiego nie wystarczyło na stworzenie dla pedjatrji, jako biologji wieku dziecięcego, podstaw dla koniecznego jej rozwoju, będzie zademonstrowanie stosunków pracy, jakie panują do dziś dnia w lwowskiej klinice pedjatrycznej, porównanie ich ze stosunkami na innych klinikach pedjatrycznych polskich i wreszcie skonfrontowanie ich ze stanem obecnym w tej dziedzinie zagranicą.

W referacie moim „O znaczeniu, zadaniach i organizacji współczesnego nauczania pedjatrji“, który ukazał się w 1919 r. w Nr. 3 „Nowin Lekarskich“ określiłem Klinikę pedjatryczną jako nietylko klinikę wieku niemowlęcego, nietylko właściwą klinikę chorób zakaźnych, ale także jako uczelnię djetetyki i odżywiania oraz najdalej sięgającą praktyczną szkołę higjeny społecznej. Kardynalne zadania kliniki pedjatrycznej sprecyzowałem w 4 puktach. 1) Klinika pedjatryczna ma być uczelnią dla studentów medycyny, lekarzy specjalizujących się w pedjatrji, pielęgniarek i opiekunek społecznych. 2) Ma dalej być szkołą organizacji pracy społecznej. 3) Warsztatem eksperymentalnej i klinicznej pracy naukowej. 4) Wzorem racjonalnie urządzonego szpitala dziecięcego.

Przejdźmy teraz te 4 punkty na przykładzie lwowskiej kliniki pedjatrycznej:

1) Jako uczelnia dla słuchaczy medycyny Klinika nie odpowiada nawet najelementarniejszym potrzebom nauczania. Przedewszystkiem cierpi ona stale na nieprawdopodobny brak materjału. Klinika Lwowska ma do dyspozycji 22 łóżeczka, w tem 10 łóżeczek dla niemowląt, a 12 dla starszych dzieci. Jest przeto niepodobieństwem przypuścić choćby na chwilę, aby ten materjał mógł wystarczyć choćby tylko na zapełnienie codziennych programowych wykładów klinicznych, cóż dopiero powiedzieć o koniecznych przy poważnem nauczaniu jakiegokolwiek działu medycyny praktycznej ćwiczeniach i wizytach klinicznych, jeżeli się zważy, że liczba słuchaczy uczęszczających na wykłady z pedjatrji dosięga nieraz w trymestrze 200 osób! Z początku mej działalności profesorskiej tak sobie tę dysproporcję brałem do serca, że pragnąc uspokoić moje sumienie nauczyciela dublowałem i tryplowałem wykłady. Ta metoda nie da się jednak przeprowadzić przez szereg lat, nie tylko ze względu na siły profesora, lecz także i siły pacjentów. Ta szczupłość klinicznego materjału sprawiła, że organizacja pracy pedagogicznej w mojej klinice poszła siłą faktów w kierunku rozbudowy ambu-

latorjum i dziś mamy we Lwowie właściwie wielką poliklinikę dziecięcą zaopatrzoną w kilka łóżeczek, które spełniają jedynie rolę podrzędną, jako zbiornik przypadków ciekawych lub rzadkich. Jeżeli do tego dodamy niesłychany poprostu fakt, że Klinika lwowska nie posiada ani jednego łóżeczka dla chorych zakaźnych, co sprawia, że od 10 lat nie mogłem zademonstrować słuchaczom ani razu przebiegu odry, błonicy, czy płonicy, to przekonamy się, że pod względem pedagogicznym Klinika lwowska stoi na najniższym poziomie, jaki można sobie wyobrazić, a który sprawia, że nauczanie pedjatrji musimy tu uważać za zupełną iluzję.

Strona techniczna wykładów klinicznych przedstawia się również beznadziejnie. Sala wykładowa zaopatrzoną została wprawdzie przezemnie w aparat projekcyjny i kinematograficzny, ale rozporządza ona oficjalnie tylko 44 miejscami, a światło dzienne skierowane jest wprost na słuchaczy, tak. że demonstracje przy świetle dziennem odbywają się pod światło. Właściwości budowy kliniki nie pozwalają niestety na żadną zmianę w tym kierunku. Można więc sobie wyobrazić co dzieje się codziennie w naszej sali wykładowej, gdy na 44 miejscach pragnie się umieścić około 200 słuchaczy! Czyż mogą oni, tłocząc się jak na procesji Bożego Ciała cośkolkiek zobaczyć, zauważyć, zapamiętać?

Podobne trudności uniemożliwiają na klinice specjalizowanie lekarzy na szerszą skalę. Elewi i wolontarjusze kliniki tłumić się muszą wyłącznie w przychodni, gdyż ze względu na brak miejsca i szczupłość materjału leżącego nie podobna dopuścić ich do sal chorych.

Tak samo nie może być mowy o kształceniu na szerszą skalę pielęgniarek czy opiekunek społecznych, tembardziej, że nawet dla etatowych naszych pielęgniarek z trudem znajdujemy na klinice pomieszczenie.

2) Jako szkoła organizacji pracy społeczno-opiekuńczej klinika, dzięki wspomnianej już rozbudowie przychodni, przedstawia się cokolwiek korzystniej. Poza zwykłą codzienną przychodnią dla chorych dzieci bez wyboru, stworzyliśmy na klinice rodzaj ośrodka opieki społecznej nad dziećmi tej dzielnicy miasta, do której należy położenie topograficzne kliniki, przedewszystkiem zaś zorganizowaliśmy wzór organizacji opieki nad niemowlęciem. Przychodnia kliniki jest przedewszystkiem centralą statystyczną i organizacyjną dla matek i niemowląt przychodzących na świat w naszej dzielnicy, oraz w pewnych dniach tygodnia, w godzinach wolnych od pracy poliklinicznej — Poradnią dla matek i niemowląt. Dzięki temu, że Prof. Bocheński zorganizował przy naszej pomocy fachowo-lekarskiej i pielęgniarskiej służbę pedjatryczną dla noworodków na swej Klinice, mogliśmy z naszą poradnią połączyć organicznie oddział dla noworodków i rozpocząć opiekę nad niemowlęciem in statu nascendi. System ten uzupełnia specjalny zakład dla Matek i niemowląt im. Dzieciątka Jezus, należący do fundacji tego imienia, którego dyrektorem jest wedle ostatnich postanowień Władzy fundacyjnej każdorazowy Prof. pedjatrji U. J. K. Zakład ten stanowi konieczne uzupełnienie naszego wzoru organizacji opieki nad niemowlęciem, przez umożliwienie uzupełnienia opieki otwartej przez zamkniętą, tam gdzie to jest nieodzownem, przez przeciwdziałanie podrzuceniu, wreszcie także i dzięki temu, że związaną z nim jest szkoła zawodowego pielęgniarstwa niemowląt, jedyną w swoim rodzaju w Polsce, bo dostarczająca także pielęgniarek domowych (Maid nurses). Zakład ten, który objąłem jako administrator Tow. im. „Dzieciątka Jezus" w r. 1922 przebudowałem wewnętrznie i przeorganizowałem, zaprowadzając w nim wszystkie nowoczesne urządzenia oraz świeckie zawodowe pielęgniarstwo. Możemy się poszczycić, bodaj czy nie najniższą śmiertelnością w tym zakładzie, gdyż w ciągu lat 6 jego działania w nowej szacie, przy 33 łóżeczkach i ruchu dzieci dochodzących do 50 rocznie, straciliśmy tylko 7-ro dzieci, z czego tylko 1 na grypowe zapalenie płuc, a resztę z powodu wad rozwojowych i niedonoszenia (dokładnie na 283 dzieci zmarło 7-ro co wynosi 2,4%!). Zakład posiada bowiem specjalny oddzialik dla wcześniaków, którego wyniki osiągają rekordowe poprostu powodzenie.

W ten sposób opieka nad niemowlęciem tworzy na Klinice pewną zamkniętą całość, która nadaje się do demonstracji i to swoje zadanie rzeczywiście spełnia.

W połączeniu z tym systemem opiekuńczym działa na Klinice jeszcze Poradnia dla dzieci obarczonych kiłą wrodzoną, pierwsza w Polsce, a jedna z pierwszych na świecie, która rozwiązała zagadnienie ambulatoryjnego leczenia kiły wrodzonej. Wyniki tej poradni prowadzonej od lat przez Kol. Heschelesa, stoją na czołowych miejscach statystyk światowych.

W ubiegłych latach prowadziliśmy na Klinice także poradnię dla dzieci szkolnych, gruźliczych i moralnie zaniedbanych czy niespołecznych i upośledzonych. Niestety brak miejsca, niemożność utrzymania odpowiedniej ilości personelu opiekuńczego, brak funduszów i wzrost akcji opieki nad niemowlęciem spowodowały zwinięcie tych działów pracy społecznej.

3) Jako warsztat pracy eksperymentalnej i klinicznej Klinika lwowska przedstawia się tak ubogo, tak ograniczonymi rozporządza środkami pod każdym względem, że tylko wielki entuzjazm może kusić się tu o poważną pracę naukową. Składa się na to a) brak materjału klinicznego. Na to aby uzbierać kilkanaście przypadków, nie mówiąc już o kilkudziesięciu, trzeba nieraz czekać miesiące i lata całe, co przy pewnych zagadnieniach eksperymentalno-klinicznych w najwyższym stopniu zniechęca i utrudnia ciągłość badań. b) Brak oddziału zakaźnego. Lwia część zagadnień współczesnej pedjatrji obraca się wokoło badań nad chorobami zakaźnemi. Jeżeli się zważy, że obecny kierownik Kliniki należy do pedjatrów wyspecjalizowanych w nauce o chorobach zakaźnych, że cała Małopolska Wschodnia nie posiada ani jednego łóżeczka dla chorych zakaźnie dzieci pod kierownictwem pedjatry, to brak oddziału zakaźnego przy klinice lwowskiej, uderza jak nieprawdopodobna poprostu bajka.

O tych trudach i zabiegach jakich używaliśmy przeprowadzając nasze badania nad odrą, płonicą, czy błonicą, nikt nie wtajemniczony nie może mieć wyobrażenia.

c) Urządzenie pracowni jest mizerne i szczególniej szczupłe. Przedewszystkiem brak miejsca. Uzupełnienie Kliniki z czasów przedwojennych do współczesnego poziomu, przez zaprowadzenie zawodowego pielęgniarstwa, stworzenie pracowni roentgenologicznej i światłoleczniczej pochłonęło część tego miejsca, które początkowo było przeznaczone na pracownie naukowe.

d) Wreszcie uposażenie naukowe Kliniki jest w zupełności nierealne przez swój nieprawdopodobnie niski poziom. Klinika otrzymuje około 2.000 zł. rocznie dotacji naukowych, gdy prenumerata pism przekracza kwotę 5.000 zł. Wszelkie plany budżetowe przedkładane rokrocznie Władzy przełożonej i wykazujące rosnące deficyty, pozostają bez żadnego efektu. Dopiero od roku mogliśmy polepszyć nieco warunki naszej pracy laboratoryjnej dzięki ad hoc wyasygnowanej kwocie 20.000 zł., której Ministerstwo użyczyło nam do przeprowadzenia pewnych doniosłych badań nad gruźlicą, będących jeszcze w toku.

W ostatecznym wyniku tych trudności produkcja naukowa Kliniki przypomina łudząco męki Syzyfa w połączeniu z katuszami Tantala: rozwiązanie najprostszego zagadnienia wymaga napięcia niewspółmiernej energji do osiągalnych wyników, cały zaś szereg kuszących, a z kierunkiem pracy kliniki związanych zadań naukowych musi leżeć odłogiem, lub ciągnąć się bez końca aż do chwili, gdy je wypełni jeden z zakładów zagranicznych. To też Klinika może się pochwalić w porównaniu do zakładów zagranicznych stosunkowo znikomym dorobkiem naukowym, jeżeli chodzi o ilość. W ciągu 10 lat ogłosiliśmy drukiem wszystkiego 120 prac, w tem 60 o charakterze eksperymentalnym lub eksperymentalno - klinicznym, w językach polskim, francuskim i niemieckim. Uważaliśmy za obowiązek ogłaszać prace nasze za granicą dla zadokumentowania naszego istnienia na rynku światowym. Małą ilość naszej produkcji publicystycznej staraliśmy się zrównoważyć przez jakość komunikatów; że osiągneliśmy w tym kierunku pewne wyniki dowodzi fakt, że prace kliniki lwowskiej wchodzą do piśmiennictwa światowego, a klinika nasza posiada za granicą ustaloną opinję poważnie pracującego Zakładu naukowego. Toteż niejednokrotnie jest ona zapraszaną do współpracy na terenie międzynarodowym, czy to jako współpracowniczka zbiorowych dzieł naukowych, czy też uczestniczka zjazdów i konferencyj.

4) Zadania swego, jako wzór racjonalnie urządzonego szpitala dla dzieci, klinika lwowska przy swej mikroskopijności wypełnić nie może. Wprawdzie pielęgnacja chorych doprowadzona jest tu dzięki starannie wychowanemu personelowi pielęgniarskiemu do bardzo wysokiego poziomu, postępy zaś współczesnej techniki szpitalnej staramy się natychmiast wprowadzać w życie — są to jednak wszystko usiłowania, które zbyt wielkiego wpływu na organizację pracy szpitalnej poza kliniką mieć nie mogą. Zato od lat 10 wzrosło niesłychanie zaufanie społeczeństwa do kliniki. Gdy dawniej oddanie dziecka na klinikę było dla rodziny decyzją bardzo ciężką i wskutek tego zamożniejsze lub inteligentniejsze rodziny prawie nigdy nie decydowały się na ten zasadniczy krok, o ile nie zachodziła ostateczna potrzeba szpitalnego leczenia, to dziś nawet najzamożniejsze rodziny

z dobrze sytuowanych sfer społecznych ubiegają się nieraz o przyjęcie dziecka na klinikę, nawet w przypadkach zupełnie lekkich. Klinika ma przedewszystkiem wyrobioną markę pod względem umiejętnego przeprowadzania odżywiania, nietylko u niemowląt, ale i u starszych dzieci, słynie dalej z wyspecjalizowania się w dziedzinie leczenia cukrzycy (pod tym względem konkuruje nasza Klinika jedynie z Kliniką wiedeńską).

Jak w stosunku do tego bardzo smutnego stanu przedstawia się praca na innych Klinikach pedjatrycznych polskich? Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że wszystkie polskie Kliniki chorób dziecięcych, a jest ich poza Lwowem 4: Kraków, Warszawa, Poznań i Wilno — cierpią na zupełnie analogiczne niedomagania co Klinika lwowska. Na czoło pod tym względem wybija się Klinika krakowska, która do dziś dnia nie posiada własnego dachu i gnieździ się w szpitaliku św. Ludwika. Prof. Lewkowicz ma zatem najtrudniejsze warunki pracy, i podziwiać należy, że w tych warunkach potrafi tak wybitnie pracować naukowo. Najlepiej wyposażoną jest Klinka warszawska, ale i ta umieszczona jest prowizorycznie, posiada jak na potrzeby Uniwersytetu Warszawskiego, a więc stołecznego, o wiele za małą ilość łóżek, brak jej oddziału zakaźnego, którego przecież całkowicie Szpital Karola i Marji, położony na drugim końcu miasta zastąpić nie jest w stanie, i tak samo jak lwowska cierpi na chroniczny brak środków. Tylko energji Prof. Michałowicza zawdzięcza ona swój rozkwit naukowy, który tak samo, jak u nas połączony jest jednak z nieproporcjonalnie wielkim wysiłkiem. Praca eksperymentalna jest o tyle w Warszawie łatwiejszą, że Klinika współpracuje ściśle z Państwowym Zakładem Higieny świetnie wyposażonym i zaopatrzonym we wszystkie pomoce naukowe.

Poznań i Wilno są ciągle jeszcze w trakcie organizacji a i te Kliniki są umieszczone prowizorycznie. Poznań wprawdzie dużo wygodniej i bogaciej aniżeli biedne Wilno, mieszczące się w barakach wojskowych, niemniej jednak także w sposób nieodpowiadający istotnym i współczesnym wymaganiom.Te same braki, o których ciągle jest mowa, zatruwają życie tak Prof. Jonschera, jak i Prof. Jasińskiego.

W porównaniu z tym nad wyraz smutnym stanem naszych warsztatów pedjatrycznych,, z którym się łączy również smutny, stan naszego szpitalnictwa dziecięcego: Polska posiada wszystkiego 2 na poziomie współczesnym zorganizowane szpitale dziecięce, Szpital Karola i Marji w Warszawie i szpital Anny w Łodzi — (porównaj M o g i l n i c k i[1]) na Zjeździe w Wilnie w roku 1927) rozwój uczelni pedjatrycznych za granicą osiągnął po wojnie niebywały wprost poziom rozkwitu. Pomijam oczywiście Niemcy i Austrję jako te kraje, które już przed wojną słynęły ze swej nauki pedjatrycznej i swych szkół lekarskich, chociaż w Niemczech dopiero po wojnie wybudowano cały szereg zupełnie nowych uniwersyteckich Klinik pedjatrycznych, ale rozpatrzmy dla zniwelowania różnic gospodarczych, jakie zachodzą między Polską a Niemcami, stosunki panujące w kraju mniejszym od Polski, okrojonym przez wojnę, walczącym z całym szeregiem organizacyjnych trudności — Węgry. Węgry potrafiły, utraciwszy, dzięki traktatowi w Trianon uniwersytety w Preszburgu i w Kolosvarze — wybudować po wojnie już 3 nowe zupełnie kliniki pedjatryczne (Pecs, Szegedin, Debreczen) wyposażone we wszystkie najnowsze zdobycze naukowe, po 100 do 200 łóżek każda. Stąd nauka pedjatryczna węgierska jak i poziom opieki nad dzieckiem w kraju dosięga już standartowego ogólno - światowego poziomu. Dlaczego więc było to u nas dotychczas niemożliwem? Czy prawda jest, że Polska nie mogła sobie dotąd pozwolić na jedną chociażby klinikę pedjatryczną odpowiadającą potrzebom — czy prawdą jest, że była dotąd za biedną? N i e, p o s t o k r o ć n i e! Przyczyn tego zjawiska szukać trzeba gdzieindziej. Postaramy się je naświetlić.

1) Bodaj czy nie najważniejszym czynnikiem hamującym rozkwit organizacji nauczania pedjatrji w Polsce jest ciągle jeszcze rozgrywająca się walka o hegemonję medycyny zapobiegawczej na terenie opieki społecznej. Walka ta na Zachodzie już została rozegraną. U nas ostateczne zwycięstwo czynnika lekarskiego w organizacji opieki społecznej opóźnia w znacznym stopniu brak szerszego ogółu społecznie uświadomionych lekarzy i wskutek tego ciągła jeszcze przewaga wpływów administracyjnych, prawniczych, a przedewszystkiem charytatywno - dobroczynnych na sprawy opieki społecznej. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech tych wpływów jest paniczna obawa wydatkowania znaczniejszych sum na cele organizacyjne i personalne. Dobroczynność broni się jak może tak przed kosztami utrzymania zawodowego personelu opiekuńczego, jak przed zaangażowaniem się w pracę podstawową, inwestycyjną. Woli ona pomoc doraźną i jest przekonaną, że wydatkowanie bezpośrednie — równoznaczne z rozdawnictwem jałmużny, z naszego punktu widzenia — szybciej i skuteczniej prowadzi do celu. Dlatego to Polska wydała może w ub. latach dużo, dużo więcej na cele opieki nad dzieckiem, aniżeli np. Węgry, a pomimo to nie stworzyła nic podstawowego dla urzeczywistnienia najważniejszych jej postulatów. Zakładanie poradni, budowa schronisk i żłobków, sanatorjów dla dzieci i t. p. jednostek organizacyjnych, wszystkich miernie bardzo uposażonych, jest pracą w wysokim stopniu iluzoryczną dopóty, dopóki jedna czy dwie kliniki pedjatryczne, stojące na poziomie współczesnych wymagań nie wykształcą należytych zastępów lekarzy i pielęgniarek, zdolnych do realnej pracy opiekuńczej. Jest to rozpoczynanie budowy od dachu a nie od podstaw.

Ten stan rzeczy tłumaczy nam nietylko brak inicjatywy w kierunku stworzenia odpowiednich naszym potrzebom i naszej kulturze warsztatów naukowej pracy pedjatrycznej, lecz nawet pewną niechęć w tym kierunku ze strony czynników rządowych, samorządowych i społecznych.

2) Drugim powodem upośledzenia nauki pedjatrycznej w Polsce, jest brak zrozumienia dla tej dziedziny wśród wielkiego ogółu lekarskiego. Ciągle jeszcze pokutuje u nas przekonanie, że pedjatrja różni się od medycyny wewnętrznej jedynie doświadczeniem dotyczącem niemowlęcia, do którego nawet najbardziej uniwersalny internista odnosi się przecież z pewnem uszanowaniem. Wyrazem tego przekonania jest upośledzenie pedjatrji we wszystkich projektach studjów lekarskich. Tymczasem pedjatrja staje się w rzeczywistości coraz bardziej podstawą całej wiedzy lekarskiej, jest jedyną dzisiaj dziedziną medycyny, posiadającą charakter uniwersalny i dającą uczącemu się całokształt zagadnień biologicznych, związanych z ustrojem człowieka. To też z każdym rokiem pedjatrja staje się coraz to głębszą skarbnicą podniet dla całego szeregu innych specjalności lekarskich, nie wyłączając medycyny wewnętrznej.

Do tej nieznajomości i rozpiętości współczesnej nauki pedjatrycznej przychodzi jeszcze niechęć do ściśle z pedjatrją związanego zawodowego pielęgniarstwa. Zawodowe pielęgniarstwo jest w Polsce ciągle jeszcze nowością rażącą całe zastępy konserwatywnie usposobionych lekarzy szpitalnych, którzy nie pojmują istoty reformy Florencji Nightingale i uważają zawód pielęgniarski za coś zbliżonego do dawnych felczerów z b. zaboru rosyjskiego, za coś, co może w danej chwili zejść na tory znachorstwa. Gehennę reformatorstwa pielęgniarstwa polskiego przeszedłem na sobie, Obejmując Klinikę lwowską po ś. p. Raczyńskim zastałem 2 siostry zakonne, pielęgnujące 24 dzieci przy pomocy dziewcząt wiejskich. Praca zakonnic ograniczała się prawie wyłącznie do spraw gospodarczo - administracyjnych, dzieci zaś były poruczone opiece nieumiejących prawie czytać posługaczek. Stan ten pobudził mnie do założenia własnej szkoły pielęgniarek. Szkoła ta z programem 3-letnim została rzeczywiście, jako pierwsza Szkoła zawodowa pielęgniarek w Niepodległej Polsce założona już jesienią 1919 r. a zatem na długo przed zorganizowaniem amerykańskich szkół w Warszawie, Poznaniu a potem Krakowie. Plan organizacyjny tej szkoły przewidywał kształcenie pielęgniarek ogólnych, nietylko dziecięcych, stworzenie instytutu pielęgniarskiego dla wszystkich Klinik lwowskiego Wydziału lekarskiego i stopniowe zaopatrzenie w pielęgniarki zawodowe całego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Niestety, początkowe zainteresowanie się tem przedsięwzięciem czynników miarodajnych malało z każdym miesiącem. Inicjatywa była przecież polska, a nie amerykańska i łatwo mogła zostać sponiewieraną. Wysiłkom moim nikt, pomimo obietnic, pomimo zobowiązań, nie przyszedł z pomocą i efekt końcowy był taki, że po wyszkoleniu pierwszego maleńkiego kontyngentu pielęgniarek w okresie 4-letnim — szkoła musiała być z braku funduszów i braku zainteresowania się nią, a nawet na skutek walki z jej posłannictwem zlikwidowana. Utkwiło mi tylko w pamięci powiedzenie jednego z wybitnych polskich internistów w czasie tego kryzysu mej szkoły — które jest tak charakterystyczne dla historycznej oceny rozwoju naszej medycyny, że je tu powtórzyć muszę: „Zawodowe pielęgniarstwo jest powojenną psychozą“!

W ten sposób Lwów został pozbawiony rodzimej szkoły pielęgniarstwa na długie lata i dziś w tych klinikach, które zachowały współczesny system pielęgnowania chorych, stan pielęgniarek uzupełnia się z 2-letniej szkoły pielęgniarstwa niemowlę-

[1]) Referat M o g i l n i c k i e g o zawiera druzgocące wprost zestawienia statystyczne dotyczące naszego szpitalnictwa.

cego, którą prowadzą prywatnie przy Zakładzie im. Dzieciątka Jezus.

3) Ostatnią wreszcie przeszkodą dla powstania uczelni pedjatrycznych w Polsce jest demokratyczno-parlamentarny system pracy naszych wydziałów lekarskich, który nakłada hamulce na inicjatywę swych poszczególnych członków. System ten jest w wysokiej mierze zaprzeczeniem potrzeby naturalnego rozwoju poszczególnych działów wiedzy lekarskiej, opierającego się wszędzie i zawsze na inicjatywie, ambicji i energji osobniczej. Ustalanie porządku inwestycji i budów drogą kolegjalną i zamykanie drogi staraniom osobniczym jest iluzją, prowadzącą jedynie do zahamowania prawdziwego postępu. Życie i jego przejawy przejdą oczywiście nad temi próbami ujednostajnienia postępu i zniwelowania energji osobistej — do porządku dziennego. Ale efekt opóźniający naturalny rozkwit zdolności osobniczych, dostosowany do potrzeb twórczych i rzetelnej produkcji — jest na lata całe osiągnięty i nietylko pedjatrji, ale całemu szeregowi innych dziedzin wiedzy lekarskiej daje się we znaki.

Wiem, że przytoczony powyżej obraz warunków pracy, w jakich nad rozwojem polskiej pedjatrji minęło lat 10, nie tłumaczy jeszcze ostatecznego niedotrzymania moich zamierzeń i zobowiązań. Ktoś zdolniejszy i w większą wyposażony energję, o silniejszych nerwach i mocniejszej woli, byłby sobie może i z temi wszystkiemi przeciwnościami poradzić umiał. Jednak przyznać trzeba, że do tego potrzeba było indywidualności wysoko wybiegającej ponad przeciętność, indywidualności genjalnej, o które w dzisiejszych czasach coraz — coraz trudniej.

St. PROGULSKI. Lwów.

O stosowaniu Nirwanolu w pląsawicy i o chorobie nirwanolowej.

Z kiniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyr.: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Z pośród wielu środków farmakologicznych zdawna stosowanych w pląsawicy, coraz więcej znaczenia zyskuje sobie nirwanol jako lek, który w większości przypadków przynosi w tej ciężkiej i zazwyczaj długotrwałej chorobie rychłe wyleczenie. W porównaniu więc z dawnemi metodami ten sposób leczenia stanowi wielki postęp. Jednakże, aby osiągnąć skuteczny wynik trzeba, aby chory leczony nirwanolem doznał wielu zaburzeń, które pod postacią objawów chorobowych stanowią odczyn ustroju, jednem słowem, aby chory przeszedł „chorobę nirwanolową". Wobec takich okoliczności należy przedewszystkiem zapoznać się z działaniem tego środka, nauczyć się wskazań do jego użycia, aby uniknąć szkody, jaką mógłby wywołać. Na ziemiach polskich jest on mało znany i niewypróbowany, jak o tem świadczą drobne tylko zapiski terapeutyczne lub tu i ówdzie spotykane opisy poszczególnych przypadków (Iwaszkiewicz).

Nirwanol [1]) jest krystaloidem, pochodnym mocznika, w swej budowie chemicznej ma wiele podobieństwa do luminalu. Jest on środkiem słabo nasennym, przeciwnie jakby się z nazwy jego domyślać można i w dawkach zwyczajnych podawany t. j. 0,3 działania nasennego rozwinąć nie może. Natomiast przyjmowany wewnętrznie lub śródmięśniowo przez 7—12 dni zrzędu doprowadza do szeregu zmian charakterystycznych. Mniej więcej w 10-ym dniu zjawia się u chorych gorączka, wahająca się przez kilka dni w granicach między 37—40°, a równocześnie z nią ukazuje się na skórze twarzy, szyji, za uszami, na tułowiu i kończynach, szczególnie po zewnętrznej ich stronie, drobna wysypka, różowa, tu i ówdzie z maleńkiemi wybroczynkami. Na twarzy około oczu mogą się zjawić lekkie obrzęki a dokoła ust blada obwódka, skutkiem czego obraz ten wyglądem swym przypomina łudząco płonicę. Podobieństwo to może być tak wielkie, że już nieraz oddzielano takich chorych z powodu podejrzenia o szkarlatynę. Wysypki tej, jak stwierdziliśmy, nie udaje się zgasić miejscowo surowicą przeciwpłoniczą na wzór objawów wygasania Charlton-Schultzego. Innym razem wysypka nirwanolowa przypominać może poronną odrę, tem więcej, że i spojówki powiek doznają silnego przekrwienia, a na błonie śluzowej jamy ust i gardła stwierdza się wyraźne zaczerwienienie. Za uszami drobne gruczoły dopełniają podobieństwa do odry lub różyczki. Dobry stan ogólny chorych, mimo lekkiego wyczerpania, nie budzi zazwyczaj obawy i nie ulega dalszym powikłaniom. Po 5—6 dniach wszystkie objawy zwolna znikają. Podobnie jak w widzialnym obrazie klinicznym, dokonuje się wiele ważnych zmian w obrazie krwi i w procesach przemiany materji. Po tych kilku dniach trwania choroby zauważyć można wybitną poprawę w dotychczasowym stanie chorych, a nagłą tę zmianę łatwo ocenić, porównując różnicę ruchów pląsawiczych przed i po kuracji. Dotychczas ciężko chore dzieci z zaburzeniami motorycznemi i psychicznemi, stają się spokojne, zaczynają same jeść i mówią, czas jakiś trwające drobne ruchy kończyn ustępują zupełnie i chorzy rychło wracają do zdrowia.

Jak wspomniano, w przeważającej większości, bo w $^2/_3$ przypadków leczonych nirwanolem, przychodzi do wybuchu choroby (Lesigang), w $^1/_3$ natomiast zdarza się, iż mimo codziennego podawania lek ten zawodzi. W jednym z opisanych przypadków nawet po 20 dniach nie przyszło do ujawnienia się jakichkolwiek objawów. Ustrój zachował się przeto wobec nirwanolu najzupełniej obojętnie, a stan zdrowia chorego nie uległ żadnej poprawie. U innych znów osobników, którzy również na chorobę nirwanolową nie zapadli, dały się wykazać jedynie badaniem krwi znaczne zmiany odbiegające od prawidłowego obrazu, jako to zwiększenie się ilości ciałek białych, przesunięcie obrazu neutrofilnego na lewo według Schillinga, wzrost limfocytów i monocytów, a także i ciałek eozynochlonnych. Ten ostatni przykład służy dowodem, że możliwe są przemiany w ustroju pod wpływem zadawanego leku, bez uwidocznienia się objawów klinicznych na zewnątrz, i taki sposób odczynowości ustroju zowie się odczynem niedochodzącym do progu ujawnienia się objawów. („Unterschwellige Reaktion"). Zdarzyć się nadto mogą jeszcze inne możliwości. Przed kilku laty mogliśmy stwierdzić poprawę ruchów pląsawiczych u kilkuletniej dziewczynki po pięciorazowem zaledwie podaniu nirwanolu. Do odczynu w tym przypadku nie przyszło, a wobec poprawy objawów, dalszego podawania zaniechaliśmy.

Drugiem niezwykłem zjawiskiem w chorobie nirwanolowej jest fakt, iż po jej przebyciu, ustrój naczula się na nirwanol. Wtedy to już jednorazowa dawka tego leku w kilka godzin po zażyciu, wywołać może ponowny wybuch choroby, a podobny obraz odczynu gorączkowo-wysypkowego ujawnić się może nawet i wówczas, gdy za pierwszym razem do zewnętrznego odczynu wcale nie przyszło. Rzadziej udaje się naczulić ustrój już po 2—3 dawkach, lecz i wtedy koniecznem jest, aby upłynął pewien „okres wylęgania" od chwili zakończenia leczenia.

Nie zawsze udaje się wprawić chorego w stan naczulenia. Dziewczynka lat $6^1/_2$, przyj. 8. II. 1929. Typowe ruchy pląsawicze znacznego nasilenia. Podano nirwanol po 0,3 przez dni dziesięć. 11-go dnia choroba nirwanolowa z wysypką i gorączką. Po tygodniu znaczna poprawa tak, że chora uleczona opuszcza klinikę 23. III. Po dwóch tygodniach pobytu w domu nawrót pląsawicy. 8. V. przyjęta z powrotem do Kliniki. Ruchy pląsawicze miernego nasilenia. Podano nirwanol po 0.3 przez dni 15. Do żadnego odczynu zewnętrznego nie przyszło. Kiedy ilość ciałek białych zmalała do 3.800, zaniechano dalszego leczenia. Ruchy pląsawicze po kilku dniach ustały najzupełniej, powrót do zdrowia.

W przypadku powyższym chora mimo przebytej już kuracji i choroby nirwanolowej w 10 tygodni później nietylko nie doznała objawów nadwrażliwości na nową dawkę, ale nawet znosiła nirwanol (w całej ilości 4,5 gr) przez czas dłuższy bezkarnie.

To niezwyczajne zachowanie się ustroju przypomina pewne zjawiska anafilaktyczne znane jako „odczulenie" na zadawany antigen (n. p. małe, a częste dawki surowicy, leczenie peptonem i t. d.).

Zarówno klinika objawów tej choroby jak i swoiste dla niej właściwości znane w dziedzinie imunologji, usprawiedliwiają nazwę „choroby nirwanolowej", której użył Pfaundler, trafnie podkreślając podobieństwo jej do innych zaburzeń anafilaktycznych, jak choroby posurowiczej, choroby siennej i t. p.

W ostatnich latach zaobserwowano nadto mniej znane obrazy oddziaływania ustroju na nirwanol, a mianowicie zanotowano dotychczas 7 przypadków (Sehestedt) nawrotu tej choroby. W 10—12 dni po przebytej chorobie nirwanolowej, kiedy już ustały ruchy pląsawicze i chory wracał do zdrowia, nagle zjawiała się po raz wtóry gorączka z typową wysypką. Okazuje się, że przypadki nawrotów tej choroby przebiegały nieporównanie ciężej, zdarzając się zapewne u osobników szczególniej na nirwanol wrażliwych. Od czego zależy ukazywanie się nawrotów, nie jest wiadomem, bodziec, któryby miał taki nawrót sprowokować nie dawał się zawsze wyśledzić, albo też domyślano

---

[1]) Stwierdzono, że nirwanol f. Heyden najlepiej spełnia swoje zadanie (Lust).

się go tylko. Tak n. p. w jednym przypadku miało nim być wystawienie chorego na działanie promieni słonecznych (H u s l e r). Nie jest przekonywującem, aby istotnie światło miało być bodźcem naczulającym. Albowiem w jednym z naszych przypadków nie przyszło do najmniejszego odczynu mimo, że chora nasza dostawała od dłuższego czasu nirwanol a zarazem, dla innego celu, naświetlała się coraz większemi dawkami lampy kwarcowej.

Dyspozycji do tego rodzaju odczynów należałoby szukać w szczególniejszej ustrojowości dzieci, lub też w osobniczej skłonności anafilaktycznej (B e h r e n d t i F r e u d e n b e r g). U dorosłych chorobę nirwanolową wywołać jest znacznie trudniej, okres wylęgania ma być krótszy i nawrotów dotychczas nie zanotowano.

Jak więc okazuje się, leczenie nirwanolem nie jest zadaniem łatwem ani wygodnem. Wybierając tą metodę, należy wziąć w rachubę możliwość i kapryśność choroby nirwanolowej z wszystkiemi jej objawami, z których nie jeden może wymagać interwencji lekarskiej. Ta okoliczność stanęła zapewne na przeszkodzie, że jakkolwiek nirwanol jest środkiem cenionym i przez niektórych autorów uważany za specyfik w pląsawicy, to lekarz praktyczny, zdany na trudne warunki pracy w domu chorego, mało jest jeszcze z tym środkiem obeznany. Wobec tych trudności możnaby słusznie zapytać, czy lek ten nadaje się do szerokiego zastosowania? Należy jeszcze dodać,że w ostatnich czasach rozszerzono wskazania nirwanolu również na inne jeszcze choroby (epilepsja, stany zapalne mózgu).

Kto spostrzegał niezwykłe wyniki szybkich uleczeń tak ciężkiej i długiej choroby, jaką jest nieraz pląsawica, ten nie zechce się wyrzec tego środka, natomiast wskazanem jest, aby dokładnie poznać warunki w jakich należy go użyć i umieć zdawać sobie sprawę z każdego objawu, aby żaden z nich nie uszedł uwagi i nie był dla leczącego niespodzianką.

W ciągu 10 lat obserwacji, a więc od czasu, kiedy zwykły przypadek i empirja (F r i e d a R ö d e r) wprowadziły go do lecznictwa, ustalono już pewne praktyczne wskazówki. Do leczenia nirwanolem nadają się przypadki pląsawicy w ciężkiej i uporczywej jej postaci, a leczenie należy przeprowadzać w zakładzie leczniczym, gdzie lekarz ma nieskrępowaną swobodę działania i gdzie jest stały dozór lekarski. Dzieci z konstytucją limfatyczną lub wybitnie neuropatyczne nie nadają się do przebywania choroby nirwanolowej. Dawki dzienne nie powinne przekraczać ilości 0,3 i nie należy ich podawać dłużej nad dni 10. W razie najlżejszych objawów wysypki i gorączki trzeba zaprzestać dalszego podawania leku. Stała kontrola obrazu krwi jest niezbędna. Zmniejszanie się ciałek białych poniżej ilości 2000 wskazuje na konieczność przerwania kuracji. Ze względu na możliwość burzliwych objawów w chorobie nirwanolowej należy unikać powtórnego stosowania nirwanolu i to przez dłuższy okres czasu. Dla przykładu warto przytoczyć, że w jednym przypadku stan naczulenia trwał przez 5 miesięcy (L e s i g a n g). Chorych po przebytej kuracji należy pozostawić w szpitalu przynajmniej przez kilka tygodni, gdyż znane są przypadki późnych wybuchów choroby nirwanolowej.

Poza znaczeniem praktycznem, jakie nirwanol mieć może, choroba przezeń wywołana stanowi ciekawe zagadnienie teoretyczno-naukowe. Mechanizm działania tego leku doprowadzającego w sposób sztuczny do choroby łudząco podobnej do choroby wysypkowej, jest jeszcze zagadką, której rozwiązanie będzie z pewnością przedmiotem ciekawych badań. Zachęcająco wpływać będzie łatwość reprodukowania tej choroby, a nadto aktualność samej sprawy, która ze względu na swe podobieństwo do zjawisk anafilaktycznych stoi w wirze prac eksperymentalnych i rozważań nad tymże tematem.

Wszystkie objawy kliniczne choroby nirwanolowej, jakoto wysypka z gorączką, zjawiające się nagle po okresie „wylęgania", leukocytoza i eozynofilja we krwi, uzyskanie naczulenia po jej przebyciu, wszystko to zdaje się wskazywać na anafilaksję, jako istotę tych przemian. Ostatnie prace de R u d d e r a dopełniają tego poglądu. Okazuje się, że podobnie jak w chorobie posurowiczej, która jest odczynem anafilaktycznym, przychodzi również w czasie wylęgania choroby nirwanolowej do chemicznego przestroju organizmu w stan alkalozy, a z chwilą ukazania się wysypki i gorączki dokonuje się nagły zwrot w kierunku kwasicy. Wyrazem tych zmian jest obniżenie się w moczu pierwszorzędnych fosforanów jako wykładnika kwasowości ustroju i odjonizowanie wapna w krwi. Ze strony klinicznej daje się w chwili tych zaburzeń chemicznych stwierdzić wzrost pobudliwości elektrycznej, która może osiągnąć nawet wartości spotykane w tężyczce. (Spostrzegane nasilenie niepokoju motorycznego i możliwość drgawek tuż przed odczynem nirwanolowym „tężyczka proanafilaktyczna"). Choroba nirwanolowa ma przeto charakter odczynu anafilaktycznego o typie choroby posurowiczej. Z porównania tych dwóch chorób eksperymentalnych wynikałoby, że nirwanotl może być antigenem, jakkolwiek nie jest ciałem białkowatem, lecz krystaloidem o prostej budowie chemicznej. Istnieją już przykłady pewnych ciał również niebiałkowych o własnościacch antigennych (abryna), lecz nirwanol jako ciało szybko wydalane z ustroju, niema warunków do wytwarzania niweczników i zapewne tylko dzięki przedłużonemu podawaniu go, ustrój się nim nasyca i może wtedy naśladować działanie anafilaktyczne. Czy więc choroba nirwanolowa jest bezspornie zjawiskiem anafilaksji? Wprawdzie ciało to spełnia niektóre postulaty przywiązywane do tego zjawiska, jednak z drugiej strony nie udaje się spełnić w eksperymencie z nim innych jeszcze żądanych warunków. I tak ogólnie bierne przeniesienie anafilaksji z surowicą nirwanolizowanych jak i przeniesienie miejscowe metodą Prausnitz-Küstner zawodzi, w pewnej ilości przypadków nie można wogóle wywołać żadnego odczynu u naczulonych już nirwanolem. To są argumenty przemawiające przeciw anafilaksji jako istocie choroby nirwanolowej. Nie jest też ona zwykłą idjosynkrazją, albowiem ta zjawia się już po zażyciu pierwszej dawki, czego tu nie można osiągnąć. Najbardziej jeszcze odpowiada proces odczynu nirwanolowego zjawisku allergji, która jest pojęciem szerszem, ujmującem zarówno objawy anafilaksji, jakoteż idiosynkrazji. Te ostatnie są „jakby biegunami (D o e r r) tego samego łańcucha zjawisk zarówno złączonemi z sobą jak i przechodzącemi w siebie". W chorobie nirwanolowej podobnie jak w astmie nabywa ustrój nową niezwykłą i swoistą zdolność oddziaływania na pewne ciała chemiczne, nieszkodliwe dla normalnego osobnika. Zewnętrznym ich wyrazem jest sztucznie wytworzona choroba.

Na czem polega skuteczność lecznicza nirwanolu trudno jest orzec, bardzo możliwe, że lek ten rozwija, na wzór ciał proteinowych (malarja lub tyfus powrotny) ergotropowe działanie z szczególniejszym, wybiórczym wpływem na schorzałe w pląsawicy zwoje mózgowe.

W przypuszczeniu, że wpływ taki rzeczywiście jest możliwy, wyłaniają się dalsze pomysły użycia tego środka w innych schorzeniach nerwowych niezadaleko posuniętych jak n. p. w chorobie Parkinsona (Langstein), lub w epidemicznem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych (Mader), opierającem się leczeniu surowicą.

W każdym razie rozdział prac nad nirwanolem nie jest jeszcze skończonym.

Piśmiennictwo.

F e e r: M. f. Kind. T. 42. 1929. — H u s l e r: Z. f. Kind. T. 38. 1924. — I w a s z k i e w i c z: Ped. Pol. 1928. T. 8. Z. 5. — K e l l e r: D. m. W. 1928. str. 1880. — L e s i g a n g: M. f. Kind. T. 40. Z. 4. 1928. — M a d e r: D. m. W. 1928—1873. — R u d d e r: Z. f. K. T. 42. str. 361. — S e h e s t e d t: D. m. W. 1929, str. 740. — S t e t t n e r: Z. f. K. 1928. T. 45.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI i Dr. Fr. REDLICH. Lwów.

Opieka pediatryczna nad noworodkiem w zakładach położniczych.

Z Kliniki położniczej (Dyr. Prof. Dr. K. B o c h e ń s k i)
i Kliniki pediatrycznej (Dyr. Prof. Dr. Fr. G r ö e r)
Uniw. Jana Kazimierza.

Do niedawna jednym z najbardziej upośledzonych działów opieki nad dzieckiem była opieka nad noworodkiem. Dzieckiem nowonarodzonem zajmowała się w pierwszym rzędzie położna, której kwalifikacje pod tym względem wiele pozostawiały do życzenia. Wiadomości przeciętnej położnej z zakresu odżywiania i higjeny niemowląt były nikłe, a co gorsza przeważnie błędne. Ale i ogół lekarzy, którzy wiedzę swą czerpali w czasach, kiedy pedjatrja znajdowała się jeszcze w powijakach, zadaniu temu nieraz mimo najlepszych chęci sprostać nie mógł. Nie o wiele lepiej przedstawiała się sprawa do niedawna na klinikach i oddziałach położniczych. W instytucjach tych, gdzie z przyczyn łatwo zrozumiałych całą uwagę poświęcano kobiecie rodzącej, dziecko znajdowało się na drugim planie, opieka nad noworodkiem spoczywała z nielicznemi wyjątkami głównie w ręku akuszerek i służby, brak był natomiast odpowiednio wykształconego personelu pielęgniarskiego. Dużo czasu trzeba było, zanim przekonano się, że konieczną

jest radykalna reforma dotychczasowych stosunków, domagali się jej przedewszystkiem pedjatrzy, którzy na każdym kroku przekonać się mogli o skutkach nieracjonalnie przeprowadzonej opieki nad dzieckiem nowonarodzonem. Położnik, który miał w swej pieczy dziecko tylko w pierwszych dniach po urodzeniu, nie miał zazwyczaj sposobności spostrzegania uszkodzeń wynikłych z nieodpowiedniego odżywiania i pielęgnacji noworodka, ponieważ uszkodzenia te występowały dopiero po wyjściu dziecka z zakładu, w postaci zaburzeń w odżywianiu i różnorodnych zakażeń miejscowych i ogólnych, zbyt często do śmierci prowadzących. Odbijało się to bardzo wyraźnie na śmiertelności niemowląt w pierwszym okresie ich życia.

Z doniosłości opieki nad dzieckiem nowonarodzonem zdawano sobie sprawę już przed laty na Zachodzie, gdzie noworodkiem opiekowali się pedjatrzy lub odpowiednio w tym kierunku wyszkoleni położnicy. U nas natomiast kwestja ta stała się dopiero od niedawna aktualną. Inicjatywa w tym kierunku wyszła ze Lwowa, gdzie przed niespełna 6 laty wprowadzono na wzór podobnych urządzeń zagranicą, na klinice położniczej stałą opiekę pedjatryczną nad noworodkiem i poruczono pieczę nad tym tak ważnym dla dalszego rozwoju okresem dziecka specjalnie wykształconym pielęgniarkom.

Organizacja opieki nad noworodkiem w klinice położniczej.

Przy organizacji opieki nad noworodkiem oznaczyliśmy ściśle zakres działania pedjatry i pielęgniarki dziecięcej. Lekarz bada każde nowonarodzone dziecko w dniu urodzin, w 8-ym dniu życia i w dniu odejścia z kliniki położniczej, pozatem przy ukazaniu się objawów chorobowych, ilekroć tego zachodzi potrzeba. Ponadto lekarz przegląda codziennie przy wizycie karty dzieci, na których pielęgniarka oddziałowa notuje wszelkie uwagi dotyczące odżywienia, ciepłoty, wagi i zachowania się dziecka, oprócz tego siostra donosi ustnie o swoich spostrzeżeniach lekarzowi. Pielęgniarka wykonuje wszystkie czynności związane z higieną i odżywianiem dziecka. Każde dziecko posiada w książce oddziałowej swoją kartę, z której odczytać można rozwój i zachowanie się noworodka przez cały czas pobytu w klinice położniczej.

Oddział położniczy kliniki lwowskiej posiada 30 łóżek dla położnic zdrowych, rozmieszczonych na jednem piętrze. Podział służby pielęgniarskiej jest taki, że na 15 położnic przypadają 3 pielęgniarki, które pełnią służbę w ciągu dnia t. j. od 6 do 20 godziny. Z tych 3 pielęgniarek jedna jest starsza t. zw. siostra oddziałowa, która odpowiada za swój oddział bezpośrednio przed siostrą przełożoną. Zazwyczaj ma ona przydzielone uczenice, za które również ponosi pełną odpowiedzialność. W porze nocnej t. j. od godziny 20 do 6 pełni na każdym oddziale służbę tylko jedna pielęgniarka, która przez cały czas pełnienia służby nocnej zwolniona jest z pracy dziennej na oddziale. Trwa to kolejno przez 2 tygodnie.

Systematyczna praca na oddziale rozpoczyna się o godzinie 6 rano kąpielą dzieci. Kąpie dzieci siostra oddziałowa w obecności lekarza i uczniów pełniących dyżur w internacie. Kąpieli dzieci przypatrują się również położnice, którym siostra oddziałowa udziela równocześnie wskazówek. Po kąpieli dzieci rozpoczyna się praca około położnic, jak mierzenie ciepłoty, liczenie tętna, zmywanie, a następnie dopiero karmienie dzieci.

O godzinie 8-mej jest wizyta lekarska, prowadzona przez asystenta danego oddziału Kliniki położniczej. Asystent ten tylko wyjątkowo wydaje w razie potrzeby pewne zlecenia odnośnie do dzieci. Główna wizyta u dzieci rozpoczyna się o godzinie 11-tej i prowadzi ją asystent kliniki pedjatrycznej przy współudziale lekarzy klinicznych i uczniów dyżurnych.

Do obowiązków siostry oddziałowej należy szkolenie uczenic, jakoteż udzielanie rad i wskazówek położnicom. Na tę czynność pielęgniarek kładziemy bardzo wielki nacisk z uwagi na doniosłe znaczenie wyszkolenia i wychowania matek.

Siostra oddziałowa jest odpowiedzialna również za służbę niższą, jakoteż za porządek i czystość na oddziale. Za wszystko to odpowiada ona bezpośrednio przed siostrą przełożoną. Wszelkie uwagi i spostrzeżenia, jakie w czasie wizyty lekarz poczyni odnośnie do porządku i czystości na salach, komunikuje siostrze przełożonej, która ponosi odpowiedzialność przed lekarzem. Zarządzenia te okazały się w praktyce dobre.

Cel opieki.

W referacie niniejszym nie chodzi nam o szczegółowe sprawozdanie z działalności opieki zawodowej pedjatrycznej nad dzieckiem. Chcemy tylko w ogólnych zarysach przedstawić cele tej opieki i zamierzamy na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia wskazać drogi, jakiemi opieka ta kroczyć powinna, by należycie spełnić mogła swe zadanie.

Głównem zadaniem opieki nad noworodkiem jest przedewszystkiem dążność do zmniejszenia śmiertelności w tym okresie. W tym kierunku jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Podczas gdy ogólna śmiertelność niemowląt dzięki opiece społecznej i uświadomieniu ludności zmniejsza się coraz bardziej, to zmniejszenie się śmiertelności w pierwszych tygodniach życia, jak to wykazują statystyki, nieznacznej tylko uległa poprawie. W jaki sposób da się uzyskać poprawę pod tym względem? By odpowiedzieć na to pytanie musimy przedewszystkiem zająć się czynnikami, które przyczyniają się do śmiertelności dziecka nowonarodzonego. Dla ilustracji pozwolimy sobie zacytować dane statystyczne Commandeura i Reutera opracowane na podstawie 34.718 porodów w klinice położniczej w Lyonie, w latach od 1904—1918. Według tej statystyki na 100 zgonów wśród noworodków zmarło 17,7% wskutek choroby matek. 46,9% zgonów przypada na wcześniaki, bliźniaki i dzieci ze zniekształceniami wrodzonemi, 12% na uszkodzenia związane z porodem, 23,2% zmarło wskutek spraw chorobowych nabytych po porodzie. Znając przyczyny śmiertelności noworodków możemy się starać o zmniejszenie tejże. Na śmiertelność spowodowaną chorobą matek (jak kiła, choroby nerek etc.) możemy wpłynąć zapomocą odpowiednio zorganizowanej opieki nad kobietą ciężarną. Przy polepszeniu sprawności pomocy położniczej przy porodzie możemy do pewnego stopnia zmniejszyć ilość zgonów, spowodowanych aktem porodowym. Zadaniem opieki pedjatrycznej jest z jednej strony dążność do zmniejszenia śmiertelności u dzieci przedwcześnie urodzonych, z drugiej strony możemy zapomocą odpowiedniej pielęgnacji zredukować ilość schorzeń nabytych po porodzie do minimum. I w tych dwóch kierunkach idzie też praca pedjatry; doświadczenia nasze i innych autorów wykazują, że usiłowania te mogą być uwieńczone pomyślnymi wynikami.

Statystyki niemieckie, rosyjskie i francuskie wykazują, że na 100 porodów rodzi się 5—15% wcześniaków (za wcześniaki uważa się ogólnie dzieci z wagą niżej 2500 g). Ylppö np. przyjmuje, że ilość wcześniaków w Niemczech wynosi przeciętnie 10%. W klinice naszej na 2553 dzieci żywo urodzonych w ciągu ostatnich 6 lat było 226 dzieci z wagą niżej 2500 g. Czyni to prawie 9%, a więc niemal tyle, ile wykazuje powyższa statystyka niemiecka. Jak więc widzimy, udział wcześniaków w ogólnej liczbie noworodków jest duży. Opieka nad noworodkiem powinna więc dążyć przedewszystkiem do utrzymania możliwie dużej ilości wcześniaków przy życiu. Zadanie to łatwem nie jest i wymaga specjalnego wykształcenia tak ze strony lekarzy jak i pielęgniarek. Z zestawienia Ylppö'g o wynika, że 53,5% dzieci przedwcześnie urodzonych umiera w 1 roku życia, u nas niestety stosunki przedstawiają się gorzej. Jeśliby się nam udało niespełna połowę tych dzieci zachować przy życiu to efekt byłby bardzo duży, jeśli się uwzględni ilość procentową wcześniaków. By osiągnąć korzystne wyniki musimy mieć, jak już zaznaczyliśmy, odpowiednio wyszkolony personel lekarski i pielęgniarski. Powinno się ponadto dążyć do urządzenia specjalnych oddziałów dla wcześniaków w klinikach i oddziałach położniczych, gdzieby się dały osiągnąć możliwie idealne warunki dla rozwoju tych dzieci, gdzieby zakażenia, tak zgubne dla wcześniaków należały do rzadkości. Poniższa tablica przedstawia wyniki jakie osiągnęliśmy przy pielęgnacji wcześniaków w klinice położniczej U. J. K. we Lwowie.

Waga	Razem	Zmarło w klinice	Opuściło klinikę
Niżej 1000	4	4	—
1000 — 1200	8	8	—
1200 — 1300	3	2	1
1310 — 1400	4	3	1
1410 — 1500	7	6	1
1510 — 1600	10	7	3
1710 — 1800	8	3	5
1810 — 1900	14	6	8
1910 — 2000	29	4	25
2010 — 2100	24	3	21
2110 — 2200	21	—	21
2210 — 2300	29	4	25
2310 — 2400	22	2	20
2410 — 2500	24	3	21
Razem	226	63 = 27,87%	163 = 72,13%

Z zestawienia naszego wynika, że podczas pobytu w klinice na 226 dzieci z wagą niżej 2500 zmarło 63 (27,87%) a 163 (72,13%) opuściło klinikę. W liczbie tych 226 wcześniaków mieszczą się i te, które zmarły bezpośrednio lub w kilkanaście godzin po porodzie, jako wogóle niezdolne do życia. Gdybyśmy je w zestawieniu tem pominęli, co byłoby rzeczą zupełnie słuszną, statystyka ta wypadłaby znacznie korzystniej. Zdajemy sobie sprawę z tego, że pewna ilość dzieci tych zmarła w nieodpowiednich warunkach domowych po opuszczeniu kliniki. Wynika z tego postulat, że należy się starać o możliwie dużą ilość miejsc w zakładach położniczych dla dzieci przedwcześnie urodzonych, któreby w ten sposób przez pewien czas mogły pozostawać pod należytą opieką. W obecnych warunkach jesteśmy niestety zbyt często zmuszeni oddawać dzieci do domu po stosunkowo krótkim czasie pobytu w Klinice.

W tem miejscu chcielibyśmy poruszyć jeszcze jedną kwestję. Podnosiły się swego czasu głosy, które twierdziły, że natura przeprowadza sama selekcję osobników zdolnych do życia, i że nie powinno się dążyć do wychowania jednostek zbyt słabych. Doświadczenia wieloletnie i wielostronne wykazały jednak, że dzieci takie przy odpowiedniej opiece po przezwyciężeniu pierwszych trudności z czasem wyrównują się w rozwoju pod każdym względem z dziećmi donoszonemi.

O wiele łatwiejsze zadanie mamy przy zwalczaniu śmiertelności wskutek zachorowań noworodków nabytych po urodzeniu. Dzięki postępowi, jaki opieka nad niemowlęciem obecnie osiągnęła, schorzenia takie należą do rzadkości. Działalność opieki nad noworodkiem pod tym względem polega głównie na profilaktyce. Przy odpowiedniej pielęgnacji udaje się nam zapobiec występowaniu zakażeń ropnych, które poprzednio tak często występowały u noworodków w postaci pęcherzycy, czyraczności, schorzeń pępka i ogólnego zakażenia, które to sprawy chorobowe często śmiercią dziecka kończyły się. W Klinice naszej tego rodzaju zakażenia należą obecnie do rzadkości. Również epidemje wewnątrzszpitalne, których wybuchu przedtem tak bardzo się obawiano w zakładach położniczych, występują obecnie w racjonalnie prowadzonych oddziałach bardzo rzadko. W ciągu 5-ciu lat mieliśmy jedną tylko epidemję grypy, która pociągnęła za sobą 8 ofiar. Epidemja ta skłoniła nas do urządzenia boksów, gdzie do pewnego stopnia przynajmniej da się przeprowadzić izolacja przy wystąpieniu podejrzanych objawów ze strony matek lub dzieci. Musimy dążyć do urządzenia możliwie dużej ilości odpowiednio urządzonych celek izolacyjnych w obrębie Klinik i oddziałów położniczych, tylko w ten sposób uda nam się epidemje wewnątrzszpitalne zdusić w zarodku.

Przy zastosowaniu racjonalnej metody odżywiania noworodków, zaburzenia w odżywianiu należą do rzakości i łatwo można sobie z niemi dać radę. Osiągnięte dotychczas wyniki w zwalczaniu śmiertelności i zachorowalności noworodków wykazują duży postęp w stosunku do lat dawniejszych, ale zdajemy sobie sprawę, że pozostaje jeszcze bardzo dużo do zrobienia, dążymy obecnie do wprowadzenia całego szeregu ulepszeń, sprawa ta jednak ze względu na trudne warunki zewnętrzne wymaga dużo wysiłku i cierpliwości.

Do zakresu działalności opieki nad noworodkiem należy także skierowanie dzieci z kiłą wrodzoną do odpowiedniego leczenia specjalistycznego. We Lwowie dzieci z objawami kiły odsyła się do poradni przeciwkiłowej, która istnieje już od roku 1921 przy Klinice pedjatrycznej. Jest rzeczą jasną, że wyniki leczenia są tem lepsze, im wcześniej leczenie to się rozpoczyna.

Opieka nad noworodkiem w zakładach położniczych ma ponadto także i pod innym ważnym względem doniosłe znaczenie. Stanowi ona pierwszy etap opieki społecznej nad dzieckiem. Matka widzi w czasie pobytu swego w klinice położniczej, że specjalną uwagę zwraca się na dobro nowonarodzonego dziecka i że pieczołowitą opieką się je otacza. Ma ona sposobność zaznajomić się z najważniejszymi szczegółami odżywiania i pielęgnacji dziecka. Lekarz pedjatra i pielęgniarki udzielają jej też dokładnych wskazówek, jak ma się ona obchodzić z dzieckiem po wyjściu z Zakładu i skierowują ją do najbliżej jej miejsca zamieszkania znajdującej się stacji opieki nad niemowlęciem i matką. W zakładach położniczych uświadamia się matki o doniosłości karmienia piersią i wskazuje się na niebezpieczeństwo grożące dziecku przy sztucznem odżywianiu. Lekarz zwraca też matce uwagę na ewentualne objawy chorobowe, o ile takowe przy wypisywaniu dziecka z Kliniki stwierdza.

Opieka nad noworodkiem ma w końcu także doniosłe znaczenie pod względem naukowym i pedagogicznym. W odpowiednio prowadzonych zakładach położniczych mamy sposobność do badań aktualnych kwestji naukowych dotyczących noworodka, w zakładach tych mamy też sposobność zbierania danych statystycznych o noworodku.

Na polu tem czeka tak położnika jak i pedjatrę doniosłe i wdzięczne zadanie, zaznaczyć bowiem musimy, że brak jest dotychczas należycie opracowanego materjału tyczącego się naszego noworodka, wiadomości nasze w tym kierunku są przeważnie oparte na źródłach obcych, zagranicznych.

W zakładach położniczych mają też sposobność młodzi lekarze, tak położnicy jak i pedjatrzy zaznajomić się dokładnie z fizjologją i patologją noworodka. Dla wykształcenia pedjatry jest rzeczą niezbędną kilkumiesięczna bodaj praktyka na oddziałach położniczych, bo tylko tu ma on sposobność odpowiedniego spostrzegania wszystkich ważnych szczegółów tyczących się noworodka. Doświadczenie uczy, że w przychodniach i klinikach pedjatrycznych odsetek noworodków jest znikomy, tylko w rzadkich przypadkach matki zwracają się do tych instytucji, ponieważ obawiają się wychodzić z domu z dziećmi w pierwszym okresie ich życia. W zakładach położniczych możemy też wykształcić pielęgniarki dla niemowląt, w szkole pielęgniarek dla niemowląt we Lwowie obowiązuje uczenice kilkumiesięczny pobyt w Klinice położniczej.

Z wywodów naszych wynika, że współpraca pedjatry z położnikiem oparta jest na obustronnych wzajemnych korzyściach. Współpraca ta mająca na celu przedewszystkiem dobro dziecka bardzo dużo zdziałać może. Otwierają się przed nami nowe horyzonty. Współpraca ta nie powinna się jednak ograniczać do zakładów położniczych, powinniśmy zorganizować ogólną opiekę nad noworodkiem w całem społeczeństwie. Im bardziej opiekę tę rozbudujemy, tem łatwiej uda nam się uchronić dziecko przed niebezpieczeństwami grożącemi mu w pierwszym tak ważnym okresie życia. Obowiązkiem naszym jest nieść pomoc tym dotychczas najbardziej pod względem opieki społecznej zaniedbanym istotom, chodzi przecież o dobro dziecka, które jest podstawą i przyszłością narodu.

Inicjatywę do poprawy dotychczasowych błędów pod tym względem powinne w pierwszym rzędzie podjąć kliniki i oddziały położnicze, w których w ostatnich latach ilość rodzących kobiet stale wzrasta. Instytucje te, w których kształcą się całe szeregi lekarzy, położnych i pielęgniarek powinne się stać wzorem należytej opieki nad noworodkiem, powinne one być ożywczemi źródłami, z których szerokiemi strugami rozlewać się powinno uświadomienie wśród całego społeczeństwa. W ten sposób będziemy mogli dążyć skutecznie do zmniejszenia śmiertelności niemowląt, przyczem musimy pamiętać, że każde życie ludzkie niepotrzebnie stracone w obecnych warunkach, kiedyto ilość urodzin stale się zmniejsza, dotkliwą dla danego narodu stratę przedstawia.

Dr. Zofia MATERNOWSKA. Lwów.

O anafilaksji na bulion *).

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

W czasie badań nad tuberkuliną nasunęło się nam zagadnienie, którego rozwiązanie stanowi ważny przyczynek do badań nad anafilaksją i może mieć wartość praktyczną tak dla doświadczeń przeprowadzanych na zwierzętach laboratoryjnych, jak i dla techniki leczenia tuberkuliną. Szczególnie w obecnych czasach, kiedy wskutek zakażania zwierząt doświadczalnych gruźlicą Calmette'a mamy możność długiego ich obserwowania, — zwrócenie uwagi na powyższe zjawiska może uchronić od wielu zasadniczych omyłek.

Przy obserwacji zachowania się odczynu tuberkulinowego u świnek morskich, zakażonych szczepem B. C. G. zauważyliśmy mianowicie, iż odczyn śródskórny, mający początkowo wszelkie cechy charakterystyczne dla tejże reakcji, zmienia się z biegiem czasu zupełnie, tak, że ostateczny jego wygląd różni się krańcowo od typowej reakcji tuberkulinowej.

Chcąc dać jasny obraz powyższego zjawiska podaję krótki wyciąg z historji choroby świnki morskiej Nr. 21:

Dnia 23. VII. 1928 zakażono świnkę morską o wadze 400 gr 30 mg. prątków B. C. G. dootrzewnowo, a w okresie wyraźnej allergji zastrzyknięto jej 4 razy podskórnie po 0,5 cm^3 A .T. Pierwszy dodatni odczyn tuberkulinowy (po injekcji śródskór-

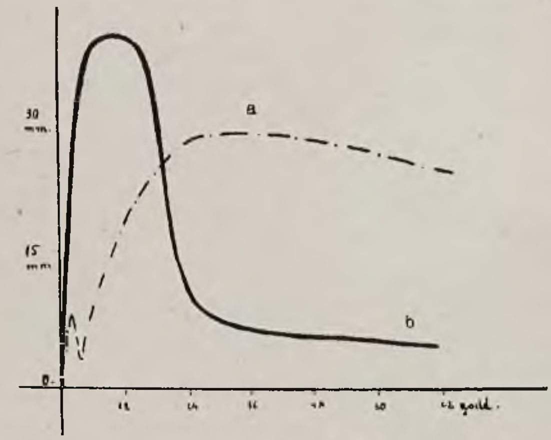
---

*) Komunikat IV z serji prac o tuberkulinie, wykonanych dzięki specjalnemu zasiłkowi Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ.

nej 0,1 cm³ A. T. z roztworu 1 : 100) wystąpił w 21 dni po zakażeniu w postaci płaskiego nacieku, otoczonego żywo czerwoną obwódką, jako typowa dla tuberkuliny t. zw. „Kokardreaktion".

Z biegiem czasu odczyn wzmagał się tak, iż po tych samych dawkach tuberkuliny powstawała w centrum nacieku wyraźna martwica (odczyn +++). Stan ten utrzymywał się w ciągu kilku dalszych tygodni, a następnie charakter odczynu zaczął ulegać gruntownej zmianie. Charakterystyczny dla tuberkulinowego odczynu płaski naciek ustępował miejsca typowemu bąblowi, o tak silnym obrzęku, iż reakcja przybierała kształt półkulisty i wymiarami swemi przekraczała najsilniejsze spostrzegane przez nas, właściwe odczyny tuberkulinowe. Objawy zapalne były bardzo słabo zaznaczone.

Krzywa przebiegu obu odczynów jest również zupełnie odmienna. Podczas gdy klasyczna reakcja tuberkulinowa, jako typowy odczyn zapalny w ciągu pierwszych godzin narasta stosunkowo wolno i osiąga swój szczyt dopiero w czasie między 36—48 godzinami, to powyżej opisany odczyn, jako odczyn o charakterze przeważnie czynnościowym, rozwija się niezwykkle szybko, prawie od chwili injekcji, tak, że po 3 godzinach, a często znacznie wcześniej można go już wyraźnie odczytać. Szczyt swój przekracza stale przed upływem 24 godzin i bardzo szybko znika. Tablica I.



Tablica I.

a) krzywa typowego śródskórnego odczynu tuberkulinowego,
b) krzywa odczynu anafilaktycznego po śródskórnym zastrzyku starej tuberkuliny.

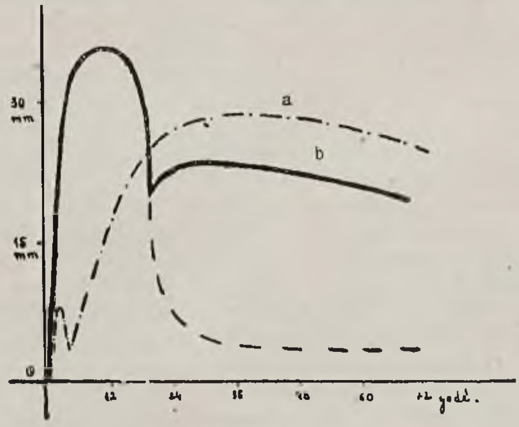
Jeżelibyśmy, jak to jest często w użyciu, kontrolowali odczyn tuberkulinowy (wykonany bez równoczesnego odczynu kontrolnego buljonem) dopiero po upływie 24 godzin, to w miejscu injekcji widzielibyśmy jedynie niknący już obrzęk z nieznacznym naciekiem w centrum reakcji, jako wyrazem działania resztek niewchłonionej tuberkuliny. Całość więc przedstawiałaby się jako znacznie osłabiona reakcja tuberkulinowa, w porównaniu z odczynami spostrzeganymi przed wystąpieniem bąbla. Z biegiem czasu, zwłaszcza jeżeli reakcja anafilaktyczna utrzymuje się poza okres 24 godzin, pomyłka taka staje się mniej prawdopodobną, gdyż nasilenie bąbla wzrasta tak znacznie, iż cała reakcja ma wygląd zupełnie odrębny. (Bąbel może zajmować przestrzeń skóry wynoszącą 40×40 mm, wysokość jego dochodzi do 10 mm).

Szczegółowa analiza charakteru i przebiegu śródskórnej reakcji tuberkulinowej i powyżej opisanego odcznu wykazała, iż we wszystkich swoich cechach różni się on tak wybitnie od odczynu tuberkulinowego, że źródła jego musieliśmy szukać poza granicami swoistego działania tuberkuliny. Przypomina on wyraźnie t. zw. zjawisko Arthusa.

Najbliższą zatem możliwością było, że jest on wynikiem uczulenia ustroju zwierzęcego na białko prątków, lub też na ciała białkowe zawarte w podłożu tuberkuliny t. j. w buljonie, przyczem to drugie przypuszczenie wydało się nam z góry bardziej prawdopodobne. I rzeczywiście okazało się, że próby wywołania wstrząsu anafilaktycznego, mającego stwierdzić ogólne uczulenie organizmu dały wyniki dodatnie, które niżej podamy.

Niezmiernie ciekawa jest dokładna obserwacja wzajemnego oddziaływania i zmagania się odczynu tuberkulinowego z powstającym odczynem anafilaktycznym.

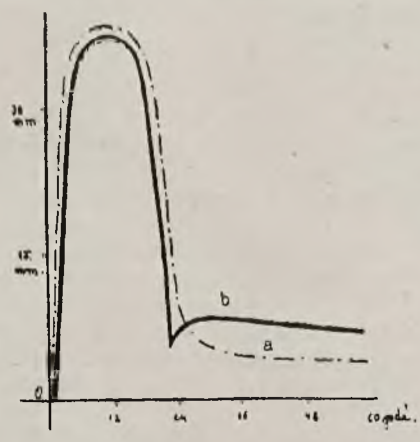
I tak w pierwszym okresie wytwarzania się uczulenia w organiźmie występuje w ciągu pierwszej doby po injekcji śródskórnej niezbyt intenzywny obrzęk, wystarczający jednak dostatecznie na prawie zupełne zatarcie reakcji tuberkulinowej. W ciągu drugiej doby, gdy obrzęk bardzo silnie słabnie, lub znika zupełnie, reakcja tuberkulinowa ujawnia się w postaci wyraźnego choć osłabionego nacieku (Tablica II a). Z biegiem czasu, gdy



Tablica II a.

a) krzywa typowego śródskórnego odczynu tuberkulinowego,
b) krzywa odczynu anafilaktycznego po śródskórnym zastrzyku tuberkuliny, z wyraźnie jeszcze zaznaczonym śladem odczynu tuberkulinowego.

ogólne nasilenie anafilaksji wzrasta, powstający przy powtórzeniu reakcji skórnej obrzęk jest tak znaczny, że nie dopuszcza zupełnie do rozwoju odczynu tuberkulinowego w ciągu pierwszej doby obserwacji. W czasie drugiej doby gdy obrzęk znika, pozostaje drobny, stożkowaty, perełkowato twardy guzek, który nie przypomina w niczem właściwej reakcji tuberkulinowej (Tablica II b).



Tablica II b.

a) odczyn anafilaktyczny po śródskórnym zastrzyku buljonu,
b) odczyn anafilaktyczny po śródskórnym zastrzyku tuberkuliny, pokrywający prawie w zupełności właściwy odczyn tuberkulinowy.

Powyższe zjawisko dało nam możność stwierdzić raz jeszcze słuszność prawa o współzawodnictwie spraw zapalnych ze sprawami prowadzącemi do wytworzenia się bąbla, przejawiającego się w tem, że przy równoczesnem działaniu na skórę bodźca zapalnego z bodźcem wywołującym obrzęk, działanie tego drugiego osłabia znacznie, lub nie dopuszcza zupełnie do rozwoju spraw zapalnych.

W ciągu doświadczeń mieliśmy sposobność obserwować nawet takie przypadki, gdzie znikająca wskutek odczulenia organizmu anafilaksja pozwalała odczynowi tuberkulinowemu powrócić do prawidłowego wyglądu.

Na podstawie dalszych obserwacji musimy stwierdzić, iż miejscowy odczyn anafilaktyczny występuje znacznie później niż uczulenie ogólne, gdyż udało się nam wywołać (używaną zwykle dawką t. zn. 0,5 cm³ buljonu glicerynowego) śmiertelny wstrząs, mimo zupełnego jeszcze braku odczynu skórnego, Tablica III.

Tablica III.

Nr. prot.	Zakażenie	Uczulenie	Bąbel	Reinjekcja	Wynik	Sekcja
56	+	3 zastrzyki Gb.	0	0·5 cm³ Gb.	Silny wstrząs. Prawie natychmiastowa śmierć.	Typowa
67	+	dtto	0	0·2 cm³ Gb.	dtto	
64	+	3 zastrzyki A.T.	0	0·5 cm³ Gb.	dtto	
77	0	3 zastrzyki Gb.	0	0·5 cm³ Gb.	dtto	
72	0	3 zastrzyki A.T.	0	0·5 cm³ Gb.	dtto	

Ogólne odczyny anafilaktyczne.

Próby wywołania wstrzasu anafilaktycznego dożylną injekcją starej tuberkuliny u zwierząt z wyżej opisanym odczynem skórnym dały w 100% wynik dodatni, podczas gdy zwierzęta kontrolne (z typową reakcją Mantoux) nie wykazały żadnych anafilaktycznych objawów. Dalsza analiza tego zjawiska wykazała, że u świnek uczulonych podskórnemi injekcjami A. T. można było uzyskać śmiertelny wstrzas, zarówno injekcja 0,3—0,5 cm³ A. T. jak i tą samą dawką buljonu glicerynowego zagęszczonego, jak tuberkulina do ¹/₁₀ swej pierwotnej objętości [1]). Nie zdołaliśmy go zaś wcale wywołać tuberkuliną bezbiałkową (Aft.-Serotherap. Inst. Wien) mimo zwiększenia dawki do 5 cm³ co stanowi dostateczny dowód, że uczulenie to nie jest wywołane białkiem prątków gruźliczych. O zupełnej niezależności tej nadwrażliwości od białka prątków gruźliczych świadczy również zachowanie się reakcji śródskórnej, gdyż bąble równie nasilone, jak przy tuberkulinie powstawały po injekcji tej samej ilości kontrolnego buljonu glicerynowego, nie dawała ich nigdy natomiast tuberkulina bezbiałkowa.

Badając warunki potrzebne do osiągnięcia nadwrażliwości uzyskiwaliśmy zawsze śmiertelny wstrząs, uczulając świnki morskie trzema injekcjami podskórnemi wykonywanemi co 6 dni, w ilości po 0,25—0,5 cm³ buljonu lub starej tuberkuliny, a wykonując reinjekcję po 6 tygodniach od ostatniej dawki uczulającej. Zarówno skrócenie okresu uczulania, jak i zmniejszenie ilości injekcji — dawoło już mniej stałe wyniki.

[1]) Buljon ten oznaczamy w tablicach skrótem: Gb.

Pierwsze zwierzęta u których spostrzegaliśmy zjawisko anafilaksji były uczulone podskórnemi injekcjami A. T. w ilości po 0,25—0,5 cm³. Z biegiem czasu zauważyliśmy, iż nadwrażliwość z charakterystycznemi odczynami skórnemi występuje również u zwierząt, u których przypadkowe zresztą uczulenie. ograniczało się jedynie do kilkurazowej injekcji śródskórnej 0,1 cm³ A. T. z roztworu 1 : 100 i takiej samej kontroli buljonowej, dokonywanej w odstępach 2—4 tygodni. Uczulenie występowało najwcześniej w 3 miesiące od pierwszej injekcji śródskórnej. (Tabl. IV).

W przypadkach tych już tak mała ilość, bo wynosząca w sumie około 0,01—0,02 cm³, ciała tak ubogiego w wyżej złożone białka, jakiem jest buljon, wystarczała przy podaniu drogą doskórną, aby zwierzę wprawić w stan anafilaksji, kończącej się śmiertelnym wstrząsem.

W związku z tem zjawiskiem można przytoczyć zapatrywania Sachsa, który podnosi szczególne znaczenie skóry jako drogi oddziaływania na cały ustrój i posuwa się nawet do twierdzenia, że najlepszą metodą wywoływania nadwrażliwości, jest droga uczulenia śródskórnego. Na dowód tego podaje, iż udało mu się wraz z Klopstockiem i Selterem uczulić świnkę morską na związki pochodne diazowe atoxylu i kwasu metanilowego, jedynie wówczas. gdy dawki uczulające podane były drogą podskórną, a pewniej jeszcze doskórną.

Chcąc się przekonać, czy uczulenie nie jest związane z jakością używanego preparatu, wstrzykiwaliśmy zarówno przy uczulaniu jak i przy reinjekcji różne preparaty, a więc A. T. Merck, A. T. Höchst, buljon glicerynowy wiedeński i Höchsta, a wreszcie dziesięciokrotnie zagęszczoną toxynę Dicków. Używając wszystkich tych preparatów do reinjekcji dożylnej w ilości 0,5 cm³ uzyskaliśmy szybko przebiegające, śmiertelne wstrząsy; jedynie toxyna Dicków nie dała wprawdzie u uczulonego zwierzęcia (Nr. protokołu 74, tablica V) zejścia śmiertelnego, lecz uchroniła je przed najsłabszemi nawet objawami wstrząsu, przy dokonanej następnie dosercowo injekcji śmiertelnej dawki (0,5 cm³) buljonu glicerynowego. Wynik ten tłómaczymy sobie tem, że jak już wynika z różnic w przygotowaniu toxyny Dicków i tuberkuliny, zawiera ona buljon dużo mniej zagęszczony niż tuberkulina, wskutek znacznie, bo ośmiokrotnie krótszego czasu pobytu w cieplarce.

Natomiast dożylna injekcja tej samej ilości tuberkuliny bezbiałkowej nie wywołała wcale objawów nadwrażliwości, a przy następnej injekcji buljonu glicerynowego zginęło zwierzę na typowy wstrząs. (Nr. protokołu 51. Tablica V).

Starając się wyjaśnić naturę ciała wywołującego anafilaksję wstrzykiwaliśmy zwierzętom uczulonym dożylnie 5% roztwór peptonu Witte'a. Wprawdzie w kilku wypadkach uzyskaliśmy wynik śmiertelny, lecz równocześnie przekonaliśmy się, że zwierzę, które przeżyło wstrząs peptonowy, ginęło przy wykonanej następnie injekcji buljonu. (Nr. protokołu 64. Tablica V). Wstrząs peptonowy nie stanowi więc zgodnie z poglądem wypowiedzianym już w roku 1913 przez Besredkę, ochrony przeciw rzeczy-

Tablica IV.

Nr. prot.	Zakażenie	Odczyny śródskórne							Injekcja dożylna	Wynik
		I	II	III	IV	V	VI	VII		
23 a	27/VII	28/VII B —	14/IX B —	6/X B —	25/X B —	26/XI B ++	0	0	29/XI 0·5 cm³ AT	Typowy wstrząs śmierć do 2 min.
23 b	27/VIII	28/VII B —	14/IX B —	6/X B —	25/X B —	26/XI B ±	0	0	29/XI 0·5 cm³ Gb	Przez 10 minut drgawki, dźwiga się — żyje
37 a	27/IX	6/X B —	25/X B —	26/XI B ±	19/I B +	11/II B ++	25/II B +++	8/III B +++	12/III 0·5 cm³ Gb	Sllne bardzo drgawki, kaszel — śmierć
37 c	27/IX	6/X B —	25/X B =	26/XI B ±	15/I B +	11/II B +	25/II B ++	8/III B ++	12/III 0·5 cm³ AT	dtto

B — = brak skórnego odczynu anafilaktycznego na buljon
B ± = słabo zaznaczający się odczyn anafilaktyczny.
B +++ = odczyn anafilaktyczny pokrywający w zupełności odczyn tuberkulinowy.

Tablica V.

Nr. prot.	Zakażenie	Uczulenie	Reinjekcja	Objawy	Powtórne inj. po 24 godz.	Wynik	Sekcja
74	0	3 zastrzyki AT	5 cm³ Jadu Dicka zagęszcz. do 0·5 cm³	Kaszle, czyści nos, żyje	0·5 cm³ Gb	Bez żadnych objawów	0
51	+	5 zastrzyków AT	0·5 cm³ Tuberkuliny bezbiałk.	Bez żadnych objawów	0·5 cm³ Gb	Typowy wstrząs. Śmierć do 8 godz.	Typowa
64	+	3 zastrzyki AT	0·5 cm³ 5%-go peptonu Witte'a	Typowy wstrząs. Nie dźwiga się żyje	0·5 cm³ Gb	Wstrząs. Śmierć prawie natychmiast.	Typowa

wistemu wstrząsowi anafilaktycznemu. Obecnie przeprowadzamy badania nad działaniem buljonu przygotowanego bez zwykłego dodatku peptonu, a zatem uboższego o 10% peptonu od tuberkuliny i jej buljonu kontrolnego. Wyników ze względu na zbyt mały materjał narazie nie podajemy.

Opierając się na tem, że Rosenau i Anderson zdołali wywołać wstrząs anafilaktyczny u świnki uczulonej dawką 1/1,000.000 cm³ surowicy końskiej, a więc roztworem, w którym metodami chemicznemi nie można już było wykazać białka, wyrażamy przypuszczenie, że i w buljonie znajdować się mogą drobne ilości mniej niż pepton rozbitych ciał białkowych, które mogą być istotną przyczyną powstającego uczulenia.

Wstrzymując się więc od ostatecznego wypowiedzenia zdania co do natury chemicznej tych składników buljonu czy tuberkuliny, które są ciałem czynnem, wprowadzającem świnki morskie w stan nadwrażliwości, podkreślamy narazie fakt sam przez się ciekawy, że nawet ciało tak ubogie w wyżej złożone białka i poddawane tak długiemu działaniu wysokiej temperatury (jak to się dzieje z buljonem przy wyjaławianiu, a następnie przy zagęszczaniu tuberkuliny) zdolne jest wprawić zwierzę w stan wybitnej nadwrażliwości, pociągającej za sobą śmiertelny wstrząs.

Stanie się to jeszcze bardziej interesujące, gdy przypomnimy. iż równie silne uczulenie wywołać można minimalnemi dawkami tego samego ciała, wprowadzonego drogą doskórną.

Tablica VI.

	Nr. prot.	Uczulenie	Reinjekcja	Wynik
Zw. Zakażone	56	3 zastrzyki Gb	·0·5 cm³ Gb	Bardzo szybki typowy wstrząs. Śmierć do 1½ min.
Zw. Zakażone	67	3 zastrzyki Gb	0·2 cm³ Gb	t. s.
Zw. zdrowe	77	3 zastrzyki Gb	0·5 cm³ Gb	t. s.
Zw. zdrowe	81	3 zastrzyki Gb	0·2 cm³ Gb	Kaszel, duszność, drgawki, żyje
Zw. zdrowe	82	3 zastrzyki Gb	0·3 cm³ Gb	Kaszel, duszność, drgawki, nie dźwiga się, żyje
Zw. zdrowe	95	Kontrola	0·5 cm³ Gb	Bez żadnych objaw.

Przenosząc badanie nasze na zwierzęta zdrowe, niezakażone gruźlicą B. C. G. przekonaliśmy się, że po uczuleniu temi samemi dawkami drogą podskórną, można uzyskać u nich również stan nadwrażliwości. Granica jednak dawki śmiertelnej dla zwierząt zdrowych leży wyżej, niż dla zakażonych. (Tablica VI).

Nie udało się nam jednak dotąd osiągnąć uczulenia u zdrowej świnki morskiej drogą powtarzanych injekcji śródskórnych. Wskazuje to na fakt, iż zakażenie gruźlicą Callmette'a, podobnie jak zakażenie jadowitym szczepem gruźlicy, zwiększa wrażliwość zarówno skóry, jak i całego ustroju na działanie nieswoistych bodźców białkowych.

Dla uzupełnienia obrazu wykonaliśmy próbę przeniesienia anafilaksji surowicą zwierzęcia uczulonego, na zwierzę niewrażliwe. Świnka zakażona (Nr. protokołu 112) i zdrowa (Nr. protokołu 80) zostały uczulone dootrzewnowem wstrzyknięciem po 4 cm³ surowicy świnki uczulonej (Nr. prot. 32), mającej wyraźne skórne odczyny anafilaktyczne. Przy reinjekcji buljonem wykonanej w 15 godzin później, zarówno świnka zakażona jak i zdrowa wykazały objawy nie śmiertelnego wprawdzie, lecz typowego wstrząsu anafilaktycznego.

Nieliczne próby precypitacji buljonu surowicą zwierząt uczulonych, oraz powtórzenie fenomenu Prausnitz - Küstnera dały jak dotąd wyniki ujemne.

Podane powyżej fakty stoją w sprzeczności z dotychczasowymi doświadczeniami tak wybitnych znawców anafilaksji jak n. p. Doer (Dyskusja w Wiesbadenie nad odczytem Prof. Gröera w tym przedmiocie). Wprawdzie Marie i Tieffeneau otrzymali rzekomo dodatnie wyniki anafilaktycznego uczulenia tuberkuliną u królików, a Orsini opisuje wstrząsy anafilaktyczne u niezakażonych gruźlicą morskich świnek, uczulanych starą tuberkuliną, wyniki te spotkały się jednak z krytyką i nie zostały dotąd potwierdzone lub wytłumaczone. Jedynie Lewis wykazał, że szoki Orsiniego są raczej wynikiem uczulenia przez buljon, w żadnym zaś razie nie odnoszą się do tuberkuliny, jako takiej.

Pozostaje zatem konieczność odtworzenia naszych wyników przez innych badaczy (analogiczne badania są już w toku w pracowni Bazylejskiej), oraz wykrycie w buljonie właściwej substancji uczulającej.

Streszczenie.

1) W badaniach nad tuberkuliną przeprowadzanych na świnkach morskich zakażonych szczepem gruźlicy Calmette'a zauważyliśmy, iż po kilkakrotnych zastrzykach podskórnych A. T. występują u zwierząt objawy nadwrażliwości, wyrażającej się zarówno w uczuleniu ogólnem jak i w występowaniu odczynu skórnego, zbliżonego bardzo do zjawiska Arthusa.

2) Odczyn ten zajmujący z biegiem czasu miejsce typowego, śródskórnego odczynu tuberkulinowego może się stać przyczyną omyłki w oznaczaniu allergji zwierząt. Od błędu tego chroni dokładna analiza cech i przebiegu obu odczynów, stwierdzająca, iż nie mają one żadnych punktów stycznych.

3) Zdołano wykazać, że zarówno anafilaksja ogólna jak i miejscowa nie jest zależna od białka prątków gruźlicy, zawartego w starej tuberkulinie, gdyż można ją również wywołać zastrzykami tych samych dawek kontrolnego buljonu glicerynowego.

4) Nadwrażliwość na buljon powstaje również przy uczulaniu zwierząt zakażonych bardzo drobnemi dawkami drogą śródskórną.

5) Wywołanie zjawiska anafilaksji u zwierząt zdrowych udaje się wyłącznie przy uczulaniu dużemi dawkami wstrzyki-

wanemi podskórnie — nie udało się natomiast wywołać u nich uczulenia drogą zastrzyków śródskórnych.

6) Badania nad istotą ciała zawartego w buljonie, a wywołującego uczulenie są w toku.

7) Podnieść należy znaczenie tego zjawiska zarówno dla badań nad zwierzętami laboratoryjnemi jak i dla zastosowania starej tuberkuliny w lecznictwie.

Piśmiennictwo.

Baschenin: Ztschr. f. Imm. u. exp. Ther. T. 54. Z. 4. 1928. — Besredka, Ströbel, Jupille: Ztschr. f. Imm. u exp. Ther. T. 16. 1913. — Lewis: Journ. of exp. Med. T. 10. N. 1. 1908. — Marie et Tieffenau: C. r. soc. biol. T. 64. 1908. — Orsini: Ztschr. f. Imm. u. exp. Ther. T. 5. 1910. — Pick u. Yamanouchi: Ztschr. f. Imm. u. exp. Ther. T. 1. 1906. — Rosenau et Anderson: Journ. of Americ. med. assoc. T. 62. 1906. — Sachs.: cytowany wg. Brilla i Szymanowskiego: Med. dośw. i społ. T. IX. Z. 5/6. 1929.

Dr. Fr. REDLICH. Lwów.

Z dziedziny chorób zakaźnych.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

W ostatnich kilkunastu latach nauka o chorobach zakaźnych poczyniła bardzo znaczne postępy, zwłaszcza w dziedzinie profilaktyki. Badania mające na celu przedewszystkiem zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności u dzieci, najbardziej narażonych na niebezpieczeństwa ze strony tych chorób, wywołały duże zainteresowanie wśród pedjatrów. W całym szeregu klinik pedjatrycznych zawrzała praca, zdążająca do wyświetlenia wielu niejasnych jeszcze, a będących przedmiotem dyskusji kwestji, dotyczących epidemjologji, patogenezy, djagnostyki, profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych.

Klinika nasza nie posiada niestety oddziału chorób zakaźnych, toteż wysiłki nasze w tym kierunku natrafiały na duże trudności. Przystępując do badań nie byliśmy często w możności objąć całokształtu danego zagadnienia, musieliśmy się ograniczyć do poszczególnych tylko działów. Skromne warunki, wśród jakich pracowaliśmy dały nam się odczuć przedewszystkiem podczas badań nad płonicą.

W krótkim zarysie postaram się podać wyniki prac, dokonanych w ostatnich dziesięciu latach w Klinice naszej z dziedziny chorób zakaźnych.

Teorja chorób zakaźnych.

W r. 1922 na Zjeździe Mikrobiologów w Lipsku Groër wprowadził do nauki o chorobach zakaźnych nowy punkt widzenia, który sprecyzował w pojęciu higjogenezy. Higjogeneza — to mechanizm zdrowienia, podobnie jak patogeneza jest mechanizmem powstania choroby. Każdą chorobę zakaźną można rozpatrywać z tych dwóch punktów widzenia, a połączenie wyników tych rozpatrywań daje dopiero dokładny obraz całokształtu zjawisk związanych z biologiczną istotą schorzenia. W kilka lat później (1927) Gröer zaproponował nowy schemat teoretycznego ujęcia istoty chorób zakaźnych, w którym dalej uzasadnił pojęcie higjogenezy. Pojęcie to otwiera nowe perspektywy dla nauki o chorobach zakaźnych i staje się coraz więcej punktem wyjścia dla leczenia i rokowania.

Błonica.

Badania nad błonicą, dokonane w Klinice naszej są niejako dalszym ciągiem prac Gröera z czasów działalności jego w klinice profesora Pirqueta.

Badania Gröera nad istotą jadu błoniczego stwierdziły, że jad ten jest ampholitem, działanie toksyczne jest związane z jego charakterem kwaśnym. Przedmiotem ciekawych badań tych było ponadto określenie optimum koncentracji jonów wodorowych dla maximum jadowitości, określenie izoelektrycznej strefy dla jadu błoniczego i mechanizm powstawania jadu w pożywkach błoniczych.

Badania eksperymentalne Gröera i Progulskiego nad zachowaniem się noworodka względem jadu błoniczego i nad działaniem przeciwjadu w jego ustroju wykazały, że są wprawdzie noworodki, które mimo braku antytoksyny we krwi mają ujemny odczyn Schicka, ale wszystkie te dzieci reagują dodatnio, o ile podwyższy się dawkę wstrzykniętego śródżylnie jadu. Antytoksyna działa w ustroju noworodka, tak pod względem swoistym, jak i niespecyficznym podobnie jak u starszych dzieci. Wyniki tych badań wykazują, że twierdzenia Kirsteina i Romingera o odrębności noworodków są niesłuszne.

Mikiewiczówna i Jasiński wykazali, że miano przeciwjadu błoniczego w surowicy krwi ludzkiej ulega wahaniom pod wpływem zabiegów ergotropowych, zwłaszcza przy naświetlaniu lampą kwarcową. Tuż po zabiegu spostrzegali obniżenie miana antytoksyny, następnie zaś podwyższenie, ustępujące do 24 godzin.

Progulski i Redlich uodparniali dzieci w zakładach i sierocińcach lwowskich przeciw błonicy anatoksyną Ramona i toksoidem Krausa, przyczem uzyskali temi metodami bardzo dobre wyniki. Odczyn Schicka stawał się z małymi wyjątkami ujemny, dzieci znosiły zastrzyki anatoksyny przeważnie bardzo dobrze.

Progulski i Redlich opisali bardzo rzadki przypadek zgorzeli skóry w przebiegu błonicy gardła u 6-letniego dziecka.

Ostatnio przedmiotem żywej dyskusji w towarzystwach lekarskich i w fachowej prasie jest kwestja, czy odczyn Schicka jest niezawodnym wskaźnikiem stanu odpornościowego przy błonicy. I tak m. i. znany w świecie naukowym badacz E. Friedberger podniósł cały szereg zastrzeżeń, które w dużej mierze odmawiają odczynowi Schicka znaczenia djagnostycznego. Przeciwko temu wystąpił Gröer, który w artykule polemicznym wykazuje, że zapatrywania tego autora na istotę odczynu Schicka są bezpodstawne.

Odra.

W latach 1925—1926 główna część badań naszych poświęcona była odrze. W latach tych zainteresowanie się chorobą tą naogół bardzo wzrosło. Dokładne dane statystyczne wykazały, że wbrew ogólnie przyjętemu mniemaniu odra wykazuje znaczną śmiertelność, zwłaszcza u dzieci krzywiczych i gruźliczych. Po badaniach Nicole'a i Conseil'a, a zwłaszcza Degkwitza, którzy podali metodę biernego uodparniania przeciwko odrze zapomocą surowicy ozdrowieńców, rozpoczęły się w całym szeregu instytutów naukowych badania, których celem było znalezienie metody uodparniania, którаby niezależną była od materjału ludzkiego. Zastosowanie bowiem biernej immunizacji przeciwko odrze napotkało w życiu praktycznem na cały szereg trudności, tak, że zastosowanie jej ogranicza się właściwie tylko do oddziałów klinicznych, względnie szpitalnych i instytutów zamkniętych. W r. 1923 podał Caronia we Włoszech metodę czynnego uodparniania przeciwko odrze zapomocą szczepionki, uzyskanej z odkrytych przez niego rzekomych zarazków odrowych .W Niemczech ukazała się w handlu surowica barania Degkwitza, której wstrzyknięcie chronić miało przed zakażeniem odrowem. Zainteresowanie sprawą tą było — rzecz oczywista — bardzo duże. Rozpoczęły się badania kontrolne. Zdawałoby się, że przy powszechnie znanej wrażliwości na zakażenie odrowe będzie rzeczą łatwą przy istniejącej możliwości infekcji przekonać się o wartości danej metody uodparniania. Tymczasem wyniki badań w tym kierunku podjętych były sprzeczne. Jedni wyrażali się z entuzjazmem o danej metodzie, drudzy natomiast używając tej samej szczepionki względnie surowicy i przestrzegając zastrzeżeń przez autorów podanych, mieli wyniki całkowicie ujemne. Było dla nas rzeczą ciekawą i pociągającą stwierdzić, gdzie leży źródło tych sprzecznych wyników. Preparaty uodparniające były przecież te same, było więc dla nas rzeczą prawdopodobną, że warunki, wśród których zakażenie odrowe się odbywało, różne były u różnych badaczy. Badania wykonane w Klinice naszej potwierdziły nasze przypuszczenia. Okazało się, że przy przeprowadzaniu szczepień ochronnych przeciw odrze musimy uwzględnić cały szereg czynników, na które częstokroć nie zwracano należytej uwagi. Stwierdziliśmy przede wszystkiem, że odra będąc najbardziej zaraźliwą w okresie zwiastunów, już w 24 godzin po ukazaniu się wysypki zaraźliwość tą traci. Większość badań nad uodparnianiem przeciwko odrze odbywała się w klinikach i szpitalach, gdzie przeważnie przyjmuje się przypadki z rozwiniętą już wysypką. Jest więc rzeczą jasną, że zależnie od stopnia zaraźliwości źródła zakażenia w danem środowisku, wyniki osiągnięte jedną i tą samą metodą były wręcz przeciwne.

Stwierdzenie czasu trwania zaraźliwości przy odrze miało także i pod innym względem praktycznie ważne znaczenie. Opierając się na wyniku badań naszych i Baura skrócono w niektórych szpitalach okres t. zw. kwarantanny przy odrze. I tak Schönfeld (Arch. f. Kinderheilk. 1927. T. 83) podaje, że w szpitalu dla dzieci miasta Berlina w Rummelsburgu, opuszczają dzieci już w 5 dni po ukazaniu się wysypki odrowej oddział zakaźny. Na 100 takich przypadków nie stwierdzono ani jednego zakażenia

się w otoczeniu tych dzieci. Jeżeli się zważy, że we wielu szpitalach trzyma się chorych odrowych 2—3 tygodnie, to skrócenie pobytu szpitalnego oznacza dużą oszczędność wydatków na poszczególnego chorego, ponadto ma się o wiele więcej łóżek do dyspozycji w razie epidemji.

W ciągu naszych badań wskazaliśmy na cały szereg innych szczegółów, ważnych dla oceny wartości metod uodparniających (odległość łóżek dzieci uodpornianych od źródła zakażenia, znaczenie kontroli, wywiadów, i t. d.). Uwzględniając wyliczone kryterja doszliśmy już po krótkim stosunkowo czasie do przekonania, że tak szczepionka Caronii jak i surowica barania Degkwitza przed zakażeniem odrowem nie chronią (Gröer i Redlich, Progulski i Redlich).

Na podstawie spostrzeżeń w Klinice naszej poddaliśmy krytycznej ocenie cały szereg prac z dziedziny uodparniania przeciw odrze. (patrz Monografja o profilaktyce odrowej Gröera i Redlicha w Erg. f. inn. Med. u. Kinderheilk. T. 30. 1926) i wykazaliśmy w ten sposób przyczyny sprzeczności u różnych badaczy.

W ostatnich latach niejednokrotnie wentylowana była sprawa t. zw. działania ergotropowego przy wstrzykiwaniu rozmaitych szczepionek i surowic dla celów zapobiegawczych i leczniczych. O dobrych stosunkowo wynikach przy uodparnianiu nieswoistem przeciwko odrze rozmaitemi preparatami jak Caseosan, mleko, surowica końska i t. d. donoszą m. i. E. Schilling, Gallt, Biatter. W Klinice naszej wstrzykiwaliśmy w 9 przypadkach narażonych na zakażenie odrowe wyciąg z narządów morskich świnek (heteroantigen Forssmanna), czworo dzieci dostało odrę, pięcioro udało się przejściowo uchronić od zakażenia. Rezystencja ta trwała od 2—8 tygodni.

Jasiński i Progulski podali ciekawy przyczynek do epidemjologji w klinice odry na podstawie spostrzeżeń podczas endemji tej choroby w Klinice naszej w r. 1922.

Peszyńska stwierdziła możliwość przeniesienia odry za pośrednictwem osób trzecich.

Podczas endemji odry w Klinice naszej badali Redlich i Maternowska zachowanie się obrazu krwi w przebiegu odry przez cały okres wylęgania, w czasie zwiastunów, wysypki i rekonwalescencji. Stwierdzili oni, że reakcja narządów krwiotwórczych wykazuje wprawdzie wskutek zakażenia odrowego w większości przypadków pewien stale się powtarzający typ, istnieje jednak cały szereg przypadków, w których reakcja narządów krwiotwórczych we wielu szczegółach odbiega od ogólnie przyjętej normy. Liczne te wyjątki ograniczają znaczenie obrazu krwi dla celów rozpoznawczych; w przypadkach diagnostycznie wątpliwych badanie krwi może nam jako metoda pomocnicza cenne czasem oddać usługi, rozstrzygającem natomiast być ono nie może.

Od kilku lat aktualnem zagadnieniem stała się sprawa powikłań mózgowych w przebiegu chorób zakaźnych i szczepienia ochronnego przeciw ospie. W Klinice naszej mieliśmy w leczeniu opisany przez Redlicha przypadek zapalenia mózgu w przebiegu odry.

Płonica.

Badania Dicków nad etjologją, patogenezą, profilaktyką i leczeniem płonicy odezwały się głośnem echem we wszystkich krajach, w których choroba ta często w postaci epidemji występuje. Nie mając niestety oddziału dla chorób zakaźnych w Klinice naszej, zmuszeni byliśmy ograniczyć się jedynie do prac eksperymentalnych, mających ne celu wyświetlenie mechanizmu działania jadu łańcuszkowców hemolitycznych i surowicy płoniczej w ustroju ludzkim.

W pierwszej części badań poddaliśmy dokładnej analizie jad Dickowski, przyczem udało nam się stwierdzić, że nie zachowuje się on, jak tego właściwie oczekiwać należało, jak jad pierwotnie toksyczny. Odczyn Dicka jest zdaniem naszem odczynem allergicznym. Różni się on we wielu szczegółach od reakcji Schicka, przebiega o wiele szybciej, ma się wrażenie, jakoby jad Dickowski wstrzyknięty w skórę osobnika wrażliwego trafiał na podłoże już przygotowane, uczulone. Jad Dickowski zachowuje się względem czynników farmakodynamicznych (koffeina, adrenalina) podobnie jak tuberkulina. Między odczynem skórnym na czynny jad, a reakcją na ogrzany jad Dickowski niema zasadniczej różnicy tak w wyglądzie klinicznym jak i w przebiegu, chodzi tu raczej o różnice ilościowe. Wobec tego t. zw. odczyn rzekomy jest zbędny. Jady, rozmaitego pochodzenia (Warszawa, Wiedeń, Marburg, Stockholm) dają u tych samych osobników różne wyniki. Fakt ten tłumaczy się nie wielością jadów łańcuszkowców hemolitycznych; chodzi tu zdaniem naszem raczej o skutki dowolnego oznaczania t. zw. jednostki skórnej. Dawkowanie odbywa się na człowieku, a wobec różnej wrażliwości na jad płoniczy, jednostki skórne podane przez poszczególne instytuty, różnią się między sobą.

Druga część badań naszych poświęcona była t. zw. antytoksynie płoniczej. Przy badaniach neutralizacyjnych in vitro okazało się, że surowica ludzka może działać na jad Dickowski hamująco albo wzmacniająco, są ponadto surowice, które na odczyn ten wcale nie wpływają. Surowica ludzi z ujemnym O. D. przeważnie hamuje odczyn skórny, istnieją jednak dość często wyjątki od tej reguły. Istnieją jednakowoż także surowice ludzi z dodatnim O. D., które zobojętniają jad Dickowski. Przy zobojętnianiu jadu przez surowicę nie mamy do czynienia z wiązaniem toksyny przez antytoksynę, ponieważ zdarza się, że to samo połączenie jadu ze surowicą u jednego osobnika nie wywołuje żadnej reakcji, u drugiego natomiast w miejscu wstrzyknięcia tej mieszanki może wystąpić wybitnie dodatni odczyn. Gröer i Redlich opisali ciekawy objaw kilkakrotnie spostrzegany przy doświadczeniach neutralizacyjnych, t. zw. „fenomen czasowego zahamowania". Istnieją mianowicie przypadki, w których wstrzyknięcie mieszanki jad + surowica wywołuje dodatni odczyn dopiero po kilkudziesięciu godzinach względnie kilku dniach.

Surowica płonicza wstrzyknięta domięśniowo w dużej ilości przypadków nie znosi całkowicie odczynu Dicków, osłabia go raczej. Są przypadki, w których surowica płonicza znosi względnie osłabia t. zw. odczyn rzekomy, (na substancje niespecyficzne białkowe). Zastrzyki omnadyny, mleka i innych substancyj niespecyficznych łatwo wpływają na O. D. Przy działaniu surowicy płoniczej mamy prawdopodobnie do czynienia ze specyficznie wzmożonem, ergotropowem, przeciwzapalnem działaniem na ustrój.

Trzecia część badań naszych (Progulski i Redlich) poświęcona była wpływowi szczepienia ochronnego na O. D. Badania te wykazały, że O. D. w dość dużej ilości przypadków ulega samoistnym wahaniom. Przy uodparnianiu jadem Dicków udało się w połowie przypadków uzyskać ujemną reakcję. Ale ujemny odczyn ten może już po kilku miesiącach z powrotem zamienić się w dodatni. Lepsze wyniki daje anatoksyna płonicza. Istnieją przypadki, w których zapomocą gotowanego jadu płoniczego można uzyskać ujemny O. D. Zdaniem naszem O. D. w postaci w jakiej on obecnie stoi nam do dyspozycji, nie może być używany jako pewny wskaźnik stanu odpornościowego przy płonicy.

Wyniki badań naszych nad teorją Dickowską o płonicy wywołały żywą dyskusję tak na zjazdach naukowych (Warszawa, Budapeszt 1927, Królewiec 1928, Wiesbaden 1929) jak i na łamach czasopism fachowych. W tem miejscu chcielibyśmy przytoczyć zdanie Docheza, jednego z współtwórców nowej nauki o patogenezie płonicy, który na podstawie swych doświadczeń doszedł niezależnie od nas do wniosku, że odczyn Dicków jest odczynem allergicznym. „The rash of scarlet fever and the Dick reaction are apparently allergic reactions to products of Streptococcus scarlatinae". (The Journ. of exp. Med. 46. Nr. 3. 1927). W referacie nadesłanym na Zjazd w Królewcu w 1928 r. twierdzi Dochez, że jad Dickowski nie jest jadem w prawdziwem tego słowa znaczeniu, nadaje mu przeto nazwę „toxallergen". Teorja nasza przyjmuje, że jad płoniczy stanowi substancję sui generis w pośrodku między ekto- a endotoksynami. Widzimy więc z tego, że twierdzenie nasze pokrywa się z wywodami Docheza, przyczem chcielibyśmy podkreślić, że tezę naszą o odczynie Dicków, jako odczynie allergicznym wypowiedzieliśmy poraz pierwszy na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lekarskiego w marcu 1927.

Piśmiennictwo.

Gröer: Ueber Diphtherie und Diphtherieschutz beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1920. T. 25. — Gröer i Progulski: O działaniu surowicy przeciwbłoniczej w ustroju noworodka. Polski Przegląd Pedjatr. 1922. — Ciż: Ueber die Wirkung des Diphtherieheilserums im Organismus des Neugeborenen. Zeitschrift f. Kinderheilk. 1922. — Gröer i Kassowitz: Zur Bedeutung der paradoxen Reaktion auf Diphtheriebouillon beim Menschen. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. 1921. T. 33. — Gröer: Zur Frage der ergotropen Therapie und der ergotropen Wirkungen. Ther. Monats. 1921. — Tenże: Ueber Hygiogenese. Klin. Woch. 1922. Nr. 47. — Tenże: O higjogenezie. Polska Gaz. Lek. 1922. — Jasiński i Progulski: Uwagi nad epidemjologją i kliniką odry. Pedjatrja Polska. 1922. — Mikiewiczówna i Jasiński: Wpływ zabiegów ergotropowych na miano przeciwjadu błoniczego w surowicy krwi dzieci. Pedjatrja Polska 1922. — Gröer: Diphtheriestudien. I. Biochemische Zeitschr. 1923. — Tenże: Diphtheriestudien II. Biochemische Zeitschr. 1923. — Gröer i Pirquet: Masern. Handbuch der Kinderheilk. Pfaundler-Schlossmann. — Gröer: Methodik und Technik der Erforschung der normalen antitoxischen Diphtherieimmunität beim Menschen. Handbuch der

biolog. Arbeitsmethoden. (Abderhalden). — Redlich: Ueber Scharlach- und Masernprophylaxe nach Caronia. Seuchenbekämpfung. 1925. — Gröer: Kliniczne uwagi do najnowszych badań nad etjologją płonicy. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 14. — Gröer i Redlich: Der gegenwärtige Stand der biologischen Masernprophylaxe. Erg. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 1926. T. 30. — Ciż: Essai d'immunisation prophylactique contre la rougeole a l'aide de l'antigene de Forssmann. Soc. de Biologie 1926. — Progulski i Redlich: O wartości zapobiegawczej nowej zwierzęcej surowicy przeciwodrowej Degkwitza. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 21.— Ciż: Erfahrungen mit dem neuen Masernschutzserum nach Degkwitz. Klin. Woch. 1926. Nr. 32. — Ciż: Zespół objawów anafilaktycznych w przebiegu odry po oparzeniu drugiego stopnia. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 12. — Ciż: Syndrome anaphylactique simultane a l'exanthème morbilleux après une brulure du deuxieme degré. Societe de Biologie 1926. — Ciż: O uodparnianiu przeciw błonicy zapomocą toksoidu błoniczego. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 49. — Redlich: Zur Frage der Infektiositätsdauer bei Masern. Klin. Woch. 1926. — Tenże: Masernfragen. Monatschr. f. Kinderheilk. 1926. T. 34. — Gröer: O leczeniu płonicy surowicą. Praktyka Lekarska 1927. — Tenże: Uwagi w sprawie ustalenia zasadniczych pojęć w dziedzinie pato- i higjogenezy chorób zakaźnych. Polska Gaz. Lek. 1927. Nr. 43. — Gröer i Redlich: Experimentelles zur Dickschen Scharlachtheorie. Monatschr. f. Kinderheilk. 1927. T. 37. — Progulski i Redlich: Ueber Diphtherieimmunisierung mit Diphtherietoxoid. Wiener Klin. Woch. 1927. Nr. 9. Ciż: Znaczenie odczynu Dicków dla oceny wartości szczepień ochronnych. Polska Gaz. Lek .1927. — Ciż: Ist der Dicktest als zuverlässiges Kriterium des Immunitätszustandes bei Scharlach zu betrachten? Monatschr. f. Kinderheilk. 1927. T. 37. — Redlich: Przypadek zapalenia mózgu w przebiegu odry. Pedjatrja Polska 1927. T. 7. — Tenże: Ein Fall von Masernencephalitis. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1927. — Redlich i Maternowska: Przyczynek do hematologji odry. Pedjatrja Polska. 1927. T. 7. — Gröer: Patho- und Hygiogenese der Scharlacherkrankungen im Lichte der Lehre von den Streptokokkengiften und Gegengiften. Pamiętnik Zjazdu w Królewcu 1928. — Tenże: Zur primärtoxischen Wirkung des Dicktoxins. Klin. Woch. 1928. — Gröer i Redlich: Badania doświadczalne nad teorją płoniczą Dicków. Med. Dośw. i Społ. 1928. T. 9. — Ciż: Experimentelle Untersuchungen zur Dickschen Scharlachtheorie. I. Ueber den Mechanismus der Dickgiftwirkung. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1928. T. 62. — Ciż: II. Ueber das angebliche Dicksche Scharlachantitoxin. Ibidem. — Progulski i Redlich: III. Scharlachschutzimpfung und Dicktest. Ibidem. Gröer i Redlich: Eksperimentalna istrazivanja Dick-ove teorje skrleta. Liječnički Vjesnik. 1928. — Peszyńska: Przyczynek do epidemjologji odry. Polska Gaz. Lek. 1928. — Progulski i Redlich: Hautgangrän im Verlauf einer schweren Rachendiphtherie. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1928. — Redlich: Scharlach schutzimpfung in Polen und ihre Erfolge. Pamiętnik Zjazdu w Królewcu 1928. — Tenże: Beobachtungen bei experimentellen Masern. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1928. — Redlich i Maternowska: Beitrag zur Hämatologie der Masern. Monatschr. f. Kinderheilk. 1928. T. 38. — Gröer: Das Scharlachproblem. Klin. Woch. 1929. — Tenże: Zur Deutung der Schickschen Reaktion. D. m. W. 1929. — Progulski i Redlich: Zgorzel skóry w przebiegu błonicy gardła. Polska Gaz. Lek. 1929. Nr. 23.

Dr. Artur CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Okres badań nad krzywicą, zapoczątkowany w r. 1913 przez witaminową teorję Kazimierza Funka, bogaty w szereg cennych odkryć, z których najważniejszem było stwierdzenie własności leczniczych promieni pozafiołkowych w r. 1918 przez Huldschinsky'ego, uwieńczony został przed dwoma laty odkryciem bezpośredniego czynnika przeciwkrzywicowego, jakim jest naświetlana ergosteryna.

Zbiorowemu wysiłkowi pracowni całego świata udało się wykazać łączność między wpływem leczniczym witaminy Funka, zawartej w tranie rybim, a działaniem promieni pozafiołkowych — zarówno w zastosowaniu ich bezpośredniem na skórę ustroju krzywiczego, jak i w pośredniem przy podawaniu naświetlanych pokarmów.

W poszukiwaniu elementu wspólnego owym środkom przeciwkrzywiczym, jak tran, naświetlane środki spożywcze oraz ciało powstające i działające przeciwkrzywiczo w naświetlanym ustroju żywym — pierwszy A. F. Hess wyraził przypuszczenie, że elementem tym jest cholesteryna. Autor ten wspólnie z Steenbockiem naświetlał cholesterynę i wykazał na zwierzętach, że po naświetleniu nabywa ona własności przeciwkrzywiczych. Dalsze badania przeprowadzone w tym kierunku przez uczonych amerykańskich i niemieckich (Hess i współpracownicy: Steenbock, Rosenheim, Beumer, György) wykazały, że wszystkie artykuły spożywcze, które pod wpływem światła pozafiołkowego nabywają własności przeciwkrzywiczych (oleje roślinne i zwierzęce, mleko, masło, mąka, mięso i t. d.) zawierają cholesterynę. Także i dawniej już podejmowane próby wyodrębnienia czynnika przeciwkrzywiczego z tranu przemawiały na korzyść hipotezy Hessa, stwierdziły bowiem, że czynnik ten znajduje się we frakcji niezmydlającej się, która zawiera cholesterynę.

Właściwym jednak pomostem między dawną teorją witaminową Funka, a działaniem światła pozafiołkowego było stwierdzenie faktu, że naświetlana skóra, podana jako pokarm szczurom zapobiega powstaniu krzywicy doświadczalnej, względnie leczy ją. W skórze zatem znajdować się musi ciało, które ze stanu nieczynnego pod wpływem światła uczynnia się, t. j. zamienia się w witaminę. I w rzeczywistości skóra, poza mózgiem jest tkanką najbogatszą w cholesterynę.

W dalszych badaniach klinicznych zwrócono uwagę na różnicę, jaka zachodzi między dawką leczniczą naświetlanej cholesteryny, wynoszącą 2—3 gr dziennie (Vollmer), a niewielkiemi jej ilościami, zawartemi w 300—500 gramach naświetlanego mleka (Scheer i Rosenthal), które wystarczają do wyleczenia niemowlęcia krzywiczego w przeciągu 4—6-ciu tygodni. Liczne prace doświadczalne i badania własności fizykochemicznych naświetlanej cholesteryny, podejmowane w celu wyjaśnienia tych sprzeczności pozwoliły przyjąć, że czynnik przeciwkrzywiczy stanowi jedynie domieszkę zwykłej cholesteryny i jest identyczny z substancją, dającą się wyosobnić z wielu niższych roślin, sporyszu i drożdży. Wątpliwości zostały ostatecznie rozwiane dopiero wtedy, kiedy wielkiemu znawcy steryn, Windausowi wspólnie z fizykiem Pohlem udało się zapomocą badania spektroskopowego wykazać, że substacją macierzystą czynnika przeciwkrzywiczego jest ergosteryna, znajdująca się w cholesterynie w ilości 1/60%.

Odkryte przez Windausa ciało, o wzorze sumarycznym $C_{27} H_{42} O$, jest steryną bardziej od cholesteryny nienasyconą, wrażliwą na utlenianie, łatwo przyłączającą drobinę wodoru. Daje się ona strącać przez digitoninę. Występuje w trzech odmianach podwójnych. Posiada własne widmo absorbcyjne o dwu charakterystycznych smugach pomiędzy 230—280 $\mu\mu$. W czasie naświetlania strącalność jej pod wpływem digitoniny maleje i ostatecznie, z równoczesnem zniknięciem charakterystycznego widma absorbcyjnego, ustaje. Z tą chwilą nabywa ona maximum własności przeciwkrzywiczych. Przemiana chemiczna, która odbywa się pod wpływem promieni pozafiołkowych nie jest jeszcze znana. Według Windausa nowe ciało przedstawia związek izo- lub polimeryczny nienaświetlanej ergosteryny.

Identyczność naświetlanej ergosteryny, nazwanej przez Mc. Collum'a witaminą D, przez Funka zaś witasteryną D, z czynnikiem przeciwkrzywiczym tranu nie jest jeszcze stanowczo stwierdzoną. Widmo absorbcyjne witaminy tranowej różni się nieco od widma witaminy sztucznej, oba ciała wykazują jednak pozatem szereg wspólnych właściwości. Pod wpływem utleniania, czy działania wysokiej ciepłoty i pod wpływem zbyt długiego i intenzywnego naświetlania tracą obie własności przeciwkrzywicze. Nie dają obie strącać się przez digitoninę i co ważniejsze — zarówno w doświadczeniu na zwierzętach, jak i w leczeniu krzywicy ludzkiej rozwijają identyczne działanie biologiczne.

Między wpływem leczniczym tranu, a działaniem promieni pozafiołkowych i naświetlanej niemi ergosteryny niema w istocie żadnych sprzeczności; różnica polega jedynie na tem, że wspólnego czynnika przeciwkrzywiczego w pierwszym wypadku, gdy mowa o tranie, dostarcza przyroda. Mianowicie: zawarta w wodorostach morskich, algach, ergosteryna uczynnia się pod działaniem promieni pozafiołkowych naturalnego światła słonecznego, padającego obficie na powierzchnię wód i w tej czynnej postaci dostaje się drogą zwierzęcego planktonu do ustroju ryb morskich, gdzie gromadzi się w wątrobie (Beumer, Falkenheim,

Clement). W leczeniu zaś światłem pozafiołkowem czynnik przeciwkrzywiczy uczynniony zostaje w sposób sztuczny wprost w skórze ustroju krzywiczego, względnie w produktach spożywczych i preparatach chemicznych nieczynnej ergosteryny. W świetle badań z ostatnich lat czynnik przeciwkrzywiczy składa się zatem z ergosteryny, stanowiącej podstawę każdego sposobu leczenia krzywicy, oraz z działania promieni pozafiołkowych naturalnych lub sztucznych, niezbędnych do jej uczynnienia. Bez dostarczenia ustrojowi krzywiczemu tego czynnika, bez względu na to, czy powstaje on czynnie w skórze chorego lub doprowadzony zostaje biernie w tranie, naświetlanych artykułach spożywczych lub preparatach farmaceutycznych, leczenie krzywicy jest niemożliwe.

Zasługi odkrycia i chemicznego wyodrębnienia ergosteryny oraz zbadania jej własności przeciwkrzywiczych nie umniejsza bynajmniej fakt, że przeciwkrzywicze działanie posiadają także i inne ciała, naświetlane promieniami o pewnej długości fal, jak pokrewne sterynom digitaligenina i acetyldigitaligenina. Na znaczenie tego epokowego odkrycia nie wpływają również wyniki badań Völtza oraz Schittenhelma i Eislera, które podały w wątpliwość powstawanie przeciwkrzywiczego czynnika wyłącznie pod działaniem energji promienistej. Wykazały one mianowicie, że rosnąca bez światła trawa *lolium perenne* oraz kiełkujące bez dostępu światła ziarna jęczmienia działają przeciwkrzywiczo. Ponieważ ziarna trawy i jęczmienia nie posiadają a priori własności przeciwkrzywiczych, a wzrost i kiełkowanie odbywa się bez dostępu światła, czynnik przeciwkrzywiczy powstawać musi w czasie i wskutek kiełkowania i rozwoju rośliny z niestwierdzonego jeszcze dotychczas ciała macierzystego. Badania powyższe dowiodły, że kiełki roślinne zawierają w sobie nieprzewidziane i niewyzyskane dotychczas rodzaje energji, a kiełkowanie i wzrost rośliny, mało zbadane, a tak zagadkowe zjawiska w przyrodzie, mają dla czynnika przeciwkrzywiczego, dla witaminy D, takie same znaczenie, jak dla witamin A, B, i C. Badania te wniosły do nauki o witaminach wiele ciekawych problemów, które będą tematem dalszych dociekań naukowych i podały w wątpliwość tezę, że do powstania witaminy D niezbędną jest energja świetlna, nie wpłynęły jednak zupełnie na znaczenie i wartość praktyczną chemicznie wyodrębnionej witaminy D.

Ergosteryna, naświetlona promieniami pozafiołkowymi o długości fali 300—270 $\mu\mu$ wykazuje własności lecznicze już w minimalnych dawkach. Dawka 0,01 mg pro die per os leczy krzywicę szczurów w przeciągu 2—3 tygodni (Hess), dawka 0,1—1 mg leczy krzywicę psów w ciągu 3—4 tygodni (Hottinger), zapobiegawcze zaś dawki są jeszcze mniejsze i wynoszą dla szczurów 0,001—0,002 mg (Hess i Rosenheim, Webster, Holtz).

C. d. n.

I. HESCHELES. Lwów.

Walka z kiłą wrodzoną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Zwalczanie kiły wrodzonej stanowi trudny do rozwiązania problem zarówno z punktu widzenia teoretycznego jak i społeczno-lekarskiego. Kiła wrodzona przedstawia pod względem klinicznym i patogenetycznym nieporównanie cięższą postać chorobową, aniżeli kiła nabyta u dorosłych. Ta ostatnia natrafia na organizm dojrzały o większym lub mniejszym zasobie odporności, który sprawia, że przebieg kiły przybiera u dorosłych formę powolną, przewlekłą, nie zagrażającą bezpośrednio życiu, a łatwo leczeniu dostępną, zaś oszczędzającą przez długi szereg lat tkankę nerwową. Przy kile wrodzonej zaś na skutek z pewnością mniejszego oporu noworodka wobec zarazka kiły, a bezpośrednio dokrewnego sposobu zakażenia napotykamy zupełnie odmienny typ schorzenia, który nazwaćby można, w porównaniu do kiły dorosłych, ostrym, szybko postępującym (naturalnie biorąc w rachubę postać chorobową nieleczoną) a nadewszystko szybko atakującym rdzeń młodego organizmu t. j. tkankę nerwową.

W następstwie tego zagraża kiła wrodzona już w pierwszych początkach swego rozwoju bezpośrednio życiu niemowlęcia, zaś w najlepszym razie jego władzom umysłowym. Tem się tłumaczy, iż kiła wrodzona dawała w epoce przedsalwarsanowej b. wysoki odsetek śmiertelności (do 85%), a z drugiej strony największy kontygent idjotów i matołków. Dzięki salwarsanowi otrzymaliśmy wprawdzie silną broń do ręki także i dla zwalczania kiły wrodzonej, jednakże i zastosowanie salwarsanu nie rozwiązało tego zagadnienia w zupełności. Toteż nie dziw, że właśnie dla zwalczania kiły wrodzonej powstają na Zachodzie instytucje społeczno-lekarskie w postaci poradni, domów dla dzieci kiłowych, które biorą w opiekę niemowlęta obarczone kiłą wrodzoną, poddając je regularnemu leczeniu i śledząc ich rozwój fizyczny i umysłowy aż poza wiek dziecięcy. Podobną instytucją jest i nasza „Poradnia przeciwkiłowa" przy lwowskiej Klinice Pedjatrycznej, która wprowadzona w życie w r. 1920 przez Progulskiego, zaś w roku następnym objęta przezemnie, do dziś dnia spełnia swoje ważne zadanie społeczno lekarskie, starając się rozwiązać dylemat udoskonalenia i uproszczenia techniki leczniczej tak, by dzieci kiłowe w najkrótszym czasie uzdrowić i tem samem uczynić z nich pełnowartościowe jednostki społeczeństwa.

W staraniach osiągnięcia możliwie skutecznej, a energicznej metodyki leczenia, postąpiliśmy o wielki krok naprzód. Gdy bowiem z jednej strony obniżyliśmy odsetek śmiertelności do poziomu nie o wiele wyższego ponad przeciętny poziom śmiertelności niemowląt w naszych okolicach, to z drugiej strony z dzieci pozostałych przy życiu i korzystających z naszej opieki przeważający odsetek nie odbiega w rozwoju fizycznym i umysłowym w niczem od normy.

Te pomyślne wyniki otrzymaliśmy nietylko dzięki ulepszeniu samej techniki leczenia, ale dzięki zorganizowaniu poradni kiłowej na sposób otwartej opieki społecznej nad niemowlęciem. Jesteśmy bowiem w metodyce zwalczania kiły wrodzonej zwolennikami otwartej, czyli ambulatoryjnej opieki społecznej nad dziećmi kiłowemi, a to i ze względów materjalnych jak i merytorycznych. Urządzenie pawilonów dla dzieci kiłowych odpowiadających wszelkim wymogom nowoczesnej techniki i higjeny byłoby połączone z kosztami utrudniającemi w dzisiejszych oszczędnościowych czasach ich realizację; pozatem akcja taka napotkałaby na opór ze strony wielkiej części matek, które nie zgodziłyby się na oddanie swych dzieci na dłuższy przeciąg czasu na oddział szpitalny. Największym argumentem jednak jest fakt stwierdzony wielokrotnem doświadczeniem, że niemowlęta posiadają w opiece domowej przy naturalnem karmieniu lepsze warunki rozwoju, aniżeli w gromadnej opiece szpitalnej. Organizacja Poradni przeciwkiłowych wymaga pozatem stosunkowo niewielkich kosztów, a jedyną jej trudnością jest zapewnienie jej fachowo wykształconego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Do zasadniczych warunków powodzenia takiej społeczno-lekarskiej placówki należy także dobrze zorganizowana akcja propagandowa, oraz utrzymywanie ścisłego kontaktu z dziećmi przez czas leczenia i późniejszy okres badań kontrolnych. Te właśnie napozór tak trudne do przezwyciężenia przeszkody otwartej opieki udaje się jednak — jak mogliśmy się przekonać — skutecznie zwalczyć, dzięki pracy dobrze wyszkolonych wywiadowczyń społecznych. Na technikę rejestracyjną i ewidencyjną należy również baczną zwrócić uwagę. Nasz schemat karty ewidencyjnej uwzględnia wszystkie dane, tyczące się wywiadów, stanu klinicznego, przebiegu choroby, sposobu leczenia, i badań kontrolnych w odpowiednich rubrykach w sposób przejrzysty i okazał się w pracy tak praktycznym, że możemy go wszystkim polecić.

Przyrost roczny chorych dzieci kiłowych ulegał znacznym wahaniom: podczas gdy w pierwszych latach ilość nowozgłoszonych dzieci stale się wzmagała, to w ostatnich 3 latach daje się zaznaczyć znaczne zmniejszenie się przyrostu. Daje się to wytłumaczyć spadkiem cyfry zachorzeń u dorosłych. Cyfry przyrostu od r. 1921 przedstawiają się następująco:

w r. 1921 — 15 nowo zgłoszonych
w r. 1922 — 27 nowo zgłoszonych
w r. 1923 — 36 nowo zgłoszonych
w r. 1924 — 22 nowo zgłoszonych
w r. 1925 — 42 nowo zgłoszonych
w r. 1926 — 23 nowo zgłoszonych
w r. 1927 — 29 nowo zgłoszonych
w r. 1928 — 15 nowo zgłoszonych

Materjał poradni kiłowej czerpiemy: 1) z ogólnej przychodni klinicznej, 2) ze stacji społecznej nad dzieckiem przy klinice pedjatrycznej, 3) ze stacji noworodków przy klinice położniczej.

Przyjęcie nowozgłoszonych dzieci odbywa się w sposób następujący: Matce dziecka, u którego stwierdzono kiłę, wyjaśnia się cel i zadania poradni kiłowej, umożliwiającej jej bezpłatne wyleczenie dziecka z choroby zagrażającej życiu i stanowi umysłowemu dziecka. W tym celu wymaga się od matki regularnego odwiedzania poradni wedle wskazówek lekarza, co matka potwierdza — dla poparcia moralnego zobowiązania z jej

strony — własnoręcznym podpisem na rewersie. Następnie spisujemy wywiady, badamy krew rodziców i rodzeństwa chorego dziecka na o. Wass. i Meinickego, spisujemy stan obecny chorego dziecka, badamy płyn mózgowo-rdzeniowy i przystępujemy do leczenia. Leczenie odbywa się 2 razy tygodniowo w oznaczonych godzinach, wedle schematu niżej podanego. Po każdej kuracji wykonujemy badanie serologiczne krwi na odczyny Wass. i Meinickego jakoteż, wedle potrzeby, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie inteligencji u dzieci starszych odbywa się oddzielnie w specjalnie oznaczonych dniach przez lekarza specjalistę (Doc. Dr. Demianowski).

Obraz kliniczny wczesnej postaci kiły wrodzonej.

Obraz kliniczny kiły wrodzonej wczesnej przedstawia — jak wiadomo — charakter różnorodny tak pod względem t. zw. okresu wylęgania jak i przebiegu i stopnia schorzenia. Powszechnie przyjęty podział kliniczny na lues *cong. parietalis i visceralis* ma pewne uzasadnienie i z tego względu, że w cięższych przypadkach przeważają objawy ze strony organów trzewiowych (śledziona, wątroba) podczas gdy w średnich i lżejszych przypadkach objawy kiłowe ograniczają się przeważnie do skóry i błon śluzowych. Klasyfikacja ta określa więc stopień schorzenia i stoi w ścisłym związku z czasem zakażenia w okresie życia płodowego; im bowiem wcześniejsze zakażenie płodu, tem cięższa postać kiły wrodzonej w okresie pozapłodowym.

Kilka szczegółów statystycznych, zaobserwowanych na naszym materjale, rzuci pewne światło na charakterystyczne dla kiły wrodzonej cechy kliniczne. I tak mogliśmy zebrać następujące dane na podstawie naszych wywiadów co do okresu wylęgania kiły wrodzonej t. j. czasu, w którym osesek licząc od dnia urodzenia jest wolny od wszelkich objawów klinicznych.

Pierwsze objawy skórne wystąpiły:
a) Tuż po urodzeniu w 11% przyp.
b) W pierwszym miesiącu życia w 33% przyp.
c) W drugim miesiącu życia w 23% przyp.
d) W trzecim miesiącu życia w 17,5% przyp.
e) Powyżej 1-go kwartału życia w 15,5% przyp.
Razem w pierwszym kwartale w 85% przyp.

Najwcześniejszym i najczęstszym objawem klinicznym kiły wrodzonej była, wedle naszego materjału, sapka (w 57% przyp.), która poprzedzała objawy skórne, z objawów towarzyszących najczęstszą była czyraczność (w 11% przyp.). Objawów klinicznych ze strony układu środkowonerwowego w żadnym przypadku wczesnej kiły wrodzonej nie stwierdziliśmy, jakkolwiek — jak to poniżej jeszcze szczegółowo wykażemy — płyn mózgowo-rdzeniowy w tym okresie wykazywał w przeważającej ilości przypadków, bo w 85%, zmiany chorobowe w postaci dodatnich odczynów białkowych lub kolloidalnych, w tem w 2 przypadkach (około 4%) już u noworodków.

Leczenie:

W leczeniu dzieci kiłowych staraliśmy się — jak to wyżej zaznaczyliśmy — osiągnąć w najkrótszym czasie uleczenie zupełne, które wedle naszych dzisiejszych pojęć opiera się na następujących kryterjach: 1) stale ujemne oddziaływanie krwi na odczyny kiłowe zarówno Wass. jak i kłaczkowate, o czem mowa poniżej, 2) ujemny wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego, 3) prawidłowy rozwój inteligencji. Idąc za przykładem Ericha Müllera, który pierwszy wskazał na skuteczne działanie wysokich dawek neosalwarsanu przy kile wrodzonej wobec wysokiej tolerancji osesków względem preparatów chemoterapeutycznych, stosowaliśmy w pierwszej kuracji przy dobrym stanie ogólnym oseska stosunkowo wysokie dawki salwarsanowe domięśniowo, a tyle dawek po 0,15 na kurację + ile kilogramów waży dane niemowlę. Obok salwarsanu stosowaliśmy również rtęć w postaci zastrzyków domięśniowych zawiesiny calomelu w oliwie w dawce jednorazowej 1 mg na kg wagi, ogółem 12 dawek na kurację lub też bizmut w postaci jednego z preparatów zawiesinowych również 12 dawek po 2—3 mg bizmutu metalicznego na kg wagi i jedną kurację. Całkowite leczenie składa się wedle naszego schematu z trzech takich kuracyj. Pierwsza z nich odgrywa najważniejszą rolę i powinna być przeprowadzoną o ile możliwości najenergiczniej i w maksymalnych dawkach (5—6 dawek neosalw. po 0,15). Po pierwszej takiej kuracji osiągamy — przy wczesnem rozpoczęciu leczenia t. j. w 1-szym kwartale życia — zazwyczaj już ujemne oddziaływanie surowicy na odczyny kiłowe. Dwie następne kuracje przeprowadzamy w odstępach dwumiesięcznych. Po przeprowadzeniu całkowitej kuracji powtarzamy badania kontrolne surowicy, płynu i inteligencji jakoteż badanie kliniczne w odstępach półrocznych. W ostatnich czasach zastosowaliśmy leczenie zimnicą kilku przypadków kiły wrodzonej, zwłaszcza jej form późniejszych *(lues tarda)*, w których dają się stwierdzić zmiany w płynie mózgo-rdzeniowym[1]).

Co do działania bizmutu na kiłę wrodzoną, to przekonaliśmy się, że zastosowany samoistnie, bez salwarsanu, usuwa jedynie czasowo wykwity skórne, działa więc zbyt łagodnie, a nawet sprzyja — jak wszystkie środki działające zbyt powierzchownie — powikłaniom nerwowym. Preparatami salwarsanowymi w połączeniu z bismutem osiągamy przy kile wrodzonej wyniki podobne jak przy leczeniu salwarsanowem w połączeniu z rtęcią.

Zasadniczym warunkiem uzyskania możliwie pomyślnego wyniku leczniczego przy kile wrodzonej jest zadziałanie w najwcześniejszym jej okresie, o ile możności tuż po urodzeniu, najenergiczniejszemi dawkami salwarsanowemi. W wypadkach, gdzie z powodu kiły trzewiowej lub z powodu stanu ogólnego niemowlęcia zastosowanie salwarsanu jest ryzykowne, posługujemy się czasowo środkami łagodnymi, a więc rtęcią lub bizmutem, by po możliwie jaknajwcześniej uzyskanej poprawie stanu ogólnego przejść stopniowo do silnych dawek salwarsanu.

Kryterja wyników leczniczych przy kile wrodzonej.

Jak to już zaznaczono wyżej, posługujemy się dla oceny biegu leczenia następującemi kryterjami:
1) odczyny serologiczne,
2) odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym,
3) badanie inteligencji.

C. d. n.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd Radjologiczny, tom IV, zeszyt 1: Z. Dziembowski: Teoretyczne uzasadnienie, sposób stosowania i wyniki dotychczasowe autotransfuzji krwi naświetlonej promieniami X. — E. Bruner: O leczeni uchorób skóry promieniami t. zw. „granicznemi" (Bucky'ego). — Z. Grudziński: Nowa uproszczona metoda roentgenograficzna dokładnego umiejscowienia ciał obcych metalicznych w gałce ocznej. — A. Grosglik: Objawy skórne w przypadku białaczki szpikowej, powstałe pod wpływem promieni Roentgena. Przyczynek do patogenezy leukemidów. — B. Grynkraut i H. Lewenfisz: Przypadek torbieli języka, rozpoznany roentgenologicznie i potwierdzony operacyjnie. — I. Wiński: Rzadki przypadek myositidis ossificautis post luxationem coxae sin. — E. Bruner: Na marginesie spraw zawodowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 23—24, z 6—19 czerwca 1929: Zeszyt poświęcony I. Zjazdowi Aptekarzy Słowiańskich, Poznań—Warszawa, 10—14 czerwca 1929, zawiera: Powitanie; Poznań; Powszechna Wystawa Krajowa w Poznaniu: Na marginesie I-go Zjazdu Aptekarzy Słowiańskich; Stan aptekarstwa w krajach słowiańskich; 60 letni jubileusz pracy zawodowej Leonarda Kostrzeńskiego. — Leonard Kostrzeński: Miscellanea et Varia Pharmaceutica Poznaniensia.

Lekarz Polski, rok V, Nr. 6, z 1 czerwca 1929: W. Gądzikiewicz: O nauczaniu higjeny na Wydziałach Lekarskich. — A. Biliński: Wole a ubytek materjału ludzkiego dla siły zbrojnej Państwa; Akcja sanitarno-porządkowa i usuwanie nieczystości; Medycyna społeczna zagranicą; Z Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, Nr. 24, z 13 czerwca 1929: H. Higier: Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej, a racjonalne ich leczenie. — S. Schilling-Siengalewicz: Uszkodzenie promieniami Roentgena okrężnicy jako przyczyna zejścia śmiertelnego. — St. Kramsztyk: Nowe kierunki w nauce o żywieniu (Streszcz. zbior.). — Z. Srebrny: Prasa lekarska w Polsce odrodzonej (dok.). — A. Ciągliński: Statystyka lekarska i statystyka sanitarna. Nasze błędy.

---

[1]) Sposób leczenia zimnicą i jego wyniki omawiamy poniżej łącznie z ogólnymi wynikami leczniczymi, osiągniętymi w naszej poradni kiłowej.

Rocznik Psychjatryczny, rok 1929, zeszyt X: św. p. I. Morawski: Rola pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi. — M. Rose: O zmianach architektonicznych kory mózgowej w padaczce samoistnej. — F. Wichert i R. Dreszer: Z histopatologji padaczki. — P. Milewski i E. Wilczkowski: Badania kapilaroskopowe u epileptyków. — I. Handelsman: Przyczynek do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu. — M. Präger: Problem kulturalnej twórczości epileptyków. — H. Jankowska: Przyczynek doświadczalny do nauki o ejdetyźmie i jego związku z konstytucją fizyczną. — Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. Dr. Władysław Jarecki.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 6, z czerwca 1929: St. Skowron: Zasada podziału pracy u zwierząt. — Wł. Vorbrodt: Czy i jaką wartość posiadają nasze fosforyty? — K. Sochaniewicz: Pierwociny staropolskiego miernictwa.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 5, 1929: Kund Secher: Leczenie wewnętrznej gruźlicy sanokryzyną. — W. Werner: Leczenie zastrzałów. — Zdz. Szymoński: Z kazuistyki zastrzyków dosercowych. z

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, Nr. 12, z 15 czerwca, 1929: Memorandum w sprawie Kas chorych; Sprawozdanie z X. Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego; Ze Związku Lekarzy P. P.: Partactwo w lecznictwie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII, Nr. 3, z 15 czerwca 1929: Nałęczów. — Zdrojownictwo. — L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich uzdrowisk. — A. Mester: Wsprawie walki z reumatyzmem. — Z. Pelczar: Zarys historji klimatoterapji chorób narządu krążenia z uwzględnieniem ziem polskich. — Referaty z prac fizjoterapeutycznych.

Kronika dentystyczna, rok XXIV, Nr. 5—6, za maj—czerwiec 1929: Wł. Szafran: Instytuty dentystyczne Kas Chorych a wykonywanie mostków ze złota.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo zagraniczne.

Gendai no Igaku.

Nr. 9—10. 1928.

S. Saito: *Skuteczne leczenie nieprawidłowego miesiączkowania za pomocą sistomensiny.* Autor m. inn. podaje następujący przykład: 40-letnia chora, rodziła trzykrotnie, 8 lat temu poroniła. Miesiączka wtedy pojawiała się nieregularnie i stan chorej pogorszył się znacznie, zwłaszcza od końca roku 1927. Na 3 dni przed badaniem rozpoczęły się krwawienia i trwały 20 dni. Badanie ujawniło prawostronne zrosty macicy z przydatkami i lekką wrażliwość na ucisk. Zalecono codzienne gorące przemywania pochwy i przetwór przeciw niedokrwistości. Ażeby doprowadzić do porządku następną miesiączkę, S. przepisał po 10 tabletek dziennie sistomensiny. W 10 dni po rozpoczęciu leczenia chora zaczęła się użalać na bóle w brodawkach sutkowych, jakie zwykle pojawiają się przed miesiączką. W trzy dni potem pojawiło się krwawienie, przerwano tedy miejscowe leczenie i dawano dalej sistomensinę. Krwawienia były obfitsze aniżeli zwykle, dolegliwości jednak nie występowały tak silnie. Po 6 dniach krwawienie ustało, a było to pierwsze normalne miesiączkowanie od sześciu lat.

Archivos de medicina, cirurgia y especialidades.

Nr. 16. 1928.

Reverter, La Cumbre: *Chininophytina w zimnicy.* W praktyce lekarskiej często zdarzają się zawody w leczeniu chininą, wskutek czego lekarz powinien się przekonać: 1) czy chory rzeczywiście spożył chininę, 2) czy lekiem przyjętym była rzeczywiście chinina, 3) czy chory trawi chininę, 4) jakiego rodzaju bodziec zimnicy wchodzi w grę w danym przypadku (tertiana, quartana czy tropica); pomimo, że szkoła uczy nas, że chinina jest skuteczną we wszystkich tych odmianach zimnicy, oraz 5) czy chory nie jest odporny na chininę.

Częste zawody, zwłaszcza w praktyce wiejskiej autor przypisuje złemu wchłanianiu się chininy wobec zaburzeń żołądkowo-jelitowych i złemu odżywianiu chorych. W ostatnich czasach zalecano środki, mające zastąpić chininę, jak salwarsan, błękit metylenowy, które tylko w specjalnych przypadkach dają pomyślne wyniki. Euchinina, zadawana dzieciom w miksturze, również ma swoje wady. Jest drogą, ma zły smak i wcale nie może zastąpić siarczanu lub węglanu chininy.

Wszystkich tych niewłaściwości niema chininophytina. Autor obserwował w obwodowem krążeniu jak szybko giną pod wpływem chininophytiny gamety. Inne środki nie są tak skuteczne, gdyż chociaż pod ich wpływem giną napady zimnicy, to jednak nie działają one zabójczo na płciowe formy zarodków zimnicy. Z tego wynika, że taki chory nie może być ponownie zakażony przez komara widlisza, a przeciwnie uważany być winien za nośnika malarji, zdolnego zakazić komara. Chory przeto, leczony siarczanem lub węglanem chininy, euchininą, aristochininą i innemi pokrewnemi środkami może stanowić wielkie niebezpieczeństwo dla swojego otoczenia, ponieważ przechowuje w swojej krwi pasorzyty zimnicy. Przy sosowaniu chininophytiny szkodliwość ta i niebezpieczeństwo są wyłączone.

Zalety chininophytiny polegają na tem, że chory oprócz czynnego leku przeciwzimniczego otrzymuje znakomity środek wzmacniający. Chininophytina doskonale się wchłania i zawsze jednakowo oddziaływuje na wszelkie formy w fazie płciowego rozwoju zarazków. Nigdy nie bywa odporności względem chininy i zawsze przyjmowaną bywa bez wstrząsu ze strony chorych. Wobec tedy pewności, że chory w samej rzeczy otrzymuje chininę, chronimy go od bezwartościowych przetworów, często trafiających się na rynku.

Mediz. Klinik.

Nr. 4. 1929.

Erisch Basch: *Przyczynek do stosowania soli fosforowych, pod postacią phytiny, jako leków wzmacniających.* Z stacji opieki nad grużlikami — Berlin — Lichtenberg. Wszelkie, choćby najbardziej celowe zabiegi lecznicze i higjeniczne u chorych na gruźlicę bywają często daremne, o ile poza leczeniem cierpień podstawowych nie poświęca się należytej uwagi oddziaływaniu na upośledzony stan ogólny chorych. Znaczna nawet poprawa narządu zajętego przez gruźlicę często nie zrównoważa ustroju wyprowadzonego z normy wskutek nagromadzenia toksyn. Obowiązkiem lekarza jest wpływanie w czasie właściwym na utrzymanie ogólnego stanu sił chorego. Często u gruźlików następuje zmniejszenie ilości soku żołądkowego, a w większej ilości przypadków ztąd wynika brak łaknienia, znaczna strata na wadze i ogólne wycieńczenie, stające na przeszkodzie ogólnej poprawie podmiotowej i przedmiotowej. Oprócz środków pobudzających wydzielanie soków żołądkowych, jak m. in. leki gorzkie, już oddawna znano w takich przypadkach skrzepiające działanie fosforu; podawano go pod postacią tranu fosforowego, po którym chorzy, nawet w wieku młodocianym, rokowali dobry skutek. Podawanie tranu fosforowego jednak w wielu przypadkach trafia na trudności z powodu wstrętu, jaki chorzy ujawniają względem smaku tranu. Z tego powodu skorzystano z oddawna znanej phytiny dla wypróbowania jej na znacznej ilości chorych.

Podług Starkensteina i innych, phytina jest kwaśną solą wapniowo-magnozową kwasu inozyt-sześciofosforowego.

Na stacji w Berlinie - Lichtenberg stosowano phytinę u 55 chorych. Przy wyborze materjału do doświadczeń kierowano się przypadkowi gruźlicy, w których po dłuższem leczeniu zauważono mniej lub więcej znaczną poprawę stanu płuc, a jednak wykazujących wyraźne powstrzymanie poprawy ogólnego stanu ustroju. W najczęstszych przypadkach niedającej się zwalczać straty na wadze, pomimo całej energji leczenia była odporność względem środków, mających na celu pobudzenie łaknienia, a w niektórych z nich także wykonywanie przez chorych pracy, przekraczającej ich zdolność fizyczną. Podawaliśmy wtedy phytinę w kroplach 3 razy dziennie po 25 kropli przed jedzeniem. Lek ten przyjmowano zawsze chętnie i bez jakichbądź dolegliwości. Prawie wszyscy, z wyjątkiem 6 ciężko pracujących chorych po 2 tygodniach oznajmiali o wybitnej poprawie stanu ogólnego samopoczucia, wyrażającej się w wzmożonej chęci do pracy i w powrocie otuchy.

Kontrole, dokonywane w odstępach 3-tygodniowych, wykazywały jako wynik poprawę łaknienia u 42 chorych i wyraźne przybieranie na wadze, wynoszące po kilku tygodniach do 2,2 kg.

Równolegle z wzmożeniem apetytu rozwijało się uczucie dalszego wyzdrawiania i zdolności do pracy, jakie właśnie u osób, należących do kategorji ciężko pracujących robotników w zwykłych warunkach tylko z wielką trudnością i bardzo powoli się dają przywracać.

U wielu chorych dokonywano kontroli stanu krwi, przyczem stwierdzono zwiększenie się ilości hemoglobiny, a po dłuższem podawaniu phytiny także ilości czerwonych krwinek. Bezpośredniego wpływu na stan płuc nie stwierdzono, a w stosunku do różnych typów gruźlicy płucnej zauważono jednak doskonały wpływ na stan ogólny w marskości i postaciach twórczych, natomiast nie obserwowano korzystnego wpływu na formy wysiękowe z ich uciążliwem zatruciem; jednak i w tych ciężkich przypadkach stwierdzono uczucie większej świeżości i ruchliwości jako objawy, jakie przypisać należy oddawna już znanemu wpływowi fosforu na ośrodek nerwowy.

W streszczeniu wypada wnioskować, że podawanie gruźlikom fosforu pod postacią phytiny powoduje wzmożone łaknienie, nabieranie na wadze i uczucie rzeźwości, jako dodatnie wpływy na stan ogólny ustroju gruźliczego, a tem samem pośrednio na pewne postacie sprawy gruźliczej.

Therapia a Gyakorló orvos lapia.

Nr. 5. 1929.

Emerich Freywirth: *Elbon w leczeniu płuc.* Leczenie chorób płucnych kwasem cynamonowym, wprowadzonym przez Landerera stopniowo straciło swe znaczenie, ponieważ wstrzykiwania śródżylne były zbyt uciążliwe i prowadziły do bardzo niepożądanych objawów ubocznych.

Jako najprostszy sposób wprowadzania do chorego ustroju kwasu cynamonowego uważać należy jego wewnętrzne stosowanie i w tym celu elbon „Ciba" nadaje się najlepiej.

Freywirth wspomina o pomyślnych wynikach doświadczeń Assmanna, Camphausena, Sternberga, Chodi'ego, Heumanna i innych, które skłoniły go do zadania elbonu na swym oddziale szpitala.

Wymienieni autorowie zauważyli w gorączkowych, nie postępujących włóknikowych i wrzodziejących sprawach płucnych z obfitą plwociną, a czasem nawet w bezgorączkowych, dobry skutek, wyrażający się w ułatwieniu wykrztuszania i w zmniejszeniu podniety do kaszlu. Jednocześnie obserwowano prawie zawsze poprawę stanu ogólnego samopoczucia chorych.

Autor w sprawach gorączkujących z obfitą plwociną rozpoczynał leczenie od 4—5 tabletek dziennie, zmniejszając dawki te po 3—4tygodniach w stosunku do osiągniętego skutku na 2—3 tabletki dziennie. W lżejszych przypadkach dawano od początku 2—3 tabletki dziennie i dawki te utrzymywano w ciągu 4—5 tygodni. Chorzy zawsze chętnie przyjmowali elbon i bardzo go chwalili, zwłaszcza pacjenci, którzy z wstrętem przyjmowali przetwory kreozotowe. Nigdy nie zauważano żadnych dolegliwości żołądkowych lub zajęcia nerek nawet po długiem stosowaniu wielkich dawek. Zdaniem chorych, w czasie leczenia elbonem ilość plwociny zmniejszała się znacznie, gorączka opadała i poprawiał się stan ogólny. Niektórzy z nich nabrali po 1—2 kg na wadze.

Oprócz gruźlicy stosowano elbon także w przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli i w rozedmie płuc, przyczem zauważono zmniejszenie ilości plwociny i poprawę stanu ogólnego.

Na tej podstawie autor zaleca gorąco stosowanie elbonu w podanych powyżej wskazaniach.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 19 grudnia 1928.

Przewodniczy: Prezes Kol. Kozłowski.

Obecnych 18 członków i 6 gości.

Sekretarz odczytuje protokół z Zebrania Naukowego z dnia 7. XI. 1928 r.

Po krótkiej dyskusji zebrani uchwalają zachować protokół ten in extenso w aktach Tow., do druku zaś przesłać tylko część naukową protokołu.

Do przeczytanego następnie przez Kol. Kotarskiego protokołu z Zebrania Naukowego z dnia 21. XI. 1928 r. zgłasza kilka poprawek Kol. Nasiłowski, który sprostowania te prześle piśmiennie na ręce sekretarza.

Po przyjęciu do wiadomości przez zebranych odczytanego przez Kol. Krogulskiego punktu 4-go Protokółu Posiedzenia Zarządu Tow. Lek. z dnia 28 XI. 1928 r., załatwiającego odmownie rezygnację Kol. Krogulskiego z godności sekretarza, Prezes Kol. Kozłowski otwiera dyskusję nad odczytami wygłoszonemi na poprzedniem Zebraniu przez Kol. Czarskiego i Kol. Suchodolskiego.

Kilka słów dyskusyjnych nadesłanych przez nieobecnego Kol. Putermana, a odnoszących się do referatu Kol. Czarskiego odczytuje sekretarz Kol. Krogulski.

Kol. Puterman pisze:

Koncepcja prelegenta odnośnie do roli układu wegetatywnego w stosunku do gruczołów dokrewnych seksualnych, a mianowicie przypuszczenie (prelegenta), że poza rolą naczynioruchową układu wegetatywnego, ten ostatni wywiera bezpośredni wpływ na czynność hormonalną gruczołów, znajduje swój wyraz w spostrzeżeniach doświadczalnych i klinicznych.

Stwierdzono, że gruczoły dokrewne stanowią część układu wegetatywnego, że z jednej strony czynność hormonalna gruczołów dokrewnych znajduje się pod wpływem tegoż układu, zaś z drugiej strony funkcja tego układu zależna jest od wpływów hormonalnych odnośnych gruczołów, ewentualnie i narządów o czynnościach hormonalnych. Doświadczalnie stwierdzono, że pod wpływem drażnienia gałązek sercowych układu współczulnego (nn. accelerantes) lub układu pozawspółczulnego (n. vagus), hormony sercowe nabierają własności funkcjonalne odnośnych nerwów (Loewi).

Co zaś dotyczy Doppler'a, to pewien fakt, przytoczony przez Dra Barcińskiego, nie dałby się z nią pogodzić. Otóż Barciński (Dr. Barciński: Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 29 z 1928 r.) w swojej pracy przytacza że w r. 1869 Beatson po kastracji gruczołów płciowych kobiecych osiągnął wybitne cofnięcie raka pierwotnego piersi i znaczną poprawę stanu ogólnego pacjentki. Beatson uzależnia chorobliwe bujanie gruczołu mlekowego od bodźca rozrostowego, wychodzącego z jajników.

W dyskusji nad odczytem Kol. Suchodolskiego podnosi Kol. Czarski, że cenny materjał operacyjny, zestawiony przez prelegenta, zyskałby na przejrzystości, gdyby został zilustrowany tablicami porównawczemi. Na tablicach tych należałoby wykazać:

1) Jaki zachodzi stosunek pomiędzy ogólną ilością porodów w Zagłębiu (co można stwierdzić urzędowo) a ilością wypadków ciąży zamacicznej (które prawie wszystkie koncentrują się na oddziale prelegenta).

2) Jaki jest stosunek wieku chorych.

3) Stosunek pierwiastek do wieloródek.

4) Stosunek osobników z niedorozwojem organów płciowych do normalnych.

5) Znaczenie poronień, jako momentu przyczynowego.

6) Znaczenie środków prewencyjnych wewnątrz macicznych.

7) Znaczenie gonorrhei, która zdaje się odgrywać najmniejszą rolę, gdyż, o ile przechodzi na trąbki, wywołuje zupełną niepłodność. Co się tyczy metod badania, to mówca uważa że punkcja Douglas'a jest niekorzystna dla przebiegu pooperacyjnego, jako moment zakaźny.

Punkcję brzuszną należy wykonywać tylko wtedy, gdy poziom wylanej krwi do jamy brzusznej stoi ponad *lig. Pouparti.* Krew, która nieraz dostaje się do strzykawki z żyły krzepnie, w odróżnieniu od krwi z jamy.

Krew może pochodzić z guza jajnikowego, torbieli ciałka żółtego lub pęcherzyka Graaf'a.

Negatywny wynik punkcji daje powód do przykrych błędów rozpoznawczych.

Przy rozpoznaniu nie należy zaniedbywać badania leukocytozy i szybkości opadania czerwonych ciałek krwi.

Do charakterystycznych objawów zalicza mówca przeciągłe krwawienia czekoladowe, zwłaszcza poprzedzone bólami i stanem podgorączkowym.

Najgłówniejszą rzeczą jest, aby o ciąży zamacicznej przy badaniu myśleć. Jeśli rozpoznanie jest wątpliwe lepiej uciec się do *incisio explorativa,* niż przeoczyć ciążę pozamaciczną.

Co do przelewania krwi z jamy brzusznej do żyły, mówca zwraca uwagę na praktykowane ostatnio uprzednie utlenianie krwi, która ma być podana śródżylnie.

W końcu omawia mówca rozpoznanie różniczkowe w wypadkach:

1) *peritonitis diffusa (abortus criminalis?).*
2) *retroflexio uteri gravidi.*
3) krwawienie z pęcherzyka Graaf'a.
4) *abortus uterinus.*
5) *adnexitis.*
6) *pelveoperitonitis.*
7) *appendicitis.*
8) *cholelithiasis.*

9) *Haematosalpinx.*

10) Skręcenie szypuły (streszczenie własne).

Odpowiadają kol. Czarskiemu: Kol. Witkowski i kol. Suchodolski, który kończąc dyskusję nadmienia, że wszystkie operowane wypadki ciąży zamacicznej zaszywał na głucho, a tylko przypadki powikłane ropniem sączkował wydatnie.

Z powodu spóźnionej pory odczyty odłożono do następnego zebrania i posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: (—) *Dr. Krogulski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

IV. Posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1929 r.

Przewodniczy: Prof. L. Skubiszewski.

Obecnych: 25.

1) Przyjęcie protokółu posiedzenia z dnia 30 listopada 1928 r.

2) Dr. A. Barlik przedstawia:

a) Raka oskrzela lewego u mężczyzny lat 54, wychodzącego z nabłonka błony śluzowej oskrzela. Główną swoją masą tkwi guz w rozwidleniu tchawicy, przeżera się do ściany przełyku oraz obejmuje jedną z gałęzi tętnicy płucnej.

b) Raka pierwotnego płuca prawego u mężczyzny lat 33, dającego przerzuty do śródpiersia tylnego, osierdzia i wątroby. Mikroskopowo stwierdza się *carcinoma alveolare.*

c) Śródbłoniaka opon miękkich mózgu u kobiety lat 82, umiejscowionego w prawym płacie czołowym, w którym wyżłobił sobie łożysko.

d) Śródbłoniaka opony twardej jamy czaszkowej przedniej, umiejscowionego obok *crista Galli* u kobiety lat 70.

e) Raka podstawy języka z przerzutem implantacyjnym do błony śluzowej dolnej jednej trzeciej przełyku u mężczyzny lat 62.

f) Carcinoma scirrhosum ventriculi, który przekształcił żołądek w pancerz o ścianach grubości 1,5 — 2 cm u mężczyzny lat 70.

g) Przypadek *martwicy lewego płatu wątroby* na tle zakrzepu lewej gałęzi żyły wrotnej u kobiety lat 65.

3) Dr. J. Zeyland przedstawia:

a) Przypadek *gruźlicy przewodów żółciowych z jamami w wątrobie* u niemowlęcia 8-miesięcznego z gruźlicą rozsianą. Stwierdzenie mikroskopowe najdrobniejszych gruzełków w pobliżu naczyń krwionośnych a poza przewodami żółciowemi przemawia do pewnego stopnia przeciwko procesowi pierwotnie śródkanalikowemu (gruźlicy na skutek wydalania w sensie Ortha) a raczej za wtórnem przebiciem się gruzełków serowatych do przewodów żółciowych i wywołaniem tamże jam.

b) Dużego *naczyniaka wątroby* u niemowlęcia 17-dniowego, zmarłego wśród objawów zatrucia pokarmowego. Obrazy histologiczne z obwodu guza, wykazujące wśród przegród naczyniaka resztki komórek wątrobowych, tłumaczą dawny pogląd o pierwotnej rozstrzeni naczyń włosowatych i wtórnym zaniku komórek wątrobowych.

W dyskusji zabierają głos: Dr. F. Skubiszewski, Dr. Zeyland.

4) Dr. J. Krotoski i Dr. L. Mierzejewski przedstawiają przypadek *torbieli kości biodrowej* spostrzegany w Klinice Chirurgicznej U. P. Torbiel kostna wielkości moreli mieściła się tuż powyżej panewki stawu biodrowego i pozostawała w ścisłej łączności z torbielą łącznotkankową (wielkości głowy dziecka) zajmującą górną część uda. Zabieg operacyjny wykonano przed niespełna rokiem. Wycięto w całości torbiel łączno-tkankową, która mieściła w sobie przeszło 2 litry płynu rzadkiego, mętnawego, zawierającego dużą ilość kryształków cholesteryny. Torbiel kostną otworzono, wnętrze wydłutowano i wypalono termokauterem. Chory zniósł zabieg dobrze, w krótkim czasie opuścił klinikę i pracuje obecnie w swoim zawodzie jako stolarz bez jakichkolwiek dolegliwości.

Badanie mikroskopowe, wykonane w Zakładzie Anat. Pat. U. P., wykazało zmiany, które pozwalają zaliczyć torbiel kostną do spraw chorobowych, objętych nazwą *ostitis fibrosa localisata* wzgl. według nowszego mianownictwa *osteodystrophia fibrosa,* nie przesądzając ani patogenezy ani przyczyny jej powstania. Ściana torbieli kostnej składa się z pasa łącznotkankowego przeważnie szklisto zmienionego. Naczynia krwionośne wykazują zgrubienie ścian, a dookoła nich widać naciek składający się przeważnie z plazmatocytów. W głębszych warstwach dostrzega się zanikające beleczki kostne i komórki olbrzymie typu myeloplaksów. Miejsce szpiku kostnego zajęła tkanka, składająca się z komórek wrzecionowatych. Tu i ówdzie widać krwiotoki. Beleczki kostne są grube i posiadają wąski rąbek kostawy. Torbiel miękka, która była w łączności z torbielą kostną, wykazuje w swej ścianie pas łącznotkankowy, w którym widać niekiedy komórki olbrzymie, leżące w świetle naczynia krwionośnego włoskowatego. Warstwa wewnętrzna ściany składa się z delikatnej siateczki łącznotkankowej i gęsto obok siebie leżących naczyń krwionośnych włoskowatych. Przytem widać komórki olbrzymie powstałe z plazmatocytów z wyraźnemi, szprychowatemi jądrami. Po barwieniu Sudanem III widać szczeliny wypełnione igłami cholesteryny i ziarenka, dające dodatni odczyn na tłuszcz, leżące w plazmatocytach i w komórkach olbrzymich.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Zeyland, Dr. Dega, Dr. Krotowski.

5) Prof. L. Skubiszewski wygłasza odczyt p. t. *„Polyserositis"*. Podczas badań sekcyjnych spostrzega się niejednokrotnie zrosty w opłucnej, w jamie brzusznej, zgrubienie i zmleczenie na osierdziu, nasierdziu i w obrębie opon miękkich. Głębsze zastanowienie się nad temi zmianami, stwierdzenie faktu jednoczesnego występowania tych zmian we wszystkich błonach surowiczych, chociaż o różnym stopniu nasilenia, zniewala do omówienia ogólnego tła dla powstania tych zmian, które noszą miano *„polyserositis"*.

Dla zrozumienia omawianych zmian (opłucna, worek sercowy, jama brzuszna) Rindfleisch zaleca uważać „jamę surowiczą" jako przestrzeń wewnętrzną lub jako „szparę tkanki łącznej", która jest w nieprzerwanym związku z tkanką łączną podścieliskową wszystkich narządów. To też anatomiczne stosunki pozwalają wnioskować, iż błony surowicze mogą brać i biorą udział może we wszystkich zmianach, które rozgrywają się w tkance łącznej podścieliskowej narządów. Zmiany o charakterze zrostów, szczególnie w jamie brzusznej, częstokroć nie odpowiadają ciężkości cierpienia, powodującego te zrosty, a niekiedy są wprost w odwrotnym stosunku. Zmiany te zazwyczaj należy traktować jako objaw widoczny tych anomalij konstytucyjnych, którym Borchardt dał nazwę *„status irritabilis"*. Stan ten może występować u niektórych osobników we wszystkich okresach życia, tylko w zmiennym obrazie, a naruszona zdolność odczynowa (Rosenbach, Kraus, Lubarsch) jest wyraźniejszym momentem dla powstawania zmian o charakterze *„polyserositis"*.

O zmianach w błonach można mówić dopiero wtedy, gdy spostrzega się zmętnienie lub też zgrubienia. Stopień zmian może być różny: od delikatnych ledwie dostrzegalnych zmętnień do bliznowatych zgrubień lub twardych i zbitych zrostów.

Zestawiając dane kliniczne (zbadano ogółem 12 przypadków) można dojść do wniosku, że nietylko lekkie, ale i rozległe postacie zrostowe, mogą nie dawać o sobie znać za życia, lub zaznaczają się w postaci lekkiego uczucia bólu brzucha, piersi, głowy, a z drugiej strony nieznaczne zrosty mogą wywołać ciężkie objawy.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Tuszewski, Dr. Winter, Dr. Zeyland, Prof. Skubiszewski.

(—) *J. Zeyland,* sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Oddział Stomatologiczny otwarty został przy Szpitalu Szkoły podchorążych sanitarnych w Warszawie (d. Szpital Ujazdowski). Na kierownika powołano pułk. lek. d-ra Władysława Ostaszewskiego, b. kierownika Ambulatorjum dentystycznego Szpitala Wojsk. przy ul. Zakroczymskiej.

Nowy Komisarz Rządowy w Kasie Chorych. W poniedziałek, dnia 27. V., objął urzędowanie nowy Komisarz Rządowy w warszawskiej Kasie Chorych, p. Kazimierz Rożnowski, któremu dotychczasowy Komisarz, dr. Biebartowski, zdał tegoż dnia sprawy.

VII. Zjazd Powszechny Towarzystwa Higjenistów Polskich. W Warszawskiem Towarzystwie Higjenicznem odbyło się drugie posiedzenie Komitetu Organizacyjnego VII. Zjazdu Powszechnego Higjenistów Polskich, z prezesem W. T. H. dr. Witosławem Dąbrowskim na czele. Zjazd tegoroczny odbędzie się w Inowrocławiu i poświęcony będzie całkowicie sprawom zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Ustalono, że Zjazd będzie odbywał się w dniach 4 i 5 września r. b. W dniach 2 i 3 września uczestnicy Zjazdu będą mogli wziąć udział w wykładach, jakie odbywać się będą w Ciechocinku i dokładnie zwiedzić to zdrojowisko.

Po zakończeniu obrad zjazdowych w Inowrocławiu prof. poznańskiego Uniwersytetu dr. med. Gantkowski organizuje w dniu 6 września wycieczkę do Poznania na Powszechną Wystawę Krajową(oraz inne wycieczki do pobliskich historycznych miejscowości (Kruszwica, Gopło i t. d.). Uczestnicy Zjazdu będą korzystali z wielu ułatwień nader cennych w okresie ogromnego przeludnienia Poznania przez zwiedzających Wystawę. Wreszcie w porozumieniu z W. T. H.,jako inicjatorem Zjazdu w Inowrocławiu ustalono, że Zjazd Lekarzy Sanitarnych z okazji 10-lecia Niepodległości Państwa Polskiego odbędzie się w Poznaniu bezpośrednio potem, t. j. 7 i 8 września. W taki sposób w okresie 7 do 10 dni uczestnicy VII. Powszechnego Zjazdu Higjenistów Polskich i referenci będą mogli wziąć udział w dwóch innych Zjazdach, bezpośrednio po sobie następujących.

Jeden z referatów głównych zaakceptowanych przez Komitet Organizacyjny wygłosi prof. Gantkowski, który zobrazuje bogactwo, jakie Polska posiada w swych zdrojowiskach, drugi b. minister dr. W. Chodźko, na temat popularyzacji i udostępnienia leczenia uzdrowiskowego szerokich warstw.

W dniu 24 maja pod przewodnictwem p. Jankowskiego, prezydenta m. Inowrocławia, który jest właścicielem zdrojowiska, odbyło się posiedzenie miejscowego Komitetu gospodarczego, z udziałem prof. Gantkowskiego i Prezesa W. T. H. dr. W. Dąbrowskiego. Zjazd odbędzie się w dniach 4 i 5 września r. b., a w dniu 3 września uczestnicy Zjazdu będą mogli wziąć udział w kursach lekarskich odbywających się w Ciechocinku i zapoznać się dokładnie z tem zdrojowiskiem oraz inwestycjami dokonanemi w Ciechocinku. Aby organizatorzy Kursów mogli wiedzieć na ile osób mogą liczyć, pożądane jest wcześniejsze zapisywanie się na uczestników Zjazdu, z wyrażeniem życzenia uczestniczenia w Kursach. Bezpośrednio po zakończeniu obrad zjazdowych odbędzie się w dniu 6 września wycieczka do kilku miejscowości historycznych jako to: Gniezno, Kruszwica i t. d., którą zorganizuje Komitet. W dniu 7 września nastąpi wyjazd do Poznania, gdzie uczestnicy Zjazdu zwiedzą Wystawę, lub wezmą udział w Zjeździe lekarzy sanitarnych, który odbędzie się 7 i 8 września b. r. Omawiano także sprawę urządzenia pokazu przetworów farmaceutycznych, sprzętów kanalizacyjnych, kąpielowych i t. p., służących do użytku zdrojowisk. Pożądane jaknajliczniejsze zgłaszanie referatów w sprawie dotyczących zdrojowisk i uzdrowisk polskich, których termin składania wyznaczono na 15 lipca, gdyż referaty te w przedzjazdowym numerze „Zdrowia“ będą w całości, lub w streszczeniu wydrukowane.

Władysław Stankiewicz, nestor chirurgów warszawskich, były lekarz naczelny szpitala Ewangelickiego zmarł w Warszawie.

Przegląd Sportowo-Lekarski, kwartalnik, poświęcony fizjologji, patologji i higjenie sportu, wychowaniu fizycznemu i pracy — pod redakcją Doc. G. Szulca, ppłk. lek. i Dra W. Missiuro, mjr. lek. Nr. 1, zawierający, oprócz słowa wstępnego od redakcji, 7 artykułów oryginalnych sprawozdania, streszczenia, bibljografję i kronikę, przedstawia się okazale i interesująco.

Lwów.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że Polski Klub Turystyczny w Warszawie, Al. Jerozolimskie 39, ogłasza dwie wycieczki: jednę do Rzymu przez Czechosłowację i Austrję 8 — 29 sierpnia 1929, drugą na wystawę wszechświatową w Barcelonie przez Paryż i Italję 8 — 29 września 1929.

Z Izby Lekarskiej Lwowskiej. Koło Lekarzy w Truskawcu złożyło 275 zł na fundusz dla wdów i sierót po lekarzach zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Tadeusza Praschila. Za ofiarność tę składam Kołu, Imieniem Zarządu Izby, szczere podziękowanie. *Nowicki,* naczelnik Izby.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIX Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 21 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Szurek: „Pokaz anatomo-patologiczny“; — 2) Kol. H. Hilarowicz: „Wrzód trawienny jelita czczego (pokaz)“; Amputatio interscapulothoracalis (pokaz); — 3) Kol. K. Węckowski: „Rad w lecznictwie nowoczesnem“ (referat). W dyskusji zabierali głos kol.: Schramm, Naróg, Serbeński, Dobrzański.

Spółka Wydawnicza Lekarska we Lwowie, której staraniem i nakładem wychodzi „Polska Gazeta Lekarska“, uchwaliła na swem Walnem Zebraniu, odbytem w dniu 16 czerwca b. r. we Lwowie wydzielić ze swych przychodów z roku 1928 kwotę 600 zł na rzecz wdów i sierót po lekarzach, prenumeratorach „Polskiej Gazety Lekarskiej“. Rozdziałem tych zapomóg zajmą się w swoim czasie Miejscowe Komitety Redakcyjne w Krakowie, Lwowie, Łodzi i Warszawie.

Wolne posady lekarskie. Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości ogłoszenie konkursu na stanowiska lekarzy powiatowych w Kamieniu Koszyrskim i Stolinie z wynagrodzeniem według VIII względnie VII st. sł.

Podania należy wnosić do Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego w Brześciu n./B. najpóźniej do 15 lipca 1929.

Bliższych informacyj udziela Lwowska Izba Lekarska.

Poznań.

Docent Dr. Jan Bajoński z Poznania otrzymał nagrodę Imienia Dr. L. Konica w wysokości 670,— zł za pracę p. t.: „Badania bakterjologiczne pochwy w porodzie i w połogu, z uwzględnieniem paciorkowców, gronkowców, prątków okrężnicy i laseczek pochwowych“.

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Lekarzy i Działaczy Samorządowych. Komunikat. Dnia 7—8 września r. b. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych. Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Panów Lekarzy, Działaczy Samorządowych i Społecznych pracujących w dziedzinie zdrowotności publicznej, o jaknajliczniejszy udział w Zjeździe, którego charakter ze względu na przypadający okres pierwszego dziesięciolecia Niepodległości Polskiej powinien stać się wyrazem postępów poczynionych na polu zdrowia publicznego w miastach polskich i dać wytyczne pracy na przyszłość.

Program Zjazdu jest następujący:

Dnia 7-go września, sobota, godz. 10-ta. Otwarcie Zjazdu. - Godz. 10-ta do 14-tej: Referat „Organizacja i zakres działania samorządowej służby zdrowia w miastach polskich“. Referent: Dr. Kacprzak Marcin, Kierownik Działu Epidemjologiczno-Statystycznego Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie. Korreferaty: „Stan sanitarno-porządkowy miast polskich“. Korreferent: Inż. Rudolf Zygmunt (Departament Służby Zdrowia w Warszawie M. S. W.). Korreferat: „Sprawy medycyny zapobiegawczej w miastach polskich“. Korreferent: Dr. Czesław Wroczyński (Naczelny Lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy). — Godz. 21-sza Raut w Ratuszu wydany przez Prezydenta Miasta.

Dnia 8-go września, niedziela. Godz. 9-ta — 14-ta. I. Referat: „Współdziałanie opieki społecznej z działalnością służby zdrowia“. Referent: P. Wilczyński (Naczelnik Wydz. Opieki Społecznej w Województwie Poznańskim). Korreferent: Dr. Margolis Aleksander (Łódź) Przewodniczący Wydziału Zdrowia Magistratu m. Łodzi. II. Referat: „Stan budownictwa szpitalnego w niepodległej Polsce i sprawy szpitali na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa w Ameryce“. Korreferat: „Walka z zakażeniami wewnątrz szpitalnemi w związku z organizacją i budową szpitali“. Korreferent: Profesor Dr. Szenajch Władysław (Naczelny Lekarz Szpitala Karola i Marji w Warszawie).

Po południu zwiedzanie Wystawy Powszechnej Krajowej i zwiedzanie autobusami urządzeń sanitarnych miejskich.

Godz. 12-ta: Przedstawienie w Operze (bilety bezpłatne).

Uwaga: Uczestnictwo w Zjeździe należy zgłosić do dnia 1-go września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dra Tadeusza Szulca (adres: Poznań-Ratusz). Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł. może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania.

W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów.

X Zebranie Wydziału Lekarskiego P. P. N. odbyło się w piątek, dnia 21 czerwca 1929 r. o godzinie 8,15 wieczorem w sali wykładowej II Kliniki Wewnętrznej (Szpital Miejski, II p.). Porządek obrad: 1) Komunikaty Zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Dr. R. Płotkowiakówna: „Przemiana materji w przebiegu niedokrwistości złośliwej“. — 4) Prof. W. Jezierski: Aurosan w gruźlicy doświadczalnej. — 5) Dr. A. K. Werner: Przemiana podstawowa w gruźlicy płuc.

Z kraju.

Kursy kształcące Związku Uzdrowisk Polskich. Związek uzdrowisk polskich w Warszawie, (Aleja Szucha 8/1), zorganizował pierwsze korespondencyjne kursy dla pro-

wadzących hotele i pensjonaty, pod kierownictwem dyrektora Związku J. St. Szczerbińskiego. Wykłady prowadzą profesorki państwowego seminarjum nauczycielek gospodarstwa domowego w Warszawie. Treść wykładów obejmuje wszystkie zagadnienia, związane z organizacją i prowadzeniem hoteli i pensjonatów. Wykłady rozpoczęły się dnia 25 kwietnia i trwać będą do 1 lipca. Uczestnicy kursu, którzy dzielą się na zwyczajnych i nadzwyczajnych, opłacają należność w wysokości 50 lub 60 złotych, a po ukończeniu kursu otrzymują specjalne zaświadczenie. Ze względu na duże korzyści praktyczne, kursy winny znaleźć jak najżywsze poparcie właściciele hoteli i pensjonatów.

Nowe Instytuty Balneologiczne w Zdrojowiskach niemieckich. Zeitschrift f. w. Balneologie 1929. Zeszyt 9 donosi: Zaprojektowany w r. 1925 Instytut medyczny dla badań naukowych, poświęcono i otwarto w Nauheimie dnia 11 maja b. r. W uroczystości wzięli udział Prezydent Hessji, hescy ministrowie skarbu i spraw wewnętrznych, przedstawiciele władz, nauki lekarskiej i prasy. Instytut, wzniesiony kosztem blisko pół miljona marek imponuje wprost swojemi urządzeniami. Kierownictwo Instytutu objął profesor dr. Weber.

Drugi podobny, tylko skromniejszy, instytut powstał w zdrojowisku Salzuflen. Kieruje nim b. asystent klinik w berlińskiej Charité i w Erlandzie Dr. A. Benatt.

W sprawie ulg paszportowych. Wydziały Lekarskie Uniwersytetów Polskich uchwaliły na Komisji Międzywydziałowej, której Zjazd odbył się w Warszawie w dniach 28 i 29 października 1928 roku, co następuje:

Wobec grożącego przepełnienia w zawodzie lekarskim i wobec tego, że 5 Wydziałów Lekarskich w Polsce nadaje rocznie dyplomy około 500 młodym lekarzom, co wystarcza zupełnie na obecne potrzeby ludności w Polsce, staje się wyjazd dość licznej młodzieży zagranicę dla studjów lekarskich nietylko nie potrzebny dla państwa, ale nawet szkodliwy, specjalnie dla interesów zawodu Lekarskiego w Państwie Polskiem. Do owych 500 dyplomów wydawanych rocznie w Wydziałach Lekarskich Uniwersytetów Polskich dołączać trzeba około 100 uprawnień dla nostryfikantów, którzy nostryfikują dyplomy swoje na uniwersytetach zagranicznych.

Obecnie (koniec r. 1928) żyje w Polsce około 9.000 lekarzy; liczba zupełnie wystarczająca dla Polski. Jeżeli bowiem odczuwa się może jeszcze brak lekarzy w niektórych okolicach, to zato w innych istnieje ich nadmiar. Pięćset dyplomów lekarskich rocznie wydawane przez Wydziały Lekarskie polskie, nietylko zapełnią wszystkie braki powstałe przez naturalny ubytek coroczny lekarzy, ale przyczyniać się będzie jeszcze długo do stałego zwiększenia się liczby lekarzy. Rocznie bowiem umiera obecnie w Polsce około 350 lekarzy.

Wobec tego Wydziały Lekarskie zwracają się do Naczelnej Izby Lekarskiej w Państwie Polskiem, aby Izby uczyniły, co jest w ich mocy w celu odwrócenia napływu młodzieży na studja lekarskie, a w szczególności w celu powstrzymania młodzieży od wyjazdu na studja lekarskie. Dziekan (—) *R. Nitsch.*

Ze świata.

Fundacja przyjaciół J. A. Sicarda. Przyjaciele, koledzy i uczniowie zmarłego niedawno w Paryżu profesora Sicarda postanowili umieścić jego podobiznę w płaskorzeźbie w sali szpitala Necker, w której ordynował. Obok tego zamierzają oni zebrać kapitał pod nazwą fundacji przyjaciół J. A. Sicarda, z którego to kapitału odsetki będą stanowiły zapomogę bądź na badania laboratoryjne, bądź ogłoszenie wyników tych badań. O zapomogę ubiegać się będą mogli wszyscy bez różnicy stanowisk i narodowości. Jedynym warunkiem będzie żądanie, aby badania dotyczyły fizjo-patologji lub leczenia chorób układu nerwowego albo zagadnienia ogólno-biologicznego.

Projektodawcy zwracają się do wszystkich, którym zależy na uczczeniu pamięci wielkiego lekarza i uczonego, o udział w tem przedsięwzięciu. Każdy subskrybent otrzyma reprodukcję podobizny Sicarda. Wkłady wysyłać należy pod adresem: M. M. Masson et Cie. Trésories, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris (6-e). Uczestnicy zagraniczni mogą wnosić swoje wkłady na ręce członków Komitetu swojego kraju. Członkiem Komitetu na Polskę jest kol. Edward Flatau, Chmielna 60, Warszawa.

XX Francuski Kongres Medyczny odbędzie się w Montpellier w czasie od 15 do 19 października 1929 roku. Tematami głównemi Kongresu będą sprawy: 1) Etjologji, patogenezy i fizjologji patologicznej płonicy. 2) Hypotenzji tętniczej. 3) Leczenie syndromów niedokrwistości. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego Kongresu udziela profesor Rimbaud, sekretarz generalny Kongresu, 1, rue Levat, Montpellier.

Doktorat farmacji na Wydziale farmaceutycznym w Nancy otrzymał p. Stanisław Klawe, prezes Tow. Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego dawniej Mag. Klawe S. A. w Warszawie w dniu 8 czerwca b. r. po obronie tezy: Contribution a l'étude des drogues végétales pulvérisées.

Według postanowienia bawarskiej Izby Lekarskiej okręgowy związek lekarzy wybrał 24 lekarzy, którzy mają prawo orzekać w sprawach sztucznego poronienia. Tyczy się to postanowienie i pacjentek prywatnych. Lekarz, uważający za wskazane dokonanie poronienia, wybiera z pośród owych wybranych lekarzy jednego internistę i jednego specjalistę i zwraca się do związku z wnioskiem o zbadanie chorej, zarządzając przy tem opis choroby. O ile obaj rzeczoznawcy wypowiadają tę samą opinję — sprawa jest jasna. W razie rozbieżności zdań decyduje ostatecznie ekspert, również wybierany przez ogólne zebranie. Przypadek odrzucony może być powtórnie badany w razie wysunięcia nowych motywów, ale przez tych samych rzeczoznawców. Wszystkie propozycje co do dokonania poronienia i decyzje komisji są przechowywane w Związku. Specjalne urządzenie kartotek umożliwia wykorzystanie materjału w celach naukowych bez uwidocznienia nazwisk pacjentek. Żaden z członków komisji nie może brać udziału w leczeniu ciężarnej przed lub w czasie poronienia, nie może wykonywać nawet zdjęć rentgenowskich, ani uśpienia chorej. Honorarjum za badanie skierowuje się do Związku, który po pewnym czasie postanawia, jak zużytkować te pieniądze.

Nr. 11 dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi wiadomości z dziedziny badań nad egocentryzmem mowy u małych dzieci pióra M. Jacynówny, artykuł „Nie wolno“ W. Borudzkiej, analizujący szkodliwość nieumotywowanych zakazów oraz zagadnienie racjonalnych urządzeń opiekuńczych dla dzieci w pensjonatach M. Dobrowolskiej. Dalej M. Sopoćkowa pisze o wycinankach, Dr. Marja Kłosińska „O kąpielach słonecznych, powietrznych i rzecznych“. M. Morzkowska „O rozłożeniu i przygotowaniu posiłków w okresie niemowlęctwa“, Dr. P. Gleich „Jak zapobiegać płonicy“. W dziale „Matki między sobą poddane są dyskusji sprawy: chronienia dzieci od zarazków, hartowania i odzwyczajania od smoczka.

Numer uzupełnia bogaty wybór ubranek i mebelków dziecinnych, a także starannie prowadzony dział porad higjenicznych i djetetycznych.

Sprostowanie.

W Nr. 24-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej“ na stronie 468, szpalta druga, wiersz 10-ty od dołu w tytule pracy Dra Jana Offenberga zamiast „świetlnym“ ma być „kloacznym“.

Zmarli.

Ś. p. Dr. Tadeusz Praschil, długoletni, bardzo wzięty lekarz zdrojowy w Truskawcu zmarł tamże nagle w dniu 17 czerwca b. r.

Redakcja otrzymała:

Ch. Achard: „Les maladies typhoides“ Etudes cliniques, pathologiques et thérapeutiques. Masson et Cie. Paris 1929.

E. Rist: Qu'est ce que la médicine?“ Suivi de six autres essais. Masson et Cie. Paris 1929.

Z. Bychowski: „Ludwik Maurycy Hirszfeld, profesor anatomji (1814—1876 r.)“. Odb. z Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego Nr. 16—18 z r. 1929.

Le Monde Médical, numéro 749, 1-er juin 1929.

Revue internationale de médecine profesionelle et sociale, 2-e année nr. 3 et 4.

C. Roedcier: „Orthopédie tuberculoses chirurgicales“. Doin et Cie Paris 1929.

B. Porak: „Les syndromes endocrines“. G. Doin et Cie Paris 1929 r.

J. Leyberg: „Uwagi w sprawie endoskopji cewki przedniej w przewlekającej się i przewlekłej rzeżączce“. Odb. z Przeglądu Dermatologicznego, nr. 2, z r. 1929.

Edw. Bruner: „Na marginesie spraw zawodowych“. Odb. z Polskiego Przeglądu Radjologicznego, tom IV, zeszyt 1, rok 1929.

Nr. 28. 14. lipca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Jubileuszowy Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich.

Pięćdziesięciolecie Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich przypadło, jak wiele innych pamiątkowych rocznic, na czasy trudne i niepewne, gdy Państwu Polskiemu, zaledwie odrodzonemu, zaledwie dźwigającemu się do nowego życia, zagroziła wraża nawała od wschodu. Nad wszystkiem górowało wtedy zadanie najżywotniejsze, sprawa niezawisłego bytu; na nic innego nie mogło być ani sił, ani pamięci. Na przegląd powojennego dorobku nauk przyrodniczych i medycyny w Polsce nadeszła chwila sposobna dopiero lat temu cztery, gdy nauka polska poczęła już znowu zapełniać szczerby w swej pracy.

Odtąd, od Warszawskiego Zjazdu w r. 1925, pamiętnego niebywałą liczbą uczestników, obfitością plonów, ale przedewszystkiem tem, że był to pierwszy Zjazd w Polsce **wolnej**, *— we wszystkich działach wiedzy przyrodniczej i lekarskiej coraz szybsze są nasze postępy, coraz liczniejsi pracownicy, coraz poważniejsze wyniki. W sam czas nadchodzi ponowny Zjazd we wrześniu bieżącego roku w Wilnie, który prace czterech ostatnich lat zesumuje i powiąże w całość, a niejednej z nich wytyczy drogę na przyszłość; może też już bezpośrednio udowodni potrzebę częstszych, niż dotąd, Zjazdów ogólnych.*

Ale nietylko za cztery lata ostatnie ma Zjazd wileński zrobić obrachunek Będzie on bowiem chwilą odpowiednią, by obejrzeć się wtecz na całe Zjazdów dzieło i zamknąć pierwszy okres ich historji. Mija właśnie lat sześćdziesiąt od daty, gdy przyrodnicy i lekarze polscy poraz pierwszy zebrali się do wspólnej pracy w Krakowie. Jubileusz jej, którego przed dziesięciu laty nie można było obchodzić, zbiega się z dziesięcioleciem odrodzonej Polski i z 350 rocznicą założenia Uniwersytetu Stefana Batorego. Zjazd wileński będzie miał wszelkie prawo do jubileuszowej uroczystości. Któż z polskich przyrodników i lekarzy nie chciałby uczestniczyć w tem święcie, święcie tem radośniejszem, że Wilno, nad którem najdawniej zaciążyła brutalna pięść najeźdźcy, które przez to nigdy jeszcze — jedyne z polskich stolic — nie mogło gościć wielkiego naukowego zebrania, nareszcie Zjazd nasz przyjmie w swe mury?!

Zjazd wileński zakończy ten okres, w którym Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich musiały spajanie trzech zaborów stawiać bodaj na równi z innemi swemi zadaniami i ten swój cel wyraźnie i uroczyście podkreślać. Ale zarazem ma Zjazd wileński rozpocząć okres nowy, w którym Zjazdy stracą na zewnętrznym blasku, pogłębiając w zamian swą pracę i wiodąc ją wyłącznie na te tory, jakie są właściwem przeznaczeniem Zjazdów naukowych. Udowodnić zrozumienie tej konieczności i położyć podwaliny do przyszłego rozwoju Zjazdów w tym kierunku, możemy tylko przez udział w Zjeździe liczny i naukowy prawdziwie czynny.

CIECHANOWSKI
przewodniczący Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.

PRACE ORYGINALNE.

Prymarjusz Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

W sprawie przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zastanawiając się wielokrotnie nad wartością i znaczeniem przepłukiwań macicy po jej wyłyżeczkowaniu, doszedłem do pewnych wniosków, które rzucają na tę sprawę nieco odmienne światło od tego w jakiem dotychczas przeważnie przywykliśmy ją widzieć. Rozważania moje nasunęły mi mianowicie tak wiele wątpliwości dotyczących wartości przepłukiwania macicy w tych wypadkach, że nabrałem przekonania, iż zabieg ten połączony jest nietylko ze znikomemi korzyściami dla chorej, lecz ponadto nie jest on dla niej nawet w wielu razach obojętny. Kryje on bowiem w sobie cały szereg niebezpieczeństw, które jak to z poniższych wywodów się okaże, mimo najstaranniejszej uwagi operującego lekarza mogą się stać przyczyną powikłań powodujących zejście śmiertelne. Celem wyjaśnienia, na podstawie jakich danych doszedłem do tych zapatrywań, pozwolę sobie poniżej przedstawić tok moich rozumowań. Treść ich stanowiło zestawienie i porównanie korzyści, oraz niebezpieczeństw związanych z przepłukiwaniem macicy po wyłyżeczkowaniu, wreszcie rozpatrzenie warunków i wskazań do tego zabiegu.

Zwolennicy przepłukiwania macicy w każdym wypadku po wyłyżeczkowaniu twierdzą, że uskuteczniają zabieg ten dla trzech powodów: 1) aby odkazić wnętrze macicy, 2) aby wypłukać z wnętrza trzonu resztki jaja, 3) aby zapobiec ewentualnemu krwawieniu. Zastanówmy się więc krytycznie nad temi korzyściami przepłukiwania i rozważmy przedewszystkiem 1) czy warunki i wskazania do niego istnieją w każdym bezwzględnie przypadku wyłyżeczkowania, a temsamem, czy przepłukiwanie macicy po każdym bez wyjątku wyłyżeczkowaniu jest należycie uzasadnione, dalej 2) czy nawet przy istniejących wskazaniach, względy techniczne, wynikłe z natury samego zabiegu i ze sposobu jego wykonywania pozwalają na uzyskanie wymienionych powyżej korzystnych wyników.

Na pierwsze z postawionych pytań odpowiedź nie jest wcale trudną. Nie ulega bowiem dla mnie najmniejszej wątpliwości, że w przeważnej liczbie wyłyżeczkowań nie spotykamy się z warunkami, któreby uzasadniały przepłukiwanie macicy. Naprzykład odnośnie do wyjałowienia jej wnętrza, nadmienić należy, że przepłukiwanie w tym celu mogłoby znaleść zastosowanie tylko w przypadkach w których mamy do czynienia z zakażonem wnętrzem macicy (zakażone poronienia) gdyż w tych jedynie tylko należałoby wnętrze to odkazić. Takich zaś spostrzegaliśmy u mnie na oddziele na ogólną sumę wyłyżeczkowań, wynoszącą 1446, zaledwo 266. Dotyczyły one wszystkie poronień gorączkujących. Lecz pozatem istnieje jednak przecież cały szereg przypadków w których wnętrze macicy jest w zasadzie jałowe (czyste wyłyżeczkowania ginekologiczne, niezakażone poronienia, przerwania ciąży) w których nawet w czasie zabiegu nie powinno ono ulec zakażeniu, o ile, rzecz jasna, operujemy w myśl zasad nowoczesnej chirurgji, zupełnie jałowo. W tych to ostatnich, przepłukiwanie macicy, celem wyjałowienia jej wnętrza, nie znajduje zupełnie logicznego uzasadnienia.

Podobnie przedstawia się sprawa przepłukiwań wnętrza macicy z przyczyn mających na celu usunięcie czy to resztek jaja, czy też kawałków błony śluzowej lub nowotworów, oraz w wypadkach w których chodzi o zahamowanie ewentualnego krwawienia. Z pierwszą z nich nie powinniśmy się wogóle liczyć a to z tego względu, bo należy zasadniczo wydobyć na zewnątrz doszczętnie łyżeczką lub w pewnych razach palcem, wszystkie cząstki oddzielone od wnętrza ściany macicy, wobec czego nie powinna zachodzić więcej potrzeba usuwania ich prądem przepływającego płynu. Z przypadkami krwawień zaś, któreby uzasadniały przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu w celu zahamowania krwotoku spotykamy się też niezmiernie rzadko. Zabieg ten bowiem może w zasadzie odnieść skutek tylko przy krwawieniach, powstałych na tle niedowładu mięśnia macicznego a z temi w zajmujących nas okolicznościach mamy do czynienia przeważnie tylko przy przerwaniu ciąży. Jednak i w tych warunkach powstałe, omawiane rodzaje krwawień we wczesnych miesiacach ciąży, w których wyłyżeczkowanie znajduje zastosowanie, należą do wyjątkowych. Wogóle zaś z obydwoma ostatnio wspomnianemi przyczynami tłumaczącemi zastosowanie przepłukiwania macicy spotykamy się nie często. Na dowód tego niech służy fakt, że o ile jeszcze w stosunkowo nieznacznej ilości naszych przypadków mogło istnieć wskazanie do przepłukiwania wnętrza macicy po wyłyżeczkowaniu w celu ewentualnego jej odkażenia, to zaznaczyć muszę, że w żadnym z 1446-ciu nie stwierdziliśmy obecności warunków, któreby uzasadnić mogły przepłukiwanie dokonane w celu usunięcia resztek z wnętrza macicy, lub w celu zatamowania krwawienia.

Z powyższego więc wniosek, że w wielu przypadkach wyłyżeczkowania wogóle niema wskazania do przepłukiwania macicy, bo wykonywanie go w celu uzyskania czegoś, czego uzyskania właściwie w danym przypadku nie zachodzi potrzeba, nie można nazwać lekarskiem wskazaniem. Na skutek tego musimy twierdzić, że przepłukiwanie wnętrza macicy w każdym bezwzględnie przypadku po wyłyżeczkowaniu nie jest wskazane i jako takie nie powinno być bezkrytycznie w tych razach stosowane.

Zastanówmy się teraz z kolei rzeczy nad stroną techniczną przepłukiwania i starajmy się znaleść odpowiedź na drugie z postawionych pytań, czy można przy obecnej technice przepłukiwania wnętrza macicy uzyskać wspomniane wyniki i czy wykonywanie go nawet w wypadkach istniejących do niego wskazań jest na skutek tego celowe. Dla ułatwnienia zaś zrozumienia całej sprawy uzmysłowmy sobie przedewszystkiem w jaki zazwyczaj sposób wykonujemy przepłukiwania wnętrza macicy. Jak powszechnie wiadomo, przepłukiwanie macicy uskuteczniać się powinno przy pomocy koneweczki i cewnika macicznego, pozwalającego na swobodny odpływ wprowadzonego do wnętrza macicy płynu kanałem o kilku milimetrach średnicy, płynem o średniej ciepłocie, jałowym, obojętnym lub posiadającym własności bakterjobójcze w mniejszym lub większym stopniu, pod ciśnieniem słupa wody, równającego się 40 — 60 milimetrom rtęci. Powyższe jednak zasady nieraz z konieczności rzeczy, skutkiem warunków w jakich znajduje się lekarz na prowincji lub w domu prywatnym, nie zawsze są tak ściśle przestrzegane jakby to powinno mieć miejsce. Wynikiem tego jest, że posługujemy się koneweczką i płynem o względnej jałowości. Lecz pominąwszy już i te ostatnio wspomniane a dające się bezwzględnie uniknąć niedokładności rozważmy i zastanówmy się czy w przypadkach wymagających wyjałowienia wnętrza macicy a więc zakażonych, (przypadki poronień przebiegających z gorączką) możemy przy pomocy opisanego sposobu postępowania wnętrze macicy odkazić. Po głębszem namyśle dojść musimy do wniosku, że jest to z wielu względów niestety nie do przeprowadzenia.

Składa się na to cały szereg przyczyn rozmaitej natury. O niektórych najważniejszych pokrótce wspomnę. I tak nie do pomyślenia jest w pierwszym rzędzie to, aby płyn o tak słabych własnościach bakterjobójczych, jakiego zazwyczaj używamy do przepłukiwania macicy, mógł przez stosunkowo krótki przeciąg czasu w którym wywiera swoje działanie na wewnętrzną powierzchnię macicy spowodować jej wyjałowienie. Lecz nawet przyjąwszy, iż pomimo to odkażanie wnętrza macicy w tych warunkach mogłoby mieć pewne widoki, należy wziąść pod uwagę, że i inne jeszcze pozatem względy stoją temu na przeszkodzie. Przedewszystkiem zaś wyklucza możliwość wyjałowienia wnętrza macicy sama jej budowa anatomiczna, która powoduje, że powierzchnia ranna po wyłyżeczkowaniu nie przedstawia się jako jednolita, równa płaszczyzna, lecz pełna jest mniejszych lub większych zagłębień i zaułków, spowodowanych między innemi rozmieszczeniem całego szeregu gruczołów, które od jej powierzchni w głąb ściany mięsnej wnikają. Do tychto zaułków i zagłębień płyn użyty do przepłukiwania macicy ze względów fizycznych dostać się nie może, nie jest więc w stanie na umiejscowione i rozwijające się tamże już bardzo wcześnie, we wszystkich prawie zakażonych wypadkach zarazki, zadziałać niszcząco. Z tychże samych przyczyn nie może też unieszkodliwić drobnoustrojów, które wniknęły już z powierzchni rannej w głąb tkanek, z czem jak wiadomo powszechnie spotykamy się nierzadko, zwłaszcza w przypadkach poronień zakażonych, cechujących się dłuższym przebiegiem. Działanie więc bakterjobójcze płynu wprowadzonego do macicy ograniczyć się może w najlepszym razie, — lecz i to jest bardzo względne — do zarazków znajdujących się na samej powierzchni wnętrza macicy a nigdy nie dosięgnie tych, które wniknęły już w światło gruczołów lub w głębsze warstwy tkanek. Błędnem jest także przypuszczenie, aby prąd przepływającego przez macicę płynu mógł mechanicznie doszczętnie wypłukać drobnoustroje na zewnątrz, jest to bowiem nie do pomyślenia z wielu rozmaitych a chociażby już tylko z wyżej wspomnianych względów. Opierając się więc na wymienionych danych dochodzimy do wniosku, że przepłukiwanie macicy dokonane po wyłyżeczkowaniu dla odkaże-

nia jej wnętrza mija się w zupełności z celem, nie spełnia bowiem swego zadania, a co więcej przyczynić się może do tego, że jałowe wnętrze macicy w niektórych wypadkach właśnie w czasie i skutkiem tego zabiegu ulegnie zakażeniu, lub też zarazki umiejscowione na pewnej ograniczonej jego przestrzeni, rozsiane zostaną mechanicznie prądem płynu na całą ranną powierzchnię.

Nie mniejszą także wagę i znaczenie posiada dla sprawy przepłukiwania wnętrza macicy po wyłyżeczkowaniu rozstrzygnięcie pytania, czy naprawdę przepłukiwaniem usunąć możemy resztki jaja, nowotworu lub błony śluzowej ze światła trzonu. Rzecz jasna i łatwo zrozumiała, że dotyczy to tylko resztek oddzielonych od ścian i wolno leżących w macicy. Części trzymające się jeszcze ściany trzonu wogóle siłą przepływającego prądu w czasie przepłukiwania nie mogą być od niej oderwane. Z cząstek zaś oddzielonych mogą wchodzić w rachubę tylko bardzo drobne a to ze względu na nieznaczną średnicę cewnika. Większe bowiem musiałyby światło jego zatkać i nie byłyby w stanie wydostać się wraz z płynem na zewnątrz. Takie jednak oddzielone od ściany macicy drobne kawałeczki nawet gdyby, co wątpliwe, pozostały we wnętrzu macicy, nie mogą, jak to doświadczenie kliniczne poucza wywrzeć w żadnym razie najmniejszego niekorzystnego wpływu na dalszy przebieg leczenia. Muszą one bowiem siłą faktu ulec w bardzo krótkim czasie rozpuszczeniu w macicy. Inaczejby się sprawa przedstawiała, gdyby można było przy pomocy przepłukiwania macicy wydalić z jej wnętrza duże, wolno w jej świetle leżące kawałki tkanek, które nie rozpuszczając się tak szybko jak drobne, mogłyby, pozostając przez dłuższy czas w macicy, stać się punktem wyjścia następowego zakażenia. Wtedy możnaby dopiero rozprawiać o tem, czy należy przepłukiwać macicę, celem usunięcia oddzielonych resztek. Lecz nawet i w tym wypadku, sądzę, że wszyscy zgodziliby się na to, iż lepiej i pewniej będzie usunąć cząstki te łyżeczką, niż narażać chorą na niepewny wynik przepłukiwania. Narazie jednak przy dzisiejszej technice tego zabiegu podniesione co dopiero pytanie, jest praktycznie rzecz biorąc zupełnie bezprzedmiotowe. Zanadto bowiem mała średnica odpływowego odcinka cewnika uniemożliwia bezwzględnie usunięcie większych kawałków prądem przepłukującego płynu. Te teoretyczne wywody znajdują swoje potwierdzenie i w codziennem spostrzeganiu klinicznem. Wystarczy tylko przyglądnąć się uważnie wykonywanemu przepłukiwaniu, aby przyznać słuszność powyższym, przez nas wielokrotnie stwierdzonym faktom. Wziąwszy więc pod uwagę te ostatnio przytoczone spostrzeżenia i wywody, musimy bezwzględnie dojść do wniosku, że przepłukiwanie macicy po wyłyżeczkowaniu celem usunięcia z jej światła oddzielonych od ściany resztek jest właściwie bezcelowe.

A teraz w dalszym ciągu zastanówmy się pokrótce nad tem, jaką wartość przedstawia przepłukiwanie macicy po wyłyżeczkowaniu, jako środek, stosowany przeciwko krwawieniu po zabiegu. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pod wpływem przepłukiwań możemy do pewnego stopnia w niektórych wypadkach zahamować krwawienie z macicy, powstałe na tle niedowładu jej mięśnia. Przyspiesza ono bowiem nierzadko obkurczenie się mięśnia a w następstwie tego i zamknięcie światła naczyń, biegnących w ścianie macicy. Zaznaczyć jednak należy, że ten właśnie rodzaj krwawienia po wyłyżeczkowaniu, jak to już zresztą wspomniałem, wydarza się nie tak często aby to umotywować mogło przepłukiwanie jej we wszystkich bezwzględnie przypadkach wyłyżeczkowania, a nawet gdyby i krwawienie takie wystąpiło, to jeszcze zastanowić się należy, czy zachodzi wogóle potrzeba uciekania się odrazu do tego zabiegu, jako środka tamującego krwawienie, bez mała najbardziej niebezpiecznego ze znanych i najmniej w skutkach pewnego, mając do rozporządzenia cały szereg środków farmakologicznych i mechanicznych (mięsienie) w użyciu prostszych a w wynikach skuteczniejszych. W wyjątkowych tylko przypadkach, gdyby ostatnio wspomniane metody lecznicze zawiodły można przy krwawieniach powstałych na tle niedowładu mięśnia, uciec się do przepłukiwania i to wtedy, zanim przystąpimy do bardziej radykalnego postępowania, jak np. tamponady macicy lub jej usunięcia drogą zabiegu pochwowego, albo brzusznego. Z tych kilku uwag wynika, że przepłukiwanie macicy, dokonane w każdym przypadku po wyłyżeczkowaniu w celu rzekomego zatamowania krwawienia z jej wnętrza nie jest zgoła potrzebne a uzasadnione zastosowanie znaleść może tylko w wyjątkowych razach. Wpływa ono bowiem korzystnie w zasadzie tylko na krwotoki powstałe na tle niedowładu mięśnia macicznego a te wydarzają się po wyłyżeczkowaniu stosunkowo bardzo rzadko i dotyczą zazwyczaj tylko macic ciężarnych, pozatem zaś przemawia przeciwko niemu i to, że w olbrzymim odsetku przypadków krwawienia te zwalczyć możemy mniej radykalnemi i o wiele mniej niebezpiecznemi środkami niż przepłukiwanie.

Po rozpatrzeniu rzekomych korzyści przepłukiwania macicy, dokonanego po wyłyżeczkowaniu przedstawię dla należytego ocenia jego wartości, także i niebezpieczeństwa, jakie z niego dla chorej wyniknąć mogą. Na pierwszem miejscu wymienić należy bezwarunkowo najgroźniejsze z nich, to znaczy przebicie macicy cewnikiem, które o tyle jest niebezpieczniejsze w swoich skutkach niż każde inne uszkodzenie ściany macicy, że do jamy brzusznej dostać się może w tych razach większa lub mniejsza ilość płynu, którym przepłukujemy macicę, nie zawsze jałowego a ponadto częstokroć drażniącego, lub nawet trującego. Nawiasem nadmienię, że ostatnio wspomniana możliwość wydarzyć się może także i w wypadkach dokonanego w czasie samego wyłyżeczkowania, a następowo przeoczonego, zupełnego przebicia macicy, o ile po zabiegu przepłukujemy jej wnętrze. Wreszcie nie należy zapominać i o tem, że płyn do wolnej jamy trzewnej przedostać się może z macicy w czasie przepłukiwania nietylko na skutek okaleczenia jej ścian, ale także i za pośrednictwem prawidłowych jajowodów. Przypadki takie są znane w odnośnem piśmiennictwie. Na szczęście nie należą one do zbyt częstych, ale, że się jednak wydarzają, poucza nas o tem nietylko spostrzeganie kliniczne, lecz i anatomja patologiczna. Przyczyny zaś tego ostatnio wspomnianego powikłania dopatrywać się należy poza niskiem ułożeniem tułowia, zazwyczaj także w zadużem ciśnieniu płynu doprowadzonego do wnętrza macicy. Chcąc zaś temu zapobiec, polecano posługiwać się w czasie przepłukiwania macicy cewnikami maciczemi, umożliwiającemi swobodny odpływ płynowi z jej wnętrza i doradzano płukać pod ciśnieniem niedużego słupa wody. Wspomnianych rodzajów cewników znamy całe szeregi, niezawsze jednak spełniają one należycie swoje zadanie i to nie na skutek swej wadliwej budowy, lecz raczej z innych przyczyn, które oświetliły dopiero właściwie badania ostatnich lat. Badania, które mam na myśli a których wyniki mieliśmy i my sposobność potwierdzić na naszym oddziele, wykazały, że przez jajowody do wnętrza jamy trzewnej może się dostać czy to gaz, czy płyn, wprowadzony do wnętrza macicy, stosunkowo już pod nieznacznem ciśnieniem (R u b i n). Wystarczy bowiem do tego, w niektórych przypadkach już nawet ciśnienie, nie przekraczające czterdziestu milimetrów rtęci. To zaś wytworzyć się może w czasie przepłukiwania macicy w jej wnętrzu bardzo łatwo, na skutek zamknięcia, nawet chwilowego, światła odpływowego odcinka cewnika (naprzykład skrzepem krwi). W takich to razach zanim nawet operujący lekarz spostrzeże ten wypadek już płyn na skutek wzmożonego ciśnienia w sprzyjających warunkach dostać się może drogą jajowodów do jamy brzusznej, powodując poważne powikłania chorobowe.

Z niebezpieczeństw, grożących chorej w czasie przepłukiwania macicy, wymienić pozatem należy możliwość zatoru powietrznego, spowodowanego przeoczeniem obecności baniek powietrznych umiejscowionych najczęściej w wężu gumowym, łączącym koneweczkę z cewnikiem, oraz niebezpieczeństwo zawleczenia i rozprzestrzenienia zarazków, znajdujących się w pewnych ograniczonych odcinkach dróg rodnych na całe okrwawione wnętrze macicy i wreszcie obawę zakażenia nie należycie wyjałowionym płynem, znajdującym się w niezawsze zasadom aseptyki odpowiawiadającej koneweczce.

Te wszystkie, poprzednio przytoczone wywody, przyczyniły się do tego, że zaniechałem przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu i spowodowały, że sprawą tą wogóle nieco bliżej się zająłem, badając dokładnie czy wysnute wnioski znajdą potwierdzenie w spostrzeganiu, statystyce i wynikach klinicznych. W tym też celu w 1446 przypadkach wyłyżeczkowań, przeprowadzonych z różnych przyczyn na oddziele nigdy nie przepłukiwaliśmy macicy, zwracając następowo szczególniejszą uwagę na przebieg chorobowy przypadku.

Poniższe zestawienie uwidacznia z jakich przyczyn wyłyżeczkowania dokonano i jakie uzyskano wyniki.

	Ilość	Gorączkujące	Niegorączkujące	Ciepłota spadła po zabiegu		Zmarło
				zaraz	w jakiś czas	
Wyłeżeczkow. ginek.	323	—	323	—	—	0
Przerwania ciąży	275	0	275	—	—	0
Poronienia	848	266	582	158	106	2

Jak z powyższego wynika na ogólną sumę 1446 przypadków wyłyżeczkowań, zaledwo w dwóch przyszło do zejścia śmiertelnego. Dotyczyły one chorych z poronieniem gorączkującem, przewlekłem u których na skutek pozostawienia resztek jaja i groź-

nych krwotoków musiano macicę opróżnić. Obie zgłosiły się na oddział z ciepłotami dochodzącemi do 40° C podając w wywiadach, że choroba trwa od dłuższego czasu. Przy badaniu przed wyłyżeczkowaniem nie stwierdzono u nich żadnych zmian zapalnych w przydatkach. Zmarły jedna w sześć, druga w osiem tygodni po zabiegu, jak sekcja wykazała na zakażenie ogólne. Wliczone one są do grupy gorączkujących przypadków, których liczba wynosi 266. Obejmuje ona chore z poronieniami gorączkującemi u których wykonano wyłyżeczkowanie przy mniej lub więcej podniesionej ogólnej ciepłocie ciała. W 158-miu przypadkach ciepłota ta spadła bezpowrotnie do normy natychmiast po zabiegu, w 106-ciu zaś ustąpiła dopiero z biegiem czasu. W żadnym z przypadków niegorączkujących, których liczba wynosiła ogółem 1180 nie zauważono po wyłyżeczkowaniu, pomimo pominięcia przepłukiwania macicy, nawet przejściowego jednorazowego podniesienia ciepłoty, bez względu na to czy były to wyłyżeczkowania dokonane z przyczyn ginekologicznych (liczba ich wynosi 323), czy przerwania ciąży (liczba ich wynosi 275), czy też poronienia (liczba ich wynosi 582).

Wyniki powyższe, jak to łatwo stwierdzić nie odbiegają wcale od wyników klinicystów, którzy przepłukują macicę w każdym wypadku po wyłyżeczkowaniu i upoważniają do wniosku, że przepłukiwanie macicy jest zabiegiem, który zupełnie śmiało, bez jakiejkolwiek szkody dla chorej możemy po wyłyżeczkowaniu zaniechać i to bez względu na to, czy mamy do czynienia z przypadkiem czystym, czy też zakażonym. Ogólnie zaś rzecz biorąc, jest to zabieg którym, jak z przytoczonych wywodów wynika, raczej więcej szkody niż korzyści przyczynić możemy i na skutek tego nie jest on też polecenia godnym.

Wnioski wysnute z moich badań i rozumowań, które powyżej omawiam, nie mogą być dla lekarza praktyka obojętne i przypuszczam, że wzbudzą one zainteresowanie ogółu, chociażby z tych względów, że przepłukiwanie macicy w każdym wypadku po wyłyżeczkowaniu jest u nas w powszechnem użyciu i że nie zawsze ocenia się krytycznie, w jakim właściwie celu zabieg ten się wykonuje, czy ma on wogóle teoretyczne lub praktyczne uzasadnienie i czy wyniki jego tłumaczą dostatecznie tak szerokie zastosowanie. Zdaję sobie jednak także zupełnie dobrze sprawę z tego, że wnioski te spotkają się i z pewną nieufnością zwłaszcza ze strony kolegów, którzy przez dłuższy przeciąg czasu nauczyli się stale i zawsze po każdem wyłyżeczkowaniu przepłukiwać macicę; lecz sądzę, że z jednej strony powyższe teoretyczne wywody a z drugiej strony duże doświadczenie kliniczne, oparte, jak z przytoczonego zestawienia widać na setkach przypadków wyłyżeczkowań, dokonanych z różnych przyczyn i w różnych warunkach przemówi do ich przekonania i skłoni do zaniechania posługiwania się przepłukiwaniem macicy, jako zabiegiem końcowym w każdym bezwzględnie przypadku wyłyżeczkowania.

Dr. Stanisław CHRZĄSZCZEWSKI, asyst. chemji lek. Lwów.
Dr. Stanisław LIEBHART, asyst. kliniki poł.-gin.

Problem leczenia upławów a stężenie jonów wodorowych pochwy.

Z Instytutu chemji lekarskiej Uniwersytetu J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. J. K. Parnas.
Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

I.

Problem upławów rozpatrywany ze stanowiska ściśle teoretycznego, a więc fizykalno-chemicznego, bakterjologicznego lub nawet hormonalnego jest działem ginekologji bardzo młodym, stawiającym do niedawna pierwsze kroki. Nie wdając się w roztrząsanie historji rozwoju tych badań, zaznaczyć musimy, że rozstrzygające dla tej kwestji znaczenie miały z jednej strony badania Mengego i Döderleina, zwłaszcza tego ostatniego, który dokładnie poznał i opisał normalną florę pochwy — z drugiej strony Zweifla, który pierwszy stwierdził kwaśne oddziaływanie wydzieliny pochwy.

Po poznaniu jakości flory i bio-chemizmu pochwy problem leczenia upławów zyskał odrazu szerokie teoretyczne podstawy.

Jako przyczyny upławów nieswoistych pochwy mogą wchodzić w rachubę 3 czynniki wzajemnie od siebie zależne i wzajemnie na siebie wpływające, a to: stan ściany pochwy, flora i wreszcie stopień kwasoty wydzieliny pochwy (Jaschke). Trudność całego zagadnienia polega na stwierdzeniu, który z trzech wyżej wymienionych czynników jest w danym przypadku tą pierwotną przyczyną, wywołującą upławy. Wiadomem jest bowiem, że jakiekolwiek uszkodzenia ściany pochwy mogą usposabiać do zmiany flory i stopnia kwasoty w kierunku patologicznym. Jednak równie dobrze pierwotnie zmieniona flora pochwy może prowadzić do następowych uszkodzeń ściany pochwy i zmiany stopnia kwasoty. A wreszcie i sama kwasota wystarcza w zupełności do zmienienia podłoża i wywołania upławów.

Wychodząc z powyższych rozważań teoretycznych, oddawna już w klinice naszej badamy u chorych przed rozpoczęciem leczenia upławów jakość błony śluzowej pochwy, stopień czystości i stężenie jonów wodorowych (pH).

Technika pobierania przez nas wydzieliny pochwy do oznaczenia stężenia jonów wodorowych ulegała w miarę doświadczeń pewnym modyfikacjom. Zaczęliśmy pobierać wydzielinę drogą przepłukiwania pochwy w wziernikach mlecznych wodą destylowaną.

Celem izolowania wydzieliny szyjki macicy, mającej jak wiadomo, oddziaływanie alkaliczne (pH = 8), wyjmowaliśmy ostrożnie czop śluzowy z szyjki, nadto osłanialiśmy ujście zewnętrzne części pochwowej wazeliną. Dla kontroli pobieraliśmy zawsze u tych samych chorych wydzielinę przy pomocy łyżeczki srebrnej metodą Zwolińskiego, nieco przez nas zmodyfikowaną. Modyfikacja polega na tem, że spłukiwaliśmy przy pomocy strzykawki treść z łyżeczki wodą destylowaną i w ten sposób odrazu mieszaliśmy i rozcieńczaliśmy pobraną wydzielinę.

Nadto rozcieńczaliśmy wydzielinę tylko 5-cio krotnie. Porównanie tych dwu metod wyszło, jak wskazuje załączona tablica, na korzyść tej ostatniej.

Wartość pH w treści pochwy uzyskanej przez:

przyp.	spłukanie	pobranie łyżką	różnica
1.	6,10	5,80	0,30
2.	6,00	5,00	1,00
3.	6,37	5.80	0,57
4.	6,00	5,70	0,30
5.	6,25	5,80	0,45
6.	6,79	6,10	0,69
7.	6,09	5,75	0,34
8.	6.30	5,80	0,50
9.	6,00	5,70	0,30
10.	5,80	5,65	0,15

Różnice w stężeniach wydzielin, pobranych przy pomocy opisanych obu metod wahały się od pH = 0,15 nawet do 1,0. Stąd wniosek, że pomimo wszelkich ostrożności wydzielina szyjki dostawała się przecież do pochwy czy to tuż przed osłonięciem ujścia zewnętrznego, czy to podczas wyjmowania czopa śluzowego, czy też wreszcie wskutek niekompletnego osłonięcia i opłukania silnym prądem wody i w ten sposób alkalizowała wydzielinę pochwy.

Pobraną i rozcieńczoną już treść sączono i w tak uzyskanym wodojasnym przesączu oznaczano stężenie jonów wodorowych metodą indykatorową, a później elektrometrycznie zapomocą elektrody chinhydronowej według Mozołowskiego i Parnasa[1]).

Do oznaczania brano trzy cm^3 przesączu, wysycano go chinhydronem, wlewano do eletrod złotych połączonych ze sobą łącznikiem agarowym z chlorkiem potasu, mierzono siłę eletrometryczną wytworzoną pomiędzy płynem badanym a kwasem solnym n/100 z dodatkiem chlorku potasu, którego wskaźnik wodorowy równał się 2,04.

Stężenie jonów wodorowych wyliczano ze wzoru $pH = 2{,}04 + E/0{,}0575$, w którym E oznacza siłę elektrobodźczą, zaś 0,0575 reprezentuje stałą Nernsta[2]). Metoda ta nadaje się specjalnie dobrze do tego rodzaju pomiarów z powodów następujących:

a) użycie elektrod Mozołowskiego i Parnasa wymaga bardzo drobnych ilości płynu, co jest rzeczą specjalnie korzystną ze względu na skąpą ilość uzyskanego materjału.

b) jako metoda elektrometryczna pozwala oznaczać stężenie jonów wodorowych z dokładnością drugiego miejsca dziesiętnego.

c) specjalnie dobrze nadaje się do pomiarów serjowych.

d) jest metodą najbardziej objektywną.

---

[1]) Biochemische Zeitschrift 26. I. 169. Zuz. 4/6.

[2]) N. Clark The determinations of Hydrogen. Jons — Baltimore, wyd. III. 1928.

Zaznaczyć należy, że szereg pomiarów wykonywaliśmy równocześnie obiema metodami a różnice jakie pomiędzy oznaczeniami występowały, dają się tylko odnieść do precyzji samej metody — jednak zasadniczo nie różniły się między sobą.

II.

Wiadomem jest, że u dziewic i u kobiet zupełnie zdrowych znajdujemy przeważnie I lub II stopień czystości pochwy, a w związku z nim wysoki stopień kwasoty wydzieliny pochwowej, wahający się w granicach od pH 4—5; nadto, że wyrazicielem normalnej flory pochwowej jest splotowiec Döderleina, który żyje i rozwija się w otoczeniu kwaśnem (tolerancja na kwasy do pH 3,6), że drobnoustrój ten wytwarza dla siebie odpowiednie warunki z podłoża przez przerabianie glikogenu, zawartego w ścianie pochwy na kwas mlekowy i że wreszcie drobnoustroje patogenne rozwijają się swobodnie w wydzielinie pochwy o wskaźniku wodorowym powyżej pH 5,5, a giną w wydzielinie o wskaźniku wodorowym poniżej pH 4,5.

Wychodząc z założenia, że normalne ustosunkowanie się flory pochwy zależy przedewszystkiem od jej podłoża i że podłoże to jest funkcją czynników fizyko-chemicznych, uważaliśmy za rzecz prawdopodobną, że w ślad za uzyskaniem zmiany podłoża nastąpi zmiana flory bakteryjnej i że w ogólności nastąpią warunki pod względem fizyko-chemicznym, biologicznym i klinicznym normalne. Naprawienie podłoża z punktu widzenia fizyko-chemicznego udać się może wtedy, gdy pochwę podda się działaniu związków chemicznych takich samych, o takiem stężeniu cząsteczkowem i o takiem stężeniu jonów wodorowych, jakie występują w pochwie zdrowej. Chodziło o to, by warunki te utrzymywać możliwie stale i niezmiennie. Leczenie dawniejsze roztworami kwasu mlekowego uwzględniało tylko dwa pierwsze warunki t. j.: istotę samego związku chemicznego oraz ewentualnie jego stężenie cząsteczkowe. Wobec tego należało złożyć układ, w którymby stężenie jonów wodorowych było stałe i nie zmieniało się pod wpływem dodania do tego układu czynników kwaśnych, czy też zasadowych, które właśnie grają rolę w patologji upławów. Tego rodzaju układy moderatowe składają się z kwasu słabego (n. p. kwasu węglowego, octowego lub też mlekowego) oraz jego soli. Dodanie do takiego układu kwasu lub zasady nie zmieni stężenia jonów wodorowych, tak jakby je zmieniło dodanie ich do czystej wody, lecz w stopniu niepomiernie mniejszym. Jeżeli do jednego litra roztworu, zawierającego 1 — molarne $Na\,H_2\,PO_4$ i $Na_2\,H\,PO_4$ w stosunku 1 : 1 dodamy pół mola HCl, to stężenie jonów wodorowych wzrośnie w tym płynie z $CH = 2 \times 10^{-7}$ do $CH = 6 \times 10^{-7}$, a więc 3-krotnie; dodanie zaś tego pół mola HCl do 1 litra wody destylowanej przesunie stężenie jonów wodorowych płynu z $CH = 10^{-7}$ do $CH = 5 \times 10^{-1}$, a więc 5 miljonów razy! Analogicznie dodanie 1 cm^3 0,01 N wodorotlenku do 1 litra wody destylowanej obniży stężenie jonów wodorowych z $CH = 10^{-7}$ do $CH = 10^{-9}$ natomiast ta sama ilość zasady dodana do litra roztworu, zawierającego fosforan sodowy pierwszo- i drugo- rzędowy w stosunku 1 : 2 o $CH = 4{,}4 \times 10^{-8}$ spowoduje obniżenie tylko do $4{,}33 \times 10^{-8}$, a więc minimalnie.

Wychodząc z powyższych założeń teoretycznych, sporządził jeden z nas (Chrząszczewski) wspólnie z Dr. Mozołowskim, adjunktem zakładu chemji lekarskiej U. J. K., moderator o wskaźniku wodorowym = 4, co przedstawia najwyższe stężenie jonów wodorowych w pochwie na podstawie zgodnych wyników badań Jaschkego, Gänsslego, Zwolińskiego i naszych. Moderator złożono z kwasu mlekowego i mleczanu — sodowego jako fizjologicznych składników pochwy w stosunku, określonym t. zw. równaniem Hendersona:

$$pH = pK + \log \frac{\text{stężenie kwasu mlekowego}}{\text{stężenie mleczanu sodowego}},$$

gdzie pK oznacza stałą dyssocjacji kwasu mlekowego, wynoszącą dla 25° C $1{,}38 \times 10^{-4}$. Pozatem w skład preparatu wchodzi barwik z grupy barwików Clarka i Lubsa t. zw. błękit bromo-fenolowy (czwórbromofenolsulfoftaleina), którego obecność jest sprawdzianem dokładnego sporządzania preparatu i właściwego stężenia jonów wodorowych. Zmiana zaś tego barwika ze stalowo-szarego w rozcieńczeniach większych, czerwonego w płynach bardziej stężonych (przy oddziaływaniu pH = 4) w kolor niebieski lub intensywnie niebieski pozwala lekarzowi-praktykowi z grubsza ocenić stopień kwasoty pochwy. O nieszkodliwości zaś tego związku świadczy fakt, że używa się go do badania czynnościowego nerek. Preparat ten w formie roztworu stężonego i gałek pochwowych jest wyrabiany przez firmę: Zakłady chemiczne Laokoon S. A. Lwów, pod nazwą „Acigen". Zakłady chemiczne Ch. Boeringer (Ingelheim) wyrabiają preparat moderatowy w płynie i w pastylkach o pH = 3,7 pod nazwą Normolactol. Inicjatywę do sporządzenia tego preparatu dali H. Naujoks i B. Behrens[1]). Preparat ten różni się od Acigenu: a) wyższem stężeniem jonów wodorowych, b) obecnością niefizjologicznego dla pochwy jonu wapniowego (mleczan wapniowy w pastylkach normolactolu), c) brakiem błękitu bromo-fenolowego, pozwalającego kontrolować odpowiednie sporządzenie preparatu i postęp leczniczy, d) formą handlową.

Uważamy za specjalnie dodatnie działanie Acigenu w formie gałek pochwowych, sporządzonych na żelatynie, których powolne rozpuszczanie pozwala na długie działanie preparatu.

III.

Leczenie upławów przy pomocy opisanego preparatu wykonywaliśmy następująco: w wziernikach mlecznych nastawialiśmy część pochwową, poczem po dokładnem wysuszeniu pochwy wacikami stosowaliśmy przez 5 minut kąpiel przy pomocy 10-cio krotnie rozcieńczonego Acigenu. Po odlaniu płynu zakładaliśmy gałkę, zawierającą 3 gr stężonego preparatu i przytrzymywaliśmy tamponami. Tampony wyjmowały leczone na drugi dzień rano. U chorych, które z jakichkolwiek względów nie mogły poddać się leczeniu ambulatoryjnemu, zalecaliśmy zakładanie gałek pochwowych na noc przed układaniem się do snu, by w ten sposób uniknąć uciążliwego dla pacjentki zakładania tamponów. Na drugi dzień rano polecaliśmy przepłukiwanie pochwy płynem rozcieńczonym.

Przed rozpoczęciem leczenia badano dokładnie stopień czystości i stężenie jonów wodorowych wydzieliny pochwy. Nadto dla kontroli czyniliśmy to samo w odstępach mniej więcej tygodniowych w czasie całego leczenia. Leczenie całe trwało przeciętnie 2 tygodnie, a tylko w kilku bardziej opornych przypadkach przeciągnęło się do czterech tygodni.

Już w pierwszych dniach leczenia chore zwracały uwagę na znaczne zmniejszenie się upławów — w pewnej liczbie przypadków nawet ich zniknięcie. W większości przypadków upławy w kilka dni po rozpoczęciu leczenia ze śmietanowatych, ropnych przechodziły w serowate, grudkowate, co już było zapowiedzią postępu leczniczego. W czasie badań kontrolnych stwierdzić mogliśmy zasadniczo, że równolegle z poprawą stopnia czystości poprawiał się również i stopień kwasoty pochwy. Poprawa ta uwidoczniała się w zmianie stopnia czystości z IV-tego na II-gi a nawet I-szy i w zmianie wskaźnika wodorowego w gramach z 6,8 na 4,95. Równocześnie ustępowały upławy. Dla ilustracji pozwolimy sobie przytoczyć kilka bardziej charakterystycznych przypadków, wyjętych z protokołów leczonych chorych:

Przypadek I. Chora K. J. zgłasza się z powodu upławów. 26 stycznia upławy ropne o zabarwieniu żółtem, stopień czystości III-ci pH = 6,4.

Zastosowano leczenie opisaną metodą.

29 stycznia chora podaje, że upławy zmniejszyły się znacznie. Badanie kontrolne: stopień czystości II-gi pH = 5,8.

10 lutego, a więc po 2 tygodniach, stopień czystości I-szy pH = 4,95, upławy ustąpiły zupełnie.

Przypadek II. Chora B. M., zgłasza się z powodu bardzo obfitych upławów trwających już czas dłuższy.

Stan 28 grudnia: błona śluzowa pochwy zaczerwieniona, upławy konsystencji śmietanowatej, bardzo obfite, na części pochwowej nadżerka niewielkich rozmiarów, stopień czystości IV-ty pH = 6,2.

Zastosowano kombinowane leczenie opisanym preparatem i kąpiele z *argentum nitricum* (ze względu na nadżerkę).

3 stycznia: upławy mniejsze, stopień czystości IV-ty pH = 6,0.

10 stycznia: stopień czystości III. pH = 5,6.

15 stycznia: stopień czystości II. pH = 5, upławy ustąpiły zupełnie. Nadżerka wygojona.

Przypadek III. dotyczy chorej E. R., którą zaliczamy do przypadków najbardziej opornych na leczenie. Zgłosiła się na klinikę z powodu dużych upławów, skarży się na pieczenie i świąd sromu.

1 stycznia: obfite ropne upławy. Błona śluzowa pochwy mocno zaczerwieniona. Stopień czystości IV-ty pH = 6,17.

10 stycznia: nieznaczne zmniejszenie upławów, stopień czystości i wskaźnik wodorowy bez zmian.

---

[1]) Zentralblatt f. Gyn. 1926, Nr. 3.

18 stycznia: upławy znacznie mniejsze, stopień czystości III pH = 5,75.

1 lutego: stopień czystości II-gi pH = 5,3.

4 lutego: upławy znikły zupełnie, stopień czystości II-gi pH = 5.

Chora jako wyleczona opuściła klinikę.

Przypadek IV. Chora W. A. zgłasza się z bardzo obfitemi upławami leczonemi bez skutku przez 5 lat.

18 lutego: upławy obfite, ropne, na części pochwowej nadżerka. Stopień czystości IV pH = 6,82. Kombinowane leczenie pastą granugenową i acigenem.

15 lutego: stopień czystości III-ci pH = 6,1.

20 lutego: upławy mniejsze, wskaźnik wodorowy i stopień czystości bez zmian.

23 lutego: stopień czystości bez zmiany pH = 5,8.

26 lutego: stopień czystości II-gi pH = 5,41, upławów brak.

Przypadek V. Chora Ch. przyjęta do leczenia upławów, na które cierpi od 4 lat.

Stan 6 lutego: obfite, gęste, śmietankowe upławy, stopień czystości IV pH = 6,08. Zastosowano leczenie metodą opisaną.

11 lutego: upławy mniejsze, III-ci stopień czystości pH = 5,8.

16 lutego: II-gi stopień czystości pH = 5,52, chora wyleczona zupełnie.

W ten sposób leczyliśmy przeszło 50 chorych. W przeważnej liczbie przypadków uderzającym był fakt, że równolegle z poprawą stopnia czystości i wskaźnika wodorowego ustępowały również i wreszcie znikały upławy. Jedynie w kilku przypadkach stwierdziliśmy rozbieżność między stopniem czystości a stopniem kwasoty z jednej strony jak i między nasileniem upławów a wspomnianemi wartościami.

Pierwszy stopień czystości obserwowaliśmy przy stężeniu jonów wodorowych poniżej pH = 5,0, pałeczki Döderleina zjawiały się w wydzielinie pochwy już przy stężeniu poniżej pH = 5,7.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że z zwiększeniem ilości ciałek ropnych w obrazie drobnowidowym, idzie w parze podwyższenie wskaźnika wodorowego.

Jasnem jest ,że dobór odpowiednich przypadków i ograniczenie wskazań do stosowania opisanego leczenia ma zasadnicze znaczenie dla wyników terapeutycznych. Za szczególnie nadające się do tego leczenie uważamy:

1) nieswoiste upławy pochwowe.

2) upławy połączone z niewielkiemi nadżerkami cz. pochwowej, w których to przypadkach kombinowane leczenie przyspieszało znacznie okres leczenia.

3) upławy pozostające w związku z przebytemi operacjami a najczęściej po nadpochwowem odcięciu macicy, t. zw. upławy kikutowe, w których leczenie „Acigenem" dawało wyniki zawsze dobre,

4) upławy pochodzenia hormonalnego, lub wynikłe z niedokrwistości specjalnie u młodych dziewcząt. Równoczesne leczenie ogólne skraca czas leczenia,

5) przypadki, w których zależy nam na czasowej przynajmniej poprawie flory pochwowej i stopnia czystości wydzieliny n. p. przed wykonaniem persuflacji lub utero-salpingo-grafji.

Wprzypadkach tych szybkie oczyszczanie pochwy oddaio nam bardzo cenne usługi.

Pozostałaby jeszcze do omówienia kwestja trwałości efektu leczniczego, uzyskanego naszą metodą. W przypadkach naszych nie stwierdziliśmy na razie nawrotów poza dwoma, w których tłem upławów były raczej zaburzenia natury hormonalnej i konstytucyjnej. Chorym tym polecaliśmy raz na tydzień, najwyżej dwa razy, zakładać gałki Acigenu na noc do pochwy celem podtrzymania tylko uzyskanego stopnia kwasoty.

Efekt tego postępowania, jak dotąd, jest zupełnie dobry.

Zdajemy sobie sprawę ,że leczenie powyższe nie jest uniwersalne i w pewnej grupie przypadków będzie ono tylko objawowem. Tyczy to zwłaszcza przypadków na tle hormonalnem, konstytucyjnem lub z niedostateczną ilością glykogenu w ścianie pochwy. Mimo to nie da się zaprzeczyć, że leczenie to uwzględniające pewne momenty etjologiczne natury fizyczno-chemicznej, dalekie jest od szablonu, jakiego do niedawna w leczeniu upławów się trzymano, a dalsze nasze badania w tym kierunku pozwolą nam może rozstrzygnąć, czy jesteśmy na dobrej drodze.

Piśmiennictwo.

Döderlein: Zbltt f. Gyn. 1890 s. 54. Tenże: Zbltt f. Gyn. 1894. Nr. 1. — v. Jaschke: Zbltt. f. Gyn. 1922. Nr. 49. — Tenże: Halban - Seitz. Tom III. — Tenże: Archiv. f. Gyn. 125, 1925 r. — Tenże: Klin. Wochen. Nr. 22. 1928 r. — B. Behrens i H. Naujoks: Zbtt. f. Gyn. 1926. Nr. 3. — Michaelis: Die Wasserstoffionenkonzentration. Berlin 1922. — Gänssle: Archiv. f. Gyn. t. 123. 1925 r. — Viederche: Archiv. f. Gyn. t. 119. z. 261. — Mozołowski i Parnas: Biochemische Zeitschr. 4/6. 1926. — Schröder: Zbltt. f. Gyn. 1921. Nr. 38 i 39. — Zweifel: Archiv. f. Gyn. 86. z. 564. — Zwoliński: Gyn. Polska, tom V, r. 1926.

Dr. Artur CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Ciąg dalszy.

Równolegle z doświadczeniami na zwierzętach szły spostrzeżenia praktyczne w klinikach. Badania Vollmera, Falkenheima, Hottingera, György'ego i innych wykazały, że ergosteryna naświetlona daje w dawce dziennej 2—5 mg w ciągu 4—6 tygodni zupełne wyleczenie najcięższej krzywicy dziecięcej, nie powodując żadnych niepożądanych następstw ubocznych.

Zachęceni tak świetnymi wynikami postanowiliśmy skorzystać z uprzejmości firmy Merck, która przysłała nam bezinteresownie wyrabiany przez nią preparat Vigantol, i wypróbować działanie lecznicze naświetlanej ergosteryny na własnym materjale. Badania przeprowadziliśmy na 4-ch niemowlętach w klinice, oraz 12-tu w przychodni klinicznej. Przebieg i wynik leczenia stwierdzaliśmy u dzieci, leczonych w klinice, obserwacją kliniczną, badaniem roentgenologicznem kośćca oraz mikrochemicznem krwi. W przypadkach przychodnich zmuszeni byliśmy zadowolić się obserwacją objawów klinicznych i badaniem mikrochemicznem krwi. Materjał nasz obejmuje dzieci w wieku od 2 i pół do 18 miesięcy. Wybieraliśmy przypadki możliwie ciężkie, często powikłane grypą lub zaburzeniami w odżywianiu. Troje niemowląt wykazywało obok krzywicy objawy tężyczki jawnej, troje utajonej. Jedno niemowlę obok ciężkiej krzywicy wykazywało objawy anemji pseudoleukemicznej Jaksch - Hayema.

Celem możliwie dokładnej oceny wyników leczniczych polecaliśmy rozmyślnie wszystkim naszym niemowlętom pożywienie, składające się z mleka z cukrem oraz papki grysikowej z wyłączeniem soków owocowych i jarzyn. Dzieci leczone w klinice przebywały stale w swych salach, nie wynoszono ich na werandę i nie wystawiano na działanie słońca. W takich warunkach możliwość samoistnego leczenia się choroby była prawie wykluczoną, w każdym razie jaknajbardziej ograniczoną, zwłaszcza — gdy uwzględni się, że badania nasze przeprowadzaliśmy w miesiącach zimowych. W takich samych, a może mniej korzystnych warunkach pozostawały przypadki przychodniane, dotyczyły one bowiem prawie bez wyjątku dzieci ze sfer niższych, których abominacja w porze zimowej do świeżego powietrza i, co zatem idzie, słońca jest nam aż nadto dobrze znaną. Ze względu na odmienny sposób śledzenia przebiegu i wyniku leczenia rozpatrzymy oddzielnie przypadki kliniczne, oddzielnie zaś przypadki przychodniane.

Materjał kliniczny obejmuje 4 niemowląt w wieku $3^1/_2$ — 8 miesięcy.

1) Juljusz F., 6 mies., karmiony piersią — nieregularnie. Od półtora miesiąca pocenie się, tarcie główką, brak humoru. Przed dwoma dniami drgawki. Stan w dniu przyjęcia t. j. 11. XII. 1927: Waga 6,710 g. Dziecko nalane, leży bezwładnie, na dotknięcie reaguje żywo krzykiem i płaczem. Owłosienie na potylicy wytarte. Ciemię: 3 × 3 cm. Craniotabes. Różaniec, zgrubienia kostek, brózdy Harrinsona, żabi brzuch. Nie trzyma główki, Chwostek: +. Roentgen: Kości łokciowe i promieniowe silnie odwapnione, kontury niewyraźne, rysunek beleczek zatarty. Nasady kubkowato rozszerzone, brzeg ich dystalny panewkowato wklęśnięty, nierówny i postrzępiony. Brak jąder kostnienia kości nadgarstka. Krew: Ca: 9. 3 mg %; P: 3,8 mg %.

Pożywienie: 5 razy dziennie pierś, względnie ściągane mleko kobiece, 1 raz papka grysikowa. Leczenie: 2 razy dziennie po 5 kropli „Vigantol - öl" (4 mg ergosteryny pro die).

13. XII. Drgawki eklamptyczne. Leczenie: Chloralhydrat 0,5 w lawatywie.

16. XII. Nieznaczna poprawa w stanie ogólnym, dziecko nieco żywsze, mniej wrażliwsze na dotyk, znacznie mniej się poci, nie trze główką. Drgawek nie było. Chwostek: +. Krew: Ca 9,2 mg %, P: 3,7 mg %.

21. XII. Znaczna poprawa w stanie ogólnym. Dziecko podnosi główkę. Interesuje się otoczeniem, uśmiecha się. Wyraźne twardnienie potylicy. Chwostek: —, ciemię $2^1/_2 \times 2^1/_2$ cm. Krew: Ca 9,9 mg %; P 5,7 mg % Roentgen: brzeg nasady nieco wyraźniejszy. Tkanka kostna na granicy chrząstki nasadowej zagęszcza się.

31. XII. Dziecko żywe, wymachuje rączkami i nóżkami, próbuje unosić tułów. Potylica zupełnie twarda. Kościec klatki piersiowej mniej podatny, brózdy Harrisona wyrównują się. Krew: Ca 10,3 mg %; P 5,9 mg %. Roentgen: Wszystkie kości silniej uwapnione, struktura wyraźniejsza. Panewkowa wklęsłość nasady wyrównuje się, a brzeg jej dzięki zgęszczeniu tkanki kostnej na granicy chrząstki znacznie wyraźniejszy.

10. I. Stan ogólny dobry. Różaniec i zgrubienie kostek cofają się, klatka piersiowa twarda, dziecko siedzi. Waży 7,310 g, przez cały czas leczenia stolce prawidłowe, łaknienie dobre. Krew: Ca 11,1 mg %; P 6,1 mg %. Roentgen: dalsza poprawa w stanie uwapnienia wszystkich kości. Zaznaczone jądro kości główkowatej.

2) Eugenjusz Ł., $3^1/_2$ miesięca, karmiony wyłącznie piersią. Od dwu tygodni dziecko poci się, jest niespokojne i trze główką. Stan w dniu przyjęcia:

20. I. Waga 4,160. Dziecko leży bezwładnie, jest płaczliwe i krzykliwe. Żywo reaguje na dotknięcie. Craniotabes. Różaniec. Zgrubiałe kostki. Klatka piersiowa, podatna na ucisk, zapada się przy oddechach. Żabi brzuch. Chwostek: —. Ciepłota 37,8. Katar nosa. Zaczerwienienie gardła. Nad płucami rozsiane furczenia. Nad dolnemi płatami z tyłu ponadto drobnobańkowe rzężenia wilgotne. Krew: Ca 9,3; P 2,9. Roentgen: Ciężkie zmiany krzywicze. Kontury kości niewyraźne, struktura zatarta, nasady kubkowato rozszerzone, linje chrząstek nasadowych panewkowato wklęśnięte i postrzępione.

Odżywianie: 2 razy dziennie mleko kobiece, 3 razy mleko krowie z cukrem, 1 raz papka. Leczenie: 2 razy dziennie po jednej pastylce Vigantolu (4 mg pro die). Środek wykrztuśny, kąpiele z polewaniem.

26. I. Ciepłota 36,8. Objawy nieżytowe ustąpiły. Stolce przez 3 pierwsze dni wolne, z domieszką śluzu, zielonkawe. Obecnie prawidłowe. W stanie krzywicy żadna zmiana. Krew: Ca 9,4; P 2,9.

31. I. Poprawa w stanie ogólnym. Dziecko nie poci się, nie trze główką, zaczyna ją podnosić, jest nieco żywsze. Craniotabes cofa się. Krew: Ca 10,3; P 3,4. Roentgen: Bez zmiany.

6. II. Dziecko wykazuje znaczną poprawę w stanie ogólnym. Jest ożywione, unosi główkę coraz pewniej. Craniotabes ustąpił po prawej zupełnie, po lewej potylica jeszcze nieco podatna na ucisk. Ciemię: 2×2. Klatka piersiowa twardsza, przy oddechach nie zapada się. Krew: Ca 10,7; P 4,3. Roentgen: zaznaczona poprawa. Kontury kości regularniejsze, struktura wyraźniejsza, brzeg nasady występuje wyraźniej dzięki zagęszczaniu się kości na granicy chrząstki nasadowej.

11. II. Dziecko ma się dobrze. Craniotabes ustąpił zupełnie. Krew: Ca 10,4; P 4,8.

16. II. Stan ogólny dobry. Różaniec i kostki cofają się. Dziecko ożywione, wymachuje rączkami i nogami. Krew: Ca 10,4; P 5,4. Roentgen: Bez większych zmian w porównaniu ze zdjęciem ostatniem.

21. II. Dziecko ma się dobrze. Stolce przez cały czas prawidłowe, łaknienie dobre. Waży 4,750 gr. Krew: Ca 10,9; P 6,2. Roentgen: Wszystkie kości wykazują wyraźną poprawę w stanie uwapnienia. Panewkowate wklęsłości nasad wyrównują się, brzegi ich dystalne występują wyraźnie.

3) Adam R., $4^1/_2$ miesiaca. Przez miesiąc karmiony piersią, następnie, oddany na garnuszek, karmiony był mlekiem krowiem i ziemniakami. Od miesiąca poci się, krzyczy, trze główką. Od trzech dni gorączka, katar nosa, wymioty i biegunka. Stan w dniu przyjęcia:

2. II. Waga 4,770. Skóra wiotka. Wyprzanie. Katar nosa. Zaczerwienienie i rozpulchnienie gardła. Ciepłota 37,6. Dziecko drażliwe i krzykliwe, poci się. Ciemię 4×4. Craniotabes. Różaniec. Zgrubiałe kostki. Krew: Ca 10,1; P 3,1. Chwostek: —. Roentgen: Kości przedramion o niewyraźnych konturach i zatartej strukturze. Wyraźnie odwapnione nasady są zniekształcone kubkowato, a brzegi ich panewkowato wklęśnięte i nieregularne.

Pożywienie: mleko z cukrem, papka grysikowa. Leczenie: „Vigantol — öl" 2 razy dziennie po 5 kropli.

7. II. Dziecko ciągle jeszcze wrażliwe na dotknięcie, krzykliwe, poci się i trze główką. Stolce przez cały czas dyspeptyczne. Waga 3,690. Od trzech dni dziecko dostaje mleko z kleikiem ryżowym i laktonem. Krew: Ca 10,2; P 2,9. Roentgen: Bez zmiany.

10. II. Wobec utrzymujących się objawów dyspeptycznych polecono mleko białkowe. „Vigantol - öl" stosujemy bez przerwy.

16. II. Stolce lepsze. Waga 3,730.

20. II. Waga 3,880. Stolce prawidłowe. Poprawa w stanie ogólnym. Dziecko mniej drażliwe. Poci się i trze główką znacznie mniej. Craniotabes bez zmiany. Ciemię 4×4. Krew: Ca 10,3; P 3,6. Roentgen: Bez zmiany.

27. II. Znaczna poprawa w stanie ogólnym. Wrażliwość na dotyk i poty ustąpiły, dziecko zaczyna unosić główkę. Potylica twardnieje. Stolce prawidłowe. Waga ciała 4,120. Krew: Ca 10,2; P 4,3. Roentgen: Zaznaczona poprawa w stanie uwapnienia kośćca, kontury wyraźniejsze, struktura obfitsza.

10. III. Stan ogólny dobry. Dziecko trzyma główkę pewniej. Zaczyna się uśmiechać. Potylica prawie w całości uwapniona. Waga 4,390. Krew: Ca 10,4; P 5,1. Roentgen: Dalsza nieznaczna poprawa w stanie uwapnienia kości.

20. III. Dziecko ma się dobrze. Potylica twarda. Klatka piersiowa niepodatna. Waga 4,390. Krew: Ca 10,4; P 6. Roentgen: Wyraźna poprawa w stanie uwapnienia kości. Kubkowate zniekształcenia nasad cofają się, brzegi dystalne są wyraźniejsze.

4) Franciszek M., 8 miesięcy. Ojciec zmarł przed dwoma tygodniami na gruźlicę płuc. Karmiony przez 5 miesięcy piersią, następnie mlekiem krowiem oraz bułeczką. Od czwartego tygodnia życia wyprysk na twarzy i tułowiu, od dwu tygodni gorączka i kaszel. Stolce zmienne, często wolne. czasem zielone. Stan w dniu przyjęcia:

13. III. Waga 6,510. Dziecko miernie odżywione. Skóra blada i wiotka. Na głowie, tułowiu i kończynach wyprysk sączącostrupkowy. Dziecko niespokojne. W okolicy wnęk szmery chuchające. Ciemię: $2^1/_2 \times 2^1/_2$. Wybitny różaniec i zgrubienie kostek, żabi brzuch, przepuklina pępkowa. Dziecko unosi główkę niepewnie, nie siedzi. Poci się. Chwostek: —. Krew: Ca 11,6; P 3,1. Pirquet: +. Roentgen: Cienie wnękowe obustronnie rozszerzone, miękkie; wśród nich powiększone gruczoły chłonne. Zdjęcie stawów nadgarstkowych: Kości silnie odwapnione. Nasady kubkowato rozszerzone, o brzegach dystalnych wklęsłych i postrzępionych. Brak jąder kości nadgarstka.

Pożywienie: mleko krowie z cukrem i papka grysikowa. Leczenie: „Vigantol - öl" 2 razy dziennie po 5 kropli.

23. III. Poprawa w stanie ogólnym, dziecko spokojniejsze. Unosi główkę dobrze. Nie poci się. Poprawa w stanie wyprysku. Kaszel ustąpił. Ciepłota od dwu dni normalna. Łaknienie średnie. Stolce prawidłowe. Waga ciała 6,630. Krew: Ca 11,5; P 4,9. Roentgen: Bez zmiany.

3. IV. Dziecko spokojne, uśmiecha się próbuje siadać. Wyprysk utrzymuje się. Łaknienie nieco lepsze. Waga 6,690. Stolce prawidłowe. Krew: Ca 11,5; P 4,9. Roentgen: Nieznaczna poprawa w stanie uwapnienia. Struktura kości nico wyraźniejsza.

13. IV. Dziecko ma się dobrze. Siedzi dobrze. Nie gorączkuje, nie kaszle. Dwa ząbki sieczne dolne. Wyprysk utrzymuje się. Krew: Ca 12,5; P 5,6. Roentgen: Dalsza poprawa w stanie uwapnienia, struktura kości obfitsza, końce dystalne o konturach wyraźniejszych, silniej wysycone.

23. IV. Stan ogólny dobry. Łaknienie dobre. Stolce prawidłowe. Waga ciała 7,050 g. Krew: Ca 12,3; P 6,1. Roentgen: Wyraźna poprawa. Kontury kości ostre. Struktura wcale obfita. Widoczne jądro kości główkowatej i haczykowatej. — Mocz, badany co kilka dni, nigdy nie zawierał składników patologicznych.

Z 12 dzieci leczonych ambulatoryjnie na specjalne omówienie zasługuje:

Marek S., $9^1/_2$ miesięcy. Karmiony przez 6 miesięcy wyłącznie piersią, od 7 dokarmiany mlekiem krowiem. W ostatnim miesiącu nie przybywa na wadze. Bez humoru, ospały, blady. Łatwo zapada na katar i kaszel, od dwu dni gorączkuje. Stan w dniu 3. II.: Waga 6,380. Zwraca uwagę bladość skóry i błon śluzowych oraz duży brzuch. Dziecko leży bezwładnie, prawie nie podnosi głowy. Ciemię $4^1/_2 \times 5$. Głowa kwadratowa, klatka piersiowa kurza, różaniec i kostki wybitnie zgrubiałe. Brak zębów. Katar nosa, gardła i oskrzeli. Brzuch duży, rozlewający się na boki. Wątroba, o brzegu twardym, występuje na $2^1/_2$ palca niżej łuku. Śledziona również twarda, wrębowata, 5 palców niżej łuku. Chwostek: —. Pirquet: —. Wassermann: —. Badanie krwi: Hb 44%, c. czerw. 3,200.000. Anizocytoza, poikylocytoza, polichromatofilja, ciałka czerwone jądrzaste. Ciałek białych 12.800. Myelocytów 3%. Promyelocytów $3^1/_2$%. Leukocytów neutrochłonnych młodych 6%, pałeczkowatych 9%, segmentowanych 25%. Eozynochłonnych $3^1/_2$%. Plazmatycznych $1^1/_2$%. Monocytów 9%. Limfocytów $39^1/_2$%. — Ca: 12,2 mg %; P 3,6 mg %. Roentgen:

Wiek	Stan przed leczeniem		Czas i sposób leczenia	Stan po leczeniu	
	Stan kliniczny	P. krwi w mg. %		Stan kliniczny	P. krwi w mg. %
1. Henryk P. 6 mies.	Waga 7.540 g. Ciężka krzywica. Objawy tężyczki jawnej.	3.8	5 tygodni Vigantolöl 2×× dziennie po 5 kropli	Waga 7.980 g. Kościec twardy, Drgawki od 6. dnia leczenia ustąpiły.	6.9
2. Regina B. 9 mies.	Waga 8.050 g. Różaniec i kostki. Laryngospasmus. Nie siedzi.	3.6	5 tygodni jak wyżej	Waga 8.680 g. Dziecko siedzi. 2 zęby sieczne dolne. Objawy tężyczki ustąpiły po 8 dniach leczenia.	6.8
3. Benjamin S. 3 mies. (wcześniak)	Waga 2.890 g. Rozległy craniotabes. Grypa.	2.2	4 tygodnie jak wyżej	Waga 3.550 g. Potylica twarda. Dziecko podnosi główkę.	5.9
4. Stanisław P. 5½ mies.	Waga 4.750 g. Ciężka krzywica. Chwostek:+ Katar oskrzeli.	2.6	5 tygodni Vigantoldragees (a 4 mg ergosteryny) 1 × dziennie 1 drażetka	Waga 5.490 g. Kościec twardy. Dziecko zaczyna siadać. Chwostek: — (od 15. dnia leczenia).	5.8
5. Józef K. 18 mies.	Waga 8.100 g. Głowa kwadratowa. Różaniec i zgrubiałe kostki. Macalna śledziona. Siedzi niepewnie. Wygięcie kręgosłupa.	3.4	5½ tygodni jak wyżej	Waga 9.450 g. Kościec twardy. Dziecko siedzi dobrze. Zaczyna chodzić. Śledziona niemacalna.	6.4
6. Zofja L. 9 mies.	Waga 6.200 g. Bardzo ciężka krzywica. Bronchopneumonia. Dyspepsia parenteralis.	3.1	6½ tygodni Vigantolöl w pastylkach (à 2 mg ergosteryny) 2× dziennie po 1 pastylce	Waga 6.920 g. Kościec twardy. Narząd oddechowy bez zmian. Dziecko siedzi dobrze.	6.—
7. Izak O. 3 mies. (wcześniak bliźniak)	Waga 3.150 g. Craniotabes. Różaniec i kostki. Bronchiolitis.	2.9	5 tygodni jak wyżej	Waga 3.620 g. Kościec twardy. Dziecko podnosi główkę. Płuca bez zmian.	6.3
8. Regina O. 3 mies. (wcześniak bliźniak)	Waga 2.910 g. Craniotabes Nasopharyngitis. Dyspepsia parenteralis.	2.6	7 tygodni jak wyżej	Waga 3.580 g. Kościec twardy. Dziecko ma się dobrze.	5.9
9. Sabina M. 6 mies.	Waga 7.900 g. Różaniec i kostki. Chwostek : + Nie podnosi głowy.	3.2	5½ tygodni Vigantolöl 2× dziennie po 5 kropli	Waga 8.340 g. Kościec twardy. Dziecko podnosi główkę. Próbuje siadać. Chwostek: — (od 13. dnia leczenia).	6.1
10. Ozjasz R. 9 mies.	Waga 9.050 g. Głowa kwadratowa. Różaniec i kostki zgrubiałe. Główkę unosi z trudem. Śledziona macalna. Pirquet: +	3.4	6 tygodni jak wyżej	Waga 9.620 g. Dziecko siedzi i próbuje chodzić. Śledziona nienamacalna.	5.8
11. Piotr Z. 7 mies.	Waga 6.830 g. Ciężka krzywica. Rozległy craniotabes. Różaniec i kostki. Bronchopneumonia ambilateralis.	2.7	5½ tygodni jak wyżej	Waga 7.210 g. Kościec twardy. Narząd oddechowy bez zmian. Dziecko zaczyna siadać.	6.4

Wyraźne odwapnienie wszystkich kości. Kontury niewyraźne, struktura zatarta. Dystalne końce nasad wklęśnięte, brzegi postrzępione. Jąder kostnienia w nadgarstku brak.

Ponieważ rodzice nie chcieli oddać dziecka na klinikę, uregulowano odżywianie dziecka (pierś, papka grysikowa), oraz polecono „Vigantol-öl“ (2 razy dziennie po 5 kropli), oraz ferr. reduct. (0,20 3 razy dziennie). Rodzicom polecono zgłosić dziecko do kontroli po sześciu tygodniach (dziecko z prowincji).

19. III. Badanie kontrolne: Waga 7,200. Dziecko uśmiechnięte, siedzi dobrze. Cera wcale dobra. Ciemię $3^1/_2 \times 3$. Potylica twarda. Cztery ząbki. Narząd oddechowy bez zmian. Wątroba 1 palec, śledziona 3 palce niżej łuku, macalne. Na powtórne badanie krwi rodzice nie godzą się, utrzymując, że dziecko jest już zdrowe. Mimo przyrzeczenia, nie zgłosili się już więcej z dzieckiem, donieśli jednak po miesiącu listownie, że dziecko ma się dobrze.

O wyniku leczenia pozostałych 11 dzieci orjentuje nas powyższa tablica.

Licząc się z trudnościami w nabywaniu Vigantolu, jako środka zagranicznego, z radością przyjęliśmy do wiadomości w jesieni 1928 r. pismo S-ki Akc. „Ludwik Spiess & Syn“, donoszące, że

próby przygotowania czynnego preparatu ergosteryny, podjęte przez powyższą wytwórnię bezzwłocznie po ogłoszeniu pierwszych danych Windausa, uwieńczone zostały całkowitem powodzeniem.

Dok. nast.

I. HESCHELES. Lwów.

Walka z kiłą wrodzoną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Dokończenie.

Kryterja wyników leczenia.

I. Zachowanie się odczynów serologicznych Was. i Meinickiego.

Od trzech lat kontrolę krwi przeprowadzamy u naszych pacjentów zarówno przy pomocy odczynu Wassermanna, jak również odczynu Meinickego. Oba odczyny wykonujemy w każdym wypadku równolegle obok siebie. Wyniki tych podwójnie przeprowadzanych badań serologicznych okazały się ściślejsze i znaczniej celowe dla oceny wpływu leczenia, aniżeli wyniki badania jednym tylko sposobem Wassermanna. Odczyn kłaczkowaty Meinickego jest, jak się okazało, znacznie czulszy aniżeli odczyn Wassermanna tak, iż obecnie uważamy go za ważniejsze kryterjum wyników leczenia, a wynik naszych zabiegów leczniczych oceniamy tylko wtedy jako pomyślny, gdy zarówno odczyn Wassermanna jak i odczyn Meinickego zachowują się trwale ujemnie. Dla ściślejszego porównania i oceny wyników badań serologicznych metodą Wassermanna i Meinickego podzieliliśmy nasz materjał na dwie główne grupy: a) grupa przypadków kiły wrodzonej wczesnej i b) grupa przypadków kiły wrodzonej nawrotowej i późnej. *(Lues cong. recid. i lues tarda).*

Rozporządzając materjałem około 800 badań porównawczych odczynów Wassermanna i Meinickego otrzymaliśmy następujące wyniki: w pierwszej głównej grupie (kiła wczesna) zaznacza się lekka przewaga czułości odczynu Meinickego nad odczynem Wassermanna mniej więcej w 7% badań serologicznych. Wybitniej występuje ta przewaga dopiero w drugiej grupie głównej t. j. w grupie form późniejszych kiły wrodzonej z jawnymi lub utajonymi objawami klinicznymi. Tu już zaznacza się przewaga czułości odczynu Meinickego w okresie przed rozpoczęciem leczenia przy 85% zgodności obu odczynów. W ciągu zaś leczenia zgodność obu wyników szybko maleje na korzyść odczynu Meinickego, który w toku leczenia w 42½% surowic, zaś po ukończeniu leczenia w 67% surowic utrzymuje się jeszcze dodatnio przy równocześnie wykonanym już ujemnym odczynie Wassermanna. Cyfry te wykazują niedwuznacznie, iż odczyn Meinickego zachowuje się znacznie oporniej wobec leczenia swoistego, aniżeli odczyn Wassermanna. Ten ostatni bowiem ustępuje pod wpływem leczenia, zwłaszcza w przypadkach późniejszej kiły wrodzonej tak jawnej jak utajonej, znacznie szybciej, aniżeli odczyn Meinickego.

Grupy przypadków wedle rozpoznania i stanu leczenia	Wyniki zgodne w %	Wyniki niezgodne		%-wa przewaga dod. wyników odcz. Meinick. wobec odcz. W.
		M+ W−	M− W+	
I. Lues cong. recens.				
a) przed leczeniem . . .	83%	8.5%	8.5%	0
b) w toku leczenia	85%	11%	4%	9%
c) po ukończeniu leczenia	85%	10%	5%	7%
II. Lues cong. invet. tarda, latens.				
a) przed leczeniem . . .	85%	15%	—	6%
b) w toku leczenia	56%	42.5%	1.5%	41%
c) po ukończeniu leczenia	33%	67%	—	55%
III. Lues materna.	48%	52%	—	47%

Te same badania porównawcze odczynów Wassermanna i Meinickego przeprowadzane u matek dzieci kiłowych, wykazały znowuż znaczną przewagę czułości odczynu Meinickego nad odczynem Wassermanna: około 80% matek oddziaływuje dodatnio na odczyn Meinickego, zaś tylko 36% dodatnio na odczyn Wassermanna. W ten sposób zdołaliśmy stwierdzić na podstawie naszych badań serologicznych u przeważającej większości matek dzieci kiłowych bo u ⅘ utajone zakażenie kiłą.

II. Zachowanie się płynu mózgo-rdzeniowego.

Zachowanie się płynu mózgo-rdzeniowego i śledzenie go w toku leczenia uważamy za równie ważne, jak badania serologiczne, nietylko jako kryterjum wyników leczniczych, ale też jako wskaźnik rokowania. Dlatego też obecnie przeprowadzamy w każdym przypadku kiły wrodzonej, zarówno przed objęciem go w leczenie jak i w toku i po ukończeniu leczenia badanie płynu mózgo-rdzeniowego. Jesteśmy bowiem w możności przy pomocy nowoczesnej, czułej techniki labolatoryjnej wykazać zmiany w płynie nawet tam, gdzie z powodu nieznacznego stopnia schorzenia tkanki nerwowej klinicznie tego stwierdzić nie jesteśmy w stanie.

Zmiany w płynie możemy określić jako: a) morfologiczne tj. zwiększenie ilości ciałek białych, b) chemiczne, t. j. wzmożenie ciał białkowych i c) fizyko-chemiczne, polegające na swoistem zaburzeniu normalnej struktury kolloidalnej płynu.

Wyniki naszych badań płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci kiłowych stwierdziły, analogicznie do podobnych badań wielu innych autorów (Breuer, Tezner, Frank, Gabriele Arena), że proces kiłowy atakuje układ ośrodkowo nerwowy już w najwcześniejszym okresie tego schorzenia, gdy jeszcze tego klinicznie stwierdzić nie można i to w przeważającej ilości przypadków. Tem się też tłumaczy znany powszechnie fakt ciężkich i częstych powikłań kiły wrodzonej w dziedzinie układu środkowo nerwowego, zwłaszcza u dzieci częściowo lub zupełnie nieleczonych.

Wpływ leczenia na zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci obarczonych kiłą wrodzoną możemy rozpatrzeć z dwojakiego punktu widzenia: a) Wpływ leczenia na poszczególne odczyny chemiczne, biologiczne i kolloidalne w płynie i ocena rokowania na podstawie tychże; b) Ogólne wyniki leczenia na podstawie zachowania się płynu.

1) Z naszych badań okazuje się, że w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej, przed rozpoczęciem leczenia, w 85% przypadków (w tem 4% noworodków) można już stwierdzić zmiany chorobowe płynu mózgowo-rdzeniowego, zaś z przypadków późniejszej postaci kiły wrodzonej nieuleczonej 75% wykazuje dodatnie odczyny swoiste w płynie. W dalszym ciągu wynika z naszych zestawień, że zmiany te nie są trwałe, gdyż łatwo i szybko ustępują pod wpływem swoistego leczenia tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym.

W szybkości ustępowania poszczególnych odczynów zachodzą znaczne różnice, które świadczą o rozmaitym stopniu ich swoistości. Cyfrowo przedstawiają się wyniki te w sposób następujący:

Odczyn	Przed leczeniem Wyniki dodatnie w odsetkach	Po leczeniu Wyniki dodatnie w odsetkach	Procentowo wyrażona szybkość ustępowania odczynu
Pandy'ego	86%	56%	35%
Nonne-Apelta	64%	33%	48%
Złotowy	59%	25%	58%
Pleocytoza	40.5%	12.5%	68%
Wassermanna	8%	6%	25%

Z zestawienia tego wynika, że przed leczeniem do najczęściej spotykanych należą odczyny białkowe Pandy'ego i Nonne-Apelta. Rzadziej już spotygamy tu odczyn złotowy, jeszcze rzadziej pleocytozę, która występuje mniej więcej o połowę razy rzadziej, aniżeli odczyn Pandy'ego. Na końcu figuruje odczyn Wassermanna (8%), który jest też wskaźnikiem najcięższych zmian kiłowych, w tkance nerwowej. Wpływ leczenia na poszczególne odczyny uwydatnia się w rozmaicie silnym stopniu, jednak nieproporcjo-

nalnie do częstości ich występowania. I tak najwidoczniejszym jest wpływ leczenia na pleocytozę, która pod względem częstości stoi dopiero na 4-tem miejscu, (z 40,5% spada pod wpływem leczenia do 12,5%). W dalszym ciągu wpływ leczenia maleje w stosunku do poszczególnych odczynów w następującym porządku: odczyn złota (z 59% do 25%), odczyn Nonne-Apelta (z 64% do 33%), odczyn Pandy'ego (z 86% do 56%), najsłabszym zaś jest wpływ leczenia na odczyn Wassermanna (z 8% na 6%).

Powyższe wyniki cyfrowe, obrazujące wpływ leczenia swoistego na poszczególne odczyny chemiczne i biologiczne w płynie, dają nam równocześnie pewne wytyczne do oceny wyników poszczególnych metod badania płynu w stosunku do stopnia schorzenia układu środkowo nerwowego: im oporniejszym jest dany odczyn względem leczenia, tem cięższe muszą być zmiany anatomiczne, których jest on wyrazem. Odpowiada to w zupełności naszemu doświadczeniu klinicznemu, gdyż n. p. wiadomem jest, że dodatni odczyn Was. w płynie jest wyrazem daleko idących zmian, podczas gdy dostępniejsze na wpływ leczenia odczyny białkowe i kolloidalne płynu uważamy za oznakę dużo lżejszego schorzenia układu nerwowego. Z tego też powodu odczyny te pozwalają nam na pomyślniejsze rokowanie pod względem późniejszego rozwoju umysłowego.

2) Ogólne wyniki leczenia na podstawie zachowania się płynu mózgowo - rdzeniowego:

Ogółem rozporządzamy materjałem 32 przypadków kiły wrodzonej, w których byliśmy w możności dokładnie prześledzić zachowanie się płynu zarówno przed podjęciem leczenia, jak w toku i po ukończeniu tegoż. W tem mamy 10 przypadków leczonych zimnicą.

Jeżeli z tej ogólnej cyfry wyłączymy 9 przypadków, które wykazywały stale prawidłowe zachowanie się płynu, to u pozostałych 23 przypadków, u których stwierdziliśmy zmiany w płynie przed podjęciem leczenia, stosunki po przeprowadzeniu całkowitej kuracji przedstawiały się następująco: a) zmiany ustąpiły całkowicie — w 7 przypadkach t. j. w 30%, w tem 5 przypadków kiły wczesnej, 2 przypadki kiły późniejszej; b) zmiany uległy znacznej poprawie w 14 przypadkach t. j. 60%, w tem 10 przypadków kiły wrodzonej wczesnej, 4 przypadki kiły późniejszej; c) zmiany nie uległy żadnej poprawie w 2 przypadkach, t. j. 6% w tem 1 przypadek kiły wrodzonej wczesnej, 1 przypadek kiły wrodzonej późniejszej.

Wyniki powyższe nie są ostateczne, gdyż w wielu przypadkach nie zdołaliśmy jeszcze zbadać płynu po ukończeniu całkowitego leczenia, jednakowoż już z tych kilku dat statystycznych okazuje się, jak zbawiennym jest wpływ leczenia w kierunku ochrony dzieci kiłowych przed upośledzeniem władz umysłowych, a to w pierwszym rzędzie u tych dzieci, u których leczenie zostało podjęte we wczesnym okresie choroby. Tylko stosunkowo nieliczny odsetek, bo 6% okazał się opornym względem leczenia.

III. Badanie inteligencji.

Wszystkie dzieci pozostające w stałej obserwacji naszej poradni kiłowej, a dostępne systematycznemu badaniu rozwoju umysłowego, t. j. mniej więcej od 4 roku życia, skierowujemy do Przychodni badania inteligencji, gdzie zostaje ustalony ich stopień inteligencji metodą Binet-Simona. Jest to trzecie z rzędu kryterjum, którem posługujemy się dla ustalenia naszych wyników leczniczych. Wyniki tych badań omawiamy poniżej, łącznie z ogólnymi wynikami naszej Poradni.

Wyniki ogólne.

Ogółem zarejestrowanych jest w naszej stacji od r. 1920 253 przypadków. Z tego ogólnego materjału los 104 dzieci jest nam obecnie nieznany z powodu zupełnego zerwania kontaktu z naszą stacją. Pozostaje ogólna cyfra dzieci 149, która nadaje się dla celów statystycznych.

Przypadki te podzieliliśmy na następujące grupy:

I. leczenie ukończone i stała kontrola	
u dzieci a) z kiłą wczesną	45 przypadków
b) z kiłą późniejszą	37 przypadków
II. zmarło	45 przypadków
III. leczenie w toku	22 przypadków
Razem:	149 przypadków

Pierwsza podgrupa dzieci pod a) t. j. przypadki wczesnej kiły, daje jaknajpomyślniejsze widoki co do intelektualnego i fizycznego rozwoju.

Czas obserwacji tych dzieci wynosi: 8 lat — 2 przypadki; 6—7 lat — 8 przypadków; 4—5 lat — 15 przypadków; 3—4 lat — 7 przypadków; powyżej 2 lat — 10 przypadków; powyżej 1 roku — 3 przypadki.

Na tych 45 przypadków kiły wrodzonej wczesnej 37 dzieci, t. j. około 80%, przedstawia się tak pod względem fizycznym jak i umysłowym zupełnie prawidłowo, pod względem serologicznym wykazują one stale ujemne odczyny, zarówno Wassermanna jak Meinickego. W tej grupie badany u 10 dzieci płyn mózgowo-rdzeniowy wykazał zupełnie prawidłowe odczyny.

6 dzieci, t. j. 16% wykazuje, czy to pod względem klinicznym, czy to pod względem serologicznym lub zachowania się płynu dodatnie objawy, a to: 2 dzieci dodatnie odczyny w surowicy przy zupełnie ujemnym obrazie klinicznym, 1 dziecko dodatni płyn przy prawidłowym rozwoju umysłowym i ujemnym obrazie klinicznym, 1 dziecko *imbecillitas*, 1 dziecko głuchonieme, 1 *ozaena luetica*.

2 dzieci, t. j. około 4% zmarło na skutek chorób zakaźnych.

Ogółem wziąwszy tylko dwoje dzieci z tej grupy pozostało z trwałemi i ciężkiemi uszkodzeniami w dziedzinie układu nerwowego (*imbecillitas* i głuchota), co stanowi tylko około 4% ogólnego materjału tej grupy.

Druga podgrupa obejmuje 37 przypadków kiły wrodzonej, objętych w leczenie w okresie późniejszym choroby, które przeszły 3 i więcej kuracji i pozostają stale w naszej obserwacji.

Z grupy tej tylko 15 przypadków, t. j. 40% może uchodzić za całkowicie uleczonych, nie wykazuje bowiem ani pod względem klinicznym, ani też pod względem psychicznym, żadnych objawów, zaś odczyny surowicze zachowują się stale ujemnie.

12 przypadków, t. j. 33% nie wykazuje wprawdzie w dziedzinie rozwoju umysłowego żadnych zmian, jednakowoż surowica ich oddziaływuje dodatnio na odczyny Wassermanna lub Meinickego, w tem 7 przypadków tylko na odczyn Meinickego przy ujemnym odczynie Wassermanna, a 5 przypadków na odczyn Wassermanna i Meinickego.

9 przypadków, t. j. 25% wykazuje cofnięty rozwój umysłowy w tem 1 przypadek epilepsji. 1 przypadek straciliśmy z oka.

Z porównania wyników leczenia obu tych grup dadzą się wysnuć wnioski, które są zasadnicze dla rokowania w kile wrodzonej: podczas gdy w grupie 1-szej, tej. w której podjęliśmy leczenie we wczesnym okresie schorzenia, osiągnęliśmy prawie zupełny sukces bo w 80% przypadków, to w drugiej grupie przypadków, które zgłosiły się do nas w okresie późniejszym, mogliśmy pomimo intenzywnej kuracji, ledwo w 40% osiągnąć pomyślny skutek, zaś w 25% przypadków pozostało trwałe upośledzenie rozwoju. To też pierwsza grupa dzieci pozostaje przedmiotem głównego naszego zainteresowania.

Przeważająca ilość tych przypadków może być przy należytem leczeniu uzdrowiona do tego stopnia, iż dzieci te w niczem nie różnią się od dzieci prawidłowych.

Wyniki te przeszły najśmielsze nasze oczekiwania, w chwili podjęcia tej ciężkiej i trudnej pracy społecznej. W owym czasie wyniki statystyczne przedstawiały się nieporównanie gorzej.

Wyniki leczenia zimnicą.

W niektórych przypadkach stosowaliśmy leczenie zimnicą, dla oceny znaczenia tej u dorosłych z tak dobrym wynikiem stosowanej metody leczenia dla kiły wrodzonej. Na ogół przeprowadziliśmy to leczenie w 12-tu przypadkach późniejszej postaci kiły wrodzonej. Wybraliśmy w tym celu przypadki, które wykazywały jawne objawy ze strony układu nerwowego, albo dzieci umysłowo upośledzone, albo takie, które przy ujemnym obrazie klinicznym wykazywały zmiany tylko w płynie mózgowo-rdzeniowym, a także dzieci z podostrem zapaleniem rogówki. Dzieci nasze w ogólności znosiły leczenie zimnicą dobrze, to też w żadnym wypadku nie przerywaliśmy je przedwcześnie. W przebiegu klinicznym odpowiadała zimnica przeszczepiona zwyczajnej postaci zimnicy wywołanej drogą naturalną. Chinina działa tu bardzo skutecznie na przerwanie napadów, i to bez nawrotów. Pomyślne wyniki leczenia zimnicą wystąpiły przedewszystkiem w przypadkach, u których stwierdziliśmy zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym: na 7 takich przypadków, osiągnęliśmy 2 razy szybkie i całkowite ustąpienie zmian w płynie, w 3 przypadkach znaczną ich poprawę, zaś w 2 przypadkach nie osiągnęliśmy żadnego wyniku. Wpływu na odczyny serologiczne jednak nie stwierdziliśmy tu w większym stopniu, aniżeli pod wpływem zwykłej naszej metody leczenia. Najlepszy wynik leczenia zimnicą spostrzegaliśmy u dwuletniego dziecka, u którego stwierdziliśmy kłykciny sączące w okolicy odbytnicy, jakoteż zmiany w płynie i dodatnie odczyny w surowicy. U dziecka tego wszystkie odczyny zarówno

w surowicy jak i w płynie, nie mówiąc już o objawach klinicznych, ustąpiły bardzo szybko po kuracji zimnicą i salvarsanem. Natomiast niekorzystnie wpływa zimnica wedle naszych doświadczeń na przebieg zapalenia rogówki. Dlatego też uważamy leczenie to za przeciwwskazane w wypadkach zapalenia rogówki na tle kiły. Wskazana jest ta metoda jedynie we wszystkich przypadkach kiły wrodzonej późnej ze zmianami w płynie. Im przypadek jest wcześniejszy, tem lepsze widoki pomyślnego wyniku leczenia. Oczywiście, że we wszystkich naszych przypadkach zarówno przed szczepieniem zimnicy, jak bezpośrednio po przerwaniu napadów stosowaliśmy serję zastrzyków salvarsanu.

Śmiertelność.

Statystyka nasza wykazuje 45 przypadków śmiertelnych. W stosunku do tej części dzieci, która pozostaje pod naszą ścisłą obserwacją, odpowiadałoby to około 30% śmiertelności. Nie jest to jednak rzeczywisty obraz śmiertelności kiły wrodzonej naszej poradni, albowiem w większości przypadków zejście śmiertelne nastąpiło jeszcze przed podjęciem leczenia, lub też tuż po rozpoczęciu pierwszych zastrzyków. Pozatem nie są w tej statystyce objęte przypadki, których los nam nie jest wiadomy. Chcąc tedy mieć obraz rzeczywistego poziomu śmiertelności u dzieci leczonych lub też conajmniej podleczonych, mamy do zarejestrowania na ogólną liczbę przypadków leczonych, a będących w naszej obserwacji t. j. 112 przypadków — 8 zejść śmiertelnych co odpowiada około 7% śmiertelności. Widzimy stąd, jaki wpływ wywiera leczenie na obniżenie poziomu śmiertelności. W porównaniu z poziomem śmiertelności znanym nam wedle innych autorów (Hochsinger, Husten, Mülller, Welde, Kundratiz) należy śmiertelność naszych dzieci, do najniższych z pomiędzy cytowanych statystyk.

Przytoczone powyżej cyfry statystyczne zebrane na podstawie 9-letniej pracy w Przychodni dla dzieci obarczonych kiłą wrodzoną oświetlają w należytem świetle doniosłość zagadnienia walki z kiłą wrodzoną, wykazują jaskrawo, że schorzenie to z punktu widzenia społeczno-lekarskiego może być skutecznie zwalczone. Nasze doświadczenie uczy, że w większości przypadków, bo w około 62% wczesnej kiły wrodzonej, udaje się już po pierwszej energicznej kuracji osiągnąć trwały wynik leczenia, gdyż usuwa ona wszystkie odczyny dodatnie zarówno w surowicy jak i w płynie. Świadczy to wymownie o nakazie społecznym poddania dzieci kiłowych natychmiastowemu leczeniu i zakładania takich placówek społecznych, gdzieby leczenie to mogło być wedle najnowszych poglądów w tej mierze bezpłatnie prowadzone. Wedle naszego zdania placówki te winne być zorganizowane, wedle systemu otwartej opieki społecznej, gdyż tylko ten system prowadzi w naszych warunkach do należytego celu.

Piśmiennictwo.

J. Hescheles: 1924. — Badanie płynu mózgo-rdzeniowego w najwcześniejszych okresach kiły wrodzonej — Pedjatrja Polska. T. IV, zesz. IV. — 1925. — 1) O kile wrodzonej w świetle nowszych badań. T. Gaz. Lek. T. IV. 1925. — 2) O Klinice, losach i leczeniu dzieci obarczonych kiłą wrodzoną. Pedj. Polska. T. V. I — IV. — 3) Zur Frage d. Fürsorge-Behandlung u. Therapie der kong. Syphilis. Arch f. Kinderhelk. T. 77. Grudzień. — 4) Erfolge u. Organisation d. Fürsorgestation f. kong. luet. Kinder. Arch. f. Kinderheilk. T. 31. Grudzień 25, Styczeń 26. — 1926 — 1) Kriterien d. therapeut. Erfolge bei Lu. cong. Arch. f. Kinderheilk. T. 34. Listopad. — 1927. — Impfmalarie Behandlung d. cong. Lues. Arch. f. Kinderheilk. T. 37. — 1928. — Przyczynek do serolog. badań porównawczych odczyn. Wass. Mein. Polska Gazeta Lekarska. 1928. Nr. 17.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Franciszek NARÓG, b. st. asystent. Lwów.

Pierwotna jaskra zapalna w okresie ciąży. (Ciąża a oko).

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Jakkolwiek piśmiennictwo w sprawie jaskry jest bardzo obszerne i dużo jest ogłoszonych prac o powikłaniach w czasie ciąży ze strony oka, nie znalazłem ani w jednym przypadku opisu jaskry pierwotnej w związku z ciążą. Groenouw (7) wspomina wprawdzie ogólnikowo o dwóch przypadkach jaskry w związku z ciążą w swym przeglądzie zbiorowym, ale poszukiwania w piśmiennictwie za tymi przypadkami ustaliły, iż nie są to przypadki jaskry pierwotnej. W pierwszym z tych przypadków opisuje Gałęzowski (11) (1874) przypadek jaskry krwotocznej w 5-tym miesiącu ciąży po skaleczeniu oka z wysiękiem krwawym do przodkowej komórki. Skaleczenia tego nie uważa on za jedyną przyczynę jaskry. Nakłucie rogówki nie pomogło w tym przypadku, a jaskra ustąpiła dopiero po rozwiązaniu. Drugi przypadek Landsberga (13) (1878), ogłoszony po angielsku, nie referowany (Nagel), jako nie dostępny, w samym tytule wykazuje, iż nastąpiła w tym przypadku odruchowa ślepota nie mająca nic wspólnego z jaskrą, co potwierdza praca tegoż autora ogłoszona w tym roku po niemiecku, wspominająca o przemijającej ślepocie w czasie ciąży. Ślepota trwała na jednym oku 4 dni w połączeniu z wymiotami. Wynik badania wziernikiem ujemny.

Jako powikłanie przy ciąży spotyka się najczęściej zapalenie siatkówki *(retinitis albuminurica)*, oderwanie się siatkówki i przemijającą ślepotę *(uraemia)*.

Ze zmianą własności krwi przy wzmożonej i zmienionej przemianie materji i wzmożonej czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu zachodzą pewne zmiany i na oczach. Czasem spotyka się ciemniejsze zabarwienie powiek w związku z powiększeniem się ilości barwika w organizmie, bardzo rzadko występuje obrzęk gruczołu łzowego ze wzmożonem łzawieniem (Nieden 15). Ze strony spojówki mogą wystąpić krwawienia (Guttmann 17) *(hyperemesis gravidarum)* i przemijające rozszerzenie naczyń limfatycznych (Menacho 18). Ze strony rogówki należy wspomnieć o miąższowem zapaleniu rogówki, jakie przez ciążę może być wywołane u cierpiących na kiłę dziedziczną (Trantas 7). W jednym przypadku zauważono stożek rogówki, który po rozwiązaniu znacznie się cofnął (Valude 7). Częściej występują wrzody na rogówce w związku z ogólnem słabieniem, które mogą stanowić wskazanie do przerwania ciąży (Germann 7). O wiele częściej spotyka się przy częstych porodach i długiem karmieniu dzieci wczesne występowanie zaćmy w związku z wyczerpaniem się rezerw tłuszczowych (avitaminoza). Stanowią one na Klinice Lwowskiej w przybliżeniu 8% zaćmy starczej. Dużą rolę przy powstawaniu tych zaćm odgrywa występująca w czasie porodu lub po porodzie tężyczka. (Zirn, Gross, Koenigstein, Pineles (20), Sperber (7). Nie rzadko zdarza się osłabienie akomodacji lub niezborność mięśniowa. Mogą również wystąpić porażenia mięśni (Windscheid (7).

Zauważono także w związku z ciążą rozwój chorobowy Basedowa (Schmidt-Rimpler (7) i wytrzeszcz gałki ocznej, pulsujący (Sattler (7).

Przemijająca ślepota zdarza się najczęściej w związku z uraemią, eklampsją i histerją. Czasami może wystąpić hemianopsja (Cohn), względny ubytek w polu widzenia (Schoen), najczęściej funkcyjne zwężenie pola widzenia (Silex, Bellinzona, Tridondani, Forti) i kurza ślepota (Uthhoff), rzadziej — zapalenie tętniczki centralnej siatkówki (Teillais) lub żyły.

Z zapaleniem nerwu ocznego przy ciąży spotykamy się często (Deval, Power, Uhthoff, Cohn, Bull i in.), rzadziej natomiast z zapaleniem nerwu pozagałkowem (Langenbeck), z zanikiem nerwu (Feilchenfeld) i tarczą zastoinową (Reich).

Ciśnienie śródoczne jest według większości autorów obniżone w ostatnich miesiącach ciąży (Marx, Rizzo). Imre na 52 badanych ciężarnych znalazł w 42 przypadkach obniżone ciśnienie wśródgałkowe, na co ma mieć wpływ wzmożona czynność przysadki mózgowej. Marx znalazł we wszystkich 168 przypadkach badanych od 6 — 9 miesiąca ciąży obniżone ciśnienie wśródoczne. Również w 78% u ciężarnych znalazł lekkie obniżenie wśródgałkowego ciśnienia Mariotti, który uzależnia ten stan od wpływu szyjnego nerwu sympatycznego, a Santonastaso raczej od gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Meesmann w przeszło 40 przypadkach stwierdza również w ostatnich miesiącach ciąży obniżenie ciśnienia wśródocznego. Najwyższe ciśnienie w tych przypadkach wynosiło 18 mm Hg, a najniższe 6 — 8 mm Hg. To obniżenie ciśnienia wśródocznego pozostaje według Hasselbacha i Meesmanna w związku z obniżeniem się zasadowości krwi i cieczy w przodkowej komórce w ostatnich miesiącach ciąży. Podobnie jak przy cukrzycy tak również w ostatnich miesiącach ciąży wzmaga się kwasota krwi, która pociąga za sobą wzmożenie się kwasoty cieczy w przodkowej komórce i obniżenie ciśnienia wśródgałkowego. Meesmann twierdzi zatem, że w żadnym przypadku nie spostrzegano jaskry pierwotnej w ostatnich miesiącach ciąży, natomiast jest możliwe wystąpienie ostrego napadu jaskry po rozwiązaniu, gdyż w następnych dniach po rozwiązaniu

znika kwasota krwi. Sam miał sposobność spostrzegać na klinice ostry napad jaskry w 8 dni po rozwiązaniu u 37 letniej pacjentki.

W przeciwieństwie do ciąży miały wykazać pomiary Meesmanna u chorych na jaskrę wzmożenie się zasadowości krwi i cieczy w przodkowej komórce wskutek większej zawartości sody we krwi, co ma pociągać za sobą wzmożoną zasadowość cieczy wśródocznej, napęcznienie soczewki i ciałka szklistego i następowe podwyższenie ciśnienia wśródgałkowego. O ile pomiary u ciężarnych wykazały zgodnie z małymi wyjątkami obniżenia ciśnienia wśródgałkowego w ostatnich miesiącach ciąży w związku ze wzmożoną kwasotą krwi, to badanie cieczy w przodkowej komórce u chorych jaskrowych są dość rozbieżne np. Hertel, Meesmann i Bauermann spotykają zgodnie zwiększoną zasadowość krwi i cieczy w przodkowej komórce, to znowu inni a ostatnio Jasiński nie widzą zmian w stężeniu jonów wodorowych u osobników zdrowych i chorych na jaskrę.

Meesmann przyjmuje przy jaskrze wzmożoną zasadowość krwi i cieczy w przodkowej komórce, a jaskrę w ostatnich miesiącach ciąży wyklucza ze względu na wzmożoną kwasotę w tym okresie i w swej pracy (Archiv.f. Augenh. 97. 1926. Str. 20) stawia końcową tezę: „4. Das Wesen des primären Glaukoms ist eine vermehrte Alkaliquellung des inneren Auges, bedingt durch Alkalose des Blutes und damit des Kammerwassers. Bei schweren Diabetes und in den letzten Monaten der Gravidität ist daher ein primäres Glaukom unwahrscheindlich, eine Annahme, die sich mit den klinischen Tatsachen gut deckt".

Ponieważ nasz przypadek jaskry zapalnej w ostatnich miesiącach ciąży stoi poniekąd w sprzeczności z tezą Meesmanna i zarazem będzie pierwszym przypadkiem tego rodzaju w piśmiennictwie, pozwolę go sobie dokładnie przytoczyć.

K. R. lat 45 wyznania mojżeszowego, żona urzędnika zauważyła przed 2 miesiącami w 6-ym miesiącu ciąży bóle głowy i widziała wieczorami barwne pierścienie dookoła światła. Zasięgała porady w kasie chorych, a lekarz nic stwierdziwszy nic podejrzanego polecił jej zgłosić się do kontroli za miesiąc, czego chora nie uczyniła. Bóle głowy powtarzały się często. W 8-ym miesiącu ciąży uczuła silne bóle głowy i oczu. Miały wystąpić bóle kurczowe, które uspokojono czopkami. Następnego dnia nagle zaniewidziała wśród silnych bólów głowy i oczu, wobec czego przewieziono ją na klinikę położniczą. Wśród silnych bólów głowy i rwących bólów w oczach wystapiło uczucie wypychania gałek ocznych ku przodowi, równocześnie pojawił się silny obrzęk powiek. Analiza moczu wykazała w tym czasie wałeczki ziarniste 2—3 w polu widzenia. U chorej podejrzewano eklampsję i w projekcie było wykonanie cięcia cesarskiego. Dopiero okulistycznie stwierdzono ostry napad jaskry i przeniesiono chorą w porozumieniu z kliniką położniczą na klinikę oczną — w dniu 15. III. 1927.

Historja choroby: Chora wzrostu średniego, dobrze odżywiona, nieco otyła, silnej budowy kośćca, wieloródka, dwie poprzednie ciąże przeszła prawidłowo. Powieki znacznie obrzękłe, silny światłowstręt, spojówki obrzękłe, przekrwione, żyły bardzo napęczniałe i pokręcone, nastrzykanie rzęskowe dookoła rogówek, gałki silnie bolesne, rogówki zamglone, matowe wskutek nacieczenia jak przy zapaleniu miąższowem, przednie komórki płytkie, tęczówki silnie przekrwione, o rysunku zatartym, źrenice szerokie, owalne, nie reagują na światło, prawa węższa od lewej, dno oka bardzo słabo prześwieca. V. p. Palce przed okiem. V. 1½ m. palce. Tonometr Schiötza po zapuszczaniu w ciągu 24 godz. co godzina pilokarpiny. O. prawe (5'5 i 7'5) 30 n/n. Oko lewe (5'5 i 7'5) 50 n/n.

15. III. wykonał prof. Bednarski irydektomję przeciwjaskrową na obu oczach. 16. III. O. p. zaczerwienione, ranka zaklejona, rogówka silnie zamglona, źrenica i koloboma miernie szeroki, nierówne, tylne zlepy, końce tęczówki wolne, p. komórka bardzo płytka. Atropina i kokaina.

O. l. silnie zaczerwienione, ranka zaklejona, rogówka silnie zamglona, źrenica i koloboma bardzo szerokie, końce tęczówki wolne, p. komórka utrzymana. Pilocarpina.

21. III. Światłowstręt ustąpił. O. p. lekko rzęskowo nastrzykane, rogówka na powierzchni zamglona, źrenica owalna, miernie szeroka, od dołu zlepy tęczówki z przednią powierzchnią torebki, po bokach źrenica szersza tak, że ma wygląd trójkąta, końce tęczówki wolne, tęczówka przekrwiona, dno oka prawie nie prześwieca wskutek silnego zamglenia rogówki. Ciśnienie wśródgałkowe palcami prawidłowe. V. p. 1 m. palce. O. l. nieznacznie zaczerwienione, rogówka jeszcze znacznie zamglona, silniej na powierzchni, tęczówka przekrwiona, źrenica i koloboma szerokie, dno oka słabo prześwieca, ciśnienie prawidłowe. V. 1,3 m palce. 23. III. O. p. blade, źrenica okrągła, miernie szeroka, zlepy od dołu puściły, rogówka centralnie w obrębie źrenicy wykazuje zamglenie w postaci siatki i napęcznienie nabłonka z zaznaczonemi jasnemi smugami w postaci porysowania (lampa szczelinowa). V. p. 4 m. palce. Dno oka słabo prześwieca.

O. l. Źrenica i koloboma 4 mm szerokie. Dno oka we mgle, widać tarczę i naczynia w granicach prawidłowych. V. 1,5 m. palce. Ciśnienie na obu oczach prawidłowe. W dniu 24. III. 1927 opuściła chora klinikę.

Następnie bystrość wzroku znacznie się poprawiła. Rozwiązanie nastąpiło w domu o przebiegu prawidłowym w dniu 2. IV. 1927 w 3 tygodnie po operacji oczu. Po rozwiązaniu chora uczuła się dobrze i zauważyła znaczną poprawę ostrości wzroku.

19. IV. Centralnie na rogówce o. p. powierzchowne zamglenie. V. p. 5/30.

O. l. czyste. V. 1. 5/50. Czyta J. N. 1. Dno obu oczu prawidłowe. Tonometr Schiötza (5'5) 20 n/n

10. V. V. p. 5/20 lekkie zamglenie w nabłonku rogówki. V. l. 5/35. Na tęczówkach plamy szaro-niebieskie wskutek zaniku barwika.

3. XII. V. p. 5/10 z korekcją — 0'75 D kombinowane z cylindrami — 1'5 D oś 165° widzi 5/6. V. l. 5/35 z korekcją cylindrem — 2 D oś 150° 5/10. Czyta Jäger N. 1. Tonometr Schiötza (5'5) 18 n/n. Na rogówce o. p. delikatna plamka od góry, na tęczówce dwie jasno-niebieskie plamy, mniejsza owalna od wewnątrz i większa od zewnątrz po zaniku tęczówki. Na oku lewem widoczne trzy jasno-niebieskie owalne plamki zanikowe na tle ciemno-brunatnej tęczówki, jedna większa od wewnątrz, dwie mniejsze od zewnątrz i dołu. W miejscach zanikowych i odbarwionych beleczki rusztowania są w zaniku, drobna ziarnina barwikowa, o odcieniu czarnym, bardzo delikatna, leży obficie na beleczkach i w kryptach (lampa szczelinowa). Dno oka prawidłowe, pole widzenia na wszystkie barwy prawidłowe.

3. II. 1928. Rogówki w zupełności czyste, źrenice miernie szerokie, nie reagują, ostrość wzroku dobra jak w dniu 3. XII. 1927, liczne plamki na tęczówce po zaniku tęczówki, zrosty rąbka barwikowego tęczówki z torebką soczewki, bardzo delikatna i widoczna tylko w lampie szczelinowej siatka barwikowa i fibrynowa w obrębie źrenicy. Na plamach odbarwionych tęczówki leży na powierzchni drobna, czarna ziarnina barwikowa i plamy te mają wygląd jakby jasnych pól posypanych pieprzem. Dno oka prawidłowe.

Rozbiór moczu przeprowadzony kilkanaście razy przed i po rozwiązaniu wykazał: 18. I. 1927: miernie kwaśny, kwas moczowy 0'0625%, w ilości zwiększonej, mocznik 2'86% w ilości znacznie zwiękssonej, ślad białka.

11. III. Białko 0'33% 2—3 wałeczków drobnoziarnistych na preparacie.

21. III. Mocznik 2%, białko 2.6%, barwiki krwi, liczne przybłonki miedniczek nerkowych, bardzo liczne leukocyty, pojedyńcze wałeczki szkliste i liczne czerwone ciałka krwi.

23. III. Białko 2'88%, nieznacznie zwiększona ilość przybłonków i leukocytów, dość liczne, przeważnie świeże krwinki, bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste, liczne bakterje.

28. III. Białko 1'15%, bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste, pojedyńcze krwinki.

2. IV. Poród o przebiegu prawidłowym.

15. IV. Białko 0'4%, bardzo nieliczne wałeczki szkliste.

26. I. 1928. Wałeczków nie znaleziono, ślad białka.

W przedstawionym przypadku mamy niewątpliwie do czynienia z jaskrą zapalną i to pierwotną, przemawiają za tem wszystkie objawy jaskry. Jeżeli ciśnienie wśródgałkowe po zapuszczaniu pilokarpiny co godzinę w cigu 24 godz. wynosiło 50 m/m Hg, o ileż większe musiało być przed zapuszczeniem pilocarpiny. Zastanawia nas czynnik, który spowodował wybuch jaskry w ostatnich miesiącach ciąży u osoby, która nie miała przedtem żadnych objawów jaskry i dwa razy przechodziła prawidłowo ciążę. Na ten czynnik musiało złożyć się zaburzenie koloidowe krwi i cieczy w przodkowej komórce przy równoczesnem zaburzeniu gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i lekkiem zatruciu organizmu jadami, na co wskazywałyby przybłonki miedniczek nerkowych, wałeczki szkliste i ziarniste oraz ilość białka w moczu nieco zwiększona, które długo się utrzymywały. Przy tego rodzaju zaburzeniach musiała być prawdopodobnie wyjątkowo wzmożona zasadowość krwi i cieczy w p. komórce, których to badań nie przeprowadzono. Jeżeli bowiem normalna ciąża ma prawie zawsze wzmożoną kwasote krwi i cieczy w p. komórce według większości autorów, to przy ciąży patologicznej mogą stosunki wyjątkowo ulec zmianie, jak to mogło mieć miejsce w tym przypadku. Gdyby to było zapalenie tęczówki spowodowane jadami, to nie byłoby tak gwałtownych objawów zapalnych ze strony rogówki, nie byłoby

zamglenia tak silnego środków łamiących oka, źrenice nie byłyby tak szerokie, ciśnienie zaś wewnątrzgałkowe nie byłoby tak dalece wzmożone. Następnie nie wystąpiłyby tak szybko plamy tęczówki. Jady mogły być tylko bodźcem do przekrwienia tęczówki, a wzmożona zasadowość krwi i cieczy w p. komórce mogły spowodować napęcznienie ciałka szklistego i soczewki oraz wzmożenie ucisku wśródgałkowego, a stosownie do twierdzenia Wielanda i Schoena mogło przyjść do porażenia ośrodka zwężającego źrenicę wskutek zmniejszonego napięcia CO_2 krwi. Za jaskrą przemawia wreszcie gwałtowny przebieg napadu, o wielkim nasileniu w przeciągu 24 godz., czego nigdy nie zauważa się przy zapaleniu tęczówki. Jakkolwiek teorje jaskry zapalnej są najrozmaitsze i możnaby bardzo długo rozwodzić się nad niemi, to gwałtowny wybuch napadu jaskry i przebieg kliniczny nie nasuwają najmniejszej wątpliwości, że w tym wypadku była jaskra zapalna, chyba że ktoś nie uznaje wogóle jaskry zapalnej, a tylko zapalenie tęczówki jaskrowe, co na jedno wychodzi. Różnica będzie w samej nazwie, objawy zaś te same. W samym przebiegu jaskry uderza w tym przypadku silne nacieczenie rogówek dłuższy czas utrzymujące się, zapalenie wysiękowe z dążnością do zlepów, stosunkowo mała krwotoczność przy tak silnem zapaleniu. Przy zapaleniu rogówek był przedewszystkiem napęczniały nabłonek rogówki przy równoczesnem zajęciu głębszych warstw.

Z punktu położniczego nasuwa się sprawa wskazania do przerwania ciąży przy ostrym napadzie jaskry. Ze strony oka jest mało wskazań do przerwania ciąży. Według Schauta wskazanie takie może stanowić: oderwanie siatkówki, białkomoczowe zapalenie siatkówki, mocznicowe oślepnięcie, a według Fejera krótkowzroczność wysokiego stopnia 20—30 D *(myopia perniciosa)* i wrzody rogówki, gdy ich postępu nie można powstrzymać, według Grzywo-Dąbrowskiego schorzenia nerwu wzrokowego, wytrzeszcz dużego stopnia przy chorobie Basedowa, zapalenie miąższowe rogówki na tle swoistem, schorzenia siatkówki i nerwu wzrokowego przy cukrzyczy, a według Szwarca jaskra prosta w niektórych jej postaciach. Jaskra zapalna nie była przedmiotem roztrząsania z tego punktu widzenia, gdyż dotychczas nie spotykano jej w ostatnich miesiącach ciąży. Naszym zdaniem nie może ona stanowić wskazania do przerwania ciąży, gdy jest jeszcze czas na wykonanie operacji, chyba gdy jest jaskra przewlekła i bardzo mała ostrość wzroku, wówczas mogłoby być wskazanie w zależności od przypadku. W naszym przypadku jaskra była w 8 miesiącu ciąży i dała się jeszcze na czas przeprowadzić operacja. Ewentualnie przy konserwatywnem leczeniu pilokarpiną należy próbować opanować napad jaskry, gdyby nie było czasu na wykonanie operacji.

Opisany przypadek pierwotnej jaskry zapalnej, spowodowanej ciążą w ostatnich miesiącach jest pierwszym w piśmiennictwie i budzi zainteresowanie nie tylko okulisty, ale również lekarza chorób kobiecych.

Piśmiennictwo.

1) A. Meesmann: Archiv. f. Augenh. 97. 1926. — 2) Hertel: Klin. Mon. f. Augenh. B. 10. S. 391. — 3) Annal. oculist. T. 160. S. 873. — 4) Meesmann: Arch. f. Augenh. B. 94. S. 119. — Tenże: Die Mikroskopie des lebenden Auges. 1927. — 6) Jasiński: Klinika ocz. Nr. 99. 110. 1927. — 7) Groenouw: Beziehungen. 1920. — 8) Mesirow: Amer. Journ. of opht. B. 10. Nr. 5. 1927. — 9) Bailliart-Hartmann: Annal d'oculist. T. 146. Z. 7. 1927. 10) Majewski: Przegląd lekarski. Nr. 20—24. 1910. — 11) Gałęzowski: Rec. d'opht. L. 365—375. 1874. — 12) Landsberg: Arch. f. opht. 14. 1. S. 195—208. 1878. — 13) Tenże: Philadelphia Med. Times 7. Nr. 253. Contribution to the pathology of childbed. 1878. — 14) Grzywo-Dąbrowski: Wykłady lekarskie. Nr. 5—6. 1926. — 15) Nieden: Klin. f. Aug. S. 420. 1891. — 16) Machek: Klin. Mon. f. Augenh. S. 422. 1883. — 17) Guttmann: Die Blutungen des Sehorgans. 1901. — 18) Menacho: Klin. Mon. f. A. N. F. 7. 1909. — 19) Reich: Klin. Mon. f. A. S. 349. 1822. — 20) Pineles: Zentrblt. f. Aug. S. 235. 1906.

Dr. Teofil FLEKER. Lwów.

Próby z tymofizyną Temesvary'ego.

Z Oddz. poł.-gin. Okręg. Zw. Kas Chorych.
Prymarjusz: Dr. M. Seidler.

Przypadki pierwotnie leniwych bolów porodowych, oraz osłabienie lub zupełne ustanie bolów po rozpoczęciu czynności porodowej są dobrze znane ogółowi specjalistów i praktycznych lekarzy. Przypadki te, szczególnie częste u starszych pierwiastek i osób otyłych, nie mają, przy utrzymanym pęcherzu płodowym, większego znaczenia, pomijając deprymujący i przykry dla rodzącej stan przeciągającego się porodu. Inaczej przedstawia się sprawa w razie pęknięcia pęcherza płodowego: łatwość zakażenia rodzącej przy długotrwałym porodzie, nader niekorzystny wpływ na dziecko — stanowią w tym wypadku momenty poważne, przemawiające za ukończeniem porodu i zmuszają lekarza do interwencji. Stosuje się wówczas bodźce mechaniczne, termiczne (gorące kąpiele), oraz chininum sulfur, refracta dosi, podając 1,0 — 1,20 g w ciągu godziny. W wielu wypadkach środki te są skuteczne, powodują wydatne wzmożenie czynności porodowej i prowadzą do ukończenia porodu. Pozostaje jednak cały szereg przypadków opornych, wobec których lekarz stawał bezradny. Próbowano wyzyskać fizjologiczne działanie wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej, który wywołuje silne skurcze macicy. Okazało się jednak, że ten środek do szerszego zastosowania się nie nadaje. Wrażliwość na preparaty przysadkowe jest indywidualna i bardzo rozmaita: dawka, wystarczająca w niektórych przypadkach, w innych okazuje się nieskuteczna — stąd trudność dawkowania. Wyciąg przysadki powoduje podwyższenie parcia krwi, jest przeto przeciwwskazany przy rzucawce porodowej, chorobach serca i nerek. Wreszcie wzgląd najpoważniejszy: skurcze macicy, wywołane wyciągiem przysadki, są bardzo silne, często o charakterze tężcowym, zagrażają przeto poważnie życiu dziecka. Prawie stale obserwuje się po injekcji preparatu przysadki nagłe pogorszenie się tętna płodu, tak, że przyjęła się zasada wstrzykiwania preparatu tylko wtedy, gdy istnieją możność i warunki natychmiastowego operacyjnego ukończenia porodu (niemiecka „Zangenbereitschaft"). Znane są jednak i takie przypadki, gdzie mimo natychmiastowej interwencji płód urodził się nieżywy.

Ostatnio podjęliśmy próby wstrzykiwania i kumulowania małych dawek Pituglandolu „Roche". W przypadkach wybranych wstrzykiwaliśmy w odstępach 20 min., przy ścisłej kontroli bólów i tętna płodu, po 0,2 preparatu domięśniowo do czasu wystąpienia silnych bolów. Zbyt skąpa ilość przypadków nie pozwala nam jeszcze na sprecyzowanie zdania, dotychczasowe nasze wyniki są jednak wcale zachęcające.

W każdym razie zakres stosowania preparatów przysadki jest dość ograniczony, ich użycie kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo, wobec czego do ogólnego praktycznego użytku się nie nadają.

W opisanym stanie rzeczy stanowi podana przez Temesvary'ego, a produkowana przez „Chemosan" tymofizyna, pożądane wzbogacenie naszego arsenału leczniczego.

Tymofizyna jest połączeniem wyciągu przysadki z wyciągiem grasicy. Dodatek grasicy osłabia gwałtowne działanie przysadki na macicę, to też bóle, wywołane przez tymofizynę, mają charakter rytmicznych, a zatem fizjologicznych skurczów. Wyciąg grasicy obniża ciśnienie krwi (Svehla, Basch, Parisot, Sheen, Vincent, Bingel, Strauss) przyczem część autorów uważa to działanie za nieswoiste; w każdym razie grasica niweczy podniesienie parcia, wywołane wyciągiem przysadki, kombinację tę można więc stosować także w przypadkach wzmożonego parcia krwi. Pozatem dodatek grasicy zwiększa wydatność skurczów macicy, działając synergetycznie z wyciągiem przysadki, a zarazem hamująco na zmęczenie mięśnia macicznego.

Tymofizyną posługujemy się od przeszło roku. Dotychczasowa trudność w nabywaniu tego leku nie pozwoliła nam niestety zebrać większego materjału, tak że doświadczenie nasze opiera się jedynie na skromnem zestawieniu 46 przypadków. Wyniki nasze są jednak po części tak przekonywujące, że poczuwamy się do obowiązku podzielić się naszemi spostrzeżeniami z ogółem lekarzy.

Jako nieodzowny warunek stosowania przyjęliśmy brak niestosunku porodowego i używaliśmy tymofizyny tylko w przypadkach, w których był spodziewany poród per vias naturales. Dla wypróbowania działania leku, stosowaliśmy go początkowo tylko u wieloródek, u których w ciągu porodu przyszło do osłabnięcia bólów, a zarazem były warunki do ewentualnego operacyjnego ukończenia porodu. Przekonawszy się następnie o skuteczności, a przedewszystkiem nieszkodliwości środka, przeszliśmy do stosowania go w okresie rozwierania ujścia i przy pierwotnie leniwych bolach, także u pierwiastek. Co do dawkowania, to powodowani, przesadną być może, przezornością, nabytą w doświadczeniach z preparatami przysadki, byliśmy bardzo ostrożni: dawaliśmy 0,5 do 1,0 ccm domięśniowo. Dawkę, podaną przez Temesvary'ego (2,0), uważamy zgodnie z szeregiem autorów zagranicznych (Demuth, Liebe, Graff) za zbyt dużą, stosowana bowiem przez nas dawka okazała się w większości przypadków wystar-

czająca, i woleliśmy ją raczej po pewnym czasie powtórzyć, aniżeli odrazu wstrzyknąć całą dawkę. Bóle po injekcji występowały w 5 — 10 minut i w odstępach 2 — 3 min. powtarzały się i trwały przeciętnie przez 2 — 3 godzin. O ile do tego czasu poród nie był ukończony, ponawialiśmy dawkę, nie wstrzykiwaliśmy jednak nigdy więcej, jak łącznie 2 ccm. W przypadkach korzystnych tymofizyna, wstrzyknięta w okresie rozwierania ujścia, powodowała ukończenie porodu w przeciągu 3 — 4 godzin.

Dość często obserwowaliśmy, że pierwsze bóle po injekcji były bardzo gwałtowne, tętno płodu stawało się nieregularne i wolne. Zaniepokojeni początkowo tymi objawami i gotowi już nierzadko do operacyjnego ukończenia porodu, przekonaliśmy się jednak, że symptomy te nie mają tak groźnego znaczenia, jak przy preparatach przysadkowych; późniejsze bóle stawały się regularne, rytmiczne, tętno płodu wracało do normy. Tę gwałtowność działania tłumaczy Temesvary wpływem wyciągu przysadki, który działa szybciej niż wyciąg grasicy. Jak już przedtem wspomniałem, wrażliwość na hypofizę jest rozmaita, toteż te silne skurcze macicy bynajmniej nie są zjawiskiem stałem, a zdarzają się raczej u osób, szczególnie wrażliwych.

Podobnie istnieje u pewnych osobników zmniejszona wrażliwość na wyciąg przysadki, co wykazał w doświadczeniach na zwierzętach Guggenheim, który wstrzykiwał Pituglandol do żyły udowej i stwierdził, że niektóre zwierzęta zupełnie nie reagowały. Ta niewrażliwość tłumaczy oporność pewnych przypadków na tymofizynę. W przypadku Burckharda przyczyną niepowodzenia było nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicznego wskutek ciąży bliźniaczej. Podobnie ma się rzecz przy nadmiernej ilości wód płodowych (hydramnion), która przez niektórych autorów jest nawet uważana za przeciwwskazanie dla tymofizyny.

We wszystkich naszych przypadkach osiągnęliśmy pożądany efekt t. j. wystąpienie regularnych, rytmicznych skurczów macicy. Jeżeli mimoto w zestawieniu naszem mieści się znaczny stosunkowo odsetek niepowodzeń, za jakie uważać można porody, ukończone operacyjnie, to pomijając małe, w związku z indywidualną wrażliwością może niewystarczające, dawkowanie, przypisałbym te niepowodzenia raczej niewłaściwemu użyciu, aniżeli samej tymofizynie. Kierując się bowiem względami przesadnej ostrożności, stosowaliśmy początkowo tymofizynę dopiero po długim czasie trwania porodu i po wyczerpaniu innych środków, jak zaś wynika z badań na zwierzętach wyciąg grasicy działa hamująco na zmęczenie mięśnia macicznego tylko wtedy, gdy mięsień ten nie jest jeszcze przemęczony (Müller i del Campo) i nie przyszło do toksycznego uszkodzenia mięśnia w czasie długotrwałego porodu (Kermauner). Bliższa analiza naszych 8-miu operacyjnych (kleszczowych) porodów w zupełności potwierdza to tłumaczenie.

We wszystkich tych przypadkach zastosowano tymofizynę już po długim czasie trwania porodu, efekt był krótkotrwały, a kleszcze zakładano z powodu braku bólów partych i zupełnego wyczerpania rodzącej. Mamy nadzieję, że przez wczesne użycie tymofizyny uda się nam w przyszłości wydatnie zmniejszyć ten odsetek operacyjnych porodów.

Jak wynika z powyższego właściwym momentem dla zastosowania tymofizyny jest okres rozwierania ujścia. Nie znaczy to, by środek ten był przeciwwskazany w późniejszych okresach porodu, osiągnęliśmy bowiem dobre wyniki także w okresie wypierania; warunkiem jest jedynie, by poród nie trwał jeszcze zbyt długo i mięsień maciczny nie był jeszcze przemęczony. W tych ostatnich przypadkach należy, o ile stan matki i dziecka na to pozwala, dać rodzącej odpoczynek. W tym celu wstrzykuje się 0,01 do 0,015 Morphii mur. podskórnie. Tymofizyna zastosowana po takiej kilkugodzinnej przerwie w bólach, daje często nadspodziewany efekt.

Własnych doświadczeń z przypadkami opornymi, o jakich donoszą niektórzy autorowie (Demuth, Temesvary, Graff), nie mamy. Demuth radzi w tych przypadkach uczulić macicę przez założenie do kiszki stolcowej balonu, napełnionego 150 cm³ gorącej wody. Zastosowana w godzinę potem injekcja tymofizyny prowadzi zwykle do celu, o ile oczywiście nie mamy do czynienia z wspomnianą już niewrażliwością na tymofizynę. Celem uczulenia macicy Ostrcil zaleca wstrzykiwanie Strychninum nitr. (3 razy po $^1/_3$ mg w odstępach $^1/_2$ godzinnych.

Ujemnego wpływu tymofizyny na przebieg III-ego okresu porodowego nie obserwowaliśmy. We wszystkich przypadkach łożysko odeszło samoistnie lub za lekkim uciskiem. W jednym przypadku wykonano skrobankę z powodu pozostania kawałka łożyska. W jednym przypadku spostrzegano krwotok w III-cim okresie porodowym i po odejściu łożyska. Przypadek ten dotyczył 42-letniej pierwiastki (!), u której stwierdzono w dnie macicy obecność włókniaka podsurowiczego, wielkości orzecha włoskiego.

Jedyny nasz przypadek urodzenia się płodu nieżywego po użyciu tymofizyny dotyczył porodu, powikłanego rzucawką porodową. Przywieziono wieczorem na oddział wieloródkę, lat 36 (L. prot. 297/28) z obrzękami kończyn dolnych i silnymi bólami głowy. W moczu białko obecne w ilości 3‰, w osadzie liczne wałeczki szkliste, pojedyncze krwinki. Ciśnienie krwi wynosi 170 mm Hg. Według wywiadów i stanu koniec ciąży, bóle słabe. Pęcherz płodowy pękł przed godziną. W 15 minut po przyjęciu atak drgawek, połączony z sinicą, trwający 10 minut. Po napadzie brak przytomności przez 15 min. Zastosowano leczenie objawowe wedle Stroganoffa oraz wstrzyknięto 0,5 tymofizyny przy utrzymanej części pochwowej i ujściu rozwartem na 2 palce. Po 10 min. wystąpiły regularne bóle, przyczem chora śpi głęboko. Po 2 godz. powtórzono injekcję (0,75). Przez całą noc dość dobre bóle, chora często się budzi, podmiotowo odczuwa bóle. Tętno płodu dobre. O godzinie 8-mej rano bóle słabe tętno płodu słyszalne, bardzo głuche. Wstrzyknięto 0,75 tymofizyny. Po $^1/_2$ godz. samoistny poród, płód urodził się omdlały i nie dał się docucić. Jest rzeczą wątpliwą, czy wobec znanej dużej śmiertelności dzieci z powodu rzucawki, obciążyć należy tym przypadkiem statystykę tymofizyny, tembardziej, że podawane rodzącej środki narkotyczne nie mogły pozostać bez wpływu na płód. To stosowanie środków narkotycznych tłumaczy również dość słabe w tym wypadku działanie tymofizyny.

Uszkodzenia części miękkich nie są częstsze, jak przy zwykłych porodach. Obrażeń szyi wogóle nie spostrzegaliśmy. 1 raz powstało pęknięcie krocza II-go stopnia, 1 raz nacięto krocze, pomijając oczywiście porody kleszczowe, przy których zasadniczo nacinamy krocze.

Dla zobrazowania działania tymofizyny pozwolę sobie przytoczyć kilka szczególnie charakterystycznych przypadków:

P. D., wieloródka, lat 26, L. prot. 291/28. Pierwszy poród długi, ciężki, dziecko po 2 dniach zmarło. II-gi poród — dziecko sine, zmarło zaraz po porodzie. Badanie wykazuje wymiary miednicy prawidłowe, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na 3 palce, pęcherz płodowy utrzymany, główka nad wchodem. Bóle słabe. Zastosowano chininę bez efektu. Po injekcji 1 cm³ tymofizyny nastąpił po 2 godz. poród żywego, donoszonego płodu.

H. S., pierwiastka, lat 30, L. prot. 716/28. Bóle porodowe od 48 godzin, pęcherz płodowy pękł bezpośrednio po rozpoczęciu bólów. Obecnie od 3 godzin ukazuje się główka w szparze sromowej. Bóle słabe, tętno płodu dobre, temperatura rodzącej normalna. Injekcja tymofizyny pozostawała bez efektu, jak również zawiodła próba wygniecenia płodu sposobem Kristellera. Poród ukończono kleszczowo.

K. W., pierwiastka, lat 31, L. prot. 744/28. Bóle porodowe od 32 godzin, pęcherz płodowy pękł w krótki czas po rozpoczęciu bólów. Bóle słabe, nie wzmagają się również po gorącej kąpieli i podaniu chininy. Przy ujściu prawie zupełnie rozwartem główka przeszła wchód większym odcinkiem. Wstrzyknięto 1 cm³ tymofizyny. Po 20 min. poród samoistny — płód żywy.

K. M., pierwiastka, lat 42, L. prot. 226/29. Po 24 godz. czynności porodowej główka zstąpiła na dno miednicy, bóle zupełnie osłabły. Po injekcji 0,75 tymofizyny nastąpił w przeciągu pół godziny poród.

A. Cz., pierwiastka, lat 30, L. prot. 282/29. Bóle porodowe rozpoczęły się przed 3-ma dniami — po pęknięciu pęcherza płodowego. Nasilenie bólów od tego czasu się zmieniało, chwilami bóle bardzo słabe lub zupełnie ustają. Badanie wykazuje wymiary miednicy prawidłowe, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na 3 palce, główka przyparta do wchodu, daje się odepchnąć, przedgłowie wielkości małego jabłka. Temperatura rodzącej 37,7, tętno płodu dobre. Injekcja tymofizyny spowodowała tylko krótkotrwałą poprawę bólów. Wieczorem wstrzyknięto 0,015 Morph. mur., poczem bóle ustały i rodząca całą noc spała. O godz. 5,30 rano injekcja 1 cm³ tymofizyny, o godz. 6,20 poród żywego dziecka.

M., pierwiastka, lat 29, obserwacja pryw. Pęcherz płodowy pękł przed rozpoczęciem bólów, bóle bardzo słabe. Podano chininę, lecz bóle przez cały dzień i następną noc nie wzmogły się. Badanie o godz. 11-tej przed południem wykazuje ujście rozwarte na $1^1/_2$ palca, główka przyparta do wchodu. Wstrzyknięto 1,0 tymofizyny — o godz. 13,30 poród był ukończony.

M. Ch., pierwiastka, lat 24, L. prot. 290/29. W 3 godz. po pęknięciu pęcherza bóle słabe, badanie wykazuje: część pochwowa

zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na 3 palce, główka we wchodzie ustalona. Wstrzyknięto 0,5 tymofizyny, po pół godz. poród.

Tymofizyna jest zatem środkiem, który w pewnych przypadkach oddaje znaczne usługi. Chciałbym tu jeszcze podnieść znaczenie tymofizyny dla ogólnej śmiertelności dzieci *intra partum*. Jak wynika z rozmaitych statystyk, szereg dzieci ginie wskutek przeciągającego się porodu. I tak Seitz podaje, że przy okresie wypierania, trwającym 2 godziny, rodzi się 0,8% dzieci nieżywych, po 4 godz. śmiertelność wynosi już 2,7%. Herff spostrzegał na 1200 samoistnych porodów 1,8% płodów nieżywych, u których śmierć nastąpiła z powodu długotrwałego porodu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że uzyskane dzięki tymofizynie skrócenie czasu trwania porodu nie pozostanie bez wpływu na tę śmiertelność, jak również zaoszczędzi niejednego porodu operacyjnego.

Tymofizyna może być użyta w każdym okresie porodowym, koniecznym warunkiem jej działania jest jednak rozpoczęcie czynności porodowej, na macicę bowiem ciężarną tymofizyna nie działa. Tę okoliczność można też wyzyskać dla celów rozpoznawczych, a mianowicie dla odróżnienia bólów ciążowych od porodowych.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

G. Roederer: *Orthopedie. Tuberculoses Chirurgicales.* G. Doin. Paris. Str. 459.

Książka ta w małym, wygodnym dla praktyka formacie — zawiera streszczone wiadomości z ortopedji i gruźlicy chirurgicznej. Autor bardzo umiejętnie i obrazowo przytacza rzeczy ważniejsze dla praktyka i bardziej potrzebne. Niekóre działy pracy są opracowane bardzo sumiennie *(coxa vara, luxatio coxae cong., scoliosis* i t. d.), jednak na niekorzyść innych równie ważnych jak gruźlica stawów i kości. W poprzednich stara się autor wyjaśnić nawet tak proste rzeczy, jak cięcie i robienie opasek, w drugiej natomiast ogranicza znacznie omówienie leczenia i wskazań do zabiegu, co jest tem bardziej ważne, że lekarz - praktyk częściej ma z tem do czynienia, niż np. z leczeniem skrzywień kręgosłupa, które zwykle odstępuje chirurgowi - specjaliście.

Podział pracy poza wspomnianą nierównomiernością jest przejrzysty. Napisana przystępnie i lekko umożliwia zrozumienie jej nawet przez początkujących w języku francuskim.

Janik (Lwów).

Serge Huard: *Les accidents de la cholecystectomie.* Masson. Paris. 1929. Str. 116.

Mała ta książka oddaje wielką przysługę chirurgji dróg żółciowych. Autor wziął sobie za cel wyjaśnienie przyczyn niebezpiecznych wypadków, jakie mają miejsce po wycięciu pęcherzyka żółciowego. Dlatego też uwzględnia dokładnie stosunki anatomiczne dróg żółciowych, a głównie ich nieprawidłowości, które zaleca każdemu chirurgowi mieć na uwadze podczas zabiegu. Na podstawie zbyt częstych nieprawidłowości dróg żółciowych odnosi się autor krytycznie do klasycznego sposobu wycinania pęcherzyka zwłaszcza w przypadkach ciężkich, w których zaleca swój sposób, który ma być bardziej pewny i bezpieczny. Polega on na oddzieleniu pęcherzyka sposobem podsurowiczym z podwiązaniem odgałęzień t. pęcherzykowej w pobliżu przewodu wspólnego, omijając sam pień tętnicy. Podwiązanie przewodu pęcherzykowego jest przy tym sposobie łatwe. Sposób ten którego szczegóły najlepiej przeglądnąć w oryginale zabezpiecza przed niebezpiecznymi wypadkami, jakie się zdarzają po wycięciu pęcherzyka a głównie przed podwiązaniem prawej t. wątrobowej.

Dokładne uwzględnienie powikłań i warunków wśród jakich się one zdarzają podnosi znacznie wartość pracy.

Janik (Lwów).

Kahlfeld-Wahlich: *Bakteriologische Nährboden - Technik.* Wydanie 2 z przedmową Prof. Dra O. Schiemanna, kierownika pruskiego instytutu dla chorób zakaźnych Roberta Kocha w Berlinie. Fischers Medizinische Buchhandlung 1929. Str. 167.

Podręcznik zawiera szereg praktycznych wskazówek głównie dla pracowników laboratoryjnych, podanych w sposób wyczerpujący. Autorowie podzielili książkę na część traktującą o pożywkach ciekłych, pożywkach stałych; w osobnym rozdziale omawiają szczegółowo przygotowywanie ogólne pożywek, podając jasno i przejrzyście metodę oznaczania odczynu pożywki przy pomocy określania pH metodą porównawczą Michaeliego. Dużo miejsca poświęcają przyrządzaniu barwików, przygotowaniu histologicznemu, konserwowaniu preparatów. Obszernie ujęty jest rozdział o sterylizowaniu, oczyszczaniu zakażonego materjału, przygotowywaniu wyciągów dla odczynu Wassermanna; podręcznik obfituje w cały szereg wzmianek, jak należy się obchodzić z autoklawą, centryfugą, termostatem i wodną łaźnią.

Niektóre rozdziały nie uwzględniają nowszych zastosowań, ogólnie przyjętych w pracowniach bakterjologicznych. Rozdział o pożywkach nie uwzględnia pożywek gruźliczych Petroffa, Hohna oraz aminokwasowych (trzustkowych) i in. Zbyt ogólnikowo i za mało przedstawiony jest ustęp o wyciągach dla odczynów surowiczych gruźlicy (autorowie podają jedynie metody Kahna i Blumenfelda nie uwzględniając szeregu metod innych jak np. Besredki, Wassermanna, Neuber - Klopstocka). Dobrze przedstawione są wskazówki ogólne tyczące się zachowywania porządku w pracowni bakterjologicznej. Dowcipnie i dosadnie ujęte są „Merkblätter“ na końcu książki.

Solidne wykończenie książki, szereg ilustracyj, techniczne umożliwienie notowania własnych spostrzeżeń w książce, zwięzły, jasny styl niezawodnie przyczynią się do rozszerzenia tego jedynego w swoim rodzaju podręcznika.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 5, z maja 1929: M. Kalisz: O styczności brzeżnej wypełnień zębowych.

Ratownictwo, rok I, nr. 6, z czerwca 1929: Fr. Białokur: Postępowanie w razie ukąszenia przez wściekłego psa. — H. Śledziewski: O sztucznym oddechu i ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci (dok.). — Uzdrowiska i letniska w Polsce (ciąg dalszy).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 25, z 20-go czerwca 1929: H. Higier: Nerwice ogólne, psychonerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie (dok.). — F. Michalec: W sprawie dodatniego odczynu Wassermanna w zwalniającem zapaleniu wsierdzia (endocarditis lenta) bez zakażenia kiłowego. — St. Kramsztyk: Nowe kierunki w nauce o żywieniu (streszcz. zbior. dok.). — B. Ostromęcki: Zdrowotność publiczna w samorządach województwa Kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919 — 1928.

Przemysł Chemiczny, r. 1929, nr. 12, z czerwca 1929: W. Dominik: Zagadnienie azotowe w Polsce na tle mapy źródeł energji.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 12, z 15 czerwca 1929 r.: A. Wrzosek: Napoleon Cybulski (1854 — 1919). — N. Cybulski: Uwagi w sprawie organizacji Uniwersytetów w Polsce. — Fr. Czubalski: Fizjologiczne działanie adrenaliny i jej znaczenie podczas duszenia. — R. J. Leszczyński: O niektórych jadach sympatomimetycznych. — L. Zbyszewski: O występowaniu odruchu zatoki tętnicy szyjnej (carotis sinus - reflex Heringa) pod wpływem bodźców termicznych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 4, z 1 kwietnia 1929: B-i: „Pomoc lekarska Magistratu st. m. Warszawy“. — E. Birszowski: Zagadnienie pracy zawodowej kobiety a ubezpieczenie społeczne. — Wyrok Sądu Najwyższego w sprawie umowy z lekarzanami w Kasie chorych m. Warszawy. — R. T.: Instrukcja w sprawie dokonywania przez Kasy chorych rozrachunku ze Skarbem Państwa na mocy art. 48 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. J. K.: Ustawa belgijska o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 12, z 15 czerwca 1929: E. Szelburg-Zarębina: Wiersz „Szczeniątka“. — M. Jacynówna: Z badań nad mową. — M. Benisławska: Matka jako sędzia. L. Krzemieniecka: Urwis. — J. Prażmowska: Jak zająć dzieci w czasie deszczu? — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie dziecka w drugim roku życia. — M. Dziadyk-Kłosińska: Kąpiele morskie. — M. Urszula Niepokoyczycka: O zakaźnych schorzeniach skóry. — Matki między sobą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 25, z czerwca 1929: I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, czerwiec 1929, tom VII, nr. 107: St. Runge i Bol. Witkowski: Zjawisko galaretowacenia przesączów jądrowych z zawartością torbieli jajnikowych.

Polska Dentystyka, rok VII, nr. 3, za maj - czerwiec 1929: J. Jarząb: Klinicznie niestwierdzone kostniaki szczęki powodem utrudnienia ekstrakcji zęba. — A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (część I).

Przemysł Cchemiczny, rok 1929, nr. 13, z lipca 1929: Zeszyt poświęcony sprawom drugiego Zjazdu Chemików Polskich w Poznaniu 2—5. VII. 1929.

Medycyna, jako numer 1 dwutygodnika, z 1 lipca 1929: L. Michniewiczówna i J. Roguski: O leczniczem działaniu przesączu Besredki w cierpieniach ocznych. — A. Kaczyński: Przypadek choroby Derkuma. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — H. Kłuszyński: Z międzynarodowego terenu pracy nad reumatyzmem. — M. Zweigbaum: Wspomnienie pośmiertne o L. Bondym.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 26, z 27 czerwca 1929: L. Endelmann: Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne. — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą. — S. Tennebaum: Przypadek ciężkiej krwawiączki. — N. Zandowa: Nowe poglądy na rolę płynu mózgo - rdzeniowego w patogenezie chorób (streszcz. zbior.). — B. Ostromęcki: Zdrowotność publiczna w samorządach województwa Kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919—1928 (dok.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekárske Listy.

Rok IX. Zeszyt 3. Marzec 1929 r.

Doc. Sumbal: *Aneurysma arterio - venosum*. Symptomatologja tętniaka tętnico - żylnego przypomina pod wieloma względami symptomatologję niedomykalności zastawek tętnicy głównej powikłanej z otwartym przewodem Botalla. Przypadek opisany ciekawym jest zwłaszcza z tego względu, że podane jest szczegółowe badanie fizykalne, elektrokardjologiczne i roentgenologiczne z okresu przed i po - operacyjnego. Przypadek tyczy się 30-letniego mężczyzny, który otrzymał w r. 1915 postrzał w lewe kolano. Operowany był na klinice Prof. Koszliwego. Ze zmian wywołanych przez operację należy wymienić głównie: Akcja serca znacznie zwolniona. Amplituda tętna zmniejszyła się znacznie. Tętnienie naczyń włoskowatych znikło. Również zmiany w ciśnieniu krwi były uderzające. Serce osiągnęło prawidłową wielkość. Zmiany przysłuchowe i dotykowe nad ujściem tętnicy płucnej znikły, również nad aortą.

F. Parlica: *Chorionepithelioma testis*. Patologiczno - anatomiczny opis 3 przypadków z dokładnym rozbiorem drobnowidowym. Pierwszy przypadek tyczył się kryptorchizmu prawostronnego i chorionepitheliomu złośliwego u 27-letniego mężczyzny, wychodzącego z prawego ukrytego jądra z licznymi przerzutami w płucach i wątrobie. Drugi przypadek: 25-letni mężczyzna, u którego badano jądro po wycięciu. Autopsja: stan po lewej semikastracji przemawiał za chorionepitheliomem złośliwym. Kryptorchismus prawostronny z zatrzymaniem pachwinowem. Przerzuty do płuc, wątroby, lewego nadnercza i gruczołów poza - otrzewnowych. Puchlina nerkowa lewa z powodu ucisku moczowodu nowotworem. Ucisk tętnicy brzusznej. W trzecim przypadku u 28-letniego mężczyzny wykazano przy autopsji: chorionepithelioma lewego jądra. Przerzuty do płuc wątroby, mózgu, nerek, gruczołów chłonnych, siatkówki prawego oka i skóry. W 2 zatem przypadkach istniał równocześnie kryptorchismus. Teratomu nie znaleziono w żadnym z 3 przypadków. Pierwszy i trzeci przypadek nie był z powodu wielkości nowotworu badany w serjach.

A. Fabian: *Odczyn zmętnienia Meinickego w osoczu*. M. T. R.[1]) w osoczu da się przeprowadzić podobnie jak w surowicy. Daje wyniki poniekąd lepsze, aniżeli M. T. R. w surowicy luetycznych przypadków, nie osiąga jednak liczby dodatnich R. B. W.

---

[1]) Meinicke - Trübungs - Reaction.

E. Haleczý: *Przepuklina ligamenti lacunaris pectinea incarcerata*. Krótki opis tych rzadkich przepuklin oraz opis przypadku. Chora była operowaną niedawno z powodu ileus, prawdopodobnie już w tym okresie wystąpiło uwięzgnięcie przepukliny, która się po lędźwiowem znieczuleniu uwolniła a pozostało tylko wtórne skręcenie. Przy drugiej operacji znaleziono przepuklinę, której worek przebił lig. lacunare Gimbernati i przedostał się pod fascia pectinea, gdzie między włóknami musculi pectinei wytworzył się worek wielkości orzecha. Worek był zrośnięty z lig. lacunare. Przeprowadzono plastykę wewnętrznego otworu przepuklinowego a po zamknięciu rany laparotomijnej worek częściowo usunięto i przeprowadzono plastykę secundum Föderle - Kostliwy.

Rok IX. Zeszyt 2. Luty 1929 r.

Fridrichowský: *Prof. Dr. Adolf Mach.*

J. Kostlivý: *Przyczynek do patogenezy nowotworów kostnych oblicza.*

R. Kadlický: *W kwestji chorób ocznych pochodzenia odontogenicznego.* Choroby zębów mogą wywołać cały szereg chorób ocznych bądź wprost per continuitatem bądź drogą przerzutową. O tę drogę ostatnią toczy się zawzięty spór. W rzeczywistości nie jest ona tak częsta, jak się przypuszcza. Autor opisuje przypadek, w którym równocześnie wystąpiło ropne zapalenie okostnej z wpadnięciem obcego ciała, pyłku żelaznego, które ugrzęzło w pobliżu corpus ciliare. Aczkolwiek w jamie ustnej toczył się proces ropny, nie nastało zakażenie w oku, gojenie się zębnego procesu nie miało żadnego wpływu na przebieg rany ocznej. Mimo, że przypadek ten przemawia przeciwko odontogenicznemu pochodzeniu ocznych chorób, to przecież autor w niektórych, lecz bardzo rzadkich przypadkach uznaje je.

Prof. B. Wiškowský: *Powikłane zapalenia jamy szczękowej i osteoperiostitis szczęki górnej pochodzenia zębnego.*

Prof. Koch: *Przyczynek do operacji rozszczepu podniebienia.* Nowożytne operacyjne metody rozszczepu podniebienia opierają się na metodzie Langenbecka, kombinowanej rozlicznemi fazami innych metod. Optimum okresu operacyjnego dla rozszczepu podniebienia przypada na koniec pierwszego i początek drugiego roku, więc na okres, w którym dziecko zaczyna tworzyć mowę. Okolicznościom, że dzieci często przychodzą do operacji późno, przypisuje autor winę, iż wyniki nie zawsze bywają zadawalniające. Niektóre przeszkody operacyjne stara się autor usunąć przy pomocy własnej modyfikacji. Modyfikacja jego polega na tem, że cięcia mobilizujące prowadzone są nowym sposobem.

Doc. Fridrichowský: *Symetrja jamy ustnej.* Symetrję w jamie ustnej znajdujemy nietylko w stosunkach prawidłowych lecz również i patologicznych. W zboczeniach patologicznych może brać udział każdy twór w jamie ustnej. Autor omawia wpierw te zboczenia, które się tyczą zębów, następnie zmiany kostnych części ust, w końcu miękkich części jamy ustnej. Opisuje 24 przypadków. Zjawiska te powstają czasami na tle konstytucjonalnym, oddziedziczonym, wprzypadkach innych na podłożu nerwowem. Bardzo rzadko bywają zyskane.

J. Přenošil: *Sepsis jamy ustnej a dzisiejsze stanowisko dentystyki lekarskiej.* W sporze pro i contra sepsis ustnej autor skłania się „za". Radzi zwracać baczną uwagę na ropne procesy odgrywające się w jamie ustnej i postępować z wielką starannością podobnie jak n. p. przy ropnem zapaleniu migdałków. Profylaksja posiada w tym przypadku wielkie znaczenie. Głównym warunkiem jest utrzymać jak długo można witalność zęba. Już powstające schorzenie korzenia należy leczyć z wielką rozwagą. Caries zęba powinna być leczona w pierwszym okresie, w którym nie ma jeszcze schorzenia korzeniowego. Bardzo ważną jest higjena ogólna jamy ustnej.

V. Beseda: *Przyczynek do ekstrakcji złamanych korzeni.*

S. Rehákova: *Przyczynek do złamań żuchwy.*

Doc. J. Fridrichowský: *Używanie etetoniny w dentystyce.*

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

1928.

J. Despons: *Cancer de l'amygdale.* Wyczerpujące studjum o raku migdałka podniebiennego. Szczególną uwagę zwraca autor na objawy początkowe: nieznaczne dolegliwości połykowe, bóle promieniujące do ucha, obrzęk gruczołów. Co do leczenia —

uważa autor, że każdy przypadek należy traktować indywidualnie. Naogół jednak porzuca się dziś metodę chirurgiczną i ogranicza się ją tylko do tych przypadków, w których guz rozwija się powierzchownie i nie daje w głębi zrostów. Inne przypadki należy leczyć metodami fizykalnemi. Na klinice Portmanna w Bordeaux postępuje się w sposób następujący: 1) Usunięcie gruczołów szyjnych i podszczękowych wraz z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewnętrznej — w narkozie ogólnej, — 2) nakłucia radowe podniebienia miękkiego, — 3) naświetlanie radem lub Roentgenem od zewnątrz.

Georges Portmann: *Les spasmes vasculaires en otologie.* Na wstępie wykazuje autor trudności badania otologicznego: podczas gdy neurolog i aftalmolog mogą bezpośrednio stwierdzić kurcze naczyniowe, otolog musi je badać pośrednio przez wywołanie odczynów błędnikowych. — Przy kurczach naczyń usznych chodzi o zaburzenia naczyniowo-ruchowe i mogą one być przemijające lub stałe .Zaburzenia te stoją w bezpośredniej zależności od nerwów naczynio-ruchowych ucha t. j. od gałązek nerwu współczulnego.

W części ogólnej autor opisuje dokładnie unaczynienie poszczególnych części narządu usznego a w szczególności błędnika; przedstawia zależności normalnego obiegu krwi ucha od krążenia ogólnego a w szczególności od czynności nerwu współczulnego. Działanie tego nerwu względnie włókien naczynio-ruchowych na różne części narządu słuchowego można stwierdzić doświadczalnie i klinicznie przez zmiany koloru i temperatury ucha zewnętrznego i środkowego (błona bębenkowa) i przez zaburzenia czynnościowe w zakresie błędnika (szmery uszne i t. d.); przytem mają włókna szyjne nerwu współczulnego głównie wpływ na ucho zewnętrzne, zaś włókna około tętnicy szyjnej na ucho wewnętrzne.

Przecięcie nerwu współczulnego (zarówno włókien szyjnych jak i okołotętniczych) wywołuje rozszerzenie naczyń błędnika; czynnościowo objawia się ono przez obniżenie wrażliwości narządu przedsionkowego z powstaniem oczopląsu ku stronie zdrowej. Chodzi tu o ten sam proces, co przy odczynie kalorycznym: działanie termiczne miejscowe wywołuje, zależnie od temperatury, rozszerzenie lub zwężenie naczyń; te zmiany naczyniowo-ruchowe, a nie prąd endolimfy, jak podaje Barany — wywołują odczyn kaloryczny.

Z badań autora nad działaniem środków naczynio-ruchowych u człowieka wynika, że podskórne wstrzyknięcie adrenaliny wywołuje wzmożenie wrażliwości przedsionkowej, które można stwierdzić przez badanie odczynów obrotowych i kalorycznych. To działanie jest zrozumiałe, jeżeli się uwzględni, że adrenalina jest sympatykotonikiem, wskutek czego powoduje kurcz naczyń błędnikowych.

Wszystkie części narządu słuchowego mogą być siedzibą zaburzeń naczynio-ruchowych z odpowiedniemi objawami klinicznymi. — W zakresie ucha zewnętrznego spotykamy objawy choroby Raymanda i Weir-Mitchella; pierwsza spowodowana przez działanie nerwów zwężających naczynia, druga przez nerwy rozszerzające naczynia.

Dla ucha wewnętrzenego przedstawia kurcz naczyń jeden z najważniejszych czynników chorobotwórczych. Z krótkiego przeglądu różnych zaburzeń błędnika, w których odgrywają rolę zmiany naczynio-ruchowe, autor podkreśla pewne szczegóły: Zawrót głowy i szmery uszne bywają wywoływane bądźto przez zwężenie bądź przez rozszerzenie naczyń. Wszystkie badania doświadczalne i fakty kliniczne wykazują zgodnie, że rozszerzeniu naczyń odpowiada obniżenie, a zwężeniu naczyń — wzmożenie pobudliwości przedsionkowej, Głuchota może wystąpić przy niedokrwieniu błędnika; jeżeli nie trwa zbyt długo, może ustąpić przez odwrotną czynność naczynio-ruchową.

Autor wyróżnia dwa zbiory objawów naczynio-ruchowych błędnikowych: a) zbiór naczyniokurczowy (angiospastyczny) z objawami: 1) szmery i zawroty głowy, 2) głuchota i zwiększenie pobudliwości przedsionkowej, 3) nadmierne napięcie (hypertonia) współczulne i b) zbiór vasodilatacyjny z tymi samymi objawami podmiotowymi, ale z obniżoną wrażliwością przedsionkową i ze zmniejszonem napięciem współczulnem. Te dwa syndromy chorobowe mogą też występować naprzemian u tego samego chorego.

Przyczyn tych zaburzeń należy szukać w czynności systemu nerwowego i gruczołów dokrewnych. — Leczenie tych stanów może być ogólne, (spokój, psychoterapja), fizykalne przez podawanie środków chemicznych (adrenalina, pilokarpina, ezeryna i t. d.), chirurgiczne (otwarcie worka cieczy błędnikowej).

Omówiłem nieco szerzej obszerną tę pracę, wypełniającą trzy numery czasopisma, ponieważ przynosi ona szereg ciekawych i nowych myśli. Autor opiera się na swych własnych doświadczeniach i badaniach, jednak omawia też dokładnie piśmiennictwo francuskie i obce. W młodej i zawiłej nauce o zaburzeniach naczynio-ruchowych w uchu — praca powyższa stanowi poważny etap w drodze do rozwiązania powyższego problemu.

M. Mounier — Kuhn: *Manifestations oculaires immédiatement consécutives aux interventions endonasales. (Manifestations vasculaires).* Na podstawie 5 przypadków, w których po operacji wśródnosowej nastąpiła natychmiastowa poprawa złego wzroku, zastanawia się autor nad przyczyną tej nagłej zmiany bystrości wzroku. Po wykluczeniu innych przyczyn dochodzi do wniosku, że w grę wchodzi mechanizm nerwowy a mianowicie, że przez rozszarpanie tylnego końca muszli średniej, w której znajdują się liczne gałązki nerwowe, zniszczono wpływ naczyniowo-ruchowy na naczynia nerwu ocznego i siatkówki. Chodzi więc o usunięcie kurczu naczyń. To zgadza się z poglądem, że zaburzenia wzrokowe spotykane przy neuritis retrobulbaris są wywołane przez stan kurczowy naczyń siatkówki.

Albert Roig: *A propos d'un cas de tuberculome de la langue.* Przypadek dotyczy 52-letniej chorej, poprzednio zawsze zdrowej, u której stwierdzono twardy, dobrze ograniczony, mało ruchliwy guz na prawej połowie języka. Chora wygląda b. dobrze, brak jakichkolwiek objawów, przemawiających za gruźlicą lub kiłą. Rozpoznanie kliniczne wahało się między włókniakiem a guzem gruźliczym. Operacja: wycięcie klinowate i zaszycie; po kilku dniach wyleczenie. Histologiczne badanie wykazało tuberculoma.

Alfredo Orlandini: *Contributions au traitement de la tuberculose laryngée par voie endotrachéale.* Autor poleca wstrzykiwania wśródtchawiczne środków leczniczych (gomenol, gnajakol, kreosot i t. d.) w roztworach oleistych. Autor stosuje tę metodę we wszystkich okresach gruźlicy krtani a osiągnął w wielu przypadkach wyleczenie krtani a nawet płuc; w innych wybitną poprawę. Metoda ta stoi wyżej od wszystkich innych sposobów leczenia gruźlicy krtani.

Roger Bertoin: *Syndrome hyperthermique postopératoire chez un nourisson. Guérison.* W ostatnich latach pojawiło się kilka publikacyj, opisujących nagłe i nieprzewidziane powikłanie u oseskόw, operowanych z powodu schorzenia wyrostka sutkowego. Dzieci te umierają w kilka godzin po zabiegu wśród objawów nadmiernej gorączki i niezwykłej bladości twarzy — bez jakiejkolwiek przyczyny miejscowej lub ogólnej, tłómaczącej wystąpienie tych objawów.

Autor opisuje podobne objawy u oseska 9-miesięcznego, u którego temperatura doszła po operacji do 41,3°. Po nakłuciu lędźwiowem poprawa; na drugi dzień groźne objawy; powtórne nakłucie znów z dobrym wynikiem. Dziecko wyzdrowiało. Autor odnosi wrażenie, że nakłucie lędźwiowe uchroniło chorego od niechybnej śmierci.

P. Guns: *Considérations bactériologiques sur l'ozène.* Autorowi udało się wyhodować z wydzieliny nosowej chorych na ozenę otoczkowce, produkujące w wielkiej ilości śluz. Jednak obecność tego zarazka nie wystarcza do wywołania ozeny, albowiem umiejscowiony w nosie prawidłowym lub zanikowym nie wywołuje żadnych następstw. Zdaje się więc, że w etjologji ozeny odgrywa rolę jeszcze inny czynnik ,chwilowo nam nieznany.

D. Mineff: *La topographie anatomique de l'antre pétro-mastoïdien.* Autor przeprowadził szereg badań na kościach skroniowych w celu dokładnego oznaczenia miejsca, przez które najlepiej dostać się do jamy sutkowej bez uszkodzenia zatoki poprzecznej i nerwu twarzowego. Poszukiwania autora wykazały, że wbrew klasycznemu zapatrywaniu — linja skroniowa nie powinna być miejscem orjentacyjnym; natomiast najstosowniejszym i najpewniejszym punktem wyjścia dla trepanacji jest kolec nadprzewodowy. (Spina supra metaum). W wypadkach, z których kolca tego brak jama sutkowa kości skalistej jest duża, powierzchowna i przedłuża się ku tyłowi. W wypadkach tych kolec ten zastąpić można przez punkt przecięcia linji poziomej, przeprowadzonej przez górną ścianę przewodu zewnętrznego z linją pionową, przechodzącą przez ścianę tylną przewodu.

Spira Józef (Kraków).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

I Posiedzenie naukowe z dnia 25 stycznia 1929.

Przewodniczy Kol. Gąsiorowski.

Obrady zagaja przewodniczący kol. Gąsiorowski wezwaniem do współpracy zwłaszcza młdszych kolegów, tudzież podaniem głównych wytycznych formalnej strony obrad.

Po załatwieniu kilku spraw administracyjnych przystąpiono do porządku obrad.

1) Kol. Zalewski T. przedstawia i omawia *przypadek plastycznej operacji przetoki poantrotomijnej.* Po prepanacji wyrostka sutkowego błona śluzowa z jamy bębenkowej wrosła do jamy, powstałej po trepanacji, pokrywając ściany jamy. W ten sposób błona śluzowa była przeszkodą do zagojenia się rany pooperacyjnej. Błonę śluzową z jamy kostnej usunięto, a następnie płat z części miękkich, wzięty z okolicy po za uchem wsunięto do jamy kostnej w ten sposób, by oddzielić jamę bębenkową od jamy kostnej w wyrostku; płat wzięto z tkanki podskórnej. Jama kostna wypełniła się ziarniną dość dobrze i nastąpiło zupełne wygojenie.

2) Kol. Bocheński przedstawia i omawia *2 przypadki ciąży w szczątkowym rogu macicy.* Osoba 22-letnia, zamężna od 4 mies. Ostatnia miesiączka przed 3 mies. Nagle w nocy wystąpiły objawy silnego krwotoku wewnętrznego. Rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, pękniętą. Wykonano laparotomię i stwierdzono stan następujący: Po stronie lewej macica normalnej wielkości, na wysokości ujścia wewnętrznego odchodzi od niej druga macica, kulista, nieco mniejsza od macicy lewej. W dnie tejże macicy jest otwór o brzegach strzępiastych szerokości palca. Przydatki lewe prawidłowe w związku z lewą macicą. Przydatki prawe również normalne z pękniętą macicą prawą. W jamie brzusznej jest jajo płodowe całe, odpowiadające 3 mies. ciąży, ponadto bardzo wielka ilość skrzepów i krew płynna. Odcięto prawą pękniętą macicę i kikut pokryto otrzewną. Przebieg pooperacyjny gładki, wyleczenie.

b) U wieloródki, znajdującej się w ostatnim miesiącu ciąży, wystąpiły bóle, które trwały 3 dni a potem ustały, równocześnie osoba ta przestała odczuwać ruchy płodu. Skoro po upływie dalszych 3 miesięcy poród nie występował, zgłosiła się po poradę do kliniki. Stwierdzono wyraźne ogólne objawy ciąży, a w jamie brzusznej guz, odpowiadający macicy ciężarnej w VIII mies. ciąży, o powierzchni gładkiej, ruchomy, niebolesny. Badaniem wewnętrznem stwierdzono macicę twardą, nieco pomniejszą, w tyłozgięciu po stronie lewej wyżej guz opisany, który pozostawał w ścisłym związku z macicą zapomocą grubej szypuły, wychodzącej od macicy po stronie lewej w okolicy, odpowiadającej ujściu wewnętrznemu. Na podstawie powyższego badania i wyraźnych wywiadów rozpoznano ciążę donoszoną w rogu szczątkowym macicy. Prześwietlenie potwierdziło rozpoznanie, wykazało bowiem w guzie części płodu. Operacja polegała na przecięciu szypuły guza i zaopatrzeniu jej pozaotrzewnowo. Guz był zupełnie wolny, bez żadnych zrostów (Pokaz guza i rentgenogram).

W dyskusji Kol. Wiczyński podnosi trudność zastąpienia i znaczną skłonność do poronień w przypadkach wad rozwojowych macicy. Trudność zastąpienia obok fizycznych przeszód ze strony szyjki macicy pochodzić może także z niedomogi samej błony śluzowej macicy w tworzeniu się cyklicznych jej przemian. O ile tych fizycznych przeszkód ze strony szyjki niema — to poronienie odbywa się drogami naturalnemi. Powyższe dwa fakty objaśnia mówca własnemi przypadkami. Na tle innego przypadku objaśnia W. trudności rozpoznawcze między ciążą w rogu macicy podwójnej a guzami przydatków macicy.

3) Kol. Jurimowa omawia przypadek *żółtaczki hemolitycznej wrodzonej.*

4) Kol. Ziembicki zwracając uwagę na częstość *ropni płucnych zgorzelinowych* w drugiej połowie r. 1928, omawia 6 przypadków tego schorzenia. U jednego osobnika, podeszłego wieku, po objawach, przypominających zawały krwotoczne wystąpiła szybko sprawa zgorzelinowa i wśród objawów zapadu skończyła się w paru dniach śmiertelnie. W drugim przypadku, gdzie istniała możność iterwencji chirurgicznej lub odmowej, chora na żaden zabieg się nie zgodziła, jej dalsze losy nie znane. Z dwu następnych przypadków, leczonych chirurgicznie, jeden zakończył się zejściem śmiertelnem, drugi został trwale wyleczony. Ropień umieszczony był blisko powierzchni klatki piersiowej i dał się opróżnić z łatwością. Zabieg wykonano na oddziale chirurgicznym (Kol. Ostrowski Tad.). Dwa następne przypadki poddane zostały leczeniu przy pomocy sztucznej odmy. Obydwa pozostają jeszcze w obserwacji na oddziale szpitalnym. W jednym z nich ropień usadowiony był w pobliżu wnęki, a więc głęboko, dostęp chirurgiczny był wątpliwy. Brak zrostów opłucnowych ułatwił założenie odmy, poczem bezpośrednio ciepłota opadła, cuchnąca plwocina w zupełności ustąpiła. Odma była następnie 3-krotnie powtórzona, ściana ropnia objawiała bowiem tendencje do rozchylania się. Chora przybywa na wadze, czuje się doskonale, pomaga dobrowolnie w posługach szpitalnych. Czy wyleczenie będzie trwałe, przyszłość niedaleka okaże. Drugi przypadek, leczony odmą, odznacza się tem, że jest z wszystkich jedyny, w którym nie było jednej jamy, ale kilka drobnych ropni obok siebie. Po założeniu odmy i tu cuchnąca plwocina ustąpiła, ciepłota spadła. Na uwagę zasługuje, że wszystkie ropnie w wymienionych przypadkach umiejscowione były w płucu prawem, jak to zresztą bywa najczęściej. Z trzech ropni, obserwowanych na innym oddziele (chirurgicznym) jeden leżał po stronie lewej. Mowca rozpatruje wskazania do wyboru odpowiedniego zabiegu i sądzi, że do opróżnienia drogą operacyjną nadają się przedewszystkiem ropnie położone blisko powierzchni klatki piersiowej, dalej ropnie, którym towarzyszą zrosty opłucnowe. Ropnie, leżące głęboko powinny być, o ile inne warunki pozwalają, opróżniane zapomocą odmy. Reszty możnaby dokonać dorgą bronchoskopji. Leczenie przy pomocy samego tylko bronchoskopu bez opróżnienia ropnia czy to na drodze operacyjnej, czy odmowej, uważa mowca za bezcelowe. Wszelkie środki wewnętrzne, czy dożylne (salwarsan), mogą mieć znaczenie tylko pomocnicze. (Mowca objaśniał pokaz przeźroczami, w końcu zaś zwrócił się do obecnych z zapytaniem, czy i inni koledzy spostrzegali w roku ubiegłym stosunkową częstość ropni płucnych zgorzelinowych).

Dyskusja: Kol. Pisek: Spostrzeżenia co do obecnej częstości przypadków ropni płucnych mogę ze swej strony potwierdzić. W ostatnich miesiącach spostrzegałem na moim oddziale trzy przypadki. Jeden dotyczył mężczyzny w sile wieku u którego po przebytem zapaleniu ogniskowem płuc rozwinęła się zgorzel w płucu lewem z plwociną niemożliwie cuchnącą, cechująco się warstwującą. Drugi chory okazywał jamę wielkości jaja gęsiego w górnym płacie — po zapaleniu płuc dławcowym; u trzeciego chorującego już od 2 lat wskutek licznych rozstrzeni oskrzelowych wytworzyły się ropiejące liczne jamy rozstrzeniowe. U chorego pierwszego systematyczne leczenie zastrzykami transpulminy, emetyny przy równoczesnem stosowaniu leków żywicznych — mimo równocześnie przedsięwziętej operacji krwawnic i przetoki odbytnicowej — osiągnąłem wyleczenie. U drugiego chorego stosując transpulminę, emetynę, okresowo neosalwarsan — obok diety „suchej", ustawienia łóżka właściwego — wynik również był dobry. Prześwietleniem kilkakroć przedsięwziętem stwierdzono całkowite zagojenie się rany. Po 2-miesięcznem leczeniu w uzdrowisku klimatycznem powrócił na oddział z jamą dawną i drugą mniejszą (Roentgen) powyżej dawnej. Obecnie po kilkutygodniowem leczeniu na oddziale stracił wysokie ciepłoty — prześwietlenie stwierdzało poprawę. U trzeciego chorego leczenie — obecnie zastrzykami kamfochinem nie daje widocznej poprawy, jedynie ustępuje podwyższona ciepłota. Zabiegi chirurgiczne wskutek twardych zrostów nie są możliwe.

Stosowanie sztucznej odmy przy jamach zgorzelinowych wyjątkowo mogą dać wyniki korzystne. Możliwość przedarcia cienkiej czasem ściany jamy musi być brana pd uwagę przy dokonaniu odmy sztucznej.

Całkowite wygojenie się b. starych ropiejących jam — o grubej nierównej membrana pyogenes — nie jest prawdopodobnem a stąd i stosowanie w tych przypadkach nie rokuje wyników korzystnych chyba bardzo wyjątkowo.

Kol. Nowicki zauważa, że w ostatnich czasach stwierdzano w tutejszym Instytucie anatomji patologicznej ropnie płuc bez widocznego źródła anatomicznego ich pochodzenia. Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące obecnie panującej grypy, wskazywałyby na związek tych ropni z zakażeniem grypowem. Mowca wspomina o powikłaniach, spostrzeganych w czasie pandemji w r. 1918 i 1919. Co się tyczy leczenia tych ropni zapomocą odmy opłucnowej sztucznej, mowca zauważa, że w przypadkach ropni starszych widoki zupełnego zbliznowacenia płuc w miejscu ropnia będą gorsze: wytworzona błona ropotwórcza będzie przeszkodą w tego rodzaju gojeniu się sprawy przewlekającej się. Należałoby badać bakterjologicznie wydobywaną ropę nakłucia.

Kol. Czernecki obserwował około 20 ropni płucnych w trzech ostatnich latach: — omawia sposoby rozpoznawania ich.

Kol. Węgrzynowski miał 4 wypadki ropni płucnych w obserwacji tego roku. Stosowano leczenie salwarsanem. Leczenie odmą nie zawsze jest bezpieczne.

Kol. Ostrowski T. omawia patogenezę ropni płucnych, tudzież sposoby leczenia tak konserwatywnego jak też chirurgicznego.

Kol. Elmer wspomina o surowicach leczniczych, stosowanych w takich wypadkach na klinikach paryskich.

Kol. Gąsiorowski podkreśla różnicę etjologiczną grypy a ropni płucnych, tudzież omawia wyniki własnych badań rozpoznawczych w danym zakresie.

Kol. Dynin zaznacza, iż ropnie płucne obserwowane są u chorych powyżej 50 lat.

Kol. Ziembicki wyraża zadowolenie, że sprawa, którą poruszył wywołała tak obszerną i pouczającą dyskusję, potwierdzającą zarazem jego spostrzeżenie, że ropnie zgorzelinowe w płucach występowały istotnie częściej w r. 1928 niż w innych latach.

W odpowiedzi Kol. Nowickiemu stwierdza, że etjologja ropni była w omówionych przypadkach najrozmaitsza. W jednym przypadku ropień płucny poprzedzony był przez zakażenie połogowe, w innych był być może wywołany przerzytowo przez ropnie migdałkowe. Wiadomo z piśmiennictwa, że zgorzel płuc może wystąpić w następstwie ropnia śródusznego, lub zapalenia wyrostka robaczkowego. Wprowadzać swych przypadków ropni w związek z grypą nie mógłby, bo istnieje w tym względzie potrzebne kriterjum bakterjologiczne. To co w bieżącej zimie występowało pod postacią grypy, przebiegało dość łagodnie, do stosunkowo częstych zaś powikłań należy podostre zapalenie stawów. Mowca nie zgadza się z Kol. Czerneckim, jakoby częstość ropni płucnych była wynikiem udoskonalonego rozpoznania. Wszak chodzi o ropnie zgorzelinowe, a tu sama woń cuchnąca stanowi o rozpoznaniu. Promienie Roentgena, wyświetlające lokalizację, a nie sam charakter cierpienia, znamy przecież także już od dawna. Uwaga Kol. Węgrzynowskiego o możliwości pęknięcia ropnia pod naciskiem odmy, może jest słuszna, ale sądzi, że ropień usadawiony głęboko, koło wnęki, uciśnięty równomiernie ze wszystkich stron wolnem od zrostów płucem, które w całości przesuwa się pod wpływem odmy, na takie pęknięcie niezbyt jest narażony. Na zapytanie co do wieku chorych, wyjaśnia mowca, że z wyjątkiem jednego przypadku, wszystkie dotyczyły chorych w sile wieku, lub młodych.

5) Kol. Aleksiewicz J. przedstawia protezę nosa z celluloidu. W dyskusji Kol. Ostrowski T. omawia etjologię tego przypadku i wykonany zabieg operacyjny.

SPRAWY ZAWODOWE.

Prof. Dr. L. WACHHOLZ. - Kraków.

Instrukcja w sprawie wykonywania sądowych sekcyj zwłok *).

Niskość taryfowego wynagradzania lekarzy - biegłych za ich czynności w sądach karnych była niewątpliwie jednym z powodów upadku ekspertyzy lekarskiej w naszych sądach. Upadek ten zaznaczał się przedewszystkiem bardzo dotkliwie, ile razy podejmowano sekcję zwłok a to bez względu na to, czy w danym przypadku chodziło o przestępstwo mniej doniosłe, czy też wprost o kapitalną zbrodnię. Na większości protokołów sekcji sądowych nie można było z czystem sumieniem oprzeć stanowczego orzeczenia, aby przypadkiem nie przyłożyć ręki do niewinnego zasądzenia. W roku ubiegłym przedstawiłem Ministerstwu Sprawiedliwości konieczną potrzebę ulepszenia i podwyższenia taryfy sądowo - lekarskiej, a zarazem potrzebę wydania szczegółowej instukcji co do wykonywania sekcji sądowej zwłok. Na wyrażone życzenie przedłożyłem Ministerstwu Sprawiedliwości projekt nowej taryfy sądowo - lekarskiej i projekt rzeczonej instrukcji. Projekt mój nowej taryfy sądowo - lekarskiej uzyskał moc rozporządzenia 15 lutego b. r., które obowiązuje od 11 kwietnia b. r. Projekt zaś instrukcji, uzgodniony na konferencji mej z przedstawicielami Ministerstwa Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych w dniu 8-go czerwca b. r., będzie ogłoszony rozporządzeniem tych Ministerstw wraz z innemi rozporządzeniami Ministerstwa Sprawiedliwości, związanemi z wprowadzeniem w życie nowego kodeksu postępowania karnego od 1 lipca 1929. Nowa instrukcja w sprawie wykonywania sekcji sądowej zwłok odpowiada podobnym instrukcjom, istniejącym niemal we wszystkich państwach. Normuje ona szczegółowo z jednej strony tok postępowania przy oględzinach zewnętrznych zwłok, przy sekcji właściwej, przy podejmowaniu pewnych prób, związanych z istotą danego przypadku, z drugiej zaś strony porządek i sposób redagowania protokołu sekcji oraz końcowej opinji. W części ogólnej omawia instrukcja obowiązki i przywileje znawców, wreszcie obowiązki władz i czynników, współdziałających przy podejmowaniu sekcji zwłok z polecenia sądu. W tej części ogólnej znajduje się także przepis, dozwalający na powoływanie dwóch biegłych do wykonania sekcji a to w przypadkach, w których zachodzi podejrzenie cięższego przestępstwa (zbrodni). Za ścisłe wykonanie rzeczonej instrukcji odpowiada w pierwszym rzędzie sędzia, który polecił ją wykonać lekarzowi biegłemu. Należy żywić nadzieję, że nasi biegli zechcą się dokładnie zaznajomić z powyższą instrukcją, która przypomni dokładny i ścisły sposób wykonywania sekcji zwłok, widywany przez nich w zakładach naukowych w czasie studjów uniwersyteckich, i postarają się o podniesienie należyte poziomu swych ekspertyz.

*) Rzecz napisana i przesłana Redakcji 21 czerwca b. r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Od „Rodziny Lekarskiej" w Warszawie. Wyjeżdżając na wywczasy letnie nie zapominajcie o tych nieszczęśliwych, którzy gniją w wilgotnych suterenach lub duszą się na poddaszach. Zasilajcie fundusze „Rodziny Lekarskiej" przez zapisywanie się na jej członków. Ofiary i zapiski przyjmuje Sekretarjat, Podwale 18 (lokal Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej) w godzinach biurowych. Konto czekowe 15922.

Spełniając zamiar wyrażony w styczniowym zeszycie „Wiedzy Lekarskiej" ogłasza Redakcja Konkurs na najlepszą pracę lekarską napisaną na temat dowolny, lecz uwzględniającą w pierwszym rzędzie potrzeby lekarza praktyka.

Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetu Warszawskiego i wyda swą opinję 28 lutego 1930 r.

Warunki konkursu:

1) Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy" z wyjątkiem: stałych współpracowników „Wiedzy", oraz lekarzy pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich.

2) Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadsyłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3) Prace winne być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w 3 egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", Piękna 62, najpóźniej do dnia 31 Grudnia 1929 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora, oraz podpisane zobowiązanie podług poniżej podanego wzoru.

4) Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1930 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy" w ciągu roku 1930.

5) Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzednim zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6) Nagroda wynosi 3000 zł, nagrodzony autor obowiązuje się spędzić w roku 1930 najmniej dwa miesiące w jednym z miast uniwersyteckich Francji, poświęcając się cały ten czas studjom lekarskim i złożyć Redakcji „Wiedzy" szczegółowe sprawozdanie ze swego pobytu najpóźniej do 31. XII. 1930.

7) Oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł i dwie po 250 zł. Cztery piąte tych nagród będą wypłacone gotówką, a reszta czekiem księgarni francuskiej, pozwalającym na otrzymanie książek lekarskich w języku francuskim na powyższą sumę podług wyboru nagrodzonego.

8) W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody, wymienionej pod 6, żadnej z nadesłanych prac z powodu poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagród wymienionych pod 6 i 7 na pięć równych części (t. j. po 800 zł) z tem, że w ten sposób nagrodzeni otrzymają po 650 zł gotówką i 150 zł czekami księgarni francuskiej i polskiej, pozwalającymi na otrzymanie książek lekarskich podług wyboru nagrodzonego. Nagrody w ten sposób udzielone zobowiązują autorów do wysłuchania całego kursu dokształcającego dla lekarzy w jednem z miast uniwersyteckich polskich w ciągu roku 1930.

Wzór zobowiązania.

Ja, niżej podpisany, zamieszkały w..... ul..... zobowiązuję się niniejszem w razie przyznania mi nagrody w wysokości 3000 zł do wyjazdu w ciągu roku 1930 do Francji gdzie przynajmniej dwa miesiące poświęcę studjom lekarskim w jednem z miast uniwersyteckich Zobowiązuję się też do nadesłania obszernego i szczegółowego sprawozdania z mego pobytu na ręce redaktora „Wiedzy

Lekarskiej" i to najpóźniej do 31. XII. 1930. W razie gdyby zaszły jakieś nieprzewidziane przeszkody, uniemożliwiające wyjazd zobowiązuję się do zwrócenia całej otrzymanej sumy najpóźniej do 31. I. 1931. W razie przyznania mi nagrody 800 zł (punkt 8 regulaminu konkursowego) zobowiązuję się do przesłuchania całego kursu dokształcającego dla lekarzy w jednym z Uniwersytetów Polskich w ciągu roku 1930 i do przesłania Redakcji „Wiedzy" odpowiedniego zaświadczenia, albo uwierzytelnionego odpisu tegoż, najpóźniej do 31. XII. 1930 r. W razie niewypełnienia tego warunku zobowiązuję się zwrócić otrzymaną w gotówce kwotę t. j. 650 zł najpóźniej do 1. XII. 1930 r.

Kraków.

Konkurs. Koło Lekarzy Towarzystwa „Pomoc Lekarska" przy ul. Grzybowej Nr. 11. egzystującego od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza konkurs za najlepszą pracę z biologji lub patologji żydów. Nagroda wynosi 1000 złotych.

Warunki konkursu: 1) O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego. — 2) Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkniętą kopertę opatrzoną tem samem godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora. Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach. — 3) Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r. — 4) Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1000 zł zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 zł za prace najwięcej wyróżnione. 5) W razie zakwalifikowania do nagrody kilku prac jednakowej wartości pierwszeństwo przyznane będzie pracy lekarza pracującego przy Twie „Pomoc Lekarska". — 6) Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia 1 października 1930 r. — 7) Koło lekarzy przy Twie „P. L." zastrzega sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

Lwów.

Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Na Walnem zebraniu Obwodu lwowskiego, odbytem dnia 12 czerwca b. r. wybrano Zarząd Obwodu, który na posiedzeniu odbytem dnia 26 czerwca ukonstytuował się w sposób następujący: przewodniczący prym. dr. W. Lipiński, zastępcy doc. dr. W. Reis i prym. dr. St. Ostrowski, sekretarz dr. R. Epler, zastępca dr. J. Kędzierski, skarbnik dr. Exelbirt, członkowie Zarządu: Dr. Dr.: doc. A. Dobrzański, M. E. Bikeles, P. Cymbalistyj, zastępcy Dr. Dr.: A. Ćwikliński, O. Blatt, A. Janik, A. Piro, M. Zaleski, M. Nowak-Przygodzka, Kl. Kauczyński i doc. A. Gruca. Komisja rewizyjna: Dr. Dr. E. Doliński, A. Pohorecki, Oberländer. Zarząd rozpocznie stałe urzędowanie z dniem I. IX. w lokalu Izby Lekarskiej. Z wysokiem poważaniem *Epler*, sekretarz. *Lipiński*, prezes.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XX Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 28 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Szumowski: Przypadek przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego (pokaz); — 2) Kol. Grek: Przedstawienie przypadków wrzodów żołądka leczonych w Klinice wewnętrznej. — 3) Kol. Doliński: Pogląd na ustawodawstwo z dziedziny zwalczania chorób zawodowych i ochrony pracy (wykład). 4) Kol. Kogutowa: Choroby zawodowe ze stanowiska lekarza praktyka. W dyskusji zabierali głos Kol.: Zgórski, Pisek, Mikołajski.

Wilno.

Komunikat Zjazdowy. W dniach 26—29 września b. r. odbędzie się w Wilnie Zjazd Okulistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Tematy główne: 1) Hydrostatyka i Hydrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowordzeniowej. Referuje Prof. Dr. K. Noiszewski. — 2) Operacyjne leczenie jaskry przewlekłej. Referuje Prof. Dr. J. Szymański. — Zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe — proszę o zgłaszanie tematów wykładów i referatów wraz z streszczeniem pod adresem Kliniki Ocznej U. S. B. Wilno (Antokol) do dnia 15 września 1929 r.

Z kraju.

Kurjozum. W Nr. 176 „Ilustrowanego Kurjera Codziennego" z 30 czerwca 1929 umieszczono następujący anons reklamowy: „Na kiłę krtani umiera dziennie tysiące osób różnego wieku i stanu, wielka liczba takich uznana jest przez lekarzy jako nieuleczalnie gruźliczych. Pomyłka ta powstaje z tego powodu, że gruźlica powoduje kaszel i flegmę, taki sam objaw jest u kiły krtani, tylko, że wydzielina jest weneryczna. Różnica w tem jest ta, że gruźlica powoduje gorączkę i stałe osłabienie, zaś kiła krtani dreszcze, częściowo ból głowy i ropienie migdałków i krtani. Zwracam uwagę, że z przestarzałej rzeżączki powstaje szankier, z szankra kiła i u wielkiej liczby osób wytwarza się kiła krtani i przez długie bolesne męczenie, wycieńczenie, powoduje śmierć za młodu.

Leczę powyższe jak też wszelkie inne i najbardziej zastarzałe choroby kobiece katar i owrzodzenie macicy, opuchnienie i zapalenie jajników, upławy białe, żółte cuchnące i szczypiące usuwam w krótkim czasie. Zwracam uwagę, że zaniedbane upławy i katar żołądka, ból głowy i krzyży, ból w łopatkach i w piersiach, kaszel, stałe osłabienie i stan beznadziejnie rozpaczliwy, u wielu kobiet raka macicy, we wszelkich chorobach sprawiam szybko ulgę. Macice opadnięte choćby najbardziej, przywracam do stanu normalnego bez pierścieni i opasek, które są niewygodne i bezcelowe, a bóle w krzyżach i karku ustaną zupełnie. Godz. przyj. rano od godz. 9 do 1 w poł., popoł. od 3 do 5. Z dalekich stron odległych od kolei miejscowści, przyjazd niepotrzebny, wystarczy wyraźnie podać dokładny adres, jaka, jak długo trwa już choroba, jakie brane kuracje i jakie obecne dolegliwości, na pisma niewyraźne nie odpowiadam. Interesującym wysyłam nowe pismo „Droga do Zdrowia" za opłatą. Ciślak, Naturalista, Katowice, Teatralna 2".

Komitet Propagandowy przy Radzie Gminnej w Krynicy Zdroju. L. 9/29. Krynica, dnia 31 maja 1929. Do Izby Lekarskiej we Lwowie. Doszło do naszej wiadomości, że Panowie Lekarze w poszczególnych miejscowościach, odnoszą się z uprzedzeniem, do Krynicy jako uzdrowiska i pomimo wszelkich widoków skuteczności kuracji w Krynicy, ordynują pacjentom raczej zagraniczne miejscowości kąpielowe.

Postępowanie to, piętnowane przez licznych kuracjuszów, którzy pomimo zalecania im obcych zdrojów, odbywają kurację w Krynicy i nie widzą powodów odradzania im wyjazdu do tego krajowego uzdrowiska, zmuszają nas do zwrócenia się do Izby Lekarskiej z uprzejmą prośbą o wywarcie wpływu na niechętnych Krynicy Panów lekarzy, by przed wydawaniem potępiającego sądu o Krynicy, zechcieli się wpierw z jej urządzeniami i wartością leczenia zapoznać.

Ze swej strony stwierdzić możemy, że dbałość miarodajnych czynników o zapewnienie Krynicy wszelkich nowoczesnych urządzeń leczenia kąpielowo-zdrojowego doprowadziła Krynicę do poziomu najlepiej w Polsce urządzonych, zagranicy nie ustępujących zdrojowisk.

Poczucie czynnego patrjotyzmu względem własnego Państwa, tak silnie wśród Panów lekarzy rozbudzonego, winno być z drugiej strony poważnym bodźcem do zrealizowania zasad samowystarczalności i pozostawiania pieniądza w kraju jak również winno być motywem życzliwej krytyki względem nielicznych i zdrowiu pacjentów nieszkodliwych niedomagań, nieuniknionych we wszelkich poczynaniach i nakazanych oszczędnościach.

Licząc, że prośba nasza spotka się z pełnem zrozumieniem Szanownej Izby i wypadki niepatrjotycznej przedewszystkiem akcji nielicznych Panów lekarzy nie dojdą więcej do naszej wiadomości, pozostajemy z poważaniem Prezes: *Dr. Emanuel Zarzycki.*

Ze świata.

Naukowa wycieczka lekarzy do Paryża i Londynu. Grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) wybiera się 3 sierpnia 1929 do Paryża i Londynu. Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Bibersstrasse 11, I. Stock, Tür. 6.

W porze od 20—22 stycznia 1930 r. XX Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Rentgenologów urządza wystawe, na której prócz wytworów przemysłu w zakresie Roentgena, można będzie oglądać zdjęcia, przeźrocza i odbitki, jak również pokazy tablic przedstawionych wykresowo i obrazowo. Bliższych wiadomości udziela radca handlowy Ludwik Assinger, Wiedeń IV, Pressgasse 31.

Redakcja otrzymała.

Le Monde Médical, nr. 75, 15 juin 1929.

Polski Czerwony Krzyż, 1919—1929. Wydawnictwo jubileuszowe na dziesięciolecie istnienia Polskiego Czerwonego Krzyża. Nakładem Administracji mies. „Polski Czerwony Krzyż". Warszawa. 1929 r.

Nr. 29 i 30. 28. lipca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Od Redakcji.

Ze względu, że bardzo często zamiejscowe pisma przeznaczone dla redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej bywają wysyłane pod adresem miejscowego Komitetu Redakcyjnego, zamiast pod adresem redakcji, co powoduje niepożądane zwłoki w załatwieniu takich pism, redakcja uprasza uprzejmie wszystkich P. T. Interesentów Zamiejscowych, by wszelkie pisma przeznaczone dla redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej zechcieli wysyłać jedynie pod jej adresem:

ul. Rutowskiego 9 Księgarnia Gubrynowicza i Syna we Lwowie.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Adam SOKOŁOWSKI, asystent kliniki. Kraków.

O leczniczem zastosowaniu genezeryny w zaburzeniach czynności wydzielniczej żołądka.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J.
Kierownik: Prof. Dr. T. Tempka.

Opinja lekarska przy ocenie wartości danego środka farmakologicznego szuka oparcia na spostrzeżeniach wykonanych w klinikach lub większych oddziałach szpitalnych. W naszej klinice przeprowadziliśmy doświadczenia nad działaniem fizjologicznem kilku środków i metod leczenia dotychczas mniej rozpowszechnionych, które jednak w lecznictwie chorób wewnętrznych mają doniosłe znaczenie. W niniejszem doniesieniu przedstawię wyniki z naszych dotychczasowych doświadczeń z alkaloidem oznaczonym nazwą genezeryny (génézérine). Alkaloid ten o składzie chemicznym $C_{15} H_{21} N_3 O_3$ jest wyciągiem z rośliny zwanej bobem kalabarskim. Uzyskany w roku 1915 przez uczonych francuskich Polonowskiego i Nitzberga znalazł dotychczas najszersze zastosowanie we Francji. U nas genezeryna jest środkiem naogół mało znanym. W działaniu fizjologicznem cechuje genezerynę wpływ pobudzający na czynność ruchową i wydzielniczą przewodu pokarmowego a przedewszystkiem żołądka, tudzież nieznaczny hamujący wpływ na czynność serca. Mechanizm działania tego alkaloidu polega prawdopodobnie na pobudzaniu zakończeń nerwu błędnego. Jest to zatem ciało pokrewne pod względem działania pilokarpinie, z tą jednak różnicą, że o ile pilokarpina nawet w niedużych dawkach działa pobudzająco na cały układ nerwu błędnego i wywołuje przykre dla chorego objawy, jak ślinotok, gwałtowne poty, zaburzenia czynności serca, a czynność wydzielniczą żołądka pobudza stosunkowo bardzo nieznacznie, to genezeryna pobudza wybiórczo zakończenie nerwu błędnego w obrębie przewodu pokarmowego i wywiera pożądany wpływ na ten organ, nie sprowadzając silniejszych ubocznych objawów. Dzięki tym własnościom stosują genezerynę w stanach dyspeptycznych w związku z niedowładem żołądka, w zaburzeniach nerwicowych serca na tle dyspeptycznem, a w naszej klinice zastosowaliśmy także genezerynę w kilku przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka połączonego z niedokwasowością. Stosowaliśmy genezerynę firmy „Amido" jużto w ziarenkach, jużto w kroplach, 3 razy dziennie na 15 minut przed jedzeniem po 2 ziarenka à 0,5 mg albo po 20 kropli. Oba te sposoby dawkowania odpowiadają jednorazowej dawce 1 mg czyli dziennej dawce 3 mg salicylanu genezeryny. W kilku przypadkach zastosowaliśmy genezerynę w postaci zastrzyków podskórnych, 1 raz dziennie podskórnie ampułkę zawierającą 2 mg salicylanu genezeryny. Doświadczenia nasze opierają się na 19 przypadkach (18 przypadków żołądkowych, 1 przypadek choroby Basedowa), spostrzeganych przeciętnie przez 4 do 6 tygodni; we wszystkich przypadkach podawaliśmy genezerynę w jednorazowych okresach 5-cio dniowych. Celem wykluczenia fizjologicznych bodźców czynności żołądka jakiemi są pokarmy zwłaszcza białkowe, stosowaliśmy dietę Leubego t. j. 3 razy dziennie szklankę mleka z dodatkiem masła i cukru przez cały czas podawania genezeryny. To ograniczenie w diecie ma również o tyle znaczenie, że genezeryna na żołądek czczy znacznie łatwiej i skuteczniej wywiera swój leczniczy wpływ niż na żołądek wypełniony pokarmami. W każdym przypadku badaliśmy treść żołądkową naczczo i po próbnem śniadaniu Ewald - Boasa na ilość kwasów (wolny HCl, związany HCl, ogólna kwasota), a w większości przypadków również i na ilość wydzielonej pepsyny (przyrządem Boasa). Ze spostrzeganych 18 przypadków zaburzeń żołądkowych uzyskaliśmy wynik wyraźnie dodatni zarówno w zakresie objawów podmiotowych jak i w czynności wydzielniczej żołądka w 8 przypadkach, w tem 1 przypadek niedowładu żołądka z bezsocznością, 3 przypadki nerwicy żołądka (dyspepsia nervosa) i 4 przypadki nieżytu żołądka przewlekłego z niedokwaśnością. Zaznaczyć należy, że spostrzegane przez nas przypadki dotyczyły z reguły cierpień bardzo przewlekłych i zaniedbanych, a niejednokrotnie leczonych już różnemi sposobami. W 5 przypadkach uzyskaliśmy wynik częściowy t. j. albo stan podmiotowy chorego poprawiał się a czynność wydzielnicza wykazywała poprawę, ale dolegliwości nie ustępowały. Wyraźną poprawę stanu podmiotowego bez podniesienia się czynności wydzielniczej stwierdziliśmy w 2 przypadkach nieżytu przewlekłego żołądka i w 1 przypadku nerwicy żołądka *(dyspepsia nervosa)*. Natomiast wyraźne podniesienie się czynności wydzielniczej żołądka bez zmian w stanie podmiotowym poza nieznaczną poprawą łaknienia stwierdziliśmy w 2 przypadkach *polyserositis* na tle gruźliczem. Co do obu ostatnich przypadków to jest rzeczą prawdopodobną, że uporczywe utrzymywanie się dolegliwości, jak gniecenia i bóle w dołku podsercowym po jedzeniu, było zależne wyłącznie od zrostów otrzewnowych. Wreszcie pozostaje 5 przypadków, w których nie stwierdziliśmy żadnego wpływu genezeryny ani na czynność wydzielniczą żołądka ani na dolegliwości chorych. Z tych przypadków 3 dotyczą chorych z nadkwasnością żołądka, 1 nieżytu żołądka niedokwaśnego na tle kiłowem, a w 1 dotyczył chorej cierpiącej na bóle rozlane w nadbrzuszu zwykle po jedzeniu, wymioty i biegunki naprzemian z zaparciem i pokrzywkę występującą w nieregularnych odstępach czasu, a trwającą od 3 do 5 dni. Dolegliwości te, jak się później okazało, miały tło allergiczne. Do ujemnych wyników musimy wreszcie zaliczyć przypadek choroby Basedowa, w którym nie uzyskaliśmy opisywanego przez autorów francuskich zwolnienia czynności serca. Poniżej przytaczam wyciągi z historji chorób kilku przypadków leczonych genezeryną w naszej klinice:

Przypadek I. Chory P. A., L. dz. 514/28, rolnik, podaje, że od 6 lat cierpi na bóle gniotące w dołku podsercowym występujące głównie po jedzeniu, odbijania puste, brak łaknienia, ogólne osłabienie, zaparcie stolca. Przedmiotowo stwierdza się z odchyleń od normy jedynie podupadłe odżywienie i rozlaną bolesność uciskową nadbrzusza; 11. VI. wysondowano żołądek, przyczem naczczo nie wydobyto treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 150 ccm treści źle przetrawionej; odczyn Kongo ujemny; stosunek części stałej do płynnej = 1 : 1; *Lakmus* wykazuje odczyn słabo kwaśny; próba Uffelmanna na kwas mlekowy ujemna; niedobór wolnego HCl = 3°; drobnowidowo: ziarna skrobji, nieliczne nabłonki płaskie i krwinki czerwone; 15. VI. na podstawie wyników badania krwi, stolca i badania roentgenologicznego rozpoznaliśmy: *Atonia ventriculi et intestinorum, achylia*

gastrica; 18. VI. wysondowaliśmy powtórnie żołądek i stwierdziliśmy podobnie jak poprzednio niedobór wolnego HCl = 3°, przyczem badanie treści w kierunku zawartości pepsyny metodą Boasa wykazało nieobecność tego składnika. Od 19. VI. do 23. VI podawaliśmy genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 24. VI. podano próbne śniadanie E. B. poczem w 45 minut wysondowano żołądek i wydobyto 170 ccm treści dość dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1; L (wolny HCl) = 10°, C (związany HCl) = 10°, A (ogólna kwasota) = 55°, pepsyna metodą Boasa = 0,04 (norma 0,08) i chory podaje, że odczuwa wyraźną poprawę łaknienia; 4. VII. zbadano ponownie treść żołądkową w 45 minut po śniadaniu E. B. i stwierdzono: L = 4, C = 5, A = 29; pepsyna metodą Boasa = 0,03; 14. VII. poprawa łaknienia utrzymuje się, chory opuszcza klinikę.

Przypadek II. Chora S. A. L. dz. 45/29, lat 25, żona robotnika, przybyła do kliniki ze skargami na stały gniotący ból w okolicy lewego podżebrza, odbijania, brak łaknienia, zaparcie stolca, wychudnięcie, ogólne osłabienie. Choroba rozpoczęła się przed 4 miesiącami wśród powyższych objawów i utrzymuje się ze zmiennem nasileniem. Badaniem fizykalnem poza rozlaną bolesnością uciskową w okolicy lewego podżebrza nie stwierdzono zmian chorobowych; 18. I. zbadano treść żołądkową, przyczem naczczo nie wydobyto treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 140 ccm treści słabo przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 1 : 1; odczyn Kongo słabo dodatni; L = 9, C = 2, A = 31. Na podstawie powyższych wyników, tudzież na podstawie wyników badania roentgenologicznego i badania stolca rozpoznaliśmy: *catarrhus ventriculi subacidus.* Od 19. I. do 23. I. podawaliśmy chorej genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 24. I. badanie treści żołądkowej po próbnem śniadaniu E.-B. wykazało treść bardzo dobrze przetrawioną, odczyn Kongo silnie dodatni; L = 34, C = 5, A = 60. Chora odczuwa silne łaknienie, czuje się znacznie lepiej; 25. I. opuściła klinikę w stanie znacznej poprawy.

Przypadek III. Chora S. Z., L. dz. 688/28, lat 23, służąca, przybyła ze skargami na ból w dołku podsercowym niezależny od jedzenia, występujący zwykle wieczorem, odbijania puste po jedzeniu, nudności, brak łaknienia. Choroba trwa od kilku miesięcy ze zmiennem nasileniem. Badaniem fizykalnem poza niedomykalnością zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania stwierdzono jedynie rozlaną bolesność uciskową nadbrzusza; 7. XI. zbadano treść żołądkową, przyczem naczczo nie wydobyto treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 100 ccm treści dobrze przetrawionej; odczyn Kongo dodatni; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1, L = 22, C = 4, A = 44; pepsyna metodą Boasa = 0,03. Po wykonaniu dodatkowych badań rozpoznaliśmy u chorej: *dyspepsia nervosa; vitium cordis sub forma insufficientiae et stenosis valvulae mitralis in stadio compensationis.* Od 10. XI. do 14. XI. podawaliśmy chorej genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 15. I. sonda żołądkowa wykazała po próbnem śniadaniu E. B. 90 ccm treści dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1; odczyn Kongo dodatni; L = 28, C = 4, A = 50; pepsyna metodą Boasa = 0,03. Chora odczuwa znaczną poprawę łaknienia, bóle w nadbrzuszu ustąpiły. W takim stanie opuściła klinikę po kilku dniach.

Przypadek IV. Chora T. M., L. dz. 705/28, lat 26, żona rzemieślnika, przybyła do kliniki ze skargami na gniecenie w dołku podsercowym niezależnie od jedzenia, brak łaknienia, zaparcie stolca, uderzanie krwi do głowy, kołatanie serca, ogólne osłabienie. Choroba trwa od 2 lat, a wzmogła się od chwili utraty dziecka przed kilku tygodniami. Badaniem fizykalnem nie stwierdzono żadnych odchyleń od normy; 17. XI. badanie treści żołądkowej naczczo nie wykazało treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 120 ccm treści bardzo dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1; odczyn Kongo silnie dodatni; L = 44, C = 7, A = 72. Po wykonaniu dodatkowych badań rozpoznaliśmy u chorej: *Dyspepsia nervosa, hyperaciditas ventriculi.* Od 18. XI. do 22. XI. podawaliśmy genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 23. XI. sonda żołądkowa wykazała po próbnem śniadaniu E. B. 100 ccm treści bardzo dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 3 : 1; odczyn Kongo silnie dodatni; L = 42, C = 14, A = 78. W zakresie stanu subjektywnego chorej gniecenia choć w mniejszym stopniu utrzymywały się jednak nadal, łaknienie nie uległo poprawie.

Jeżeli z doświadczeń naszych wolno nam wyprowadzić wnioski, to do rzędu wskazań dla genezeryny zaliczymy przewlekły nieżyt żołądka z niedokwaśnością i *dyspepsia nervosa.* Niektórzy z autorów 2) zaznaczają ze szczególnym naciskiem wpływ genezeryny na tonus mięśni gładkich jelit. Według nich genezeryna w silniejszych dawkach może wywołać tężcowy skurcz muskulatury jelitowej, a w dawkach słabszych ma wywierać korzystny wpływ przy zaparciu stolca nawykowem. W naszych spostrzeżeniach nie stwierdziliśmy wyraźnego wpływu genezeryny na czynność ruchową jelit. Podobnie nie stwierdziliśmy wpływu genezeryny na zaburzenia nerwicowe serca w chorobie Basedowa czy na tle dyspeptycznem. Doświadczenia nasze zgadzają się natomiast ze spostrzeżeniami polskich autorów 3) według których genezeryna nie wywiera wpływu na czynność żołądka przy nadkwaśności, a wpływa korzystnie przy niedokwaśności i bezkwaśności, o ile te dwa ostatnie objawy są następstwem hamującego wpływu układu współczulnego.

Piśmiennictwo:

1) Surmont et Polonowsky: Bulletin de l'académie de medécine de Paris, vol. XCV. p. 370, 1926. — 2) Levent: Gaz. des hopitaux, 1926. Januar. — 3) Filiński i Rostkowski: Polska Gazeta Lekarska, 1927, Nr. 42.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.

O zniesieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego czyli o t. zw. degastroenterostomizacji.

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

W pracy zamieszczonej w Nr. 14 Polskiej Gaz. Lekarskiej z r. 1929, przedstawiono szereg przypadków „choroby wrzodowej bez wrzodu", omawiając etjologię i sposoby leczenia chirurgicznego tych zagadkowych nieraz obrazów chorobowych. Kwestja ta wiąże się ściśle ze sprawą t. zw. choroby zespoleniowej i możliwości operacyjnego jej uleczenia przez zniesienie zespolenia, zabieg zwany we Francji degastroenterostomizacją.

W naszym materjale 76-ciu przypadków zespolenia żołądkowo-jelitowego wykonano w 16-tu przypadkach powtórną laparotomję; z tego w 15 razach stwierdzono wrzód trawienny jelita czczego, w 6-ciu skończyło się na laparotomji próbnej, a pięciokrotnie zniesiono zespolenie żołądkowo-jelitowe, przywracając stosunki mniej lub więcej naturalne.

Te ostatnie przypadki, których historję choroby w krótkości zestawimy poniżej, stanowią przyczynek do sprawy „choroby zespoleniowej" jako też wskazań i techniki jej operacyjnego leczenia:

Przypadek 1. L. R., kob., lat 24. 2 lata przed przyjęciem operowana poza kliniką z powodu dolegliwości trwających 6 lat: wymiotów, zgagi, bolów po jedzeniu. Po operacji brak poprawy, z czasem pogorszenie, wielkie bóle, pełność, wymioty, utrata wagi, co skłania chorą do poddania się ponownej operacji. Chora blada, wychudła, bolesności uciskowej brak, próba benzyd. —. Kwasota treści naczczo wol. 0,096, po śn. pr. 4,16. Roentgen wykazuje zespolenie żołądkowo-jelitowe, wypróżnianie się żołądka przez to ostatnie oraz odźwiernik, żoł. po 2 godz. pusty; okolica zespolenia lekko tkliwa. Przy laparotomji stwierdza się bardzo nieznaczne zrosty, zespolenie tylne pionowe, drożne dla 3 palców o brzegach cienkich bez śladu zmian zapalnych, odźwiernik drożny, podobnie jak dwunastnica żadnych zmian nie okazują. Oddzielenie jelita od żołądka w linji szwu, szew jelita poprzeczny dwuwarstwowy, taki szew na żołądku. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W 3 tygodni po operacji kwasota naczczo 0,6, po śniadaniu pr. 10,24. Roentgen: Żołądek wypróżnia się przez odźwiernik, po 3 g. pusty, opuszka daje się dobrze wypełnić. Podmiotowo poprawa stopniowa, tak że po roku chora ma jedynie nieznaczne dolegliwości, przybyła znacznie na wadze, nie wymiotuje nigdy, znosi wszystkie pokarmy.

Przypadek 2. T. St., kob., lat 39, w r. 1911 operowana po za kliniką z powodu dolegliwości żołądkowych; z powodu braku poprawy i nowych dolegliwości w r. 1921 wycięcie wyrostka robaczkowego, brak poprawy. Uciskowej bolesności brak. Kwasota na czczo 0,0, po śniadaniu 0,1. Roentgen: Opuszka nieco na lewo przeciągnięta, wypełnia się prawidłowo; zespolenie drożne, wypróżnianie odbywa się obiema drogami, zalegania niema. Przy laparotomji stwierdza się odźwiernik i dwunastnicę bez żadnych zmian, zespolenie tylne, pionowe, na granicy części odźwiernikowej, drożne, cienkie o pętli odprowadzającej znacznie rozdętej. Degastroenterostomizacja jak w przypadku 1.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Kwasota n. 2,5, po śn. 5,10. Roentgen: prawidłowe wydalanie przez odźwiernik, w miejscu szwu na żołądku kontur krzywizny dużej okazuje zaklęśnię-

cie. Po 9 mies. stan podmiotowy doskonały, dawne dolegliwości ustąpiły zupełnie, chora znosi wszystkie pokarmy.

Przypadek 3. A. B., kob., lat 45. W r. 1913 operowana we Wiedniu z powodu dolegliwości ze strony wor. żółciowego i żołądka; po roku z powodu braku poprawy wycięcie wyrostka robaczkowego. Po dwuletniej poprawie dolegliwości wróciły w silniejszym stopniu: odbijanie, bóle po jedzeniu, wymioty, brak apetytu, utrata wagi. Roentgen wykazuje zespolenie blisko odźwiernika, wypróżnianie się przez to ostatnie i przez odźwiernik, zastoju brak. Kwasota 0,0, O,2, żółć. Na brzuchu dwie blizny, jedna wzdłuż zewn. brzegu m. prostego prawego pod łukiem żebrowym, druga odpowiadająca appendektomji. W klinice z powodu nieustających dolegliwości dwukrotna w r. 1923 i 1925 laparotomja, przyczem stwierdzono jedynie znaczne zrosty, zespolenie tylne, cienkie bez zmian zapalnych i nie wykonano żadnego zabiegu prócz przecięcia zrostów. Wobec pogorszenia stanu w r. 1928 ponowna laparotomja u chorej bardzo wynędzniałej, okazującej obraz roentgenologiczny oraz chemizm jak wyżej. Bardzo znaczne zrosty żołądka ze ścianą przednią brzucha; mozolne odsłonięcie zespolenia, które leży pozaokrężnicowo poziomo na tylnej ścianie żołądka, blisko odźwiernika. Woreczka żółciowego brak; po odsłonięciu odźwiernika i dwunastnicy stwierdza się zwieracz okrężnie zgrubiały, na przedniej ścianie ograniczone, niewielkie stwardnienie, jednak dobra drożność. Wycięcie całego pierścienia zespoleniowego, szew jelita w poprzek żołądka równoległy do krzywizn; pyloromyotomja pozaśluzówkowa z szwem poprzecznym warstwy surowiczo-mięśniowej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 2 miesiącach nadzwyczajna poprawa podmiotowa; kwasota n. 0,4, po śniadaniu 7,16. Roentgen: Szybkie wydalanie przez odźwiernik, część odźwiernikowa wyraźnie zwężona — w miejscu odpowiadającem linji szwu. Po pół roku poprawa trwała, chora znosi wszystkie pokarmy, znacznie przybyła na wadze.

Przypadek 4. M. M., m. lat 42. Podaje iż choroba żołądkowa rozpoczęła się w następstwie przysypania przez granat w r. 1917 — bóle, wymioty, krwotok(?); operowany wówczas w szpitalu wojsk. Po bardzo krótkotrwałej poprawie pogorszenie, w r. 1918 wycięcie wyrostka robaczkowego bezskutecznie. Chory odwiedza klinikę wielokrotnie, skarżąc się na bardzo silne dolegliwości. Roentgen wykazuje zespolenie, odźwiernik drożny, wypróżnienie obiema drogami w krótkim czasie. Kwasota n. 0,0, po śn. 0,4. Dwukrotna laparotomja wykazuje obecność poziomego zespolenia tylnego zaokrężnicowego, drożnego dla 4 palców, bez śladów zmian zapalnych; po zabiegach tych krótkotrwała poprawa. W r. 1928 z powodu dalszych skarg chorego, na jego prośby ponowna laparotomja, skargi mają jak i przedtem charakter wybitnie histeryczny (żaby i robaki w żołądku etc.). Roentg. chemizm jak wyżej. Przy operacji nie stwierdza się w odźwierniku ani żołądku żadnych zmian bliznowatych, początkowy odcinek dwunastnicy po przecięciu kilku zrostów rozszerza się i rozwija do kształtów prawidłowych; zwieracz odźwiernika równomiernie okrężnie zgrubiały. Wycięcie całego pierścienia zespoleniowego, szew kiszki i żołądka jak w przyp. 3. Pyloromyotomja z poprzecznym szwem błony surow.-mięśn. Przebieg pooperac. bez powikłań. Roentgen: szybkie wydalanie przez odźwiernik, kwasota n. 0,2, po śn. 6,18. Po 1 mies. znaczna poprawa psychiczna i fizyczna. Po 3 mies. zgłasza się chory ze skargami na nowe nieznaczne dolegliwości. Roentgen wykazuje lekkie przewężenie żołądka w okolicy szwu zamykającego otwór zespolenia, wydalanie jednak nieopóźnione; przepuklina w linji białej.

Przypadek 5. M. F., m. lat 47. W r. 1924 z powodu zmian zapalnych okołodwunastnicowych *(ulcus)* zespolenie. Po 1 roku poprawy nowe dolegliwości — bóle, wymioty, pełność, odbijania. W r. 1927 Roentgen wykazuje zespolenie, wydalanie opóźnione, odźwiernik nie drożny, ptosis. Brak bolesności miejscowej. Kwasota n. 0,0, po śn. 2,6. Przy relaparotomji w r. 1928 stwierdza się zespolenie tylne drożne dla 2 palców, cienkie bez zmian zapalnych; żołądek znacznie obniżony i rozszerzony. Początkowa część dwunastnicy grubości ołówka, zupełnie niedrożna. Wykonano „degastroenterostomizację", oddzielając żołądek od kiszki, poczem dodano połączenie części odźwiernikowej żołądka z dwunastnicą za zwężeniem (w rodzaju operacji Finney'a). Wynik wczesny i późniejszy doskonały, chory czuje się zupełnie zdrowy, znosi wszystkie pokarmy. Kwasota n. 2,4, po śn. 10,22. Roentgen wykazuje szybkie wypróżnianie się do dwunastnicy.

W analizie przytoczonych tutaj przypadków nasuwa się przedewszystkiem pytanie, czy stan chorych tych można określić jako t. zw. chorobę zespoleniową.

Nazwą tą względnie pojęciem „zespolenie jako choroba" określił Pribram zespół dolegliwości, których doznają chorzy z zespoleniem, a które nie zależą od czynników mechanicznych, uchwytnych anatomicznie jakiemi są zrosty, opadnięcie żołądka i ucisk na ramię odprowadzające, wadliwe położenie zespolenia, lecz są spowodowane zaburzeniami czynnościowemi; oczywiście że nie podpadają pod to określenie stany zwężenia i niedrożności zespolenia oraz wrzód trawienny jelita czczego. Choroba zespoleniowa ma być według P. właściwą szczególnie zespoleniu tylnemu, a dolegliwości powstają wskutek nieprawidłowych bodźców z odźwiernika lub dwunastnicy wywołanych zaleganiem w tej ostatniej; objawom podmiotowym mają odpowiadać: paradoksalne zwolnienie wydalania treści żołądkowej mimo szerokiego połączenia z kiszką, oraz nieprawidłowe wydzielanie soku żołądkowego wtedy, gdy pokarmy żołądek już opuściły („wydzielanie napróżno" — Enderlen). Według Blonda przyczyną omawianych dolegliwości mają być stany kurczowe, stanowiące przejście do przewlekłego błędnego koła i wrzodu trawiennego jelita.

Niektórzy zaprzeczają wogóle istnienia „choroby zespoleniowej", przypuszczając (Schünemann), że dolegliwości po zespoleniu są spowodowane jedynie błędami technicznemi i że sam wyraz „choroba zespoleniowa" nie jest racjonalnym i może się przyczynić do zdyskredytowania metody. Oczywiście wprost przeciwnego zdania jest Pribram, który odnosi niepomyślne wyniki zespolenia przedewszystkiem do złych wskazań, a nie do strony technicznej, która była w widzianych przez niego przypadkach bez zarzutu.

Należy jeszcze wspomnieć, że Gutmann i Jahiel opisali we Francji, jako jednostkę chorobową stan występujący po zespoleniu jako *„perigastritis lacunaris"* — przyczem okolica zespolenia okazuje nieregularne plamy i wręby w obrazie Roentgenowskim, a klinicznie chorzy zaczynają doznawać w pewien czas po zespoleniu bólów; stany te zależą niewątpliwie od zrostów i ściśle do „choroby zespoleniowej" w opisanem wyżej znaczeniu nie mogą być zaliczone.

W naszych przypadkach dolegliwości chorych obarczonych zespoleniem dały się uleczyć przez zniesienie zespolenia i przywrócenie prawidłowej drogi dla treści pokarmowej. W pierwszych czterech zespolenie to nie przyniosło chorym żadnej ulgi, względnie po krótkim czasie poprawy wystąpiło pogorszenie. Zwraca uwagę w przypadku 2, 3 i 4 w pewien czas po zespoleniu dokonane wycięcie wyrostka robaczkowatego, co świadczy z jednej strony o niejasnym charakterze do zespolenia, z drugiej może być też przyczynkiem do kwestji ścisłego związku pomiędzy stanem zapalnym wyrostka a wrzodem względnie odruchowo powstającemi dolegliwościami żołądkowemi bez wrzodu (Pauchet). Niezupełnie ścisłe wskazanie zdaje się zachodziło u chorej w przypadku 3-im w którym cięcie równolegle do łuku żebrowego wskazuje na to iż operator nie był pewny co do istoty schorzenia a do wycięcia woreczka żółciowego dodał również, jak się zdaje niepotrzebne zespolenie. Ciekawem wreszcie jest traumatyczno - psychiczne pochodzenie dolegliwości w przypadku 4-tym u chorego który niezwykle chętnie poddawał się 5-ciu operacjom, z których pierwsza t. j. zespolenie, wykonane jak sądzić można bez ścisłego wskazania zwiększyła tylko jego pierwotne dolegliwości i wyobrażenia o chorobowym stanie żołądka. We wszystkich tych 4-ch przypadkach nie stwierdzono w odźwierniku ani w dwunastnicy zmian któreby wskazywały na przebyty wrzód, jedynie w przypadku 3 i 4 zwracało uwagę zgrubienie zwieracza odźwiernika, względnie ograniczone jego stwardnienie przyczem drożność wszędzie była utrzymana. Zespolenie we wszystkich przypadkach tych było drożne, bez śladu zmian zapalnych, ułożone zgodnie z przepisami techniki, a rozszerzenie pętli odprowadzającej mogło świadczyć o wydatnej czynności zespolenia. Dolegliwości odczuwane przez chorych, zwłaszcza w przypadku 1 i 3 bardzo ciężkie zostały usunięte w zupełności przez zniesienie zespolenia i przywrócenie prawidłowej drogi pokarmowej, przyczem w przyp. 3 i 4 dodano do „degastroenterostomizacji" także przecięcie zwieracza pozaśluzówkowe.

Zdaniem naszem można dolegliwości w powyższych 4 przypadkach określić jako prawdziwą „chorobę zespoleniową" u indywiduów bez wrzodu, które z powodu braku ścisłego wskazania obciążono zespoleniem żołądkowo - jelitowem; bez względu na to czy pierwotne dolegliwości miały swe siedlisko w narządzie odległym jak woreczek żółciowy lub wyrostek, czy też wystąpiły na tle psychicznem, lub były wywołane przez pierwotne stany kurczowe odźwiernika zespolenie to nie było wskazanem i mimo dobrej techniki pogorszyło tylko stan chorych. Nie więc zła technika i nienależyte funkcjonowanie zespolenia lecz złe wskazania do wykonania tego zabiegu warunkują ów stan, który w tem znaczeniu zupełnie słusznie nazwać można „chorobą zespoleniową"; sama ta nazwa jest przestrogą przed nierozważnem wykonywaniem zespolenia!

Pozostały wreszcie przypadek 5-ty jest przykładem rzekomej choroby zespoleniowej — wobec istnienia zwężenia dwunastnicy i utrudnienia wydalania wskutek opadnięcia żołądka; i tu dolegliwości zostały zupełnie i trwale usunięte przez zniesienie zespolenia i przywrócenie połączenia żołądka z dwunastnicą. Wskazanie w tym przypadku miało uzasadnienie, a dla wytłumaczenia dolegliwości można było znaleść przyczynę anatomiczną.

Jak wyżej wspomniano, w dwóch z opisanych przypadków, w których stwierdzono przerost zwieracza odźwiernika po zniesieniu zespolenia dodano przecięcie pozaśluzówkowe tegoż mięśnia czyli t. zw. pyloromyotomję według P a y r a z małemi odmianami technicznemi stosowanemi przez autora [1]). Wprowadzając to nowe wskazanie do powyższego zabiegu miałem na myśli z jednej strony przez wykonanie przecięcia zwieracza, które samoistnie działa leczniczo przy „dolegliwościach wrzodowych bez wrzodu" (por. praca w Pol. Gaz. Lek. Nr. 14. 1929) zabezpieczenie chorego przed tego rodzaju dolegliwościami, z drugiej strony ułatwienie pracy żołądka przez długie lata wypróżnianego drogą podwójną — przy zamkniętem teraz zespoleniu. Dalszym względem zachęcającym do wykonania przecięcia zwieracza równocześnie ze zniesieniem zespolenia było występujące po tym ostatnim zabiegu wzniesienie kwasoty soku żołądkowego, które przy istniejącem ewentualnie usposobieniu do wrzodu może być okolicznością niekorzystną; przecięcie zwieracza obniża kwasotę (P a y r, H i l a r o w i c z) i dzięki temu może w pierwszym czasie przeciwdziałać zbyt nagłej zwyżce stężenia jonów wodorowych soku po zniesieniu nieprawidłowego połączenia żołądka z jelitem.

Wskazanie do zniesienia zespolenia opiera się na wywiadach — przedewszystkiem braku poprawy po pierwszej operacji względnie wystąpieniu nowych dolegliwości po krótkim okresie polepszenia, obecności nieraz kilku blizn (wycięcie woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego — z powodu niepewnego rozpoznania), wykazaniu dobrze czynnego zespolenia przy równocześnie drożnym odźwierniku, niskiej kwasocie, ujemnej próbie na krew utajoną w kale, braku bolesności uciskowej okolicy zespolenia i innych danych któreby przemawiały za wrzodem trawiennym jelita czczego. Po otwarciu jamy brzusznej wskazanie staje się jasnem jeżeli stwierdzimy drożny odźwiernik i dwunastnicę nie przedstawiającą żadnych zmian wskazujących na obecność wrzodu lub blizny; wątpliwości mogą nastręczać przypadki w których odźwiernik przedstawia zgrubienie okrężne a zwłaszcza umiejscowione stwardnienie; że i w przypadkach takich wynik po zniesieniu zespolenia wraz z przecięciem odźwiernika może być bardzo korzystnym świadczą nasze przypadki Nr. 3 i 4; podobne zmiany w odźwierniku, o ile brak zwężenia tegoż nie uprawniają ani do wykonania zespolenia ani do pozostawienia go nadal i tembardziej zachęcą nas do przecięcia zwieracza jako operacji dodatkowej po zniesieniu zespolenia. Wreszcie zachodzi pytanie, czy spotkane przy operacji zrosty możemy uważać za przyczynę dolegliwości po zespoleniu i czy spodziewać się poprawy po samem ich przecięciu. Jak wynika z naszych dwukrotnie relaparotomowanych przypadków 3) i 4), przecięcie zrostów nie przyniosło chorym żadnej ulgi; przy drożnem zespoleniu i dwunastnicy — nie możemy im przypisywać znaczenia w powstawaniu dolegliwości.

W końcu poświęcić należy nieco miejsca niektórym technicznym szczegółom „degastroenterostomizacji". Zabieg polega na 1) uruchomieniu zespolenia w szczelinie krezki poprzecznicy (o ile było tylnem), 2) oddzieleniu światła kiszki od światła żołądka, 3) zaszyciu oddzielnem narządów. Po uskutecznieniu pierwszego aktu zabiegu przedstawia wykonanie dalszych aktów nieraz trudności; uniknąć tych ostatnich mogłem w dwóch przypadkach z pomocą uruchomienia ramienia doprowadzającego pętlj przez nacięcie więzadła T r e i t z a i przeciągnięcie zespolenia przez tymczasową szczelinę w więzadle żołądkowo - okrężnicowem, co ułatwia znacznie dalsze zaopatrzenie. Co do różnych sposobów oddzielania żołądka od kiszki (J a n s e n) i zaopatrywania tej ostatniej — to za najpewniejszy i najbardziej racjonalny uważamy wycięcie całego pierścienia zespoleniowego wraz z wązkim paseczkiem błony śluzowej obydwu narządów, jak to postąpiliśmy w dwu naszych przypadkach; pozostawiania manszetu błony śluzowej żołądka na kiszce (A n d r e w s) celem ułatwienia jej zeszycia nie możemy zalecić przedewszystkiem ze względu na skłonność zawierającej ewentualnie nitki jedwabne linji dawnego szwu do zapaleń i owrzodzeń, a dalej nie jest może całkiem obojętnem pozostawienie paska błony śluzowej żołądka w kiszce na co wzracano uwagę, wskazując na analogję we wrzodach trawiennych uchyłka M e c k e l a powstałych na tle obecnych tam wysepek nabłonka żołądkowego. W pozostałych naszych 3 przypadkach został żołądek oddzielony od kiszki w samem miejscu dawnego szwu, co jednak daje ranę nierówną i o brzegach postrzępionych i utrudnia dokładny szew. Zaopatrzenie otworu w kiszce, który nieraz jest bardzo długi zapomocą szwu poprzecznego względem osi długiej kiszki udało nam się we wszystkich przypadkach, przyczem długie, powstające przy tem rogi muszą być wpuklone; obawa zwężenia jest przytem jak wynika z naszych przypadków nieuzasadniona a wycięcie kiszki cienkiej z ponownem zeszyciem kikutów polecane po usunięciu szerokich zespoleń przez P a u c h e t a wydaje nam się niepotrzebnem przedłużeniem i utrudnieniem zabiegu. Ważnym jak się zdaje szczegółem jest szew otworu żołądkowego; o ile zespolenie znajdowało się w części wpustowej sposób zeszycia otworu jest dla kształtu i czynności ruchowych dość obojętnym; natomiast zespolenie w okolicy odźwiernika, zwłaszcza o ile leżało poziomo, pozostawia po usunięciu go i zeszyciu otworu żołądkowego równolegle do krzywizn znaczną zmianę kształtu części odźwiernikowej jak to można było zauważyć w przypadkach 3 i 4; w pierwszym z tych przypadków ta zmiana kształtu w postaci przewężenia części odźwiernikowej przebiegała bez żadnych dolegliwości podmiotowych i przy dobrej czynności wydalania, natomiast w drugim stała się prawdopodobnie przyczyną skarg chorego na pełność w okolicy żołądka po jedzeniu i lekkie opóźnienia wydalania. Stąd wniosek że otwór w żołądku powstały przy operacji zespolenia poziomego w części odźwiernikowej należy zamykać prostopadle do jego długiej osi, a więc prostopadle do krzywizn, t. j. wykonywać rodzaj plastyki części odźwiernikowej dla uniknięcia jej zwężenia.

Tak więc zdaje się nie ulegać wątpliwości że zespolenie żołądkowo - jelitowe wykonane bez ścisłego wskazania może stać się mimo najpoprawniejszej techniki i dobrego funkcjonowania powodem ciężkiego stanu chorych, którego określenie jako „choroba zespoleniowa" jest w zupełności uzasadnionem. Uniknąć niepowodzeń tego rodzaju możemy tylko przez jaknajściślejsze ograniczenie i sprecyzowanie wskazań do zespolenia, które jako zabieg sprowadzający przewrót w czynnościach ruchowych i wydzielniczych żołądka winno znaleść usprawiedliwienie zasadniczo jedynie w pewnych przypadkach zwężenia bliznowatego okolicy dźwiernika które nie nadają się z różnych względów do resekcji, względnie w niektórych rzadkich przypadkach wrzodu, w których ta ostatnia jest niewykonalną. Choroba zespoleniowa jako wynik mylnego wskazania do zespolenia daje się uleczyć przez „degastroenterostomizację".

[1]) Zbl. f. Chirurgie 1929. 10.

Dr. Włodzimierz KROTOW, asystent kliniki. Wilno.

Stożkowatość głowy, jako cecha rozpoznawcza konstytucji hemolitycznej.

Z I. Kliniki Wewnętrznej U. S. B.
Kierownik: Prof. Dr. Zenon O r ł o w s k i.

Józef T., lat 17, przybył do kliniki 2. II. 1929 z objawami żółtaczki i ze skargami na bóle w okolicy podżebrza prawego. Badanie chorego wykazało: chory nieco ospały, mało ruchliwy, odżywiania nieco upośledzonego, nie gorączkuje. Budowy ogólnie niedorozwiniętej. Czaszka wyraźnie wieżowata. Brak uwłosienia pod pachami i w okolicy wzgórka łonowego. Skóra zabarwienia śniado-żółtawego, nie swędzi. Błony śluzowe wyraźnie zażółcone. Twardówki również. Gałki oczne wykazują mierny stopień wytrzeszczu. Źrenice reagują na światło i nastawność. Gruczoły chłonne szyjne nieznacznie powiększone, ruchome, niebolesne. Szyja długa i cienka. Klatka piersiowa budowy astenicznej, symetryczna. Dołki nad i podobojczykowe, jak również i przestrzenie międzyżebrowe zaznaczone. Badanie dróg oddechowych i serca nie wykazało odchyleń od normy. Tętno 80 na minutę, miarowe o dobrem napełnieniu i napięciu. Ciśnienie krwi według Pachon'a w pozycji leżącej 105/50. Brzuch miernie zapadnięty. Ścianki jego nieznacznie reagują na ucisk w okolicy obu podżebrzy. Wątroba i śledziona wystają na 3 palce poniżej łuku żebrowego, twarde, nieco bolesne na ucisk, o powierzchni gładkiej i brzegach zaokrąglonych.

Mocz: barwa żółta, odczyn kwaśny. C. wł. 1010. Białka i cukru nie zawiera. Barwików żółciowych brak, urobilina i urobilinogen dają odczyn słabo-dodatni.

Kał: zabarwienie normalne. Krwi utajonej brak. Wykryte jaja *Ascaris lumbricoides.*

Krew: erytrocytów 3.300.000. Białych ciałek 8000 Hb. = 53% (Sahli). Index 0,8. Wzór leukocytarny: E = 3%, Z 1%, Myel 1%, Mł. 5%, Pł. 16%, S. 33%, L. 38%, M. 3%. Płytek Bizzozero 297000. Czas krzepliwości 33 minuty, krwawienia 12,5 minut. Na rozmazach widzimy wyraźną pojkilocytozę, anizocytozę, w bardzo wielu krwinkach ciałka Jolly'ego i do 20% reticulocytów, zawierają-

cych substantiam reticulo - filamentosam. Mikrocytów — 38%, normocytów 52%, makrocytów 10% (metoda Borosa). Hemoliza krwinek przemytych zaczyna się już w rozczynie 0,70 (H_1), a całkowita występuje w rozczynie 0,32 (H_3). Surowica krwi złocisto-żółta, zawiera bilirubiny według Meulengracht'a 26 (norma 4—6). Kwasów żółciowych brak. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Odczyn H. v. d. Bergha spóźniony. Dodatkowo od ojca chorego dowiedzieliśmy się, iż stan zażółcenia powłok o mniejszem lub większem nasileniu trwa prawie od urodzenia, że brat chorego zmarł w 1 roku życia, mając żółtaczkę od urodzenia i że dziad chorego zadziwiał wszystkich kształtem swej głowy, podobnym do głowy naszego chorego.

Z wyniku badania chorego jasno widzimy, że mamy do czynienia z chorym, cierpiącym na żółtaczkę hemolityczną. Przemawia za tem: zabarwienie powłok i trwanie jego o mniejszem lub większem nasileniu od bardzo dawna, brak barwików żółciowych w moczu, obecność ich w kale, następnie zmniejszona odporność erytrocytów, mikrocytoza, zwiększona zawartość bilirubiny w surowicy obok spóźnionego odczynu H. v. d. Bergha.

H. v. d. Bergh uważa, że odczyn dwuazowy spóźniony cechuje bilirubinę, powstałą bez udziału komórek wątrobowych, we krwi lub układzie siateczkowo-śródbłonkowym, natomiast, bilirubina przesączona przez komórkę wątrobową zawsze daje odczyn natychmiastowy. Z tego wynika, że i w naszym przypadku mamy bilirubinę, powstałą poza wątrobą.

Lepehne nazywa taką bilirubinę, powstałą w żółtaczce hemolitycznej „bilirubiną czynnościową". Co do mikrocytozy, objawu tak charakterystycznego dla niektórych cierpień konstytucjonalnych to ostatniemi czasy autorowie podnoszą kwestję, że krwinki czerwone nie tylko wyglądają mniejszemi, lecz zasadniczo zmieniają swój kształt normalny i nabierają kształtu podłużnego-eliptycznego i wreszcie szczelinowatego.

Günther przeprowadził szereg badań nad chorymi z czaszką wieżowatą i dochodzi do wniosku, że mikroplania, t. j. tylko co omówiony kształt krwinek, jest jedną z oznak zaburzeń konstytucjonalnych, w pierwszym rzędzie zespołu czaszki wieżowatej i żółtaczki hemolitycznej.

Słowem, jest to banalny przypadek żółtaczki hemolitycznej i jeżeli zatrzymuję się na nim, to ze względu na mało znany jeszcze objaw — kształt głowy i ze względu na to, że ten kształt głowy miał i dziad chorego, oraz ze względu na to, że przyczyna powstawania tego objawu dotąd nie jest jeszcze wyjaśniona.

W piśmiennictwie polskiem o zmianach kształtu głowy w żółtaczce hemolitycznej i o przyczynach tych zmian jest dosyć głucho. Dotąd opisano dwa przypadki (patrz niżej). Nasz przypadek jest trzeci. Ze względu na znaczenie tego objawu zatrzymamy się na nim nieco szczegółowiej.

Pomiary antropologiczne, dokonane u naszego chorego przez kol. Sylwanowicza, asystenta Zakładu Anatomji Opisowej U. S. B., za co w tem miejscu składam Mu podziękowanie, wykazały, iż kształt głowy jest brachycephaliczny.

Mianowicie: długość głowy największa 18,8; szerokość głowy największa 16,0; szerokość czoła najmniejsza 10,9; szerokość twarzy największa 14,6; odległość między kątami żuchwy 10,6; wysokość czaszki 24,1; wysokość twarzy z czołem 17,1; wysokość twarzy bez czoła 11,3; wysokość górnotwarzowa morfolog. 6,6; wysokość nosa 5,3; szerokość nosa największa 3,0; odległość między kątami wewnętrzn. szpar ocznych 3,15; odległość między kątami zewnętrzn. szpar ocznych 8,75; obwód poziomy głowy 55,2; wskaźnik głowy 85,0.

W cyfrach widzimy ciekawe dane. Jeżeli porównać tą głowe, to najwięcej ona przypomina wieżę (Turmschädel niemieckich autorów), może jeszcze więcej stożek. Od szczytu głowy, tak w kierunkach bocznych, jak również i przednim i tylnym czaszka stromo opada ku dołowi.

Fotografja nasza tą cechę głowy doskonale uchwyciła.

Powstaje pytanie, co za przyczyna tak nienormalnej budowy głowy w icterus haemolyticus.

Przedtem jednak niżeli odpowiedzieć na to pytanie, niech mi wolno będzie zrobić bardzo krótki i pobieżny przegląd historyczny rozwoju nauki o żółtaczce hemolitycznej w związku z zaburzeniami konstytucjonalnemi, oraz o przyczynach powstawania tych zmian.

Opisana przez Minkowskiego w r. 1900 postać chorobowa była wrodzoną i dziedziczną. Posiadała ona cechy niedorozwoju konstytucjonalnego, tak ogólnego, jak i szczególnie kostnego na równi z przekazywaną na potomstwo skłonnością do rozpadu czerwonych ciałek krwi. Inni niemieccy autorowie, jak Weber, Freyman i Beek zwracali uwagę na częste wspólne występowanie żółtaczki z czaszką wieżowatą.

Co prawda szkoła francuska na czele z Chauffardem i Widalem wysuwała teorję, że obok żółtaczki hemolitycznej wrodzonej i dziedzicznej może być i nabyta, lecz prace Türcka, Flecksedera i szczególnie Gänsslena dowiodły, iż to co Chauffard nazywał żółtaczką nabytą, jest tylko późnym przejawem choroby wrodzonej.

I rzeczywiście, również i w naszym przypadku zażółcenie powłok zauważono nie odrazu po urodzeniu, lecz dopiero znacznie później, przyczem stan zażółcenia to wzmagał się, to malał. Jeżeli jeszcze podkreślimy, że brat chorego przechodził w 1 roku życia żółtaczkę, od której zmarł, i że w rodzinie już dziad miał podobną czaszkę, która zwracała tak znaczną uwagę otoczenia, że pamięć o tej „dziwacznej" głowie przeszła do trzeciego pokolenia, to śmiało można wywnioskować, że i w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z chorobą wrodzoną i dziedziczną, a nie nabytą. W rodzinie nie pamiętają, czy miał ów przodek żół-



taczkę, pamiętają jednak dobrze o kształcie głowy; podnosi to jeszcze w większym stopniu znaczenie rozpoznawcze charakterystycznego kształtu głowy w tej sprawie, podnosi go prawie że do objawu patognomicznego dla danego cierpienia. Wyraźnie tu jest więc dziedziczenie tej choroby. Jakżeż moglibyśmy wytłómaczyć sobie przypuszczalny brak objawów widocznych u ojca naszego chorego?

Obecnie dobrze wiemy, że ta lub inna rzucająca się w oczy cecha konstytucjonalna nie koniecznie musi przechodzić z rodziców na najbliższe potomstwo, lecz może ujawniać się dopiero w późniejszych pokoleniach. Jest wielce możliwem, że gdybyśmy mieli możność zbadania klinicznego i antropologicznego innych członków rodziny pozornie zdrowych, stwierdzić by się dało te lub inne odchylenia charakteryzujące żółtaczkę hemolityczną.

Kwestję tę podnosi w sposób decydujący w ostatniej swojej, tak wyczerpującej pracy Klein, uważając *icterus haemolyticus* razem z Gänsslenem za „konstytucję hemolityczną"

W polskiem piśmiennictwie o żółtaczce hemolitycznej pierwszy raz pisał Starkiewicz w roku 1907. Jego przypadek interesuje nas o tyle, że później Barański w r. 1923 opisał przypadek żółtaczki hemolitycznej u córki chorego, zbadanego 16 lat temu przez Starkiewicza.

Prawda, o cechach konstytucjonalnych ani jeden, ani drugi nie wspomina, lecz sam fakt istnienia u ojca i córki żółtaczki hemolitycznej uprawnia nas do wyciągnięcia pewnych wniosków.

W rok później Hescheles, Piechowski i Roszak opisują dwa przypadki żółtaczki wrodzonej i dziedzicznej, przyczem, drugi przypadek z zaznaczoną wieżowatością głowy. Jeszcze później, bo dopiero w r. 1927 spotykamy pracę Mikułowskiego o stożkowatości czaszki, ze szczegółowym opisem danej postaci chorobowej, przyczem przypadek dotyczył 11-letniej dziewczynki.

Co do patogenezy zespołu żółtaczki hemolitycznej i czaszki wieżowatej, to obecnie spotykamy się z dwoma głównemi poglądami: autorów francuskich na czele z Chauffardem, Widalem i autorów niemieckich na czele z Aschoffem, Eppingerem.

Pierwsi sądzą, iż krwinki czerwone z układu wytwarzającego (t. j. szpiku kostnego) wychodzą mniej wartościowemi, z pewnem

uszkodzeniem, z pewną predyspozycją do hemolizy, tak że w śledzionie i innych ogniskach tkanki siateczkowo-śródbłonkowej znacznie łatwiej i w większej ilości ulegają hemolizie; drudzy zaś uważają, że to uszkodzenie krwinek odbywa się tu w wyżej wymienionych miejscach, które posiadają większą niż normalnie zdolność hemolizowania krwinek.

Jednakże przyczyna tkwi, mojem zdaniem, gdzieś głębiej, działając jednocześnie, tak bezpośrednio na krwinki czerwone, jak i pośrednio na cały układ siateczkowo-śródbłonkowy. Że w danym wypadku najprawdopodobniej jedna i ta sama przyczyna wpływa na oba te układy, możemy przypuścić jeszcze dlatego, że rozwojowe pochodzenie obu tych układów jest, jak wiadomo, wspólne.

Obecnie według najnowszych zapatrywań (Beck) śledziona i wogóle cały aparat siateczkowo-śródbłonkowy ma znaczenie gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu; wydzielane przez ten układ jakieś substancje chemiczne wpływają, tak na skład jakościowy i ilościowy krwi, jak i na cały organizm ludzki.

Z tego punktu widzenia najbardziej może nam trafić do przekonania, iż mamy tu swoiste zaburzenia równowagi gruczołów dokrewnych, dziedzicznie przekazywane na potomstwo, zaburzenia, których zewnętrzną oznaką są różne cechy niedorozwoju, jak słabe uwłosienie i t. d.

Wiemy już dobrze, że gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu wpływają na rozwój kośćca; naprzykład, nadmiar hormonów przysadki mózgowej wywołuje akromegalję, nadmiar hormonów jajnika powoduje osteomalację i t. d. Mamy więc zupełne prawo przypuszczać, że i układ siateczkowo-śródbłonkowy, jako gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu może wpływać w ten lub inny, nieznany nam jeszcze, sposób na *habitus* osobnika, na powstanie tych lub innych cech niedorozwoju. I czy nie jest przedwczesne skostnienie kości czaszki, jak i szwów pomiędzy niemi, powodujące powstawanie kształtu stożkowatego głowy, jednym z przejawów zaburzeń hormonalnych?

Z tego punktu widzenia dałoby się ująć *icterus haemoliticus*, jako jednostkę chorobową konstytucjonalną, zależną od swoistych zaburzeń hormonalnych (przedewszystkiem układu siateczkowo-śródbłonkowego i śledziony) i co za tem idzie od swoistej utraty równowagi hormonalnej, zaburzeń, przekazywanych dziedzicznie, od czasu do czasu nasilających się i cechujących się, pomimo żółtaczki i charakterystycznych zmian krwi, także powstawaniem tych lub innych cech niedorozwoju organizmu, przedwczesnem skostnieniem kości czaszki oraz szwów pomiędzy niemi, co w ostatecznym rezultacie daje stożkowaty kształt głowy. Czemu w jednym przypadku żółtaczki hemolitycznej stożkowatość głowy wprost rzuca się w oczy (jak w naszym przypadku), a w drugim ten kształt głowy jest bardzo słabo zaznaczony, albo go wcale niema — trudno orzec. Można jednak przypuścić, że gdy nasilenie tych zaburzeń hormonalnych, przekazywanych dziedzicznie, występuje już w bardzo wczesnem dzieciństwie, t. j. wtedy, kiedy organizm rośnie, kiedy szwy pomiędzy kośćmi głowy są jeszcze niezarośnięte, słowem, kiedy głowa jeszcze kształtuje się, to nastąpi zmiana jej kształtu. Gdy zaś pierwsze objawy choroby występują w nieco późniejszym wieku, kiedy głowa już się sformowała ostatecznie, stożkowatości tej nie będzie.

Przyszłość pokaże, czy myśl ta, wypowiedziana nieraz przez prof. Z. Orłowskiego bezpośrednio u łóżka chorego, jest słuszna i jak daleko odbiega ona od prawdy.

Panu Prof. D-rowi Zenonowi Orłowskiemu za zachętę do opublikowania niniejszego przypadku, oraz cenne wskazówki i pomoc składam najserdeczniejsze podziękowanie.

Piśmiennictwo:

1. Barański: Pedjatrja Polska. T. III. 1923 r. — 2. Beck: Zur Klinik des haemolitischen Icterus beim Kind. Monatschrift f. Kinderkrankheit. Bd. 28. Hft. 3. 1924. — 3. Boros: Wiener Archiv f. Innere Medizin. Bd. XII. str. 243. — 4. Filiński: Niedomoga wątroby ze stanowiska klinicznego. 1925. — 5. Günther: Die klinische Bedeutung der Ellipsenformen der Erytrozyten. Deutsch. Arch. f. Klin. Mediz. Bd. 162. 1928. — 6. Hertz: Medycyna. 1912 r. Nr. 23. — 7. Hescheles-Piechowski-Roszak: Pedjatrja Polska. 1924 r. — 8. Klein: Medycyna. 1929 r. Nr. 7 i 8. — 9. Mikułowski: Polska Gazeta Lekarska. 1927 r. Nr. 21. — 10. Morawitz: Boleźni krowi. 1926. Medic. Izdat. „Wracz", Berlin. — 11. Semerau-Siemianowski: Polska Gazeta Lekarska. 1922. Nr. 34 i 35. — 12. Starkiewicz: Gazeta Lekarska. 1907. Nr. 31 i 32. — 13. Starkiewicz: Gazeta Lekarska. 1909. Nr. 12. — 14. Szokalski: Gazeta Lekarska. 1916. Nr. 25 i 26.

Dr. Artur CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną.

Z kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Dokończenie.

Polska ergosteryna naświetlana, wprowadzona do handlu w postaci 1% rozczynu w oliwie pod nazwą „Vitavit", jak donosił komunikat Spiessa, leczy w dawce dziennej $^1/_{400}$ mg krzywicę doświadczalną szczurów w ciągu 12—14 dni. Działanie lecznicze i zapobiegawcze „Vitavitu" ilustrowały wykresy krzywych poziomu fosforu krwi i wagi zwierząt, oraz zdjęcia roentgenologiczne. Identyczność z ergosteryną Mercka potwierdzały wyniki analizy elementarnej oraz spektroskopowej.

W ślad za pismem nadesłane próbki wypróbowaliśmy na dwu niemowlętach w klinice i 7-miu w poradni dla niemowląt. Leczenie przeprowadzaliśmy w tych samych warunkach, jak przy „Vigantolu", a w ocenie wyników leczniczych kierowaliśmy się temi samemi kryterjami. Wynik leczenia ilustrują załączone tablice.

Jak widzimy, we wszystkich przypadkach bez wyjątku okazała się naświetlana ergosteryna tak w postaci „Vigantolu", jak i „Vitavitu" środkiem skutecznym. Najcięższe nawet zmiany krzywicze ustępowały w ciągu 4—7 tygodni.

Wpływ leczniczy zaznaczał się często już w 5 dni po rozpoczęciu leczenia zmniejszeniem się potów i ustąpieniem tarcia główką, wyraźną zaś poprawę w stanie ogólnym dzieci stwierdzić można było w większości przypadków po 10 dniach. Niemowlęta jeszcze przed kilku dniami gnuśne, ospałe i bezwładne, wrażliwe na lekki ucisk i krzykliwe, po 5 dniach leczenia ożywiały się, zaczynały poruszać kończynami, unosić główkę, a w czasie badania dzięki ustąpieniu bolesności uciskowej zachowywały się spokojnie.

Poprawa w stanie uwapnienia kośćca zauważyć się dawała już w 10 dni. Rozmiękczenie potylicy ustępowało prawie bez wyjątku po trzech tygodniach. W tym czasie stwierdzić można było twardnienie kośćca klatki piersiowej i wyrównywanie brózd Harrinsona, cofanie się różańca i zgrubienia nasad kości długich, oraz zmniejszenie wymiarów ciemienia.

Poziom fosforu, wynoszący w naszych przypadkach przed leczeniem 1,9 do 4,1 mg %, w 5-tym dniu leczenia jeszcze niezmieniony, w 10-tym dniu wykazywał podwyżkę wynoszącą 0,5 do 1,8 mg %, w dalszym zaś ciągu leczenia wzrastał szybko i osiągał normalną wartość po 4-ch tygodniach.

W badaniu roentgenologicznem wpływ leczniczy zaznaczał się już po 15-tu dniach leczenia, wyraźną poprawę w stanie uwapnienia kości stwierdzaliśmy zazwyczaj po trzech tygodniach, po upływie zaś $4^1/_2$—6 tygodni osiągały kości normalną zbitość, a zaburzenia we wzroście względnie rozwoju nasad cofały się zupełnie.

Objawy tężyczki jawnej nie wystąpiły u żadnego z dzieci dotkniętych tą chorobą po 10-tym dniu leczenia, objawy utajonej (chwostek: +) ustępowały do 15-tu dni.

O energicznem działaniu środka na cierpienie zasadnicze świadczy korzystny przebieg powikłań grypą, nieżytem oskrzeli i odoskrzelikowem zapaleniem płuc. U dwojga niemowląt, wykazujących gruźlicze powiększenie gruczołów chłonnych stwierdzić mogliśmy poprawę łaknienia i przyrost wagi ciała, nie spostrzegaliśmy zaś żadnych objawów w rodzaju opisanych przez Degkwitza.

Wszystkie dzieci bez wyjątku przyjmowały ergosterynę, zarówno w roztworze olejowym, jak i w pastylkach oraz drażetkach chętnie, łaknienie stale było dobre, a zaburzenia w odżywianiu nie występowały częściej niż zwykle i nie zdawały się pozostawać w jakimkolwiek związku z podanym środkiem. Leczyliśmy je, jak zwykle, a przebieg i czas trwania nie różnił się niczem od zwykłego przebiegu. Ergosterynę podawaliśmy przytem bez przerwy.

Zauważyliśmy natomiast, że zaburzenia w odżywianiu — nawet w postaci lekkiej dyspepsji — przedłużały czas leczenia. Przypadek kliniczny III., powikłany grypową dyspepsją parenteralną, trwającą około 10-ciu dni, dopiero w 15-tym dniu wykazywał nieznaczną poprawę w stanie ogólnym, a pierwszy wzrost poziomu fosforu krwi stwierdziliśmy dopiero w 20-tym dniu leczenia. Do ostatecznego zaś wyleczenia krzywicy, t. j. ustąpienia objawów klinicznych, osiągnięcia normalnego poziomu fos-

Data	Wiek	Sposób leczenia	Stan kliniczny	Stan roentgenologiczny	P. krwi w mg. %
			I.		
25/XI.	Danuta K. 5 miesięcy	2× dziennie po 5 kropli „Vitavitu“	Waga 5.280 g. Dziecko poci się, rozległy craniotabes. Kostki i różaniec.	Kości przedramion o niewyraźnych konturach i zadartej strukturze. Nasady kubkowato rozszerzone, brzegi dystalne nieregularne i postrzępione.	2.2
15/XII.	„	„	Waga 5.670 g. Dziecko uśmiechnięte, trzyma głowę dobrze. Łaknienie dobre. Stolce prawidłowe. Potylica twarda.	Zaznaczona poprawa w stanie uwapnienia kości.	5.4
25/XII	„	„	Waga 6.010 g. Dziecko ma się dobrze. Próbuje siadać.	Wyraźna poprawa. Kubkowate zuiekształcenia cofają się, brzegi dystalne wyraźne. Kontury kości wyraźne, struktura obfita.	6.3
			II.		
27/XI	Jadwiga P. 4 miesiące wcześniak	2 × dziennie po 5 kropli „Vitavitu“	Waga 3.960 g. Dziecko poci się. Trze głowę. Rozległy craniotabes. Wybitny różaniec i kostki.	Kości przedramion silnie odwapnione. Rysunek zatarty. Kontury niewyraźne. Nasady kubkowato rozszerzone, a brzegi dystalne panewkowate i postrzępione.	2.4
15/XII	„	„	Waga 4.390 g. Czaszka twarda. Dziecko podnosi głowę. Łaknienie i stolce dobre.	Brzeg nasady nieco wyraźniejszy, tkanka kostna na granicy chrząstki nasadowej zagęszcza się.	5.1
25/XII	„	„	Waga 4.580 g. Stan ogólny dobry. Pozatem jak wyż.	Wszystkie kości silniej uwapnione. Struktura znacznie wyraźniejsza. Panewkowata wklęsłość nasady wyrównana. Kubkowate zniekształcenie cofa się.	5.9

Wiek	Stan przed leczeniem		Czas i sposób leczenia	Stan po leczeniu	
	Stan kliniczny	P. krwi w mg. %		Stan kliniczny	P. krwi w mg. %
Kazimierz S. 5 mies.	Waga 5.720 g. Craniotabes. Różaniec i kostki. Grypa.	2.1	5 tygodni 2× dziennie po 5 kropli Vitavitu	Waga 6.360 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	6.2
Janina P. 4 mies.	Waga 4.910 g. Ciężka krzywica. Grypa.	3.3	6 tygodni jak wyżej	Waga 5.810 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	5.9
Alina K. 3 mies. wcześniak.	Waga 3.000 g. Rozległy craniotabes.	2.6	5 tygodni jak wyżej	Waga 5.610 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	6.7
Barbara L. 6 mies.	Waga 6.120 g. Bardzo ciężka krzywica. Bronchopneumonia.	1.3	5 tygodni jak wyżej	Waga 6.410 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	5.9
Wojciech W. 5 mies.	Waga 4.670 g. Średnio ciężka krzywica. Od tygodnia dyspepsia.	2.2	$6^1/_2$ tygodnia jak wyżej	Waga 5.190 g. Kościec twardy. Stolce przez 1-szy tydzień dyspeptyczne, od $5^1/_2$ tygodni stale dobre.	6.4
Józef M. 9 mies.	Waga 8.310 g. Głowa kwadratowa. Ciemię 2×2. Bronchitis. Dziecko nie siedzi.	4.1	4 tygodnie jak wyżej	Waga 9.200 g. Ciemię $1^1/_2$ na $1^1/_2$. Dziecko siedzi uśmiechnięte, ma się dobrze.	5.9
Karol R. 5 mies.	Waga 6.020 g. Ciężka krzywica.	2.1	5 tygodni jak wyżej	Waga 6. 470 g. Kościec twardy.	6.7

foru krwi, oraz wyraźnej poprawy w stanie uwapnienia kości, dającej się stwierdzić roentgenologicznie, potrzeba było 6-ciu tygodni leczenia, a zatem o $1^1/_2$ do 2 tygodni więcej, niż w pozostałych 3 przypadkach.

To samo obserwowaliśmy w trzech przypadkach przychodnianych, gdzie z powodu dyspepsji leczenie trwało 7 tygodni, podczas gdy w pozostałych 16-tu przypadkach mieliśmy zupełne wyleczenie po 4—6 tygodniach. Fakt ten tłumaczymy sobie upośledzoną resorbcją ergosteryny przez przewód pokarmowy niemowlęcia, dotkniętego zaburzeniem jelitowem.

Równie dzielnym środkiem okazała się naświetlana ergosteryna w zastosowaniu zapobiegawczem. Wcześniak, urodzony w połowie września z wagą 1,650 g, dostawał od 6—10 tygodnia życia 1 raz dziennie 5 kropli Vigantolu. W wieku 4 miesięcy ważył 3,970 g, nie wykazywał żadnych objawów krzywicy, a fosfor krwi wynosił 5,9 mg %. Dwoje bliźniąt, urodzonych z wagą 2,050 i 2,100 g, otrzymywały zapobiegawczo od 5 do 10 tygodnia życia 2 razy dziennie po 2 krople Vigantolu. W wieku 5 miesięcy ważyły 4,430 i 4,610 g, również nie wykazywały żadnych objawów krzywicy, a fosfor krwi wynosił 6,1 i 5,8 mg %. Te same wyniki mieliśmy z Vitavitem. 5-cioro niemowląt, w tem jedno wczesne (2,010 g) i dwoje bliźniąt (3,050 i 3,170 g) oraz dwoje donoszonych, lecz w złych warunkach żyjących dzieci poradnianych dostawały przez 6 tygodni dziennie po 4 krople Vitavitu. U żadnego z tych dzieci (kontrolowanych przez sześć miesięcy co 7—14 dni) nie wystąpiły objawy krzywicy, a stan ogólny, waga ciała i odporność nie pozostawiały niczego do życzenia . U wszystkich dzieci, tak w czasie leczenia, jak też w następnych miesiącach ich życia nie obserwowano żadnych objawów, które świadczyć mogłyby o szkodliwem lub niekorzystnem działaniu ubocznem środka.

Na podstawie powyższych wyników twierdzimy, że w naświetlanej ergosterynie zyskała wiedza lekarska pełnowartościowy środek leczniczy. Środek ten stosowany w odpowiednich dawkach (leczniczo 4 mg dziennie, zapobiegawczo 2 mg dziennie) nie wywołuje żadnego szkodliwego działania ubocznego, a w działaniu przeciwkrzywiczem nie ustępuje lampie kwarcowej. Nie posiada wprawdzie działania środka ergotropowego, jakie daje lampa kwarcowa i z tego powodu prawdopodobnie nie wywiera większego wpływu na odporność w znaczeniu ogólnem, nie wpływa też na zmiany krwi, towarzyszące krzywicy, co zresztą i przy lampie kwarcowej jest wątpliwe, góruje jednak nad lampą kwarcową pod innymi względami. I tak podczas gdy lampa kwarcowa dostępna jest tylko dla dzieci miejskich, ergosterynę można stosować także na najbardziej zapadłej wsi, odległej o dziesiątki kilometrów od miasta zaopatrzonego w prąd elektryczny. Stosowanie ergosteryny jest przytem proste i łatwe i nie zabiera czasu matkom, które często z trudnością tylko decydują się na chodzenie do naświetlań.

Stosując leczenie ergosteryną unika się skupień dzieci w poczekalniach i w czasie naświetlania, które często odbywać się musi ze względów oszczędnościowych i przestrzennych masowo i z tego powodu bywa niejednokrotnie źródłem zakażeń grypą, odrą i kokluszem.

Leczenie ergosteryną stosować można bezpośrednio po stwierdzeniu krzywicy także w przypadkach powikłanych schorzeniami grypowemi, zarówno w postaci nieżytu nosa i gardła, jak i zapalenia oskrzeli, oskrzelików i płuc, w których stosowanie lampy kwarcowej tak z powodu powikłań, jak i niebezpieczeństwa zakażenia innych dzieci jest wprost wykluczonem. Posiada to podwójne znaczenie, po pierwsze ze względu na możliwość bezzwłocznego przystąpienia do leczenia choroby zasadniczej t. j. krzywicy, powtóre na korzystny wpływ pośredni na powikłania.

W porównaniu z tranem naświetlana ergosteryna zasługuje na jeszcze większe uznanie. Tran przyjmują niemowlęta na ogół niechętnie, tran wywołuje też często objawy dyspeptyczne. Przedewszystkiem jednak tran zawiera nie stałe ilości witaminy D, a przytem tak małe (25 gr tranu = przeciętnie 1 mg ergosteryny), że nie nadaje się do leczenia przypadków ciężkich, może być natomiast stosowany jako środek zapobiegawczy.

Nad naświetlanem mlekiem góruje ergosteryna tak w zastosowaniu leczniczem, jak i zapobiegawczem. Wskutek naświetlania mleko ulega jekoryzacji t. j. nabywa niemiłego zjełczałego zapachu, doznaje przytem ogólnej denaturacji, zawartość zaś witaminy D w zależności od różnic w składzie i zawartości prowitaminy jest niestała, stąd niema możności dokładnego dawkowania. Skoro do tego dodamy wysokie ceny mleka naświetlanego i trudności natury praktycznej, jak odległość miejsca zamieszkania konsumenta od stacji naświetlania mleka, trudności w przewozie i przechowywaniu, bez wahania przyznamy wyższość wyodrębnionej chemicznie i dzięki temu dokładnie dającej się dawkować witaminie D, której nabycie i przechowywanie nie przedstawia żadnych trudności, dawkowanie jest proste, a skutek leczniczy niezawodny.

Jak wiele innych środków leczniczych, tak też i naświetlana ergosteryna może być w pewnych warunkach środkiem szkodliwym. Większego znaczenia pod względem praktycznym nie posiada toksyczne ciało, powstające przy nadmiernie długim naświetlaniu ergosteryny, bo do uczynnienia witaminy D tak długich naświetlań nie potrzeba. Ważne są natomiast spostrzeżenia o toksycznem działaniu zbyt wysokich dawek Vigantolu u zwierząt, które, jak wykazali Arvay, Pfannenstiel, Kreitmair, Moll i Heubner prowadzą do odkładania złogów wapnia w ścianach naczyń krwionośnych, w mięśniu sercowym, w przewodzie pokarmowym i w nerkach, do zaniku śledziony i do wtórnego zwyrodnienia narządów miąższowych, a nawet do martwicy i do zmian zapalno-krwotocznych. Klinicznie to toksyczne działanie objawia się brakiem apetytu, sennością, przyśpieszonymi oddechami, spadkiem wagi ciała oraz biegunką. Ostatecznie giną zwierzęta wśród objawów wyniszczenia.

Praktycznym wnioskiem powyższych spostrzeżeń jest pytanie, czy naświetlana ergosteryna może dawać także u dzieci niebezpieczeństwo zatrucia. Teoretyczne rozważania przemawiają przeciwko temu. Z doświadczeń na zwierzętach wynika bowiem, że między dawką leczniczą, a toksyczną jest wielka różnica. I tak: podczas, gdy dawką leczniczą dla szczura jest jeszcze 1/10,000 mg, najniższa dawka toksyczna wynosi około 1 mg. U kury leczniczo działa 1/100 mg, natomiast dawka 50 mg nie daje jeszcze objawów toksycznych. Z dawki toksycznej dla kotów (5 mg) wynika, że dla człowieka dorosłego toksyczną mogłaby być dopiero dawka 100 mg, z dawki szczura będzie ona jeszcze wyższą. Tymczasem w celach leczniczych wystarcza dla dorosłego dawka 5 mg. U dzieci niebezpieczeństwo zatrucia jest mniejsze, ponieważ rozwijający się kościec młodego ustroju może zużytkować znacznie więcej wapnia, aniżeli kościec ustroju dorosłego, ustrój zaś krzywicy ma zapewne jeszcze wyższą tolerancję.

Wbrew tym rozważaniom teoretycznym spotyka się w piśmiennictwie ostatnich miesięcy głosy, przestrzegające przed zbyt swobodnem stosowaniem naświetlanej ergosteryny. Obliczeniom opartym na dawkach z doświadczeń na zwierzętach całkiem słusznie zarzuca się, że sposób działania ergosteryny na ustrój zwierzęcy i ludzki może być różny. Pisze się o przypadkach idjosynkrazji vigantolowej i o objawach dyspeptycznych, wreszcie uszkodzeniu nerek (Cylindrurji), spostrzeganych w czasie i pod wpływem leczenia naświetlaną ergosteryną. Spostrzeżenia te, kwestjonowane przez innych autorów, wymagają dalszych badań i obserwacyj, w każdym razie jednak nakazują ostrożność w ustalaniu wskazania do leczenia i w określaniu wysokości dawek. My sami w chwili bieżącej nie możemy zaprzeczyć możliwości szkodliwego działania tego środka w dawkach większych i nie kwestjonujemy możliwości istnienia hypervitaminozy D, nie mamy bowiem na to dowodów, o możliwości zaś powyższych szkód świadczą spostrzeżenia innych autorów. W każdym razie twierdzimy, że witamina D, stosowana w dawkach do 4 mg dziennie przez okres 4—8 tygodni, przy opisanej powyżej skuteczności przeciwkrzywiczej nie daje najmniejszych objawów, które mogłyby być pomawiane o szkodliwe lub niekorzystne działanie uboczne.

Piśmiennictwo:

1) Adam: Ist das antirachitische Vitamin des Lebertrans ein bestrahltes Ergosterin. Klin. Wochenschr. Nr. 27. 1927. — 2) Bahl: Erfahrungen mit Vigantol. Zeitschr. f. Kinderheilk. Band 46. H. 4. 1928. — 3) Baumritter: Przyczynek do leczenia krzywicy ergosteryną naświetlaną. Warsz. Czasopismo Lek. Nr. 11. 1928. — 4) Beck: Ueber die Behandlung der Rachitis mit bestrahltem Ergosterin. Therapie der Gegenwart. Heft 9. 1927. — 5) Beumer: Das antirachitische Prinzip. Monatschr. f. Kinderhlk. B. 38. 1928. — 6) Beumer-Falkenheim: Ueber das Ergosterin u. seine antirachitische Wirksamkeit bei Säuglingen. Klin. Wochenschrift Nr. 17. 1927. — 7) Edelstein: Ist die antirachitische Aktivierung der Milch an die Milchsterine gebunden? Zeitschrift f. Kinderheilkunde Band 43. 1927. — 8) Falkenheim: Zur Therapie der Säuglingsrachitis mit aktiven Ergosterinpräparaten. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 37. 1927. — 9) Gill: Zur Behandlung der Vigantol. Monatschrift f. Kinderhlk. Band. 40. H. 6. 1928 — 10) György: Terapeutische Versuche mit bestrahltem Ergosterin Klin. Wochen-

schrift. Nr. 13. 1927. — 11) György: Stoffwechsel bei Rachitis. Monatschr. f. Kinderhelk. Band 38. 1928. — 12) Hottinger: Untersuchungen über bestrahltes Ergosterin. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. 1927. — 13) Hottinger: Experimentelle Untersuchungen über das antirachitishce Prinzip bestrahlter Nahrung. Zeitschr. für Kinderhlk. Band 42 u. 43. 1927. — 14) Huldschinsky: Die Therapie der Rachitis. Monatschrift f. Kinderhlk. Band 38. 1928. — 15) Klinke: Moderne Rachitisforschung. Klin. Wochenschr. Nr. 9. 1928. — 15) Kreitmair u. Moll: Hypervitaminose durch grosse Dosen Vitamin D. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 15. 1928. — 16) Ochsenius: Idiosynkrasie gegen Vigantol. Monatschr. f. Kinderhlk. Band 43. H. 1. 1929. — 17) Prinke: Erfahrungen mit dem neuen Rachitismittel von Windaus-Hess. Klin. Wochenschr. Nr. 35. 1927. — 18) Rohr u. Schultz: Ultraviolettbestrahltes enteiweisstes Milchfett, ein wirksames, wohl schmeckendes Antirachiticum. Klin. Wochenschr. Nr. 18. 1927. — 19) Schittenhelm u. Eisler: Ueber Bildung von antirachitischem Vitamin unter Lichtabschluss. Klin. Wochenschr. Nr. 24. 1928. — 20) Strote: Erfahrungen mit dem bestrahltem Ergosterin Windaus. Klin. Wochenschr. Nr. 3. 1928. — 21) Scheer u. Rosenthal: Die antirachitische Wirkung von in Kohlensäurenatmosphäre bestrahler Milch. Zeitschrift. f. Kinderhlk. Band 44. 1927. 22) Tscherkes u. Litwak: Ueber das antirachitische Prinzip des Lebertrans. Zeitschr. f. Kinderhlk. Band 43. 1927. — 23) Vollmer: Erfahrungen mit bestrahler ätherextrabierter Nahrung. Zeitschrift f. Kinderhlk. Band 43. 1927. — 24) Vollmer: Zur Cholesterintherapie der Rachitis. Zeitschrift f. Kinderhlk. Band 44. 1927. — 25) Vollmer: Beitrag zur Ergosterinbehandlung der Rachitis. Monatschr. f. Kinderhlk. Band 38. 1928. — 26) Żelewska: Czynnik przeciwkrzywiczy (prowitamina D czyli ergosteryna). Nowiny Lekarskie. Zeszyt 1. 1928.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Zofja PARFANOWICZ. Lwów.

Zastosowanie Cardiazolu w chirurgji dziecięcej.

Z Oddziału chirurg.-dziecięcego.
Prymarjusz: Dr. R. Rodziński.

Jakkolwiek chirurg niechętnie ucieka się do środków leczniczych farmakologicznych, przecież często musi sięgnąć po nie dla dobra a nawet życia swoich pacjentów. W pierwszym rzędzie zwraca się on do ważnej grupy środków nasercowych. Z nich on wybiera takie, które będą się cechowały następującemi własnościami: 1) Łatwa rozpuszczalność i łatwość wchłaniania. 2) Energiczne działanie na serce, ośrodek oddechowy i naczynioruchowy. 3) Działanie doraźne, przy jednorazowem (krótkotrwałem) podawaniu i działanie powolne ale stałe — przy protrahowanem podawaniu, czego głównym warunkiem jest nieszkodliwość preparatu.

W poszukiwaniu za takim środkiem wiedza ludzka przeszła przez rozmaite stadja i rozmaite leki. Długi czas była kamfora bodajże jedynym środkiem stosowanym doryweczo, naparstnica zaś służyła do przewlocznego leczenia wszelkich stanów osłabienia i wyczerpania mięśnia sercowego. Ponieważ jednak oba te środki mają pewne wady (kamfora: nierozpuszczalność, trudność wsysania się, szybki rozkład w organizmie; naparstnica: łatwość kumulacji, toksyczność i uboczne działania) przeto przystąpiono do produkcji środków syntetycznych, rozpuszczalnych, wśród których weszły w użycie trzy znakomite wytwory: Hexeton, Coramina i Cardiazol. Pomijając oba pierwsze zajęłam się ostatnim z nich chcąc poznać: o ile i kiedy możemy stosować Cardiazol w praktyce chirurgiczno-dziecięcej. Moje doświadczenia przeprowadziłam na 65 chorych oddziału chirurgicznego Szpitalika św. Zofji we Lwowie.

Przypadki podzieliłam sobie na trzy następujące kategorje:

1) Ostre stany niedomogi narządu krążenia, do której to grupy zaliczam asfiksje w czasie narkozy, kryzy i shoki urazowe i operacyjne.

2) Przewłoczne stany osłabienia i wyczerpania a więc długotrwałe wyniszczające choroby jak osteomyelitis, pyothorax, gorączki septyczne.

3) Schorzenia więcej natury wewnętrznej a więc ostre choroby gorączkowe, (angina, grypa), zapalenia oskrzeli i płuc pooperacyjne, gdzie oprócz działania nasercowego chodziło o działanie na ośrodek oddechowy.

Ad 1. Zapady zdarzają się u dzieci nader często. Spostrzegamy je też przy narkozie, gdzie parę kropel więcej wywołuje u wrażliwych asfiksję a mała nieostrożność w dawkowaniu lub obserwacji narkotyzowanego pociąga za sobą nieraz ciężkie asfiksje. Źrenice gwałtownie rozszerzają się, tętno niknie, dziecko sinieje i przestaje oddychać. Stan taki występuje prawie zupełnie nagle i wymaga szybkiego wkroczenia, w przeciwnym bowiem razie pociąga za sobą śmierć. W tych przypadkach zastosowanie dożylne lub domięśniowe (a nawet dosercowe) injekcji Cardiazolu w połączeniu ze sztucznem oddychaniem prawie zawsze odniosło pożądany skutek: dziecko zaczęło oddychać, sinica ustąpiła, tętno poprawiło się. Ażeby zapobiec tego rodzaju wypadkom stosowałam przed narkozą podskórne injekcje Cardiazolu i z zadowoleniem spostrzegałam, iż w czasie narkozy dzieci oddychały spokojnie i głęboko a tętno było spokojne i powolne. Z narkozy budzili się chorzy nie tak zmęczeni i wyczerpani i nie z tak lichem tętnem jak to często bywa, szczególnie po laparotomjach. Fakt ten daje się wytłumaczyć eksperymentalnie na zwierzętach dowiedzionem (przez Hildebrandta i Schoena) działaniem już na serce zdrowe, czego brak kamforze.

Podnosząc ciśnienie krwi, powiększając jego amplitudę a wzmacniając mięsień sercowy działa Cardiazol korzystnie przy wszelkich wstrząsach (pobiałkowe, anafilaktyczne) i urazach. Z tych ostatnich był on stosowany przy urazach głowy, uszkodzeniach czaszki (4 przyp. z tych jeden skaleczony sieczkarnią, drugi kieratem a dwa kopnięte przez konie) przy tak częstych u dzieci zranieniach rąk i nóg (przez maszyny gospodarcze, noże) (17 przypadków). Celem podawania było: wzmocnić serce przed zabiegiem lub po nim — i cel ten w zupełności osiągano.

Jednym z najcięższych urazów jest operacja a przedewszystkiem laparotomja .Zastanawiając się nad zachowaniem się tętna i ciśnienia w czasie tego zabiegu jakoteż nad zastosowaniem Cardiazolu przed nią i w czasie niej, obserwowałam 8 przypadków ostrej appendicitis. Z tych przytaczam tylko dwa różne co do przebiegu i zejścia jakoteż zachowania się pod wpływem Cardiazolu.

I. *Appendicitis acuta perforativa.* Chory J. P., 8 l., liczba prot. 62. Anamneza: Od trzech dni bóle brzucha, stolec zaparty, wiatry nie odchodzą. Wymioty. (Wykres I.).

Stan obecny: Rozlana bolesność całego brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. *Defense musculaire* w okolicy prawej biodrowej. Mac. Burney, Rovsing +. Leukocytoza 22,100. Temperatura 38,2° C. Tętno 162/min. Ciśnienie 85 mm Hg. Przystąpiono do laparotomji. 15 min. przedtem injekcja Cardiazolu. Jak widać na załączonym wykresie w 5 min. po injekcji tętno uległo (małemu wprawdzie) zwolnieniu a ciśnienie podwyższeniu, co utrzymywało się i powiększało do chwili otwarcia jamy brzusznej. W tej chwili ponowny spadek ciśnienia i przyśpieszenie tętna. W tej chwili druga injekcja Cardiazolu. Następuje podwyższenie ciśnienia, powiększenie jego amplitudy. Stosunki w jamie brzusznej: wyrostek robaczkowy zropiały, w okolicy ileocoekalnej ropa, dookoła zlepy. Przez cały okres pooperacyjny chory dostawał Cardiazol z początku w podskórnych injekcjach, potem w kroplach (10% roztwór 3 × dz po 10 kropel). Wyleczony opuścił oddział.

II. *Appendicitis gangraenosa.* Chory B. J., 10 l., l. prot. 1630. Anamneza: Od dwudziestuczterech godzin bóle brzucha, wymioty, zaparcie stolca. (Wykres II.).

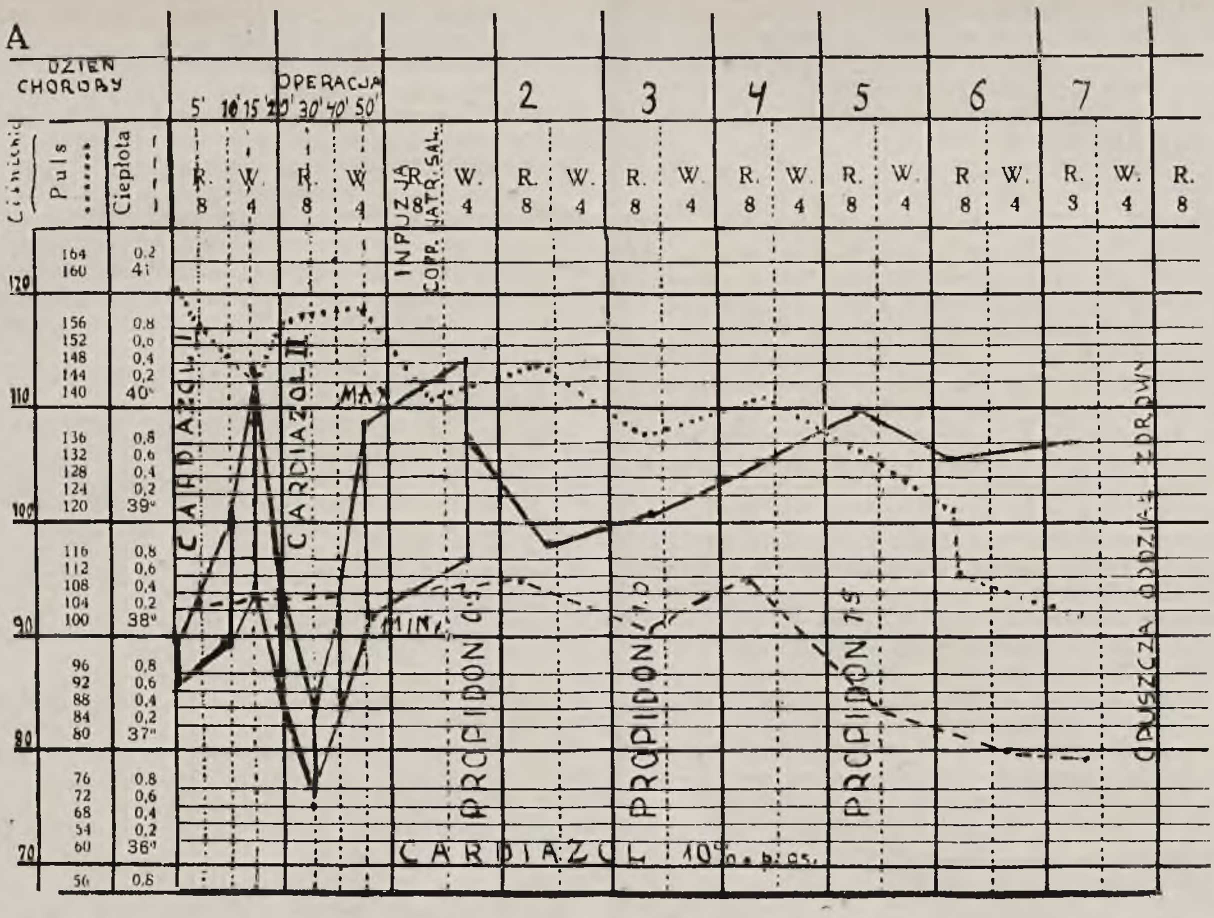
Stan obecny: *Facies abdominalis,* tętno 150. Leukocytoza 31,070. Ciśnienie 70 mm Hg. Język podsychający. Brzuch: bolesność prawej okolicy biodrowej, tamże *defense musculaire.* Mac Burney, Rovsing ++. Pierwsze podanie Cardiazolu poprawia stan tętna i ciśnienia bardzo mało, drugie zaś nie jest w stanie przeciwdziałać spadkowi ciśnienia. Tętno liche, ledwie wyczuwalne. W jamie brzusznej: w okolicy kątnicy i w Douglasie ropa. Wyrostek zropiały. Mimo dalszych zabiegów, stosowania infuzji i środków nasercowych, stan z dnia na dzień gorszy. Do czterech dni *exitus letalis.*

Badania przeprowadzone na szeregu podobnych przypadków doprowadziły mię do następujących wniosków:

1) Cardiazol zastosowany w czasie operacji wpływa korzystnie na jej przebieg, albowiem podnosi ciśnienie, zwiększa jego amplitudę, wzmacnia mięsień sercowy i reguluje tętno.

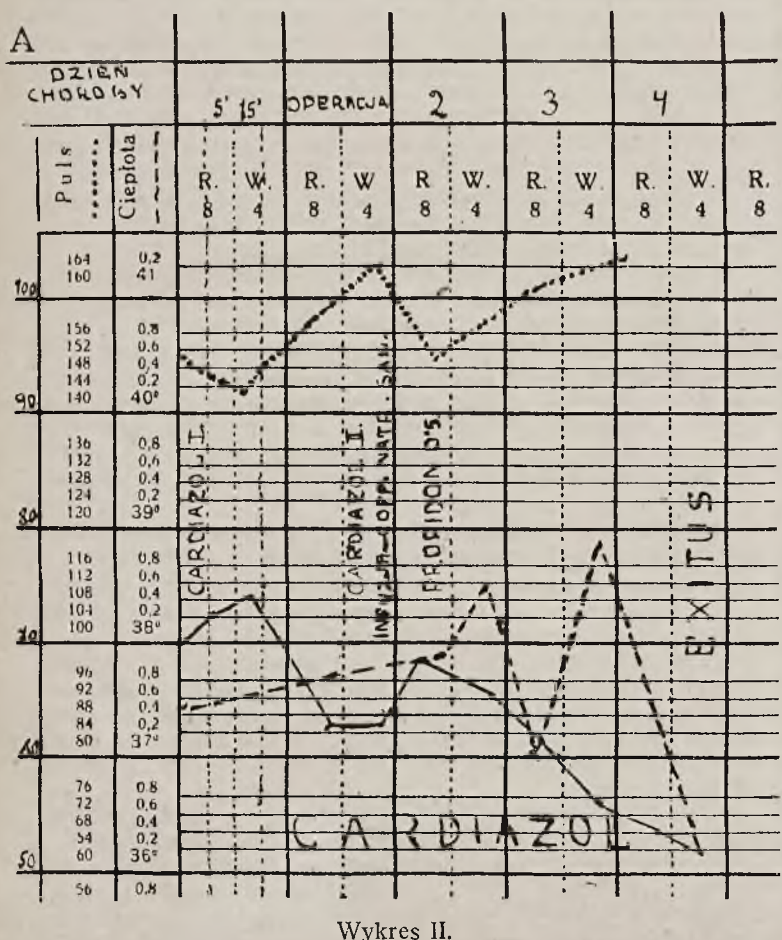
2) W przypadkach bardzo ciężkich, gdzie proces jest bardzo złośliwy działanie Cardiazolu jest znikome lub żadne. W ten sposób środek ten może nam służyć jako wskaźnik ciężkości schorzenia a tem samem może nam się przyczynić do rokowania. Gdzie działanie jego jest znikome lub żadne a rokowanie jest złe wynik będzie niepomyślny.

W zakresie *drugiej grupy,* to jest podawania Cardiazolu przy przewłocznych, wyczerpujących chorobach chirurgicznych obserwowałam 11 przypadków ropnia opłucnej *(Pyothorax)* i szereg zapaleń szpiku kostnego. Obie te choroby są bardzo częste w wieku dziecięcym a ciągnąc się miesiącami a nawet latami *(osteomyelitis)* i przebiegając wśród wysokich nieraz gorączek septycznych *(pyo-*



Wykres I.

thorax) wyniszczają organizm dziecięcy, a do serca stawiają duże wymagania. Przy osteomyelitis podawano Cardiazol tygodniami, mimo gorączek tętno było dobre a ciśnienie utrzymywało się w miernych granicach. Szczególnie zachodziła potrzeba stosowania środków nasennych w czasie tworzenia sekwestrów, jakoteż



Wykres II.

w dniu podawania Propidonu, która to szczepionka może być dla słabego serca niebezpieczną. W tych wypadkach Cardiazol okazał się bardzo skutecznym środkiem pomocniczym.

Pyothorax — mimo licznych modyfikacyj metod leczniczych nie stracił nic ze swej grozy i niebezpieczeństwa. Słabsze dzieci ulegają temu przewlocznemu ropieniu ginąc z powodu sepsis, pyemji czy wyczerpania. W czasie leczenia koniecznem jest podawanie środków nasercowych. W stanach znaczniejszych osłabień podawano injekcje, zresztą zaś w kroplach lub tabletkach. Oto kilka przypadków:

J. Z., l. 5, l. prot. 371. *Pyothorax dexter*. Wywiady: chory od $2^1/_2$ miesiąca: przebył koklusz, potem zapalenie płuc, od tej pory kaszle i gorączkuje.

Stan obecny: klatka piersiowa: po lewej stronie wypuk jawny, po prawej stłumienie sięgające do grzebienia łopatki. Przysłuchem: szmery oddechowe osłabione w zakresie stłumienia, powyżej zaś oskrzelowe. 28. III. punkcja: gęsta zielonawa ropa. 29. III. oper. m. Bülau. Długi dren. Wychodzi olbrzymia ilość ropy. Przez resztę tego i następny miesiąc septyczne gorączki do 39,5. Tętno 125 — 160. Zastosowano leczenie propidonem, podawano nalewkę naparstnicową, W połowie kwietnia Cardiazol. Tętno już przedtem zwolnione naparstnicą (90 — 120) utrzymuje się na tymże poziomie. Z początkiem maja ropotok znacznie zmniejsza się, temperatury obniżają się, a od 10. V. dziecko bez temperatury. Seton założony 27. V. usunięto, rana goi się. Stan i wygląd dziecka dobre.

M. J., l. 3, l. prot. 30. *Pyothorax sinister*. Wywiady: od 3 tygodni kaszle.

Stan obecny: ...po stronie prawej wypuk jawny po lewej stłumienie do połowy łopatki. Szmery oddechowe osłabione, z głębi oskrzelowy. Po wykonaniu punkcji operacja m. Bülau 3. III. Obfity ropotok, temperatura 38,9. Przez resztę tegoż miesiąca, jakoteż cały następny wysokie septyczne gorączki, dużo ropy. Stosowano leczenie Propidonem, podawano injekcje digitoksyny, a od 18. IV. Cardiazol. Przez pierwszych pięć tygodni stan ciężki, odchodzi dużo cuchnącej ropy, rana zielonawa, bez tendencji do gojenia. Z początku maja stan lepszy, najwyższa temperatura 37,5, rana zaczęła granulować, stan i wygląd dziecka lepszy. 31. V. stan bez temperatury dobry.

Takich wyleczonych przypadków dziewięć. Oczywista, dużą rolę gra tutaj odporność organizmu. Jednakowoż podnieść ją i podtrzymać siły organizmu jest zadaniem lekarza i leków — w tym

wypadku Cardiazolu. Wpływa on korzystnie nie tylko na narząd krążenia zwiększając jego sprawność ale też na ośrodek oddechowy, wskutek czego ruchy klatki piersiowej są wydatniejsze a możność odpływu ropy łatwiejsza. Przy tem trzeba zaznaczyć, że skutecznie można kombinować Cardiazol z innemi środkami nasercowemi i że n. p. tętno uregulowane naparstnicą można utrzymywać nadal na tym samym poziomie Cardziazolem.

W III grupie stosowano Cardiazol przy ostrych chorobach gorączkowych, a więc bronchitis, zapaleniu płuc, grypie, które wystąpiły bądź przypadkowo przed operacją lub też po niej. Tętno ulegało zwolnieniu, oddychanie stawało się spokojniejsze i głębsze a samopoczucie chorego poprawiało się. Za cały czas mych doświadczeń z Kardiazolem (zwyż 3 miesiące) nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci z powodu schorzenia dróg oddechowych, co się tak często zdarza u dzieci porą wiosenną. I tutaj dobre usługi oddał nam Cardiazol. Dobrą jego stroną jest jego łatwość wchłaniania z tkanki podskórnej (już po 5' uwidocznia się jego działanie) przy zastosowaniu zaś doustnem obojętny smak i brak wpływu na jelita (naparstnica) ponieważ nie działa na mięśnie gładkie. Dalej nie zauważono kumulacji ani też toksycznego działania, albowiem w żadnym z moich przypadków nie widziałem ani drgawek ani objawów zatrucia — mimo długiego podawania.

Uwzględniając więc moje doświadczenie, uważam Cardiazol za środek b. dzielny, w praktyce dziecięcej wprost niezbędny w szczególności w praktyce chirurgiczno-dziecięcej bardzo korzystny i potrzebny. Wzmacniając i pobudzając układ krążenia, wpływając na ośrodek oddechowy podnosi siły i odporność operowanego a tem samem poprawia szanse operacji.

Dr. Czesław WILCZYŃSKI, asystent oddziału. Warszawa.

Przypadek tętniaka aorty na tle kiłowem.

(Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń kiłowych narządów wewnętrznych).

Z Oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Ducha
Prymarjusz: Doc. Dr. med. S. Bronowski.

Część I.

Chora S. J., 50 lat, niezamężna, służąca, przybyła na oddział chorób wewnętrznych Doc. Bronowskiego 10. XII. 1927 r. Rodzice chorej zmarli. Matka cierpiała na uporczywe owrzodzenie policzka i silne bóle głowy; zmarła w 73 r. życia. Ojciec zmarł w średnim wieku — przyczyna śmierci niewiadoma. Z rodzeństwa 5-ro zmarło w b. wczesnem dzieciństwie, dwoje żyje.

Chora do 18 r. życia mieszkała na wsi, jako córka rolnika, czuła się zdrową. Menses od 15 do 49 r. życia — przez cały czas były normalne. Chorób zakaźnych i kobiecych nigdy jakoby nie przechodziła. Przed 6 laty przebyła operację wyrostka robaczkowego, a w $^1/_2$ r. potem operację przepukliny. Przed $2^1/_2$ laty miała długotrwały obrzęk okolicy czołowej, po ustąpieniu którego pozostały bolesne wklęśnięcia w kości czołowej. Przed rokiem zjawił się bolesny obrzęk lew. stawu mostk.-obojcz. i lew. stawu barkowego; leczono bezskutecznie naświetlaniem lampą kwarcową. Pozostało potem ograniczenie ruchów i utrzymująca się bolesność przy ruchach i ucisku w stawie bark. lewym. Ostatnia choroba rozpoczęła się na 3 miesiące przed przybyciem do szpitala, stopniowo wzmagającą się chrypką i dusznością, nasilającą się zwłaszcza podczas chodzenia. Objawy te wzmogły się bardzo na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala i chora nie mogła chodzić, pracować i leżeć na wznak, w nocy b. głośno chrapała i budziła się często z uczuciem gwałtownej duszności. W takim stanie została skierowana do Kliniki laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, skąd po 10-dniowej obserwacji została przepisana na Oddział chorób wewnętrznych z rozpoznaniem: *Aneurysma aortae (luetica), stenosis tracheae e compressione.*

Status praesens. Przy pierwszem badaniu czyniła wrażenie bardzo cierpiącej. Ułożenie czynne w łóżku w pozycji przeważnie nawpół siedzącej z powodu występującej przy zmianie pozycji duszności i bólów w lewym stawie barkowym. Na pierwszy rzut oka zwracała uwagę pewna bladość cery, zlekka sinicze zabarwienie warg, tudzież oddech przyspieszony (26 na minutę), głośny, stenotyczny zwłaszcza, wdech, z przewagą typu przeponowego i z wybitną pracą mięśni dodatkowych szyjnych i brzusznych. Ciepłota normalna. Tętno przyśpieszone (ok. 90 na 1') miarowe, średnio wypełnione w obu tętnicach promieniowych równe. Tętnice obwodowe twardawe. Wciąganie wdechowe i b. nieznaczne tętnienie skurczowe w II-em międzyżebrzu lewem tuż obok mostka i w *fossa jugularis,* w głębi której stwierdzano (palcem) pulsację jednoczesną ze skurczem komór. Objaw Oliver-Cardarelli'ego był zaznaczony słabo i występował niestale.

Pozatem oglądanie i obmacywanie wykazywało: Zniekształcenie kości czołowej w okolicy prawego i powyżej lewego łuku brwiowego w postaci wklęśnięć istoty kostnej o powierzchni nie równej, na ucisk wybitnie czułych; guzowate wypuklenie w obrębie lewego stawu mostkowo-obojczykowego, niezbyt twarde, na ucisk bardzo czułe. Pewne zniekształcenie, znaczną bolesność uciskową i wybitne ograniczenie ruchów w lewym stawie barkowym (chora nie mogła unieść lewej kończyny górnej powyżej poziomu barków). Znaczny brak uzębienia (zachowane tylko 5 zębów; liczne korzenie próchniejące). Klatka piersiowa ustawiona bardziej wdechowo, mało ruchoma. Na skórze brzucha blizna pooperacyjna *(post appendectomiam)* i nieliczne *striae gravidarum.* Nierówność powierzchni i brzegów *tibiae,* po obu stronach, czyniąca wrażenie przebytego dawniej zapalenia okostnej.

Badanie fizykalne narządów klatki piersiowej dało wyniki następujące:

Płuca: Dźwięk opukowy w obrębie płuc naogół jawny, obustronne nieznaczne obniżenie dolnych brzegów płucnych, których ruchomość oddechowa czynna okazała się nieco ograniczoną. Osłuchowo stwierdzono zaostrzenie wdechu w górnej $^1/_3$ obu płuc od tyłu, przyczem wydech i cichoszept w górnych odcinkach obu płuc był słyszalny. W pozostałych częściach płuc stwierdzono wybitne osłabienie szmeru oddechowego, szczególniej w dolnej $^1/_3$ lewego płuca i rozlane w obu płucach furczenia i świsty. Przewodnictwo głosowe było wybitnie zaznaczone nad całą górną połową kręgosłupa, gdzie cichoszept występował bardzo wyraźnie (objaw d'Espine'a dodatni).

Serce: Opukowo stwierdzono znacznych rozmiarów stłumienie nad całą rękojeścią mostka, zachodzące na wewnętrzną $^1/_3$ część prawego obojczyka, oraz na szerokość 1 p. na obojczyk lewy i rozprzestrzeniające się z obydwóch stron rękojeści mostka, przyczem granica stłumienia przechodziła po stronie prawej skośnie do przyczepu mostkowego chrząstki 2-go żebra, zaś po stronie lewej granica stłumienia przebiegała na 2—$2^1/_2$ pp. na zewnątrz od brzegu mostka, zlewając się ze stłumieniem bezwzględnem serca; prawa granica stłumienia bezwzgl. serca przebiegała na linji mostkowej prawej, lewa zaś znajdowała się na linji środkowo-obojczykowej lewej na 6-tem żebrze. Osłuchowo stwierdzano dość głuche tony nad koniuszkiem serca; podwójny szmer (skurczowy i rozkurczowy) w obrębie stłumienia mostkowego, słyszalny najintensywniej wzdłuż prawego brzegu mostka i przenoszący się ku górze w okolicę prawego obojczyka oraz wybitne wzmożenie 2-go tonu nad tętnicą główną. Ciśnienie krwi było w obu tętnicach ramiennych jednakowe i wynosiło mx. 110 mn. 50 (Pachon).

Wątroba nie była powiększona. Ze strony pozostałych narządów jamy brzusznej i innych narządów i układów nie stwierdzono nic nienormalnego.

Prócz powyższych danych z wywiadów i stanu obecnego rozporządzaliśmy następującemi wynikami badań dodatkowych i specjalnych:

1) Badanie rentgenologiczne, wykonane w dniu 3. XII. 1927 r. opiewało: „Stwierdza się bardzo znaczne rozszerzenie aorty wstępującej, łuku i aorty zstępującej. Całość wyraźnie tętni. *Diagn. Aneurysma diffusum aortae et art. subclaviae dextrae*".

2) Odczyn Wassermanna w surowicy krwi, wykonany w P. Z. H. dnia 7. XII. 1927 r. okazał się silnie dodatnim (+++).

3) Badanie laryngoskopowe, wykonane w klinice laryngologicznej Uniw. Warsz. w początku grudnia 1927 r., wykazywało zaczerwienienie i obrzęk strun głosowych, w lutym zaś 1928 r. — niedowład lewej struny głosowej, powodowany uciskiem aorty na *n. recurrens.*

4) Badanie moczu, wykonane parokrotnie przed rozpoczęciem kuracji, nie wykazywało nic nienormalnego.

Reasumując wyniki tych badań, można było ustalić rozpoznania następujące:

1) *Lues III seropositiva cum periostitide ossis frontalis et tibiarum. Arthrolues tardiva* (Schlesinger) *articulationis humeri sin et arthritis gummosa art. sterno-clavicular. sin.*

2) *Aneurysma aortae diffusum et a. subclav. dextr. (luetica).*

3) *Condensatio apicum pulmonum utriusque, Emphysema partis inferioris pulmonum utriusque. Bronchitis chron. exacerbata. Stenosis tracheae e compressione. Oedema glottidis.*

4) *Clymacterium.*

Rozpoznanie, dotyczące płuc, było potwierdzone wykonanem w następstwie badaniem roentgenologicznem, które dnia 12. IV. 1928 r. wykazywało: „Ruchy przepony mało rozległe. Kąty przeponowo-żebrowe słabo się rozwierają. Podstawy płuc zbyt przejrzyste. Cienie wnęk wzmożone. Szczyt lewy przymglony, słabo się wyjaśnia przy kaszlu. Lekka skolioza kręgosłupa".

Zastosowane przezemnie leczenie polegało początkowo na podawaniu chorej w ciągu kilkunastu dni większych dawek KJ., (3 razy dziennie po 1,0 w roztworze 5 procentowym, ogółem chora zużyła około 40,0 KJ.). Pod wpływem tego leczenia wystąpiła wybitna poprawa subjektywna i objektywna. Ustąpiła duszność, bezsenność, sinica, oddech stał się mniej stenotycznym, chrapanie nocne, uniemożliwiające przedtem sen wszystkim chorym na sali szpitalnej, ustąpiło; chora stała się weselszą i zapytywała, czy prędko będzie mogła opuścić szpital i powrócić do swych normalnych zajęć. Miejscowe polepszenie wyraziło się w zmniejszeniu intensywności szmerów sercowo naczyniowych, zmniejszeniu na 1 p. od strony lewej granic stłumienia sercowo-naczyniowego, ustąpieniu obrzęku i bolesności uciskowej w obrębie stawu mostkowo-obojczykowego lewego, ustąpieniu bolesności w obrębie kości czołowej i stawu barkowego lewego. Po kilkunastodniowej kuracji wyłącznie jodowej i pomimo niezawodnego efektu terapeutycznego, zmuszony byłem zaniechać dalszego podawania jodu z powodu wzmożenia objawów nieżytu oskrzeli i co pewien czas zjawiających się wzniesień ciepłoty, które przy istniejących objawach szczytowych kazały przypuszczać istnienie swoistej sprawy w płucach *(apicitis tbc.)*.

Następnie przeszedłem do intensywnego i długotrwałego stosowania wcierek szarej maści rtęciowej, stosując ją w ilości początkowo trzech, następnie czterech gr. p. dosi w ciągu około trzech miesięcy z rzędu, z dwukrotną klikudniową przerwą. Ogółem otrzymała chora 61 wcierek, co stanowi 203 gr. *Ung. hydrarg. ciner.* Wcierki znosiła bardzo dobrze. Ani razu nie stwierdzono jakichkolwiek powikłań ze strony dziąseł, nerek i przewodu pokarmowego. W tym okresie terapji wyłącznie rtęciowej polepszenie subjektywne utrzymało się, ogólny stan chorej, w szczególności stan odżywiania, uległ poprawie, waga ciała wzrosła o 1,1 kg. Miejscowe polepszenie polegało na stopniowem zmniejszaniu się przestrzeni stłumienia sercowo-naczyniowego, zniknięciu przytłumienia, odnotowywanego poprzednio nad prawym obojczykiem, dalszem zmniejszeniu objawów uciskowych, w szczególności chrypki. Dwa szmery, słyszalne najintensywniej wzdłuż prawego brzegu mostka, pozostawały bez zmiany. Pewne polepszenie miejscowe ze strony tętniaka wyraziło się również na ekranie, jak to widać z zestawienia wyników badania rentgenoskopijnego i z rentgenogramów z dnia 3. XII. 1927 r. i 12. IV. 1928 r.

3. XII. 1927 r. „Badanie stwierdza *bardzo znaczne rozszerzenia aorty wstępującej, łuku i aorty zstępującej.* Całość wyraźnie tętni. Diagn.: *Aneurysma diff. aortae et a. subclav. dextrae*". (p. zdjęcie Nr. 2369 z dnia 3. XII. 1927 r.).

12. IV. 1928 r. „Serce typu aortalnego. *Cień aorty równomiernie rozszerzony w znacznym stopniu*". (p. zdjęcie Nr. 620 z dnia 12. IV. 1928 r.).

Na sanację krwi terapja rtęciowa nie wpłynęła jednak zupełnie. Odczyn Wasermanna w surowicy krwi, pobranej 5. III. 1928 r. w okresie wcierek i 12. IV. 1928 r. t. j. w 8 dni po ostatecznem zaprzestaniu stosowania wcierek rtęciowych, wykazywał stale cztery plusy (++++).

Zauważone w okresie terapji jodowej wzniesienia ciepłoty występowały co pewien czas i w okresie leczenia rtęciowego, co wraz z utrzymującemi się objawami zagęszczenia szczytów płucnych potwierdzało rozpoznanie *Apicitis pulm. tbc.*

Po przerwaniu wcierań rtęciowych obserwowano chorą w ciągu około 3 tygodni, nie stosując żadnych leków specyficznych.

W związku z zauważonem nasileniem się niektórych objawów patologicznych (wzmożenie intensywności szmerów sercowo-naczyniowych, zwiększenie chrypki, bezsenność i przyśpieszenie tętna) i wobec trwania (12. IV. 1928 r.) wybitnie dodatniego odczynu Wassermanna, postanowiłem kontynuować leczenie specyficzne. Zacząłem stosować doustnie Stovarsol (Spiessa), według metody zalecanej przez Levaditiego t. j. podając 2—3 razy dziennie po 1 tabletce (=0,25) Stovarsolu z trzydniowemi przerwami po użyciu każdych 8 pastylek. Terapję wyłącznie stovarsolową rozpoczęto 1. V. 1928 r. i kontynuowano nawet po wypisaniu się chorej ze szpitala, co miało miejsce 8. VI. 1928 r. Podczas pobytu w szpitalu zużyła chora ogółem 60 tabletek stovarsolu. W miesiąc po rozpoczęciu tej kuracji t. j. 1. V. 1928 r. odczyn Wassermanna w surowicy krwi był już tylko słabo-dodatni (++), przyczem żadnych powikłań i zaburzeń ze strony nerek jak i narządów trawienia nie stwierdzono. Wobec stale postępującej poprawy subjektywnej i objektywnej chorą wypisano ze szpitala, jako zdolną do pracy, przyczem zalecono jej kontynuowanie trzeciego flakonu Stovarsolu i zwrócono uwagę na konieczność dalszej obserwacji lekarskiej i powtarzania kuracji specyficznych. Ogólny przyrost wagi podczas kuracji szpitalnej wyniósł 7,8 kg, z tego w ciągu ostatniego miesiąca t. j. w okresie terapji wyłącznie stovarsolowej — około 2 kg. Odnotowywane z przerwami w okresie terapji jodowej i rtęciowej stany podgorączkowe, przypisywane, jak wspominałem wyżej, istnieniu czynnej sprawy w płucach, ustąpiły całkowicie w ciągu ostatniego miesiąca t. j. w okresie wyłącznego stosowania Stovarsolu.

Po wypisaniu się ze szpitala chora pozostawała nadal w mej obserwacji. Wyżyła ogółem 3 flakony t. j. 84 tabletki Stovarsolu, poczem przerwano kurację specyficzną, stosując tylko co czas pewien lekkie środki uspakajające i nasercowe. Badanie krwi, wykonane w pracowni Dra Serkowskiego w dniu 30. VII. 1928 r. (w dwa tygodnie po zaprzestaniu Stovarsolu) wykazało odczyny serologiczne: Wassermanna, Kromayer - Trinchese i Meinicke — ujemne (—). Od chwili opuszczenia szpitala pacjentka pracuje bez przerwy na dawnem miejscu, jako służąca, obsługująca liczną rodzinę swych chlebodawców, zajmujących 6-pokojowy lokal. Nie uskarża się na nic prócz lekkiej chrypki i nieznacznych dolegliwości w okolicy mostka i krtani. Parokrotne badanie przezemnie pacjentki po wyjściu jej ze szpitala wykazywało utrzymujące się polepszenie stanu ogólnego i dalszą poprawę miejscową, wyrażającą się w stopniowem zmniejszaniu się rozmiarów stłumienia sercowo-naczyniowego, które przy ostatniem badaniu (26. X. 1928 r.) dosięgło granic bliskich normy, a mianowicie: poprzednie stłumienie nad obojczykami i rękojeścią mostka znikło całkowicie. Górna granica stłumienia sercowego (bezwzgląd.) znajdowała się w III. międzyżebrzu prawem; prawa granica — na linji mostkowej lewej; lewa — na linji środkowo-obojczykowej lewej. Osłuchowo stwierdzono głuchawe tony nad koniuszkiem serca, 2 szmery słyszalne, jak dawniej, najintensywniej wzdłuż prawego obojczyka, dobrze słyszalne nad górną, słabiej nad dolną połową mostka i wzdłuż lewego jego brzegu. Tętno około 80 uderzeń na minutę, miarowe, dość dobrze wypełnione, w obu tętnicach promieniowych równe. Ciśnienie krwi było w obu tętnicach ramieniowych jednakowe i wynosiło mx. około 135, mn. około 65 (Pachon). Polepszenie ze strony płuc od chwili opuszczenia szpitala trwało nadal. Utrzymywały się objawy nieczynnego zagęszczenia w szczytach i rozedmy w dolnych odcinkach obu płuc, przyczem przewodnictwo głosowe pozostawało wzmożone, jak dawniej, nad całą górną połową kręgosłupa, gdzie cichoszept występował wyraźnie (objaw d'Espine'a dodatni). Słaba pulsacja utrzymywała się w dołku jarzmowym. Ze strony kości, stawów i okostnej nie stwierdzano obecnie nic nienormalnego, z wyjątkiem nieznacznego ograniczenia ruchomości w stawie barkowym lewym, przyczem ruchy w tym stawie były bezbolesne. Pomimo trwającego polepszenia zalecono pacjentce rozpoczęcie 2-giej kuracji specyficznej, którą miała przeprowadzić ambulatoryjnie.

Część II.

Powyższy przypadek tętniaka tętnicy głównej na tle kiłowem nasuwa cały szereg refleksyj, ważnych z punktu widzenia syfilidologji współczesnej, a posiadających szczególne znaczenie dla internistów, zmuszonych rozpoznać i leczyć schorzenia kiłowe narządów wewnętrznych. Dlatego też szereg kwestyj, związanych praktycznie i teoretycznie z omawianym przypadkiem, postaram się tutaj bardziej szczegółowo rozpatrzyć.

Internista współczesny, mając do czynienia z kiłą narządów wewnętrznych lub też podejrzewając ją, napotyka liczne trudności rozpoznawcze i lecznicze, których usunięcie chociażby częściowe, było dla mnie myślą przewodnią w pracy niniejszej.

Z wielkiej ilości nasuwających się tu zagadnień postanowiłem rozpatrzeć tylko te, których prawidłowa ocena z punktu widzenia współczesnego „kodeksu syfilidologicznego" posiada szczególne znaczenie dla internisty. Chodzi więc przedewszystkiem o odpowiedź na pytanie, jak należy się zapatrywać na dany przypadek: czy są to objawy kiły trzeciorzędowej, czy też, być może, objawy późnej kiły dziedzicznej (*Lues hereditaria tarda*). W wywiadach naszej chorej brak było jakichkolwiek wskazówek co do przebytego kiedykolwiek zakażenia kiłowego. Obserwowane tu przez nas od początku zmiany naczyniowe i kostno-stawowe mogą, jak wiadomo, występować zarówno w późnej kile dziedzicznej, jak i w trzeciorzędowym okresie kiły nabytej. To samo da się powiedzieć i o dodatnim odczynie Wassermanna w surowicy krwi; występuje on zasadniczo we wszystkich przypadkach kiły nieleczonej lub niedostatecznie leczonej, z wyjątkiem okresu I-go kiły nabytej, a więc dodatni odczyn surowiczy możemy spotkać zarówno w kile trzeciorzędowej, jak w kile dziedzicznej późnej i odczyn ten nie mógł stanowić dla nas w żadnym razie dostatecznego kryterjum do zakwalifikowania danego przypadku.

W anamnezie rodzinnej naszej chorej jest wzmianka o tem, że matka jej cierpiała na jakieś długotrwałe owrzodzenie policzka, które najbliżsi nazywali rakiem. Miewała przytem bardzo silne

bóle głowy. Trudno dziś orzec, czy był to rak, czy może kilak policzka, a znaczna śmiertelność najmłodszego rodzeństwa naszej chorej (z 8-ga bowiem zmarło 5-ro rodzeństwa w b. wczesnem dzieciństwie) —nie wyklucza możliwości kiły dziedzicznej późnej u naszej chorej, tembardziej, że chora przeczyła stanowczo, ażeby cierpienie jej podstawowe (kiła) było nabyte. Wszelkie jednak dane anamnestyczne w tym względzie musimy przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem, chociażby dlatego, że u kobiety niezamężnej stwierdziliśmy tu *striae gravidarum,* zaś do przebytego porodu nie przyznaje się ona. Tutaj należy przypomnieć, że pod nazwą kiły wrodzonej późnej w ścisłem znaczeniu słowa rozumie się takie przypadki, w których kiła wrodzona pozostaje w pierwszym roku życia w stanie ukrytym, później zaś, czasami dopiero po wielu latach nagle zaczyna się przejawiać w t. zw. formach trzeciorzędowych (pod postacią wrzodów, kilaków, zapaleń okostnej i t. p.). Z drugiej strony: „Skonstatowanie przebytego syfilisu u któregokolwiek z rodziców nie dowodzi jeszcze istnienia jego u dzieci, pozwala ono tylko podejrzewać (wrodzoną) kiłę u dzieci" (Fiłatow). A więc przypadek nasz pod względem kwalifikacji pozostawia pewne wątpliwości, co jednak nie posiada decydującego znaczenia praktycznego, jeżeli chodzi o samą terapję naszej chorej, której cierpienie winniśmy traktować jako starą nieleczoną kiłę surowiczo - dodatnią, przebiegającą w towarzystwie zmian specyficznych kostno - stawowych i z porażeniem specyficznem narządu krążenia w postaci tętniaka kiłowego aorty. W uzupełnieniu powyższych danych należy zaznaczyć, że w omawianym przypadku przeciw kile wrodzonej późnej przemawiały jeszcze fakty następujące: 1) L. h. t. występuje zazwyczaj między 8 i 20-ym rokiem życia (w naszym przypadku, jeżeli polegać na danych anamnestycznych, pierwsze objawy wystąpiły dopiero w 48-ym roku życia). 2) Dla L. h. t. charakterystyczną jest t. zw. *triada Hutchinsona (Keratitis parenchymatosa et chorioiditis,* osłabienie słuchu, porażenia zębów), których to objawów w naszym przypadku brak. 3) Wreszcie brak u naszej chorej objawów *hepatitidis lueticae (interstitialis et gummosae),* które to schorzenie wątroby jest prawie stałem zjawiskiem w L. h. t.

Co do schorzenia kiłowego układu krwionośnego w szczególności *aortitis luetica,* to zdaniem wielu autorów, nie bywa ono wyłącznie udziałem kiły trzeciorzędowej. Zdaniem Meringa np.: „Zmiany w narządzie krążenia mogą występować zarówno w kile dziedzicznej, jak i w nabytej", a *„lues aortae* daje te same objawy kliniczne, co i skleroza aorty".

Co do schorzenia kiłowego stawów, to zauważyć należy, że t. zw. *Arthritis syphilitica chron.* występuje zazwyczaj już w 2 — 3 lata po zarażeniu i ogranicza się zwykle do jednego stawu (najczęściej kolanowego). W jednych razach spotykamy tu wysięk surowiczy, w innych — zmiany hyperplastyczne powierzchni stawowych i w tych ostatnich przypadkach czynność stawu na długi czas zostaje naruszona. Przebieg tych schorzeń stawowych bywa dobrotliwy. Preparaty salicylowe nie skutkują tu, natomiast daje efekt leczenie przeciwkiłowe, a obecność innych objawów kiłowych i dodatniego odczynu Wassermanna potwierdza rozpoznanie. Istnieje jeszcze t. zw. *arthritis gummosa,* forma, występująca w okresie trzeciorzędowym, przyczem proces kiłowy poraża tu zazwyczaj jeden staw i wkrótce przechodzi na otaczające go tkanki. Dla wszystkich schorzeń kiłowych stawów charakterystyczne są bóle, wzmagające się zwłaszcza nocą. Jednakże zauważyć należy, że same bóle mogą występować i bez zmian organicznych w stawach i świadczą o ogólnem zatruciu organizmu.

Powyższe rozważania w zastosowaniu do naszego przypadku pozwoliły mi zakwalifikować zmiany stawowo - kostne naszej chorej do objawów trzeciorzędowych, *(periostitis tibiae et ossis frontalis, arthritis gummosa artic. sterno - clavicul. sin. arthrolues tardiva* (Schlesinger) *articulationis humeri sinistri).*

Jeżeli dany przypadek jest trzeciorzędowym okresem kiły nabytej, to może nam wydać się dziwnem, dlaczego w wywiadach nie mamy nawet wzmianki o przejawach skórnych (wysypkach) okresu drugiego. Tu należy zaznaczyć, że w tych przypadkach, w których zakażenie kiłowe poraża ze specjalną predyspozycją narządy wewnętrzne i system nerwowy, wysypek tak charakterystycznych dla t. zw. typu kiły skórnej może prawie lub wcale nawet nie być; może mieć miejsce to, co nosi nazwę *„lues sine exanthemate".*

Kwestja, dlaczego jedno i to samo zakażenie kiłowe u jednych osobników poraża specjalnie skórę, u innych narządy wewnętrzne lub system nerwowy, pozostaje dotychczas biologiczną tajemnicą ustroju.

Z kolei rzeczy przejdę do omówienia niektórych współczesnych poglądów (w myśl ostatnich prac Kyrle'go, Schlesingera i in.) na istotę odczynu Wassermanna, co będzie teoretycznem wyjaśnieniem zmian tego odczynu, spostrzeganych w omawianym przypadku.

Należy zauważyć, że w ocenie znaczenia odczynu Wassermanna leżą dziś tylko hypotezy. Pomimo to odczyn Wassermanna nie przestał być dla kliniki drogowskazem w rozpoznawaniu i leczeniu specyficznem kiły. Według Kyrle'go „nauką o specyficzności odczynu Wassermanna nie mogły wstrząsnąć wszelkie doniesienia o występowaniu RW. w innych schorzeniach". Według Strempela (i in.): „odczyn Wassermanna nie jest, jak należy przypuszczać, odczynem specyficznym w sensie bakterjologicznym. Dodatni odczyn Wassermanna może bowiem występować i w innych chorobach: w malarji, durze powrotnym, płonicy, dżumie, w *lepra, framboesia, kala - azar,* również w ciężkich stanach kachektycznych i gorączkowych innego pochodzenia". Należy to zawsze mieć na względzie, szczególniej u chorych gorączkujących.

Jak zapatrywać się na odczyn Wassermanna, w jakiem znaczeniu mamy prawo uważać go za specyficzny dla kiły? Tu należy przypomnieć niektóre fakty z teorji odczynu Wassermanna, patologji kiły i rozpatrzeć stosunek odczynu Wassermanna do przebiegu kiły w różnych jej okresach.

Według teorji odczynu Wassermanna (Ehrlich, Kyrle i inni), odczyn ten jest eksperymentalnem powtórzeniem tego, co normalnie odbywa się w ustroju kiłowym, a mianowicie wiązania się jadu (antygenu) kiłowego z wytwarzanem w walce z tym jadem przez ustrój luetyka specyficznem przeciwdziałaniem. Ujemny odczyn Wassermanna występuje z reguły jedynie w pierwszym okresie kiły, t. j. w ciągu pierwszych 6-ciu tygodni po zarażeniu. Potem zjawiają się po raz pierwszy charakterystyczne zmiany krwi, których wyrazem jest dodatni odczyn Wassermanna. Pozatem ujemny odczyn Wassermanna może występować i w niezawodnej kile u osobników kachektycznych, których ustrój, zdaniem Kyrle'go, prawdopodobnie nie zdolny jest do wytwarzania przeciwciał specyficznych. U osobników takich kiła przebiega niekiedy w formie b. złośliwej *(syphilis maligna),* a pomimo to odczyn Wassermanna bywa przez cały czas ujemny. Prócz tego ujemny odczyn Wassermanna może występować niekiedy i w III-im okresie kiły, nawet przy obecności niezawodnych kilaków na skórze, co stanowi niekiedy przeszkody w różniczkowaniu od gruźlicy (Kyrle). Z wyjątkiem tych nielicznych przypadków odczyn Wassermanna bywa, dodatni we wszystkich okresach kiły nieleczonej, zarówno w kile klinicznie czynnej, jak i w razie zupełnego braku wszelkich objawów klinicznych (w okresie utajenia).

Rozszerza to bardzo doniosłość odczynu Wassermanna, który pozwala wykrywać kiłę nawet tam, gdzie brak zupełny objawów klinicznych zdradzających jej istnienie. „Jeśli w tym kierunku przedsięweźmiemy badania, będziemy zdumieni, ilu ludzi wykazuje dodatniego Wassermanna, mimo braku klinicznych objawów kiły", powiada Kyrle.

Badania statystyczne uczonych niemieckich z lat ostatnich (H. Schlesinger) rzucają w tym względzie dużo światła. Tak np. Redlich i Sterner, badając odczyn Wassermanna wyłącznie na materjale chorych wewnętrznych na oddz. klin. Schlesingera, wykryli wśród osobników, nie dających żadnych objawów klin. kiły, 14% luetyków. Według Schlesingera w Niemczech i Austrji daje się wykryć Lues u 10% ludności. Innych statystyk przytaczać tu nie będę, gdyż i te są aż nadto wymowne.

Chociaż więc odczyn Wassermanna jest uważany za specyficzny dla kiły, jednakże, zdaniem Schlesingera, w klinice chorób wewnętrznych nie należy przeceniać znaczenia tego odczynu.

Odczyn Wassermanna dodatni, mówi nam jedynie o ogólnem schorzeniu kiłowem, nic nie mówiąc o pochodzeniu schorzenia danego narządu.

Podobnie rzecz ma się i z próbą tuberkulinową, dodatni wynik tej próby dowodzi tylko istnienia w ustroju ogniska gruźliczego, ale nie dowodzi zupełnie, że dane schorzenie jest natury bezwzględnie tuberkulicznej.

Na szczególną uwagę zasługują przypadki niezawodnie kiłowego schorzenia narządów wewnętrznych, gdzie jednak RW. jest ujemną. Schlesinger zaznacza, że RW. może się stać ujemną z biegiem czasu samą przez się (spontanicznie). Albo też staje się taką pod wpływem przeprowadzonego leczenia, o którem chory nie zakomunikował leczącym go później lekarzom. Według Schlesingera w niezawodnem *mesaortitis* spotyka się ujemną RW. w 25%, zaś w *arthrolues tardiva* (Schlesinger) — conajmniej w 75%.

A więc ujemna RW. zupełnie nie wyklucza istnienia kiły i w razie podejrzenia przymiotu należy wynik ten traktować bardzo ostrożnie (Strempel). Pod wpływem leczenia swoistego taki ujemny RW. może się znów zamienić w dodatni, co objaśnia się

wzmożoną działalnością spirochet w początku kuracji (Schlesinger). O możliwości takich przypadków świadczą publikacje niektórych autorów; ostatnio np.: Pautrier i Uellmo (Bull. de soc. franç. de derm. et de syph. Rocznik 34 Nr. 9) przytaczają 2 przypadki czynnej kiły 3-cio rzędowej z ujemnym odczynem Wassermanna, w których pod wpływem leczenia specyficznego ustąpiły objawy kiły, jednak odczyny serologiczne (Wassermann i in.) po ukończeniu leczenia były dodatnie. Dopiero ponowne leczenie spowodowało ustąpienie dodatniego odczynu w surowicy.

Dla wielu lekarzy identyczne jest zniknięcie dodatniego odczynu Wassermanna z wyzdrowieniem.

Zdaniem Schlesingera jednak „RW. zawodzi w 1/3—1/4 wszystkich przypadków kiły narządów wewnętrznych", a więc odczynu tego nie można uważać za jedyne kryterjum w rozpoznawaniu i leczeniu specyficznem schorzeń narządów wewnętrznych i zdaniem Schlesingera, w takich przypadkach uporczywie surowiczo-ujemnej kiły narządów wewnętrznych odczyn Wassermanna nie odgrywa żadnej roli. Natomiast, według słów tegoż autora: „Jeśli w przebiegu kuracji specyficznej odczyn Wassermanna ujemny staje się dodatnim, to ta zmiana odczynu jest niezawodną oznaką istnienia kiły i dowodzi, że należy kontynuować podawanie preparatów specyficznych". W naszym przypadku zauważoną zmianę odczynu Wassermanna (przejście pod wpływem terapji jodowo-rtęciowej odczynu Wassermanna z +++ na ++++) należałoby również objaśnić przejściowem wzmożeniem aktywności spirochet pod wpływem leczenia swoistego. Ewentualnie moglibyśmy przypuszczać, że różnica w intensywności odczynu Wassermanna, wykonanego początkowo w P. Z. H. (+++), następnie zaś w Pracowni Chemiczno-Bakterjologicznej Szpitala Św. Ducha (++++), zależną była od użycia przez te pracownie niejednakowej siły komplementu, (używane bowiem w różnych pracowniach surowice różnych świnek morskich zawierają niejednakowe ilości komplementu, od ilości zaś użytego komplementu zależy w pewnej mierze intensywność hemolizy w odczynie Wassermanna).

Kuracja specyficzna nie zawsze jest w stanie zmienić dodatni RW. na ujemny. Bywają przypadki kiły uporczywie surowiczo-dodatnie, w których nawet zapomocą bardzo intensywnej i długotrwałej kuracji specyficznej nie udaje się osiągnąć ujemnego odczynu Wassermanna. Niektórzy lekarze nie dają wówczas za wygrane i starają się nowemi dawkami leków specyficznych przeforsować dodatniego Wassermanna, aby osiągnąć za wszelką cenę ową sanację krwi. Zbyt intensywna i długotrwała kuracja specyficzna osłabia jednak ustrój i, zdaniem Schlesingera, „obniża jego odporność przeciw kile", a eksperymenty takie bywają niebezpieczne, albowiem zwykle pogarsza się przytem ogólny stan chorych i może się rozwinąć schorzenie wątroby, prowadzące niekiedy do ostrego żółtego zaniku wątroby. Dlatego też od pewnego już czasu liczni syfilidolodzy i neurolodzy zaniechali przeprowadzania owej „za wszelką cenę" sanacji krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. A więc nie tylko niedostateczne, lecz i nadmierne leczenie specyficzne może być szkodliwe.

Skoro więc RW., uważamy za specyficzny dla kiły, niezawsze daje się zmienić zapomocą kuracji specyficznej, wyłania się ważne ze względów terapeutycznych pytanie: jakiem kryterjum winniśmy się kierować w leczeniu specyficznem i do jakiego momentu leczenie to kontynuować winniśmy?

„Linją przewodnią dla decyzji o przerwaniu kuracji specyficznej winno być ustąpienie objawów chorobowych", — powiada Schlesinger, uważając za wskaźniki do zaniechania dalszego leczenia: zniknięcie napadów dusznicy bolesnej, zmniejszenie rozszerzonych na zewnątrz tętniaków, ustąpienie długotrwałej gorączki, ustąpienie obrzęku stawów, zmniejszenie gruboziarnistej wątroby. Wogóle Schlesinger skłania się w przypadkach kiły narządów wewnętrznych i układu nerwowego do poglądu Krulle'go, według którego kryterjum dla terapji specyficznej winna być sama choroba, nie zaś wynik odczynu serologicznego.

Trwanie dodatniego Wassermanna pomimo ustąpienia objawów klinicznych uważa Schlesinger za dyrektywę do wcześniejszego powtórzenia następnej kuracji specyficznej (która winna być przeprowadzona na ogólnych zasadach po kilkotygodniowej przerwie), nawet w braku miejscowego nawrotu, przez samą ostrożność, przyczem w braku nowych objawów lokalnych kuracja ta nie powinna być ani zbyt długa, ani zbyt uciążliwa.

„Odczyn Wassermanna winien być uważany za reakcję przeciwciał i jeżeli odczyn ten staje się ujemnym, to należy to przypisywać zmniejszeniu się ilości przeciwciał" w ustroju (Schlesinger). Ustrój wytwarza jednak przeciwciała tak długo, dokąd trwa choroba. W razie zbyt szybkiego wyginięcia głównej masy spirochet, przeciwciała przestają się wydzielać, a pozostałe spirochety mogą się inkapsulować i dawać później nawroty"...

Końcowy ustęp pracy Schlesingera przytaczam in extenso:

„...Należy kontynuować leczenie specyficzne tam, gdzie schorzenie narządów trwa pomimo przejścia dodatniego odczynu Wassermanna w ujemny. Przeciwnie, należy zaniechać dalszej kuracji przeciwkiłowej w razie wybitnej słabości chorych, obecności oznak schorzenia wątroby lub nerek, dalej tam, gdzie subjektywnie i objektywnie oznaki schorzenia narządów tak dalece się cofnęły, że prawdopodobnem staje się wyzdrowienie miejscowe; wreszcie tam, gdzie leczenie na ogólnych zasadach zostało przeprowadzone w sposób dostatecznie wydatny. Trwanie pewnych zmian, na które nie wpłynęło leczenie przeciwkiłowe, nie stanowi kryterjum do przedłużenia kuracji. Dotyczy to przedewszystkiem równomiernego rozszerzenia aorty, którego nie można usunąć nawet przez bardzo długotrwałą kurację".

W uzupełnieniu powyższych uwag, dotyczących długotrwałości w terapji specyficznej w kile, należy zaznaczyć, że wszyscy autorowie skłaniają się do tego, iż niezupełne, niedostateczne i połowiczne leczenie kiły i schorzeń, na jej tle powstałych, jest raczej szkodliwe niż pożyteczne. Znamiennem jest w tym względzie zdanie E. Hoffmanna, który przeprowadza analogję między leczeniem raka i kiły: podobnie, jak w raku operujemy możliwie głęboko tkanki zdrowe, tak też dla osiągnięcia możliwie zupełnej sterylizacji infekcji kiłowej winniśmy zastosować leczenie raczej zbyt intensywne, niż zaledwie wystarczające.

Nie należy bowiem zapominać, że, jak to słusznie twierdzi F. Moses, kwestja wyleczenia kiły, to kwestja zniszczenia spirochet.

Z punktu widzenia terapeutycznego wydaje mi się rzeczą zasadniczo ważną przypomnieć tu niektóre współczesne poglądy na działanie zastosowanych przezemnie w opisanym przypadku leków, a mianowicie jodu, rtęci i stowarsolu, co będzie zarazem teoretycznem wyjaśnieniem otrzymanego efektu leczniczego. W myśl współczesnych poglądów jod nie jest bynajmniej specyfikiem przeciwkiłowym. Zdaniem Kühna działanie jego polega nie na unicestwianiu krętków lecz „na współdziałaniu w przestroju organizmu i wypływającej stąd wzmożonej sile oporu tkanek". Fischer i in. dowiedli, że w dawkach terapeutycznych jod pobudza czynność całego układu krwiotwórczego, wyrazem czego jest między innemi limfocytoza, „pomagająca organizmowi w walce z przenikającemi do jego tkanek krętkami" (Kühn). Zdaniem Buscha „działanie jodu przejawia się w pobudzeniu wsysania się gummatów i spotęgowaniem wyzwolenia pierwiastków, wpływających hamująco na rozwój drobnoustrojów", przyczem bardzo ważną rolę mają tu odgrywać lipoidy. Hesse wykazał w licznych doświadczeniach ze zwierzętami, że przez użycie jodu zwiększa się ilość azotu w moczu, z tego zaś można wywnioskować, że jod wpływa pobudzająco na przemianę białkową w ustroju. Franz Müller, Tappeiner i in. zwracają uwagę na szczególną skłonność jodu do łączenia się z częściami składowemi tkanek patologicznie zmienionych, wskutek czego te ostatnie ulegają szybszemu rozpadowi i wessaniu. Zdaniem Müllera jod posiada daleko większą zdolność nagromadzania się w tkankach tuberkulicznie i kiłowo-zmienionych, w komórkach nowotworowych i ciałkach ropnych, niż w tkankach zdrowych. Pomimo to, zdaniem tegoż autora, jod nie wywiera działania etjotropowego ani w gruźlicy, ani w kile: nie zabija on krętków kiłowych, nie wływa na zmianę odczynu Wassermanna, nie zapobiega nawrotom kiły.

Przechodząc do działania rtęci, należy zauważyć że od dawna uważano ją za jeden z najpotężniejszych leków przeciwkiłowych, a dodatnie działanie jej szczególniej na kiłę drugorzędną znane już było od XVI-go wieku, kiedy to skuteczność rtęci stwierdzono empirycznie w czasie przeniesienia kiły do Europy.

W ciągu ostatnich 4-ch stuleci, wraz z doskonaleniem się metod stosowania, leczenie rtęciowe zyskiwało coraz większe prawo obywatelstwa. Dziś jeszcze niektórzy autorowie nazywają działanie rtęci w kile „niezastąpionem". Z badań klinicznych i doświadczalnych (Kolle i in.) wynika, że zarówno bizmut jak i rtęć wpływają hamująco na rozwój spirochet. Działanie krętkobójcze nie zostało dla obu tych leków udowodnione. Bezwzględnie krętkobójcze działanie zostało ściśle ustalone tylko dla salwarsanu (Fr. Heymann). Niektóre spostrzeżenia i doświadczenia nad zwierzętami, zdaniem Fr. Müllera, przemawiają raczej za niespecyficznem działaniem rtęci przez wzmożenie sił obronnych ustroju. Pomimo to, twierdzenia autorów, zwalczających etjotropowe działanie rtęci w kile, nie przeczą bynajmniej wartości terapeutycznej tego leku. Według słów tak wybitnego syfilidologa jak Kyrle: „rtęć pozostaje dotychczas w terapji kiły środkiem bardzo jeszcze cenionym, którego salwarsan ani usunąć ani zastąpić dotychczas nie zdołał".

Przechodząc wreszcie do terapji arsenowej ograniczę się tutaj na przytoczeniu niektórych faktów, dotyczących doustnego stosowania preparatów arsenobenzolu w kile.

Zanim jednak przystąpię do omawiania tego przedmiotu, pozwolę sobie przytoczyć tu motywy, dla których, wbrew wskazówkom i szematom niektórych nawet wybitnych syfilidologów, postanowiłem zaniechać w opisanym przezemnie przypadku dożylnego stosowania preparatów arsenobenzolu, wybrawszy natomiast podawanie doustne stovarsolu.

Ciężki stan chorej i zagrażające jej życiu objawy stenotyczne, wreszcie współistniejąca sprawa czynna w płucach (zagęszczenie obu szczytów z rozlanym nieżytem oskrzeli i dość częstemi, jak to wykazała dalsza obserwacja, wzniesieniami ciepłoty), kazały być bardzo oględnym w wyborze leków specyficznych, w szczególności z dożylnem stosowaniem preparatów arsenobenzolu, którego też zaniechałem całkowicie: 1) ze względu na głosy ostrzegawcze niektórych autorów, zwracających uwagę na możliwość wystąpienia po dożylnem zastosowaniu związków arsenobenzolowych wzmożonego ciśnienia tętniczego, czego w naszym przypadku, z uwagi na znaczne rozszerzenie tętnicy głównej i groźne objawy uciskowe, za wszelką cenę unikać należało i 2) ze względu na istnienie czynnej sprawy w płucach, przyczem niektóre późniejsze publikacje przekonały mnie, że ostrożność moja w tym względzie była zupełnie uzasadnioną (p. M a r e l a n d: „Niebezpieczeństwo stosowania arsenobenzoli u osobników gruźliczych chorych na kiłę". Bul. et mem. de la soc. Med. des Hop. de Paris Nr. 11. 1928).

Piśmiennictwo, poświęcone doustnemu stosowaniu preparatów arsenobenzolowych w szczególności stovarsolu w kile, jest już dość obszerne i stanowi niezawodnie znaczny dorobek syfilidologji współczesnej. Już klasyczne doświadczenia L e v a d i t i e g o dają teoretyczne podstawy do doustnego stosowania arsenobenzolu w kile. Z doświadczeń tych wynika bowiem, że przy działaniu bezpośredniem in vitro arsenobenzol nie zabija krętków kiłowych, natomiast po dodaniu do tegoż arsenobenzolu minimalnych ilości wyciągu wątrobowego kretki ginęły w nim natychmiastowo. Z doświadczeń tych S a b o u r a u d wywnioskował, że jeżeli dla uczynienia z arsenobenzolu jadu dla krętków kiłowych niezbędną jest uprzednia przemiana tegoż przez wątrobę, to najodpowiedniejszą metodę wprowadzenia arsenobenzolu do ustroju jest stosowanie jego parenteralne, albowiem z jelit drogą systemu żyły wrotnej arsenobenzol przechodzi wprost do wątroby, gdzie ulega owej tak pożądanej trsansformacji. Na tej zasadzie zaczęto stosować arsenobenzol w kile również drogą odbytniczą (np. *Suppositoires Corbiere a l'Arsenobenzol* i in). Stowarsol jest to kwas acetyloaminofenyloarsinowy, pod względem składu chemicznego pokrewny salvarsanowi. Erich M ü l l e r w pracy swej poświęconej terapji kiły wrodzonej, utożsamia stowarsol ze starym preparatem E h r l i c h a spirozydem, który, zdaniem tegoż autora wpływa pomyślnie na przejawy kiły, jednak pod względem trwałości efektu terapeutycznego ustępuje neosalvarsanowi.

Wśród autorów, którzy stosowali stovarsol domięśniowo i w dużych dawkach ma on poważnych krytyków. Do tych należy np. S e z a r y, który miał wprawdzie otrzymać niezły efekt leczniczy po domięśniowem stosowaniu stovarsolu w przypadkach paraliżu postępowego, jednak z 33 przypadków leczonych w ten sposób w 4-ch wystąpiły poważne powikłania ze strony wzroku (ślepota), co tłumaczą tem, że stovarsol zawiera jako ciało czynne arsen pięciowartościowy, przez co zbliża się do atoxylu i jest znacznie toksyczniejszy od arsenobenzolu, jako związku, zawierającego arsen trójwartościowy. Dodatnią stroną stovarsolu jest możność stosowania go per os. W tej postaci, jak wykazały liczne spostrzeżenia kliniczne, jest on zupełnie nieszkodliwy i znoszą go dobrze nawet oseski. W tej postaci stosowany stovarsol ma swych entuzjastycznych zwolenników wśród najwybitniejszych współczesnych klinicystów i syfilidologów, że wspomnę tu tylko nazwiska O p p e n h e i m a, J a d a s s o h n a, S p i e t h o f f a, S o l d i n a i L e s s e r a, M i e r z e c k i e g o, P i n k u s a i in. O p p e n h e i m uważa stovarsol za idealny lek przeciwkiłowy, nadający się do leczenia kiły we wszystkich jej okresach i szczególniej pożyteczny w przypadkach *mesaortitis luetica*. M i e r z e c k i twierdzi na zasadzie licznych swych spostrzeżeń, że pod wpływem stovarsolu, stosowanego doustnie metodą L e v a d i t i e g o, krętki giną, a dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym staje się ujemnym.

To samo podkreślają i inni liczni autorowie, zwracający uwagę na równolegle występującą szybką poprawę stanu ogólnego pod wpływem doustnego podawania stovarsolu.

Tu zauważę, że, jeżeli przyjąć występowanie wzniesień ciepłoty u naszej chorej za przejaw czynnej sprawy gruźliczej w płucach, do czego mogłyby nas upoważnić zarówno wyniki badania fizykalnego, jak i wynik badania rentg. płuc — i unormowanie się temperatury w okresie wyłącznej terapji stovarsolowej, to spostrzeżenie nasze w tym względzie nie stanowi wyjątku.

W roku ubiegłym R o m a z y opisał w „Le Courrier Médical" 4 przypadki pomyślnego zastosowania stovarsolu w gruźlicy płuc, zaś z publikacji M. P e r r i n'a, A. P i e r s o n'a i M. L a c o u r t'a wynika, że autorowie ci, stosując per os stovarsol w różnych postaciach przewlekłej gruźlicy płuc, otrzymali niezawodnie pomyślne wyniki w 9 przypadkach na 44, przyczem polepszenie wyrażało się, między innemi trwałym spadkiem ciepłoty do normy. Nie wypowiadając się kategorycznie o mechanizmie działania Stovarsolu w gruźlicy, autorowie ci uważają za prawdopodobne, iż „jest to środek działający zabójczo na niektóre pasorzyty, towarzyszące laseczników Kocha".

* * *

Bez względu na to, jak zapatrywać się będziemy na dany przypadek, czy uważać go będziemy za okres trzeciorzędowy kiły nabytej, czy też za późną kiłę dziedziczną, dotychczas nieleczoną, zastosowana przezemnie skombinowana pierwsza kuracja specyficzna (aczkolwiek pod wielu względami odbiega ona od schematów, podawanych przez różnych autorów) okazała się racjonalną, albowiem, jak to widać z przytoczonych z historji choroby danych, pod wpływem jej:

1) Ustąpiły liczne objawy kliniczne kiły trzeciorzędowej (*periostitis* kości czołowej, guzowaty naciek lewego stawu mostkowo-obojczykowego; ustąpiły w znacznej mierze objawy zapalenia kiłowego stawu barkowego lewego).

2) Zmniejszyły się wybitnie objawy miejscowe tętniaka aorty, w szczególności wielkość stłumienia naczyniowego (nad mostkiem), ustąpiły w znacznym stopniu zaznaczone poprzednio objawy ucisku *n. recurrentis sin.* i grożące życiu chorej objawy uciskowego zwężenia tchawicy.

3) Skombinowaną kurację jodowo-rtęciowo-stovarsolową zniosła chora bez zarzutu, przyczem w ciągu całego czasu ani razu nie zauważono ujemnego działania ubocznego zastosowanych leków.

4) Wybitnie poprawił się stan odżywiania (przybytek na wadze w czasie kuracji wyniósł około 8 kg), a znaczne polepszenie ogólnego stanu i samopoczucia chorej, której prognoza w początku kuracji bywa b. wątpliwa i której stan uważano chwilami za groźny, pozwoliły jej powrócić do pracy, którą spełnia po dzień dzisiejszy w warunkach nie lepszych, niż przed chorobą.

5) Uporczywie wybitnie dodatni odczyn Wassermanna (również odczyn Meinicke i Kromayer-Trinchese) stał się pod wpływem zastosowanej doustnej terapji arsenowej (Stovarsol Spiessa) ujemnym, co pozwala mi wraz z innymi autorami potwierdzić tu fakt dodatniego działania stovarsolu na sanację krwi w przypadkach kiły uporczywie surowiczo-dodatniej.

Jeżeli zważymy, że związki arsenowo-benzolowe pozostają do obecnej chwili najpewniejszemi i najniezbędniejszemi w *„therapia magna sterilisans"*, kiły; że według współczesnych syfilidologów (Kyrle, Jadassohn i inni) stosowanie salvarsanu i jego derywatów jest *„conditio sine qua non"* racjonalnej skombinowanej terapji kiły we wszystkich jej okresach; że w tętniakach kiłowych aorty zawsze liczyć się musimy z możliwością wystąpienia po dożylnem zastosowaniu salvarsanu lub jego derywatów tak niebezpiecznego w tych razach wzmożonego parcia tętniczego, wybór preparatu arsenowo-benzolowego o działaniu łagodnem, a skutecznem, za jaki mamy prawo uważać stovarsol przy stosowaniu doustnem, należy uznać (w przypadkach tętniaka kiłowego aorty) za bezsprzecznie racjonalny, a obserwacja opisanego przezemnie przypadku całkowicie upoważnia mnie do takiego twierdzenia.

Piśmiennictwo:

1) Prof. Dr. J. K y r l e: Obecny stan nauki patologji i terapji kiły. Lwów, 1920 r., spolszczył A. Nadel. — 2) Prof. Dr. Hermann S c h l e s i n g e r: Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose und Therapie, innerer Erkrangungen (p. D. Th. d. Geg. 1928. N. 1. S. 7—11). — 3) Priv. Doz. Dr. R. S t r e m p e l: Die Wassermannsche Reaktion, als Wegweiser für die Therapie der Syphilis (p. D. Th. d. Geg. 1927. N. XI. S. 502—505. — 4) I. v. M e r i n g: Lehrbuch d. Inneren Medizin. 1921. T. I. S. 419—422. — T. II. S. 419. — 5) P a u t r i e r et U l l m o: Bulletin de la Soc. franç. de dermatol. et de syphilidol. (Rocznik 34. N. 9. — 6) D o n z e l o t: La syphilis et les affections cardiaques. (Communication à la Société Médicale des Hôpiteaux), p. Le Monde Médical, 1928. 1 Fevrier. Str. 86—87. — 7) F i ł a t o w:

Semiotyka i Diagnostyka chorób dziecięcych (wyd. ros. Moskwa, 1912, str. 500—501. — 8) Dr. Karol Mayer: Radyologiczne rozpoznawanie różniczkowe chorób serca i aorty. Kraków, 1916, str. 48—60. (Pierwotne i wtórne rozszerzenia tętnicy głównej). — 9) Prof. Dr. Jadassohn: Syphilisbehandlung. (p. D. Th. d. Geg. 1925. N. 12. S. 559—565). — 10) Dr. Med. i fil. W. Busch (Hamburg): Leczenie zapalenia tętnicy głównej syfilitycznego pochodzenia. — 11) Prof. Dr. Erich Müller: Zur Behandlung der angeborenen Syphilis. (p. D. Th. d. Geg. 1928. N. 2. S. 69—75. — 12) Prof. Dr. Oppenheim: Die interne Behandlung der Syphilis mit Stovarsol. (p. Klinische Wochenschrift, 1927. N. 27. — 13) Dr. Mierzecki: Wartość kliniczna Stovarsolu (p. Pol. Gaz. Lek., 1926 r. Nr. 8. Str. 143). — 14) Dr. Mierzecki: Publikacja w Medizin. Klinik. 1926. N. 45. — 15) J. Jadassohn (Breslau): Zur Stovarsolfrage (p. Klin. Woch. 1924. N. 27). — 16) Mareland: Niebezpieczeństwo stosowania arsenobenzoli u osobników gruźliczych, chorych na kiłę (p. Bul. et mém. de la soc. Méd. des Hôp. de Paris N. 11. 1928). — 17) M. Perrin, A. Pierson i M. Lacourt: Próby zastosowania stovarsolu w przewlekłej gruźlicy płuc (p. Biologja Lekarska, 1928, Tom. VII. Zesz. 6, str. 263—265). — 18) Prof. Dr. Hermann Schlesinger: Syphilis und innere Medizin, III. Teil. Die Syphilis des Zirkulations — und Respirationstraktes und der innersekretorischen Drüsen. — 19) Archiv of Dermatology and Syphilidology, 1927. Vol. XV. N. 1. p. 43 (publikacje Franka, Gregora i Gastineau w sprawie leczenia kiły preparatem arsenowym „190“ = stovarsolem). — 20) Hesse: Wpływ jodu na przemianę białkową (p. Arch. f. exp. Pathol. und Pharmakol. zeszyt 102, str. 63, również p. Riedel-Archiv, 1927, zeszyt 1). — 21) Dr. Felix Moses: Moderne Syphilistherapie im Umriss (p. D. Th. d. Geg. 1925. N. 6. S. 308). — 22) Dr. Friedrich Heymann: Erwiderung auf den Artikel: Moderne Syphilistherapie in Umriss (p. D. Th. d. Geg. 1925. Nr. 11. S. 527). — 23) Prof. Dr. Erich Hoffmann: Grundsätze und Erfahrungen über die Frühheilung frischer Syphilis (p. D. Th. d. Geg. 1922. S. 11—19). — 24) Die Salvarsandebatte in der Berlin. mediz. Gesellschaft am 25. I. 1922. Kritisches Referat von Dr. Eicke (p. D. Th. d. Geg. 1922. N. II. S. 64). — 25) Grenet, Levent i Pellissier: Les syphilis viscerales tardives, Paris, 1928. (Masson et Co Editeurs).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Emil MEISELS. Lwów.

Uwagi w sprawie artykułu pp. Mossora i Tumidajskiego: O otorbionych wysiękach i odmie śródpiersia w związku z przypadkiem hydro-pneumothorax mediastinalis posterior dexter. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 36. 1928).

W odpowiedzi na moje dyskusyjne uwagi (Pol. Gaz. Lek. Nr. 47, 1928) „pouczają“ mię pp. Mossor i Tumidajski, że „przypadki odmy śródpiersiowej powikłane wysiękiem, należą do spraw nader rzadkich“. Z twierdzeniem tem zgadzam się w całej osnowie. Muszę tylko zaznaczyć, że rozpoznać tak „rzadką“ sprawę chorobową, można tylko wówczas, skoro zdołano przedtem wykluczyć wszelkie inne możliwości wchodzące tu w zakres rozpoznania różniczkowego, a w powstaniu cierpienia i obrazie chorobowym znaleziono odpowiednie kliniczne uzasadnienie.

Odpowiadając szczegółowo, zaznaczam, że przytoczony przezemnie „z podreczników“ jak to autorowie natychmiast zauważyli, opis wysięków śródpiersiowych, przedstawia je zawsze w postaci cienia taśmowatego, ciągnącego się wzdłuż cienia serca, względnie kręgosłupa, lub w kształcie trójkąta, przebijającego mniej lub więcej wyraźnie przez cień serca. Taki obraz jest dla tego schorzenia charakterystyczny i typowy.

Także i w rysunku pracy Devic'a i Savy'ego, na który się autorowie powołują, jest ten charakter najzupełniej utrzymany.

Rysunek ten ilustrujący *pyopneumothorax mediastinalis ant.* jest zupełnie niepodobny do obrazu umieszczonego przez autorów. Przedstawia on trójkątny twór podstawą umieszczony na przeponie, wierzchołkiem sięgający do okolicy tętnicy głównej wstępującej. Od pola płucnego odgraniczony jest gładką linją skośnie od góry strony medjalnej ku dołowi strony lateralnej przebiegającą, wykazującą w poziomie płynu lekkie wypuklenie na zewnątrz.

Różni się ten rysunek wyraźnie i zasadniczo od kulistego tworu na zdjęciu autorów, odgraniczonego półkulistą linją od pola płucnego.

Cecha charakterystyczna, wyglądu trójkątnego wysięków śródpiersiowych, jest również w przypadku Devic'a i Savy'ego bardzo wyraźnie utrzymana. Między tym obrazem, a obrazem pp. Mossora i Tumidajskiego istnieje tylko jedno podobieństwo, a mianowicie poziome ustawienie górnej powierzchni płynu. Ale takie ustawienie górnej powierzchni nie jest wcale cechą charakterystyczną. Znajdujemy je wszędzie, gdzie w odgraniczonej przestrzeni w stanach patologicznych czy normalnych znajduje się bania gazu nad powierzchnią płynu. Z tej jednej cechy podobieństwa nie można przecież wnioskować, że w obu wypadkach mamy do czynienia z podobną sprawą chorobową.

Pp. Mossor i Tumidajski zarzucają mi, że w przeciwieństwie do autorów, na których się powoływałem, podniosłem jako cechę charakterystyczną przepukliny obokprzełykowej, brak większych bardziej określonych dolegliwości. Niemam wrażenia, jakobym był w sprzeczności z tymi autorami.

Począwszy od Ohnell'a, który klinicznie opracował przypadki Akerlund'a, aż do ostatniej publikacji o tem schorzeniu Barsony'ego cały szereg autorów stwierdza *brak charakterystycznych dolegliwości i objawów,* z wyjątkiem przypadków zrośniętej lub uwięzgniętej przepukliny. W przypadkach zaś wolnej przepukliny mamy przeważnie do czynienia z szeregiem niecharakterystycznych dolegliwości, jak bólami w dołku podsercowym, odbijaniami kwaśnemi, trudnościami przy połykaniu, rozmaitemi dolegliwościami sercowemi, dusznością, bólami w klatce piersiowej, jednem słowem objawami, które występują w całym szeregu najrozmaitszych schorzeń płuc, serca i żołądka, objawami nie przedstawiającemi cech patognomonicznych.

Barsony n. p. wprost podnosi, że przepuklina obokprzełykowa żołądka nie posiada zupełnie charakterystycznej symptomatologji. Istnieją też przypadki, w których brak wogóle wszelkich dolegliwości, jak w przypadku Falkenhausena.

Więc uwaga moja, że w przypadku pp. Mossora i Tumidajskiego brak większych, bardziej określonych dolegliwości, przemawia wraz z obrazem roentgenowskim za przepukliną obokprzełykową,była całkiem uzasadniona. Dla usunięcia tedy tej wątpliwości, która każdemu roentgenologowi powinna się była nasunąć, należało przedewszystkiem zbadać dokładnie żołądek i przełyk i określić ich stosunek do opisanego tworu w śródpiersiu. Zupełny brak tego opisu w pracy autorów upoważnił mnie do podniesienia wątpliwości co do pochodzenia tego tworu.

W odpowiedzi na moje uwagi, tłumaczą się autorowie tem, że przy badaniu przewodu pokarmowego nie stwierdzili zmian typowych dla przepukliny obokprzełykowej żołądka i że nie zamieścili odpowiednich zdjęć z powodu braku miejsca.

Uważam, że dokładny i wyczerpujący opis żołądka i przełyku i stosunku ich do wymienionego tworu jest nieodzownie konieczny dla *uzasadnienia,* że twór ten ma odpowiadać innej postaci chorobowej, niż przepuklinie obokprzełykowej. Jeżeli zaś z powodów „konieczności ograniczania się“ autorowie nie umieścili odpowiednich roentgenogramów, to w każdym razie należało conajmniej podać dokładny opis; trudno zaś zadowolnić się zapewnieniem, że niczego nie stwierdzono i że wobec tego mogli autorowie „spokojnie przejść nad wymienionemi sprawami“.

Natomiast nie można przejść spokojnie nad sposobem, w jaki tłumaczą autorowie powstanie opisanego tworu w śródpiersiu.

Autorowie przyjmują, że „czy to na tle przebytych w dzieciństwie chorób, odry, błonicy czy krztuśćca, schorzeń usposabiających do rozwinięcia się rozszerzeń oskrzeli, lub też po przebyciu może niespostrzeżenie odoskrzelowego zapalenia płuca prawego lub też wreszcie po długotrwałym nieżycie oskrzeli rozwinęły się u chorej zmiany w zakresie dolnej gałęzi oskrzela prawego, które doprowadziły do rozszerzenia danego odcinka oskrzela i w następstwie do zmian w miąższu prawego dolnego płata i opłucnej przeponowej, żebrowej i śródpiersiowej pod postacią zwłóknienia odnośnych części w płucach i zgrubień i zrostów na opłucnej“.

Na dołączonych roentgenogramach nie mogę się nigdzie tych wszystkich zmian dopatrzyć. Należało się tu spodziewać zaciemnienia i skurczenia dolnych części prawego pola płucnego, nierównych, zaciagnietych konturów przepony, ograniczenia jej ruchomości, przemieszczenia cienia śródpiersia — jako następstw tych rozległych zmian w miąższu płucnym i w opłucnej, o których autorowie wspominają. Zamiast tego znajdujemy zupełnie jasne pole płucne, szerokie, równe przestrzenie między-żebrowe, przeponę gładko i wyraźnie konturowaną. Ruchomość przepony utrzymana; jak autorowie sami wspominają „przepony obustronnie dobrze ruchome, kąty wolne“. Zmiany te pod wpływem ucisku powietrza dostającego się być może z pękniętej gdzieś, wydętej ściany płuca, komunikującej z oskrzelem, umożliwiły powstanie tak długo utrzymującej się samoistnej odmy piersiowej, którą powik-

łał w następstwie płyn zapalny, wytwarzający się zapewne z powodu zakażenia jamy przez zarazki pochodzące ze schorzałych oskrzeli".

Obecność płynu „zapalnego" we wcale dużych ilościach, jak to widzimy na rentgenogramie, płynu powstałego wskutek zakażenia przez zarazki pochodzące z rozstrzeni oskrzelowych, wypełnionych ropiastą plwociną, z której wyhodowano gronkowca złocistego, jak podają autorowie, stoi w dziwnem przeciwieństwie do skąpej ilości objawów i dobrego stanu ogólnego chorej, jak to wynika z dołączonej historji choroby.

Przypadki takich wysięków śródpiersiowych, co jest łatwo zrozumiałem, cechuje bardzo ostry przebieg i ciężkie objawy. Bez operatywnego lub samoistnego opróżnienia się kończą się zazwyczaj śmiertelnie, jak to wszyscy autorowie zajmujący się tą sprawą podnoszą.

A więc nie tylko „morfologiczne" podobieństwo obrazów rentgenowskich, lecz także i cały obraz kliniczny przemawiają przeciw rozpoznawaniu przyjętemu przez autorów i wzbudzają usprawiedliwione wątpliwości pod tym względem.

W końcu w sprawie zgodności z analogicznemi obrazami wysięków śródpiersiowych przedstawionych w pracy Rist'a, Jacob'a i Trocme'go. Zachodzi tu niezrozumiała sprzeczność między tem co Pp. Mossor i Tumidajski podają w swoim artykule, a tem co podnoszą w odpowiedzi na moje uwagi.

W artykule swym wyraźnie podkreślają, że na *zgodności* obrazu wysięku w ich przypadku *z obrazami* wysięków w przypadkach autorów francuskich opierają swe rozpoznanie. W odpowiedzi zaś na moją uwagę, że „zachodzą tu wcale wyraźne różnice", zarzucają mi autorowie błędne zrozumienie pracy autorów francuskich gdyż w przypadkach Rist'a, Jacob'a i Trocme'e chodzi „przeważnie o zlepną (włóknistą) postać zapalenia" podczas gdy ich przypadek ma przedstawiać odmienny rodzaj zapalenia, a mianowicie wysiękowo - odmowe.

Ale w takim razie na czem polega podkreślana przez autorów *analogiczna zgodność* z temi obrazami i w czem leży moje błędne rozumowanie?!

Jeżeli zaś autorowie mieli na myśli wspólną genezę zmian w opłucnej śródpiersiowej, zmian powstałych w ich przypadku i w przypadkach autorów francuskich z rozstrzeni oskrzelowych, to należało to odpowiednio jasno określić.

Należy tu jednak zauważyć, że wspólna cecha „analogiczna" polega właściwie tylko na obecności rozstrzeni oskrzelowych.

Rozwój i powstanie w sąsiedztwie oskrzeli procesów zapalnych w opłucnej śródpiersiowej, tłómaczą autorowie francuscy zakażeniem opłucnej z rozstrzeni oskrzelowych. Rentgenologicznie przedstawiają te zmiany typowy obraz zapaleń opłucnej śródpiersiowej (trójkątny lub taśmowaty cień). W przypadku zaś Pp. Mossora i Tumidajskiego mamy do czynienia wprawdzie również z rozstrzeniami oskrzelowemi, jednak w miejsce charakterystycznych cieni wysięków opłucnej śródpiersiowej, występuje tutaj medjalnie od oskrzeli kulisty twór przylegający do cienia serca, zupełnie nie przypominający obrazów w pracy Rist'a, Jacob'a i Trocme'go, na które się autorowie powołują. Twor ten miał zdaniem Pp. Mossora i Tumidajskiego powstać drogą zakażenia opłucnej z oskrzeli i ma przedstawiać wysiękowo - odmowe zapalenie. Na to jednak, ani obrazem klinicznym ani rentgenowskim nie dostarczyli autorowie przekonywujących dowodów. Nie znajduję ich również i „w odpowiedzi". Nadmienić muszę, że zarówno rzadkie przypadki wysiękowego zapalenia, jak i też częściej spotykane przypadki zapalenia włóknistego, dają w obrazie rentgenowskim bardzo podobne taśmowate lub trójkątne cienie i tylko bardzo dokładny rozbiór wszystkich objawów może rozstrzygnąć jaka postać zapalenia rozwinęła się w danym przypadku. Podnoszą to także wyraźnie wyżej wymienieni francuscy autorowie.

Jednym z głównych objawów różniczkowych jest przy otorbionych zapaleniach wysiękowych ucisk na śródpiersie. Uderza, że w przypadku PP. Mossora i Tumidajskiego przy tak dużem „zapaleniu wysiękowo - odmowem" (płyn wytworzony z powodu zakażenia jamy przez zarazki pochodzące z rozstrzeni oskrzelowych) brak również i tego objawu.

Na koniec dla wytłumaczenia niezrozumiałego dla PP. Mossora i Tumidajskiego „mego rozumowania" co do przyczyn wywołujących przemieszczenie oskrzeli ku obwodowi, wyjaśniam, że nie twierdziłem wcale i nigdzie niema tego w mych uwagach, jakoby tylko ponadprzeponowa część żołądka mogła przepychać oskrzela ku obwodowi, a nie mogło tego wywołać nagromadzenie powietrza i płynu w śródpiersiu. Jest zupełnie jasnem i zrozumiałem, że nastąpić to może z obu przyczyn. Prawdopodobniejszem jednak wydaje mi się, że w tym przypadku przyczyna przemieszczenia oskrzeli nie leży w odmowo - wysiękowem zapaleniu opłucnej śródpiersiowej. Na podstawie opisu i rentgenogramu zawartego w artykule Pp. Mossora i Tumidajskiego doszedłem do tego przekonania; utwierdziła mnie w niem ich „odpowiedź".

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Chabanier, M. Lebert et Lobo-Onell: *Physiopatologie et Traitement du diabète sucré.* 426 stron tekstu. Paris, 1929. Masson et Co. Cena 50 franków.

Legueu, zaopatrując książkę w słowo wstępne, podnosi, że w piśmiennictwie światowem niema podobnej monografji. Jakkolkiek książka jest ciekawa, oparta w wielkiej mierze na doświadczeniach autorów, nie mniej trudno jest się zgodzić z twierdzeniem Legueu, albowiem posiadamy w piśmiennictwie tak wspaniałe monografje, jak Ioslina (1928) i Noordena (1927).

Książka składa się z dwóch części, fizjopatologicznej i leczniczej.

W części 1-szej poświęcają autorowie wiele miejsca t. zw. progowi cukrowemu. Rozdziały poświęcone temu tematowi przedstawiają bogaty materjał. Ważniejsze i naszem zdaniem ciekawsze są te rozdziały, które omawiają kwasicę cukrzycową. Tutaj widać przemożny wpływ najnowszych prac (z r. 1927) Ambarda i jego współpracowników, w szczególności odnośnie do znaczenia równowagi jonów chlorowych w krwinkach i osoczu, wynoszący normalnie około 0,50, rośnie w stanach kwasicowych na 0,54—0,55 i wyżej, a to wskutek przechodzenia jonów chlorowych z osocza do krwinek. Autorowie podają bardzo ładne i dokładnie opracowane przykłady na przypadkach cukrzycowych i nerkowych. Na podstawie swoich prac podnoszą oni, że ten stosunek chlorowy nigdy w kwasicy nie zawodzi i jest bodajże cenniejszym wskaźnikiem kwasicy, niźli zapas zasad. Dla oceny stopnia kwasicy cukrzycowej polecają autorowie jako zupełnie wystarczające dane, badanie ketonurji, zapasu zasad i ewentualnie stosunku chlorowego, badanie zaś ketonemji uważają w praktyce za niepotrzebne. Trudno z tem się zgodzić, jeśli się weźmie pod uwagę, że ketonurja często zawodzi w ocenie kwasicy cukrzycowej. Miarodajnem bowiem jest tylko równoczesne badanie ketonemji i zapasu zasad. Czy badanie stosunku chlorowego, będącego zanadto czułym wskaźnikiem kwasicy, może zastąpić oznaczanie ketonemji, byłoby na podstawie prac autorów trudnem przesądzać. W tym kierunku wskazaneby były dalsze badania.

Dużo uwagi poświęcają autorowie kwestji czynnika nerkowego w kwasicy. Zaznaczają oni, że bardzo często czynność nerek jest zaburzona i odbija się niekorzystnie na kwasicy cukrzycowej. Polecają oni dlatego badać zawsze ilość mocznika w krwi i w moczu. Autorowie byli jednymi z pierwszych, którzy wskazywali na wzrost azotemji w wielu przypadkach śpiączki cukrzycowej. Szczególnie podnoszą wartość oznaczania stężenia mocznika w moczu, które z wartości prawidłowych (50 do 55‰) opada bardzo wybitnie, bo nawet do 3‰, pomimo, że ilość moczu bardzo silnie maleje.

Część druga poświęcona leczeniu cukrzycy i jej powikłań nie wnosi wiele ciekawego. Przeciwnie, zachodzą tutaj nawet znaczne usterki. W rozdziale djetetyki autorowie nie uwzględniają zupełnie najnowszych prac Adlersberga i Porgesa odnośnie do znaczenia diety skąpo - tłuszczowej. Jeżeli autorowie ograniczają w niektórych przypadkach rację tłuszczową, to tylko z tego względu, iż widzą w tłuszczach ciała tylko acetonotwórcze.

W rozdziale leczenia śpiączki cukrzycowej autorowie są zwolennikami stosowania insuliny przedewszystkiem na drodze podskórnej (60 do 80 jednostek). Drogę dożylną obierają tylko wtedy, jeśli układ sercowo-naczyniowy jest względnie dobrze utrzymany; dawki na tej drodze stosowane nie są duże (20—30 jednostek). Równocześnie stosują cukier gronowy, w lewatywach, podskórnie (47‰) i dożylnie. W przypadkach niedomogi nerkowej wstrzykują dożylnie nieizotoniczny (47‰), lecz hipertoniczny (100—200 gr. ‰) roztwór cukru gronowego. Wyniki leczenia śpiączki są korzystne. Na 32 przypadków wystąpiło zejście śmiertelne w 12 przypadkach, w tem w 2-ch przypadkach bezpośrednio (bez odzyskania przytomności), w 10 przypadkach następowo jako powikłanie kwasicy (nerki, serce i t. p.).

W rozdziale leczenia powikłań cukrzycy zasługuje na uwagę bardzo korzystny wpływ insuliny na przypadki powikłane gruźlicą. W przypadkach zgorzeli zarówno suchej jak i wilgotnej stwierdzili autorowie cofanie się procesu pod wpływem insuliny stosowanej podskórnie i miejscowo w postaci pomady codziennie odnawianej. Na podkreślenie zasługują spostrzeżenia doty-

ozące cofania się pod wpływem insuliny nacieków cholesterynowych w jednym przypadku *xanthoma diabeticum*, jak i w jednym przypadku *retinitis diabetica*. Do bardzo cennych spostrzeżeń należy zaliczyć bardzo rzadko u nas spotykane przypadki *diabète bronzé;* w 2 przypadkach na 4 insulina spowodowała cofanie się zabarwienia bronzowego, które nawet w 1 przypadku zupełnie ustąpiło. Na podkreślenie też zasługują 2 przypadki choroby Basedowa i cukrzycy, które równomiernie poprawiały się pod wpływem insuliny.

W rozdziale środków pomocniczych insuliny autorowie wymieniają witaminę B, sole niklu i kobaltu, syntalinę i glukhorment, nie wspominając zupełnie o myrtyllinie, ani o wątrobie. Witaminie B, jakoteż solom niklu i kobaltu, odmawiają autorowie znaczenia jako środkom wspomagającym działaniu insuliny. Syntalinę i glukhorment uznają jako środki nienadające się do leczenia cukrzycy.

Władysław Elmer.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, Nr. 13, z 1 lipca 1929: W. Stefański: Polskie ustawadawstwo socjalne w stosunku do lekarzy. — Stosunki zawodowo-lekarskie w Małopolsce Wschodniej. — Ze Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Bank lekarzy. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 26, z 30 czerwca 1929: Dziesięciolecie Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. — I. Zjazd aptekarzy słowiańskich. — M. Gatty-Kostyal: Convallaria majalis. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 5, z 1 maja 1929: Stan bezkontraktowy w Kasach chorych Województwa Poznańskiego i Pomorskiego. — Pismo Okr. Zw. Kas chorych w Poznaniu do Związku lekarzy Zach. Polski. — P. Dziurzyński: Powierzenie Kasom chorych ściągania składek ubezpieczenia na wypadek braku pracy. — Kilka uwag o walce z gruźlicą na terenie Okręgowego Związku Kas chorych w Warszawie. — Projekt regulaminu Komisji rozjemczej opracowany przez Okręg. Zw. K. Ch. w Warszawie. — S. F.: Międzynarodowy przegląd ubezpieczeń społecznych.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 13, Nr. 11, z 1 czerwca1929: Fr. Zalewski: Leczenie gruźlicy chirurgicznej sposobem Finikowa. — Wł. Misiuro: Warunki fizjologiczne transportu powietrznego. — G. Szulc: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu. — Wł. Mozołowski: O zaczynach proteolitycznych ustroju zwierzęcego.

Przegląd Sportowo-lekarski, rok I, Nr. 1, 1929 r.:S. Roupppert: Rola prasy lekarskiej w stosunku do zagadnień wychowania fizycznego. — W. Misiuro i W. Kondratowicz: Ze studjów psychologicznych nad wpływem lotu. — Z. Szydłowski: Badanie wytrzymałości oddechowej. — B. Zawadzki: Zadania psychologji wobec wychowania fizycznego i sportu. — W. Mozołowski: W sprawie udziału lekarzy w zawodach sportowych (ze szczególnem uwzględnieniem lekarza-chemika). — L. Zembrzuski: Profesor Ludwik Bierkowski jako twórca pierwszego w Polsce zakładu gimnastyczno-ortopedycznego. — J. Badecki: Postawa i sposoby badania.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 27, z 7 lipca 1929. I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — Fr. Plzak: Reforma programu studjum farmaceutycznego w Czechosłowacji. — Liczba jodowa tłuszczów. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. — Stan obecny badań nad sporyszem. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Lekarskie, rok II, nr. 6, z czerwca 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — A. Luftman: Przypadek promienicy kanalika łzowego. — K. Czyżewski: W sprawie zakładowego leczenia gruźlicy chirurgicznej w Kasach chorych.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII, nr. 4,z 1 lipca 1929: Krokika zdrojowa. — L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich zdrojowisk. — Z. Pelczar: Zarys historji klimatoterapji chorób narządu krążenia z uwzględnieniem ziem polskich (dok.). — L. Korczyński: Podstawowe wskazówki dla wyboru letnisk.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Immunite.

Nr. 81.

Działanie fizyczne pewnych metali na bakterje. Nowa droga doświadczalna na tem polu otwiera się badaczom przez pojawienie się ostatniej pracy G. Lachowskiego. przedstawionej na posiedzeniu z dnia 15 kwietnia 1929 w „Académie des Sciences“ pod tytułem: „Wyjaławianie wody i płynów przez przewodniki metalowe, pozostające w kontakcie bezpośrednim z płynem“. Wiadomo, że srebro posiada pewną własność bakterjobójczą; w naczyniu ze srebra rozwój bakteryj prawie nie istnieje; R. Doerr wyłożył te fakty już w 1920 r.

G. Lachowski stwierdza, że w pewnych warunkach ta własność bakterjobójcza dochodzi do zupełnej sterylizacji i podaje wytłómaczenie oryginalne, które zasługuje na wielką uwagę. Doświadczenie decydujące zostało dokonane przy pomocy M. Césari z Instytutu Pasteura.

W naczyniu szklanem, napełnionem wodą ze studni, znajduje się przewodnik ze srebra, otoczony licznemi spiralnemi drutami (9 spiralnych okrągłych na 3 mm średnicy, tworząc powierzchnię 72 cm²). Do tej wody dodano gęstą zawiesinę z laseczników okrężnicy, zebraną na podłożu agarowem, w ten sposób, że 1 cm³ płynu zawiera 1,128.000 mikrobów.

Po upływie 18 godzin znajduje się tylko 73.000 drobnoustrojów na 1 cm³, a po 25 godzinach niema ani jednego. Dla porównania — woda w naczyniach szklanych, nie zawierających metalu żadnego, pozwoliła odwrotnie na rozwój laseczników, których liczba w końcu doświadczenia doszła do 4, 368.000 na 1 cm³.

Podobne rezultaty otrzymano z lasecznikami Ebertha, choć bardziej powolne; każdy drobnoustrój reaguje, jak się tego można było spodziewać, na swój sposób.

Ale nie tylko srebro posiada własność wyjaławiania: jest prawdopodobnem, że własność ta należy do wielu metali, byleby one były polerowane i nie ulegające utlenieniu. N. p. biały metal nazwany „platoniksem“ dał zupełnie te same rezultaty co srebro. Własność wyjaławiania zanika, jeśli metal został przedtem ogrzany. Tworzy się bowiem w chwili zastygania cienka powłoka z azotu i tlenu, która służy za błonkę izolacyjną. Tak samo po kilku doświadczeniach własność bakterjobójcza srebra lub „platoniksu“ maleje, prawdopodobnie ze względu na osad, co prawda minimalny, z wapniaków i ciał organicznych, znajdujących się w wodzie studziennej; zwykłe przemycie metalu kwasem lub zasadą bardzo rozpuszczoną przywraca mu utraconą własność; należy też w tym przypadku mocno przepłukać metal by wszelki ślad kwasu lub zasady zanikł.

W doświadczeniu Lachowskiego tworzy się działanie fizyczne a nie chemiczne. By je wykazać, autor rozdziela wodę wyjałowioną, po 25 godzinnym kontakcie z kawałkiem srebra — do 3 naczyń szklanych a), b) i c):

b) jest ogrzane do 110°;

c) jest filtrowane przez Chamberlanda;

a) służy jako świadek.

W tych trzech naczyniach autor zasiewa na nowo laseczniki okrężnicy, tak samo jak i w czwartem naczyniu, zawierającem zwykłą wodę z kranu.

a) wskazuje po 24 godzin. 12 kolonij na 1 cm³; *b)* 13 kol.; *c)* 1474.

W wodzie wyjałowionej i filtrowanej rozwój drobnoustrojów był normalny (jak w wodzie z kranu).

W wodzie wyjałowionej *a)*. lub ogrzewanej *(b)* — kontakt ze srebrem wytworzył pewne *uodpornienie*, przeszkadzające rozwojowi przyszłemu tego samego rodzaju drobnoustrojów.

Lachowski opierając się na swych poprzednich pracach, wyłożonych zwłaszcza w książce „L'origine de la Vie“ podaje tłómaczenie tych zjawisk.

Jądro każdej komórki, a więc i drobnoustrojów, posiada prąd zmienny o wielkiej częstotliwości. Kontakt metalu powinien zmieniać częstotliwość wahań prądu. To zaburzenie wahań mikrobu w kontakcie ze srebrem, powoduje przez działanie czysto fizyczne czynność bakterjobójczą.

W ten sposób byłaby to nowa metoda wyjaławiania wody, bez uciekania się do gotowania, które ją czyni niestrawną i pozbawia ją pewnych soli mineralnych; bez pomocy substancyj chemicznych, które niszczą w pewnym stopniu czystość wody i bez pomocy filtrów, których nadzór jest tak trudny.

Pozostaje do sprawdzenia, co się staje z mikrobami zabitemi, czy zostają całkowicie rozpuszczone (lyse) i w ciągu jakiego czasu i czy ten „lysat" posiada lub nie własności szczepienia.

* * *

Znamienne prace Lachowskiego zbliżają się poniekąd do badań, wysoce oryginalnych, dokonanych w Brazylji przez A. Fontes, z Instytutu Oswaldo Cruz, które zostały ogłoszone w 1927 r.

W ciągu kilku lat Fontes posługiwał się korkami z papieru cynowego (z cyny) dla ochrony środowisk hodowli drobnoustrojów przed wysuszeniem. Zauważył więc, że w środowiskach tak zakorkowanych lasecznik Kocha rozwijał się słabiej, niż zazwyczaj.

By dojść do sedna rzeczy, uczony brazylijczyk dokonał serji doświadczeń b. ścisłych, które doprowadziły go do nieoczekiwanych i ciekawych konkluzyj. Hodowla składała się z laseczników gruźlicy typu ludzkiego i typu wołowego; podłoże z agaru i gliceryny 5%. Probówki zostały zatkane w części korkami z kory, w części korkami z cyny, w niektórych probówkach umieszczono listewkę cyny między korkiem z kory a szkłem naczynia. lub też w samej probówce, w kontakcie (lub bez) z podłożem hodowli.

We wszystkich wypadkach sama obecność cyny przeszkodziła normalnemu rozwojowi lasecznika ludzkiego, a jeszcze więcej — wołowego. Przytem, zaznaczyć należy, że cyna ta nie posiadała ani śladu arszeniku.

Wytłumaczenie tego zjawiska jeszcze nie jest zadowalające. Fontes, jak to sam przyznaje, w braku lepszego objaśnienia porównywa to zjawisko do „katalizatora". Autor eliminuje hypotezę bakterjofagji, nie zachodzi bowiem „lyza" hodowli. Przesiewając zarazki o spóźnionym rozwoju, na podłoże bez cyny, otrzymuje się hodowlę normalnie rozwiniętą.

Przesiewając natomiast kolejno na takie same podłoża z cyną rozwój laseczników gruźlicy coraz się zmniejszał, ale tylko w ciągu 9 miesięcy. Od tej chwili działanie cyny już się nie wzmagało.

A. Fontes przedsięwziął wiele podobnych doświadczeń z staphylococcus, bacterium coli, lasecznikiem gruźlicy ptaków, z lasecznikiem pseudo-trądu Dural'a. Poszukiwania te doprowadziły do ciekawej konkluzji, że cyna nie ma żadnego działania na rozwój powyżej wspomnianych zarazków.

* * *

Prace Lachowskiego we Francji i A. Fontes'a w Brazylji — choć różnorodne — wskazują na ten sam fakt, że działanie czynników fizycznych na bakterje jeszcze nie jest dokładnie znane. Powyższemi środkami w przyszłości znajdzie się może wygodny i praktyczny sposób wyjaławiania.

Wskazania bibljograficzne. R. Doerr. Zur Oligodynamie des Silbers. Bioch. Zeits. 23 kwietnia 1920 r. G. Lakhowsky: L'origin de la Vie. La Sterilisation de l'eau et des liquides par le circuit en métal.

(Compte Rendu Ac. Science 15 avril 1929).

A. Fontes: Acçao impedeuto exercida pelo estanho, em papel. sobré o des envolvimento dos culturas de tuberculose. Men. Inst. Osw. Cruz. T. XX. 1927. Analiza przez Leger'a w Bull. Institut Pasteur, 1928.

Oryginalna technika badania farmakologicznego. Przeszczepienie nerki na szyję. M. Raymond-Hamet oryginalną metodą sprawdził działanie pewnej ilości lekarstw. A mianowicie, przeszczepia nerkę zwierzęcia z brzucha na szyję i zapewnia krążenie krwi w tym organie przez połączenie naczyń krwionośnych nerkowych z naczyniami szyji. Udało mu się wykazać w ten sposób działania alkaloidów takich, jak *Claviceps Purpurea („ergot de seigle")*, a zwłaszcza „ergotaminy", jako środka wywołującego skurcz naczyń *(vaso-constriction)*, co uzasadnia jego stosowanie przeciw krwotokom.

Monde Médical.

Nr. 50.

Zmiana w stężalności krwi (coagulabilité) w przebiegu żółtej febry; jej znaczenie dla wczesnego rozpoznania. Vellard i Miquelotte (na posiedzeniu 27 maja 1929 r. w Acad. Science) dowodzą, że zjawisko zmniejszenia się stężalności krwi w ciągu żółtej febry, nie jest reakcją swoistą, lecz zależną od poważnych uszkodzeń wątroby. Doświadczalnie autorzy odtworzyli te same zmiany krwi u psów zatrutych chloroformem lub kwasem arszenikowym, ale stałość tego odczynu w żółtej febrze, nawet w lekkich jej postaciach, intensywność tej reakcji, a zwłaszcza jej wczesność przy nieobecności jej w innych schorzeniach z gorączką, które możnaby z żółtą febrą pomieszać (grypa, broncho-pneumonja, malarja) — pozwala na wczesną djagnozę tej choroby.

Presse Médicale.

Nr. 53. 1929.

Odczyn doskórny (intra dermo reakcja) na toksynę (tyfusową) duru brzusznego; jej zmiany kliniczne w zależności od stopnia uodpornienia byłych chorych. (Posiedzenie Academie d'Médecine 25. VI. 1929) F. Arloiny, A. Dufourt i Pujos opisują odczyn doskórny na jad durowy, posługując się dlań filtrami (filtr Nr. 13), grzanemi do 58°, hodowli na bulijonie laseczników Ebertha, albo też filtratami hodowli „lyzowanych" (rozpuszczonych) przez bakterjofag b. czynny. Fakty opisane wskazują na widoczną analogję reakcji tej z reakcjami Schick'a i Dick'a.

Odczyn jest dodatni (rumień skóry) u osób, które nie chorowały na dur brzuszny; u osób w przebiegu choroby lub od niedawna w rekonwalescencji; wreszcie u tych, co zostali niedostatecznie lub zbyt dawno szczepieni przeciw durowi. Odczyn jest ujemny u pewnej ilości rekonwalescentów lub chorych w okresie apyreksji końcowej duru o przedłużonym przebiegu. Odczyn jest stale negatywny 15—20 dni po rekonwalescencji. U osób szczepionych odczyn jest ujemny, jeśli szczepienie było wystarczające. Jedna tylko dawka szczepionki lub szczepienie datujące się od więcej niż 1 rok — mogą być niedostateczne, by dać odczyn ujemny.

Czasami, u byłych chorych, wyleczonych już od 21 do 30 lat, odczyn, stawając się znów dodatnim, dowodzi, że uodpornienie nabyte, wrodzone lub przez szczepienie — słabnie stopniowo w ciągu życia. Pod względem praktycznym odczyn opisany może wskazać na wrażliwość danej osoby względem duru brzusznego, a zwłaszcza może stanowić kontrolę przetrwania lub zaniku uodpornienia szczepionych i byłych chorych.

M. Leneman (Paryż).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 1 lutego 1929 r.

Przewodniczy kol. Gąsiorowski.

1) Kol. Mierzecki przedstawia i omawia *wartość leczniczą szczepionki Nicolle'a przeciw szankrowi miękkiemu.* Linja epidemjologiczna chorób wenerycznych przebiega pod postacią linji falistej, której łęki i wierzchołki odzwierciedlają nasilenie i osłabienie epidemji. Linja ta jest często tylko pozornie zależna od modnych środków leczniczych lub od t. zw. skutecznej akcji zapobiegaawczej. Dowodem tego jest linja epidemjologiczna powojenna wszystkich schorzeń wenerycznych a w szczególności kiły i wrzodu miękkiego. Chorobowość na wrzód miękki wykazywała około 15—20% ogólnej chorobowości wenerycznej, wykazywała wzrost wybitny w czasie wojny, doszła w czasie powojennym niemal do 0. Zanik wrzodu miękkiego w latach 1924, 1925 obserwujemy nie tylko na terenie Lwowa i na terenie ziem polskich, ale w całej Europie a nawet i w Ameryce. Z końcem roku 1927 stwierdzamy wzrost chorobowości na szankier miękki zarówno na materjale prostytutek, szpitalnym jak i Kas chorych, do największego nasilenia dochodzi w miesiącach letnich 1928 obecnie zaznacza się znowu spadek chorobowości.

W okresie tegoż nasilenia zastosowałem w 15 przypadkach wrzodu miękkiego szczepionkę Nicolle'a. We wszystkich przypadkach wykazano prątki Ducreya przed leczeniem. Przypadki z powikłaniami (10) dały bezwzględnie wynik zadowalający. Bolesność ustępywała przeważnie już po jednem wlewaniu, przypadki bez powikłań (5) dały nam wynik zaledwie w dwóch przypadkach przyczem w jednym przypadku z dwóch owrzodzeń jedno owrzodzenie i to większe ustąpiło po 3 wlewaniach a drugie mniejsze zachowało się opornie mimo dalszych trzech wlewań. Szczepionka zastosowywana w odstępach 2—4 dniowych powodowała gorączkę dochodzącą do 39—40 na przeciąg 8—10 godzin poczem następował spadek do 37,5—38, ta gorączka utrzymywała się przez 24—48 godzin. Gorączka wraz z dreszczami, bólem głowy następowały zwykle w 4—6 godzin po wlewaniach. W jednym przypadku wystąpiła biegunka a w drugim skłonność do wymio-

tów, utrzymująca się przez dni kilka. Ustępywanie objawów chorobowych zarówno wrzodów samych jakoteż i powikłań było zupełnie niezależne od reakcji (gorączki) ustroju na wlewania.

Prelegent uważa szczepionkę Nicolle'a za lek energiczny i skuteczny, który w lecznictwie wrzodu miękkiego odda duże usługi. Mechanizm działania tej szczepionki nie jest jeszcze wyjaśniony, prelegent nie przypisuje jednak efektu leczniczego działaniu proteino czy pyroterapji.

W dyskusji kol. Gąsiorowski omawia sprawę odczynu swoistego i nieswoistego jaki występuje po wstrzyknięciu szczepionki, tudzież mechanizmu leczniczego działania szczepionki użytej w przedstawionych przypadkach.

Kol. Pisek wspomina o leczeniu szankra miękkiego kąpielami nasiadowemi przed 40 laty.

Kol. Legeżyński St. zapytuje o czas sporządzenia szczepionki i przypuszcza, iż o ile w świeżo sporządzonej przyjąć można działanie swoiste, to przy stosowaniu starej, kilkumiesięcznej szczepionki liczyć się trzeba tylko z leczeniem podrażniającem (proteinoterapją).

Kol. Goldschlag omawia sposoby leczenia zmian miejscowych i powikłań szankra m. na oddziele skórnym żeńskim Szp. p., tudzież obraz ulcus molle serpiginosum.

Kol. Mierzecki w odpowiedzi na podniesione kwestje w dyskusji zaznacza, że objawy uboczne przy stosowaniu tej szczepionki nie są zbytnio dokuczliwe a wyniki w leczeniu powikłań b. dobre.

2) Kol. Mączewski St. wygłasza wykład p. t.: *„Badania doświadczalne nad zachowaniem się błony śluzowej, wszczepionej do jajnika.* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Nowicki zwraca uwagę na badania innych autorów, polegające na przeszczepianiu błony śluzowej macicy lub wogóle jej części. Stilling przeszczepiał autoplastycznie mięśniówkę i nabłoniak macicy do śledziony i po kilku latach stwierdzał powstawanie torbieli, wyłożonej nabłoniakiem, a więc twory torbielowate, jakie prelegent również otrzymywał w swoich badaniach. Eksperymenty, robione przez prelegenta, mogą być dalszemi przyczynkami do poznania, względnie wyjaśnienia hormonalnego stosunku jajnika do błony śluzowej macicy.

Kol. Wiczyński podnosi, że badania prelegenta przyczyniają się do potwierdzenia teorji Sampsona i stanowią doświadczalny dowód istnienia inkretów; przeszczepiona błona śluzowa macicy zachowuje się nadal swoiście t. zn. pozostaje nadal pod wpływem wewnętrzno - wydzielniczych bodźców jajnika. Badania jednak prelegenta i Michon Lonis są jeszcze i z tego względu interesujące, że przez wzięcie w obręb doświadczenia jajnika kuszą do szukania na drodze doświadczalnej odpowiedzi na dwa pytania:

1) Dlaczego najczęściej spotykamy adenomyosis na jajniku?
2) Dlaczego najsilniej rozwija się to schorzenie na jajniku?

Niestety na obydwa te zagadnienia przedstawione badania odpowiedzi nie dają. Co do pytania pierwszego, to słusznem wydaje się tłumaczenie kol. M., że tworzenie się ran i blizn przy pękaniu pęcherzyków usposabia jajnik do przyjmowania cząsteczek błony śluzowej macicy. Nie inaczej przecież tłumaczymy sobie powstawanie adenomyosis w bliźnie polaparotomijnej. Trzeba się jednak zastrzec, że istnieje pewien anachronizm między okresem pękania pęcherzyka a wędrowaniem oderwanych cząsteczek błony śluzowej macicy; mogą jednak być wyjątki spowodowane czynnikami konstytucjonalnymi, czy patologicznymi (patologja jajeczkowania!).

Badania te jednak odnoszą się do t. zw. *adenomyosis externa* a nie tłumaczą powstawania t. zw. *adenomyosis interna.* Próba kol. M. wyjaśnienia tego stanu „wzmożonym impulsem od cyklu owulacyjnego" jest niewystarczającą, gdyż z badań R. Schrödera i R. Meyera wiemy, że t. zw. *corpus luteum persistens* jest przyczyną, że błona śluzowa macicy nie złuszcza się, lecz przeciwnie buja nadmiernie. Ale stanu tego nie można tłumaczyć podnietą „wzmożoną", które to słowo mogłoby budzić podejrzenie jakiejś wzmożonej siły inkretologicznej jajnika, gdy tymczasem chodzi tu raczej o przedłużenie impulsu ze strony tego narządu, co jest raczej wyrazem osłabienia jego funkcji — najprawdopodobniej konstytucjonalnego.

Usposabiającymi czynnikami konstytucjonalnymi, które w powstawaniu obu postaci omawianego schorzenia mogłyby pewną rolę odgrywać jest, spotykane w odpowiedniej kazuistyce zwężenie szyjki macicy, zmniejszona płodność i t. d.

Kol. Mączewski na podniesione zagadnienia, podkreśla rolę inkretu jajnika na tworzenie się adenomyosis int., jak też — zgodnie z kol. Wiczyńskim, — i rolę czynnika konstytucjonalnego.

3) Kol. Elmer i Scheps wygłaszają wykład p. t.: *„O nowej metodzie leczenia ciężkich postaci tężyczki* (z pokazem). (Przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji kol. E. Meisels zaznacza, że nadmiernie wysoki poziom wapnia we krwi występuje przy pewnem schorzeniu układu kostnego, a mianowicie przy torbielowatem zwyrodnieniu kośćca. Przy tem schorzeniu można niekiedy wykazać 2 razy wyższe wartości wapnia niż prawidłowo. W przypadkach spostrzeganych przez mowcę wynosiły one 25 i 14,4 mg. Przez długi czas nie umiano wytłumaczyć w jaki sposób powstaje to zwiększenie się poziomu wapnia we krwi, a w szczególności nie wiedziano dokładnie jaką rolę odgrywają tutaj gruczoły przytarczycowe, które prawie zawsze są przy tem schorzeniu powiększone. Dzięki badaniom autorów amerykańskich, szczególnie Collipa i jego szkoły wiemy dzisiaj, że hormon przytarczycowy wywołuje podwyższenie zwierciadła wapnia we krwi, prawdopodobnie przez wyługowanie go z kości. Powiększenie przytarczyc, które przy torbielowatem zwyrodnieniu kośćca występuje, nie jest, jak przypuszczał Ertheim wyrównawczym przerostem wywołanym, przez zwiększoną przemianę wapnia, lecz jest tu zmianą pierwotną. W schorzeniu tem mamy, zdaje się, do czynienia z wzmożoną czynnością gruczołów przytarczycowych, hyperparathyreoidozą, stanowiącą zmianę pierwotną, zmiany zaś w kościach, zmiany w zawartości wapnia we krwi są wtórnymi objawami wywołanymi zaburzeniami, w czynności wydzielniczej tych gruczołów. Za tem zapatrywaniem na istotę choroby torbielowatego zwyrodnienia kośćca przemawiają też wyniki operacyjnych zabiegów Mandla i Golda. Po usunięciu bowiem w ich przypadkach przerosłej przytarczycy, (zazwyczaj tylko jeden gruczoł przytarczycowy jest przy tem schorzeniu powiększony), zwierciadło wapnia we krwi obniżyło się bardzo znacznie. W bardzo krótkim czasie po operacji spadło do stanu prawidłowego, a nawet obniżyło się poniżej jego. Równocześnie z tem wystąpiła wybitna poprawa w obrazie klinicznym, a rentgenologicznie można było wykazać zagęszczenie się miejsc torbielowato zmienionych.

Kol. Griffel omawia różnice w patogenezie tężyczki dziecięcej i pooperacyjnej, tudzież wyniki lecznicze, w pewnych wypadkach niekorzystne.

Kol. Elmer w odpowiedzi podkreśla konieczność dokładnego rozpoznania i stosowania leczenia parathormonem Collipa tylko w odpowiednich formach tężyczki.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego.

W dniach 22 i 23 marca r. b. odbył się we Lwowie zjazd lekarzy powiatowych Wojewódzdzwa Lwowskiego, na który przybyło 28 lekarzy.

Zagaił zjazd p. Wojewoda Gołuchowski, poczem w imieniu Władz Centralnych powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, wskazując jednocześnie lekarzom powiatowym na konieczność nasilenia akcji sanitarno-porządkowej i akcji walki z chorobami społecznemi, która w Województwie Lwowskiem nie jest jeszcze postawiona na należytem poziomie.

Na wniosek Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia D-ra Mikołajskiego, zjazd uczcił przez powstanie pamięć zmarłych w roku zeszłym lekarzy powiatowych: D-ra Romana Małaczyńskiego i D-ra Józefa Patryna.

Z odczytanych kolejno sprawozdań lekarzy powiatowych za rok 1928 widać, że wiele z zamierzeń lekarzy powiatowych z dziedziny higjeny zapobiegawczej nie mogły być urzeczywistnione ze względu na szczupłe fundusze, któremi rozporządzały wydziały powiatowe.

Żywe zainteresowanie wzbudził referat Doc. Dra Gąsiorowskiego o ocenie higjenicznej wartości wody i kontroli studzien. W sprawie powyższej Dr. Gąsiorowski udzielał wyczerpujących wyjaśnień na liczne zapytania uczestników zjazdu.

Bardzo szczegółowo opracowany referat Dra Mulaka o chorobach zakaźnych w Województwie Lwowskiem w r. 1928 wykazał, że: liczba zachorowań na dur brzuszny znacznie się zmniejszyła, a mianowicie z 1702 zachorowań w r. 1927 liczba ta spadła w r. 1928 do 888 przypadków. Dur osutkowy zmniejszył się z 484 przypadków w r. 1926 i 422 w r. 1927 do 415 w roku sprawozdawczym. Czerwonka z 890 przypadków w r. 1927 spadła do 265 w roku 1928. Zmniejszenie się zachorowań wykazuje także płonica (4022 przypadków w r. 1927 i 3323 w r. 1928), oraz odra (7554 w r. 1927 i 4194 w r. 1928). Ogółem zanotowano w Województwie Lwowskiem 18,484 zachorowań na choroby zakaźne w r. 1928, zaś w r. 1927 — 26,735.

Inspektor lekarski Województwa Dr. Parecki wygłosił referat o usterkach w akcji zwalczania chorób zakaźnych i w sprawozdaniach lekarzy powiatowych o epidemjach. Z dyskusji wy-

nikło, że wiele z tych usterek powstaje wskutek niedokładnego rozpoznania przyczyn zgonów przez oglądaczy zwłok i często mylnego notowania przyczyn przez zarządy gmin wyznaniowych.

Następnie Dr. Styś szczegółowo referował o stanie piekarń w Województwie Lwowskiem.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego zakładu dla sierót przy ul. Kadeckiej, w którym umieszczone są 350 dzieci od niemowlęctwa do 18-go roku życia. Dzieci te są pod stałą opieką lekarską. Zarówno urządzenie, jak i prowadzenie zakładu są wzorowe. Następnie zwiedzono: pawilony zakaźne szpitala powszechnego, gdzie szczegółowych wyjaśnień udzielał prymarjusz Dr. Lipiński, miejski zakład dezynfekcyjny, w którym wyjaśnień udzielali Komisarz m. Lwowa Prof. Nadolski i naczelny lekarz miejski Dr. Doliński, oraz publiczny ustęp podziemny na jednym z placów miejskich, dobrze urządzony i czysto utrzymany.

O godzinie 4-tej uczestnicy zjazdu zebrali się ponownie w sali Urzędu Wojewódzkiego, gdzie omawiane były różne sprawy aktualne, związane z pracami lekarzy powiatowych.

O godzinie 6-tej zjazd zamknięto.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego.

W dniach 5 i 6 kwietnia r. b. odbył się w Wilnie zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego, na który przybyli wszyscy lekarze powiatowi, przedstawiciele Sekcji Zdrowia miasta Wilna, Naczelnik Wydziału Zdrowia Województwa Białostockiego i zaproszeni lekarze, pracujący społecznie.

Obrady zagaił p. Wojewoda Raczkiewicz, podkreślając doniosłość i aktualność spraw z dziedziny zdrowotności publicznej, jakie mają być rozpatrywane na zjeździe, i życząc pracom zjazdu owocnych wyników.

Następnie powitał zjazd w imieniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz.

Z kolei poszczególni lekarze powiatowi odczytali sprawozdania ze swych prac w r. 1928, z uwzględnieniem realizacji budżetów samorządowych na akcję sanitarno-leczniczą.

Na pierwszem miejscu pod względem wysokości budżetu na sprawy sanitarno-lecznicze, stoi miasto Wilno, które w roku ubiegłym przystąpiło do planowej realizacji zamiarów zarówno w dziedzinie uporządkowania lecznictwa, posunięcia naprzód akcji zapobiegawczej, jak i ulepszeń w sprawach sanitarno-porządkowych.

Kosztem 161,946 zł. dokonano kapitalnych remontów szpitala św. Jabóba, szpitala Sawicz, szpitala żydowskiego, dziecięcego i zakaźnego, w którym urządzono wzorowy oddział dla 50 chorych na gruźlicę. Odremontowano lokal dla „Kropli mleka", jak również poradnię dla matek i przychodnię przeciwkiłową dla dzieci.

W lokalu miejskim z wydatną pomocą ze strony Magistratu otwarto Poradnię Sportową Komitetu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego, zapoczątkowano urządzenie skweru na placu Łukiskim i założono szereg małych skwerów, wyzyskując skrawki gruntu, pozostałe po uregulowaniu jezdni. Przedłużono sieć wodociągową o 4 i pół kilometra, kanały uliczne o 3 i pół klm., z któremi dokonano połączenia 137 posesyj (z tego 50 częściowych dla wód ściekowych i gospodarczych). Przedłużono linję oświetlenia o 19 klm., na której zainstalowano 268 nowych punktów świetlnych. Urządzono nowych bruków na jezdni 6,165 metrów kwadratowych, przebrukowano 66,953 m^2 ulic i placów i ułożono 28,817 m^2 nowego chodnika betonowego.

Ogólny budżet Sekcji Zdrowia wynosił na rok 1928/29 — 2,106.152 zł. w wydatkach zwyczajnych, z których zrealizowano 1,971.665 zł.Natomiast przekroczono znacznie wydatki z kredytów nadzwyczajnych na remont szpitali. Mianowicie preliminowano na ten cel 74.000 zł., a wydatkowano 161.946 zł. Należy nadmienić, że koszty budowy urządzeń dla odkażania wód ściekowych zapomocą rezerwoarów Imhoffa i chlorowania wody w szpitalach zakaźnych i św. Jakóba, figurują w budżecie Wydziału kanalizacyjnego.

Walka z chorobami społecznemi prowadzona jest na obszarze Województwa Wileńskiego zapomocą przychodni przeciwgruźliczej w Wilnie, ośrodków zdrowia w Głębokiem i Oszmianie, oraz przychodni rejonowych. Na rok bieżący zaprojektowane są ośrodki zdrowia w Wilejce i Mołodecznie.

Znaczny postęp daje się zauważyć w akcji sanitarno-porządkowej. Zabrukowano wiele ulic i placów w miastach i miasteczkach oraz dróg, prowadzących przez wsie, urządzono szereg nowych studzien, a w wielu miejscowościach zamieniono w studniach cembrowinę drewnianą na betonową. Co do ustępów w miastach i miasteczkach, to jest ich obecnie przeszło 70%, śmietników 65%, a ustępów we wsiach 57%. Szerszemu rozwojowi akcji leczniczej i sanitarno-porządkowej stają na przeszkodzie klęska nieurodzaju i długotrwała oraz wyjątkowo sroga zima.

Po zakończeniu sprawozdań lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce lekarskiej i wyzyskaniu materjałów statystycznych, znajdujących się w starostwach, p. Adamowiczowa o stanie statystyki sanitarnej w Województwie Wileńskiem, Dr. Brokowski o wychowaniu fizycznem młodzieży i o organizacji opieki higjeniczno-lekarskiej nad szkołami, Doc .Dr. Safarewicz o znaczeniu sanitarnem analizy wody i jej poszczególnych składników, Naczelnik Wydziału Opieki Społecznej p. Jocz o skoordynowaniu pracy komitetów opieki nad matką i dzieckiem z pracą organów służby zdrowia, Inspektor lekarski Dr. Błahuszewski o czynnościach lekarza powiatowego, Dr. Przyłagowski o ośrodkach zdrowia, Inspektor Starostw p. Żyłko o organizacji doraźnej akcji sanitarno-porządkowej ze strony samorządów, Dr. Borowski o zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy, wreszcie Inspektor farmaceutyczny p. Hrynaszkiewicz o nadzorze nad aptekami.

Następnie uczestnicy zjazdu zwiedzili przychodnię sanitarno-obyczajową, miejską stację opieki nad matką i dzieckiem, poradnię sportową, wzorowo urządzony i prowadzony oddział dla chorych na gruźlicę przy miejskim szpitalu zakaźnym na Zwierzyńcu, miejską szkołę powszechną przy ulicy Szeptyckiego i przychodnię przeciwgruźliczą przy ul. Żeligowskiego.

Wszystkie zwiedzone instytucje świadczą o dużym postępie, jakiego w latach ostatnich doznały sprawy lecznictwa i higjeny zapobiegawczej na terenie miasta Wilna.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostockiego.

W dniach 12 i 13 kwietnia r. b. odbył się w Grodnie zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostockiego.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi Województwa i zaproszeni Naczelnicy Wydziałów Zdrowia z Województw: Wileńskiego, Poleskiego, Nowogródzkiego i Wołyńskiego.

W imieniu Wojewody zagaił zjazd Naczelnik Wydziału Zdrowia Białostockiego Województwa Dr. Brodowicz, witając gości i lekarzy powiatowych,poczem w imieniu Centralnych Władz Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, a w imieniu władz miejscowych Starosta Robakiewicz.

Z odczytanych kolejno przez lekarzy powiatowych sprawozdań wynika, że w r. 1928 akcja walki z chorobami społecznemi zrobiła postępy.

Na terenie Województwa funcjonuje osiem ośrodków zdrowia z odziałami gruźliczym i jagliczym, mianowicie: w Augustowie, Bielsku Podlaskim, Grajewie, Kolnie, Łomży, Sokółce, Suwałkach i Zabłudowie. Pozatem zorganizowano w 10 powiatach 34 rejony lekarskie, w których porad chorym udzielają lekarze rejonowi.

Akcja sanitarno-porządkowa posunęła się naprzód; zabrukowano wiele ulic i placów w Białymstoku, Grodnie i innych miastach, a także drogi w pewnych wsiach; zasadzono drzewka na ulicach i placach miejskich i wzdłuż szos; urządzono 87% ustępów i 65% śmietników w miastach i 69% ustępów we wsiach, pobudowano szereg nowych studzien, odnowiono 37% domów meszkalnych w miastach i t. p.

Obszerną dyskusję wywołały preliminarze budżetowe gmin w dziedzinie zdrowia publicznego, które w obecnym swym stanie nie pozwalają na wytworzenie realnego obrazu co do wysokości świadczeń poszczególnych gmin na sprawy sanitarne. W dyskusji zabierali głos wszyscy obecni na zjeździe Naczelnicy Wydziałów Zdrowia sąsiednich Województw, w których sprawa budżetów sanitarnych jest także niejednakowo traktowana. W wyniku dyskusji zjazd wyraził prośbę, ażeby Departament Służby Zdrowia wskazał jednolite wytyczne dla opracowania preliminarzy budżetów sanitarnych sejmików, gmin miejskich i wiejskich.

Przy sposobności podkreślono z uznaniem zarządzenie Departamentu Służby Zdrowia, ażeby na zjazdy lekarzy powiatowych zapraszano w miarę możności naczelników wydziałów zdrowia sąsiednich województw, wobec zbliżonych warunków prac w dziedzinie sanitarjatu i jednakowych trudności przy praktycznem rozwiązaniu zasadniczych zagadnień zdrowotnych.

Następnie przystąpiono do referatów. Dr.Kacprzak omówił sprawy statystyki lekarskiej, p. Adamowiczowa wskazała na

błędy regestracji chorób zakaźnych w Województwie Białostockiem, Dr. Siemiaszko mówił o zadaniach lekarzy rejonowych, Dr. Zabłocki wygłosił referat o oczyszczaniu wsi, Dr. Brodowicz o propagandzie na wsi, o żłóbkach i ochronkach dla dzieci na wsi, o roli władz gminnych w dziedzinie służby zdrowia i o źródłach dochodowych gmin wiejskich w związku z budżetami na zdrowie publiczne.

Po zakończeniu obrad zjazdu uczestnicy zwiedzili szpitale sejmikowy i miejski, przychodnię przeciwgruźliczą, muzeum miejskie i regjonalne, farę i zamek.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Warszaw. wybrano prof. Dr. K. Orzechowskiego.

Doroczne walne zgromadzenie członków Warszawskiego Tow. Higjenicznego odbyło się pod przewodnictwem Dr. W. Kosmowskiego.

Zgromadzenie wysłuchało i zatwierdziło sprawozdania rzeczowe i finansowe Tow. higjenicznego, oraz jego instytucyj: sanatorjum w Rudce, ogrodów im. Raua oraz instytutu Lenwala. Odbyte wybory dały wynik następujbcy: do zarządu głównego T. H.: Dr. J. Maleciński, Dr. St. Otolski, W. Stokowska i Dr. C. Wichrowski — ponownie, oraz Dr. L. Sobieszczański i inż. E Szenfeld — na zastępców: St. Bobiński, Dr. M. Kurtz i Dr. J. Marzecki. Do komitetu ogrodów W. E. Raua: St. Blikle, H. Olszewska, Dr. Wł. Osmólski, Dr. Ryłko — wszyscy ponownie. Na wniosek przewodniczącego wyrażono jednomyślnie votum zaufania dla całego zarządu głównego z prezesem Dr. Witosławem Dąbrowskim na czele.

W dniu 21 b. m. odbyło się posiedzenie zarządu W. T. H., na którem dokonano wyborów prezydjum zarządu głównego, mianowicie: na prezesa wybrano Dr. W. Dąbrowskiego, na wiceprezesa jen. inż. Eug. Kątkowskiego, na skarbnika Dr. H. Kucharzewskiego i na sekretarza Dr. L. Sobieszczańskiego.

Konstytucyjne Posiedzenie Zarządu Polskiego Tow. Eugenicznego. Na posiedzeniu konstytucyjnem Zarządu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w dniu 9 b. m. na prezesa honorowego Zarządu wybrano p. marszałka Senatu prof. Juljana Szymańskiego, na czynnego prezesa Dr. L. Wernica, na wiceprezesów Dr. T. Męczkowską i Dr. M. Szczodrowskiego, na sekretarzy Dr. R. Dreszera i Dr. T. Welfle, na skarbnika Dr. Szewczykowskiego, zastępcę skarbnika Dr. Stawińskiego, na gospodarza lokalu p. posłankę E. Waśniewską.

Na temże posiedzeniu uchwalono powołać do życia Sekcję poradni przedślubnej, kierownictwo której objął dziekan Wydz. Lekarskiego Uniwersytetu prof. A. Czyżewicz.

Do Rady Głównej Towarzystwa Zarząd Oddziału Warszawskiego delegował na prezesa honorowego p. marszałka Senatu prof. J. Szymańskiego oraz p. dziekana prof. A. Czyżewicza.

Ministerstwo Pracy i Opieki Spoecznej przeznaczyło 2 stypendja wysokości około 350 zł. miesięcznie dla lekarzy pragnących zapisać się na 9-cio miesięczny kurs higjeny publicznej w Państwowej Szkole Higjeny, od 2 września 1929 r. do 31 maja 1930 r.

Kandydaci winni posiadać prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, mieć uregulowany stosunek do wojskowości i złożyć zobowiązanie odbycia na żądanie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej conajmniej dwuletniej służby w inspekcji pracy na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej. Stypendyści mają prawo korzystania z bursy Szkoły.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do 1-go sierpnia 1929 r.

Warszawskie Sanatorjum miejskie dla chorych płucnych w Otwocku. W niedzielę dnia 23 czerwca b. r. odbyło się w Otwocku poświęcenie wspaniałego gmachu „Sanatorjum dla chorych płucnych m. st. Warszawy".

Koszt budowy wynosi około 5 miljonów złotych, pomieszczalność 280 łóżek, urządzenie odpowiada najistotniejszym wymaganiom nauki lekarskiej i połączone jest z komfortem.

Gdy nadto zwróci się uwagę na doskonałe warunki klimatyczne i bliskość stolicy, stwierdzić należy, iż ludność stolicy w 10-lecie niepodległości uzyskała pomnikowe dzieło, mające na celu zwalczanie wroga ludzkości, jakim jest gruźlica.

Poświęcenia gmachu dokonał radny miejski ks. M. Krygier w obecności przeszło 300 osób, zaproszonych ze sfer rządowych, samorządowych, oraz przedstawicieli świata lekarskiego.

Odpowiednie przemówienia wygłosili: w imieniu Komitetu Budowy ławnik K. Koralewski, w imieniu rządu dyr. dep. sł. zdrowia dr. Piestrzyński, w imieniu komisji zdrowia i szpitalnictwa Rady miejskiej dr. W. Stefański, w imieniu Tow. Higjenicznego dr. W. Dąbrowski, w imieniu m. Warszawy — prezydent miasta J. Słomiński i w imieniu Rady miejskiej vice- prezes Wilczyński Stanisław.

Przyjmując pod swą opiekę nową instytucję, przemówił ostatni prezydent miasta Otwocka.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Jazłowcu w powiecie Buczackim jest do obsadzenia stanowisko lekarza okręgowego".

Bliższe informacje można uzyskać w Wydziale Powiatowym w Buczaczu, tudzież z pisma, umieszczonego na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej we Lwowie, ul. Zyblikiewicza l. 23.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Wilamowicach, w powiecie Biała krakowska jest do obsadzenia stanowisko lekarza okręgowego.

Bliższe informacje można uzyskać w Tymczasowym Zarządzie Powiatu Autonomicznego w Białej krakowskiej, tudzież z pisma umieszczonego na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej we Lwowie, ul. Zyblikiewicza 23.

W Województwie Poleskiem są do objęcia od zaraz następujące posady:

1) Powiat Piński — posada lekarza rejonowego sejmikowego. Wynagrodzenie 350 zł. miesięcznie, mieszkanie i praktyka prywatna poza godzinami urzędowemi — możliwe objęcie oddziału Kasy Chorych.

2) Powiat Łuniniecki 2 posady lekarzy rejonowych, wynagrodzenie a) 300 zł. i Kasa Chorych 300 zł.: b) 500 zł., praktyka prywatna dozwolona, mieszkanie zapewnione.

3) Powiat Kamień-Koszyrski posada lekarza rejonowego — wynagrodzenie 400 zł. miesięcznie, mieszkanie z 5 pokoi; praktyka prywatna dozwolona.

4) Powiat Brzeski — posada lekarza rejonowego, wynagrodzenie 300 zł., praktyka prywatna i w Kasie Chorych.

5) Powiat Sarneński — posada lekarza rejonowego i kierownika szpitala. Wynagrodzenie VII st. sł., mieszkanie dla kierownika szpitala.

6) Powiat Stoliński — 3 posady lekarzy rejonowych, wynagrodzenie 200—400 zł., stosownie do umowy i dozwolona praktyka prywatna.

Ubiegający się o powyższe posady winni nadesłać podanie z dołączeniem curriculum vitae, do poszczególnych Wydziałów powiatowych.

Nowy Dom Zdrojowy w Gdyni. Z inicjatywy Zarządu Towarzystwa Kąpieli Morskich, przy czynnym i energicznym udziale Dyrekcji oraz przy poparciu materjalnem ze strony Banku Gospodarstwa Krajowego stanął w ciągu kilku miesięcy w Gdyni okazały Dom Zdrojowy, którego poświęcenia dokonał w dniu 29 czerwca r. b. miejscowy proboszcz ks. dziekan Turzyński. Gmach ten stanowi niezmiernie ważną placówkę w rozwoju Gdyni, a urządzenie w nim obok pomieszczeń, restauracyjnych, klubowych i hotelowych, ciepłych kąpieli morskich, gazowych i solankowych i t. p. pozwala przedłużyć sezon kuracyjny w Gdyni poza okres kąpieli morskich, trwający nie dłużej niż dwa miesiące.

Ze świata.

XXXIV Kurs dokształcający dla lekarzy urządzony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego odbędzie się we Wiedniu w czasie od 30 września do 13 października 1929 r. Tematem tego kursu będą najważniejsze aktualne sprawy z zakresu medycyny ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa praktycznego. Bezpośrednio po kursie odbędzie się tydzień seminaryjny od 14 do 19 października b. r. Wszelkich bliższych wyjaśnień wsprawie tego kursu udziela sekretarz kursów Dr. A. Kronfeld, Wien, IX., Porzellangasse 22.

Państwo a walka z gruźlicą we Francji. Liczba przychodni przeciwgruźliczych we Francji przekroczyła już 600 w r. 1928; obecnie urządza się 30 nowych przychodni. Na utrzymanie przychodni wyznaczono ze skarbu państwa w r. 1928 8,600.000 franków, zaś na wydatki, związane z założeniem i urządzeniem we-

wnętrznem wyznaczono pozatem 3,000.000 franków z podatku, pobieranego od klubów i domów gry.

Instytucje społeczne (Komitet Narodowy obrony od gruźlicy, Fundacja Grancher'a, Szkoła pielęgniarek społecznych i t. p.), otrzymały w ciągu 1928 r. tytułem subwencji ze skarbu państwa sumę w ciągu 1928 r. tytułem subwencji ze skarbu państwa sumę 3,950.000 franków. Na dzień 1 grudnia 1928 r. Francja posiadała 100 sanatorjów do leczenia gruźlicy z 14.982 łóżkami; w chwili obecnej znajdują się w budowie sanatorja albo pawilony na 4,286 łóżek; w ciągu 1928 r. na założenie i urządzenie sanatorjów rząd udzielił subwencji w wysokości 24,000.000 franków, podatek od klubów przyniósł 2,905.000 franków.

W r. 1927 skarb państwa francuskiego pokrył częściowo koszty leczenia chorych w sanatorjach w wysokości 6,756.000 franków — ogół wydatków wynosił w tej pozycji 18,420.000 franków; rząd pokrył więc zgórą $^1/_3$ część. Dni sanatoryjnych było w r. 1927 ogółem 1,008.568. Na założenie, urządzenie albo powiększenie prewentorjów rząd otworzył w r. 1928 kredyt w wysokości 8,000.000 franków, z czego 3,000.000 franków z budżetu Ministerstwa Zdrowia i Pracy, 5,000.000 z podatku od klubów. Ogólna suma subsydjów rządowych na rzecz walki z gruźlicą wyniosła zatem w r. 1928 zgórą 56,000.000 franków, czyli 18 miljonów złotych. („Mouvement Sanitaire — 1929 — 31 mai).

Udział Polski w pracach międzynarodowych Instytucyj Higjeny Publicznej. Podczas sesji majowej 1929 r. Międzynarodowego Urzędu Higjeny Publicznej w Paryżu, delegat Rządu Polskiego, dr. W. Chodźko, wygłosił następujące referaty:

1) Trzy pierwsze przypadki zakażenia bakterją Banga u ludzi w Polsce;

2) Porażenie postępujące w polskich zakładach psychjatrycznych (1910 — 1927);

3) Ośrodki Zdrowia w Polsce.

Na posiedzeniu odbytem w dniu 20 maja r. b. Międzynarodowy Urząd Higjeny Publicznej powołał Komisję specjalną do spraw higjeny wsi, do której weszli: — delegat Rządu włoskiego — dr. Lutrario, delegat Szwajcarji — dr. Carriere i delegat Rządu Polskiego dr. Chodźko. Akcja Komisji będzie prowadzona wspólnie z Międzynarodowym Instytutem Rolniczym w Rzymie; ankieta tycząca się stanu sanitarnego wsi i ruchu ludności wiejskiej obejmie Polskę, Włochy i Szwajcarję.

VIII Kongres Międzynarodowy Towarzystwa Chirurgów. W umieszczonej w numerze 25-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronie 487 wzmiance o VIII Kongresie Międzynarodowgo Towarzystwa Chirurgów pominięto przypadkowo w spisie referentów nazwisko Dr. Jana Zaorskiego, który wygłosi referat dotyczący drugiego tematu umieszczonego na porządku dziennym obrad Kongresu.

Kalendarz Zjazdów Lekarskich na drugie półrocze roku 1929.

Lipiec: I Międzynarodowy Kongres Aktynologiczny w Paryżu od 22 do 24 lipca 1929.

VIII Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów w Warszawie od 23 do 26 lipca 1929.

IV Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów w Paryżu 25, 26 i 27 lipca 1929.

Sierpień: V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania w Helsingör (Danja) od 8 do 12 sierpnia 1929.

Fédération dentaire internationale w Utrecht (Holandja) w początku sierpnia 1929.

Naukowa wycieczka lekarzy do Paryża i Londynu od 3 sierpnia 1929 roku.

Wrzesień: VII Zjazd Powszechny Towarzystwa Higjenistów Polskich w Inowrocławiu 4 i 5 września 1929.

VII Zjazd lekarzy i działaczy samorządowych w Poznaniu 7 i 8 września 1929.

Wycieczka naukowa lekarzy do zdrojowisk włoskich od 10 do 26 września 1929.

IV Zjazd lekarzy-dentystów niemieckich w Kolonji od 2 do 8 września 1929.

III Międzynarodowy Kongres reformy życia płciowego w Londynie od 9 do 13 września 1929.

IX Zjazd niemieckiego Towarzystwa farmakologicznego w Münster od 25 do 28 września 1929.

Doroczne zebranie niemieckiego Towarzystwa aktynologów w Münster od 25 do 28 września 1929.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie od 26 do 29 września 1928.

Łącznie i równocześnie z XIII-tym Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędą się w charakterze jego sekcyj następujące zjazdy specjalistów poszczególnych gałęzi medycyny:

1) VIII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.
2) IV Polski Zjazd Stomatologiczny.
3) Zjazd Ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.
4) XXV Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich.
5) IV Zjazd Psychjatrów Polskich.
6) IX Zjazd Psychjatrów Polskich.
7) Zjazd Farmaceutyczny.
8) II Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego.
9) Zjazd Neurologów Polskich.
10) Zjazd Okulistów Polskich.

Październik: IV Zjazd Stomatologów Francuskich w Paryżu od 22 do 29 października 1929.

I Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Mikrobiologicznego w Paryżu od 7 do 12 października 1929.

IX Zjazd Towarzystwa chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji w Berlinie od 16 do 18 października 1929.

XX Francuski Kongres medyczny w Montpellier od 15 do 19 października 1929.

Sprostowanie.

W numerze 26-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. na stronie 501 w dziale „Bibljografja", gdzie podana została treść pierwszego tegorocznego zeszytu czasopisma „Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie" umieszczono w wierszu trzecim przez proste przeoczenie przy nazwisku „Edward Flatau" w nawiasie uwagę: („Wspomnienie pośmiertne"). Tymczasem wiadomem jest powszechnie, że Dr. Flatau nietylko żyje, ale z młodzieńczą energją pracuje wydatnie dalej na ojczystej niwie naukowej. Umieszczona we wspomnianem czasopiśmie wzmianka o tym Uczonym, zestawiona przez redaktora „Kwartalnika Klinicznego" Dr. Rotstadta nawiązaną była do cichego obchodu 35-letniej pracy lekarskiej i naukowej, tudzież 25-lecia ordynatury szpitalnej Dra Edwarda Flataua.

Za tę przykrą i pożałowania godną pomyłkę redakcja „Polskiej Gazety Lekarskiej" przeprasza gorąco Czcigodnego Jubilata i życzy Mu, by Mu było danem jeszcze bardzo wiele lat pracować dla dobra nauki polskiej i cierpiącej ludzkości.

Redakcja otrzymała.

Doc. Dr. Jan Nowaczyński: „Mikroskopja i chemja kliniczna z uwzględnieniem badań serologicznych". Nakładem Bratniej pomocy medyków Uniw. Jagiell. Kraków 1929.

Dr. Madaus: „Podręcznik receptowy oligopleksów dynamicznych i preparatów". Warszawa 1929.

Edw. Bruner: „O leczeniu chorób skóry promieniami t. zw. „granicznemi (Bucky'ego)". Odb. z Polskiego Przeglądu Radjologicznego, tom IV, zeszyt 1, rok 1929.

Józef Handelsman: „Okresowe majaczenia oraz napadowe wydzielanie cuchnącego zapachu (fetoroekreusis) w przypadku nagminnego zapalenia mózgu'. Odb. z Księgi Jubileuszowej Edwarda Flataua 1929.

Józef Handelsman: „Przyczynek do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu". Odb. z Rocznika Psychjatrycznego, zeszyt X, r. 1929.

Władysław Janowski: „Rzut oka na 31 lat pracy naukowej oddziału chorób wewnętrznych, prowadzonego przez Władysława Janowskiego (1866 — 1928)". Odbitka z Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom VI, zeszyt 3, r. 1928.

Revue Belge des sciences médicales, tom I, janvier 1929, nr. 1.

Pamiętniki Polskiego Towarzystwa lekarzy weterynaryjnych, rok 3, 1928/29, tom I, nr. 3.

St. Karasiński: „Badania nad działaniem tranu i naświetlonej ergosteryny w krzywicy doświadczalnej". Odb. z zeszytu 9, „Nowiny Lekarskich', z r. 1929.

Le Monde Médical, numéro 751, 1-es juillet 1929.

Wydawnictwa Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie, Kraków 1929:

1) Okólniki i pisma okólne okręgowego urzędu ubezpieczeń we Lwowie za 1928 rok,

2) Sprawozdanie Zarządu Okręg. Związku Kas chorych w Krakowie za 1928 rok,

3) *Dr. K. Karaffa-Korbut:* „Praca i odpoczynek".

Liczba i rozsiedlenie lekarzy w Polsce według różnych źródeł. (Wyjęto z czasopisma „Zdrowie“, str. 299 i 300 z r. 1929).

L. p.	Województwa i miasta	Wg. urzęd. spisu lekar. C. D. Sł. Zd. r. 1928	Wg. spisu lek. Nacz. Izby Lek. 1926/27.	Wg. danych przysł. przez Izby Lekar. 1926/27.	1/1 1926 wg. Rocz. statystyki Rp. Polskiej	1/1 1928 wg. Rocz. statystyki Rp. Polskiej
1	m. Warszawa	2020	1491	1714	1664	2114
	woj. Warszawskie	314	290	290	291	420
2	woj. Łódzkie	217	197	187	572	779
	m. Łódź	417	389	416		
3	woj. Kieleckie	351	335	342	343	483
	m. Kielce	37	38	29		
4	woj. Lubelskie	238	213	196	301	412
	m. Lublin	75	83	80		
5	woj. Białostockie	193	191	193	236	340
	m. Białystok	71	81	62		
6	woj. Wileńskie	73	56	109	313	430
	m. Wilno	296	292	302		
7	woj. Wołyńskie	172	143	186	166	236
	m. Łuck	18	21	25		
8	woj. Nowogródzkie	97	78	102	84	128
	m. Nowogródek	16	11	12		
9	woj. Poleskie	92	87	74	125	185
	m. Brześć n/B.	37	26	43		
10	woj. Poznańskie	385	371	391	454	653
	m. Poznań	254	208	232		
11	woj. Pomorskie	190	167	163	138	212
	m. Toruń	52	41	43		
12	woj. Śląskie	221	240	240	288	401
	m. Katowice	73	56	56		
13	woj. Krakowskie	335	316	317	694	956
	m. Kraków	465	446	444		
14	woj. Lwowskie	485	456	447	999	1367
	m. Lwów	660	562	612		
15	woj. Tarnopolskie	194	179	191	180	268
	m. Tarnopol	34	30	33		
16	woj. Stanisławowskie	210	190	193	239	343
	m. Stanisławów	64	58	60		
17	Niewiadomo gdzie mieszkają	21	—	—	—	—
	Razem	8377	7342	7784	7087	9757

Stan rodzinny lekarzy w Polsce.

Wyznanie		Nieżonaci	Niezamężne	Bezdziet.		Liczba dzieci																								Razem lek. których przejrzano karty rejestr.	
						1 dz.		2 dz.		3 dz.		4 dz.		5 dz.		6 dz.		7 dz.		8 dz.		9 dz.		10 d.		11 d.		Ogółem żonat. (zam.) maj. dzieci			
				m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Chrześcjan	L. lekarzy	912	99	758	78	706	57	618	21	342	5	144	3	64	1	21	—	8	—	9	—	3	—	2	—	1	—	1918	87	3588	264
	L. dzieci	—	—	—	—	706	57	1236	42	1026	15	576	12	320	5	126	—	56	—	72	—	27	—	20	—	11	—	4176	131	—	—
Mojżeszowe	L. lekarzy	555	178	323	68	382	50	261	15	85	2	25	3	14	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	771	70	1649	316
	L. dzieci	—	—	—	—	382	50	522	30	255	6	100	12	70	—	18	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1354	98	—	—
Nieznane	L. lekarzy	306	55	256	19	338	24	318	7	174	4	76	—	21	—	8	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	910	35	1472	109
	L. dzieci	—	—	—	—	338	24	636	14	441	12	304	—	105	—	48	—	7	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1888	50	—	—
Razem	L. lekarzy	1773	332	1337	165	1426	131	1197	43	574	11	245	6	99	1	32	—	10	—	9	—	4	—	2	—	1	—	3599	192	6709	689
	L. dzieci	—	—	—	—	1426	131	2394	86	1722	33	980	24	495	5	192	—	70	—	72	—	36	—	20	—	11	—	7418	270	—	—

Nr. 31. 4. sierpnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Stanisław KARASIŃSKI. Kraków.

Nowoczesne leczenie krzywicy [1]).

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Eksperymentalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Klecki.

I.

Doniosłą zmianą, jakiej dokonano w ostatnich latach w leczeniu krzywicy, poza wyświetleniem natury właściwego związku, jaki zachodzi między sposobami leczenia tej sprawy chorobnej tranem i naświetlaniami, było wprowadzenie w lecznictwo metody nowej, opartej na badaniach Windausa, Pohla i in., a polegającej na przeciwkrzywiczem działaniu naświetlonej ergosteryny.

Znane są dobrze poszczególne etapy tych badań. które doprowadziły do wykrycia właściwości przeciwkrzywiczych ergosteryny uczynnionej promieniami ultrafioletowemi, nie będę się przeto nad niemi zatrzymywał. Chcę jednak zauważyć, że z badaczów polskich bardzo bliskim wykrycia biologicznych własności omawianej substancji był prof. Marchlewski, w czem jednak uprzedził go Windaus.

Zanim przystąpię do przedstawienia spostrzeżeń poczynionych nad działaniem naświetlonej ergosteryny od czasu jej wprowadzenia w lecznictwo, aż do chwili obecnej, pragnę przypomnieć tu nazwisko innego polskiego, nieżyjącego już badacza, który (w 1912 r.) pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie światła słonecznego w rozwoju krzywicy kości. Był nim długoletni asystent Kliniki pedjatrycznej U. J., późniejszy profesor pedjatrji we Lwowie, Jan Raczyński, w piśmiennictwie obcem z tej dziedziny przeważnie przemilczany.

Fakt ten przytaczam dlatego, ponieważ wszystkie środki lecznicze w krzywicy, któremi obecnie rozporządzamy, wywodzą się przecież z tego samego wspólnego źródła, jakiem jest energja świetlna; światło słoneczne, obfitujące w promienie ultrafioletowe, tran, w którym przyroda złożyła ciała, światłem słonecznem uczynnione, promienie lamp rtęciowych zastępujące nam energję słoneczną, pokarmy naświetlone i naświetlona ergosteryna, w większym lub mniejszym stopniu jedną spełniają rolę, wskutek czego niektóre z tych czynników z powodzeniem mogą być obok siebie użyte. W żadnym razie niema mowy o tem, by nowowprowadzony sposób leczenia, przynajmniej w obecnym stanie rzeczy, mógł wyrugować poprzednio stosowane, ugruntowane długoletniem doświadczeniem. Tyczy się to szczególniej bezpośredniego leczenia światłem, które jest czynnikiem o odrębnem i wybitnem znaczeniu leczniczem. Jak wiadomo, naświetlania, poprzez ogólny wpływ eutroficzny na ustrój, przez pobudzenie odczynnowości ustroju, działają korzystnie i na mineralną przemianę materji. wskutek czego sprzyjają leczeniu się zaburzeń wzrostowych kości. Naświetlania i leczenie ergosteryną naświetloną mogą się przeto korzystnie uzupełniać, gdy bowiem naświetlona ergosteryna przyspiesza przemianę wapniową i prowadzi do odkładania się wapnia (Kreitmair i Möll), to promienie ultrafioletowe szybciej i pełniej zmieniają kształt kości (Marfan i Dolfus-Odier). Podobnie też nie da się w pewnych warunkach uniknąć leczenia tranem, gdyż zarówno dawne jak i nowe spostrzeżenia świadczą o wielkiej, i wielostronnej. wartości leczniczej, tego naturalnego środka (Mouriquand, Lenffer, Bernheim. Schöen i Poulsson).

Ergosteryna jest związkiem znanym w przyrodzie od roku 1890 (Tanret). Znajduje się w sporyszu, drożdżach, kiełkach zbóż, oraz wielu niższych roślinach. Wedle badań Hessa, Steenbocka, Windausa i Pohla stanowi ona prawidłowy składnik ustroju zwierzęcego. Badacze ci stwierdzili, że pod wpływem promieni ultrafioletowych nabiera ergosteryna, a prawdopodobnie także i inne steryny zawarte w ustroju, własności przeciwkrzywiczych, czyli, jak to określano, przychodzi do ich aktywacji.

Na czem polega aktywacja w cząsteczce ergosteryny w ustroju czy poza ustrojem, niewiadomo zupełnie. Schittenhelm i Eisler podnoszą wątpliwości, czy energja świetlna jest do tej aktywacji wogóle potrzebna. Nie jest zbadaną sprawa w jaki sposób aktywuje się ergosteryna w skórze, jakkolwiek hipoteza ta duże znalazła uznanie; wiadomo bowiem, że promienie lamp rtęciowych poniżej długości 289 $\mu\mu$ nie wnikają w naskórek głębiej , jak do 1/10 mm (Bürger). Być może, że światło uczynnia ergosterynę we krwi przepływającej przez naczynia włosowate, gdyż zarówno światło słoneczne jak i sztuczne działa silnie na te naczynia (Schur, Niekau), a w krwinkach czerwonych, szczególnie na ten wpływ wrażliwych (Kestner), ma znajdować się ergosteryna, jak to wynika z niedawno ogłoszonych badań (Dejuste, Dureuil i Van Stolk).

Zgodnie z tem przypuszczeniem, stwierdził ostatnio badacz włoski C. Giaume, że krew zwierząt naświetlanych ma wybitne działanie przeciwkrzywicze.

Nie jest również znany fizjologiczny sposób działania naświetlonej ergosteryny. Może jest ona przenośnikiem energji świetlnej do wnętrza ustroju? Być może, że przez zmianę układu elektrolitów wpływa na system nerwowy wegetatywny i związany z nim układ hormonalny; może poprzez gruczoły dokrewne reguluje mineralną przemianę materji i przyśpiesza utlenianie komórkowe, a usuwając w ten sposób istniejącą kwasicę, sprzyja odkładaniu się wapnia (Bommer, Hufnagel, Moll, Kramsztyk, Huguenin); w każdym razie stwierdzono, że po podaniu tranu czy też vigantolu podnosi się szybko zużycie tlenu do odpowiedniej normalnej wysokości (Seel).

Wbrew przyjętej popularnie nazwie, naświetlona ergosteryna właściwie witaminem nie jest, gdyż może być syntetycznie w ustroju wytworzona i uczynniona (Pfaundler, Prinke, Sim Ki Ay, Huguenin). Jeśli przyjąć, niezależnie od wielu różnych momentów etjologicznych (tło dziedziczne, infekcja, zaburzenia czynnościowe), że przyczyną krzywicy jest zaburzenie wielogruczołowe, za czem oddawna oświadcza się wielu badaczów (Ritter, Aschenheim i Remscheid. Vollmer, Langstein, Erdheim, Stoeltzner, Frick i Uffenheimer i inni), to należałoby uznać ergosterynę naświetloną, jak to czyni w niedawno ogłoszej pracy Soula, za lek ,który usuwa niedomogę w przeróbce lipoidów i związane z tą niedomogą zaburzenia w gospodarce mineralnej ustroju. Ergosteryna naświetlona byłaby zatem czynnikiem leczniczym o charakterze dokrewnym; należy podnieść, że podobny pogląd, w związku z przeciwkrzywiczem działaniem tranu i żółtka wypowiedzieli jeszcze w r. 1924 badacze amerykańscy Zucker i Barneth, wykluczając istnienie witaminu przeciwkrzywiczego.

II.

Wprowadzenie naświetlonej ergosteryny do lecznictwa poprzedziły liczne wprawdzie, ale zbyt krótkie badania na zwierzętach głównie na młodych białych szczurach, u których wywoływano krzywicę doświadczalną, poczem leczono tę sprawę naświetloną ergosteryną, sprawdzając wyniki rentgenologicznie, mikroskopowo i chemicznie. Obserwacja zwierząt kończyła się zazwyczaj zaraz po otrzymaniu dodatniego wyniku, przeważnie po 4 — 5 tygodniach. Skutecznemi dla tych celów leczniczych jak i zapobiegawczych okazały się dla szczura dawki w wysokości 1/1000 — 1/10.000 mg naświetlonej ergosteryny dziennie. W toku tych badań, o których obszerniej zdałem sprawę na innem miejscu, nie stwierdzono żadnych szkodliwych działań zastosowanego przetworu, to też niektórzy badacze, jak Holtz, byli skłonni przypuszczać, że nawet nadmierne dawki zarówno dla zwierząt jak i dla ludzi, będą nieszkodliwe.

Jakkolwiek można mieć pewne zastrzeżenia co do tego, czy wyniki uzyskane w doświadczeniach na zwierzętach mogą być w całej rozciągłości podstawą oceny zjawisk patologicznych w ustroju ludzkim, gdyż zarówno procesy u zwierząt przebiegają inaczej nieco niż u ludzi, jak też i doświadczalnie wywołana krzywica tylko objawami swemi upodobniona jest do krzywicy naturalnej

---

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 29 maja 1929.

a tło jej powstania jest w zasadzie inne [1]), to przecież eksperyment trzeba uznać za wskazany i użyteczny, choćby tylko ze względu na możność oceny wartości leczniczej i ewentualnego szkodliwego ubocznego działania badanych środków.

Wkrótce po sprawdzeniu na zwierzętach własności leczniczych naświetlonej ergosteryny podjęto w klinikach dziecięcych amerykańskich i niemieckich pierwsze próby lecznicze. Próby te dały dodatnie wyniki (Hess i in.), aczkolwiek, ze względu na zrozumiały sceptycyzm wobec nieznanej jeszcze bliżej metody leczenia, badania podejmowano początkowo na niewielkiej ilości dzieci. Z klinicystów niemieckich pierwszym, który te badania rozpoczął był György (Heidelberg); w 25 przypadkach *rachitis florida* i *tetania* u dzieci $2^1/_2$ — 14 miesięcznych miał przeważnie dobre wyniki leczenia, po dawkach 1 — 4 mg naśw. erg. Reumer i Falkenheim (Königsberg) mieli naogół wyniki leczenia dobre i szybkie, w ciągu 30 — 40 dni, podając dawki 2 — 3 mg naśw. erg. (5 przyp.). Zawartość fosforu w surowicy krwi szybko przekraczała normę, przemiana wapnia zwiększała się, przychodziło do odkładania się substancyj mineralnych, co w leczeniu światłem następowało zazwyczaj dopiero po znacznie dłuższym upływie czasu. Prinke (Würzburg) obserwował w 6 przypadkach jeszcze szybsze leczenie się krzywicy, bo w ciągu 8 — 12 dni po stosowaniu ergosteryny uczynnionej światłem magnezjowem; najprędzej, bo już po 10 dniach stwierdzał ustępowanie *craniotabes;* nieżyty oskrzeli łagodziły się, poprawiało się usposobienie dzieci, ustępowały objawy tężyczki.

Wyniki tych pierwszych badań były zachęcające. To też dalsze spostrzeżenia odnoszą się już do większej liczby przypadków. Liczni badacze (Beumer-Falkenheim, Strote, Wurzinger, Aengenendt, Gehrt, Goldschmidt, Rosenbaum i in.), podjęli leczenie vigantolem u setek osesków i niemowląt z *rachitis florida*, czy też ze skłonnością do powstania *rachitis* lub z powikłaniami zakaźnemi, stosując ten preparat w dawkach 4 — 5, a nawet do 8 mg dziennie, z dobremi wynikami, bez jakichkolwiekbądź klinicznie dających się stwierdzić zaburzeń. Czas stosowania był naogół krótki, 4 — 6 tygodniowy, badań surowicy krwi na zawartość wapnia przeważnie nie przeprowadzano.

W następstwie tych pierwszych pomyślnych prób, nowy lek spotkał się z entuzjastycznem przyjęciem. Dawał wyniki lecznicze korzystne a tak szybkie, jakich nie dają ani tran, ani naświetlania lampą kwarcową. W użyciu był dogodny, gdyż jego dawkowanie zdawało się być zupełnie pewne i dokładnie określone, a podawanie dzieciom nie napotykało na takie trudności, jakie się ma czasem przy stosowaniu tranu. Tran bowiem, obok swej dużej wartości odżywczej i zasobowości w witaminy, ma smak odrażający, a nie dający się poprawić bez uszczerbku dla jego skuteczności, pozatem sprowadza w niektórych przypadkach, zwłaszcza u osesków i młodszych dzieci, zaburzenia jelitowe. Trzeba przytem auważyć, że i skuteczność tranu jest zmienna a wartość lecznicza niewymierna, zależna od rodzaju ryb, czasu połowu i sposobu przygotowania tranu. Wiele spostrzeżeń poczynionych w ostatnich latach wskazuje na to, że jakość tranu będącego obecnie w handlu, może wskutek niewłaściwych metod fabrykacji, zmieniła się na gorsze i że tran ten mniej jest skuteczny (Rosenbaum, Wendt).

Także i w porównaniu z leczeniem naświetlaniami, leczenie naświetloną ergosteryną mogło pozyskać sobie większą wziętość ze względów praktycznych. Naświetlania trudno bowiem niekiedy zastosować np. na prowincji, lub w czasie słotnej i zimnej pory, w czasie choroby zakaźnej dziecka (np. zapalenia płuc), pozatem są one absorbujące dla otoczenia dziecka, a przy zbiorowem ich przeprowadzeniu w przychodniach, szpitalach ,czy kasach grożą niebezpieczeństwem roznieslenia zakażeń. Trzeba jeszcze dodać, że leczenie naśw. ergosteryną jest stosunkowo najmniej kosztowne.

Pierwsze pomyślne wyniki stosowania vigantolu, jak i łatwość i dogodność stosowania, zdawały się wskazywać, że nadszedł okres, w którym ta tak powszechna i ciężka w swoich następstwach choroba, jaką jest krzywica, będzie mogła być racjonalnie i skutecznie zwalczana. W vigantolu widziano już środek, który z urzędu, przymusowo będzie się dodawać do mleka targowego, aby w ten sposób na szeroką skalę, podjąć działalność zapobiegania krzywicy (Adam, Beumer-Falkenheim, Aron, Schönen i in).

---

[1]) Krzywicę można u szczurów sprowadzić przez podawanie karmy o ilościowo nieprawidłowej zawartości jonów (np. nadmiar wapnia przy małej ilości fosforu). Przez wyrównanie stosunku wapnia do fosforu, przez naświetlania lub przez dowóz czynnika przeciwkrzywiczego przywrócić można stan normalny. U człowieka natomiast nie wystarcza samo wyrównanie stosunku składników kości, do wyleczenia nieodzowny jest dowóz czynnika przeciwkrzywiczego (Freudenberg i György, Steudel).

III.

Dalsze badania przyniosły jednak pewne wątpliwości i rozczarowanie. Zarówno bowiem w eksperymentach na zwierzętach jakoteż w spostrzeżeniach klinicznych stwierdzono, że naświetlona ergosteryna nie we wszystkich przypadkach działa skutecznie, powtóre co ważniejsze, stwierdzono, że może ona działać wybitnie szkodliwie.

Podjęte eksperymenty miały przeważnie na celu badanie wpływu nadmiernie dużych dawek naśw. ergosteryny na ustroje zwierzęce.

Liczni badacze, wśród których jedynymi z pierwszych byli: Pfannenstiel, Kreitmair i Mohl, Harris i Moore, później Reyher, György, Behrendt i Berbrich, Heubner i Rabl stwierdzili, że naświetlona ergosteryna, w dawkach przekraczających znacznie dawki lecznicze, podawana różnym zwierzętom, jakoto myszom i szczurom białym, świnkom morskim, królikom, kotom, psom, kozom i in., prowadzi u nich do powstania zaburzeń i zmian jednego typu; zwierzęta takie traciły na wadze i szybko ginęły wśród objawów charłactwa, przyczem w ich narządach wewnętrznych znajdywano rozległe zmiany sklerotyczne. Niemal we wszystkich organach, szczególniej jednak w ścianach naczyń można było znaleźć złogi wapnia; zmiany naczyniowe były podobne do tych, jakie powstają przy żywieniu zwierząt cholesteryną, występowały jednak znacznie szybciej od nich.

Na podkreślenie zasługują eksperymenty Selye, który stwierdził wybitnie niekorzystny wpływ dużych dawek vigantolu na potomstwo tych zwierząt, które otrzymywały go w czasie ciąży lub karmienia. Badacz ten uważa ,że vigantol działa szkodliwie na czynność osteoblastów, albo też, że wapnienie kości dokonuje się zbyt wcześnie i zbyt gwałtownie pod jego wpływem. Nadto trzeba wspomnieć o eksperymentach p. Schmidtmann, z których, poza podobnemi wynikami, jakie mieli inni badacze, okazało się, że nawet przy klinicznie dobrym stanie zwierząt i naczyniach makroskopowo niezmienionych można już było mikroskopowo stwierdzić zmiany nekrotyczne i odkładanie się wapnia w ścianach naczyń.

Hottinger spostrzegał zmiany naczyniowe w obrębie błony środkowej: nadmienia on przytem, że zmiany rozleglejsze znajdował raczej u dorosłych, aniżeli u rosnących zwierząt. Fischl i Epstein, prócz innych typowych zmian stwierdzili zmętnienie soczewki oka. Weinmann opisał szkodliwy wpływ vigantolu na kości i zęby badanych zwierząt.

Wrażliwść zwierząt na szkodliwe działanie vigantolu czy innych preparatów, zawierających czynną substancję, była gatunkowo różną, przyczem szczególniej były wrażliwe zwierzęta żywione jednostronnie (Seel).

Niektórzy badacze, jak Simonnet i Tanret, nie spostrzegali szkodliwych działań naśw. ergosteryny, nawet po dawkach kilkaset do kilku tysięcy razy większych od dawki czynnej; badacze ci uważają, że toksyczność naśw. ergosteryny zależy od stopnia zmian fotochemicznych, jakich ergosteryna w toku naświetlania doznaje.

Pewne, niekiedy znaczne różnice w wynikach eksperymentów niektórych autorów można tłumaczyć tem, że użyta ergosteryna może być różnego pochodzenia [1]), może być niedokładnie naświetlona lub źle naświetlona, pozatem warunki eksperymentu mogą być nie do porównania; Lesné i Clément w związku z tem podnoszą jeszcze, że rodzaj działania może zależeć od sposobu podania oraz od czasu, przez jaki różne preparaty zachowują swoją aktywność przeciwkrzywiczą.

Ze spostrzeżeń Hottingera wiadomo, że aktywność ergosteryny przy naświetlaniu szybko rośnie, lecz również szybko się obniża, jednem słowem naświetlanie ma swój czas optymalny, a po przekroczeniu tegoż działanie przeciwkrzywicze zanika.

W eksperymentach wyżej wspomnianych, stwierdzono wprawdzie szkodliwy wpływ vigantolu, ale w większości badań stosowano go w tak wysokich dawkach (5 — 10 — 20 mg dz.), że ich zabójczość nie mogła być wątpliwa. Wiadomo przecież, że nawet tran w nieodpowiedniej ilości użyty może działać szkodliwie.

---

[1]) Liczba preparatów ergosteryny naświetlonej wypuszczanych na rynek farmaceutyczny stale rośnie. Z zagranicznych, prócz znanych preparatów niemieckich vigantolu i präforminy oraz angielskiego radiostolu, należy wymienić nowy angielski preparat iradiostol, z polskich zaś vitavit (Spiessa); tak radiostol jak i präformina działają przeciwkrzywiczo znacznie słabiej od vigantolu. Toksyczność wszystkich tych preparatów jest różna, znamionuje ją jednak zdaniem Heubnera, Scheunerta i Schieblicha pewna równoległość do ich działania przeciwkrzywiczego.

Dlatego też uważam, że bardziej odpowiadają naturalnym warunkm leczenia, badania, które przeprowadziłem w Zakładzie Patologji Og. i Eksp. U. J. nad działaniem na ustrój zwierząt vigantolu, w dawkach minimalnych lub średnich, stosowanych przez dłuższy czas (3 — 6 — 9 — 12 tyg.) z następową dłuższą obserwacją zwierząt, które leczenie vigantolem przeszły lub u których podawałem vigantol dla celów zapobiegawczych.

Badania te rozpocząłem jeszcze przed ukazaniem się vigantolu w handlu, posługując się preparatem dostarczonym mi przez fabrykę chem. E. Mercka w Darmstadt. Wyniki tych badań ogłosiłem na innem miejscu, tutaj natomiast przytoczę pokrótce te z nich, które są najbardziej charakterystyczne.

Eksperymentowałem na młodych białych szczurach, u których wywoływałem krzywicę używając stosownej karmy, poczem podawałem im vigantol w dawkach od 1/1000 do 1/100 mg dziennie; inna grupa zwierząt otrzymywała vigantol od samego początku żywienia karmą sprowadzającą krzywicę. Zmiany kości stwierdzałem za życia zwierząt i to wielokrotnie, zapomocą promieni Roentgena. Oprócz eksperymentu leczniczego i zapobiegawczego badałem także wpływ naświetlonej ergosteryny na zwierzęta zdrowe, trzymane na karmie normalnej, nadto dla porównania z wynikami otrzymanemi po stosowaniu vigantolu, podawałem zwierzętom krzywiczym lub zagrożonym krzywicą, tran. Czas trwania obserwacyj był umyślnie długi, aby można było zauważyć wszelkie ujawniające się zaburzenia i zmiany, zwłaszcza następowe, późne; eksperymenty trwały tedy 2 do 5, a nawet do 7 miesięcy i dłużej.

Wyniki l e c z n i c z e g o ż y w i e n i a szczurów przez dodanie vigantolu do karmy sprowadzającej krzywicę były następujące:

Działanie vigantolu na zmiany krzywicze kości było bardzo wybitne. Już po pierwszych 10-ciu dniach stosowania widać było w rentgenogramach, że uwapnienie kości jest lepsze, że w obrębie nasad kości, w szerokiej przed leczeniem warstwie chrząstkowej, występują zmętnienią, świadczące o odkładaniu się wapnia, że warstwa ta zwęża się i staje się ostro ograniczoną. Rysunek kości przybiera charakter prawidłowy, zarysy kości odcinają się ostro od otaczającej tkanki.

U wszystkich zwierząt, którym podawałem vigantol stwierdziłem albo prawie zupełne wyleczenie, albo znaczną poprawę sprawy. A zatem proces krzywiczy w kościach niewątpliwie leczył się pod wpływem stosowania vigantolu; u zwierząt kontrolnych otrzymujących w dodatku do karmy oliwę w takiej samej lub większej ilości, w jakiej używałem jej jako rozpuszczalnika vigantolu, nie było widać objawów leczenia się sprawy krzywiczej w kościach. Niemniej jednak okazało się, że vigantol nie wpływał korzystnie na upośledzony przez krzywicę wzrost zwierząt, a ich stan poprawiał się tylko przemijająco; szczury otrzymujące vigantol były może bardziej od innych ruchliwe, ale przyrost wagi był nieznaczny, a co ważniejsze, podawanie vigantolu nie zapobiegało stosunkowo wczesnej śmierci zwierząt. Żyły one krócej, niż kontrolne, otrzymujące oliwę lub tran. Vigantol nie zapobiegał także wystąpieniu *Xerophthalmus*.

W e k s p e r y m e n c i e z a p o b i e g a w c z y m stwierdziłem, że szczury żywione karmą wywołującą krzywicę z dodatkiem vigantolu, wprawdzie zmian kostnych charakterystycznych dla krzywicy nie miały, ale rosły wolniej, ważyły mniej i ponadto zaś żyły krócej, aniżeli kontrolne, trzymane na tejże karmie bez żadych dodatków lub z dodatkiem oliwy.

Wyniki powyższe wskazują, że vigantol zmiany kostne w krzywicy usuwa, albo ich powstawaniu zapobiega, nie wywiera jednak korzystnego wpływu na ustrój zwierząt krzywiczych, czy też krzywicą zagrożonych; upośledzenie wzrostu, obniżenie wagi i zmiany oczne nie ustępują, a przy oglądaniu rentgenogramów ma się wrażenie, że wskutek zbyt szybko postępującego odkładania się soli mineralnych w schorzałych kościach, proces ich wzrostu na długość kończy się wcześnie, a zmiany się niejako stabilizują. Przedewszystkiem jednak na podkreślenie zasługuje fakt, że zwierzęta otrzymujące vigantol w karmie żyją krócej, aniżeli zwierzęta nie otrzymujące tego leku. Wcześniejszą śmierć zwierząt otrzymujących vigantol można przypisać jedynie jakiemuś szkodliwemu działaniu tego preparatu w tych szczególnych warunkach, w jakich jest ustrój zwierzęcia w awitaminozie, przekonałem się bowiem, że vigantol podawany szczurom zdrowym wraz z karmą normalną szkody im nie przynosi.

Działanie vigantolu było tedy tylko częściowe i tylko w pewnym zakresie korzystne. Trwałego, korzystnego wpływu vigantol w eksperymentach tych nie wywarł.

Doświadczenia moje wskazują z jednej strony na konieczność dużej ostrożności i uwagi w stosowaniu vigantolu nawet w małych dawkach, gdyż szkodliwość małych, leczniczych dawek zupełnie wyraźnie się zaznaczyła, głównie przez skrócenie życia zwierząt naświetloną ergosteryną leczonych; z drugiej zaś strony wskazują one na potrzebę podawania wraz z czynnikiem działającym przeciwkrzywiczo witaminu wzrostowego, jakiego naświetlona ergosteryna oczywiście nie zawiera. Być może bowiem, że przyczyną spostrzeganych zaburzeń obok niewyjaśnionego toksycznego działania vigantolu, stało się także zamącenie właściwego, prawidłowego wzajemnego stosunku poszczególnych witaminów w karmie, na co wspólnie z P e l c z a r e m przed kilku laty zwracałem uwagę.

Jakkolwiek tedy, jak się okazało z moich badań, naświetlona ergosteryna działa przeciwkrzywiczo silniej, aniżeli tran, to przecież wydaje się pewnem, że ze względu na ogólny wpływ na wzrost i rozwój ustroju, zwyczajny tran jest w pewnych warunkach nie do zastąpienia, jednoczy bowiem w sobie oba potrzebne ustrojowi czynniki, przeciwkrzywiczy i wzrostowy, i to w stosunku właściwym, trudnym do sztucznego odtworzenia.

Nie jest jeszcze sprawą wyjaśnioną jakim czynnikom należy przypisać szkodliwe działanie vigantolu, czy innych preparatów, zawierających naświetloną ergosterynę. W pierwszym rzędzie możnaby myśleć o szkodliwem działaniu nadmiernie wysokich dawek; jeśli jednak weźmie się pod uwagę wyżej podane spostrzeżenia o szkodliwości dawek małych, to należałoby przyjąć, że naświetlona ergosteryna sama przez się działa toksycznie, powodując opisane wyżej zmiany sklerotyczne i zwyrodnienie organów miąższowych.

Wielu badaczów, jak S e e l, H e u b n e r, H o t t i n g e r, R a m b e r g e r i in. uważają za przyczynę trującego działania naświetlonej ergosteryny, zmiany jakie powstają w ergosterynie pod wpływem naświetlania, zwłaszcza naświetlania stosowanego przez zbyt długi okres czasu i w atmosferze tlenowej. P o h l na podstawie badania widm absorbcyjnych naświetlonej ergosteryny stwierdził, że w toku naświetlania powstają przynajmniej dwie nowe substancje, o nieznanem zupełnie działaniu. H o t t i n g e r nie przypuszcza, by wytwarzająca się przy naświetlaniu trucizna była identyczna z czynnikiem przeciwkrzywiczym. Środki utleniające, jak to wynika z badań S. L o e w e g o, szczególniej zaś nadtlenki (n. p. dwutlenek wodoru, nadtlenek benzoilu) mają własność sprowadzania zmian patologicznych w naczyniach; nadtlenek ergosteryny (C_{27} H_{42} O_3), powstający obok innych produktów przy jej naświetlaniu w atmosferze tlenowej, wbrew spodziewaniu, jak o tem świadczą badania H e u b n e r a i H o l t z a, okazał się substacją obojętną i nie powodował zmian w tętnicy głównej królików, mimo podawania dużych dawek tego nadtlenku (20 mg dziennie).

E. H e s s e uważa, że wszystkie lipoidy, zwłaszcza steryny, mogą działać toksycznie, zależnie od sposobu podania.

Niektórzy badacze, jak D e g k w i t z, G y ö r g y, B a h l i in. skłonni są znowuż przypuszczać, że toksycznie działają tylko produkty rozkładu samego rozpuszczalnika naświetlonej ergosteryny, to jest oliwy. Jak tedy z tych uwag wynika, sprawa ta nie jest jeszcze rozwiązana i rzeczą dalszych poszukiwań będzie wykrycie tego trującego ciała.

IV.

Na możliwość szkodliwego działania naświetlonej ergosteryny w ustroju dziecięcym, pierwszy zwrócił uwagę D e g k w i t z, zupełnie niezależnie od badań na zwierzętach w tym kierunku prowadzonych. Sporadyczne przypadki biegunek po podawaniu vigantolu spostrzegał jeszcze przedtem P f a u n d l e r.

Badania D e g k w i t z a odnosiły się właściwie do dzieci gruźliczych, w wieku 1—11 lat, które reagowały na vigantol zaburzeniami nerkowemi (białkomocz, wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka białe w moczu, upośledzenie czynnościowe nerek), mymiotami, utratą łaknienia i spadkiem wagi ciała. Stosowane przez Degkwitza i jego współpracowników dawki były jednak stanowczo za wysokie (20—30 mg dziennie). Dawki umiarkowane, w granicach około 4 mg dziennie u takichże dzieci szkodliwie nie działały (R o s e n s t e r n, L a n g s t e i n, W i e l a n d).

U dzieci krzywiczych leczonych vigantolem stwierdzano, w nielicznych zresztą przypadkach, brak jakiegobądź korzystnego wpływu (M a r f a n i in.) lub uderzająco wolne leczenie się *craniotabes* (V o l l m e r, A r o n), nadto stosunkowo często nieustępowanie anemji, która zresztą nie należy do obrazu chorobowego krzywicy; wyraźne szkody, połączone ze zmianami anatomicznemi stwierdziło kilku autorów. P u t s c h a r u dziecka 5 i pół miesięcznego z dystrofją, które przez trzy miesiące otrzymywało dziennie 2 mg naświetlanej ergosteryny i zmarło wśród spadku wagi i wysokiej gorączki, znalazł na sekcji rozległe zmiany w nerkach, charakterystyczne dla zatrucia vigantolem: P o r e z u dziecka 16 mies. z wybitną krzywicą stwierdził po dawkach około 8 mg vigantolu dziennie wystąpienie wymiotów, biegunek, utratę łak-

nienia, senność i wychudzenie; n. b. objawy krzywicy prawie całkowicie ustąpiły, a po odstawieniu leku objawy zatrucia szybko minęły. Zaburzenia nerkowe spostrzegał także Ramberger, Gruber i Aschoff stwierdzili na sekcjach złogi wapnia w nerkach i nekrozy mięśniowe w zwłokach osesków leczonych vigantolem.

Znacznie więcej spostrzeżeń świadczy jednakowoż o nieszkodliwości naświetlonej ergosteryny, z tem zastrzeżeniem, że używano jej w małych dawkach, przez krótki czas i nader ostrożnie, wśród ciągłej obserwacji chorych (Buschmann, Orgler, Sim Ki Ay, Langstein, Wieland, Bahl, Wiskott im.).

Spostrzeżeń leczniczych polskich ogłoszono, o ile mi wiadomo, niewiele. W klinice pedjatrycznej Uniw. Wileńskiego stosowano vigantol w kilku przypadkach z zachęcającym wynikiem (Makower-Szadowska); bliższych szczegółów brak do tej pory.

Na oddziele chorych Domu Wychowawczego im. Ks. Boduena w Warszawie, pozostającego pod kierownictwem Dra Zembrzuskiego, stosowano vigantol zarówno leczniczo, jak też i zapobiegawczo, w dawkach 1—4 mg dziennie, poczynając w pierwszym tygodniu leczenia od 1 mg i stopniowo podnosząc dawkę co tydzień. Leczenie trwało 4 tygodnie (3, 5, 8, 10 kropli w każdym z tygodni), poczem po przerwie 2-tygodniowej całe czterotygodniowe leczenie ponawiano. Takie dwukrotne leczenie przeszło ogółem 46 niemowląt. Wyniki stosowania vigantolu u 16 dzieci z typowemi zmianami krzywiczemi, w różnych okresach choroby, były naogół korzystne. W trzech przypadkach zanik kości czaszki *(craniotabes)* ustąpił po dwóch tygodniach podawania leku, ząbkowanie u wszystkich dokonywało się szybciej, aniżeli u dzieci vigantolu nie otrzymujących, napięcie tkanek zwiększało się, łaknienie w okresie podawania leku znacznie się podnosiło, przyrost wagi ciała był bardziej wybitny; dzieci były bardziej ruchliwe, dzieci przedtem bezwładnie leżące podnosiły się o własnych siłach, nastrój dzieci znacznie się poprawił. W czterech przypadkach u dzieci 7—8 miesięcznych zniekształcenia kości mimo leczenia vigantolem utrzymały się.

Wikłające krzywicę nieżyty oskrzeli (kilka przypadków), leczyły się szybciej, aniżeli u dzieci nieleczonych vigantolem, w jednym przypadku odoskrzelowego zapalenia płuc o bardzo ciężkim przebiegu, u dziecka po 8-tygodniowem leczeniu vigantolem, przyszło do wyleczenia, a okres zdrowienia przy dalszem podawaniu vigantolu znacznie się przyśpieszył.

U 30 niemowląt stosowano vigantol dla celów zapobiegawczych. Były to dzieci karmione naturalnie, przeważnie jednak sztucznie dokarmiane; vigantol podawano im między 3 a 5-tym miesiącem życia. Dzieci te mają obecnie 15 miesięcy do 2 lat, od krzywicy nie udało się wszystkich uchronić, ale przebyły ją nader lekko, niektóre wcale na krzywicę nie zapadły; dzieci te rozpoczęły chodzić we właściwym czasie, zniekształceń kości nie mają.

Vigantol podawano również dzieciom dystroficznym, oprócz odpowiedniej djety leczniczej; były wśród nich dzieci, które przebyły krztusiec, odrę, oraz zaburzenia przewodu pokarmowego. W sześciu takich przypadkach spostrzegano wybitną poprawę: dzieci te powracały do stanu normalnej wagi i wyglądu, szybciej aniżeli dzieci jedynie dietycznie prowadzone.

Dane powyższe otrzymałem od p. Dr. Pawłowskiej, lekarki Domu Wychow. w Warszawie, za co jej na tem miejscu szczerze dziękuję.

Groer i Chwalibogowski wspominają o leczeniu vigantolem mimochodem, zalecając stosowanie kąpieli kainitowych w leczeniu krzywicy, szczególnie w tych przypadkach, których nie można leczyć naświetleniami lampą kwarcową, które zatem musi się leczyć naświetloną ergosteryną. Kąpiele kainitowe mają tutaj zastąpić bardzo pożądany i pożyteczny czynnik ergotropowy naświetlań prom. ultrafioletowemi.

Trudną sprawę wyboru takiego sposobu leczenia, aby nie powodować szkód, które mogłyby się nawet narazie nie ujawnić, posunęły znacznie naprzód ku względnie pomyślnemu jej rozwiązaniu badania Hessa. Hess stwierdził, że nawet mniejsze dawki naświetlonej ergosteryny, 0,5—5 mg dziennie, prowadzą w krótkim czasie do hipercalcemji, z reguły utajonej, przebiegającej bez objawów klinicznych, objawiającej się jednak niekiedy utratą łaknienia, bladością, wymiotami, spadkiem wagi ciała a czasem i podrażnieniem nerek. Cały ten zespół objawów podobny jest zdaniem Hessa do zaburzeń spotykanych w hipercalcemji powstałej po podaniu dużych dawek hormonu grucz. przytarczycznych, to też Hess uważa to zaburzenie w przemianie wapnia za typową cechę hiperwitaminozy.

W związku z tem podjął György zasadniczą rewizję wysokości używanych dawek naświetlonej ergsteryny. Stwierdził on przedewszystkiem słuszność spostrzeżeń poczynionych na dzieciach gruźliczych, były one bowiem jakby szczególniej na działanie naświetlonej ergosteryny wrażliwe. Dawki 2—4 mg dziennie znosiły dzieci dobrze i bez żadnych klinicznie dostrzegalnych zmian, dopiero po dawkach dziennych około 8 mg występowały w krótkim czasie zaburzenia opisane przez Degkwitza. Zaburzenia te, zdaniem György'ego, cechują się raczej objawami ogólnemi zatrucia, jak wymiotami, utratą łaknienia, zatrzymaniem przyrostu lub ubytkiem wagi ciała, aniżeli objawami ze strony nerek, które nie są stałe. Przerwanie podawania vigantolu w krótkim czasie prowadziło do ustąpienia objawów, ponowne podanie do ich nawrotu.

Następnie w związku z wynikami badań uczonych angielskich nad stosowaniem małych dawek naświetlonej ergosteryny podjął György dalsze badania, w których podawał niemowlętom z *rachitis florida* dawki vigantolu umyślnie małe, 0,2—0,8 mg dziennie; na podstawie uzyskanych rezultatów przyszedł do przekonania, że *dawkę maksymalną dla niemowląt i małych dzieci należy ustalić w wysokości 1 mg naświetlanej ergosteryny dziennie* (10 mg = 25 kropel vigantolu).

György uważa, że przebieg leczenia będzie w tych warunkach wolniejszy, ale bardziej pewny. W przypadkach ciężkiej krzywicy, oraz w tężyczce, radzi stosować wyjątkowo i przez krótki czas dawki 2—3 mg dziennie.

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy widać, postęp w obniżeniu dawki leczniczej dokonał się znaczny, granica między nią a dawką toksyczną ustaloną dla dziecka o wadze 6—7 kg na 10 mg dziennie (Wiskott) jeszcze bardziej się zwiększyła: wobec niemożności dokładnego określenia wartości leczniczej [1]) poszczególnych preparatów, która to wartość jest niestała i zmienna, nie wydaje się możliwem, by ryzykując niebezpieczeństwo sprowadzenia szkodliwych następstw, stosowano i nadal dawki wyższe od podanych przez György'ego.

W związku z tem trzeba pamiętać, *że sposób podawania leku, umieszczony w drukowanych prospektach fabrycznych, w szczególności zaś jego dawkowanie, nie odpowiada wyżej określonym zasadom, należy zatem bardzo dokładnie pouczać o wysokości dopuszczalnych dawek te osoby, które lek będą dziecku podawać.* Zdarzały się już wypadki, że rodzice z własnej inicjatywy, wbrew wskazówkom lekarza, przez naiwną gorliwość, podawali dawki vigantolu 4-krotnie większe, niż zalecono

Co się tyczy czasu trwania leczenia, to Wieland określa go na 6 tygodni, Marfan zaleca natomiast 3 leczenia po 20 dni z przerwami 15-dniowemi; Huguenin słusznie podkreśla, że pośpiech przy leczeniu absolutnie nie jest wskazany, gdyż zbyt szybka mineralizacja mogłaby sprowadzić ustalenie się zniekształceń.

Degkwitz wyraża zapatrywanie, podzielane zresztą przez wielu innych badaczów, że w czasie stosowania naświetlanej ergosteryny dzieci winny być pod stałą obserwacją lekarską.

Zdania co do sposobu unieszkodliwienia vigantolu dosyć są podzielone, naogół przeważa jednak tendencja, by podczas leczenia podawać chorym równocześnie wapń i fosfor (Aron, Aschoff, Gill).

Prócz stosowania vigantolu w krzywicy radzą niektórzy badacze podawać ten preparat w rozmiękniemiu kości właściwem i fizjologicznem, w ciąży (Hottinger, György, Starlinger, Strote, Lasch), oraz w tężyczce dorosłych. Regnier uważa za wskazane leczenie vigantolem kombinacji rozmięknienia kości lub krzywicy z *ostitis fibrosa generalisata*. Coenen stosował vigantol w *osteodystrophia fibrosa*.

---

[1]) Podano kilka sposobów oceny wartości leczniczej preparatów naświetlonej ergosteryny. Są to przeważnie sposoby biologiczne, gdyż tylko kontrola biologiczna może dać pewność, że aktywność przeciwkrzywicza danego preparatu jest zachowana (Lesné — Clément). Metody Poulsson'a, Coward'a, György'ego opierają się na zasadzie wyniku leczniczego: badaną substancję podaje się przez pewien określony przeciąg czasu i to w różnych stężeniach szczurom krzywiczym i stwierdza się jej wpływ leczniczy (Coward dla porównania posługuje się preparatem ustalonym o znanej skuteczności, Poulsson bada rentgenologicznie, György bada ponadto zawartość fosforu w surowicy krwi). Coward określa wartość leczniczą według „jednostek przeciwkrzywiczych", György ustala tylko dawkę najmniejszą, która leczy krzywicę szczurów w 10 dniach.

Niedawno podana metoda Schennert'a-Schieblicha opiera się natomiast na ustaleniu w eksperymencie zapobiegawczym takiej dawki, która chroni od krzywicy młode szczury postawione na przeciąg 14 dni na karmę sprowadzającą krzywicę (Mc Colluma). Najniższa skuteczna dawka zawiera jednostkę ochronną przeciwkrzywiczą (SED = Schutzeinheit für vit. D.), na czem można oprzeć obliczenie jednostek klinicznych.

Na leczenie się szybsze złamań kości zdaje się vigantol nie mieć zupełnie wpływu (Hellner, Vara-Lopez), wbrew opinjom niektórych innych badaczów (Wiskott).

Podawanie vigantolu w innych sprawach chorobowych doprowadziło do ciekawych wyników. Stwierdzono, że vigantol przyśpiesza krzepnięcie krwi (Selye, Regnier), mółby być zatem stosowany w krwawiączce i krwotokach, że korzystnie wpływa wraz z djetą wątrobianą na niedokrwistość złośliwą (Rosenow, Lasch), że poprawia łaknienie, powoduje przyrost wagi i poprawia ogólne samopoczucie u chorych ginekologicznych anemicznych i u położnic (Ertl i Hain), oraz u gruźliczych i neuropatów (Moro), że wreszcie działa korzystnie w leczeniu *asthma bronchiale* (Franke).

V.

Co się tyczy sprawy zapobiegania krzywicy, to trzeba podnieść, że nie przyjęły się zupełnie pomysły podjęcia szerokiej, społecznej akcji zapobiegawczej przeciwkrzywiczej zapomocą naświetlonej ergosteryny. Jest to oczywiście prostem następstwem omówionych wyżej badań, które świadczą, że naświetlona ergosteryna nie jest lekiem obojętnym i musi być umiejętnie stosowaną. Dlatego też podnoszą się obecnie kategoryczne sprzeciwy przeciw próbom popularyzowania tej metody leczniczej, przyczem niektórzy badacze domagają się także, aby lek sprzedawano wyłącznie na podstawie recepty lekarskiej (Wieland, Fischl-Epstein, Pfaundler, Husler).

Nic tedy dziwnego, że dla celów zapobiegawczych często obecnie na pierwszem miejscu wymienia się bezpośrednie naświetlania ciała lampą kwarcową, jako, że działa ona bardziej łagodnie (Pfaundler), następnie często bywa zalecanem mleko naświetlane albo mleko z dodatkem vigantolu, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że zarówno z uwagi na silne działanie przeciwkrzywicze, jak też i ze względów ekonomicznych i socjalnych, naświetlona ergosteryna mogłaby w akcji zapobiegawczej oddać duże usługi.

Świadczą o tem zarówno eksperymenty na zwierzętach, jak i liczne kliniczne spostrzeżenia.

Okazało się mianowicie, że podawanie szczurom mleka kobiet, u których podczas ciąży stosowano vigantol, jakoteż podawanie im wprost vigantolu (podczas ciąży i w I. okresie laktacji) zapobiegało wystąpieniu krzywicy u młodych (Guggisberg), podobnie działało naświetlanie samic karmiących, lampą kwarcowa (Falkenheim).

Naświetlanie krów lampą kwarcową nie wpływało wyraźnie na zwiększenie się własności przeciwkrzywiczych ich mleka (Falkenheim, v. Bruck-Biesok, C. Pirquet i R. Wagner). Stwierdzono również w eksperymencie na zwierzętach, że dopiero w następstwie podawania kobietom ciężarnym lub karmiącym vigantolu działanie przeciwkrzywicze ich mleka wybitnie się zaznaczało. Jak wiadomo, pokarm zawiera mniej czynnika przeciwkrzywiczego, aniżeli mleko krowie. Wskutek podawania vigantolu czynnik przeciwkrzywiczy, jak się okazało, bezpośrednio i szybko dostawał się do wydzieliny gruczołu mlecznego (Adam, Eufinger-Wiesbader-Focsaneanu, Guggisberg).

Zważywszy, że rodzaj pożywienia matki wpływa na rozwój płodu, a później i na skład pokarmu, możnaby oseski chronić przed krzywicą przez podawanie vigantolu matkom, zwłaszcza podczas miesięcy jesiennych i zimowych. Szczególnie duże znaczenie miałaby ta okoliczność dla dzieci żyjących w niekorzystnych warunkach lub tylko częściowo piersią karmionych. Z tych założeń wychodząc Reumer i Falkenheim radzą podawać vigantol kobietom ciężarnym i karmiącym. Vogt na podstawie obserwacyj klinicznych doszedł do przekonania, że dodawanie do pożywienia ciężarnych tranu sprzyja rozwojowi płodu *i zapobiega obumieraniu dzieci w łonie matki*. Dodawanie do pożywienia vigantolu podczas całego okresu trwania ciąży albo też preparatu drożdżowego wpływa korzystnie na wagę ciała matki, wagę dziecka i na karmienie. Podobnie korzystnie na stan ciężarnych i karmiących oraz na stan ich dzieci działało naświetlanie tych kobiet lampą kwarcową. Pokarm pod względem chemicznym nie zmieniał się na niekorzyść, a zawartość witaminów znacznie się w nim zwiększyła (Hirsch-Kaufmann i Wiener).

Gdy, jak z powyższego widać, podawanie vigantolu matkom bardzo korzystnie wpływało na rozwój potomstwa, to już podawanie vigantolu niemowlętom we wczesnym okresie ich życia nie zawsze dawało dobre wyniki. Hottinger stwierdza, że niemal z reguły nawet duże dawki naświetlonej ergosteryny nie mogły zapobiec powstaniu krzywicy u wcześniaków. Być może, że podawanie leku rozpoczynano zbyt późno; gdy Gehrt zaleca stosować vigantol w 2-gim miesiącu życia, to Vogt podaje go już dzieciom donoszonym zaraz po urodzeniu w dawkach 1—4 mg (!), dzieciom zaś wątłym i słabym podaje 1—2 kropli co dwa dni. Traktując w ten sposób około 80 dzieci nie spostrzegał Vogt żadnych zmian czy zaburzeń; początkowy fizjologiczny spadek wagi był mniejszy, powrót do wagi wyjściowej był szybszy, dalszy przyrost wagi był równomierny, także i u sztucznie żywionych, stan ogólny poprawiał się.

Vollmer zaleca stosować dla celów profilaktycznych u wcześniaków dawki niższe, 1 mg naśw. ergosteryny dziennie.

György uważa *za całkwicie wystarczające dla tych celów dawki od 0,1 do 0,5 mg dziennie.*

Sprawa użycia dla celów zapobiegawczych naświetlonego mleka krowiego, albo też mleka z dodatkiem naśw. ergosteryny lub różnych przetworów mlecznych (ultractina (Goebel), guigoz, carnolactin (Hahn), wiko) jest bardzo sporna, szczególniej od czasu, kiedy naświetlanie mleka sposobem Scholla chroni je od nieprzyjemnej zmiany smaku.

Wprawdzie wyniki eksperymentalne Falkenheima przy stosowaniu naśw. mleka szczurom były doskonałe a i spostrzeżenia lecznicze wielu badaczów zdają się świadczyć korzystnie o tym sposobie (Mouriquand i współpracownicy, Scheer, Wieland, Langstein i in.) to jednak przeciw użyciu naświetlonego mleka inni badacze podnoszą zbyt poważne i uzasadnione zarzuty, by można je było pominąć. Reyher, Schoedel i in. obawiają się nietylko tego, że przy naświetlaniu rozkładają się witaminy B i C w mleku, ale że ponadto mogą występować jakieś produkty wysoce trujące (stwierdzono w jednym przypadku obecność azotynów, których przed naświetlaniem w mleku nie było). Aron uważa, że żywienie małych dzieci mlekiem krowiem, zwłaszcza przekarmienie tem mlekiem, nie powinno być praktykowane, gdyż używanie mleka krowiego właśnie może krzywicę wywołać. Mleko krowie ma skład białek i soli mineralnych niekorzystny i nieodpowiedni dla niemowląt (Wassermeyer). Stoeltzner stwierdza, że naświetlone mleko działa przeciwkrzywiczo słabo, że nie można dokładnie go dawkować, że prócz substancji czynnej zawiera inne w skomplikowanym związku a nadto, że zaopatrzenie w takie mleko byłoby trudne i drogie; badacz ten podobnie jak i Degkwitz stanowczo wypowiada się za użyciem i to wyłącznem naświetlonej ergosteryny.

Niektórzy badacze radzą dla celów profilaktycznych, a także i leczniczych używać wytworów tranu czy żółtka kurzego, których skuteczność przeciwkrzywiczą stwierdzili: maltosellol (Jochims), ossin, wikosan (polski, z przepisu Funka sporządzony), heliocitin (Steudel), lecitin-perdynamin (Fuchs), wreszcie naturalne niezmienione żółtko kurze (Hess) lub suszone i naświetlone żółtko (Rohr i Schultz). Preparaty żółtkowe, przez obecność lecytyn mogą wpływać korzystnnie na wzrost (Hesse).

Słusznie jednak Aron zaznacza, że mimo znacznego postępu w leczeniu krzywicy, najlepszym sposobem zapobiegania jej pozostało i nadal karmienie piersią, podanie w porę pożywienia mieszanego, nieprzekarmianie mlekiem krowiem, staranna i troskliwa opieka, zapewnienie higjenicznych warunków mieszkaniowych, pobyt na świeżem powietrzu i insolacja.

Powyższy przegląd pewnej części spostrzeżeń nad działaniem naświetlonej ergosteryny w leczeniu krzywicy, z uwzględnieniem ważniejszych wyników eksperymentów na zwierzętach, wskazuje, że w obecnym stanie rzeczy niema powodu unikać stosowania leku o tak wybitnem działaniu, jakim jest naświetlona ergosteryna.

Trzeba jednak zauważyć, że szczególniej na terenie zapobiegania krzywicy, na którym naświetlona ergosteryna może być użyta z największym pożytkiem, należy ją stosować nadzwyczaj ostrożnie i umiarkowanie, nie wypuszczając pacjentów z pod swojej obserwacji.

Należy oczekiwać, że dalsze badania pozwolą nietylko bardziej ściśle dawkować ten nieobojętny, jak się okazuje, preparat, ale może i szkodliwości grożące z jego strony zupełnie opanować lub usunąć.

Badania eksperymentalne autora zostały wykonane z zasiłku udzielonego Zakładowi Patologji Ogólnej i Eksperymentalnej U. J. przez Instytut Serologiczny Prof. Nowaka.

Piśmiennictwo.

A. Adam: Kl. W. 1927, 27, 1289; 1928, 38, 1825. — J. Aengenendt: M. m. W. 1928, 44. — H. Aron: Kl. W. 1928, 51, 2444. — Aschenheim u. Remscheid: M. m. W. 1923, 8. — Aschoff: M. Kl. 1929, 17, 675. — E. Bahl: Kl. W. 1929, 6, 263; ref. Gaz. lek. 1929, 15, 284. — Ph. Bamberger: ref. M. Kl. 1929, 15, 595. — H. Behrendt u. J. Berbrich: M. m. W. 1928, 50, 2134. — H. Beumer: Kl. W. 1927, 29, 941; 37, 1749. — H. Beumer u. C. Falkenheim: Kl. W. 1927, 17, 798. — S. Bommer: Kl. W. 1926, 20—21. — Bruck-Biesok, C. Pirquet, R. Wagner: Kl. W. 1927, 20, 952. — H. Buschmann: ref. Kl. W. 1928,

40, 1930. — M. Bürger: Erg. inn. Med. 1928, 34, 583. — R. Clément: Pr. méd. 1926, 47, 740. — H. Coenen: M. Kl. 1929, 14, 542. — R. Degkwitz: M. m. W. 1928, II, 1631; ref. Kl. W. 1928, 50, 2415. — Dejust, Dureuil, v. Stolk: Pr. méd. 1928, 64, 1016. — F. Ertl u. A. Hain: M. m. W. 1928, II, 2098. — Falkenheim: M. Kl. 1929, 11, 437. — R. Fischl u. B. Epstein: M. Kl. 1929, 21. — Franke: Therap. d. Geg. 1929, 4. — P. Frick u. A. Uffenheimer: M. m. W. 1927, 30, 1265. — A. Fuchs: M. Kl. 1929, 12, 464. — J. Gehrt: ref. ref. Kl. W. 1928, 46, 2218. — C. Giaume: ref. Pr. méd. 1929, 41, 75. — S. A. Gil: ref. M. Kl. 1929, 3, 119. — R. Goldschmidt: D. m. W. 1928, 46. — F. Goebel: Fortschr. Therap. 1926, 23. — Groer Fr. i A. Chwalibogowski: Gaz. lek. 1929, 7, 117. — H. Guggisberg: Kl. W. 1929, 19, 906. — P. György: Klin. W. 1927, 13, 580; 1928, 48, 2315; 1929, 15, 684; 1929, 17, 667. — F. V. Hahn: ref. Klin. W. 1928, 46, 2217. — H. Hellner: ref. Klin. W. 1928, 49, 2365. — A. F. Hess: Ber. Phys. 1923, 21, 229. — E. Hesse: M. Kl. 1929, 1, 31. — W. Heubner: Kl. W. 1929, 9 407. — W. Heubner u. F. Holtz: Kl. W. 1929, 10, 456. — H. Hirsch-Kaufmann: u. C. Wiener: Kl. W. 1929, 21, 984. — F. Holtz: Kl. W. 1927, 12, 535; D. m. W. 1927, 53, 17. — Hottinger: ref. M. Klin. 1929, 11, 437; Kl. W. 1929, 18, 855. — H. Hufnagel: Now. lek. 1928, 6, 202. J. Huguenin: Pr. méd. 1929, 30, 490. — Husler: ref. Kl. W. 1928, 45, 2177. — J. Jochims: ref. Kl. W. 1929, 13, 612. — S. Karasiński: C. R. m. d. séances de la cl. d. sc. mathém. et natur. 1929, 1, 7; Spraw. Pol. Akad. Um. 1929. T. XXXIV, 1, 12; Now. lek. 1929, 9, 257; Journ. Phys. 1929, 27, 2. — O. Kestner: ref. Kl. W. 1926, 5, 198. —H. Knauer: ref. Kl. W. 1929, 16, 754. — S. Kramsztyk: W. Czas. lek. 1929, 10—11. — H. Kreitmair u. Th. Moll: M. m. W. 1928, 15, 637; Kl. W. 1928, 40, 1930. — L. Langstein: M. Kl. 1929, 3, 93. — F. Lasch: Kl. W. 1928, 45, 2148. — R. Vara-Lopez: ref. Kl. W. 1929, 14, 663. — E. Lesné et R. Clément: Pr. méd. 1928, 79, 1254; 1929, 9, 143. — Marfan M. et Dollfus-Odier: Pr. méd. 1929, 30, 488. — Moll: Kl. W. 1929, 8, 366. — H. Moro: ref. Kl. W. 1928, 46, 2218. — G. Mouriquand, A. Leuffer, M. Bernheim et J. Schoen: Pr. méd. 1928, 14. — Orgler: Kl. W. 1927, 32, 1501; 1928, 50, 2415. — W. Pfannenstiel: M. m. W. 1928, 26, 1113; ref. Kl. W. 1928, 46, 2218. — Pfaundler: M. m. W. 1927, 16; ref. Kl. W. 1928, 45, 2177. — M. Porez: Pr. méd. 1923, 31, 610. — Prinke: Kl. W. 1927, 35, 1644. — Putschar: Kl. W. 1929, 18, 858. — C. R. H. Rabl: M. Kl. 1929, 7, 278. — H. Regnier: ref. M. Kl. 1929, 1, 42. — Reyher: Kl. W. 1926, 17; 1927, 10; 1927, 13. — Rietschel: ref. Kl. W. 1928, 47, 2273. — Ritter: ref. Now. lek. 1923, 4, 238. — Rohr u. Schultz: Klin. W. 1927, 2, 64; 1927, 18. — G. Rosenow: Kl. W. 1927, 33, 1560. — Rosenstern: Kl. W. 1928, 50, 2415. — Rosenbaum: ref. Kl. W. 1928, 46, 2225. — K. Scheer: Kl. W. 1928, 30, 32, 46; 1929, 3, 121. — A. Scheunert u. Schieblich: Kl. W. 1929, 15, 21. — Schittenhelm u. B. Eisler: Klin. W. 1928, 24, 1118. — Schmidtmann: M. Klin. 1929, 17, 657; ref. C. f. Pathol. 1928, 43, 8. — J. Schoedel: Kl. W. 1928, 32, 1527 — Schönen: ref. M. Kl. 1929, 16, 631. — Schur, Niekau cyt. Rosenberg: Gaz. lek. 1926, 5, 115. — Seel: Kl. W. 1929, 7, 331. — H. Selye: M. Kl. 1928, 50, 1899; Kl. W. 1928, 39, 1891; ref. Kl. W. 1929, 9, 428. — Sim Ki Ay: C. R. d. séanc. de la sc. de Biol. 1928, 98, 4, 276. — H. Simonnet et G. Tanret: C. R. d. la Soc. de Biol. 1929, 100, 8, 548; Pr. méd. 1929, 29, 469. — H. Steudel: Kl. W. 1929, 18, 831. — W. Stoeltzner: M. m. W. 1929, 22, 920. — H. Strote: Kl. W. 1928, 3, 114. R. Makower-Szadowska: Pam. Wil. Twa lek. 1928, IV 4, 174. — E. Vogt: Kl. M. 1928, 41, 1941; M. m. W. 1928, 17. — H. Vollmer: M. m. W. 1923, 6; Kl. W. 1927, 1, 17; 1928, 36, 1436; Zeitschr. f. Kindhkde, 1928, 41, 205. — H. Wassermeyer: Kl. W. 1928, 12, 529. — J. Weinmann: Kl. W. 1929, 18, 841. — G. Wendt: ref. Kl. W. 1928, 32, 1527. — Wieland: Kl. W. 1929, 18, 854. — Windaus: M. m. W. 1927, 8, 345; Kl. W. 1927, 14, 666. — Wiskott: M. m. W. 1928, 34; ref. Kl. W. 1928, 45, 2177. — S. Wurzinger: Kl. W. 1928, 39, 1859. — T. F. Zucker a. M. Barneth: Ber. Physiol. 1923, 21, 57.

Dr. J. LENCZOWSKI, st. asystent Kliniki. Lwów.

Przebieg porodu i połogu u chorych kiłowych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. K. Bocheński.

W miarę rosnącego uświadamiania doniosłej roli kiły dla zdrowia i pomyślnego rozwoju ludzkości, zaznacza się wzrost zainteresowania się kiłą wrodzoną, a w szczególności kiłą matki i dziecka. W ostatnich 20 latach sprawą tą zajęły się niezmiernie żywo zakłady położnicze, jako instytucje mające najbliższą styczność z rodzącą i noworodkami. W piśmiennictwie bieżącem roi się wprost od artykułów poświęconych omawianej dziedzinie. Przedewszystkiem szeroko są dyskutowane sprawy wczesnego rozpoznania kiły wrodzonej dziecka, leczenia jej, oraz wykrycia kiły utajonej matki. Natomiast zupełnie zostało pominięte inne zagadnienie mające znaczenie przedewszystkiem dla położnika, a mianowicie wpływ kiły na przebieg porodu i połogu.

W czasach dawniejszych przed wprowadzeniem odczynu Wassermanna i przed wykryciem krętka bladego sprawa porodu, a zwłaszcza połogu w kile stanowiła dosyć żywy temat na łamach pism położniczych. Nie potrzebuję dodawać, że rozpoznawano kiłę naówczas tylko w przypadkach wyraźnych objawów klinicznych, pozostawiając na uboczu kiłę utajoną. Nic dziwnego przeto, że pod tym względem w pracach dawniejszych istnieje poważna luka, gdyż zupełnie pominięto kiłę bezobjawową. Jeśli nadmienić pozatem, że były to czasy, w których zasady aseptyki i prowadzenie III. okresu porodowego odbiegały zasadniczo od obecnie obowiązujących poglądów i przepisów, to stanie się zrozumiałem, jak ostrożnie należy oceniać wnioski, do jakich autorzy owych czasów dochodzili.

Autorzy ci badali przebieg połogu nie tyle w przypadkach kiły, ile po urodzeniu płodów zmacerowanych. Obecnie jednak wiemy jak znaczną rolę w etjologii obumarcia płodów w ciąży odgrywa kiła. (Albers-Schönberg 75%; Seitz 75%, Stäger 60%; Jaeger 85%). Wobec powyższego możemy prace dawniejsze, odnoszące się do przebiegu porodu i połogu w przypadkach płodów zmacerowanych bez popełniania większych błędów przenieść na kiłę, jako najważniejszy czynnik etjologiczny obumierania płodów w ciąży.

Z pomiędzy autorów, jako pierwszego, którego zainteresował przebieg porodu w kile, należy uważać Hueter'a. Autor ten obserwował połóg po porodach płodów zmacerowanych na klinice w Marburgu od 1833—1843 r. i nie spostrzegał przy tem żadnych powikłań; dalsze spostrzeżenia również przemawiały pozornie za brakiem jakiegokolwiek wpływu kiły na połóg. (Kilian, Chiari, C. Braun, Späth). Tylko wtedy, gdy wody odchodzą przedwcześnie i poród się przedłuża, nie rzadko przychodzi do gorączki. W przypadkach zaś, gdy płód obumiera w zamkniętym worku płodowym, może on leżeć w macicy całymi tygodniami, nie okazując szkodliwego wpływu na ustrój matki.

Przeciwnie, Martin wypowiada twierdzenie, że płody zmacerowane stwarzają szczególne niepomyślne rokowanie w połogu i usposabiają do powstawania zakażeń połogowych. Ferber również skłania się do myśli, że płody zmacerowane mogą prowadzić do zakażenia rodzącej. Według Hugenberger'a płody zmacerowane powodują w 29% chorobliwość, a w 10% nawet śmiertelność położnic. Ciężkie zapalenia macicy w połogu widzieli Winckel, Kiwisch, G. Braun. Zdaniem Schroedera połóg zależy od tego, czy w czasie porodu przedostały się drobnoustroje do worka płodowego, czy też nie, gdyż zasadniczo zdaniem jego płody zmacerowane nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu na przebieg połogu.

Hiridoyen, śledząc za porodem i połogiem u 34 chorych kiłowych dwa razy widział krwawienia wskutek przyrośnięcia łożyska, raz rozległe pęknięcie krocza wskutek obrzęku, raz niepodatność szyji i dwa razy połóg gorączkowy.

Święcicki na 247 przypadków kiły, obserwowanej na klinikach w Królewcu i Dreźnie, w 157 stwierdził połóg prawidłowy, mimo brudnych odchodów i przykrej woni wód płodowych. U 17 położnic wystąpiło zapalenie gruczołu sutkowego, 7 razy krwawienia w połogu oraz stan gorączkowy. Kiła więc, zdaniem jego, niema wpływu ani na poród, ani na połóg.

Niektórzy autorzy starali się na podstawie większego materjału zebranego z piśmiennictwa, obliczyć chorobliwość położnic. I tak, Mewis na 324 przypadki podaje chorobliwość na 9,5% — Kothen na 358 przypadków, opisanych przed 40 laty, stwierdził prawie taki sam odsetek chorobliwości (9%). Utrzymany pęcherz płodowy nie zawsze chroni jamę macicy od zakażenia wskutek łatwej przepuszczalności błony (Boissard).

Gorące debaty wywołała sprawa, czy obecność samego płodu nieżywego w jamie macicy może powodować gorączkę. Doświadczalnie próbował sprawę tę rozstrzygnąć Klein. Autor ten wstrzykiwał wyciąg z płodów zmacerowanych królikom do jamy brzusznej, względnie żabom do worka chłonnego brzusznego i grzbietowego. Doświadczenia te zostały wykonane pod kontrolą jałowości pobranego materjału. Niektóre zwierzęta zginęły. Klein dochodzi do wniosku, że płody zmacerowane wytwarzają niewątpliwie ciała trujące, które mogą powodować występowanie gorączki u rodzących i położnic.

W roku 1893 podał wyniki swoich spostrzeżeń Ahlfeld. Na 71 porodów płodów zmacerowanych i przedwczesnych 54 t. j. w 76% połóg przebiegał prawidłowo. Według tego autora poród płodów zmacerowanych stwarza najkorzystniejsze warunki dla pomyślnego przebiegu połogu nie tylko dlatego, że poród odbywa się szybko i nie prowadzi do znaczniejszych obrażeń matki wskutek małych rozmiarów płodu i miękkości główki, ale też i dlatego, że po obumarciu płodu przychodzi do zaniku naczyń doczesnej i łożyska, wchłanianie przeto jest w znacznym stopniu utrudnione. Wręcz przeciwne zdanie wypowiada Schaw-Mackenzie. Słabe bóle porodowe, krwawienia poporodowe i dłużej utrzymujące się odchody w połogu stwierdza się u osób kiłowych dosyć często. Pozatem kiła, zdaniem tego autora, usposabia do pęknięcia szyji, krocza a nawet macicy. Rany po zeszyciu często nie goją się.

Sprawa częstości uszkodzeń porodowych zwracała niejednokrotnie na siebie uwagę badaczy. Mesnard musiał w przypadku porodu u chorej kiłowej w 8 miejscach nacinać szyję, gdyż poród z powodu zupełnej niepodatności ujścia nie postępował. Rille, natomiast, na 160 wrzodów pierwotnych szyji raz tylko obserwował wynikłą z tego przeszkodę porodową.

Winckel, omawiając sprawę kiły w swem dziele „Handbuch der Geburtshilfe" z roku 1904 podaje, że na 252 przypadki porodów u osób kiłowych stosunkowo często widział porody uliczne i to nie dlatego, że płody te były mniejsze niż normalne, gdyż na 9 porodów ulicznych w 7 przypadkach odbył się poród płodu żywego i donoszonego. Następnie autor stwierdzał często pochodzenie miednicowe płodu (15%). Pozatem były dwa przypadki ustawienia się główki w ułożeniu ciemiączkowem, trzy w twarzowem, jeden w czołowym, jedno położenie skośne i jeden poród conduplicato corpore.

Co do pęknięcia krocza i szyji to Winckel stwierdził nieznacznego stopnia uszkodzenia sromu tylko trzy razy. W trzecim okresie porodowym silne krwawienie wystąpiło tylko raz.

W połogu tylko 9 położnic gorączkowało i to nie wysoko, a żadna nie zmarła. W każdym razie autor często obserwował złe zwijanie się macicy, krwawienia w późnym połogu oraz dłuższą, niż normalnie rekonwalescencję.

Kothen w roku 1903 na 70 przypadków porodów płodów zmacerowanych stwierdził o 10% zwiększoną chorobliwość w połogu nadto często obfite i cuchnące odchody (27,1%).

Szkodliwy wpływ kiły na połóg podnosi również i Jaeger w roku 1910. Na 117 przypadków w 43% zaznaczył się gorączkowy przebieg połogu. Płody zmacerowane wywoływały mniejszą chorobliwość, niż żywe, donoszone. Autor przestrzega przed badaniem wewnętrznem w czasie porodu tych chorych, zwłaszcza w przypadkach zmian swoistych na kroczu, ze względu na możliwość zaniesienia drobnoustrojów do wyższych dróg porodowych, drobnoustrojów, które stale się gnieżdżą w wykwitach kiłowych. Wogóle osoby kiłowe wykazują zmniejszoną odporność ustroju i dlatego unikanie względnie ograniczenie badania przez pochwę, zdaniem autora, jest ze wszech miar wskazane. Co do odchodów, to autor również stwierdził za Kothenem, że odchody często są cuchnące i obfite. Przyczyna tego zjawiska leży w tem, że część popłodu na skutek łamliwości łożyska i kruchości błon nierzadko pozostaje w macicy i staje się źródłem zakażenia.

W roku 1923 Klaften i Kalman w artykule, poświęconym sprawie kiły w ciąży, podają również parę szczegółów co do przebiegu połogu u tych chorych. Na sześć przypadków kiły drugorzędnej w trzech połóg przebiegał gorączkowo, w 1 słabo gorączkowo. W kile trzeciorzędnej gorączki nie spostrzegali. Jeden przypadek wrzodu pierwotnego dawał przebieg słabo gorączkowy w połogu. Z 85 położnic z kiłą utajoną 11 gorączkowało powyżej 38°, u 13 odnotowano nieznaczne podniesienie temperatury, reszta nie gorączkowała.

Ciekawe spostrzeżenia co do gorączki kiłowej podają Voron, Favre i Grivet w r. 1904. Autorzy ci obserwowali trzy przypadki wysokiej gorączki w połogu do złudzenia przypominającej ciężkie zakażenie. W przypadkach tych wszelkie środki lecznicze zupełnie zawiodły. Dopiero po wystąpieniu drugorzędnych objawów kiły zastosowano leczenie swoiste. Skutek wystąpił prawie natychmiast — gorączka spadła, wykwity cofnęły się. Autorzy twierdzą, że w połogu może wystąpić u chorych kiłowych gorączka swoista pochodzenia nieinfekcyjnego.

Jak już wzmiankowałem na wstępie, zainteresowanie się sprawą przebiegu porodu i połogu w kile w ostatnich 20 latach znacznie zmalało. Podręczniki albo nic wogóle nie mówią o tem (Bumm, Stoeckel, Zangenmeister, Ribemont-Dessaignes), albo omawiają ta sprawę bardzo pobieżnie. I tak Jaschke-Pankow twierdzą, że kiła na przebieg porodu nie wywiera żadnego wpływu; natomiast chorobliwość w połogu zwiększa się o 20%.

Mając do rozporządzenia kilkuletni materjał przypadków kiłowych obserwowanych na Klinice Położniczej, postanowiłem bliżej zająć się tą sprawą, a to tem bardziej, że, jak już nadmieniłem, dawniejsze prace z nowoczesnego punktu widzenia nie wytrzymują krytyki, późniejsze zaś są bardzo nieliczne.

Przedewszystkiem kilka uwag co do wyboru materjału. Powszechnie znaną jest rzeczą, jak trudno nieraz ustalić lub wykluczyć kiłę u ciężarnych i rodzących. W przeważającej bowiem ilości przypadków chore zgłaszają się do Kliniki w okresie kiły utajonej. Z drugiej strony same wykwity kiłowe bez wyniku dodatniego badania krwi na odczyn Wassermanna nie przemawiają jeszcze z bezwzględną pewnością za istnieniem kiły. Dopiero dodatnie próby serologiczne w połączeniu z objawami klinicznymi czy to ze strony matki, czy też płodu usprawiedliwiają rozpoznanie kiły. Dalej, jednorazowy wynik dodatni odczynu Wassermanna u ciężarnych pozornie zdrowych zgodnie z powszechnie przyjętemi poglądami nie dowodzą jeszcze istnienia kiły. Pochodzi to stąd, że surowica krwi ulega w ciąży znacznym zmianom fizyko-chemicznym, czy to w postaci cholesterynemji, czy to w zakłóceniu równowagi ciał białkowych, a więc globulin i albumin, które to zmiany czynią ją niezmiernie czułą na przebieg wielu odczynów serologicznych. I dlatego w ciąży, zwłaszcza w drugiej jej połowie, również i odczyn Wassermanna może wypaść dodatnio u kobiet zupełnie zdrowych. Odczyn ten zupełnie zatem niespecyficzny zgodnie z większością autorów, waha się od 3—10%. Ogólnie jest przyjęte, że w 7 dni po porodzie odczyny nieswoiste zwykle znikają. Wobec tego tylko te przypadki odnosiliśmy do kiły, w których odczyn Wassermanna dawał wybitne zahamowanie hemolizy nie tylko w ciąży lub w czasie porodu, ale również i w drugim tygodniu połogu.

Od roku 1924 u każdej ciężarnej, względnie rodzącej, zależnie od tego, kiedy zgłaszają się do Kliniki, przeprowadzamy badanie serologiczne surowicy krwi na odczyn Wassermanna. Badania te uskutecznia Zakład Hygjeny i Bakterjologji U. J. K. we Lwowie. W razie wyniku dodatniego pobieramy krew powtórnie 8-go względnie 9-go dnia połogu, i jeśli wówczas odczyn wypada ujemnie, a objawów kiłowych, tak u matki, jak i dziecka nie stwierdzamy,natenczas przypadków tych w naszym zestawieniu nie uwzględniliśmy.

Ogromnie utrudniają pracę pod tym względem przypadki leczone, lecz zatajone. W tych przypadkach dzieci często rodzą się pozornie zupełnie zdrowe, odczyn Wassermanna wypada słabo dodatnio lub nawet ujemnie. Nie wątpimy, że dużo chorych uszło w ten sposób naszej uwadze.

Prócz anamnezy co do przebytej kiły, uwzględnialiśmy u wieloródek poprzednie ciąże. Kilkakrotne przedwczesne porody płodów zmacerowanych w połączeniu chociażby z jednorazowym wynikiem dodatnim krwi na odczyn Wassermanna odnosiliśmy do kiły nawet w braku objawów klinicznych. Wreszcie porody płodów zmacerowanych lub dzieci niedonoszonych u pierwiastek z wykwitami kiłowymi w połączeniu z jednorazowym wynikiem próby serologicznej krwi matki również zaliczyliśmy do przypadków kiłowych.

Dalej, chcąc uniknąć wpływu przypadkowych czynników, mogących zaważyć czy to na przebieg porodu, czy połogu, zupełnie wyłączyłem z naszej statystyki przypadki, które zgłosiły się do porodu w stanie gorączkowym, ścieśnienia miednicy, oraz porody operacyjne, za wyjątkiem pomocy ręcznej w położeniu miednicowem płodu, wymóżdżenia główki płodu i zabiegów w trzecim okresie porodowym.

W ten sposób, ograniczywszy nieco materjał, uwzględniłem tylko 75 przypadków, włączając w tę liczbę dwa porody u jednej i tej samej chorej.

Na podstawie wywiadów ustaliłem kiłę 12 razy; poród kilkakrotny płodów zmacerowanych i Wassermann dodatni stwierdziłem 11 razy; odczyn Wassermanna dwukrotnie dodatni 29 razy; poprzednie porody przedwczesne, objawy kiły drugorzędnej u matki, Wassermann silnie dodatni — 2 razy; kiła drugorzędna u matki i Wassermann dodatni 6 razy; w jednym przypadku, mimo wystąpienia niewątpliwych objawów kiły drugorzędnej odczyn Wassermanna wypadł słabo dodatnio; płód zmacerowany i Wasserman dodatni — 8 razy; kiła płodu, Wassermann u matki dodatni, u dziecka słabo dodatni — 1 raz; kiła drugorzędna, Wassermann i u matki i u płodu silnie dodatni — 2 razy; kiła płodu Wassermann u matki słabo dodatni 1 raz; odczyn Wassermanna i S. Georgie u matki dodatni, u dziecka Wassermann słabo dodatni — 1 raz.

Z pośród wymienionych chorych tylko u 11 stwierdzono kiłę objawową i to wdrugim okresie, reszta pozostałych 64 nie wy-

kazywała żadnych objawów klinicznych kiły, co stanowiłoby 85%. Kiła objawowa fatalnie odbija się na płodach. I tak — 3 płody były zmacerowane, 1 — żywy niedonoszony urodził się z objawami kiłowymi, 2 płody żywe donoszone wykazywały wybitne wykwity na skórze i tylko 5 noworodków przyszło na świat w stanie jakoby normalnym. Dodać muszę, skoro już mowa o losie płodów, że wszystkie płody z objawami kiłowemi pochodziły od matek, które nigdy nie leczyły się na kiłę; natomiast noworodki donoszone, które nie wykazywały objawów klinicznych kiły, przyszły na świat od kobiet, leczonych bądź to w ciąży, bądź to przed ciążą. Ale i kiła bezobjawowa matek nie oszczędza zbytnio płodów. Na 64 przypadki kiły bezobjawowej 14 razy nastąpił poród płodów zmacerowanych, 7 razy płodów niedonoszonych i 1 raz urodził się płód donoszony z objawami kiłowymi; 42 dzieci przyszło na świat donoszone i pozornie zdrowe. A więc już bezpośrednio podczas porodu stwierdzić można było kiłę u jednej trzeciej części płodów.

Rzecz naturalna, że i tu w znacznym stopniu los płodów zależy od tego, czy matka była leczona, ile razy i kiedy, oraz od czasu zakażenia kiłowego. I tak, na 14 przypadków płodów zmacerowanych nie leczyła się ani jedna matka; na 7 płodów niedonoszonych 3 razy była przeprowadzona kuracja przeciwkiłowa matek, 4 razy natomiast o istnieniu kiły ciężarne te nie wiedziały i leczenia wobec tego nie przechodziły. W jednym przypadku porodu płodu żywego donoszonego z objawami kiłowymi chora się leczyła, lecz przed ciążą. Wreszcie w przypadkach porodów dzieci donoszonych żywych większość matek była leczona, wiele z nich przed i w czasie ciąży.

Wróćmy jednak do tematu zasadniczego, a mianowicie do wpływu jaki wywiera kiła na przebieg porodu i połogu. Materjał nasz dotyczył 31 pierwiastek i 44 wieloródek; najmłodszy wiek pierwiastek wynosił 18 lat, najstarszy — 35 lat; przeważnie jednak wiek ich wahał się w granicach od 23—25 lat, co się wyraziło w przeciętnym wieku pierwiastek liczbą 24. Co się tyczy wieloródek, to najmłodsza liczyła 21 lat, najstarsza 45 lat; wiek średni wynosił 28 lat. Widzimy przeto, że dziwnym zbiegiem okoliczności wielkiej różnicy wieku pomiędzy pierwiastkami a wieloródkami w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy.

Wgrupie pierwiastek stwierdziliśmy położeń czaszkowych 25 (80%), pośladkowych 6 (20%); u wieloródek położeń czaszkowych skonstantowano 38 razy (86,5%), pośladkowych 4 razy (9%), poprzecznych 2 razy (4,5%). Zasadniczo więc położenia nieprawidłowe tak u pierwiastek jak i u wieloródek przydarzyły się w 12 przypadkach na 75 rodzących (16%), a więc istotnie częściej, niż normalnie.

Wobec istnienia niezgodności co do obrażeń dróg porodowych, zwróciłem uwagę na częstość pękania krocza. Uwzględniłem z zupełnie zrozumiałych powodów tylko pierwiastki. A więc, na ogólną ilość 31 pierwiastek krocze pękło 4 razy, z tego 2 razy podczas wykonywania pomocy ręcznej. Ilość ta jest naturalnie za mała, ażeby można było wyciągnąć z niej jakieś wnioski. I dlatego zwróciłem uwagę przedewszystkiem na stan krocza, gdyż jak wyżej o tem była wzmianka, niektórzy autorzy widzieli szczególnie częste obrażenia dróg porodowych w przypadkach wykwitów kiłowych na kroczu. Otóż u pierwiastek stwierdziliśmy kłykciny sączące, względnie krosty 5 razy, z tego tylko raz doszło do pęknięcia krocza i to w czasie wykonywania pomocy ręcznej. W 4 przypadkach urodziły się płody donoszone, 1 raz nastąpił poród płodu zmacerowanego 7-mio miesięcznego. Obecność więc zmian swoistych na kroczu nie stanowiła u naszych chorych przyczyny jego uszkodzenia.

Przechodzimy do porodów. Trwanie pierwszego okresu nie dało się ściśle określić, gdyż rodzące przychodziły do Kliniki zazwyczaj już z bólami porodowymi, czasu zaś wystąpienia bólów nie zawsze byliśmy w stanie dokładnie ustalić. Pozatem nie każda osoba była badana wewnętrznie, nieraz więc nie mogliśmy stwierdzić, kiedy nastąpiło zupełne rozwarcie ujścia macicy, nawet gdyby rodząca zgłosiła się w początkowym okresie prodn. Za miarę trwania porodu wzięliśmy dlatego czas od odejścia wód płodowych, aż do urodzenia się dziecka, jako momenta najwięcej rzucające się w oczy i dające się najściślej określić.

A więc, przeciętnie czas ten w obliczeniach u wszystkich naszych chorych wynosił 6 godzin, z tego u pierwiastek 6 i pół, u wieloródek 5 i pół.

W grupie pierwiastek 8 razy nastąpił poród płodów niedonoszonych względnie zmacerowanych z czasem przeciętnym 3 godziny i 30 miunt. Pomiędzy tymi przypadkami stwierdzono 4 razy położenie pośladkowe, 4 razy czaszkowe. W położeniach miednicowych poród często się wikłał przedwczesnym odejściem wód płodowych i co za tem idzie przeciąganiem się porodu (w jednym przypadku do 21 godzin).

Co do płodów donoszonych, to przeciętny czas trwania porodu wynosił 8 godzin, przeciętna waga płodu 3178 gr. Pomiędzy tymi przypadkami zanotowaliśmy 3 razy poród bardzo przeciągający się na skutek przedwczesnego odejścia wód płodowych: i tak, u jednej chorej z płodem w położeniu pośladkowem wody odeszły przy ujściu na 4 palce, poród trwał 96 godzin; u drugiej poród w położeniu czaszkowem, powikłany słabymi bólami i odpłynięciem przedwczesnem wód. Poród w tym przypadku trwał 23 godziny. Wreszcie w trzecim czas porodu od pęknięcia pęcherza przeciągnął się do 12 godzin. Gdyby te przypadki odjąć z naszego zestawienia, przypadki, w których nastąpiło znaczne powikłanie, które odbiło się niekorzystnie na porodzie, to czas trwania drugiego okresu w przypadkach pozostałych wynosiłby niecałe 2 godziny, a więc nieróżniący się od czasu normalnego. W każdym razie, o ile położenie płodu było prawidłwe, a wody odeszły na czasie, drugi okres porodowy nigdy nie przekraczał 2 godzin.

U wieloródek sprawa przedstawiała się nieco inaczej. Jak już mówiłem wyżej, przeciętny czas trwania porodu wynosił 5,5 godzin. W tej grupie stwierdzono 17 razy poród płodów zmacerowanych, względnie niedonoszonych wagi poniżej 2200 gr. Poród tych płodów trwał bardzo krótko, bo wynosił przeciętnie niecałe pół godziny, chociaż 3 razy stwierdzono położenie miednicowe. Poród płodów donoszonych trwał znacznie dłużej, a mianowicie średnio 8 godzin. Przeciętna waga tych płodów — 3355 gr. U wieloródek często stwierdzaliśmy przedwczesne odejście wód płodowych i przeciąganie się porodu.

Na ogół stwierdziliśmy to 5 razy, z tego raz poród trwał 4 doby, a znowu raz po 38 godzinach od chwili odpłynięcia wód poród ze względu na wystąpienie gorączki musiał być ukończony przez wymóżdżenie płodu nieżywego. Mimo tych przypadków, w których przeciąganie się porodu było rzeczą zupełnie zrozumiałą, zanotowaliśmy dosyć często wogóle słabe bóle porodowe i to w okresie wydalania. W tych przypadkach poród nierzadko trwał od 5 do 10 godzin. W jaki sposób wytłumaczyć sobie, że poród u wieloródek, jeśli chodziło o płody donoszone, przeciętnie trwał dłużej, niż u pierwiastek? Wiek nie stanowił tu wielkiej różnicy, gdyż, jak wyżej zaznaczyłem, średnia ilość lat pierwiastek wynosiła 24, wieloródek — 28. Nie mogłem inaczej wytłómaczyć sobie tego zjawiska, jak tylko wpływem samej kiły, względnie czasu jej trwania i tem, czy ona była leczoną i kiedy. Nie zapominajmy, że kiła nie leczona, względnie leczona niedostatecznie, lub leczona przed ciążą, znajduje doskonałe podłoże dla swego rozwoju w rozwijającym się łożysku. I dlatego, mimo braku objawów kiłowych ze strony matki, dzieci często rodzą się ze zmianami swoistemi lub zmacerowane. Jak już wyżej o tem mówiłem, na 64 przypadki kiły bezobjawowej 14 razy nastąpił poród płodów zmacerowanych, 7 razy niedonoszonych i 1 raz donoszonego, lecz z wykwitami kiłowymi. Z drugiej strony żywy rozwój krętków w łożysku nie pozostaje bez wpływu na ustrój matki. Skargi na bóle głowy, osłabienie i ogólne niedomaganie słyszeliśmy u tych chorych nie rzadko.

Otóż, porównując pierwiastki z wieloródkami, stwierdziliśmy niezbicie, że większość pierwiastek pochodziła ze Lwowa, względnie mieszkała we Lwowie, a więc należała do kategorji osób, żyjących w środowiskach więcej kulturalnych; wieloródki zaś pochodziły przeważnie ze wsi, ze sfer drobnorolniczych, na ogół mało dbających o swoje zdrowie. Nic dziwnego przeto, że pierwiastki przeważnie się leczyły, podczas gdy wieloródki, mimo, że w wywiadach nieraz podawały kilkakrotne porody płodów niedonoszonych nieżywych, nic o chorobie swojej nie wiedziały i leczenia swoistego nie przechodziły. Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że przypadki nie leczone, a więc z pośród naszych chorych przedewszystkiem wieloródki, cierpią na ogólne osłabienie, jako wyraz zatrucia ustroju toksynami kiłowemi. Podczas porodu u tych chorych częściej przychodzi do osłabienia czynności porodowych i przeciągania się porodu.

Przechodzimy do omówienia III. okresu porodowego. Przeciętnie u pierwiastek łożysko odchodziło w 24 minuty, u wieloródek w 21 minut po porodzie dziecka. Dosyć często stwierdzaliśmy atonję macicy. I tak u pierwiastek 3 razy, z czego 2 razy po urodzeniu się płodów donoszonych, jeden raz płodu ośmiomiesięcznego; ostatni przypadek zresztą powinien być wyłączonym, gdyż był to przypadek wady rozwojowej macicy, a mianowicie *uterus bicornis;* łożysko usadowione było w jednym z rogów, i po bezskutecznych próbach wygniecenia zostało usunięte ręcznie. U wieloródek silną atonię w trzecim okresie stwierdzono 5 razy trzy wypadki dotyczyły porodów płodów donoszonych, dwa — zmacerowanych. Ogólnie biorąc stwierdziliśmy atonię w 10%, więc bezwzględnie częściej aniżeli u osób zdrowych. Jak z tych liczb widać, niedowład macicy występywał w mniejszym stopniu w przypadkach płodów zmacerowanych, niż żywych donoszonych.

Co do płodów zmacerowanych to zasadniczo mogliśmy potwierdzić zapatrywanie Ahlfelda, że łożysko pozostaje po obumarciu płodu tylko w luźnym związku ze ścianą macicy. I dlatego tak często obserwujemy dosyć szybkie odejście całego jaja płodowego, nieraz bez pęknięcia pęcherza. Co innego w przypadkach płodów żywych. Łożysko znajduje się w ścisłym połączeniu z macicą i nigdy nie odchodzi wraz z płodem. Prawdziwego przyrośnięcia łożyska, za wyjątkiem tylko jednego przypadku macicy dwurożnej, o którym wspominałem wyżej, nie obserwowaliśmy ani razu, gdyż zawsze udawało się nam w razie potrzeby wygnieść łożysko sposobem Crede'go.

Co do połogu to zwracaliśmy uwagę na występywanie gorączki, wielkość macicy i odchody. Za przebieg gorączkowy uważaliśmy te przypadki w których temperatura przynajmniej raz przekraczała 38°; wobec tego, że na gorączkę w połogu mają wpływ najróżnorodniejsze momenta staraliśmy się uwzględnić w przypadkach gorączkujących, czy osoby te były badane, ile razy i w jakim okresie porodowym; dalej jak szybko przebiegał poród, czy płody były żywe, donoszone, czy zmacerowane, wreszcie jak przebiegał trzeci okres porodowy. Na 31 pierwiastek 12 gorączkowało w połogu (38.7%), z tego 4 nie były badane podczas porodu, 3 badano jeden raz i to przed odejściem wód płodowych, wreszcie 5 były badane kilkakrotnie przed i po pęknięciu pęcherza. Co do przebiegu porodów, to w 7 przypadkach poród odbył się szybko (po 10—12 minutach); w jednym z powodu złego tętna płodu zaraz po odejściu wód wygnieciono płód sposobem Cristellera; w jednym na skutek przeciągającego się porodu — osoba ta rodziła 4 doby w położeniu pośladkowem płodu — wykonano ekstrakcję płodu z następową trepanację główki; stan chorej już podczas rozwiązywania wykazywał temperaturę powyżej 38°. W jednym przypadku wykonano trepanację głowy, wreszcie w ostatnim poród trwał po odejściu wód płodowych 23 godziny. Uwzględnić możemy przeto tylko 7 pierwszych przypadków, coby stanowiło 22%. Co do płodów, to w przypadkach gorączkujących 10 razy przyszły na świat noworodki żywe, 2 zmacerowane. Te ostatnie odnosiły się do przypadków porodów patologicznych, o których poprzednio mówiłem.

Co do wpływu trzeciego okresu porodowego na gorączkę w połogu, to w 9 przypadkach łożysko odeszło samo, 3 razy natomiast z powodu atonji wykonano zabieg Créde'go. Zaznaczyć należy, że niedowład macicy wystąpił po porodach prawidłowych.

U wieloródek obserwowaliśmy przebieg gorączkowy 10 razy (22,7%) — niebadanych było 5 osób, dwie badane raz i to przed odejściem wód płodowych, 3 po pęknięciu pęcherza. Poród u tych osób przebiegał następująco: w jednym przypadku trwał cztery doby, w trzecim okresie wystąpiła atonja, łożysko usunięto zabiegiem Créde'go; w jednym po porodzie płodu zmacerowanego nastąpił krwotok, — łożysko wyciśnięto sposobem Crédego; w tym przypadku pozostały błony; pozatem w jednym przypadku porodu płodu niedonoszonego częściowo pozostały błony w jamie macicy. Gdyby odjąć te trzy przypadki, to pozostałe 7 stanowiłyby 17%. Chorobliwość ogólna na naszej klinice, obliczona na 500 przypadków, wynosiła około 12%. A więc niewątpliwie chorobliwość w połogu u osób kiłowych jest zwiększona.

Co do wielkości macicy, to braliśmy pod uwagę stan z 9-go dnia połogu. Przypadki, w których macica znajdowała się w tym dniu wyżej, niż 3 palce nad spojeniem łonowem zaliczyliśmy do patologicznego zwijania się macicy. Co do odchodów, to za nienormalne uważaliśmy takie, które utrzymywały charakter odchodów krwawych dłużej, niż 6 dni, lub gdy były mocno cuchnące. Na ogół mogliśmy stwierdzić, przyłączając się do zdania Jaschke-Pankowa, Kothena i Jaegera, że macica istotnie gorzej się zwijała, oraz odchody krwawe dłużej się utrzymywały w porównaniu z osobami zdrowemi. Zasadniczo w przypadkach gorszego zwijania się macicy i odchody były obfitsze i nieraz cuchnące. Pozatem, jednak, nieraz pomimo małej macicy, odchody jeszcze i po tygodniu, a nawet dłużej utrzymywały się w postaci krwawej.

U pierwiastek 7 razy widzieliśmy macicę 9 dnia po porodzie dnem sięgającą niewiele co niżej pępka (22,6%); pozatem w 9 przypadkach położnice długi czas krwawiły, tak że w kilku przypadkach z powodu silnych krwotoków w połogu poważnie myśleliśmy o skrobance lub też o tamponadzie macicy.

To samo, a może jeszcze w większym stopniu obserwowaliśmy u wieloródek. Macicę bardzo dużą w połogu stwierdziliśmy 17 razy (38,6%). Odchody obfite, często cuchnące, zanotowano w 26 przypadkach; 2 razy wystąpił w połogu nagły krwotok, który udało się opanować po energicznem masowaniu macicy i zastrzykach preparatów ergotyny.

Streszczenie:

1) Poród płodów zmacerowanych i niedonoszonych odbywał się szybko i bez większych obrażeń rodzących.

2) Wykwity kiłowe na kroczu nie prowadziły w naszych przypadkach do pęknięć.

3) Uszkodzenia porodowe dróg miękkich przydarzają się nie częściej, niż u osób niekiłowych.

4) Poród płodów donoszonych, w przypadkach kiły zasadniczej, nie leczonej przeciąga się wskutek pierwotnie słabych bólów porodowych, jako wyraz osłabienia ustroju toksynami kiłowemi. Kiła leczona zasadniczo na czas porodu nie wpływa.

5) U chorych kiłowych częściej wytwarzają się nieprawidłowe położenia płodów.

6) W trzecim okresie porodowym nie rzadko występuje atonja wskutek niedowładu macicy. W przypadkach płodów zmacerowanych łożysko odchodzi szybko, nie prowadząc do krwotoku.

7) Chorobliwość w połogu zwiększa się, macica dłuższy czas zwija się, odchody często są cuchnące oraz dłużej utrzymują charakter krwawy.

8) Ze względu na zwiększoną chorobliwość w połogu badania przez pochwę podczas porodu osób kiłowych należy zaniechać.

Piśmiennictwo:

1) Ahlfeld: Lehrbuch der Geburstli. 1898, str. 236. — 2) Tenże: Beiträge zur Lehre vom Resor. in der Geburstli. und im Wochenb. etc. Zeitschriefl f. G. Bd. 27, str. 466. — 3) Bumm: Grund. zum Stud. der Geburstli. 1922. — 4) Hiridoyen: Syphilis und Schwangers. Arch detocol. 1886, (ref.). — 5) Jaeger: Ueber d. Morbid. im Woch. bei Vorzeit. Frucht. etc. Münch. Med. Woch. 1910, Nr. 35, str. 1826. — 6) Jaschke-Pankow: Lehrb. der Geburst. 1920. — 7) Klaften i Kalman: Studie über Syph. u. Schwanger, Zeitsch. f. G. Bd. 86, str. 123. — 8) Kothen: Ub. d .Morb im Woch. und Geburst. Arch. f. G. Bd. 70, str. 722. — 9) Martin: Zur Aet. des Puerp. fieb. Schmids Jahrb. Bd. 98, str. 55. — 10) Mesnard: Fall von Dyst. d. Syph. d. Coll. (ref. Centr. 1891, str. 842). — 11) Ribemont-Dessaignes: Traité D'obstetrique, 1923. — 12) Rille: Zur Kennt. d. Syph. Ver. d. Vagina u. Vag. port. Dtsch. M. W. 1904. — 13) Shaw-Mackenzie: Einr. b. Syph. Fr. Lancet, 1897 (ref.). — 14) W. Stoeckel: Lehrb. d. Geburst. 1927. — 15) Święcicki: Ueb. d. Einf. mac. Frück. auf de Woch. Jahr. br. 1891. — 16) Vorou, Favre et Grivet: Jahr. br. 1924. — 17) Winckel: Handb. d. Geburshilfe 1904, str. 630. — 18) Zangenmeister: Lehrb. d. Geburstlil. 1928.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. D. HEFTEL. Lwów.

Tuberkulina i leczenie niektórych postaci gruźlicy tuberkuliną.

Z przychodni przeciwgruźliczej Tozu we Lwowie.
Lekarz naczelny: Dr. Marcin Selzer.

Jeżeli u chorego stosujemy leczenie pod jakąkolwiekbądź formą, musimy krytycznie dwie kwestje rozważyć, a mianowicie co możemy przez zastosowanie danego źródła osiągnąć i jak chory organizm na dany środek zareaguje. Lekarz, który nad tem się nie zastanawia, nie postępuje według zasad sztuki lekarskiej, popełnia błędy, dochodzi do fałszywych wniosków i *least not least* dyskredytuje dany sposób leczenia. Z *materia medica* tuberkulina i jej zastosowania w leczeniu gruźlicy były tematem najwięcej w ostatnich latach omawianym, przedmiotem namiętnej polemiki na łamach pism zawodowych i olbrzymiej literatury. Do dnia dzisiejszego nie ma w świecie lekarskim jednomyślności co do sposobu działania tuberkuliny, co do jej wartości leczniczej i skuteczności jej użycia przy leczeniu płuco chorych. Z górą lat 40 jak Koch wprowadził tuberkulinę do leczenia i entuzjazm, z jakim została przyjęta przeszedł szybko w rozczarowanie, ale mimo to badania nad tuberkuliną nie ustały i krok za krokiem uchyla się rąbek tajemnicy, jaką dotychczas otaczała się gruźlica. Gdybyśmy tak spróbowali zaszeregować front ftizjoterapeutów w stosunku do leczenia tuberkulinowego, musielibyśmy go podzielić na trzy grupy: 1) bezwzględnych zwolenników leczenia tuberkulinowego, 2) bezwzględnych przeciwników zastosowania jej w leczeniu gruźlicy i grupę 3) stojącą w pośrodku, która wprawdzie nie odmawia tuberkulinie pewnego znaczenia, sprowadza jednakowoż jej działanie pod jeden wspólny mianownik proteino-

lecznictwa. Idźmy po linji najmniejszego oporu i zajmijmy się wpierw tą grupą ostatnią. Między oddziaływaniem organizmu gruźlika na tuberkulinę i na środki ergotropowe (Gröer) zachodzą daleko idące różnice. Jeżeli wstrzykniemy choremu mleko, caseosan, aolan lub też wszystkim znaną szczepionkę delbetowską „propidon“ albo też jakikolwiekbądź z licznych środków proteinowych, to widzimy, że organizm dosyć szybko reaguje, 4—6 godzin po wstrzyknięciu jednego z wyżej wymienionych środków osiąga acme swego działania, poczem reakcja szybko ustępuje. Tuberkulina natomiast wstrzyknięta w dawkach leczniczych działa odmiennie, acme działania występuje późno, bo dopiero po 48 godzinach, utrzymuje się ona dłużej i stopniowo tylko opada. Jeżeli przy zastosowaniu proteinoterapji przyświeca nam cel stwarzania jedynie przeciwciał, to przy zastosowaniu tuberkuliny działamy *à la longue,* pobudzając organizm do wytwarzania ciał uodporniających, przez działanie na samo ognisko chorobowe, przez zwiększone przekrwienie, silną leukocytozę, co stanowi podnietę do przeistaczania się tkanki chorobowej w tkankę łączną, tem samem zabliznowacenia się, encystowania, że tak powiem ogniska zapalnego. Jeżeli jednak wstrzykniemy tuberkuliny więcej niż odpowiada wrażliwość danego organizmu, następuje nekroza okołoogniskowa, dana kawerna lub naciek się zwiększają, mamy wtedy skutek wprost przeciwny, jaki zamierzaliśmy. Wynika z tego, że tuberkulinę musimy dawkować ostrożnie, zwiększając stopniowo odporność organizmu do przezwyciężania swego stanu chorobowego. Nim wstrzykujemy tuberkulinę, musimy mieć pewne dane, do jakiego stopnia organizm jest przestrojony (allergia) na jady gruźlicze, jak na każdą dawkę początkową zareaguje, jaka jest jego wrażliwość, na miejsce zastosowania, na ogniska chorobowe, na cały organizm i w jakim nasileniu przebiegać będą reakcje. By to zrozumieć, musimy sobie utrwalić obraz sekcyjny świnki morskiej zakażonej gruźlicą, której wstrzyknięto dawkę śmiertelną, bo aż 0,5 AT Kocha. Wprawdzie daleko idących wniosków z sekcji zwierzęcia, a nawet człowieka, co do przebiegu klinicznego danego stworzenia wysnuwać nie można, ale świnka morska jest wyjątkowo wrażliwa na gruźlicę, a obraz zatrucia tuberkuliną jest typowy. A więc miejsce wstrzyknięcia jest silnie nastrzykane, tak że przybiera zabarwienie ciemno fioletowe, gruczoły miejscowe zaczerwienione i obrzękłe. Śledziona i wątroba wykazują na powierzchni obok zmian gruźliczych cały szereg plam czerwonych, powstałych wskutek rozszerzenia i pęknięcia naczyń włosowatych, które są przepełnione czerwonemi ciałkami krwi tu i ówdzie popękane, w następstwie czego następują wylewy krwawe. Zmiany podobne widzimy na płucach, a także jelita są silnie zaczerwienione. U człowieka po dawce tuberkulinowej, przekraczającej jego granicę wrażliwości, widzimy zmiany miejscowe, ogniskowe i ogólne; a więc zwiększoną ciepłotę ciała, ogólne osłabienie, bóle głowy i ciągnienie w kończynach. W płucach wzmożone drżenie, zwiększone i intenzywniejsze stłumienie, obfitsze rzężenia, liczne świsty i furczenia o ile przed zastrzykiem dały się tu i ówdzie słyszeć, zwiększony kaszel, obfitsze wykasztuszanie, krwioplucie u osobników do tego skłonych. Pamiętając obraz sekcyjny świnki morskiej, zatrutej tuberkuliną, widzimy zmiany przedewszystkiem naczyniowe, co wskazuje, że tuberkulina działa na system nerwowy wegetatywny a bezpośrednio na ośrodek wazomotoryczny, o czem pamiętać musimy tem bardziej, że często stwierdzamy u gruźlików podrażnienie systemu nerwowego wegetatywnego, zwiększenie tonus nerwu sympatycznego, rozszerzone i nierówne źrenice, zaczerwienione policzki, poty i przyśpieszoną akcję serca. W tych wypadkach, w których system nerwowy wegetatywny jest szczególnie podrażniony, czyto podczas pobytu w górach, w czasie menstruacji, w puerperjum, czy też w okresach przejściowych aury musimy być ostrożni w leczeniu tuberkuliną, albo go zupełnie zaniechać, bo *vagus* i *sympathicus,* to najczulsze sejsmografy na wszelkie zmiany chemiczne, zachodzące wskutek choroby w organiźmie, braku tlenu, zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego w zdrojowiskach górskich. Być może, że przyczyny zwiększonych wrażliwości systemu nerwowego wegetatywnego szukać należy w zmienionym pod względem chemicznym milieu organizmu, może też w jego zubożeniu w pewne składniki mineralne.

Francuzi jeszcze o krok idą dalej i sądzą, że organizm gruźlika wykazuje demineralizację znacznego stopnia. W jakość zmiany tu jonów nie wchodzę, jako nie należącą bezpośrednio do tematu. Pewną analogję do działania środków proteinowych mają składniki częściowe prątków t. zw. Partialantigeny Mucha. Działaniem kwasu mlekowego otrzymał Much specjalną tuberkulinę MTB., z której udało mu się dalej wyodrębnić ciała białkowe A i ciała tłuszczowe, które dają się rozłożyć na kwas tłuszczowy i lipoidy. Zastosowanie tych środków nie daje więcej korzyści niż AT. Kocha, a wspomniałem tylko dlatego o nich, że każdy z tych preparatów tuberkulinowych zawiera ciała białkowe przez działanie tuberkuliny Kocha jest skomplikowane. Zrozumienie działania tuberkuliny komplikuje jeszcze okoliczność, że podobne reakcje jak wstrzykiwaniami AT. Kocha nastąpić mogą u gruźlika przez wysiłek fizyczny, daleki spacer, kąpiel słoneczną, która w okresie heljoterapji bywa często nadużywana. Jak silną czasem może być reakcja organizmu schorzałego na działanie promieni słonecznych może posłużyć wypadek z praktyki zdrojowej w Szczawnicy. W czasie największego nasilenia upału t. j. między 3—4 popołudniu zostałem pewnego dnia zawezwany do chorego, który nagle dostał obfitego krwotoku płucnego. Chory zdrzemnął się po obiedzie na krześle w ogrodzie restauracyjnym na słońcu. W godzinę później nastąpił krwotok, który po wśródżylnym zaaplikowaniu 10% Na Cl natychmiast ustał. Chory, którego następnego dnia badałem, wykazał chroniczne zmiany gruźlicze na obu szczytach *(Tbc, fibrosa densa)* i rozedmę płucną. Wedle zapodań chorego nigdy przedtem krwotoków nie miał. Mechanizm powstania krwotoków w tym wypadku jest ten, że wskutek zadziałania promieni słonecznych na skórę wytwarzają się ciała białkowe, powodujące silne przekrwienie ognisk chorobowych. Jest to działanie proteinowe, którego mechanizm jest odmienny od działania tuberkuliny w skutkach jednakowoż podobny. Sposób działania tuberkuliny na schorzały organizm nie jest dotychczas zupełnie jasny. Mamy piękne gmachy zbudowane na teorjach, może genjalnie pomyślanych, ale dające się jednakowoż łatwo obalić. Rozmaite iny-opsoniny-erginy i t. d. żadnego praktycznego zastosowania nie mają. Faktem jest, że przez odpowiednie leczenie tuberkuliną udaje się nam zwiększyć siłę ochronną organizmu, torujemy mu drogę do zwalczania infekcji, co nie zawsze dałoby się osiągnąć li tylko dobrem odżywianiem i leczeniem klimatyczno-djetetycznem. Musimy też sobie zdać sprawę co się da tuberkuliną osiągnąć, kawerny rzadko usuniemy zwłaszcza duże, ogólny rozpad tkanki płucnej nie da się przy masowej infekcji prątkami powstrzymać, zupełny brak sił odpornych organizmu jest też bezwzględnem przeciwskazaniem do zastosowania leczenia tuberkulinowego pod jakąkolwiekbądź formą jednakowoż o wyborze wypadków gruźlicy nadających się do leczenia tuberkuliną później.

Z powyżej przytoczonych faktów widać, że dużo jest środków działających jak tuberkulina, jednakowoż stosowaniem ich nie zwększymy odporności organzmu, nie wspomożemy mu w walce z inwazją prątków, które się trudno dają zniszczyć *in vitro,* a cóż dopiero w organiźmie wystawionym nieraz na infekcję masową.

II. Bezwzględni przeciwnicy leczenia tuberkuliną odmawiają jej zupełnie wartości. Według nich tuberkulina jest jadem, a stosowanie jej mieczem obosiecznym. Leczeniem klimatyczno- djetetycznem to samo daje się osiągnąć. Do grupy tej należy przedewszystkiem starsza generacja internistów, której żywo w pamięci jeszcze pozostały pierwsze fatalne skutki stosowania tuberkuliny. Koch był autorytetem od którego genjalności spodziewano się wszystkiego, spodziewano się, że tuberkulina przyniesie coś w rodzaju *therapia sterilisans magna.* Ale nic z tego, entuzjazm towarzyszący pierwszym próbom zastosowania tuberkuliny u gruźlików przeszedł szybko w głęboki pesymizm, który na długie lata hamował zastosowania jej w lecznictwie przeciwgruźliczem. Czy pierwsze próby leczenia tuberkuliną w erze Kocha mogły wypaść pomyślnie? Na to pytanie musimy stanowczo odpowiedzieć przecząco. Przedewszystkiem wartość toksyczna tuberkuliny nie była całkiem znana, dawki stosowano wprost słoniowe, a na skutki nie trzeba było długo czekać, bo cały szereg wypadków letalnych znaczył drogę pierwszych prób tuberkuliny. Nie uznawanie a limine żadnej wartości leczniczej tuberkuliny jest niesłuszne. Gruźlica jest chrobą wielopostaciową i do dnia dzisiejszego nie mamy środka pewnego przy zastosowaniu którego moglibyśmy z góry powiedzieć, że nim gruźlicę zupełnie wyleczymy. Ani odmą, ani leczeniem tuberkuliną, ani leczeniem klimatyczno-djetetycznem osobno zastosowanem nie dochodzimy do celu, ale przez kombinowanie odmy z leczeniem klimatycznem lub też tuberkuliną daje się dużo osiągnąć. Bezwzględni przeciwnicy zastosowania tuberkuliny zapominają o tem, że gruźlica pokazuje nam często swoje janusowe oblicze i że pomyłki w prognozie popełnić mogą najlepsi ftizjologowe i że zastosowanie tuberkuliny w pewnych postaciach gruźlicy prowadzi do wybitnego polepszenia, a nadto przeciwdziała powstawaniu nawrotów (Neumann). Jeżeli gruźlica w początkowych stadjach jest zupełnie uleczalna, to z dużemi stosunkowo zmianami w płucach (caverny) celem naszym jest wstrzymanie rozwoju schorzenia i doprowadzenie do takiego stanu, przy którymby chory czuł się dobrze, otoczeniu nie zagrażał, ale o *restitutio ad integrum* nie ma mowy. Rzecz jasna, że leczeniem tuberkuliną nie doprowadzimy nigdy do zasklepienia kawerny wielkości jaja kurzego, ani też

odmą nie zawsze nam się to udaje (zrosty) musimy inną drogą starać się zaczopować to źródło infekcji (plomba, torakoplastyka-pleuroliza metodą Jacobaeusa), ale nie wolno nam pozostawić chorego na łasce jego zapasowych sił obronnych, których my do 100% ani osądzić, ani odpowiedniego kryterjum do ich mierzenia nie mamy. Często się zdarza, że dobrotliwe formy gruźlicy u osobników, którzy się całkiem dobrze czują wskutek zmniejszonej odporności tkanek przejść mogą w formy gruźlicy złośliwej, w których to przypadkach stosowanie tuberkuliny do niczego doprowadzić nie może z powodu kompletnego braku sił odpornych organizmu. Przeciwnicy zastosowania tuberkuliny twierdzą, że leczenie nią jest długie i żmudne, zniechęcające lekarza i chorego. Jest to prawda, ale chory, który na własnej skórze poczuł, że tuberkulina mu pomaga, chętnie po wstrzykiwania się zgłasza, albo po pewnym czasie ponawia leczenie. Tuberkulinie też zawdzięczać należy, że paral progres stała się uleczalną. Tuberkuliną posługiwał się Jauregg Wagner przy swoich pierwszych próbach, która potem ustąpiła zimnicy lepiej się do tego nadającej. W ten sposób tuberkulina zapoczątkowała proteinoterapję i za takową ją niektórzy uważają.

III. Do bezwzględnych zwolenników leczenia tuberkulinowego należy cały szereg znanych ftizjoterapeutów jak: Löwenstein, Sorgo i Wilhelm Neumann. Nadto stosuje leczenie tuberkulinowe przeważająca część stacyj gruźliczych, klinik i oddziałów wiedeńskich. Wcale prawie nie znajduje zastosowania tuberkulina u Francuzów, którzy przeważnie ograniczają się do leczenia klimatyczno-djetetycznego i stosowania odmy. Olbrzymia ilość preparatów tuberkulinowych na rynku aptekarskim jak Ectebin, Ateban, Tuberculomucin i Dermotobin świadczy wymownie o ich szerokiem zastosowaniu, przyczem starania idą w tym kierunku, by drogą skórną doprowadzić tuberkulinę do organizmu i to w formie maści, co umożliwiałoby przeprowadzenie leczenia po za oddziałem. Nie da się zaprzeczyć, że droga skórna jest mniej niebezpieczna, tuberkulina resorbuje się przez skórę 10000 mniej, niż podskórnie, ale niebezpieczeństwo przedawkowania maścią jest duże (Sorgo). Najlepszym jednakowoż preparatem tuberkulinowym jest narazie AT Kocha i tylko w wyjątkowych wypadkach znajduje maść tuberkulinowa zastosowanie. Przed przeprowadzeniem leczenia tuberkulinowego robi się próbę wśródskórną Mantoux, której nasilenie reakcji jest nam wskazówką w jakim stanie allergji gruźliczej znajduje się dany chory. Wilhelm Neumann który stworzył osobną szkołę i podział gruźlicy, dokładnie określa, które przypadki nadają się do leczenia tuberkuliną. Neumann opiera swój podział gruźlicy przeważnie na objawach klinicznych, biorąc za podstawę pracę anatomiczną Rankego, a mianowicie: 1) pierwotne zakażenie — *complexus primarius,* 2) stadjum *generalis actionis* — rozprzestrzenienie się gruźlicy drogą naczyń krwionośnych, 3) powtórne zakażenie exo lub endogenne drogą oskrzeli *(bronchogene Infektion, isolierte Phtise)* i prace ftizjologów francuskich Barda, Piery'ego i Arbez'a. Wprawdzie czytając Wilhelma Neumanna „Klinik der beginnenden Tub. der Erwachsenen" odnosi się wrażenie, że cały podział gruźlicy zabarwiony jest szerokim subjektywizmem, to jednakowoż przy osobistem zetknięciu się z autorem olbrzymiej jego wiedzy fachowej, doświadczeniu długoletniemu i przy naukowem uzasadnieniu każdej formy klinicznej gruźlicy, znikają wszelkie wątpliwości i znajduje się jego podział prostym i naturalnym, pozwalającym się łatwo zorjentować w kwestji bodaj najważniejszej, a mianowicie w prognozie każdego przypadku. Neumann stosuje leczenie tuberkulinowe w następujących wypadkach, które sobie pozwolę poniżej opisać:

1) *Pleuritis exsudativa Tbc.* jednostronne zapalenie opłucnej jest 99% pochodzenia gruźliczego i należy według Neumanna do objawów alarmujących *(Alarm Symptom)* jakkolwiek wskazuje, że siły obronnne osobnika dotkniętego infekcją są duże. Jednostronne zapalenie opłucnej po grypie i *endocarditis lenta* są rzadkie. W obrazie cytologicznym wysięku mamy przy *pleuritis Tbc.* przewagę znaczną limfocytów, jako objaw schorzenia przewlekłego. Zapalenie opłucnej mamy w tych wypadkach, w których ognisko gruźlicze znajduje się blisko niej, często przy zakażeniu pierwotnem u dzieci. W okresie pokwitania w latach późniejszych (II. Stadjum Rankego) spotykamy zapalenie opłucnej przy zajęciu gruczołów oskrzelowych po stronie prawej w 25% wypadkach. O ile jednakowoż z ogniska gruźliczego dostają się prątki do dużego krążenia mogą być zaatakowane wszystkie błony surowicze organizmu *(polyserositis Tbc.),* przy której Neumann odróżnia dwie formy: a) wszystkie błony surowicze są równocześnie dotknięte, rokowanie w tym wypadku przeważnie dobre, o ile nie zachodzą późniejsze powikłania ze strony osierdzia (zrosty opłucno-osierdziowe), b) jeżeli natomiast wysięki występują w błonach surowiczych nie równocześnie, lecz oddzielone pewnym czasokresem rokowanie jest złe. *Poliserositis* należy uważać za następstwo *Tbc miliaris discreta* (Grau), dostania się prątków do ogólnego krążenia, przy masowej inwazji prątków mamy dobrze znaną prosówkę, *tbc. miliaris,* która prowadzi *ad exitum.* W stadjum trzeciem Rankego t. j. przy zakażeniu drogą oskrzeli *(Aspirations tbc.)* zapalenie opłucnej jest rzadkie, co należy sobie tłumaczyć zmniejszeniem sił obronnych organizmu. We wszystkich formach zapalenia wysiękowego opłucnej stosuje Neumann tuberkulinę o ile Mantoux jest dodatni, przyczem zauważa się zwiększenie diurezy i szybką resorbcję wysięku.

II. Przy kilkakrotnem zakładaniu odmy wskutek podrażnienia opłucnej gazem czy powietrzem mamy w 60% wypadkach zapalenie opłucnej, które rokowania nie pogarsza, o ile nie następuje infekcja mieszana. Neumann równocześnie z leczeniem odmowem stosuje tuberkulinę, by przeciwdziałać powstawaniu zapalenia opłucnego, opierając się na dodatnich wynikach przy zapaleniach wysiękowych.

III. Forma gruźlicy przy której tuberkulina daje wprost znakomite wyniki, jest gruźlica gruczo.owa w okresie pokwitania *(Pubertäts phtise).* Wykazuje ona cały szereg charakterystycznych objawów: zwiększoną źrenicę po stronie zwiększonego nasilenia chorobowego, uwidocznienie żył w dołku podobojczykowym (objaw Kuthy'ego), stłumienie na obu szczytach, zwłaszcza pomiędzy łopatkami (stłumienie Kramera), bolesność kręgów piersiowych jako wyraz stanu zapalnego okostnej (Petruschky) — przewodnictwo szeptów sięgające do dolnych kręgów piersiowych (d'Espines), jakoteż stłumienie kręgów piersiowych (objaw Koranyinego). Gruźlica gruczołowa powstaje w ten sposób, że z jakiegoś ogniska dostają się prątki przez tętnicę płucną do płuc, a następnie do gruczołów oskrzelowych, będących stacją odpływową limfy z płuc. Stłumienie na obu szczytach przy tej formie gruźliczej może być spowodowane przez ucisk powiększonych gruczołów na oskrzela i naczynia tak, że stłumieniu szczytowemu nie koniecznie odpowiadać muszą zmiany w płucach. Gruźlica gruczołowa, tak zwana nieczynna, może przebiegać bez objawów podmiotowych, t. j. bez gorączki, kaszlu i wychudnięcia i tylko przy badaniu przypadkowem stwierdzamy wyżej podany obraz chorobowy, albo objawy podmiotowe silnie się zaznaczają, stan podgorączkowy, wychudnięcie, zaburzenia ze strony żołądka lub serca (forma czynna) gruźlicy gruczołowej. W niektórych wypadkach stwierdza się śledzionę powiększoną o brzegu twardym, co wskazuje, że raz po raz dostaje się do obiegu materjał zakaźny, a wiadomo powszechnie, że śledziona jest filtrem, cmentarzyskiem *materiae peccantis* organizmu. Wszystkie formy gruźlicy gruczołowej wykazują wysoki stopień allergji i leczenie tuberkuliną daje najpiękniejsze wyniki. Pozostawienie chorych na gruźlicę gruczołową swojemu losowi uważa Neumann w tym wypadku za równoznaczne z leczeniem symptomatycznem co do tego może doprowadzić, że drogą naczyń krwionośnych może materjał zakaźny być doprowadzony do rozmaitych narządów i przyśpieszyć tylko exitus.

IV. Charakterystyczną pod względem przebiegu klinicznego jest *Tbc. Fibrosa densa i Phtisis fibrosa* o ile występują objawy charłactwa. Anatomicznie wykazują szczyty płuc mozajkę guzków żółtawo-szarych jako następstwo przechodzenia w stan włóknisty guzków gruźliczych, powstałych drogą naczyń krwionośnych. Roentgen wykazuje w tych formach zaciemnienie obu szczytów. Z objawów fizykalnych nadmienić należy zwężenie pól Krőniga, stłumienie na obu szczytach, przechodzące nierzadko w stłumienie pomiędzy łopatkami, wzmożone drżenie głosowe, a przysłuchem szmery oddechowe zaostrzone przechodzące nieraz w oskrzelowe. Rzężenia rzadko, o ile jednakowoż są, to drobnobańkowe, utrzymujące się w tem samem nasileniu i nieprzechodzące w średnie i grubobańkowe i rzężenia podobne jakie powstają przy ucisku serca (Käserasseln Niemców ,craquement humide Francuzów). Krwioplucie dosyć często, rozpoznawczo ważnem jest powiększona śledziona o brzegu twardym. Podwyższona ciepłota rzadko występuje w plwocinie rzadko tylko nieliczne prątki. *Tbc. fibrosa densa* spotykamy przy gruźlicy chirurgicznej t. j. przy gruźlicy nerek, mózgu, przewodu pokarmowego i nadnerczy, przy których zaznacza się zanik lipoidów i objawy *morbus addisoni.* Prognoza tej formy jest według Neumanna dobra o ile chory ma możność prowadzenia trybu życia w warunkch dobrych, pogorszenie jednakowoż zwykło nastąpić w wieku podeszłym prawdopodobnie wskutek zmniejszonej odporności i żywotności tkanek. Wskutek infekcji niższych odcinków płuc drogą oskrzeli może powstać obraz chorobowy *Tbc. ulcerofibrosa cachectisans.* Leczenie tuberkuliną daje przy *Tbc. fibrosa densa* dobre wyniki, krwioplucie ustaje, gorączka opada, chory czuje się dobrze i przybiera na wadze. Przy formach połączonych z charłactwem należy leczenie tuberkuliną skombinować z leczeniem klimatyczno - dietetycznem.

V. *Tuberculosis abortiva Bard* poronna forma gruźlicy występuje często równocześnie ze strumą — albo pod obrazem chlorozy

lub pseudochlorozy. Z objawów fizykalnych mamy na jednym ze szczytów wypuk krótszy lub stłumienie nieprzekraczające *spina scapulae,* objaw P o t t e n g e r a przy procesach świeżych, wzmożone drżenie, zwężenie pola K r ö n i g a, przysłuchem wdech szorstki wydech przedłużony. Charakterystyczne dla tej lekkiej formy gruźlicy są krwotoki płucne, krwi jasno czerwonej pochodzącej z żył płucnych u osobników, które nie uskarżały się dotychczas na żadne dolegliwości ze strony płuc. Krwotoki obfite zdarzają się też przy suchotach galopujących *(Phtisis caseosa).* Krew zawiera wtedy masowo prątki, a krwiopluciu towarzyszy zwykle wysoka gorączka. Przy gruźlicy zwykłej *Phtisis fibro caseosa* plwocina rzadko jest krwawo zabarwiona, albo też chory odpluwa nieliczne grudki krwi skrzepłej. Przy poronnej formie gruźlicy Roentgen wykazuje zwykle zaciemnienie jednego szczytu, które słabo albo wcale się nie wyjaśnia przy kaszlu. W plwocinie przeważnie brak prątków tu i ówdzie obecne ziarenka M u c h a. Odpowiednio do allergji przeprowadza się leczenie tuberkuliną a wyniki są w tych wypadkach gruźlicy dobre.

VI. *Tuberculosis cavitaria stationaria:* Przypadkowe badania osobników czujących się zresztą dobrze wykazuje kawernę na jednym ze szczytów dającą przysłuchem oddech amforyczny. Wywiady u tych chorych są albo zupełnie negatywne co do początków schorzenia albo podają przebytą grypę lub zapalenie oskrzeli. Z objawów fizykalnych mamy silnie zwężone pole K r ö n i g a po stronie schorzenia. Kawerna jest umiejscowiona na szczycie prawym lub górnym odcinku średniego płatu płuc najczęściej jednakowoż na szczycie lewem. Chorzy po największej części czują się dobrze, skarżą się tylko na częste nieżyty dróg oddechowych do których są skłonni. Często *Tbc. cavitaria stationaria* jest wyrazem przejścia początkowego okresu *phtisis fibrocaseosa* w stan nieczynny. Gorączka nie zawsze występuje. Często przechodzi ta forma gruźlicy w *phisis fibrocaseosa corticalis* z grubymi zrostami opłucnej. Chorzy ci nieświadomi swego stanu chorobowego są źródłem zakażenia dla otoczenia, bo w plwocinie zawsze Koch dodatni. Przy *tuberculosis cavitaria stationaria* rzadko daje się odma przeprowadzić z powodu silnych zrostów opłucnowych tak że tylko leczenie tuberkuliną i leczenie klimatyczne może doprowadzić do dobrych wyników.

VII. *Phtsis cavitaria ulcerosa:* Zmiany podobnie jak przy *stationaria.* Kawerna najczęściej umiejscowiona pod obojczykiem. Ciepłota ciała prawidłowa lub nieznacznie powiększona. W odróżnieniu od *Tbc. stationaria* chorzy wykazują mniejszy lub większy stopień charłactwa. Mięśnie na klatce piersiowej znajdują się w stanie mechanicznego podrażnienia. W odróżnieniu od gruźlicy zwykłej *(phtisis fibro caseosa)* chorzy wykazują wysoką allergję. Już minimalne dawki roztworu At. K o c h a wywołują silną reakcję. Rokowanie niezłe przy dłuższem leczeniu klimatyczno - dietetycznem z tuberkuliną.

W przychodni przeciwgruźliczej Tozu mamy przeszło 40% wypadków w leczeniu tuberkuliną. W wyborze trzymamy się mniej więcej form klinicznych podanych przez N e u m a n n a. Tylko w trzech wypadkach zpowodu silnej reakcji musieliśmy zaniechać dalszego leczenia tuberkuliną. Przy inteligentnym materjale chorych można przeprowadzić ambulatoryjne leczenie tuberkuliną. Chory dostaje kartę gorączkową na której skrupulatnie zapisuje 4 razy dziennie ciepłotę ciała. Wstrzykiwania stosujemy co 4 dni. W okresie menstruacji przerywamy leczenie tuberkuliną, ciąża natomiast nie jest przeciwwskazaniem. Rozczyn tuberkulinowy przygotowuje się świeżo za każdym razem a mianowicie rozcieńczenie 1 : 10 — 1 : 100, 1 : 1000 — 1 : 10.000, 1 : 100.000 — 1 : 1,000.000, 1 : 10 miljonów. Za pierwszym razem wstrzykuje się 1/20 — 2/20 strzykawki dwucentymetrowej specjalnej do terapji tuberkulinowej przeznaczonej roztworu 1/VI — 1 : 1,000.000 i odpowiednio do reakcji daje się stężenie wyższe lub pozostaje się na tym samym poziomie. Jako rozczynnik At. K o c h a służy ½% *acid carbol* i 0,9% *natrii chlorati aa.*

Pozwolę sobie podać w krótkości kilka przypadków gruźlicy leczonych tuberkuliną w przychodni przeciwgruźliczej Tozu z nader dobrym wynikiem.

Ozjasz W., lat 23, pomocnk handlowy zamieszkały we Lwowie. Zgłosił się do przychodni 2. XII. 1927.

W y w i a d y: Matka zmarła na gruźlicę. Ojciec i rodzeństwo zdrowe. Chorób przebytych w dzieciństwie nie podaje. Przed 2 laty krwotok płucny. Przed rokiem grypa. Obecnie czuje się źle, kaszle i poci się.

Badanie fizyk.: Na obu szczytach stłumienie sięgające do grzebienia łopatki. Dolne granice płuc ruchome. Przysłuchem szmery oddechowe zaostrzone na obu szczytach. Poniżej szmer oddechowy pęcherzykowy. Plwocina wykazuje nieliczne prątki Kocha.

W moczu Albumen —, Sacchar —.

Ciepłota ciała 37,2.

Roentgen (Dr. T u m i d a j s k i):

Oba szczyty zaciemnione, pola podszczytowe gorzej powietrzne. Dość liczne starsze zmiany.

Rozpoznanie kliniczne: *Tuberculosis fibrosa densa (N e u m a n n).*

Chorego poddano ambulatoryjnemu leczeniu tuberkuliną i zaczęliśmy od dawki najsłabszej 0,1/VI — i doszliśmy do 1.0/VI. A. T. (po 4 miesiącach).

Chory czuje się zupełnie dobrze, pracuje zawodowo, nie kaszle, nie posi się i od czasu leczenia krwi w plwocinie nie zauważył.

Rózia R. Lwów, nie zamężna, lat 24.

W y w i a d y: Rodzice, rodzeństwo zdrowi. Z przebytych w dzieciństwie chorób podaje odrę. Od 2 lat kaszle i wydaje dużo flegmy. Z ramienia lwowskiej Kasy Chorych była leczona w Hołosku.

Menses regularne. W plwocinie Koch ++.

W moczu: albumen —, Saccharum —.

Badania fizykalne: Po stronie prawej stłumienie sięgające do połowy łopatki po stronie lewej do grzebienia łopatki. Dolne granice płuc mało ruchome. Przysłuchem nad szczytem prawym i wnęką liczne drobno i średnio bańkowe rzężenia dźwięczne. Po stronie przedniej prawej K r ö n i g zwężony i stłumienie do pierwszego żebra sięgające.

Roentgen (Kasa Chorych):

Oba płuca zwłaszcza prawe wykazują liczne plamko - pasemkowate gniska. W polu podszczytowem prawem *cavum.* rozpoznanie kliniczne *Tbc. fibro - ulceros.* Chora została przyjęta w leczenie 1. VI. 1928 roku. Zastosowano szereg injekcyj tuberkulinowych i doszliśmy do 1,0/IV.

Chora czuje się dobrze, kaszel zupełnie ustał. Ciepłota ciała prawidłowa.

Prątki okresowo obecne.

Kornela N., lat 34, Lwów, urzędniczka.

W y w i a d y: Ojciec umarł na astmę. Matka na *Ca ventriculi.* Chorób przebytych w dzieciństwie nie pamięta. Rok przebyła w sanatorjum. Obecnie czuje się źle, kaszle, wydaje dużo flegmy, poci się szybko się męczy.

Menses regularnie.

Ciepłota ciała 37,4.

W moczu: albumen—, Saccharum —.

W plwocinie Koch.

Badanie fizyk.: Po stronie lewej stłumienie do kąta łopatki, poniżej pasma szerokiego na 2 cm wykazującego wypuk jawny — stłumienie. Drżenie nieznacznie wzmożone po stronie lewej. Przysłuchem nad szczytem lewym szmery oddechowe zaostrzone. Nad wnęką lewą drobno i średnio bańkowe rzężenia dźwięczne. Po stronie lewej przedniej stłumienie. Nieznaczna denudacja serca. Przysłuchem szmery oddechowe zaostrzone. Nad podstawą serca tarcie. Po stronie prawej wypuk jawny. Szmery pęcherzykowe.

Rozpoznanie kliniczne: *Tbc. cavitaria stationaria.*

Po 14 zastrzykach tuberkuliną ciepłota ciała prawidłowa, przybytek na wadze, dobre samopoczucie.

7. V. 1928 roku próbowano założyć odmę. Udało się tylko wpuścić 120 cm powietrza przy ciś. począt. — 3 — 5 ciś. koń. — 14 — 15.

Roentgen (Kasa Chorych):

Płuco lewe częściowo uciśnięte, przytrzymane zrostem w okolicy *spina scapulae* i przepony. W kącie przeponowo żebrowym lewym nieco płynu. Z powodu silnych zrostów opłucnowych stosowania odmy zaniechano. Chora dostała jeszcze 16 wstrzyknięć tuberculiny czuje się dobrze, nie kaszle, nie gorączkuje i pracuje zawodowo. Z przypadków w krótkości przedstawionych widać, że tuberkuliną można w gruźlicy dużo osiągnąć, trzeba jednakowoż wiedzieć, kiedy ją zastosować. Jest ona jak Francuzi mówią *„difficile de manier, mais possible"*.

Lekarzowi naczelnemu przychodni Tozu WP. Dr. Marcinowi S e l z e r o w i za łaskawe pozwolenie korzystania z materjału przychodni i umożliwienie mi obserwacyj chorych czuję się zobowiązanym i dziękuję.

Piśmiennictwo:

Klinik der beginnenden Tuberculose Erwachsener. — Wilhelm N e u m a n n: Aerztliche Praksis. Heft 2 i 3. rok 1929. — N i c o l u. S c h r ö d e r: Die Lungentbc. Schriften zur Tbc. Pathologie. — R a n k e, B a k m e i s t e r: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. — B r u g s c h u. K r a u s: Bd. 8. Lungenkrankheiten. Mediz. Klinik. Nr. 29, r. 1927. — Wiener Mediz. Wochenschrift Nr. 3 i 4. r. 1929. Pierre P r u v o s t: Tuberculose pulmonaire.

FEJLETON.

Dr. St. WOŁOSZCZAK. Lwów.

W sprawie popularyzowania wiedzy.

Popularyzowanie wiedzy w dziennikach odbywa się niekiedy w sposób tak naiwny i dyletancki, iż dziwić się wypada, jak redakcje dzienników (nawet wcale poważnych i poczytnych) mogą przyjmować i umieszczać zupełnie bezkrytycznie artykuły, pochodzące od ludzi niekompetentnych, lub wprost... od laików. Ponieważ są to często tematy bardzo ciekawe, aktualne i czytywane chętnie przez ogół czytelników, nic dziwnego, że ludzie nawet inteligentni, ale nie orjentujący się w danej kwestji, czy przedmiocie, przyswajają sobie wiadomości najzupełniej fałszywe, niekiedy wprost absurdalne. Postaram się to udowodnić na podstawie kilku przykładów z dziedziny medycyny, nietylko dlatego, iż ten dział wiedzy najbardziej nas obchodzi, ale i z tego względu, że artykuły tego rodzaju, umieszczane w dziennikach — niekiedy w specjalnych dodatkach — bywają bardzo skwapliwie i z dużem zainteresowaniem, przez najszersze warstwy czytelników — poprostu przestudjowywane.

I tak np. w „Dodatku literacko-naukowym" Ilustrowanego Kurjera codziennego z 25 lipca 1927, w artykule p. t. „Sztuczny raj na ziemi", czytamy: „W Europie używa się opium jako środka podniecającego bardzo mało". Otóż opium nie używa się wcale jako środka podniecającego, lecz wprost przeciwnie; jest ono bowiem typowym środkiem uspokajającym, uśmierzającym, nasennym. Bezpośrednio potem następuje zdanie: „Natomiast nader rozpowszechnioną jest pewna odmiana tego narkotyku znana pod nazwą morfiny", jest conajmniej bardzo nieścisłe, gdyż morfina nie jest jakąś odmianą opium, lecz alkaloidem, (wzgl. jednym z wielu alkaloidów) zawartym w makwcu, czyli opium. Fałszywie podane pochodzenie haszyszu tłumaczy się najprawdopodobniej niezupełną znajomością obcego języka, z którego autor (kryjący się pod kryptonimem: Kr.) to tłumaczył; haszysz bowiem jest „uzyskiwany z pewnej odmiany indyjskiego" konopi, a nie lnu. Nie rozumiem też dlaczego autor pisze: „Straszną odmianą haszyszu jest indyjska ganja", gdy ganja jest sobie tylko jedną z najlepszych odmian haszyszu, wzgl. konopia indyjskiego. W innem miejscu znowu pisze autor: „Najmodniejszą i najgorszą z wszystkich oszałamiających trucizn jest kokaina...", a kilka wierszy dalej, że „o wiele szkodliwszy jest arszenik", który „służy podobnym celom..." (co kokaina). Okazywałoby się z tego że oprócz najgorszych rzeczy, są jeszcze o wiele gorsze.

„Clou" wszystkiego stanowi jednak historja o muchomorze, którą przytaczam dosłownie: „Ludność północnej Syberji sporządza z tych grzybów (t. j. muchomorów) napój, którego działanie jest poprostu straszne. Trucizna to tak skoncentrowana, że oddech człowieka zatrutego może drugiego zatruć". Czy autor zastanowił się nad absurdalnością tego twierdzenia? Toż indywiduum, któreby było zdolne wydawać oddech, zatruwający drugie indywiduum, musiałoby być samo „skoncentrowanym" trupem i jako taki nie byłoby chyba zdolne do wydania choćby jednego oddechu. Najprawdopodobniej zachodzi i w tym wypadku swoistego rodzaju nieporozumienie, oparte na nieznajomości obcego języka, z którego anonimowy autor czerpał te wszystkie wiadomości.. Sprawa bowiem przedstawia się w ten sposób, że nie oddech, a mocz człowieka zatrutego (t. zn. znajdującego się pod wpływem „oszałamiającego" działania muchomoru) posiada identyczne — tylko w nieco słabszym stopniu — własności i wywołuje podobne objawy zatrucia, tak, że moczem „muchomorowym jednego osobnika można wywołać zatrucie „muchomorowe" u innego (drugiego) osobnika, tylko w nieco słabszym stopniu.

Na podobnym poziomie i w podobnym stylu domorosłych czarnych magów pisany jest artykulik lwowskiego „Wieku Nowego" (z ub. r. — daty dokładnej nie pamiętam) p. t. „Tajemnice zwrotnikowej rośliny", w którym autor zupełnie anonimowy pozwala sobie na tego rodzaju — powiedzmy delikatnie — nieścisłości, jak następuje: „Lecznictwo znajdzie tu nowy środek zbawienny, a ludzie nadużyją go jako narkotyku, jak nadużywa się opium i dalsze jego *„ekstrakty, to jest kokainę i morfinę"*. Najpierw, kokaina nie jest żadnym ekstraktem opiumowym, a powtóre ma ona tyle wspólnego z morfiną, co... autor z medycyną. A bądź co bądź jednego mają prawo żądać czytelnicy dzienników: oto, aby ich nie karmiono głupstwami.

Podobnie ma się rzecz ze zbyt pochopnem relacjonowaniem np. o rozmaitych znaleziskach, co okazuje się często albo nieścisłem, albo poprostu „bluffem". W tym wypadku powołam się na poważne czasopismo naukowe „Przegląd antropologiczny" Tom II. Zeszyt 1. 1927, którego artykulik, tyczący się tej kwestji, przytaczam dosłownie: „Niesprawdzone pogłoski o znalezieniu małpoczłowieka. Pisma niefachowe codzienne rozniosły po świecie niestwierdzoną wiadomość, że we wrześniu 1926 r. na Jawie nad rzeką Trinilem niedalego tego miejsca w którem w r. 1891 Dr. Eugenjusz Dubois znalazł szczątki *Pithecanthropus erectus* miano znaleść drugi całkowity egzemplarz tego zwierzęcia. Później podano, że to nie była czaszka, a tylko jej odcisk w kamieniu porowatym pochodzenia wulkanicznego, z zachowaniem kości czołowej, prawej połowy ciemienia, kości skroniowych i łuków nadbiodrowych. W grudniu 1926 roku w czasopiśmie angielskiem „Nature", w którem była podana pierwsza o tem wiadomość, wyjaśniono, że tuziemcy znaleźli nie czaszkę, lecz tylko jej odcisk skalny, a Dubois stwierdza, że był to tylko odcisk główki kości ramieniowej słonia".

Pomijając wypadki ogłaszania popularnie redagowanych artykułów, a nawet podręczników, przez ludzi fachowych w danej dziedzinie wiedzy, ale pisanych specjalnie dla dzienników, czy też dla wydawnictw popularnych, nienależycie i niesumiennie przemyślanych, wzgl. opracowanych, (a co jest może najprzykrzejsze i najszkodliwsze, ale na szczęście zdarza się bardzo rzadko!) chciałem zwrócić uwagę przedewszystkiem na zaznaczone na wstępie fakty lekkomyślnego i bezkrytycznego umieszczania w pismach codziennych artykułów pseudo-naukowych, mających się rzekomo przyczynić do spopularyzowania danej gałęzi wiedzy, które to „referaty", pisane przez laików, nie tylko ośmieszają danego autora, ale i Redakcję danego pisma, a w pierwszym rzędzie, — co jest najważniejsze — wprowadzają w błąd czytelników, którzy przyjmując te rzeczy z całem zaufaniem, wyrabiają sobie zupełnie fałszywy pogląd na daną kwestję, wzgl. przyswajają sobie fałszywe, nieraz wprost komiczne, lub nonsensowe wiadomości.

Jedynym środkiem zapobiegającym publikowaniu tego rodzaju grafomańskich wypracowań byłoby ignorowanie ich, przez umieszczanie... w redakcyjnym koszu, (co byłoby może najprostszem i najracjonalniejszem) albo też poddawanie ich przez Redakcje uprzedniej ocenie ludzi fachowych, wzgl. specjalistów, o których w większych miastach nie jest zresztą wcale trudno. A chociaż — według mego zdania — my, lekarze, bezpośrednio nie wiele możemy zdziałać, by tym zjawiskom zapobiedz, to jednak sądzę, że w razie potrzeby, wielu z nas poświęci chętnie w takim wypadku swą wiedzę i trochę czasu dla dobra prasy, czytelników i nauki. Celem wyczerpania możliwie wszystkich zagadnień i spraw z tem związanych, dodam w nawiasie, że ewentualna kwestja finansowa posiadałaby w tym wypadku dla Redakcyj minimalne znaczenie i z pewnością nie dałaby się nawet odczuć.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Med. Józef Wacław Grott: *Cukrzyca, podręcznik dla lekarzy i chorych,* z przedmową prof. Dra Med. Witołda Orłowskiego. Wyd. Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa.

Silnie daje się odczuwać w Polsce brak książek lekarskich popularnych, któreby szerzyły wśród chorych podstawowe wiadomości lecznicze i djetetyczne i ułatwiały lekarzowi jego ciężką pracę. Na zachodzie roi się od szeregu wydawnictw, które obrały sobie za cel uświadamiać społeczeństwo, co do niebezpieczeństw wynikających z lekkomyślnego zaniedbania objawów chorobowych i unikania porady lekarskiej. Szczególnie tyczy się to schorzeń przemiany materji, głównie cukrzycy.

Z zadowoleniem powitać należy książkę Grotta, stanowiącą pomost między lekarzem, a chorym, czyniąc współpracę możliwą. Chory znający swój stan, chętniej i ufniej szuka pomocy u lekarza. Książka Grotta spełnia w zupełności to zadanie. Pisana jasno i zrozumiale, może służyć za wzór książki popularnej. Nie zapomniał w niej autor o niczem. Począwszy od wytłumaczenia na czem polega cukrzyca i jej objawy, przechodzi do zasad jej leczenia. Omawia skład chemiczny produktów spożywczych, podaje również tablice chemicznego składu ważniejszych artykułów, opracowanych wedle tablic Schall-Heislera, Labbe'go i Joslin'a. W osobnym rozdziale zapoznaje autor chorego z techniką układania djety, posiłkuje się pokarmami najprostszemi zarówno, co do ich jakości jak też sposobu przyrządzania. Przytacza kilka wzorów djet, które mogą być wykonane w najprymitywniejszych warunkach. Autor nie zapomina i o kuchni. Dość szczegółowo opracował przepisy co do sposobu przyrządzania potraw tak ważnych dla djabetyka. Przepisy zebrał względnie zapożyczył autor z innych podręczników o cukrzycy: Joslin'a, Nordena, Cooperów, Maclean'a i in. Po zapoznaniu chorego z djetetyką przechodzi do leczenia insuliną. Zwięźle, przykładowo podaje znaczenie insuliny w cukrzycy. Słusznie postąpił autor, że poświęcił kilka stronic omawianiu techniki zastrzyków. W praktyce niejednokrotnie zmuszony jest lekarz pozostawić choremu wstrzykiwanie insuliny, a każdy z osobistej praktyki wie, ile trudności napotyka się, zanim wytłumaczy się choremu higjenę, dezynfek-

cję i technikę zabiegu. Tu książka ta staje się dzielnym pomocnikiem.

Autor poleca prowadzenie dziennika z odpowiedniemi notatkami, w którym lekarz wpisywać powinien wszelkie zlecenia mające być w domu przez chorego wypełniane. Zaoszczędzi to, zdaniem autora, podczas następnych odwiedzin chorego dużo czasu lekarzowi z większą korzyścią dla leczenia choroby.

W rozdziale praktycznym o higjenie chorego i zapobieganiu powikłaniom zwraca uwagę autor na stan psychiczny chorego, na pielęgnację zębów, które w cukrzycy znajdują się zwykle we wielkiem niebezpieczeństwie, na prawidłową czynność żołądka, omawia i kwestję małżeństwa. Osobny rozdział traktuje o wczesnem rozpoznawaniu utajonej cukrzycy, oraz o badaniu moczu. Krótki zarys historyczny badań nad cukrzycą zamyka tę książeczkę.

Książeczka ta łatwym, dostępnym stylem i zajmująco napisana, powinna się znaleźć w każdej bibljotece podręcznej lekarza oraz zasługuje na rozpowszechnienie wśród chorych.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Higjena życia codziennego, rok IV. Nr. 6, z czerwca 1929: Rozmaite popularne pouczenia z dziedziny higjeny życia codziennego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 28, z 14 lipca 1929: A. Dłuski: O sztucznej soli karlsbadzkiej. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — Sprawozdanie z konferencji zwołanej przez Państwowy Instytut Eksportowy.

Medycyna Warszawska, rok 1929, Nr. 2 (21), z 15 lipca 1929 R. Bichler: Trąd. — W. Arciszewski: O znaczeniu roli zjawiska wydolności tłumikowej w biologji i medycynie na stopień stężenia jonów wodoru. — M. Peker: Współczesne poglądy na etjologję i patogenezę ostrego gośćca stawowego. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — A. Galewski: Rola śledziony w przemianie materji. — M. Zweigbaum: Wspomnienie pośmiertne o T. Jasieńskim.

Zdrowie, rok XLIV, Nr. 7, z lipca 1929: Z. Karłowski: Szczepionki: pasteurowska i karbolizowana w Zakładzie Pasteurowskim w Warszawie.

Wiedza Lekarska, rok III, zeszyt 4, z kwietnia 1929: René Leriche: Obecny stan chirurgji układu współczulnego. — A. Ciągliński: W sprawie artykułu „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych". — H. Sparrow: Odpowiedź na pismo Pana Doktora A. Ciąglińskiego w sprawie artykułu „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, Nr. 14, z lipca 1929: Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby lekarskiej za rok 1928. — St. Czerwiński: Wpływ alkoholizmu na przestępczość. — Z organizacyj lekarskich. — Umowa pomiędzy Zarządem Kasy Ch. m. Warszawy w osobie jej Komisarza p. Rożnowskiego K., a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy w osobach Dr. W. Stefańskiego, Dr. W. Klimaszewskiego i Dr. Cz. Jaworskiego.

Lekarz Polski, rok V, Nr. 7, z 1 lipca 1929: M. Pomorski: Lekarze o lekarzach. — M. Zachert: Działalność przychodni przeciwjaglizych w r. 1927. — Z Naczelnej Rady Zdrowia. — Z Sądu Najwyższego. — Z Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Medycyna społeczna zagranicą.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy, rok XVIII, Nr. 5, z 15 lipca 1929: L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich uzdrowisk. Uzdrowiska jako czynnik gospodarczy. — A. Schwarzbart: Znaczenie metody inhalacyjnej dla polskich zdrojowisk.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLVI. Nr. 1.

Ch. Elsberg: *Pozaoponowe nowotwory rdzeniowe*. Z wyjątkiem nowotworów śródrdzeniowych i nowotworów śród- i pozaoponowych przerzutowych, stanowią nowotwory pozaoponowe około jedną czwartą wszystkich nowotworów rdzenia.

Meningealne i perineuralne nowotwory (*fibroblast.*) tworzą 17% extraduralnych i 82% intraduralnych, zaś mięsaki i chrzęstniaki 61% extra. i 6% intraduralnych.

W ogólności przebieg kliniczny nowotworów extraduralnych jest bardziej nagły, a objawy wybitniejsze. Z wyjątkiem nowotworów extraduralnych przerzutowych 52% tworzą pierwotne a 48% wtórne nowotwory.

Przeważna część pierwotnych ma charakter dobrotliwy (*fibroblast, fibr., ang., chondr.)*.

Nowotwory wtórne wrastają do kanału kręgowego przez otwory międzykręgowe lub przez zniszczoną kość. Przebieg ich jest zwykle gwałtowny.

Autor omawia dokładnie różne typy nowotworów, a głównie ich obraz mikroskopowy i technikę ich usuwania. Zdaniem jego większa część pierwotnych i wiele wtórnych nowotworów extraduralnych daje się usunąć zupełnie. Autor omawia technikę transduralnego usuwania tych nowotworów.

Zupełne usunięcie nowotworów przerzutowych jest niemożliwe

Więcej niż jedna trzecia pacjentów z pierwotnymi lub wtórnymi nowotworami extraduralnymi może być zupełnie wyleczona.

D. Mackenzie: *Jednostronna aplasia nerki*. Aplasia nerki jest częstsza po stronie prawej. Zwykle i nerka przeciwna jest zmieniona. Autor przytacza sześć przypadków.

E. Clayton: *Rak przełyku*. Z 41 przypadków raka przełyku wystąpiły przerzuty powyżej przepony w 22. Z tego w 9-ciu przerzuty były rozległe, w 11-tu w wątrobie, a w 8-miu tylko w gruczołach chłonnych,

Przerzuty ponad przeponą były obecne w 9-ciu przypadkach, z tego w 4-ch rozległe. W 18-tu były one ponad i pod przeponą równocześnie.

25% przypadków nie wykazywało przerzutów jakkolwiek w jednym z nich przyszło do przebicia nowotworu do jamy opłucnej i wytworzenia się ropnego otoku.

B. Lipshutz: *Uszkodzenia dużych tetnic*.

A. Blalock: *Działanie eteru chloroformu i chlorku etyl. na ciśnienie krwi*.

Ch. Farr: *Otok ropny opłucny u dzieci*. Śmiertelność dzieci po otoku ropnym jest bardzo wysoka. Autor twierdzi, że czas jaki upływa między początkiem choroby a rozpoznaniem jest rzeczą wtórorzędną. Główną rolę odgrywa rodzaj zakażenia, ogólny stan odporności dziecka. Śmierć przy otoku jest prawie zawsze spowodowana ogólnem wycieńczeniem i powikłaniami.

Nawet operacyjne sposoby leczenia mają mały wpływ na poprawę rokowania.

Janik (Lwów).

Long Island Medical Journal.

Vol. 23. Nr. 3. Marzec 1929 r.

J. S. Horsley: *Wpływ badań fizjologicznych na chirurgję*.

Pedro Platon: *Przedziurawione wrzody peptyczne*. Na 41 przypadków przedziurawionych wrzodów, leczonych chirurgicznie w 9 osiągnięto wyniki zadawalniające przy użyciu kauteryzacii i zamknięciu przedziurawienia. Wszystkie przypadki leczone przez zamknięcie przedziurawienia i gastroenterostomję doznały pełnego wyleczenia. W jednym przypadku dobry wynik osiągnięto przez użycie pakowania (paeking) na przeciwległym miejscu przedziurawienia. W przypadkach, w których przeprowadzono gastroenterostomję, nie rozwinęła się peritonitis. Leczenie przedziurawionego wrzodu peptycznego jest punktem ścierania się najrozmaitszych zdań. Autor na podstawie osobistych doświadczeń dochodzi do przekonania, że gastroenterostomja powinna być doprowadzoną do szwu przedziurawienia.

W. H. Donnelly: *Pedjatrja*. (Szkic rozwojowy).

S. S. Samuels: *Nowe poglądy na Thromboangitis obliterans. Rozpoznanie i leczenie*. Dobry wynik terapeutyczny zależy w pierwszym rzędzie od wczesnego rozpoznania schorzenia. By osiągnąć to należy użyć wszelkich metod, stojących do naszej dyspozycji. Badania szczegółowe i dokładne wymagają użycia oscilometru i całego szeregu doświadczeń próbnych. Rozpoznawszy chorobę przeprowadzić należy odpowiednie leczenie, mające na względzie w pierwszej mierze polepszenie obiegu pobocznego. Wagę należy kłaść na usunięcie zwężającego efektu nikotyny. Ucieczki w amputacji szukać należy w przypadkach rozpaczliwych.

W. M. Brunet: *Choroby weneryczne w mieście New-Yorku*. (C. d. n.). Opisy przypadków ze szpitala „The Kings Comty Hospital" miasta New-Yorku. Septicaemia. Angina Vincenta.

Przegląd książek. Nowości lekarskie.

Dr. Ungar (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Disease.
An American Journal of Neuropsychiatry (1874).
Vol. 69. Nr. 2. February 1929. Str. 120.

W. Malamud i K. Lowenberg: *Znaczenie naczyń włoskowatych w patogenezie porażenia ogólnego.* W 6 przypadkach, badanych przez autorów zdaje się zachodzić wyraźny paralelizm pomiędzy typem i umiejscowieniem naczyń włoskowatych i tkanek, które wypełniają. Nasuwa się zatem myśl, iż w patogenezie porażenia ogólnego, naczyńka włoskowate korowe tworzą most, przez który przewala się proces do miąższu. Mechanizm podlegający temu związkowi tłumaczony jest badaniami płynu krewno-mózgowo-rdzeniowego (blood-cerebrospinal fluid) w porażeniu ogólnem (i innych stanach organicznych) oraz jego wahań podczas leczenia malarją.

H. G. Wolff: *Hemiatrophia facialis progressiva.* Autor opisuje przypadek połowicznego zaniku twarzy, powikłanego epilepsją i anisokorją. Przypadek tyczy się 37-letniej kobiety, skarżącej się na drgawki, występujące głównie w nocy, na stale wzrastający zanik substancyj na prawej stronie twarzy i cały szereg ogólnych, okresowych, bolesnych objawów. Wwieku 25 lat chora przebywała w szkole pielęgniarek. Po 6 miesiącach przeznaczoną została do służby nocnej na oddziale zakaźnym. Po miesiącu chora odczuwać zaczęła silne bóle głowy, głównie czołowe. Bolom towarzyszyła sapka (coryza). Nastał okres bezsenności oraz braku bystrości duchowej. Radziła się lekarza, który przypuszczając schorzenie jamy (sinus), sporządził szereg roentgenogramów. Te wykazywały prawidłowość sinusów. Bóle głowy zaczynały zwolna ustępywać; chora w tym okresie w ciągu 4 miesięcy po opisanej chorobie przybrała znacznie na wadze (z 68 kg wzrosła do 83,5 kg). Rok później waga wynosiła 76 kg, podczas gdy waga chorej w okresie badania przez autora wynosiła 69 kg. 12 lat temu w czasie wybuchu straciła prawą rękę. W następnym dniu zauważyła, że prawa strona twarzy zbladła. 6 miesięcy później fotograf zwrócił jej uwagę na asymetrję twarzy, na zmniejszoną stronę prawą. Podczas następnych 10 lat atrofija twarzy stopniowo stawała się wyraźniejszą. Przed $1^1/_2$ laty odkryła chora u siebie mimowolne moczenie *(Enuresis)*. Kilkakrotnie budziła się leżąc na podłodze. Przed rokiem zerwała się nagle ze snu z krzykiem, współlokatorka spostrzegła wówczas u chorej drgawki całego ciała. Od tego czasu napady drgawek powtarzały się w przerwach 2 tygodniowych. Występowały nagle, zawsze w nocy, głównie między 4—5 nad ranem. W tydzień po pierwszym ataku uszkodzony został zmysł smaku; wszelkie potrawy straciły swój właściwy smak, chora miała zawsze uczucie smaku „miedziowego" (brassy). W okresie między powyższymi napadami odczuwała i podczas dnia zawroty. Niezależnie od napadów drgawek u chorej rozwinął się szereg objawów; ręce i nogi były zimne, dokuczało jej swego rodzaju właściwe uczucie na prawej stronie twarzy w postaci swędzenia *(„deep itching")*, które nie ustępowało po silnem tarciu i szkrabaniu.

Ciekawem jest, że drgawki w większości opisanych przypadków występują kilka lat po wystąpieniu atrofji połowicznej twarzy. Choroba zakaźna z bólem głowy i bezsennością, z następującym, krótko trwającym wzrostem wagi i rozszerzeniem prawej źrenicy, wskazuje na schorzenie systemu nerwowego, nasuwa przypuszczenie, że chora przeszła zapalenie mózgu. Hansen i Goldhofer przedstawili przypadki ze zwężeniem jednej źrenicy, jako następstwa *encephalitis*. Nierówność źrenic w ich przypadkach stowarzyszoną była z innymi dowodami jednostronnej autonomicznej zmiany jak zmianami w ślinieniu, poceniu, tkance mięsnej, w napięciu naczyń krwionośnych i odczynu pilomotorycznego. Barkman opisuje przypadek hemiatrofji twarzy postępującej u 10 letniego dziecka krótko po chorobie zakaźnej, charakteryzującej się wysoką gorączką trwającą 6—7 tygodni. Trzy lata później wystąpiły drgawki, które poprzedzała aura prawostronna. Badania w wieku 20 lat wykazały oprócz atrofji, zwężoną źrenicę. Barkman dowodzi, że chorobą infekcyjną przebytą w dzieciństwie była gruźlica i że zmiany szczytowe zabliźnione zamknęły ganglion sympaticum cervicale superior, wywołując zmiany zanikowe oraz źrenicy. Zdaniem autora prawdopodobnie przyczyny hematrofji twarzy postępującej szukać należy w systemie autonomicznym. Nie zaprzecza, iż uszkodzenie jednej ze struktur obwodowych tego systemu może wywołać rozlane zmiany, opisywane w szeregu przypadkach.

J. Fulton i O. Bailay: *Przyczynek do pracy o nowotworach w okolicy III. komory.*

J. E. Jeliffe: *Napady okulogyriczne, jako poniewolne fenomena po zapaleniu mózgu.* (Ciąg dalszy nastąpi).

Opisy przypadków z literatury światowej. W rozdziale tym cytowanymi są Rothfeld i Falkiewicz z literatury lekarskiej polskiej.

(Rothfeld, Falkiewicz: Ueber Zwangsbewegungen und Zwangsschauen bei epidemischer Encephalitis. Deutsch. Zeitschr. f. Nerven. 85. 269. 1925).

Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa neurologicznego w New-Yorku. Przegląd bieżącego piśmiennictwa.

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 8 lutego 1929 r.
Przewodniczy kol. Gąsiorowski.

1) Kol. Schusterówna przedstawia i omawia *nowotwór przysadki mózgowej.*

W dyskusji kol. Arend opisuje obraz kliniczny tego przypadku.

2) Kol. Ziembicki w wykładzie omawia swoje przypadki *żółtego zaniku wątroby.* Na wstępie poświęca ogólne uwagi w tej sprawie, przypomina wzmożoną o niej dyskusję w piśmiennictwie najpierw po wprowadzeniu salwarsanu, następnie po wojnie, w obu okresach spowodowaną przyrostem przypadków. Omawia krytycznie wysuwane przez rozmaitych autorów przypuszczalnie przyczyny, jak kiła, salwarsan, zmiana warunków żywnościowych w okresie wojennym, nawet pasorzyty. Stwierdza, że żadnej z tych przyczyn nie udało się na ogół ustalić jako bezpośrednio wywołującej, jakkolwiek niejedna z nich może mieć w powstawaniu zaniku wątroby znaczenie usposabiające. Zdaje się nie ulegać bowiem wątpliwości, że przyczyny tego procesu mogą być najrozmaitsze. Kollman zestawia je jak następuje: I. Jady, lub trucizny martwe: 1) Chemicznie znane, jak fosfor, arsen i in., 2) Nieznane jady pochodzenia żywnościowego, 3) Ciała anafilaktogenne (obce białka, ciąża). II. Jady żyjące 1) Lues, 2) Spirochete icterogenes (Morbus Weili), na co m. i. zwrócił uwagę Hart. III. Cholangitis (Umber). W dalszym ciągu podnosi prelegent zdobycze ostatnich lat kilkunastu, które obok ostrego zaniku wątroby ustaliły istnienie postaci przewlekłych i podostrych (Straussa atrophia lenta), przytacza przypadki autopsiae in vivo (zmiany stwierdzane w czasie operacyj), wynikłą stąd polemikę, nakoniec zajmuje się sprawą stosunku zaniku wątroby do żółtaczki wogóle, zwłaszcza do t. zw. żółtaczki nieżytowej, a wreszcie do zmian, stojących na granicy marskości.

Przypadki własne.:

1) Marja N., zarobnica, lat 16. Po całomiesięcznem chorowaniu wśród bólów w jamie brzusznej, bólu krzyżów i żółtaczki, zgłosiła się do szpitala, gdzie przebywała od 14. IV., do 17. IV. 1913 z rozpoznaniem icterus catarr. Wraca dnia 5. V. z objawami niedomogi serca i nerek, obrzękami, płynem w jamie brzusznej, przyczem jednak zdradza silny niepokój, podniecenie, zaburzenia świadomości. W końcu popada w śpiączkę i umiera dnia 22. V. Rozpoznanie oddziałowe było czysto objawowe. Sekcja wykazała przewlekły żółty zanik wątroby.

2) Marja Ł., przy rodzicach, lat 19. Od lat cierpiąca na serce, od roku wybroczyny na skórze, od 2 tygodni krwawienia z błon śluzowych. W szpitalu przebywa 5 dni, od 25. X. do 30. X. 1913. Exitus. Rozpoznanie:*Endoc. chr. sub f. ins. v. mitr. in stad. incomp., vcnost. orgg., ascites, anasarca, anaemia gravis* (c. czerw. $1^1/_2$ mil.) *purpura haemorrh.* Sekcja potwierdza te szczegóły, obok tego wykazuje przewlekły żółty zanik wątroby. Uwagę zwraca: brak żółtaczki, wątroba macalna, twarda, o brzegu wystającym z pod łuku.

III. Franciszka Cz., robotnica, lat 22. Po tygodniowej chorobie (nudności, wymioty, żółtaczka) przyjęta do szpitala, gdzie po 9 dniach umiera 18. II. 1922. Rozpoznanie oddziałowe: *Atrophia hep. flava acuta.* Sekcja potwierdza. W przypadku tym ciężka żółtaczka, śpiączka, wątroba zmniejszająca się w ciągu obserwacji. Jedyny przypadek z leucyną i tydozyną w moczu. Wasserman 4.

IV. Helena J., robotnica, lat 20. Choruje miesiąc (żółtaczka, nudności, osłabienie), do szpitala przyjęta dnia 27. II. 1922, umiera 3. III. z rozpoznaniem: *Atr. hep. flava acuta.* Sekcja potwierdza to rozpoznanie. I tu jak w poprzednim przypadku ciężka żółtaczka śpączka, wątroba zmniejszona. Wassermann 4.

V. Młoda kobieta w domu prywatnym. Przebieg burzliwy, śmierć. Objawy jak w dwu poprzednich przypadkach, przemawiały za zanikiem ostrym wątroby. 1922.

VI. Anna K., służąca, lat 26. Listopad 1928. Choruje około 2 miesięcy. W tym czasie dwukrotnie w szpitalu. Żółtaczka, bóle dołku, stan ogólny dobry, zdolność do pracy utrzymana. Sensorium do końca niezaburzone, z wyjątkiem 2 dni ostatnich. Objawy przemawiały raczej za żółtaczką zastoinową. Wątroba wystająca, dobrze macalna. Prześwietlenie wskazało na możliwość istnienia guza trzustki, co spowodowało oddanie chorej w ręce chirurga. *Cholaemia, exitus.* Sekcja wykazała przewlekły zanik wątroby. Wassermann ujemny.

VII. Rozalia C., żona zarobnika, lat 27. Obserwacja szpitalna 5-dniowa. 9. I. do 13. I. 1929. Exitus. Rozp. kliniczne: *Atr. hep. flava acuta.* Sekcja potwierdza. Objawy jak w przypadkach III. i IV. Wassermann ujemny. Graviditas 5 mies. Podejrzenie co do zażycia środka poronnego, chora wśród majaczenia wspominała o jakimś środku wewnętrznym. W przypadku tym mocz wydzielał jakiś nie dający się bliżej określić aromatyczny zapach. Badania w toku, dotychczas żadnego wyniku nie dały.

Zestawienie wykazuje więc razem 7 przypadków, z czego 4 ostre, 3 przewlekłe. Etjologja ciemna we wszystkich. Wassermann dodatni był w dwu przypadkach. Salwarsan nie był stosowany, o ile dało się stwierdzić w żadnym. W żadnym też nie można było przyjąć zatrucia fosforem. Jeśli chodzi o domysły, to jeszcze zauważyć należy, że jedna z chorych jako pracownica cukierniana (przyp. III.) miała sposobność spożywania większej ilości sacharyny (było to w okresie braku cukru). W innym przypadku (IV.) w płynie wydobytym z woreczka żółciowego (w czasie sekcji) wykazano drobnoustroje pokrewne grupie durowej, ostatecznie jednak niezidentyfikowane z powodów od oddziału niezależnych. W innym przypadku chora cierpiała na ciężką niedokrwistość z objawami pod koniec krwotocznymi. W jednym istniała ciąża. W tym samym być może działała jakaś wprowadzona trucizna.

Rozpoznanie zdaniem prelegenta nie jest zbyt trudne w przypadkach ostrego zaniku. Wszystkie cztery przypadki ostrego zaniku były za życia rozpoznane. Prelegent podkreśla 3 zasadnicze objawy: ciężka żółtaczka, zmniejszenie wątroby, zajęcie sensorium. Co do żółtaczki, zauważył we wszystkich swoich przypadkach odcień wpadający w okrowy. Leucyny i tyrozyny nie uważa za warunek rozpoznawczy, co zresztą jest już znane z piśmiennictwa. Spotkał je tylko w jednym przypadku. Co się tyczy postaci przewlekłych, to tu już rozpoznanie może napotykać na trudności nawet nie do przezwyciężenia. Oba przypadki przedwojenne (1913) opisał był sekundarjusz oddziału, Dr. M u n d. Niestety wojna uniemożliwiła ogłoszenie tej pracy, po wojnie zaś przypadki przewlekłego zaniku nie były już rzadkością. Na uwagę wszakże zdaniem prelegenta zasługuje wynik badania rentgenowskiego w ostatnim przypadku przewlekłego zaniku (1928). Prześwietlenie wykazało mianowicie przesunięcie części odźwiernikowej żołądka na prawo, co wzbudziło podejrzenie rentgenologa na guz trzustki i spowodowało laparotomję próbną. Ani chirurg ani anatom nie znaleźli ani guza trzustki ani żadnego innego ciała, któreby działało przemieszczająco na część oddźwiernikową. To przemieszczenie tłumaczy sobie prelegent w ten sposób, że w następstwie zaniku wątroby i zepchnięcia jej przez tłocznię brzuszną na prawo i ku ścianie klatki piersiowej, przesunęło się z jednej strony ligamentum hepato-duodenale na prawo, z drugiej zaś ruch żołądka poszedł w kierunku mniejszego oporu i spowodował bardziej poziome, na prawo zwrócone ustawienie części odźwiernikowej. Na te szczegóły warto więc, zdaniem prelegenta, w przyszłości zwrócić uwagę, aby się przekonać, czy nie zyskujemy w nim jednego z objawów, ułatwiających rozpoznanie zaniku wątroby, w przypadkach zwłaszcza przewlekłych tak trudnego.

W dyskusji Kol. O p i e ń s k i: Przypadek VII (Rozalja C.), jest ciekawy tak z punktu sądowo-lekarskiego, jak i kliniczno-chemicznego. Badanie chemiczne wnętrzności po sekcji nie wykazało ani fosforanów, ani arszeniku, ani innych mineralnych trucizn, również nie wykazało ergosteryny (sporyszu) lub innych środków t. zw. spędzających płód. Badanie na ewent. estry szafranu dotychczas nieukończone. W moczu stwierdzono tyrozynę, nie wykazano leucyny. Badanie bakterjologiczne osadu moczu jest w toku.

Kol. P i s e k. Dawniej uznawaliśmy tylko ostry zanik wątroby *atrophia acuta flava hepatis.* Zgodzić się trzeba z prelegentem który obecnie wyodrębnia postać przewlekłą — jakkolwiek już przed dwudziestu kilku laty — sam pisałem o przypadkach przewlekających się czasem do pięciu tygodni [1]). Pamiętać trzeba że zdarzają się przypadki w których choroba nagabuje osoby zupełnie zdrowe gdzie wszelkie dociekania etjologiczne są płonne — obok innych przypadków w których etjologję przecież wykryć możemy. Przypadek w „rodzinie lekarskiej" o którym prelegent wspomniał i który również badałem, zakończony śmiercią — pozostał etjologicznie niewyjaśniony.

Trucizny, w najogólniejszem znaczeniu, działające na komórkę wątrobną a szczególnie na komórkę o już chorobliwie upośledzonej odporności — wyzwalają w miąższu wątroby — może i w trzustce — zaczyny prowadzące do zniszczenia wątroby. Ten autolityczny proces, rozpoczynający się za życia, może rozwijać się dalej po śmierci i daje nam na stole sekcyjnym znany klasyczny obraz zanikłej żółtej wiotkiej, do połowy, nieraz do $^1/_3$ zmniejszonej wątroby.

Salwarsan, kiła i ciąża jako czynniki etjologiczne — obok szeregu innych czynników etjologicznych muszą być rozmaicie oceniane. Niewątpliwie może salwarsan uszkodzić wątrobę — stosowany, jak się niedawno (1926) wyraził G. Klemperer — w zbyt małych a przedewszystkiem w zbyt dużych dawkach a przy żółtym kiłowym zaniku wątroby jest „jedynym lekiem mogącym chorobę wyleczyć". Oprócz późniejszych okresów kiły wiemy, że Icteres lueticus praecox, w razie głębszych zmian komórek wątrobowych przejść może w ostry lub podostry kiłowy zanik wątroby i to nawet u chorych nigdy salwarsanem przedtem nie leczonych. Tem bardziej musimy pamiętać że zwyczajna — niesłusznie nazwana — nieżytowa żółtaczka, będąca wszak najlżejszą postacią miąższowego zapalenia wątroby, może być wstępnym okresem żółtego zaniku wątroby. Jasną rzeczą jak należy być ostrożnym w rokowaniu.

Co do ciąży — działać mogą oprócz zakażenia połogowego i „zakażenie ciążowe" a może i uraz z powodu zwiększonej macicy.

Co do objawów to z własnego doświadczenia (w ciągu kilku dziesiątek lat 6—8 przypadków) zaznaczyć wypada że w początkach obok żółtaczki stwierdza się tkliwość czasem bolesność, czasem powiększenie wątroby. Po kilkunastu dniach wątroba poczyna się zmniejszać, najpierw płat lewy, w moczu ślad białka, nieraz tyrozyna i leucyna. Wśród prawie z dnia na dzień zmniejszającej się wątroby o nieznacznej gorączce — czasem hipotermji — stwierdza się dopiero krótko przed śmiercią wysoką gorączkę do 40° C dochodzącą. Zjawiają się wymioty, czasem fusowate, zamroczenia występujące w pierwszych dniach wzmagają się aż do utraty przytomności, majaczenia przypominające obłęd opilczy (Delirium tremens). Opisywano przypadki w których tego rodzaju chorych w pierwszych już dniach odsyłano na oddziały umysłowo chorych. Również występują i drgawki. Gromadzenia się wolnego płynu w jamie brzusznej (niektórzy autorowie mówią o 20% przypadkach takich) ani bólów silniejszych (kolki) nie stwierdzałem. Do częstych zjawisk należą krwotoki [2]). Wszystkie moje przypadki zakończyły się zejściem śmiertelnem.

R o k o w a n i e obecne — zwłaszcza w przypadkach przewłocznych na tle kiłowem — nie jest, jak przedtem, tak bezwzględnie złem. G. K l e m p e r e r i N a t h o r f f opisują w jednym przypadku wyleczenie trwające już kilka lat.

Jakkolwiek i dziś należą przypadki wyleczenia do białych kruków to przecież poświęciłem w pracy mojej dość miejsca i terapji. Wspominam tam (l. c.) o starym olejku terpentynowym (przy otruciach fosforem), o lekach przeczyszczających, o kalomelu z jalapą, benzonaftolu i t. d. — o terapji prawie tej samej, o której dwadzieścia przeszło lat później pisze słynny znawca schorzeń wątroby Minkowski (w zbiorowem dziele Mehringa). Dziś l e c z e n i e ma wytkniętą drogę w przypadkach o etjologji kiłowej (Salwarsan i Hg); nawet w przypadkach o przebiegu gwałtownym, piorunującym, o nieznanej etjologji a więc straconych prawie, salwarsan nie zaszkodzi a jakaś poprawa nie jest wykluczona — bo właśnie mógłby to być przypadek pochodzenia kiłowego.

Kol. S o ł o w i j omawia żółty zanik wątroby ze stanowiska ginekologa; Kol. G o l d s c h l a g ze stanowiska dermatologa.

Kol. F e l s obserwował przed 2 laty wspólnie z kol. R e i c h e n s t e i n e m również przypadek u 55 letniej kobiety, która nigdy nie cierpiała na kolkę żółciową a zaczęła skarżyć się na bóle w okolicy wątroby. Bóle utrzymywały się przez kilka tygodni, rozwijała się żółtaczka, aż wreszcie zjawiła się wysoka gorączka, majaczenia i chora zginęła szybko wśród objawów ostrego zaniku wątroby. Kol. O p i e ń s k i e m u zwraca uwagę, że używanie szafranu jako środka wywołującego poronienie jest i w naszych stronach rozpowszechnione.

Kol. S o c h a ń s k i opisuje dwa przypadki omawianego schorzenia, spostrzegane na klinice wewnętrznej.

Kol. G ą s i o r o w s k i: Różnorodność przyczyn, wywołujących żółty zanik wątrobowy, przemawia za tem, że schorzenie

---

[1]) Por. W. P i s e k w III t. zbiorowego dzieła Jaworskiego (Nauka o chor. wewnętrznych; rozdział obejmujący chor. wątroby str. 128, 129 i str. 130: ostry zanik wątroby).

[2]) Szczegóły dokładne podałem w pracy wzmiankowanej str. 130.

to nie jest swoiste, lecz tylko formą daleko posuniętych zmian zwyrodnienia. W etjologicznym szeregu należałoby tu również i drobnoustrojom wyznaczyć odpowiednie miejsce. W piśmiennictwie znane są — jakkolwiek bardzo rzadkie — przypadki żółtego zaniku wątroby wiążące się z zakażeniem kiłowem, durowem, z chorobą Weila i durem powrotnym. Co do choroby Weila dotychczas miałem sposobność w 3 przypadkach stwierdzić przy sekcji zwyrodnienie miąższowe wątroby, przyczem w żadnym przypadku nie udało mi się w treści pęcherzyka żółciowego ani też w miąszu wątroby wykryć krętków Uhlenhutha i Frommego, jak również innych drobnoustrojów. Rola jaką drobnoustroje odgrywają w etjologji żółtego zaniku wątroby wymaga dokładnej rewizji. Wybitnie dodatni odczyn Wass. stwierdzony w 2 przypadkach przez prelegenta, przyjąłbym na karb zakażenia kiłowego, ponieważ według dotychczasowej mojej obserwacji, opierającej się na kilkuset przypadkach, obecność barwików żółciowych w surowicy nie wpływa na wynik odczynu Wass., czyli nie ułatwia wiązania dopełniacza.

Częstochowskie towarzystwo lekarskie.

Uroczyste posiedzenie w dniu 16 września 1928 r. w celu uczczenia 35-letniej działalności lekarskiej Kol. Wasilewskiego i 30-letniej Kol. Łokczewskiego.

Zagajając posiedzenie w obecności 25 członków obecnych prezes Tow. Rożkowski zaznaczył ciężkie warunki egzystencji Tow. lekarskiego na prowincji i mały udział w pracy młodszych lekarzy; w celu poniekąd zachęty młodszych kolegów do pracy Zarząd Tow. uchwalił uczcić pożyteczną działalność dla Tow. lekarskiego Kolegów-Jubilatów Wasilewskiego i Łokczewskiego.

W dłuższem przemówieniu naszkicował prezes Tow. przebieg życia zawodowego Jubilatów oraz zasługi dla Tow. lekarskiego, wręczając kolejno dyplomy członków honorowych.

Dziękując Tow. lek. za wysoką ocenę ich pracy, koledzy Wasilewski i Łokczewski złożyli na rzecz Tow. zł. 200.

Posiedzenie w dniu 22 września 1928 r.

Przewodniczy prezes Tow. Kol. Rożkowski.

Do protokołu posiedzenia w dniu 16 czerwca i dyskusji nad odczytem Kol. Zahorskiego „Nowoczesne leczenie astmy metodą prof. Coca“ Kol. Stawnicki dodał poniższe uwagi: sam słuchał w Warszawie wykładów prof. Coca i uważa metodę jego jako zasługującą na stosowanie, niestety, odpowiednie szczepionki nie są w Warszawie wytwarzane i przychodni do leczenia astmy dotąd niema; leczenie kameralne można stosować u nas w kraju: w Poznaniu są odpowiednie instalacje.

I. Odbyły się pokazy chorych:

1) Prezes Rożkowski pokazał chorego, u którego po zapaleniu płuc rozwinęła się sprawa swoista włóknisto-serowata, powikłana zapaleniem nerek, leczył się w Otwocku; z powodu zrostów nie można było zastosować odmy. W Warszawie wykonano przecięcie nerwu przeponowego. Obecnie stan względnej poprawy: sedymentacja krwinek — po 3 godzinach, w 2-iem badaniu — po $1^1/_2$ godziny; laseczników niema, Pirquet — ujemny.

2) Kol. Szwedowski pokazał 3 osoby leczone odmą z pomyślnym wynikiem: 1) chorą mężatkę, która otrzymała w szpitalu 5 dopełnień odmy i leczy się dalej; laseczników niema, sedymentacja krwinek — po upływie $1^1/_2$ godziny, 2) chorą 25-letnią w ciąży 6-miesięcznej; założono odmę niecałkowitą; laseczników niema, sedymentacja krwinek po $1^1/_2$ godziny, 3) chorego po 11 dopełnieniu odmy; laseczników niema, sendymentacja krwinek po 1 godz. 40 min.; otrzymuje nadal dopełnienia co dwa tygodnie.

3) Kol. Wrześniowski omówił z własnej praktyki 3 przypadki; 2 przypadki ilustrują dowodnie tezę, że narządy wewnętrzne, żołądek i jelita, nie są czułe, czułą jest natomiast otrzewna ścienna i krezka: 1) Mężczyzna zachorował nagle i został przywieziony do szpitala po upływie 24 godzin, tętno drobne, brzuch twardy jak deska, żadnego bólu; przy operacji znaleziono w dwunastnicy mały otworek, jak koniec obsadki; 2) Chory po durze brzusznym, obserwowany na wsi wspólnie z kol. Rożkowskim, początkowo rozpoznawano mylnie porażenie plexus solaris — tymczasem było to zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia jelita; 3) Pokaz chorej po operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego, pęcherzyk był zrośnięty z dwunastnicą, i w nim tkwiły 2 duże kamienie.

W dyskusji Kol. Sobol podaje przypadek przedziurawienia jelita po uderzeniu, przebiegający bez bólu. Prezes Rożkowski omawia szczegółowo sprawę wrażliwości bólowej narządów wewnętrznych i dowodzi, że sam fakt przedziurawienia jelita nie może nie powodować bólu.

II. Kol. Szwedowski odczytał obszerny referat na podstawie własnego doświadczenia „Leczenie gruźlicy płuc odmą piersiową“. Po krótkim wstępie historycznym prelegent omówił kolejno: mechanizm działania odmy sztucznej na płuca, wskazania i przeciwwskazania do zakładania odmy, skutki lecznicze, niebezpieczeństwa i powikłania (zator gazowy, wysięki) czas potrzebny do leczenia odmą (od 2 do 10 lat), technikę zakładania odmy oraz wyniki lecznicze obce i własne. Wyniki lecznicze podług statystyk Dumarest'a, Murard'a, Muralt'a, Sangman'a, Sterlinga i Dłuskiego są następujące: 10% zupełnie wyleczonych a w 50% leczenie przebiega dobrze. Doświadczenia własne prelegenta streszczają się w poniższych wyrazach:

Leczonych odmą piersiową w przeciągu 10 miesięcy było 28 chorych, dopełnień wykonano — 248. Drobne uciśnięte płuco otrzymano u 9 chorych, w tem 1 chory z wysiękiem, pomimo to dopełnienia trwają, co stanowi $35^5/_7$%. Niezupełnie uciśnięte płuco u 8 chorych, co stanowi $32^1/_7$%.

U jednej chorej wytworzył się wysięk, po pewnym czasie straciła prawo leczenia w Kasie chorych, wysięk zmniejszał się, dopełnień odmy nie otrzymywała, po 4 miesiącach od zaprzestania dopełnień zmarła z powodu krwotoku płucnego. Zaprzestało leczenia odmą 9 chorych z powodu wyczerpania miesięcy leczenia w Kasie chorych = $32^1/_7$%. Dwoje dzieci w wieku 8—10 lat, u jednego odma niezupełna ze zmianami w drugiem płucu, u drugiego odma prawie całkowita; przebieg leczenia zadowalający.

W zakończeniu prelegent pokazał aparat do zakładania odmy Dra Jasińskiego oraz igły Sanymanowskie.

W dyskusji przemawiali: Lipiński, Błagowidow, Batawia, Stawnicki, Sobol, Wasilewski, Łokczewski i Rożkowski.

Zdaniem Kol. Lipińskiego nieżyt jelit nie zawsze stanowi przeciwwskazanie do założenia odmy; odma może być założona i obustronnie, zna jeden taki przypadek, zakończony śmiercią.

Błagowidow w celu uniknięcia następczego wysięku zaleca ogłędne wpuszczanie powietrza.

Kol. Stawnicki zapytywał, czy w zajęciu gruźliczem krtani można stosować odmę. Zdaniem Kol. Batawii sprawa ta nie stanowi zasadnicze przeciwwskazania.

Sobol zwraca uwagę, że niekiedy obraz rentgenologiczny wykazuje zmiany nieznaczne a tymczasem sprawa przebiega niepomyślnie. Zdaniem Kol. Wasilewskiego należy przestrzegać ściśle wskazań do leczenia odmą. Ujemną stroną zabiegu — długotarwałe leczenie.

Kol. Stawnicki zachęca do szerokiego stosowania odmy, która stanowi środek potężny w leczeniu gruźlicy płuc.

Kol. Łokczewski wobec twierdzenia prelegenta, że ciężarne dobrze znoszą odmę, zwraca uwagę, że zazwyczaj nagłe i szybkie pogorszenie widujemy już po porodzie z powodu nagłej zmiany warunków ciśnienia i krążenia krwi w płucach.

Prezes Rożkowski w dłuższem przemówieniu uzupełnia odczyt prelegenta. Odma sztuczna jest jedynym środkiem, który może uratować chorego w przypadku rozpaczliwym. Chora tkanka płucna obok elastyczności posiada kurczliwość — i te obie własności przyrodzone wyzyskuje pneumothorax; odma „wybiórcza“ autorów francuskich (pneumothorax electif). Obustronna odma może być wskazaną, skoro po założeniu odmy jednostronnem w drugiem płucu rozwija się gruźlica, albo się zakłada po obu stronach równocześnie. Są dwie przyczyny niepowodzenia w zakładaniu odmy: pierwszą — to zrosty opłucnowe, drugą jest brak kurczliwości tkanki płucnej. W tych ostatnich przypadkach francuzi stosują oleo-thorax.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Towarzystwo Lekarskie w Złoczowie.

Sprawozdanie z II-go Walnego Zgromadzenia Towarzystwa Lekarskiego w Złoczowie, które odbyło się dnia 23-go czerwca 1929 r.:

Przewodniczył kol. Dr. Paulo, Sekretarzował kol. Dr. Lind.

Sprawozdanie z czynności Wydziału złożył sekretarz kol. Dr. Lind, w następującej treści: Wydział odbył 8 posiedzeń poświęconych sprawie referatów naukowych, których odbyło się 4:

1. a) Kol. Dr. Lind: O zakażeniu ustnem *(oral sepsis)*,

1. b) Kol. Dr. Lecewicz: Pokazy przypadków szpitala powszechnego,

2. Kol. Dr. Paulo: Jakby urządzić publiczną służbę zdrowia?
3. Kol. Dr. Bilowicki: Klinika zatruć gazami bojowemi,
4. Kol. Dr. Wasung: Organizacja służby zdrowia przy samorządzie w świetle ustaw sanit. R. P. P.

Z inicjatywy T-wa odbyły się staraniem i pod firmą Towarzystwa walki z gruźlicą tak w Złoczowie jak i na prowincji wykłady o gruźlicy w języku polskim, ruskim i żydowskim. Wykłady wygłosili: Kol. Dr. Paulo, Kol. Dr. Hreczanik i Kol. Dr. Załużny. Ponadto załatwił Wydział 2 sprawy honorowe między kolegami, z których jedna jest w toku oddana Sądowi koleżeńskiemu. Sprawozdanie uzupełnił p. prezes Dr. Paulo, komunikując, iż na interwencję Wydziału u prezesa Sądu ustanowiony został dla spraw sądowo - lekarskich alfabetyczny turnus. Codziennie inny kolega od godz. 12 — 13.

Po sprawozdaniu kasowem przez kol. Dr. Linda postawił wniosek kol. Dr. Baral o ustanowienie cennika lekarskiego oraz regulaminu, któryby regulował między innemi stosunek chorego do drugiego wezwanego lekarza.

Kol. Dr. Lind zaproponował, by w tej sprawie, która jest bardzo ważną zwołać osobne zebranie.

Kol. Dr. Lind zreferował sprawę ubezpieczenia zbiorowego. Uchwalono, by Wydział przedłożył kolegom dokładne szczegóły po zasięgnięciu odpowiednich informacyj.

W końcu uchwalono zaabonować: „Münchener medizinische Wochenschrift". Na tem Walne Zgromadzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Lind.* Przewodniczący: *Dr. Paulo.*

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego.

W dniach 19 i 20 kwietnia r. b. odbył się w Brześciu n/B. zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego. Obecni byli wszyscy lekarze powiatowi, prezydent miasta Pińska i lekarz miejski miasta Brześcia.

Zagaił zjazd p. Wicewojewoda Skrzyński, podkreślając konieczność nasilenia akcji społecznej celem pouczenia ludności, jak zapobiegać szerzeniu się gruźlicy, jaglicy i in.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, podając w swem przemówieniu porównawcze dane z prac dokonanych w dziedzinie sanitarno-porządkowej na obszarze całego Państwa, zwracając jednocześnie uwagę na konieczność niezwłocznego zajęcia się uporządkowaniem hoteli, restauracyj, fryzjerń i t. p. instytucyj ze względu na zbliżający się termin otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i połączone z nim wycieczki krajoznawcze zagranicznych gości, zwiedzających wystawę.

Ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, że walka z gruźlicą i jaglicą rozwija się stale. Na przeszkodzie szybszemu rozwojowi stoją: szczupłe budżety samorządowe, wielkie przestrzenie powiatów, brak dróg komunikacyjnych i rzadkie zaludnienie. Pomimo to jednak w roku zeszłym uruchomiono ośrodki zdrowia w Łunińcu, Brześciu, Kobryniu i Sarnach. Przystąpiono do urządzenia sanatorjum dla gruźlików w Hancewiczach, poza funkcjonującemi już na terenie województwa sanatorjami w Małorycie na 60 łóżek i kolejowem na 40 łóżek.

Szpitalnictwo powoli się rozwija. Szpitale są w Brześciu, Kamieńcu Litewskim, Pińsku, Drohiczynie, Kobryniu (w roku zeszłym odremontowany kosztem 50 tysięcy zł.),Łunińcu, Hancewiczach, Prużanie, Dąbrowicy, Włodzimiercu, Kosowie, Różanie (ten ostatni na 15 łóżek, utrzymywany przez T-wo Ochrony Zdrowia). Większość szpitali wymaga kapitalnego remontu i rozszerzenia. Co do rejonów lekarskich, to jest ich dotychczas tylko 27, a to ze względu na brak kandydatów, którzyby się chcieli w obecnych warunkach mieszkaniowych i kulturalnych tam osiedlić. Warunki te stale się jednak poprawiają i jest nadzieja, że już w roku bieżącym uda się uruchomić większą liczbę rejonów.

Akcja sanitarno - porządkowa zrobiła postępy. Wiele domów w miastach odnowiono i pomalowano, w wielu miejscowościach urządzono nowe bruki i chodniki, nowe studnie artezyjskie lub kopane z cembrowiną betonową, uporządkowano 66% śmietników i 77% ustępów w miastach i 51% ustępów we wsiach.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniami lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Inspektor lekarski Dr. Anzelm wygłosił referaty o istocie zadań lekarza powiatowego i o programie pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego i estetycznego wyglądu kraju, Inspektor farmaceutyczny p. Jagiełło — o czynnościach lekarzy powiatowych w zakresie spraw farmaceutycznych, wreszcie Naczelnik Wydziału Zdrowia Dr. Zaroski — o zasadach ustroju szpitalnictwa na terenie Województwa.

Na tem obrady zjazdu zakończono, poczem uczestnicy zjazdu udali się wspólnie na zwiedzenie szpitala miejskiego, miejskiego ośrodka zdrowia i piekarni mechanicznej. Obejrzane instytucje wywarły wrażenie dodatnie zarówno pod względem urządzenia, jak też prowadzenia i utrzymania.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego.

W dniach 26 i 27 kwietnia r. b. odbył się w Łucku zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, lekarz sejmikowy z Dubna, lekarze miejscy z Kowla i Łucka, lekarze szpitalny i szkolny z Łucka i lekarze rejonowi z Ołyki i Zdołbunowa.

Zagaił zjazd p. Wicewojewoda Gintowt - Dziewałtowski.

W imieniu Rządu powitał zjazd Dyrektor Departamentu Dr. Piestrzyński, podkreślając z uznaniem, że lekarze powiatowi, pracując na kresach w warunkach trudnych, a nieraz uciążliwych, pomimo to nie zaniedbują wszelkiej możliwości uzupełnienia swej wiedzy fachowej, łącząc się z kolegami w Wołyńskiem Towarzystwie Lekarskiem i przyczyniając się do jego rozwoju.

Z przedstawionych przez lekarzy powiatowych i miejskich sprawozdań widać, że walka z gruźlicą i jaglicą prowadzona jest przez ośrodki zdrowia w Łucku, Kowlu i Lubomlu, przychodnie specjalne w Horochowie i Zdołbunowie, oraz przez 38 przychodni rejonowych lekarskich. W roku bieżącym ma być otwarty ośrodek zdrowia i dom izolacyjny w Równem, a w powiecie lubomelskim będzie zorganizowana lotna poradnia gruźlicza, która będzie obsługiwać wsie, oddalone od środka powiatowego.

Ze względu na liczniejsze przypadki jaglicy w powiecie kowelskim, w którym poza specjalną przychodnią w Kowlu funkcjonują dwa zakłady jaglicze w Adamówce i Brzuchowicach, ma być otwarta specjalna przychodnia jaglicza w Ratnie.

Szpitali w Województwie Wołyńskiem jest 26 z 798 łóżkami. Sześć z pomiędzy nich są to jednostki małe, mianowicie w Szacku na 8 łóżek i 10-łóżkowe w Wołkowyi, Kniahininie, Poczajewie, Łanowcach i Szumsku. Pomimo, że koszt utrzymania takich małych szpitali jest znaczny, są one jednak niezbędne ze względu na zły stan dróg i wielkie przestrzenie powiatów.

Co do spraw sanitarno - porządkowych, to w ubiegłym roku daje się zauważyć znaczny postęp pod względem zadrzewienia i zabrukowania ulic i placów w miastach i miasteczkach, odnowienia domów w miastach, urządzenia publicznych ustępów, budowy nowych studzien i t. p. Na 1. I. r. b. w miastach było 46% śmietników i 53% ustępów. We wsiach sprawa z ustępami stała gorzej. bo było ich zaledwie 39%. Hotele, restauracje, kawiarnie, fryzjernie, sklepy spożywcze i t. p. instytucje były niejednokrotnie lustrowane i obecnie są doprowadzone do względnego porządku.

Po zakończeniu dyskusji, w której wyjaśnień udzielał p. Dyrektor Dr. Piestrzyński, przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego. Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce, p. Adamowiczowa zademonstrowała na wykresach błędy w regestracji chorób zakaźnych, które dały się zauważyć w Województwie Wołyńskiem, Doc. Dr. Gąsiorowski mówił o badaniu wody, inspektor weterynaryjny Dr. Zaremba o współdziałaniu lekarzy weterynaryjnych z lekarzami powiatowymi w zwalczaniu chorób odzwierzęcych, Dr. Kuźmicki o szkołach w związku z akcją sanitarno - porządkową, Dr. Ulatowski o celach i zadaniach Wojewódzkiego Komitetu Wychowania Fizycznego, wreszcie Kierownik Wydziału Opieki Społecznej p. Titow o opiece społecznej w Województwie Wołyńskiem. Dr. Hryszkiewicz wzywał lekarzy powiatowych do niezwłocznego przystąpienia do akcji sanitarno - porządkowej w związku ze zbliżającym się terminem otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i projektowanemi wycieczkami po kraju gości zagranicznych.

Na tem zjazd zamknięto, poczem uczestnicy zwiedzili szpital powiatowy, przychodnię państwową jagliczą i skórno - weneryczną, stację opieki nad matką i dzieckiem, sierociniec S. S. Teresinek, muzeum regionalne, ruiny zamku Lubarta, katedrę i skarbiec.

LISTY DO REDAKCJI.

W sprawie XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie (drobnych uwag kilka).

Otrzymałem w swoim czasie zaproszenie i zawiadomienie Komitetu Organizacyjnego XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, mającego się odbyć w Wilnie w czasie od 26 do 29

września b. r., z którego dowiaduję się, że obok większych wykładów bezdyskusyjnych na posiedzeniach plenarnych odbędą się w sekcjach odczyty programowe dłuższe i referaty luźne krótsze.

Dotąd jest wszystko w porządku. Jako internista, miłujący specjalnie neuropatologię, notuję sobie w kalendarzu terminowym, gdyby mi wypadło brać udział w roli członka Zjazdu i jednocześnie prelegenta, że Komitet prosi ewentualnych referentów o nadesłanie streszczeń w dość łagodnym, gdyż odległym terminie 30 sierpnia, narzucając nieco cięźej brzmiące 10 minut na odczyt, stosownie do których wypadnie referentowi uporządkować sobie w pamięci lub w notatce swój materjał referatowy. Dura lex sed lex.

Po upływie dwóch tygodni otrzymuję grzeczne zaproszenie Prezydjum Sekcji internistycznej, podwładnej Komitetowi Organizacyjnemu, oraz zawiadomienie tejże treści, ale z nieco innemi liczbami. Streszczenie należy zgłosić najpóźniej 26 lipca (czyli o całe 6 tygodni wcześniej) na wykład zaś przeznacza się wspaniałomyślnie 15 minut. Nie długo się zastanawiając zdumiony kandydat na przyszłego referenta przekreśla w notatniku poprzednie 2 liczby i zastępuje je nowemi, odmiennemi.

Po upływie nowych dwóch tygodni ja, powiedzmy referent in spe tematu z pogranicza interny i neurologji, otrzymuję nie mniej uprzejme zaproszenie Sekcji Neurologicznej, która prosi o ewentualne przysłanie referatu koniecznie przed 15 lipca (czyli o całe 8 tygodni wcześniej) zawiadamiając jeszcze bardziej kurtuazyjnie, iż na zwykły referat przeznacza się 20 minut.

Zastanawia się przeciętny nieszczęsny referent co ma czynić z notatnikiem, czy przekreślić po raz drugi i notować po raz trzeci, czy też czekać z korektą do nowego zawiadomienia, czy ma iść w ślady owego legendarnego żyda pacjenta, który się kładzie powtórnie na stół operacyjny, gdy mu chirurg zostawił przy laparotomji w roztargnieniu szczypce w jamie brzusznej. Wahający się pacjent sine ira et studio prosi jako dla pewności i na wszelki wypadek, o zaszywanie brzucha po powtórnej operacji nie na stałe, nie hermetycznie, lecz na guziki.

Należałoby obowiązkowo ujednostajnić decyzje różnych komitetów, prezydjów i zarządów. Nie wystarcza bowiem powoływanie się każdej sekcji na własny regulamin, jeśli główny Komitet Organizacyjny drukuje obowiązujące informacje, tembardziej, że każdorazowo Przewodniczącemu sekcji przysługuje prawo przedłużenia czasu ciekawego odczytu.

Drobną usterką Zjazdu jest też zbytnia kurtuazja względem dyskutantów, którzy mają, zdaniem mojem, obowiązek streszczania się w swoich przygodnych, doraźnych, częstokroć błahych uwagach w ciągu kilku minut. Tymczasem we wszystkich trzech listach znajduję prawo aż dwukrotnego przemawiania, każdorazowo przez całe 10 minut, czyli przeciętnie dyskutant ma do dyspozycji dwa razy więcej czasu od prelegenta, który operuje własnym oryginalnym materjałem i całem piśmiennictwem odnośnem.

H. Higier (Warszawa)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 3-ci zeszyt (zjazdowy) VII-ego tomu „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej" wyjdzie z druku w drugiej połowie sierpnia r. b. Zeszyt będzie zawierał w opracowaniu monograficznem referaty główne VIII-ego Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich, a mianowicie:

1) Anatomja, patologja i klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego w opracowaniu profesorów Uniwersytetu Warszawskiego L. Paszkiewicza, Fr. Venulcta i docenta tegoż Uniwersytetu M. Semerau-Siemianowskiego.

2) Ciśnienie krwi i jego zaburzenia, w opracowaniu profesora Uniwersytetu Warszawskiego J. Modrakowskiego, profesora Uniwersytetu Wileńskiego A. Januszkiewicza i docenta Uniwersytetu Lwowskiego H. Sochańskiego.

Zeszyt ten ze względu na swą nader obfitą treść będzie podwójnej objętości. Wobec tego, zgodnie z uchwałą Zarządu Głównego Tow. Int. Polsk. z dnia 19 lipca r. b. cena jego wyjątkowo wynosić będzie 15.— zł w Warszawie i 16.60 zł na prowincji.

Ze względu na ściśle ograniczony nakład PP. Koledzy, którzy P. A. M. W. nie abonują, a zeszyt powyższy życzą sobie nabyć oddzielnie, zechcą o tem niezwłocznie powiadomić administrację Polskiego Archiwum Med. Wewn. w Warszawie przy ul. Żórawiej Nr. 4 a m. 12.

Konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku". Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku".

Praca ta winna stanowić samodzielny i nieogłoszony dotąd przyczynek do poznania przyczyn i warunków szerzenia się alkoholizmu w wojsku, względnie jego skutków. Praca ta ma być oparta na samodzielnych badaniach i obserwacjach i może mieć charakter kliniczny, statystyczny, higieniczno-społeczny, wreszcie może dotyczyć zagadnienia przestępczości w wojsku pod wpływem zatrucia alkoholowego.

Praca w zasadzie powinna obejmować przynajmniej 1 arkusz druku. Przy wyjątkowych zaletach może być nagrodzona jednak praca mniejszych rozmiarów. W końcu pracy należy umieścić krótkie streszczenie, względnie wnioski w języku polskim i francuskim, niemieckim lub angielskim.

Termin nadesłania pracy 1-go października 1929 r. Prace winny być adresowane do p. Komendanta Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie (Górnośląska 45). „Praca na konkurs".

Praca powinna być zaopatrzona godłem bez podania nazwiska autora. Do pracy należy dołączyć zapieczętowaną kopertę, zaopatrzoną w godło, zawierającą wewnątrz imię i nazwisko, szarżę względnie stanowisko i dokładny adres autora.

Za najlepszą pracę nagroda wynosi 500 zł, II-ga nagroda — 300 zł, III-cia 200 zł. W razie wyjątkowych zalet nadesłanej pracy może być przyznana łącznie I i II, a nawet wszystkie 3 nagrody razem, jeśli inne prace nie będą zasługiwały na wyróżnienie.

Szkoła Podchorążych Sanitarnych nabywa prawo drukowania nagrodzonych prac w „Lekarzu Wojskowym", przyczem autor otrzymuje należne mu honorarjum autorskie.

Drugi konkurs Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Poza konkursem na pracę naukową p. t.: „Alkoholizm w wojsku", którego warunki podaliśmy wyżej, Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza drugi konkurs na dziełko propagandowe p. t.: „Alkoholizm, jego znaczenie i walka z nim, z uwzględnieniem warunków życia wojskowego".

Praca winna ująć w zwięzłym, treściwym i dostępnym dla ogółu inteligentnych czytelników wykładzie całokształt kwestji alkoholizmu, t. j. dać jasne pojęcie o wpływie alkoholu na ustrój człowieka i o znaczeniu, jakie ma alkoholizm dla społeczeństwa i narodu, a w szczególności dla wojska, a także wskazać na główniejsze przyczyny szerzenia się alkoholizmu i na skuteczne środki do jego zwalczania.

Praca ta, chociaż w ujęciu popularnem, nie powinna jednak odbiegać od danych i spostrzeżeń ściśle naukowych, ponieważ przeznaczona jest dla czytelników inteligentnych i jako pomoc dla lekarzy i oficerów, którzy mają prowadzić dla żołnierzy wykłady i pogadanki o alkoholizmie i zgubnym jego wpływie. Najwięcej pożądane są prace, w których szczegółowo i wyczerpująco rozważane będzie znaczenie alkoholizmu dla żołnierza indywidualnie i dla armji.

Praca winna obejmować 3 — 4 arkusze druku (40 — 60 lub więcej stron pisma maszynowego) i powinna być pisana czytelnie na jednej stronie arkusza (recto).

Prace należy nadsyłać pod adresem Szkoła Podchorążych Sanitarnych, ul. Górnośląska 45. „Praca na konkurs". Termin nadsyłania prac — 1 października 1929 r.

Nadsyłane prace winny być zaopatrzone w godło bez podania nazwiska autora. Do pracy ma być załączona zapieczętowana koperta, zaopatrzona w godło i zawierająca wewnątrz imię i nazwisko, stanowisko i dokładny adres autora.

Za najlepsze dwie prace będą przyznane nagrody: 1 nagroda wynosi 600 zł, II — 200 zł.

Szkoła Podchorążych Sanitarnych nabywa prawo ogłoszenia drukiem prac nagrodzonych.

Wilno.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie 26 — 29 września 1929 r. Przy Sekcji IX (bakterjologji higjeny i medycyny społecznej) Zjazdu została zorganizowana pod kierownictwem Dr. A. Borowskiego podsekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego. Uprasza się o zgłaszanie referatów w terminie do 31 sierpnia r. b. do Kierownika podsekcji Dr. Borowskiego (Kuratorjum Okręgu Szkolnego, Wilno, ul. Wolana).

Międzynarodowy Kongres Pracowników Umysłowych. Na ostatniem posiedzeniu Rady Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych ustalono, iż najbliższy Międzynarodowy Kongres Pracowników Umysłowych odbędzie się we wrześniu r. b. prawdopodobnie w Anglji. Porządek obrad Kongresu obejmuje następujące punkty: 1) Sprawozdanie Sekretarza Generalnego, 2) Ubezpieczenia społeczne (referat — Finlandja), — 3) Program Ekonomiczny pracowników umysłowych (referat H. Rygier — Polska), 4) Ankiety, przeprowadzone łącznie z Między-

narodowem Biurem Pracy (referent L. Gallié — Francja), 5) Prawa autorskie w zakresie reprodukcji mechanicznej (referent M. de Weidel — Francja), 6) Bezrobocie wśród pracowników umysłowych (referent Sekretarz Generalny), 7) Bezrobocie wśród artystów scenicznych i muzycznych (referent M. Cornelissen — Holandja), 8) Biura pośrednictwa pracy dla artystów (referent M. de Weindel — Francja), 10) Wymiana intelektualna (referent — Austrja) i wymiana prelegentów (referent panna Varesco — Rumunja), 11) Radjofonja (referent — Czechosłowacja), 12) Prawo autorskie do udziału w zwyżce cen przy dalszej odsprzedaży dzieł sztuki (referent L. Gallié — Francja), 11) Wolność myśli Liberté de pensée (referent — Anglja).

Z kraju.

Nowy organ poświęcony czystości i higjenie. Prasa perjodyczna została ostatnio wzbogacona ilustrowanym miesięcznikiem, poświęconym propagandzie higjeny i czystości, z uwzględnieniem popierania i krzewienia zasad czystości w życiu społecznem.

Mesięcznik „Czystość" doskonale redagowany przez lek. dent. Michała Grejnieca z Częstochowy zawiera cały szereg ciekawych artykułów, z których na czoło wybijają się znakomite uwagi o znaczeniu kąpieli Dr. Czesława Wroczyńskiego oraz „Jak czyścić zęby" red. Grejnieca.

Poza licznym materjałem informacyjnym i kronikarskim, z którego przebija troska o podniesienie poziomu higjenicznego w społeczeństwie, znajdujemy praktyczne wskazówki, propagowane przez naukowców higjeny.

Idąc za prądem czasu „Czystość" w każdym numerze wydaje bezpłatne kupony na rozmaite przybory i artykuły higjeniczne, jak szczoteczki do zębów „Purol", proszki do zębów, mydło i krem „Azela" i t. p.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 15 maja 1929 roku w sprawie opustu od cen, oznaczonych w taksie aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt Kas Chorych i wydawania tych lekarstw. Na mocy art. 43 ustęp IV i art. 97 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) oraz art. 2 poz. 13 i art. 10 zasadniczej ustawy sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 63 poz. 371), jak również na mocy art. 362 ros. ust. lek. (Zb. Pr. ros. t. XIII, wyd. 1905 r.) § 7 austr. ustawy z dnia 18 grudnia 1906 r. (austr. Dz. U. P. rok 1907 Nr. 5) i p. A. § 1 rozdz. 3 pruskiego kr. rozporządzenia z dnia 11 października 1801 r. zarządza się, co następuje:

§ 1. Za lekarstwa, wydawane na koszt Kas Chorych, działających na mocy ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. P. R. P. Nr. 44 poz. 272), aptekarze dzierżawcy lub odpowiedzialni kierownicy aptek z prawem sprzedaży lekarstw, obowiązani są obliczać cenę według ogólnej taksy aptekarskiej, względnie według zasad, wskazanych w rozporządzeniach, dotyczących taksy, i odliczać 25% od ceny lekarstw, przepisanych w formie recept, a 5% od ceny środków leczniczych lub opatrunkowych, przepisanych nie w formie recepty (sprzedaż odręczna).

W tych miejscowościach (osiedlach), w których Kasa Chorych posiada własną aptekę, przygotowującą lekarstwa według recept lekarzy, wyżej wymienione osoby mogą zamiast wskazanych 25% odliczyć tylko 5% od cen obowiązującej taksy aptekarskiej.

§ 2. Zarządy Kas Chorych, o ile nie płacą za lekarstwa i inne środki bezpośrednio przy ich pobieraniu, winny regulować rachunki w ciągu 15 dni od dnia podania ich przez apteki. W razie regulowania rachunków po tym terminie Kasy Chorych nie korzystają z ustępstw, określonych w § 1 niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Apteki publiczne obowiązane są stosownie do rozmiarów czynności posiadać dostateczne zapasy środków leczniczych oraz środków opatrunkowych i wydawać je na żądanie Kas Chorych z zachowaniem kolejności otrzymanych przez aptekę zamówień.

§ 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Jednocześnie traci moc obowiązującą rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 26 marca 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 61 poz. 448).

Minister Spraw Wewnętrznych: *Sławoj Składkowski.* Minister Pracy i Opieki Społecznej: *A. Prystor.*

Ze świata.

VI Kongres Stomatologiczny w Paryżu. W dniach 21 do 26 października roku bieżącego odbędzie się w Paryżu kongres stomatologiczny pod przewodnictwem Dr. Rousseau - Decelle'a. Rozpatrywane będą następujące 3 tematy główne: 1) Posocznica (septicaemia) pochodzenia ustno - zębowego. 2) Leczenie chirurgiczne schorzeń przywierzchołkowych. 3) Profilaktyka próchnicy zębów. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Dr. Leclecq, 9 bd. de la Madeleine, Paris 1. Na kolejach francuskich — 50% zniżki. Opłata za uczestnictwo — 100 fr.

Der blutlose „Phlebotomist". Komunikujemy Szan. Czytelnikom, że pismo „Der Blutlose Phlebotomist", które ukazuje się w językach niemieckim, angielskim, francuskim, włoskim, hiszpańskim, portugalskim i japońskim (nakład 1,250.000 egzemplarzy) dostarczane jest wszystkim pracującym na polu medycyny na całym świecie za wyjątkiem Rosji, Bułgarji i Łotwy. Wydawnictwo komunikuje nam, że wysyłka pisma nastąpi niebawem. Gdyby któryś z Czytelników naszych pisma nie otrzymał, to zechce nas o tem zawiadomić, a zwrócimy się niezwłocznie do wydawnictwa i polecimy wysyłkę pod wskazanym adresem.

Wybór prof. Modrakowskiego do Komisji Międzynarodowej Ekspertów do spraw substancyj odurzających. Na posiedzeniu w dniu 17 maja r. b. Komitet Międzynarodowego Zarządu do Spraw Higjeny Publicznej (Office Internat. d'Higiene Publique) w Paryżu, na wniosek delegata Rządu Polskiego powołał jednogłośnie p. Dr. Modrakowskiego, profesora farmakologji Uniwersytetu Warszawskiego na członka Międzynarodowej Komisji Ekspertów do spraw przetworów odurzających. Komisja zasiada na przemian w Paryżu i Genewie.

Kasy Chorych zagranicą i u nas (wyjęto z „Nowin Społeczno - Lekarskich" Nr. 14 z r. 1929).

Według zestawienia, dokonanego przez Urząd Statystyczny Rzeszy Niemieckiej, a opartego na materjałach Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie w r. 1925 ubezpieczeni obowiązkowo w Kasach Chorych stanowili następujący odsetek ogółu ludności pracującej w państwach europejskich:

Państwa	Odsetek ogółu ludności	% ludn. prac.
Austrja	34,3%	63,2%
Anglja	35,7%	80,7%
Niemcy	30,5%	59,5%
Norwegja	22,0%	57,1%
Czechy (1924)	19,2%	43,2%
Węgry	11,6%	24,8%
Polska	6,1%	19,8%
Rosja	6,1%	11,9%
Bułgarja	4,7%	8,7%

Przeciętna liczba dni choroby wynosiła na jednego ubezpieczonego: w Niemczech 11,2 dni; w Czechosłowacji 11,1 dni; w Polsce 5,9 dni.

Wydatek na jednego ubezpieczonego (w markach niemieckich) wynosił: w Niemczech 62,5 marki; w Polsce 49,5 marki; w Norwegji 36,5 marki; na Węgrzech 36,5 marki; w Austrji 36,7 marki.

Wydatek na zapomogi wynosił na jednego ubezpieczonego (w markach niemieckich): w Niemczech 25,3 markii; w Austrji 20,6 marki; na Węgrzech 15,7 marki; w Polsce 15,5 marki; w Norwegji 14,7 marki; w Anglji 13,4 marki.

Wydatek na leczenie na jednego ubezpieczonego wynosił (w markach niemieckich): w Niemczech 15,7 marki; w Anglji 12,3 marki; w Norwegji 17,3 marki; w Polsce 15,2 marki; w Austrji 9,6 marki.

W Anglji nie uwzględnia się wydatków na leczenie zębów i kosztów podróży.

Wydatek na leki na jednego ubezpieczonego wynosił (w markach niemieckich): w Polsce 9,7 marki; w Niemczech 7,3 marki; w Austrji 5,1 marki; na Węgrzech 4,7 marki; w Czechach 3,8 marki.

Wydatki na leczenie stanowiły następujący odsetek wydatków na świadczenia: w Norwegji 38,4% — w Anglji 34,3% — w Polsce 30,8% — w Niemczech 25,2% — w Austrji 23,3%.

Niektóre państwa europejskie posiadają dotąd jedynie ubezpieczenia dobrowolne; w stosunku do ogółu ludności ubezpieczeni stanowili odsetek następujący:

w Danji	42,% ogółu ludności
w Szwajcarji	29,2% ogółu ludności
we Włoszech	2,7% ogółu ludności
w Finlandji	2,2% ogółu ludności
w Hiszpanji	1,9% ogółu ludności

(Klin. Wach. — 1929 — Nr. 10).

W zestawieniach powyższych uderza b. wysoki wydatek na leki w Polsce. Świadczy to niewątpliwie o braku odpowiednich racjonalnych urządzeń leczniczych w polskich Kasach Chorych.

Nr. 32. 11. sierpnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Stan. DŁUŻEWSKI. Warszawa.

Wartość próby redukcyjnej do określenia liczby bakteryj w mleku.

Z pracowni bakterjologicznej Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy
Kierownik: Dr. A. Ławrynowicz.

W szeregu metod, stosowanych do określania bakteryj w mleku, próbowano wykorzystać redukujące własności drobnoustrojów, wychodząc z założenia, że szybkość redukcji idzie równolegle z liczbą bakteryj w danem środowisku. Podejmując tę próbę, miałem na widoku praktyczne zastosowanie jej w życiu codziennem; w wypadku otrzymania wyników dodatnich, dzięki swej łatwości i szybkości w wykonaniu, mogłaby ta metoda zastąpić zwykle stosowane, trudniejsze w wykonaniu i wymagające złożonej aparatury, posiewy.

Proces redukcji (odtlenienia) polega na tem, że pod wpływem enzymów bakteryjnego lub innego pochodzenia barwniki, tracąc tlen a przyłączając wodór, tworzą bezbarwne ciała t. zw. leukozasady. Własności redukcyjne posiadają prawie wszystkie drobnoustroje w większym lub mniejszym stopniu. W celu wykazania tego zjawiska hodujemy drobnoustroje na pożywkach z dodatkiem barwnych substancyj łatwo odtleniających się naprzykład lakmusu, błękitu metylenowego, czerwieni obojętnej i t. p.

Procesy redukcji w przyrodzie występują często — należą do nich t. zw. denitryfikacja t. j. redukcja azotanów do azotynów, powstawanie siarkowodoru i odtlenianie związków arsenowych. Do celów techniki laboratoryjnej wykorzystane zostały procesy redukujące — n. p. sole kwasu selenawego i tellurawego (podług Pergola) w celu odróżnienia las. błonicy od innych nie redukujących drobnoustrojów.

Pierwsi stwierdzili zjawiska redukcji w mleku surowem Vandin i Blyth. Schardinger zauważył, że mleko zabarwione błękitem metylenowym odbarwia się po pewnym czasie, co przypisywał drobnoustrojom.

Tegoż zdania byli Seligmann i Sommerfeld. Randnitz objaśnia odbarwienia w mleku obecnością redaktazy, t. i. enzymu o własnościach redukujących.

Większość jednak autorów, jak Grimmer, Jensen i inni zaprzeczają istnieniu reduktazy jako fermentu, działalność tę przypisując wyłącznie bakterjom.

To samo można powiedzieć o innych właściwościach redukcyjnych mleka o zmianie siarki na siarkowodór pod wpływem „Hydrogenazy“ i „Aldehydkatalazy“.

Według Heffera te ostatnie objawy redukcji zależne są od bakteryj. Pozatem część badaczy wiąże zjawiska redukcji mleka nie z liczbą obecnych drobnoustrojów, lecz z ich zjadliwością (Orla-Jensen, Gurwitsch). Gurwitsch stwierdził, że zjadliwe i niezjadliwe szczepy *Bac. mallei* redukują błękit metylenowy, dodany do podłoża w dużych i małych stężeniach w różnym stopniu. Własności redukujące mleko nie mogą jednak służyć do oceny, jaki gatunek bakteryj w danem mleku przeważa i czy znajdują się w niem chorobotwórcze (Wichern). Stwierdzono jednakże, że wybitna próba redukcyjna w obliczeniu na małą ilość mleka (0,01—1,0) w próbie Smidt'a lub na szybkość występowania w próbach Müllera i Gerbera często się zdarza w mleku zanieczyszczonem.

Pierwszy zastosował oznaczenie reduktazy w mleku Duclaux (1887 r.) przez odbarwianie mleka z indygokarminem. Neisser i Wechsberg zastąpili ten barwik błękitem metylenowym.

Przed przystąpieniem do pracy musiałem wyjaśnić jakie barwiki nadają się do spostrzegania procesów redukcji. W tym celu wypróbowałem wrażliwość na odtlenianie 4 barwików: lakmusu, czerwieni obojętnej, indygokarminu i błękitu metylenowego. Okazało się ,że najczulszemi barwikami na odtlenianie są indygokarmin i błękit metylenowy, z któremi wykonałem próby redukcyjne. Metodę stosowałem następującą: z każdą próbą mleka wykonywałem 16 doświadczeń, przyczem z jedną połową mleka obserwacje przeprowadzałem w temp. 37° w cieplarce, a z drugą połową — w temp. pokojowej (10—15°). Stężenie stosowanych barwików było różne w obu temperaturach, gdyż doświadczenie wykazało, że redukcja w wyższej temperaturze jest szybsza, dlatego też mniejsze stężenia stosowałem w temperaturze pokojowej, a większe stężenia w temperaturze wyższej (tabl. 1).

Tablica 1.

	Cieplarka 37°	Temp. pok. (10°-15°)
Indygokarmin	2% wodny roztw.	1% wodny roztw.
Błękit metylenowy	1% „ „	1/2% „ „

Do mleka dodawałem barwników w dawkach wzrastających (0,1—0,2—0,3—0,4), jak w jednej, tak i w drugiej temperaturze. Oznaczałem czas rozpoczęcia doświadczenia, a następnie co pół godziny notowałem zmiany, zachodzące w mleku przy obu temperaturach. Stopień redukcji oznaczałem plusami:

Całkowita redukcja — ++++
Niecałkowita — +++ i ++
Początek redukcji — +

Jednocześnie zwykłą metodą (posiew na agarze) określałem liczbę bakterji w 1 cm³ mleka. W taki więc sposób określałem zdolność redukcyjną mleka w 100 próbach. Z każdem mlekiem wykonałem 16 doświadczeń, czyli ogółem 1,600 prób. Z tej liczby redukcja wystąpiła 505 razy w temperaturze 37° cieplarki i 555 razy w temperaturze pokojowej, czyli razem mamy 1,060 obserwacyj. Pozostała część (540 obserwacyj) przypada na próby niecałkowite.

Zależność między intensywnością redukcji, a liczbą drobnoustrojów przedstawia tablica, w której podane są wahania liczby bakteryj w 1 cm³ mleka, dające całkowitą redukcję barwnika w rozmaitych odstępach czasu (tabl. 2).

Tablica 2.

Czas	Temper. 37° (cieplarka)		Temper. pokoju (10°-15°)	
	Indygo-karmin	Błękit metyl.	Indygo-karmin	Błękit metyl.
	Ilość bakteryj w miljonach		Ilość bakteryj w miljonach	
½ godz.	—	3	—	3—7
1 „	3—16	3—29	2½—3	2½—23
1½ „	3½—22	3½—23	2½—8	3½—18
2 „	2½—25	2½—23	4—16	3½—29
2½ „	3—22	2—25	3½—22	3—25
3 „	2—29	2—29	3—25	3—23
3½ „	2—26	3—25	4—11	2½—25
4 „	2—29	4—26	4½—29	2—29
4½ „	4—20½	4½—23	7—23	4½—22
5 „	2½—29	3½—14	3—26	25

Z tablicy wynika, że jednakowy efekt odbarwiania (w tym samym czasie) dają próby mleka o bardzo daleko odbiegającej zawartości bakteryj w 1 cm³, wynik ten wypada jednakowo z obu barwnikami, badanemi w cieplarce i temperaturze pokojowej. Z całości danych przedstawionych na tablicy wynika, że żadnej stałej równoległości między intensywnością redukcji w mleku a zawartością bakteryj w 1 cm³ niema.

Szereg autorów, wychodząc z założenia, że intensywność odbarwiania (redukcji) odpowiada na ogół liczbie bakteryj w mleku, próbował ułożyć schematy dla pracy.

Tak Barthel i Orla-Jensen na podstawie swych spostrzeżeń dzielą mleko na 4 grupy:

Do grupy I: Barwnik utrzymuje się 5 i pół godz. lub dłużej — mleko zawiera mniej niż pół milj. bakteryj w 1 cm³.

Dd grupy II: Barwnik utrzymuje się najmniej 2 godziny, lecz nie dłużej niż 5 i pół godz. — mleko zawiera pół do 4 milj. bakteryj w 1 cm³.

Do grupy III: Barwnik niezmieniony utrzymuje się dłużej niż 20 min., ale mniej niż 2 godz. — mleko zawiera 4—20 milj. kakteryj w 1 cm³.

Do grupy IV: Barwnik utrzymuje się najwyżej 20' — mleko zawiera przeszło 20 milj. bakteryj w 1 cm^3.

Angelici podaje, że 5—25 milj. bakteryj odbarwia błękit metylenowy w przeciągu 15—20', a więc 3—7 milj. bakteryj odbarwia w przeciągu 1—2 godz.

Widzimy więc rozbieżność pomiędzy danemi przytoczonych autorów a mojemi. Gdy u Barthel'a i Jensen'a redukcji barwnika w 5 i pół godz. odpowiada pół milj. bakteryj w mleku badanem, u mnie przy tym samym wyniku doświadczenia liczba bakteryj waha się przy 37° w granicach od 2—29 milj. dla indygokarminu i 3 i pół do 14 milj. dla błękitu metylenowego, a przy temperaturze pokojowej od 3—26 milj. dla indygokarminu i do 25 milj. dla błękitu metylenowego.

Rozbieżność mamy również porównując dane Angelici'ego i moje.

Z tablicy 3, porównując stopień odbarwienia jednego i tego samego barwnika w różnych temperaturach, wynika, że wyższa temperatura wywiera wpływ i na szybkość redukcji — ilość obserwowanych odbarwień zwiększa się.

Ttablica 3

Stopień redukcji	Indygokarmin Temp. 37°	Indygokarmin Temp. 10°—15°	Błękit metyl. Temp. 37°	Błękit metyl. Temp. 10°—15°
+ + + +	127	62	92	85
+ + +	45	49	21	54
+ +	49	70	50	37
+	76	112	78	86

Rodzaj barwnika wpływa na szybkość redukcji. Indygokarmin szybciej ulega redukcji w temperaturze 37°, a wolniej w temperaturze 10—15°. Odwrotnie rzecz się ma z błękitem metylenowym, który szybciej redukuje w temperaturze 10—15°, a wolniej w temperaturze 37° (tabl. 3).

Tablica 4.

Stopień	Indygokarmin					Błękit metylenowy			
	Temperatura 37° (cieplarka)								
	0,1	0,2	0,3	0,4	Dawka	0,1	0,2	0 3	0,4
+ + + +	47	36	25	19		48	24	15	5
+ + +	10	11	11	13		5	8	2	6
+ +	13	15	15	6		28	10	11	1
+	22	19	15	20		21	32	17	8

Mniejsze dawki barwnika szybciej ulegają redukcji niż większe. Dawka 0,1 rozpuszczonego barwnika na 5 cm^3 mleka okazała się najodpowiedniejszą, gdyż z nią otrzymałem największą ilość całkowitych odbarwień. Przy stosowaniu dawek stopniowo wzrastających (0,2—0,3—0,4) — ilość otrzymanych redukcyj stopniowo obniża się (tabl. 4 i 5).

Tablica 5.

Stopień	Indygokarmin					Błękit metylenowy			
	Temperatura 10°—15°								
	0,1	0,2	0,3	0,4	Dawka	0,1	0,2	0,3	0,4
+ + + +	26	20	11	5		34	22	20	9
+ + +	28	9	5	7		33	7	6	8
+ +	25	24	16	5		18	15	2	2
+	16	31	39	26		14	37	22	13

Spostrzeżenia przedstawione przeczą jakiejkolwiekbądź równoległości intensywności redukcji w mleku i liczbie bakteryj w 1 cm^3. Jest to zresztą wynik, którego z góry można było się spodziewać.

Mleko posiada zwykle tak liczną i tak rozmaitą pod względem własności biochemicznych mikroflorę, że ryczałtowy wynik jej działania, jaki mamy w procesie redukcji, nie może być odpowiednikiem liczby bakteryj w 1 cm^3. Wyjaśnienie istotnej roli i wartości praktycznej procesu redukcji w mleku będzie wymagało dalszych badań zdolności redukcyjnej poszczególnych grup bakteryj mleka w hodowlach czystych i w mieszance z innemi grupami.

Wniosek: *Intensywność redukcji barwników w mleku nie jest odpowiednikiem liczby bakteryj w 1 cm³. Próba redukcyjna nie może być zastosowana do ilościowego określenia zanieczyszczenia bakteryjnego mleka.*

Piśmiennictwo:

Smidt: Hygien. Rundschau, 1904. — Neisser-Wechsberg: Münch. Med. Wochenschr. 1900. — Buttenberg: Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungsmittel, t. XI, 1906. — p. Th. Müller: Arch. f. Hygien, 1906, t. 56. — Barthel: Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungsm. 1908, t. 15. — O. Jensen: Centralbl. f. Bakteriol. 1907, II. t. 18. — Heffer: Hofmeisters Beitr. 1904, t. 5. — Seligmann: Zeitschr. f. Hygien. 1905, t. 52. — Angelici: La clinica veter., 1911 (według Serkowskiego). — Spina: Centralbl. f. Bakteriol., 1887, t. 2. — Serkowski: Mleko i mleczarstwo, Warszawa, 1917. — Sommerfeld: Handbuch der Milchkunde, München, 1926.

A. CHWALIBOGOWSKI, Lwów.
H. SCHUSTERÓWNA.

O splenohepatomegalji Niemann - Picka.

Z Kliniki Pediatrycznej (Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer) i z Zakł. Anat. Patolog. U. J. K. (Dyr.: Prof. Dr. W. Nowicki).

W 1914 r. opisał Niemann przypadek splenohepatomegalji u dziecka 17-miesięcznego, który w obrazie klinicznym i w pośmiertnem badaniu anatomo-histologicznem przedstawiał szereg nieznanych do tej pory osobliwości.

W obrazie klinicznym zwracały uwagę żółto-brunatne zabarwienie skóry twarzy i rąk, oraz olbrzymie powiększenie śledziony i wątroby, datujące się, jak na to wywiady wskazywały, od połowy 3-go miesiąca życia. W obrazie sekcyjnym zaś bardzo znacznych rozmiarów śledziona o średnio-twardej spoistości wykazywała żółtą plamistą powierzchnię, a na przekroju żółtawe ogniska wielkości ziarna soczewicy, zlewające się częściowo we większe skupienia, poprzedzielane wąskiemi pasmami prawidłowej tkanki śledzionowej — tak, że powierzchnia przekroju, oglądana z odległości przedstawiała niemal jednolite żółtawe zabarwienie. Do podobnie olbrzymich rozmiarów powiększona wątroba przedstawiała barwę i rysunek zwyrodnienia tłuszczowego, występującego w zatruciu fosforowem. Żółte, podobne do barwy tłuszczu zabarwienie wykazywały ponadto gruczoły chłonne brzucha, nerki i nadnercza.

Przedewszystkiem ciekawym był jednak wynik badania histologicznego. W śledzionie o zupełnie zatartej budowie można było stwierdzić jedynie pozostałości normalnego utkania. Pole widzenia wypełniały charakterystyczne wielkie komórki o średnicy 30—50 μ o obrysach krągłych, owalnych lub wielokątnych, z 1 lub 2, rzadko tylko z 3 lub większą ilością małych krągłych jąder, o jasnem, wodniczkowem pierwoszczu, barwiącem się kwaśnemi barwikami, dzięki czemu odróżnić je można było łatwo od zasadochłonnych zwykłych komórek miazgi śledzieniowej. Komórki te dawały odczyny barwne, właściwe tłuszczom i ciałom tłuszczowatym. W równie znacznej ilości stwierdzić je można było we wątrobie, w której układały się one bardziej regularnie w rodzaju pasm, odpowiadających beleczkom wątrobowym. Te same charakterystyczne komórki znajdowały się w gruczołach chłonnych jamy brzusznej. Komórki nerek i nadnerczy wykazywały nieznaczne zwyrodnienie tłuszczowe, w nadnerczach stwierdzić można było ponadto komórki, podobne do opisanych komórek śledziony, wątroby i gruczołów.

Zastanawiając się nad charakterem i pochodzeniem powyższych komórek stwierdził Niemann, że podobne zmiany histologiczne, także w łączności z opisanym obrazem klinicznym — nie były znane do tego czasu w piśmiennictwie pedjatrycznem. Uważał on je za najbardziej zbliżone do opisanej po raz pierwszy w r. 1882 splenomegalji typu Gaucher. Choroba ta, zdaniem autora, różni się wprawdzie pod pewnemi względami od jego przypadku, znana jest mianowicie wyłącznie u ludzi dorosłych, przebiega przewlekle i występuje prawie zawsze rodzinnie, wykazuje jednak podobne brunatne zabarwienie skóry, daje, obok guza śledziony, także powiększenie wątroby i cechuje się brakiem zmian we krwi, stwierdzonym przez Niemanna również w jego przypadku. Makroskopowy obraz śledziony w chorobie Gaucher'a zgadza się naogół z obrazem śledziony w przypadku autora, jeszcze większe zaś podobieństwo wykazuje obraz histologiczny tak, iż przyjął on, że w obu schorzeniach chodzi najprawdopodobniej o identyczne komórki.

W dalszym ciągu swej pracy za Bovaird'em, który chorobę Gaucher'a uważa za schorzenie systemowe układu siateczkowo-śródbłonkowego, takiego samego tła dopatrywał się w swoim przypadku i uważał, że charakterystyczne komórki są tubylczemi komórkami danego narządu, które pod wpływem nie-

znanej przyczyny ulegają opisanej przemianie. Wspomina on także o wielokomórkowym przeroście śledziony lipemicznej djabetyków, opisanej w r. 1912 przez Schultzego, w której stwierdzono komórki, według opisu i rycin, wykazujące również podobieństwo do komórek Niemanna. W ostateczności przyznając jedność histologiczną z dwiema powyższemi chorobami i dopatrując się wspólnego tła, na podstawie obrazu klinicznego wieku chorego oraz szybkiego i wyniszczającego przebiegu choroby, oświadczył się za odrębnością swojego przypadku.

Piśmiennictwo następnych lat przyniosło 7 dalszych identycznych opisów klinicznych. Dokładne obserwacje kliniczne i ścisłe, krytyczne badania anatomo-histologiczne ustaliły odrębność powyższej choroby i skłoniły Picka do przyjęcia nowej jednostki chorobowej, którą nazwano *Splenohepatomegalja typu Niemann-Pick*. Choroba ta, według Picka w odróżnieniu od choroby Gauchera, rozpoczyna się stale w bardzo wczesnem niemowlęctwie, daje równoczesne, równoległe i bardzo raźne powiększanie śledziony i wątroby, postępuje i szybko wyniszcza ustrój a charakterystyczne dla niej komórki patologiczne odmiennie od komórek Gauchera barwią się zwykłemi barwikami tłuszczowemi i znajdują się nietylko w narządach aparatu śródbłonkowo-siateczkowego, lecz wykazać się dają także wśród swoistego utkania narządów miąższowych.

Tabelaryczne zestawienie wspomnianych 7-miu przypadków oraz pierwszego przypadku Niemanna dał Pick w 1926 r. w monografji: *„Der Morbus Gaucher und die ihm ähnlichen Erkrankungen"*. Następny 9-ty przypadek ogłoszony został przez Hamburgera w Jahrbuch für die Kinderheilkunde z 1927 r. z tego źródła dowiadujemy się o 10-tym przypadku przedstawionym przez Folke-Henschen'a na Kongresie lekarskim państw północnych w 1925 r. W tym samym roku (1927) ogłoszony został w Rev. de pediatr. przez Corcana, Oberlinga i Diensta 11-ty przypadek, ostatni z autorów zapowiada przytem publikację 12-go przypadku wspólnie z Hamperlem z Wiednia.

13-ty przypadek tego rzadkiego dotąd schorzenia był przedmiotem badania i spostrzegania w klinice naszej w grudniu 1927. Dotyczy on dziewczynki, liczącej w dniu przyjęcia 18 miesięcy, urodzonej jako pierwsze dziecko zdrowych rodziców, którzy podają, że w rodzinie obojga nie chorował nikt na choroby krwi, nerwowe, weneryczne lub gruźlicę. Dziadek (ojciec matki) w dodatkowym wywiadzie przyznaje, że w młodym wieku przechodził kiłę, po kilku latach leczenia uznany jednak został przez lekarzy za zdrowego. Dziecko karmione było przez miesiąc piersią, następnie mlekiem krowiem z wodą (1 : 2 i 1 : 1), od 12-go miesiąca życia czystem mlekiem krowiem z łyżeczką cukru na szklankę pokarmu. W 8-ym miesiącu życia dostawało dziecko przez okres 2 tygodni sok z marchwi, poczem matka zaniechała tego, rzekomo z powodu wymiotów. Dziecko przyszło na świat z wagą około 2.500 g, od urodzenia było wątłe i blade, ssało, a następnie piło z flaszki leniwie, wymiotowało i oddawało stolce na przemian grudkowato zbite lub wolne, często wodniste, zielone i z domieszką śluzu. Pozatem zapadało kilkakrotnie na nieżyt górnych dróg oddechowych z gorączką, dochodzącą do 38°.

Około połowy 3-ego miesiąca zauważyli rodzice, że brzuch dziecka, od najwcześniejszego niemowlęctwa dość wielki, zaczyna się powiększać. Wezwany lekarz stwierdził powiększenie śledziony i wątroby, odniósł je do krzywicy i polecił naświetlania lampą kwarcową, które podobnie, jak wszystkie inne środki (wapno, fosfor, żelazo i arszenik), zapisywane przez kilku następnych lekarzy, ani nie polepszyły stanu ogólnego dziecka ani nie zmniejszyły rozmiarów brzucha. Dziecko nie rozwija się, nie podnosi głowy, nie siedzi, chudnie i marnieje z dnia na dzień, a brzuch stale zwiększający się osiągnął w końcu rozmiary olbrzymie, co skłoniło rodziców do zasięgnięcia porady w klinice.

Stan w dniu przyjęcia: 18-mies. dziecko o wadze 5.640 g i długości ciała 69 cm zwraca uwagę daleko posuniętem wyniszczeniem, wychudzeniem i bladością, szarobrunatnem zabarwieniem skóry twarzy, rąk i przedramion oraz imponującemi rozmiarami brzucha, przez którego chude powłoki zaznaczają się obrysy dwu guzów, zajmujących obie połowy jamy brzusznej. Dziecko interesuje się otoczeniem, wyraz oczu inteligentny. Pozostawione samemu sobie leży bezwładnie, jakby unieruchomione ciężarem brzucha. W czasie badania niepokoi się i krzyczy głosem szorstkim, chrypiącym. Skóra poza opisanem szaro-brunatnem zabarwieniem na twarzy i kończynach górnych, wykazuje bladość, suchość, cienkość i wiotkość, a tkanka podskórna jest prawie zupełnie zanikła. Gruczoły chłonne zewnętrzne są powiększone i dochodzą wielkości ziarna fasoli; są pojedyncze, przesuwalne, twarde, sprężyste i niebolesne. Kościec wykazuje objawy przebytej krzywicy, mianowicie wybitne guzy czołowe i ciemieniowe, zgrubiałe łuki brwiowe, ciemię szerokości $1^1/_2 \times 1^1/_2$ cm, średniego stopnia różaniec oraz nieznaczne zgrubienie nasad kości długich. Gałki oczne nieco wytrzeszczone, twardówki zabarwione żółto-brunatnie. Źrenice okrągłe, równe, oddziaływują na światło prawidłowo, dno oka bez zmian. Błona śluzowa warg i jamy ustnej blada, uzębienia brak. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona i rozpulchniona, na tylnej ścianie obfita wydzielina śluzowa. Podobna wydzielina wydobywa się obficie z nosa. Uszy bez zmian. Klatka piersiowa dzwonowato ku dołowi rozszerzona, obwód jej na wysokości brodawek sutkowych wynosi 39 cm. Dolne granice płuc uniesione wysoko ku górze. Szmery oddechowe szorstkie, pokryte licznemi furczeniami i średnio-bańkowemi rzężeniami wilgotnemi. Wypuk jawny. Serce poza głuchemi tonami nie wykazuje zmian, tętno słabo napięte i drobne, 128 na minutę. Brzuch, którego obwód na wysokości pępka wynosi 49 cm, ma rozmiary olbrzymie w stosunku do klatki piersiowej i cienkich kończyn. Jest prawie w całości wypełniony przez wątrobę i śledzionę. Oba narządy są spoistości twardej, powierzchnie ich są gładkie, a brzegi tępe. Ku dołowi sięgają one do grzebieni biodrowych przednich górnych, w górze stykają się bezpośrednio, od pępka w dół niedochodzą do siebie na szerokość $1^1/_2$ palca. Odruchy fizjologiczne są leniwe, patologicznych nie stwierdza się.

Mocz bez składników patologicznych nie zawiera barwików żółciowych, względnie ich pochodnych. Stolec bez zmian.

Krew: Ciałek czerwonych 4,600.000, ciałek białych 7.800. — w tem ciałek młodych $^1/_2$%, pałeczkowatych $5^1/_2$%, segmentowanych $56^1/_2$%, eozynochlonnych 0, tucznych $^1/_2$%, plasmatycznych $^1/_2$%, monocytów $6^1/_2$%, limfocytów 30%. Sahli — 51, Ind. Hb. — 0,55. Stwierdza się nieliczne mikro- i poikilocyty, tu i ówdzie polichromatofilję. Płytek 196.000. Czas krzepnienia krwi 5'30". Czas krwawienia 3'30". Badanie odporności krwinek na hipotoniczne roztwory NaCl wykazuje początek hemolizy przy 0,45.

Poziom cukru krwi = 97 mg %, RN = 25 mg %, bilirubina surowicy podług v. d. Bergha = 0,35 E, cholesteryna = 429 mg %. Surowica krwi pobranej w 4 godziny po posiłku wykazuje znaczne zmętnienie.

Odczyny tuberkulinowe wypadły ujemnie, odczyn Wassermanna i Meinickego, dwukrotnie wykonywane, — ujemnie.

Badanie rentgenologiczne: cienie wnękowe rozszerzone. Pola płucne w całości mniej przepuszczalne. Serce rozmiarów i konfiguracji prawidłowej.

Stwierdziliśmy zatem, obok grypowego nieżytu nosa, gardła i oskrzeli oraz objawów krzywicy, *jaknajdalej posunięte wychudzenie i wyniszczenie ustroju, olbrzymich rozmiarów wątrobę i śledzionę oraz charakterystyczne szaro-brunatne zabarwienie twarzy, rąk i przedramion oraz twardówek oczu.*

Rozpatrując przyrodę tak znacznego powiększenia wątroby i śledziony w łączności z przedstawionym obrazem klinicznym i wynikiem badań pomocniczych, z łatwością mogliśmy wykluczyć kiłę i gruźlicę, niedokrwność rzekomo białaczkową Jaksch-Hayema oraz przerostową marskość wątroby Hanuota. Uwzględniając zaś drugi, obok guza wątroby i śledziony, najbardziej wybitny objaw, mianowicie charakterystyczne szaro-brunatne zabarwienie skóry twarzy i kończyn górnych oraz twardówek oczu, zwróciliśmy uwagę na te postacie splenohepatomegalji, które zaliczane są do schorzeń układu siateczkowo-śródbłonkowego; taki bowiem zespół objawów występuje jedynie w dwu chorobach: *splenomegalji Gauchera i w nieznanym obrazie chorobowym Niemanna, późniejszej splenohepatomegalji Niemanna-Picka.*

Różnicując między temi dwiema chorobami, na podstawie wieku chorego, równoczesnego i równoległego powiększania się śledziony i wątroby od 2-go miesiąca życia, szybkiego i wyniszczającego przebiegu choroby oraz lipemicznego zmętnienia surowicy i wysokiego poziomu cholesteryny krwi, rozpoznaliśmy *splenohepatomegalję typu Niemann-Picka*. Dla ugruntowania naszego rozpoznania postanowiliśmy wykonać nakłucie śledziony. W międzyczasie t. j. w ciągu 4-dniowego pobytu dziecka w klinice stan jego uległ znacznemu pogorszeniu, grypowy nieżyt oskrzeli dał wtórne obustronne zapalenie płuc. Nakłucie śledziony, wykonane na 3 godziny przed śmiercią, dostarczyło nam skąpego materjału krwawego, który, oglądany zarówno na świeżo, jak i w preparatach barwionych, nie dał nam owych charakterystycznych komórek, które Pick dwukrotnie (w przypadku Schiffa i w przypadku Hamburgera) wykazał. Sekcja potwierdziła jednak w całej rozciągłości nasze rozpoznanie.

Sekcję zwłok wykonano dnia 15 grudnia 1927 w 20 godzin po śmierci. Stwierdzono co następuje: Zwłoki dziecka na swój wiek słabo rozwiniętego, delikatnej budowy kośćca, o skórze wybitnie bladej, suchej i zeienczałej, a przytem ziemniałej, i tkance tłuszczowej podskórnej zanikłej. Również błony śluzowe, od zewnątrz widoczne, są wybitnie blade. Uderza znaczne powiększenie brzucha, szczególnie w części nadbrzusznej.

Głowa: Czaszka jest mesocefaliczna, kości jej są cienkie, częściowo przeświecające. W jamie czaszkowej znajduje się dość

obfity płyn jasny, przejrzysty. Opona twarda jest gładka i dobrze napięta. Opony miękkie są wybitnie blade i obrzękłe. Na rozkroju mózgu komory boczne są rozszerzone i wypełnione przeźroczystym płynem. Mózg jest blady, ciastowaty, kora mózgowa jest bardzo wąska.

Klatka piersiowa: w dolnej części jest rozszerzona. W śródpiersiu przedniem zmian nie widać, grasica jest mała, blada, o odcieniu żółtawym. Opłucna jest bez zmian. Płuca są wybitnie blade, płaty przednie ich są powietrzne, w tylnych częściach płuc stwierdza się ogniska szaroróżowe, bezpowietrzne kruche, częściowo zlewające się ze sobą. Oskrzela i tchawica mają błonę śluzową cienką i bladą. Gruczoły tkanki piersiowej są powiększone, mianowicie dochodzą wielkości grochu a nawet fasoli, na przekroju są blade i nieco żółtawe, o spoistości dość miękkiej.

Serce: jest odpowiednio wielkie, wsierdzie jest bez zmian. Mięsień serca wybitnie blady, nieco żółtawy i kruchy.

Tarczyca jest mała i blada.

Jama brzuszna: otrzewna prawidłwa. Jelita i kiszki są blade i zepchnięte ku dołowi przez znacznie powiększoną wątrobę i śledzionę, które też zajmują niemal całą górną część brzucha, a ich dolne brzegi sięgają poniżej pępka.

Śledziona jest bardzo wielka i ciężka (300 g) i ma postać prawidłową. Torebka jej jest gładka, cienka. Na przekroju miąższ śledziony jest miernie kruchy blado różowy, wpadający w odcień żółtawy. Grudki chłonne jej są powiększone i ciemno czerwone.

Wątroba: ma postać prawidłową; jest znacznie powiększona i ciężka (760 g). Torebka jej jest cienka i blada. Rysunek na przekroju zatarty. Jest ona wybitnie blada i żółta, a spoistość jej jest oporna. Przedstawia ona obraz wątroby silnie tłuszczowo nacieczonej. Woreczek żółciowy jest mały o ścianach cieńkich, zawiera on skąpą żółć. Drogi żółciowe są drożne.

Nerki: są wielkości prawidłowej, na przekroju blade, nieco żółtawe, o spoistości prawidłowej. Moczowody i pęcherz moczowy są bez zmian.

Nadnercza: są wielkie, blade, kora ich wybitnie żółta, lewe waży 5,2 g, prawe 5,6 g.

Trzustka jest blada, wyraźnie ziarnista. Jelita o błonie śluzowej bardzo bladej, grudki chłonne są powiększone, blado - różowe.

Gruczoły jamy brzusznej są powiększone, blade, niektóre wybitnie żółte.

Narządy płciowe: macica i jajniki są słabo rozwinięte.

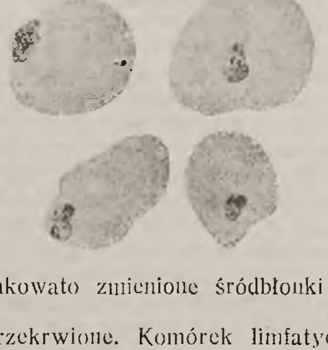
Szpik kostny: z kości udowej jest blado różowy, obfity.

Sekcyjnie stwierdzono zatem: wybitne powiększenie wątroby i śledziony oraz przerost całego narządu chłonnego. Następnie ogólne wyniszczenie i niedokrwistość, zwyrodnienie i nacieczenie tłuszczowe narządów oraz obustronne zapalenie płuc. Jako przyczynę śmierci należy uważać wyniszczenie i końcowe zapalenie płuc.

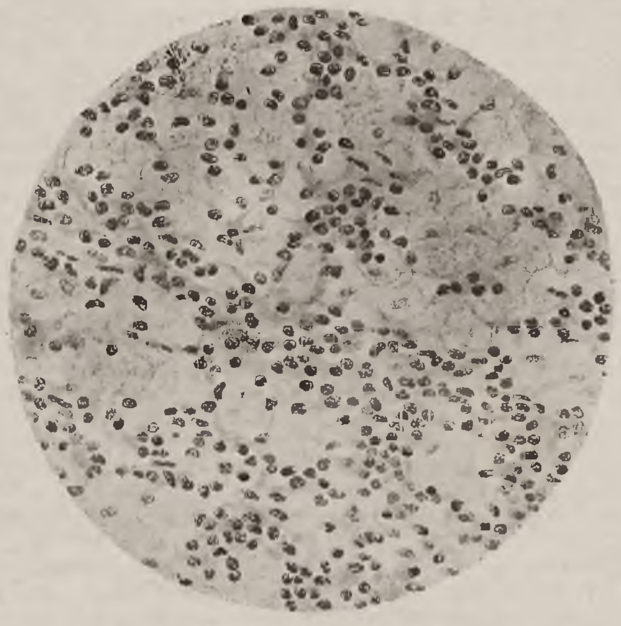
Do badania drobnowidowego wycięto skrawki ze wszystkich narządów, szczególnie z narządów miąższowych. Z kawałeczków wyciętych sprządzono preparaty parafinowe i mrożone, barwiono je haematoksyliną i eozyną oraz metodami, służącemi do wykazania tłuszczu, jak Sudanem III i szkarłatem R, kwasem nadosmowym, sposobem Ciaccia i Fischlera.

Poniżej podaję opis szczególnie tych narządów, które okazywały zmiany największe.

Śledziona: Budowa prawidłowa śledziony jest zatarta. Grudki chłonne są prawie niewidoczne. Torebka łączno - tkankowa i przegródki śledzionowe są prawidłowe, w przegródkach naczynia krwionośne są przekrwione. Komórek limfatycznych jest mało. Przeważną część komórek śledzionowych tworzą komórki wielkie jasne, o słabo zaznaczonych obrysach lub wielokątne. Pierwoszcz komórek jest blada, delikatnie ziarnista lub też piankowata. Jadra tych komórek są większe od jąder limfocytów, mają delikatny zrąb chromatyny i wyraźne jąderka (Rys. 1). Komórki układają się grupkami pod postacią pasm i sieci. Pomiędzy komórkami są większe i mniejsze szczelinowate przestrzenie, w których stwierdza się obfite ciałka czerwone krwi. Z tego wynikałoby, że opisane komórki piankowate są zmienionemi śródbłonkami naczyń włosowatych. Prawdopodobnie jednak także komórki siateczkowe i komórki adenoidalne uległy tej zmianie chorobowej. We większych naczyniach stwierdza się w świetle owe komórki piankowate (Rys. 2).



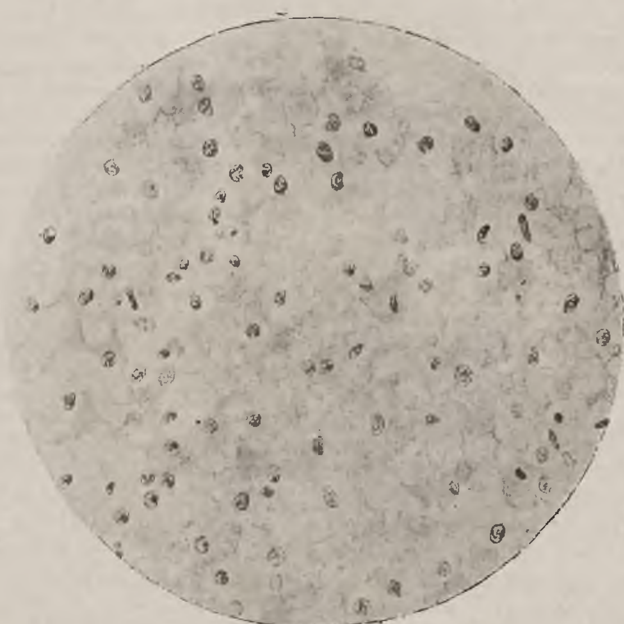
Rys. 1. Piankowato zmienione śródbłonki naczyniowe.



Rys. 2. Śledzona: Obfite komórki piankowate.

Gruczoły chłonne: Okazują częściowo obraz zupełnie podobny do obrazu śledziony, częściowo budowa gruczołowa jest mniej lub bardziej zatarta i tylko gniazda i pasma owych jasnych komórek leżą wśród tkanki adenoidalnej.

Wątroba: Obraz drobnowidowy wątroby jest zupełnie zmieniony; jej budowa zrazikowa jest tylko miejscami zachowana, a nawet występuje wyraźnie z powodu silniejszego rozrostu tkanki łącznej, międzyzrazikowej. W tkance tej widać nieliczne przewody żółciowe i obfite naczynia krwionośne rozszerzone i przekrwione, a dookoła naczyń nieznaczne nacieki krągłokomórkowe. Wśród nich stwierdza się także tu i ówdzie komórki piankowate. Same zraziki wątrobowe zaś składają się z ogniskowo ułożonych, wielkich, jasnych, piankowatych komórek, opisanych w gruczołach i śledzionie. Komórki te są niewątpliwie zmienionemi komórkami śródbłonkowemi, podobnie, jak w innych narządach, gdyż pomiędzy niemi widać małe szczelinki, wypełnione krwią, odpowiadające światłu naczyń śród - zrazikowych. Różnicy pomiędzy temi dwoma typami komórek nie można się jednak dopatrzeć (Ryc. 3).



Rys. 3. Wątroba: Komórki wątrobowe i śródbłonki naczyń piankowato zmienione.

Szpik kostny: jest silnie ukrwiony. W szpiku widać obfite limfocyty, komórki plazmatyczne, myelocyty, leukocyty i komórki olbrzymie. Pozatem stwierdza się w nim gniazda komórek bladych jasnych, piankowatych dookoła przestrzeni naczyniowych, zatem znowu zmienione śródbłonki naczyń.

Nerki: komórki tak kanalików krętych, jak i prostych, są w wysokim stopniu zwyrodniałe i okazują zziarnienie, częściowo odpadają i łuszczą się. Kłębuszki nerkowe sa powiększone, śródbłonki naczyń włosowatych kłebuszka są napęczniałe, wielkie i jasne, częściowo o budowie piankowatej. Również pomiędzy kanalikami stwierdza się grupy zmienionych komórek śródbłonkowych.

Nadnercza: Budowa pasmowata kory jest wyraźna, budowa istoty rdzennej zaś zatarta. Komórki korowe są wielkie i jasne, o niewyraźnych obrysach: pierwoszcz komórek ma obfitą, delikatna, bladą ziarnistość. W istocie rdzennej, częściowo silnie rozwiniętej, stwierdza się naczynia krwionośne przekrwione, a śródbłonki ich przedstawiają się podobnie, jak owe komórki jasne, opisane w śledzionie i wątrobie. Również w świetle naczyń widać komórki piankowate.

Przewód pokarmowy: w żołądku i w jelitach stwierdza się w zakresie grudek chłonnych miejscami grupy owych komórek piankowatych. Również w błonie śluzowej i podśluzowej widać poszczególne komórki piankowate w otoczeniu naczyń.

Mięsień sercowy: Pomiędzy włóknami stwierdza się przestrzenie naczyniowe, których śródbłonki okazują zmiany, podobne do zmian w innych narządach. Same włókna mięsne są napęczniałe, a prążkowanie ich jest zatarte.

Tarczyca: ma budowę prawidłową, a w utkaniu jej stwierdza się gdzieniegdzie pojedyńcze grupki komórek piankowatych, niewątpliwie zmienionych śródbłonków.

Grasica: wśród komórek miąższowych limfoidalnych są obfite gniazda owych komórek piankowatych i zwapniałe ciałka Hassala.

Trzustka: obfite wysepki Langerhansa, gdzieniegdzie grudki zmienionych komórek śródbłonkowych.

Jajniki: mają budowę prawidłową. W tkance łącznej są ogniska i pasma znanych już komórek piankowatych.

Płuca: Nabłonki płucne są napęczniałe, blade, miękkie; wielkie piankowate nabłonki te łuszczą sie i leżą wolno w świetle pęcherzyków płucnych. Również w ścianach pęcherzyków stwierdza się grupy komórek wodniczkowych.

Mózg: Tak w istocie rdzennej jak i korowej widać gniazda i poszczególne komórki piankowate. Szczególnie w korze jest ich bardzo wiele. Są to śródbłonki naczyń, częściowo jednak niewątpliwie i komórki nerwowe, może także glejowe. Co się tyczy komórek nerwowych, to w niektórych widać zmiany początkowe, mianowicie napęcznienie i wodnikowatość pierwoszcza, inne już zupełnie nie wyglądają na komórki nerwowe.

Jak więc z badania drobnowidowego wynika, w przypadku opisanym zachodzą zmiany przedewszystkiem komórek śródbłonkowych, które też uległy znacznemu napęcznieniu, a w ich pierwoszczy pojawia się drobna ziarnistość lub większe i mniejsze wodniczki, nadające komórkom budowę piankowatą. Lecz także w innych komórkach, jak w komórkach siateczki anedoidalnej, nabłonkowych, nabłonkach płucnych i elementach nerwowych można było stwierdzić zmiany podobne.

Należy się zapytać co to są za zmiany i jak one powstały? Owe ziarenka i pęcherzyki w komórkach mogłyby być wodniczkami powstałemi wskutek obrzęku lub też wyługowanemi kuleczkami tłuszczu. Celem przekonania się wykonano badania w kierunku wykazania ciał tłuszczowych i tłuszczowatych.

Badania na tłuszcz i ciała tłuszczowate.

Preparaty sudanowe: Opisane komórki piankowate, stwierdzone prawie we wszystkich narządach, barwią się Sudanem III, albo słabo jednolicie pomarańczowo, lub też okazują drobne ziarenka, intensywniej pomarańczowo się barwiące. Zabarwienie ziarenek tłuszczu w komórkach różni się jednak od zabarwienia tłuszczu w tkance tłuszczowej. Tłuszcz w komórkach badanych barwi się bardziej brudno-pomarańczowo, tłuszcz zaś w tkance tłuszczowej jasno-pomarańczowo. Zabarwienie to jednak nie jest jednolite. Nie tylko w rozmaitych narządach, lecz także w jednym i tym samym narządzie stwierdza się komórki, które się wcale nie barwią, inne barwą się słabo, inne wreszcie dość silnie.

Szkarłat R. Szkarłatem otrzymuje się zabarwienie podobne jak Sudanem III. Barwienie się jest może nieco słabsze.

Błękit Nilu. Tym sposobem barwienia otrzymaliśmy odczyn tylko słabo dodatni. Komórki piankowate zabarwiły się słabo na kolor brudno-fioletowy.

Sposobem Ciaccia otrzymuje się zabarwienie podobne jak Sudanem III, tylko nieco słabsze. Tłuszcz występuje przeważnie pod postacią drobniutkich ziarenek. Jednak także i tutaj zaznaczyć należy, że reakcja podobnie, jak przy barwieniu Sudanem III, wystąpiła w poszczególnych narządach nader niejednolicie.

Sposób Fischlera. Komórki piankowate barwią się wybitnie ciemno-niebiesko, częściowo prawie czarno. To barwienie mniej dobrze wypadło w wątrobie, natomiast nader wybitnie w śledzionie i w innych narządach. Prawdopodobnie dlatego, że obok lipoidów znajdują się w komórkach wątrobowych także tłuszcze obojętne.

Kwas osmowy: czerni w przeważnej części narządów ziarna i kuleczki w komórkach piankowatych.

Zestawiając wyniki badania drobnowidowego, widzimy, że we wszystkich narządach bez wyjątku, szczególnie zaś w narządach układu siateczkowo-śródbłonkowego, w śledzionie, gruczołach, wątrobie i szpiku kostnym, a dalej także szczególnie obficie w nadnerczach i grasicy stwierdza się gniazda i pasma komórek wielkich, jasnych, często piankowatych. Badanie mikrochemiczne wykazało, że komórki piankowate zawierają ziarenka i kuleczki tłuszczu, które ze względu na otrzymane odczyny barwne należy zaliczyć do ciał tłuszczowych czyli lipoidów. Z powodu dodatniego odczynu barwnego przy zastosowaniu metody Ciaccia i Fischlera, można wnioskować, że pomiędzy lipoidami nagromadzonemi w komórkach, najważniejszą rolę odgrywają fosfatydy i lecytyna. Obok fosfatydów stwierdza się niewątpliwie także inne połączenia tłuszczowe; dowodem tego jest niejednolite występowanie barwnych odczynów tłuszczowych, nietylko w poszczególnych narządach, lecz także i w jednym i tym samym narządzie. Co się tyczy komórek w ten sposób zmienionych, są to przeważnie śródbłonki naczyń i komórki siateczkowe, częściowo zaś także komórki inne, jak komórki miąższowe wątroby, śledziony, grasicy, nadnerczy, komórki nerwowe i nabłonki płuc. Zmiany te występują częściowo w tak wysokim stopniu, że zatarły prawidłową budowę narządów, jak naprzykład w wątrobie i śledzionie.

Zbierając *wyniki badania anatomicznego* naszego przypadku należałoby zapytać, jakie schorzenie przedstawia przypadek omawiany, w szczególności — czy przedstawia on z punktu widzenia anatomicznego ściśle określoną jednostkę chorobową.

Otóż na pierwszy rzut oka, badając przedewszystkiem śledzionę, ze względu na wygląd i charakter patologicznych komórek należałoby myśleć o chorobie Gauchera. Szczegółowe jednak rozpatrzenie wyników badania i analiza całego przypadku nie przemawia za tem rozpoznaniem zwłaszcza, jeżeli się uwzględni nowsze poglądy, dotyczące choroby Gauchera. Mianowicie: 1) w naszym przypadku stwierdzono we wszystkich narządach owe tłuszczowo zmienione komórki, natomiast w chorobie G. stwierdza się je tylko w narządach układu siateczkowego. 2) nasze komórki zawierały obfite ciała tłuszczowe, dające się wykazać mikrochemicznie, natomiast ciała zawarte w komórkach Gauchera nie dają żadnych odczynów tłuszczowych; 3) w naszym przypadku nie wykazano haemosideryny, tak charakterystycznej dla choroby Gauchera; dodać jednak należy ,że ta zmiana pojawia się zwykle dopiero w późniejszych okresach choroby G., u dzieci zaś w okresach wczesnych może być tylko słabo zaznaczoną.

Po wykluczeniu choroby Gauchera porównajmy nasze obrazy z obrazem anatomicznym splenohepatomegalji Niemann-Picka, już klinicznie rozpoznanej w naszym przypadku, a do pewnego stopnia podobnej do choroby G., tak, że dawniejsze przypadki zaliczano nawet do choroby G.

Z monografji Picka dowiadujemy się, że we wszystkich dotychczas sekcjonowanych przypadkach lipoidowej splenohepatomegalji wykazywano obok ogólnego wyniszczenia i brunatnego zabarwienia skóry, znaczne powiększenie wątroby, śledziony i gruczołów chłonnych. Narządy te były blade i wybitnie żółto zabarwione. Ponadto stwierdzono powiększenie i żółte zabarwienie nadnerczy, grasicy i szpiku kostnego. Powiększenie i żółte zabarwienie narządów odnoszono do obecności wielkich, jasnych, piankowatych komórek, zawierających ciała tłuszczowe, które w przypadkach badanych w tym kierunku, okazały się jako ciała tłuszczowe i to w pierwszym rzędzie jako fosfatydy (lecytyna), dawały bowiem dodatnie odczyny przy barwieniu Sudanem III i Szkarłatem R., kwasem nadosmowym, błękitem Nilu, sposobem Ciaccia i Smidt - Dietricha. Opisywane zmiany wykazywano we wszystkich narządach, a szczególnie w narządach układu siateczkowego. Zaznaczyć należy, że K n o x. W a h l i S c h m e i s s e r - zwrócili specjalną uwagę na system nerwowy, wykazując komórki piankowate w oponach i mózgu i twierdząc, że tutaj komórki piramidowe i komórki Purkinjego uległy tym zmianom.

Wyniki badań anatomicznych badanego przez nas przypadku kryją się w zupełności z wynikami innych badaczy. Przypadek ten należy więc zaliczyć również ze stanowiska anatomicznego

niewątpliwie do wyżej opisanej jednostki chorobowej, splenohepatomegalji typu Niemann - Picka. Dodać należy, że przy różniczkowaniu omawianego przypadku należało jeszcze myśleć o cukrzycy, w której w przypadkach ciężkich, połączonych ze znaczną lipemją, stwierdza się niekiedy w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym, a także w gruczołach i w błonie wewnętrznej naczyń wielkie komórki jasne, zawierające ciała tłuszczowe, podobne do naszych komórek piankowatych. Lecz badanie kliniczne naszego przypadku nie przemawiało za cukrzycą. Z drugiej strony zmiany stwierdzane w cukrzycy, są bardzo nierównomiernie rozmieszczone, a przy badaniu mikrochemicznem dają one wyniki nader różnorodne, obok tłuszczów obojętnych i fosfatydów spotyka się bowiem w tych przypadkach i dwułomne estry cholesterynowe. Dla całości obrazu wspomnieć należy, że zmiany, podobne do opisanych przy lipaemji cukrzycowej, stwierdza się jeszcze w cholesteraemji doświadczalnej, w której u zwierząt karmionych wielkiemi ilościami cholesteryny, (A n t s c h i k o w, C h a l a t o w) występują w pierwszym rzędzie w śledzionie i w narządach krwiotwórczych, a także w nadnerczach i błonie wewnętrznej naczyń krwionośnych gniazda owych komórek piankowatych, zawierających ciała tłuszczowate, mianowicie dwułomne estry cholesterynowe. Morfologicznie zatem, komórki spotykane przy chorobie Gauchera, przy splenohepatomegalji typu Niemann - Picka, a dalej przy lipemji cukrzycowej i doświadczalnej są podobne do siebie, różnią się jednak miejscem usadowienia, jakoteż właściwościami chemicznemi.

Zgodności wyników pośmiertnych badań anatomohistjochemicznych wszystkich, dotychczas opisanych, przypadków splenohepatomegalji Niemann - Picka *odpowiada podobieństwo wywiadów i przebiegu klinicznego choroby.* Omawiana przez nas jednostka chorobowa obejmuje bez wyjątku niemowlęta względnie dzieci w drugim roku życia. Przeważa płeć żeńska, na 10 dziewcząt przypada zaledwie 3 chłopców. 10 dzieci jest pochodzenia żydowskiego, tylko w przypadku S i e g m u n d a autorów francuskich i naszym chodzi o dzieci aryjskie. Dwoje dzieci są rodzeństwem, w 2 przypadkach w wywiadach stwierdzono u rodzeństwa objawy i zejście śmiertelne tego rodzaju, że według wszelkiego prawdopodobieństwa dzieci te chorowały i zmarły na to samo cierpienie. W 3 przypadkach stwierdzono obok lipoidowej hepatosplenomegalji chorobę Tay - Sachsa.

Choroba rozpoczyna się we wczesnem niemowlęctwie w drugim lub trzecim miesiącu. Pierwszym objawem, zwracającym uwagę jest powiększenie śledziony i wątroby, wyrażające się na zewnątrz wielkiemi rozmiarami brzucha. Dzieci od urodzenia chowają się źle. W wieku kilku miesięcy wykazują znaczne cofnięcie w rozwoju i nędznieją szybko w dalszym przebiegu choroby. Rozmiary brzucha powiększają się raźnie. W późniejszym okresie wystąpić mogą objawy zastoju (puchlina brzuszna, obrzęk nóg i zastoinowy nieżyt płuc). Skóra okolic wystawionych na działanie światła (twarz, kończyny górne) przyjmuje charakterystyczne szaro lub żółto-brunatne zabarwienie. Mocz nie zawiera składników patologicznych. Obraz krwi poza nieznaczną leukocytozą (stwierdzoną w dwu przypadkach) nie odbiega od prawidłowego. Surowica krwi wykazuje lipemiczne zmętnienie oraz wysoki poziom cholesteryny. Oprócz znacznego powiększenia śledziony i wątroby, stwierdza się powiększenie zewnętrznych gruczołów chłonnych, czasem znacznego stopnia. Zejście śmiertelne, przypadające na wiek od 7—20 miesięcy, jest następstwem ogólnego wyniszczenia i wyczerpania ustroju, w kilku przypadkach zaś przyspieszone zostało wbieżnem zakażeniem grypowem.

W sprawie patogenezy choroby niewiele można na razie powiedzieć. Patologiczne komórki mają wiele podobieństwa z lipoidofagami w lipemji djabetyków. Fakt ten jest powodem, dla którego splenomegalję Niemann - Picka prawie od początku uznano za chorobę przemiany materji. Nierozstrzygniętem jest jednak zagadnienie, czy nacieczenie lipoidowe komórek jest zaburzeniem pierwotnem, czy też zjawiskiem wtórnem po pierwotnem uszkodzeniu nieznanego rodzaju, względnie po pierwotnej wrodzonej dysfunkcji komórek układu śródbłonkowo-siateczkowego. Pick — za istotę choroby uważa zaburzenie pośredniej przemiany tłuszczów i lipoidów, które prowadzi do przeładowania niemi krwi i odłożenia w tkankach. Zatem przemawiałaby lipaemja i wysoki poziom cholesteryny, stwierdzony w kilku przypadkach już we wczesnych okresach choroby. Dalej oświadcza się Pick za wrodzoną, konstytucjonalną i rodzinną przyrodą choroby i stawia ją obok znanych oddawna konstytucjonalnych zaburzeń przemiany materji: alkaptonurji i cystinurji. C o r c a n, O b e r l i n k i D i e n s t, przyjmując za tło choroby również zaburzenie w przemianie materji i dopatrując się istoty jego w nieprawidłowej funkcji komórek wątrobowych, oświadczają się jednak za równoczesną konstytucjonalną mniejszą wartościowością układu śródbłonkowo-siateczkowego. O pierwotnej dysfunkcji komórek i wtórnem nacieczeniu lipoidowem mówi N i e m a n n, a S i e g m u n d ośrodka choroby dopatruje się w niezdolności przerabiania i dalszego oddawania lipoidów przez komórki, analogicznie do zaburzenia w przeróbce żelaza w haemochromatozie.

Zaburzenie przemiany materji odnosi się wyłącznie do tłuszczów i ciał tłuszczowatych. Dowodzą tego badania przeprowadzone w klinice berlińskiej przez H a m b u r g e r a nad 9-tym przypadkiem, który pozostawał w obserwacji przez kilka miesięcy. Był to wypadek powikłany chorobą Tay - Sachsa. H a m b u r g e r przypuszczając, że w chorobie Niemann - Picka także przemiana węglowodanów może ulegać zaburzeniu i że szybkie zejście śmiertelne może pozostaje właśnie w związku z niem, wykonał szereg badań, które wykazały, że przemiana węglowodanów, względnie gospodarka węglowodanowa wątroby, oraz inne jej czynności, jak wydzielanie żółci, względnie elementów żółciowych do dwunastnicy, krwi i moczu oraz wydalanie ciał obcych drogą żółci zachowują się zupełnie prawidłowo. Badania wykonano w naszym przypadku — z powodu krótkiej, bo 3-dniowej tylko, obserwacji ograniczone do najbardziej zasadniczych — jakkolwiek nie przyniosły niczego nowego, potwierdzają jednak wynik badań H a m b u r g e r a. Także my stwierdziliśmy normalny poziom cukru krwi, prawidłową tolerancję węglowodanową i brak cukro- i ketonomoczu oraz normalny poziom bilirubiny krwi i nieobecność barwików żółciowych w moczu. Z tego wynikałoby, że poszczególne czynności wątroby nawet przy daleko posuniętych zmianach anatomicznych komórek wątrobowych mogą się odbywać zupełnie prawidłowo. Równocześnie badania Hamburgera i nasze przemawiają na korzyść teorji Picka, że w splenohepatomegalji lipoidowej nie mamy pierwotnej dysfunkcji komórkowej, lecz, że pierwotnym momentem patogenetycznym jest wrodzone zaburzenie pośredniej przemiany materji, które prowadzi do przeładowania krwi tłuszczami i ciałami tłuszczowatemi. Produkty tej nieprawidłowej przemiany materji wyławia i gromadzi przedewszystkiem układ śródbłonkowo-siateczkowy, w miarę zaś wyczerpywania się jego zdolności fagocytarnych, tłuszcze i lipoidy dostają się również do specyficznych komórek miąższowych innych narządów — tak, że w pośmiertnem badaniu patologiczne komórki stwierdzić można niemal w każdym narządzie.

Istota przypuszczalnie pierwotnego zaburzenia przemiany materji jest jednak narazie nieznaną. Zastanawiającym jest fakt, że w stanie tak znacznej lipemji i lipoidemji chorzy wykazują na zewnątrz daleko posunięte wychudzenie i zupełny zanik podściółki tłuszczowej, wszystkie zaś narządy wewnętrzne przeładowane są komórkami lipoidowemi, które nadają im makroskopowo widoczny żółtawy odcień. To przeładowanie całego ustroju i wszystkich tkanek lipoidowemi komórkami odmiennie, jak w chorobie Gauchera, w której patologiczne komórki znajdują się jedynie w narządach układu śródbłonkowo-siateczkowego jest najprawdopodobniej powodem szybkiego i wyniszczającego przebiegu choroby Niemann - Picka, w odróżnieniu od choroby Gauchera, która, jako również konstytucjonalne wrodzone schorzenie, rozpoczyna się wprawdzie w dzieciństwie, względnie nawet w niemowlęctwie, klinicznie objawia się jednak dopiero po latach, przebiega przytem zazwyczaj bardzo przewlekle i trwać może dziesiątki lat. W pewnych jednak razach, jak to dowodzą spostrzeżenia ostatnich lat, dać może zejście śmiertelne z właściwym sobie obrazem anatomo-histologicznym już w niemowlęctwie, względnie wczesnem dzieciństwie. I na odwrót, jak to już Pick w swej monografji przypuszczał, możliwem jest, że istnieją przypadki choroby Niemann - Picka o przebiegu łagodniejszym, które przekraczają wiek dotychczas opisanych przypadków, kończąc się śmiercią w późniejszym wieku dziecięcym lub nawet dorosłym. Za tem zdają się przemawiać dwa przypadki, opisane w roku zeszłym przez Helenę H e r c e n b e r g z Moskwy, dotyczące dwojga rodzeństwa żydowskiego pochodzenia, we wieku 5-ciu i 9-ciu lat.

Pierwsze z nich: dziewczynka 5-cio letnia w czwartym roku życia zachorowała na objawy moczówki prostej. Po roku wielomocz cofa się, pojawiają się natomiast gwałtowne bóle kręgosłupa, żeber, mostka i kości kończyn, brunatne zabarwienie skóry, swędząca wysypka guzkowo krostowa na głowie i tułowiu, ciężka anemja i gorączka. Na sekcji stwierdzono: miernego stopnia powiększenie wątroby i śledziony, znaczne powiększenie gruczołów chłonnych zewnętrznych i wewnętrznych. Liczne duże ubytki substancji kostnej czaszki, wypełnione przez żółtawe nacieki. Podobne nacieki na oponie twardej. Mniejsze w kościach szkieletowych.

Starsza siostra zmarłej, licząca lat 9, dawniej rzekomo zupełnie zdrowa od roku choruje na gwałtowne, nagle zjawiające się i szybko znikające, bóle kośćca klatki piersiowej i kręgosłupa. Przy badaniu stwierdzono u niej brunatne zabarwienie skóry oraz

średniego stopnia powiększenie gruczołów chłonnych, śledziony i wątroby. Roentgen: Rozrzedzenie i zwężenie szóstego kręgu piersiowego oraz odpowiedniej chrząstki międzykręgowej. Po miesiącu pobytu w klinice, w czasie którego przeszła krótkotrwałą osutkę krwotoczną, odeszła do domu bez zmiany. Żyła do czasu publikacji.

W obrazie klinicznym swoich przypadków podnosi autorka krwotoczne względnie guzkowo-krostowe zmiany na skórze i nieznaczne powiększenie śledziony i wątroby, potwierdzone w pierwszym przypadku na sekcji (wątroba 680 g — śledziona 150 g). Jako nieznaną do tej pory osobliwość podaje rozległe, miękkie, jasno-żółtej barwy nacieki, tworzące na oponie twardej płaskie wyniosłości, w kościach czaszki zaś wypełniające ubytki tkanki kostnej, w której drobnowidowo stwierdza się zanik czynnego szpiku kostnego, w jego miejscu zaś tkankę lipoido-komórkową. Ta, żywo budująca, tkanka powoduje zanik, ścieńczenie i przebicie kości, poczem rozprzestrzenia się na powierzchni jej w postaci płaskich zgrubień. Bujanie patologicznej tkanki około lejka i ucisk na przysadkę mózgową tłumaczą objawy moczówki. Pozostały kościec (kręgosłup, żebra i mostek) wykazuje również wśród rozrzedzonej substancji gąbczastej częścią rozlane, częścią ogniskowe, żółte lub szaro-żółte nacieki.

Znajdujące się w tych naciekach komórki lipoidowe przedstawiają obraz histologiczny oraz dają odczyny barwne, właściwe komórkom Niemann - Picka, charakterystyczne dla tłuszczów obojętnych, estrów cholesterynowych i fosfatydów. W wątrobie zwraca jednak uwagę rozmieszczenie tych komórek jedynie w środku zrazików, w śledzionie znowu, gdzie jest ich wogóle mało, są one nieco mniejsze od typowych komórek Niemanna - Picka wykazują w centrum swem pierwoszcz homogenną, a według sposobu barwienia zdają się zawierać wyłącznie tylko fosfatydy. W pozostałych natomiast narządach wykazać się dają w bardzo małej ilości, w niektórych zaś (trzustka, jajniki, macica, pęcherz moczowy, mięśnie szkieletowe) brak ich zupełnie.

W śledzionie i szpiku kostnym patologiczna tkanka lipoidokomórkowa wykazuje rzlegle zmiany martwicze, oraz obfite bujanie tkanki bliznowatej, wśród niej zaś złogi barwika żelazowego.

Na podstawie badania histo - chemicznego autorka wyklucza chorobę Gaucher'a i rozpoznaje nową, przewlekłą postać choroby Niemanna - Picka, którą ze względu na rozległe zmiany w kośćcu i stosunkowo nieznaczną hepatosplenomegalję, analogicznie do szkieletowej postaci choroby Gaucher'a ,nazywa szkieletową postacią choroby Niemanna - Picka. W tej postaci zdaniem autorki choroba lokalizuje się przeważnie w systemie chłonno - krwiotwórczym i dzięki temu mimo ciężkie zaburzenie w przemianie materji przebiega łagodnie i powoli, trwając kilka lat (5—9), w ostateczności jednak wskutek procesów martwiczych i bujania tkanki bliznowatej w szpiku kostnym i śledzionie powoduje ciężką anemję, stanowiącą przyczynę zejścia śmiertelnego.

Publikację swoją kończy krytyczną oceną opisanych przypadków przez Lubarscha i Picka, którzy na podstawie preparatów histologicznych przyznają że w danym obrazie chorobowym mamy przypadek zaburzenia przemiany lipoidów, nie zgadzają się jednak z rozpoznaniem autorki i wyrażają przypuszczenie, że zaburzenia przemiany materji, które prowadzą do odkładania i gromadzenia nieprawidłowych produktów przemiany tłuszczów i ciał tłuszczowych, nie kończą się na chorobie Gaucher'a i Niemanna-Picka, lecz dawać mogą jeszcze inne obrazy chorobowe, tak klinicznie jak i anatomo - histiochemicznie.

Opisany przez Herzenberg przypadek byłby, zdaniem ich, dalszą, nową postacią choroby, polegającej na zaburzeniu w przemianie tłuszczów i lipoidów.

Rozstrzygnięcie tego w chwili obecnej otwartego zagadnienia jest zadaniem dalszych obserwacyj klinicznych i badań anatomohistologicznych.

Piśmiennictwo.

Bloom W.: Splenomegaly (type Gaucher) and lipoid - histiocytosis (Type Niemann). Americ. journ. of pathol. 1. Nr. 6. 1925. — Brahn B. und L. Pick: Zur chem. Organanalyse bei der lipoidzelligen Splenohepatomegalie Typus Niemann - Pick. Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 50. — Corcan P., M. Oberling et G. Dienst: La maladie de Niemann - Pick. Rev. franç. de pediatr. 3. Nr. 6. 1927. — Henschen, Folke: cyt. podług Picka. — Hamburger R.: Lipoidzellige Splenohepatomegalie (Typus Niemann-Pick) in Verbindung mit amaurotischer Idiotie bei einem 14 Monate alten Mädchen. Jahrbuch f. Kinderheilk. 116. H. 1/2. 1927. — Herzenberg H.: Die Skelletform der Niemann - Pickschen Krankheit. Virchovs Archiv. f. pathol. Anatom. u. Physiologie 269. S. 614. — Niemann A. Ein unbekanntes Krankheitsbild. Jahrb. f. Kinderheilk. 79. H. 1. 1914. — Pick L.: Der Morbus Gaucher und die ihm ähnlichen Erkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. und Kinderheilk. 29. 1926. — Pick L.: Ueber lipoidzellige splenomegalie Typus Nemann - Pick, als Stoffwechselerkrankungen. Med. Klinik. 1927. Nr. 39. — Pick L. und M. Bielschowsky: Ueber lipoidzellige Splenomegalie (Typus Niemann - Pick) mit amaurotischer Idiotie. Sitzg. d. Berlin. Ges. f. pathol. Anat. und vergl. Pathol., Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 34. S. 1631. — Pick L.: Die Skelettform (ossuäre Form) des Morbus Gaucher. Jena 1927. — Schiff E.: Im Leben diagnostizierte lipoidzellige Splenohepatomegalie (Typus Niemann - Pick) bei einem 17 Monate alten Knaben., Jahrb. f. Kinderheilk. 112. 1926. — Siegmund: Lipoidzellenhyperplasie der Milz und Splenomegalie Gaucher. Verhandl. d. deutsch. Pathol. Ges. Tag. 18. 1921 — Versè M.: Referat über den Cholesterinwechsel. Verhandl. d. deutsch. Pathol. Ges. Tag. 20. 1925. S. 100.

Dr. Mieczysław SZAJNA, asystent Zakładu. Lwów.

Dalsze badania wpływu jonów potasu na ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym.

Z Zakładu Fizjologji U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Adolf Beck.

Czynność ośrodków wegetatywnych podlega w zwykłych warunkach różnym podnietom zewnętrznym i wewnętrznym, działającym na nie bądź bezpośrednio, bądź też pośrednio, t. j. na drodze odruchu. Zależnie od stanu wrażliwości ośrodków, ich czynność jest mniej lub więcej nasilona i odruchy charakterystyczne dla nich jest łatwiej względnie trudniej wywołać .Odnośnie do ośrodka oddechowego wiadomo, że drażnienie ośrodkowego końca nerwu błędnego wywołuje odruchowo czasowe ustanie oddechu.

Jak się ten ruch zachowa w czasie zmienionej pobudliwości ośrodka oddechowego?

Pod tym względem zbadałem działanie dwóch sustancyj: jonów potasu i strychniny.

Że zmieniona pod wpływem czynników zewnętrznych pobudliwość ośrodków oddechowych wpływa na ich zdolność reagowania na podniety, świadczą doświadczenia Hoppe-Seylera (1), Weila (2), Knolla (3), Foa (4), którzy wykazali, że bezdech, wywołany nadmiernem przewietrzeniem płuc, występuje łatwiej, gdy ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym są w stanie zmniejszonej pobudliwości pod wpływem narkozy, poprzednio wywołanego bezdechu lub oziębienia Autorowie zaś, którzy jak Eisenhardt (5), Rosenthal (6), Ozorio di Almeida (7), Henderson (8) wprowadzali ośrodki oddechowe w stan wzmożonej pobudliwości, działając na nie strychniną, ciepłem lub bodźcami psychicznymi, trudniej ten bezdech uzyskiwali.

W doświadczeniach swych używałem chlorku potasu na podstawie poprzednich badań, w których wspólnie z Hilarowiczem (9) wykazałem, że jony potasu posiadają własności regulujące oddychanie, t. z. wtedy, gdy oddech jest szybki i płytki powodują jego zwolnienie i pogłębienie, a gdy jest zbyt powolny, przyspieszają go. Tych własności nie mają inne substancje, jak lobelina, atropina, kofeina, nie posiada jej też i strychnina, która bardzo znacznie zwiększa wrażliwość ośrodków oddechowych.

Odnośnie zaś do wpływu stanu ośrodków oddechowych na „odruch nerwu błędnego" wykazali Dooley i Andrews (10); Davies, Holdane i Pristley (11), że odruch ten występuje łatwiej, gdy podudliwość ośrodków oddechowych jest mniejsza, pod wpływem działania morfiny, zmęczenia, znieczulenia. Natomiast według Lewandowskiego (4), Macleod'a i Peg'a (5) ośrodki oddechowe są mniej czułe na drażnienie n. błędnego, gdy znajdują się w stanie wzmożonej pobudliwości.

Jak się zachowuje odruchowe zahamowanie oddechu wskutek drażnienia dośrodkowego końca nerwu błędnego pod wpływem jonów potasu objaśnia poniższy protokół.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: Psy usypiałem przy pomocy mieszaniny „Somnifenu" (Roche) z uretanem i siarczanem magnezowym, gdyż ten rodzaj narkozy nie powodował żadnych zaburzeń w oddychaniu i krążeniu (Hilarowicz i Szajna (14)). W doświadczeniach, w których osobliwie zależało na zachowaniu czułości tkanki nerwowej, stosowałem mieszaninę Somnifenu z uretanem bez soli magnezowych; głęboki sen trwał potem 5—7 godzin i pozwalał na wykonanie najcięższej operacji; odruchy nie zanikały, a oddech i ciśnienie krwi zachowywały się normalnie. Dawka tej mieszaniny wynosi tyle gramów uretanu ile waga psa w kg, mniej trzy z dodatkiem 2,2 lub 4,4 cm³ Somnifenu (1 lub 2 ampułki). Następnie odsłaniałem błonę szczytowo-potyliczną i pod kontrolą wzroku wstrzykiwałem badaną substancję kierując ostrza odpowiednio zagiętej igły w kierunku dna IV komory. W pewnych doświadczeniach przecinałem błonę szczytowo-potyliczną, odszczepiałem część kości potylicznej, unosiłem móżdżek do góry i na dno IV

komory kładłem skrawki bibuły, napojonej roztworem danej substancji.

Ciśnienie krwi mierzyłem i zapisywałem manometrem rtęciowym, połączonym z tętnicą dogłowową wspólną, a oddech zapisywałem bębenkiem Marey'a. Po odpreparowaniu nerwów błędnych przecinałem jeden z nich, celem drażnienia jego dośrodkowego końca. Dokładny przebieg doświadczenia, jednego z trzech podobnych, przedstawia poniżej podane zestawienie.

Doświadczenie I. 9. X. 1928.

Pies, wagi 10 kg. Uśpienie: 7 g etyl - uretanu, 2,2 cm³ Somnifenu.

Czas		Ilość oddechów na minutę
9 h 40'—9 h 41'	Przed wstrzyknięciem chlorku potasu	24
41' 00"—41' 12"	Draż. dośrodk. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	0
41' 12"—41' 49"		18
41' 49"—42' 57"	Draż. dośrodk. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	
41' 49"—42' 21"		0
42' 12"—42' 21"	Wstrzyk. 1 cm³ 1% KCl pod bł. szczyt.-pot.	
42' 21"—43' 06"		17
43' 06"—43' 56"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	25
43' 56"—44' 32"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 25 cm)	31
44' 32"—45' 32"		31
10 h 02' 00"—02' 50"		20
02' 54"—03' 19"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 20 cm)	0
03' 19"—04' 04"		20
04' 04"—05' 18"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 20 cm)	
04' 07"—04' 19"	Wstrzk. 1 cm³ 1% KCl pod .bł szczyt.-potyl.	
04' 04"—04' 44"		0
04' 44"—05' 18"		22
05' 18"—06' 04"		32
06' 04"—06' 32"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 20 cm)	36
06' 32"—07' 04"		40
07' 04"—07' 34"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 15 cm)	40
17' 04"—18' 04"		60
18' 04"—18' 59"		45
20' 10"—21' 10"		54
22' 00"—22' 12"	Draż. dośrod. końca n. błędn. (o. c. 10 cm)	54
30' 00'—31' 00"		24

Z powyższego zestawienia wyraźnie widać, że wstrzyknięcie chlorku potasu w czasie ustania oddychania, wywołanego przez drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego przywraca po kilku sekundach oddychanie. Wskazuje to na to, że przez działanie chlorku potasu na ośrodki oddechowe zostały one wprowadzone w taki stan, że niweczyły hamujący wpływ nerwu błędnego. Dalsze drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego przy tej samej sile prądu nie wywołało już bezdechu. Zastosowanie jednakże prądu silniejszego (o. c. 20 cm) spowodowało ustanie oddychania, najwidoczniej z powodu zbyt małej dawki potasu. Ponowne wstrzyknięcie chlorku potasu pod błonę szczytowo-potyliczną przeszkodziło powstaniu bezdechu, nawet przy drażnieniu dośrodkowego końca nerwu błędnego bardzo silnym prądem (o. c. 15; 10; 0 cm). Chlorek potasu wprowadził ośrodek oddechowy w taki stan, że odruch oddechowy stawał się coraz trudniejszy i w końcu zniknął.

Identyczne wyniki uzyskałem w pięciu podobnych doświadczeniach.

Następne doświadczenia miały na celu stwierdzenie i wyjaśnienie działania strychniny na odruchowe zahamowanie oddechu, wywołane drażnieniem dośrodkowego końca nerwu błędnego.

Doświadczenie VI. 17. X. 1928.

Pies: wagi 15 kg. Uśpienie eterem. Oddech zapisywano jak w doświadczeniu poprzednim.

Czas		Ilość oddechów na minutę
12 h 00'—12 h 01'	przed wstrzyknięciem strychniny	72
01' 00"—01' 11"	Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 15 cm)	0
01' 11"—02' 15"		40
02' 15"—02' 31"	Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 15 cm)	0
02' 31"—03' 31"		40
03' 31"—04' 35"	Wstrzyk. 1 cm³ 0,1% azot. strychniny pod błonę szczyt.-potyl.	
03' 31"—04' 52"		40
04' 52"—06' 03"	Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 15 cm)	48
06' 03"—06' 36"		42
06' 36"—06' 43"	Draż. dośrod. końca n. błędnego (o. c. 10 cm)	
06' 36"—07' 13"		60

Dalsze drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego tym samym i silniejszym prądem indukcyjnym (o. c. 15, 10, 0 cm) nie powodowało ustania oddychania.

Czas		Ilość oddechów na minutę
13' 00"—13' 01"		90
01' 00"—01' 08"	Wstrzyk. 1 cm³ 1% KCl pod błonę szczytowo-potyl.	
03' 00"—04' 00"		24

Drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego — bezskuteczne.

Strychnina zatem, podobnie, jak chlorek potasu uniemożliwia wywołanie odruchowego bezdechu, mimo, że symptomatycznie inaczej działa na ośrodki oddechowe, niż jon potasu, który rzec można prawidłowo tonizuje jego stan. Widocznem jest to wówczas, gdy po dodaniu strychniny z kolei zastososuje się KCl. N. p. po strychninie ilość oddechów w przytoczonem doświadczeniu wzrosła do 90 na minutę, a po dodaniu chlorku potasu zmniejszyła się po 2' do 24 w minucie, a więc do granic prawidłowych.

Regulacja oddychania przez jon potasowy, wykazana przez Hilarowicza i Szajnę znachodzi potwierdzenie w tych doświadczeniach.

Wnioski:

1) Jon potasu, działający wprost na dno IV komory niweczy hamujący wpływ drażnienia dośrodkowego końca nerwu błędnego na oddychanie.

2) Własność ta nie jest specyficzną dla jonów potasu, gdyż takie same działanie wykazuje strychnina, stosowana wprost na dno IV-tej komory.

3) Jon potasu przywraca ośrodkom oddechowym normalne napięcie, patologicznie wzmożone wskutek działania strychniny.

Piśmiennictwo:

1) Hoppe-Seyler: Hoppe-Seilers Zeitschrift f. physiol. chem. Bd. 3. S. 105, 1879. — 2) Weil: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 54. S. 209. — 3) Ph. Knoll: Sitzungsber. d. Akad. Wien, III. Abt., Bd. 74, 1876. — 4)C. Foà: Ergeb. d. Physiol. Bd. 11. S. 581. — 5) Eisenhardt: Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 146. S. 452. — 6) Rosenthal: Hermanns Handb. d. Physiol. Bd. IV/2. S. 273. — 7) Ozorio di Almeida: Journ. de physiol. et pathol. gen. Bd. 15, 1914. — 8) Henderson: Americ. Journ. of physiol. Bd. 25, 1910. — 9) Hilarowicz i Szajna: Zeitschrift f. d. ges. exp. Medizin, Bd. 64, Nr. 5 i 6, S. 772. 1929. — 10) Dooley a. Andrews: Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 20. S. 5. 1923. — 11) Davies, Holdane a .Priestley: Journ. of physiol. Bd. 53. 1919/20. — 12) Lewandowsky: Arch. f. Anat. u. Physiol. Bd. 60. S. 134. 1922. — 13) Macleod a. Page: Americ. Journ. of physiol. Bd. 60. S. 134. 1922. — 14) Hilarowicz i Szajna: Pol. Gaz. Lekarska. Nr. 24, 1929 r.

Teodor ŁAPIŃSKI. Warszawa.

Cele i zadania spółczesnej psychjatrji społecznej, ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb Warszawy.

Liczba psychicznie chorych stale wzrasta, według obliczeń wypada po 4% rocznie, tak, że w ciągu 25 lat liczba ich podwoji się, i Warszawa n. p. będzie miała 6000 obłąkanych. Stan taki trwoży nawet świetnie zorganizowane Niemcy: doroczny Zjazd psychjatrów niemieckich, który odbył się w maju r. b. w Gdańsku i na którym byłem dzięki subsydjum Magistratu, rozpoczął słynny Kolb z Erlangen, psychjatra i budowniczy w jednej osobie, który w świetnie opracowanym referacie głównym zobrazował przyszłą budowę zakładów psychjatrycznych (Die

künftige Gestaltung der Irrenanstalten unter besonderer Berücksichtigung der offenen Fürsorge, der offenen Nervenabteilungen und Abteilungen für Süchtige). Zakładów nie przybywa, a sanatorja prywatne stoją pustkami. Zakłady psychjatryczne są przepełnione, z powodu głodu mieszkaniowego i braku pracy zubożałe społeczeństwo niema na utrzymanie chorych w domu i zmuszone jest trzymać swych krewnych poza domem. Dzieci nienormalne, które dawniej, przed wojną, przebywały w sanatorjach prywatnych lub też były trzymane w domu, obecnie szukają pomieszczenia w zakładach psychjatrycznych; z tych samych powodów szereg przypadków organicznego cierpienia mózgu w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak n. p. rozmaite niedowłady, niedomagania psychiczne wieku podeszłego również nie znajdują miejsca w domu własnym. Zakład tedy winien mieć pawilon dla dzieci ze szkołą i budynek dla osobników zniedołężniałych; potrzebny jest również pawilon oddzielny dla lekkich przypadków epilepsji, histerji, psychopatji i t. p., które dzięki częstym nawrotem wymagają od czasu do czasu internowania w zakładzie. Niezbędny jest również pawilon dla narkomanów i t, zw. pensjonarski I i II klasy dla ludności zamożniejszej, która obecnie wywozi swych chorych za granicę, w najlepszym zaś razie lokuje w zakładach w Poznańskiem lub na Pomorzu.

Zakład nietylko leczy i opiekuje się chorymi, obowiązany on jest również szerzyć higjenę psychiczną, jednocześnie zaś spółdziałać z instytucjami rządowemi, komunalnemi i prywatnemi, które postawiły sobie za zadanie zdrowie publiczne. Mając ściśle określony teren działania, zakład winien przyjmować wszystkich zgłaszających się psychicznie chorych, oczywiście z zastrzeżeniem, że obłąkany kierowany będzie do zakładu po wszechstronnem zbadaniu. Wdzięczne pole dla klinik psychjatrycznych stanowi pouczenie lekarzy o istocie obłąkania; trzeba by wiedzieli nawet lekarze wolno praktykujący, kiedy potrzebny dla chorego zakład; wtedy wypadki lżejsze trafiać będą wprost do opieki rodzinnej, lekarze zaś niepsychjatrzy będą świadomie spółdziałać z zakładami psychjatrycznemi. Po ustąpieniu zaburzeń ostrych chory winien, oczywiście o ile tego wymaga stan jego zdrowia i o ile to nie grozi otoczeniu, możliwie prędzej opuszczać zakład, tembardziej że przedłużający się pobyt w zakładzie zamkniętym może odbić się ujemnie na zdrowiu obłąkanego. Liczba zachorzeń lekkich wzrasta, czas pobytu chorego w zakładzie skraca się. Zakład psychjatryczny staje się coraz więcej podobnym do szpitala, chodzi o to, by on jaknajwięcej upodobniał się do mieszkania prywatnego. Po za leczeniem i opieką nad chorymi pozostającymi w jego murach zakład winien znać wszystkie jednostki anormalne i psychicznie chore, mieszkające na terenie działalności danego zakładu, i roztaczać nad nimi fachową opiekę.

Chory w zakładzie winien być indywidualizowany, po za zwykłemi pawilonami w otwartej części zakładu przewidywać należy pawilony bez służby, dalej domki, gdzieby zaufana służba miała w swojej opiece psychicznie chorych i wdrażała ich do systematycznej pracy, domki takie mieszczą się na terenie zakładowym w murach i po murami jego i stanowią wstęp do przechodzenia chorych po za teren zakładu do rodzin swoich lub obcych, przyczem pozostają nadal pupilami zakładu. Następny etap to już zupełna wolność; oczywiście taki wyzwoleniec musi mieć zabezpieczoną pracę, mieszkanie i utrzymanie. Zakład przedewszystkiem ma na celu wracać społeczeństwu jednostki w stanie zdrowia i zdolności do życia; winien przeto u swych chorych stosować pracę w jaknajszerszym zakresie, jedynie bowiem praca wraca choremu zaufanie w swe siły, zwalcza autyzm i kompleksy, wreszcie chory dzięki pracy nie zatraca poczucia odpowiedzialności. Bratz nadaje wielkie znaczenie sotpniowaniu w traktowaniu chorych w zakładzie; po przejściu zaburzeń ostrych obłąkany w razie możności przechodzi do otwartej części zakładu, skąd, o ile stan zdrowia pozwoli, do opieki rodzinnej na terenie zakładowym początkowo w murach, a potem po za ogrodzeniem zakładowem. Następne stadjum to pobyt w rodzinie swojej i obcej po za terenem zakładowym, wreszcie wolność. Istnieją chorzy, którzy nie nadają się do opeki rodzinnej, dla takich potrzebne jest na terenie zakładowym pomieszczenie bez służby, wstępny etap do przyszłego życia na wolności.

Jedną z najistotniejszych cech dobrego zakładu jest jego dostępność — łatwość dostania się do niego. Również łatwo w państwach z racjonalnie postawioną opieką psychjatryczną i opuścić szpital. Bez dobrze pomyślanej i prawidłowo zorganizowanej przy zakładzie opieki rodzinnej jest to rzecz nie do wykonania. Na pierwszy rzut oka rzecz się wydaje bardzo prosta, bo cóż łatwiejszego jak wypisać ze szpitala wszystkich chorych nie wymagających dalszego pobytu w zakładzie. W rzeczywistości szereg mieszkańców zakładu po opuszczeniu zakładu niemą gdzie się udać, a przytem wymaga jeszcze opieki i pomocy materjalnej. Nie ulega jednak wątpliwości, że wczesne wypisanie zaraz po ustąpieniu objawów ostrych może wywrzeć na chorego wpływ bardzo zbawienny. Za przykładem Bleulera powstała o tem cała literatura; znalazło to swój oddźwięk i na tegorocznym zjeździe niemieckich psychjatrów w Gdańsku i posłużyło za temat dla drugiego referatu programowego o wczesnem wypisywaniu schizofreników.

Do niedawna większość psychjatrów hołdowała zasadzie, że obłąkany musi pozostawać w szpitalu aż do ustąpienia zaburzeń psychicznych, nieliczni tylko z Bleulerem na czele zaczęli od niedawna przemawiać na korzyść dobroczynnego wpływu wczesnego wypisywania psychicznie chorych z zakładu. Wojna z jej nędzą w latach 1917 — 1922 zmusiła zakłady do wczesnego wypisywania psychicznie chorych ze szpitali. Obecnie sposób ten stosuje się w Niemczech na szeroką skalę. Coraz częściej daje się słyszeć zdanie, że długotrwałe internowanie w szpitalu, jeżeli jest stosowane lekkomyślnie i bez naglącej potrzeby ujemnie się odbija na zdrowiu psychicznem chorego. Wczesne wypisywanie obłąkanych z zakładu polega na tem, że chory wypisuje się po ustąpieniu objawów ostrych — chociaż pozostaje szereg sporadycznych złudzeń, urojeń, pewne zdenerwowanie i t. d. Najwięcej nadają się do wczesnego opuszczania zakładu, schizofrenicy, nie nadają się wcale wypadki psychozy manjakalno-depressyjnej i większość psychoż organicznego pochodzenia. Każdy poszczególny przypadek przed wypisaniem należy wszechstronnie rozważyć. Jeżeli otoczenie chorego nie nadaje się do opiekowania się obłąkanym, wypadnie go umieścić u ludzi obcych. Początkowo obawiano się bardzo wczesnego wypisywania, rozpisana jednak w tej sprawie ankieta w większości wypadków stwierdza płonność obaw. W każdym razie należy pamiętać o pewnych ujemnych stronach wczesnego wypisywania i lekkomyślnie do tego środka nie uciekać się. Wielu autorów niemieckich uważa wczesne wypisywanie za środek radykalny na przepełnienie zakładu, oczywiście z warunkiem że chorzy wypisywani byli odpowiednio w zakładzie leczeni i wychowywani, przedewszystkiem zaś, że zakład wdrażał ich do pracy, wyrabiając w taki sposób zaufanie we własne siły i odpowiedzialność za czyny i że po drugie istnieje przy zakładzie zorganizowana opieka rodzinna z fachowo wyszkolonym personalem. Pożądanem jest również, by otaczające władze i społeczeństwo było uświadomione co do istoty choroby psychicznej. Wiele rodzin z powodu obłąkania głowy swej wpada w nędzę.

Dyrektor zakładu winien mieć przeto specjalny fundusz na wspomaganie ozdrowionego i jego rodziny przez pewien czas. Znacznie więcej w takich warunkach chorych się wypisuje; dalej należy przewidywać zapomogi dla jednostek, których choroba związana jest z kosztami i pogarsza warunki materjalne; na to gmina nie powinna żałować pieniędzy, gdyż ułatwione wypisywanie zwiększa sprawność zakładu psychjatrycznego. Rozwój opieki rodzinnej u swoich lub obcych ma dlatego wszystkie szanse powodzeń, że wielu z naszych pupilów woli własne nawet najskromniejsze mieszkanie, niż obszerne nawet z komfortem urządzone pomieszczenie zakładowe. W Belgji przed wojną istniały zakłady, które w opiece rodzinnej skupiały w swych okolicach setki psychicznie chorych; istniała opieka rodzinna i w innych państwach, lecz wojna doprowadziła do ruiny te pożyteczne instytucje. Obecnie gdy rany zadane krwawemi zapasami zaczynają się zabliźniać, opieka rodzinna w Niemczech zaczyna rozwijać się na nowo z tą różnicą, że przeważa umieszczanie chorych za pewną dopłatą w ich własnych rodzinach, rzecz zupełnie naturalna, gdyż kto jak nie swoi są powołani do pomagania i opiekowania się swoimi w nieszczęściu. W razach gdy rodzina własna z tych czy innych powodów nie nadaje się do opiekowania się psychicznie chorymi, niema odpowiedniego mieszkania lub pozostaje bez środków do życia, umieszcza się chorych w rodzinach obcych. Opieka rodzinna może funkcjonować prawidłowo tylko pod zarządem zakładu psychjatrycznego, instytucji, której zależy na sprawnem działaniu opieki rodzinnej. Pupil opieki rodzinnej znajduje się nadal pod opieką zakładu. Zakładowi stawia się nowe żadania, musi on wybierać rodziny, gdzieby chorzy zamieszkali, również jest jego obowiązkiem wybierać chorych zdatnych do opieki i t. d. Dr. Kolb z Erlangen pracuje na tem polu już od 20 lat i obecnie w opiece rodzinnej posiada 3300 chorych psychicznie i anormalnych (zakład jego obsługuje teren z 700.000 mieszkańcami). Zatrudnia Kolb w opiece rodzinnej 3 lekarzy, 6 pielęgniarek, 1 urzędnika i szereg sił pomocniczych. Opieka rodzinna Erlangen funkcjonuje podobno idealnie, nic dziwnego, że w takich warunkach Kolb może przeprowadzać w swym zakładzie stopniowanie w traktowaniu obłąkanych; łatwo mu przenieść chorego z części zakładu zamkniętej do otwartej, a stąd do opieki rodzinnej na terenie zakładowym lub do pawilonu bez służby; wreszcie chory dostaje się na wolność. Wspomina Kolb, jak to 20 lat temu w Monachjum referował swoje zamiary w gronie psychjatrów; spotkał go ogólny

sprzeciw, teraz zaś dawniejsi najzagorzalsi przeciwnicy odzywają się z uznaniem jego pracy i w zupełności przyznają mu rację.

Do opieki rodzinnej u swoich lub obcych nadają się przedewszystkiem chorzy, niewymagający leczenia zakładowego, którym pobyt w zakładzie jest niepotrzebny i nawet może zaszkodzić; nadają się również do opieki oczywiście po wszechstronnem zbadaniu i obłąkani, którym zakład cięży i którzy na wszelki sposób pragną z niego się wydostać; w takich razach, podobnież jak w razach wątpliwych, gdy nie ustalono jeszcze, czy się dany osobnik nadaje do opieki, wskazane jest przydanie choremu oddzielnego pielęgniarza. Wyłączeni są z opieki rodzinnej chorzy psychicznie, zagrażający bezpieczeństwu i moralności publicznej, najodpowiedniejszymi okazują się po ustąpieniu objawów ostrych schizofrenicy; zwracać szczególną uwagę należy na chorych usposobionych erotycznie, takich do opieki należy umieszczać z wielką ostrożnością, chory znajdujący się w opiece rodzinnej pozostaje nadal pupilem zakładu, wszelkiemi siłami starać się jednak należy, by opieka trwała możliwie krócej. W każdym razie tylko człowieka zdolnego do pracy można wypuścić z pod opieki rodzinnej na wolność i to jedynie takiego, który ma ustalony byt przynajmniej na najbliższą przyszłość, jest ubezpieczony w razie choroby, wypadku lub niedołęstwa. Osobnik puszczony na wolność musi ustalić miejsce swego pobytu i zostaje wtedy skreślony z księgi głównej. O ile ozdrowieniec dany nie może jeszcze obyć się bez opieki, starać się należy by koszty związane z opieką były jaknajmniejsze lub zostały przeniesione na rodzinę chorego.

W myśl danych, tylko co przytoczonych, o zadaniach i celach psychjatrji społecznej spółczesnej możemy znajdujących się pod opieką zakładu w Erlangen chorych psychicznie podzielić na następujące kategorje:

I. Chorych zapisanych do księgi głównej zakładu:

a) znajdujących się w zakładzie,

b) przebywających w rodzinach obcych: tacy wpłacają mniej więcej połowę kosztów utrzymania w zakładzie,

c) znajdujących się w rodzinach własnych, opłata pobierana od nich wynosi plus minus $^1/_3$ kosztów zakładowych,

d) wreszcie takich, którzy w zakładzie nie byli, a zapomogę otrzymują,

II. Pensjonarjuszy zakładowych dawniejszych:

a) tych którzy zostali umieszczeni w zakładach dobroczynnych z opłatą od $^1/_2$ do $^1/_3$ kosztów zakładowych,

b) tych, którzy otrzymali urlop do 6 miesięcy i dostawali zapomogi,

c) tych z otrzymujących zapomogi, którym urlop się skończył.

III. Obłąkanych i jednostki anormalne, którzy nigdy w zakładzie nie byli i z zapomogi korzystają rzadko.

Z tego krótkiego zestawienia widać, że opieka rodzinna i leczenie chorych w zakładzie stanowią jedną całość i wzajemnie się dopełniają. Zorganizowanie i prowadzenie opieki rodzinnej przysparzają zakładowi sporo pracy. Z opróżnianiem się miejsc szpitalnych i ułatwionym dostępem do zakładu przybywa pracy na oddziałach, samo zaś prowadzenie opieki rodzinnej przysparza odpowiedzialności dyrektorowi zakładu, zwiększa się również praca biurowa. Wobec tego bez odpowiedniego powiększenia personalu lekarskiego, pielęgniarskiego, biurowego i gospodarskiego zorganizowanie i uruchomienie przy zakładzie opieki rodzinnej nie da się uskutecznić. Środki na to winno łożyć państwo, gmina, instytucje uprawnione, wreszcie rodzina chorych. Oczywiście sprawozdanie z działalności zakładu i opieki rodzinnej powinno być corocznie wydawane.

W powrotnej drodze z Gdańska, wstąpiliśmy do Kocborowa, spędziliśmy tam dzień jeden. Zakład istnieje 34 rok, posiada ziemi koło 600 morgów magdeburskich i jest obliczony na 1000 chorych. Obecnie wobec napływu chorych z Zakładów w Tworkach, Kobierzynie, Kulparkowie i Łodzi mieści się zgórą 1300 pensjonarjuszy. W roku 1925 przybyło w ciągu roku 295 pensjonarjuszy, ubyło 160, przeciętny stan dzienny pacjentów dosięgał 1154 — 1197. Stawki dzienne za utrzymanie i leczenie pacjentów podzielone są na 4 klasy, są przytem inne: dla mieszkańców Pomorza (I klasa 4,50 — 6,00; II klasa 3,50 — 4,00; III klasa 2,20 — 2,50; IV klasa 1 — 50), inne dla chorych pochodzących z innych województw I (klasa 7,00; II klasa 5,00; III klasa 3,50; IV klasa 2,20 — 3,00), inne dla obcokrajowców (I klasa 9,00; II klasa 7,50; III klasa 5,00; IV klasa 4,00) inne były na początku 1925 roku, zmieniły się od maja; wreszcie oddzielna IV tabela kosztów istnieje dla ubogich. Liczba dni wyżywienia wyniosła w 1925 r. 422.713, z tego 228,226 dni spędzili mężczyźni i 194.497 kobiety; w pracy spędzili mężczyźni 109.495 i kobiety 92.700 dni, przeciętnie pracowało dziennie 362 mężczyzn i 307 kobiet. Dzięki napływowi chorych z innych okolic, którzy płacą więcej niż to kosztuje zakład, dalej dzięki gospodarstwu wiejskiemu postawionemu na szeroką skalę (42 krowy dojne), Zakład w Kocborowie sam sobie wystarczy, i w roku 1925 otrzymał zasiłku zGłównej Kasy Starostwa Krajowego tylko 45.335,60 zł. Warsztaty pracują przeważnie nad wykonaniem nowych rzeczy i reperacji dla zakładu; niema pracy jako środka leczniczego. Do pozazdroszczenia są duże widne sale, zwraca uwagę basen, gdzie chorzy mogą pływać, wreszcie łaźnie wybudowane dla chorych w celach leczniczych.

Na zakończenie kilka słów o położeniu psychjatrji u nas, i najbliższe zamierzenia i dezyderaty na przyszłość. Otóż Warszawie stale brak miejsc. Za przykładem zachodniej Europy dzięki pomocy ministerstwa pracy i opieki społecznej grono ludzi dobrej woli zapoczątkowało w roku ubiegłym opiekę pozazakładową nad obłąkanymi, pozostającymi we własnych rodzinach. Lekarz udziela porad i wraz z wywiadowczynią z ramienia sekcji odwiedza ich w domu, poucza rodziny jak mają się obchodzić z chorymi. Starają się zająć ich jakąś pracą, pomagają załatwiać sprawy, wreszcie za ich wskazówkami sekcja subsydjuje potrzebujących pieniądzmi i w naturze. Organizacja ma wszystkie szanse powodzenia i rozwija się stopniowo lecz stale, przeciętnie miesięcznie mieliśmy w swej opiece koło 50 pupilów. Wydatki wynosiły miesięcznie około 1.500 zł. Od 1 kwietnia szpital otrzymuje od Magistratu tysiąc złotych miesięcznie na subsydjowanie ubogich obłąkanych i ich rodzin, znajdujących się poza murami szpitala. Obecnie jesteśmy w poszukiwaniu lokalu, gdzieby nasi pupile schodzili się i spędzali pożytecznie czas w pracy, pod kierunkiem fachowych ludzi, zamierzamy wprowadzić kąpiele przynajmniej raz na miesiąc dla swych pupilów i t. d. Są to zamierzenia bardzo celowe, lecz na miljonowe miasto i stolicę trochę za mizerne. Ma powstać w okolicach Warszawy zakład dla psychicznie chorych mieszkańców stolicy. Winien on być tak zbudowany, by można było na szeroką skalę stosować system leczenia w warsztatach praca i na poszczególnych oddziałach, jako środkiem leczniczym zbliżającym chorego do społeczeństwa, a po drugie należy zakład tak rozplanować, by możliwem było zastosowanie w całej rozciągłości zalecanego przez B r a t z a systemu stopniowania w traktowaniu obłąkanych. W tym celu należy przewidzieć w otwartej części pawilon bez służby i domki dla opieki rodzinnej u zaufanej służby na terenie zakładu. Przy szpitalu zaś Jana Bożego winna się tymczasem rozwinąć na szeroką skalę opieka rodzinna nie tylko nad biednymi, lecz i zamożniejszymi psychicznie chorymi. W takim tylko razie nowopowstającemu zakładowi nie będzie groziło szybkie przepełnienie. Będzie on mógł przyjmować wszystkich zgłaszających się, nadmiar zaś kierować do opieki rodzinnej, która z czasem rozwinąć się musi i przy nowym zakładzie Jana Bożego. Środki czerpać będzie opieka rodzinna od państwa, miasta, kas chorych, rozmaitych urzędów, gdzie chorzy pracowali, wreszcie od samych chorych.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Kazimierz TYSZKA, st. asyst. kliniki. Lwów.

W sprawie gruźlicy wśród młodzieży szkół wyższych we Lwowie i jej zwalczania [1]).

Z Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. R. R e n c k i.

Senat Uniwersytetu J. K. we Lwowie jeszcze w roku 1921/22 stworzył komisję Senatu Akademickiego dla spraw młodzieży, której poruczył organizację i prowadzenie akcji pomocy materjalnej młodzieży. Z początkiem roku akademickiego 1924/25 Ministerstwo W. R. O. P. zarządziło tworzenie kas chorych dla studentów szkół wyższych i pobieranie opłaty 6-złotowej na cele zdrowotne młodzieży [2]). Senat Akademicki U. J. K. poruczył zorganizowanie kasy chorych Komisji Senatu Akademickiego dla spraw młodzieży, która rozpoczęła funkcje swe z dniem 1 stycznia 1925 r. W najbliższych miesiącach przyłączyły się do akcji Uniwersytetu Politechnika lwowska i Akademja Medycyny Weterynaryjnej. Celem udogodnienia współpracy Komisja Senacka zaprosiła do swego łona delegatów Senatu Politechniki i grona profesorów Akademji Medycyny Weterynaryjnej i razem z delegatami największych towarzystw samopomocowych wszystkich trzech szkół wyższych odbywa od tego czasu osobne posiedzenia w sprawach zdrowotnych lwowskiej młodzieży akademickiej.

---

[1]) Sprawozdanie z działalności „Opieki zdrowotnej nad studentami szkół wyższych we Lwowie".

[2]) Zgodnie z wnioskami Senatów wszystkich trzech uczelni Ministerstwo W. R. O. P. podwyższyło w szkołach akademickich lwowskich opłatę na cele zdrowotne w roku akad. 1925/26 z 6 na 9 zł rocznie, w r. 1926/27 na 12 zł, a w roku 1927/28 na 15 złotych.

Inicjatywę, organizację i dalszą pracę nad rozwojem Opieki Zdrowotnej nad studentami szkół wyższych zawdzięcza młodzież Profesorowi Doktorowi Henrykowi H a l b a n o w i.

Od początku istnienia kasa chorych nazwana Opieką Zdrowotną dla odróżnienia od ogólnych kas chorych zorganizowała pomoc lekarską we wszystkich działach medycyny i to prawie wyłącznie przy pomocy klinik uniwersyteckich, a więc kierowników klinik i asystentów z wyjątkiem dentystyki, w którym to dziale ordynują lekarze umówieni w swoich ordynacjach prywatnych. Tylko pomocy zakładów klinicznych zawdzięcza Opieka zdrowotna, że stosunkowo małemi środkami może wykonać tak wielki ogrom pracy. Z natury rzeczy Opieka Zdrowotna szczególną swoją uwagę zwróciła na choroby nie tylko o znaczeniu indywidualnem ale i społecznem, a więc na dział chorób wenerycznych i chorób płucnych. Zadaniem niniejszego artykułu jest podanie krótkiego zarysu o organizacji walki z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej.

Chorych, u których stwierdzono lub też podejrzewano schorzenia gruźlicze, skierowują lekarze „Opieki Zdrowotnej" do Przychodni przeciwgruźliczej przy klinice chorób wewnętrznych, gdzie bada się chorych, przeprowadzając równocześnie badania pomocnicze (mierzenie ciepłoty ciała, prześwietlania promieniami Roentgena, określania chyżości opadania czerwonych ciałek krwi, badania plwociny i t. d.). U niektórych chorych badania te powtarza się w miarę potrzeby. Studenci (tki), u których stwierdzono jakąkolwiek sprawę gruźliczą pozostają stale, do końca studjów, pod opieką lekarską Przychodni i w ciągu roku akademickiego zgłaszając się do następnych badań nie biorą już nowych poleceń, ponieważ karta polecająca uprawnia studenta (tkę) do korzystania z leczenia przez cały okres tej samej choroby. Dla ułatwienia ewidencji, Przychodnia przeciwgruźlica prowadzi własną kartotekę; chorych nie zgłaszających się do ponownego badania w czasie oznaczonym przez lekarzy odwiedza w domu wywiadowczyni Przychodni.

W roku szkolnym 1927/28 ilość studentów (tek) leczonych w Przychodni zpowodu gruźlicy płuc lub gruczołowej wynosiła 449 osób, co stanowi 5,3% ogółu młodzieży studjującej w wyższych zakładach naukowych we Lwowie (8.385, w tem 6.553 mężczyzn, 78,15% i 1832 kobiet — 21,85%).

Wśród tych 449 chorych znajduje się 294 mężczyzn (65,5%) i 155 kobiet (34,5%). Powyższe liczby wskazują, że zaledwie 4,48% ogółu młodzieży męskiej leczy się w Przychodni, gdy tymczasem ilość leczących się kobiet wynosi 8,51% ogólnej ilości studjujących kobiet. Nie dowodzi to jednak, że ilość studentek chorych na gruźlicę była dwukrotnie większa, a jedynie, że znaczna część studentek chorych zgłasza się do leczenia, gdy tymczasem ilość zgłaszających się studentów jest daleko mniejsza od rzeczywistej liczby gruźliczo chorych.

Ilość chorych, leczonych z powodu różnych postaci gruźlicy jest w roku sprawozdawczym przeszło dwukrotnie większa, niż w roku zeszłym. Zjawisko to nie może być jednak uważane za wzrost bezwzględnej ilości gruźlicy wśród młodzieży naszej. Jest ono raczej dowodem przyzwyczajenia się młodzieży do „Opieki Zdrowotnej", nabierania zaufania do tej instytucji, zrozumienia korzyści, wynikających z leczenia wcześnie stosowanego, a pozatem także dowodem zwiększającej się sprawności „Opieki Zdrowotnej". To ostatnie twierdzenie nie jest gołosłowne, zauważono bowiem, że stopniowe systematyczne badanie mieszkańców Domów akademickich przyczyniło się do stwierdzenia nietylko pojedyńczych przypadków ciężkich postaci gruźlicy otwartej, ale przedewszystkiem do wykrycia znacznej liczby przypadków gruźlicy początkującej i gruczołowej. Chorzy ci albo lekceważyli swój stan, albo też wogóle o nim nie wiedzieli. Zajęcie się tymi, niestety o wiele liczniejszymi przypadkami, aniżeli można się było spodziewać, powiększyło znacznie liczbę leczonych. Na ogólną liczbę 449 osób leczonych w Przychodni składa się: 70 przypadków gruźlicy rozwiniętej, często rozpadowej, 145 przypadków początkowej i 234 — gruczołowej. Dodając dwie pierwsze grupy do siebie otrzymamy razem 215 przypadków gruźlicy rozwiniętej i początkowej, co stanowi 2,56% ogółu studjującej młodzieży w wyższych Zakładach naukowych Lwowa. Z tych 215 chorych — 163, a więc 75,8% wysłano do Zakopanego, względnie do innych miejscowości klimatycznych, celem przeprowadzenia leczenia.

Podkreślić należy, że chorym tej grupy „Opieka" nie odmówiła nigdy pomocy finansowej celem leczenia klimatycznego, a ta część t. j. 52 (24,2%), których „Opieka" nie wysłała, nie chciała przyjąć pomocy, mimo zachęcania ich przez lekarzy „Opieki". Powodem tego była o ile nie rozchodziło się o młodzież zamożniejszą, chęć szybkiego ukończenia studjów.

Jeżeli więc do 75,81% chorych na gruźlicę początkową i rozwiniętą, wysłanych przez „Opiekę", doliczymy nieznaczny procent młodzieży zamożniejszej, leczącej się na własny koszt, i studentów (tki), których rodzice — zamieszkując okolice dla leczenia odpowiednie — podjęli się ich leczenia w warunkach domowych, to możemy śmiało twierdzić, że przynajmniej 90% młodzieży, której lekarze Przychodni polecili przerwanie studjów i intenzywne leczenie, uzyskało potrzebną pomoc.

„Opieka Zdrowotna" umieszczała gruźliczo chorych przedewszystkiem w Zakopanem, starając się o uzyskanie miejsc dla lżej chorych w Sanatorjum Bratniej Pomocy, a w ciężkich przypadkach w szpitalu klimatycznym. I tak w roku akademickim 1927/28 Dom Zdrowia Bratniej Pomocy przyjął 28, a Szpital klimatyczny w Zakopanem 19, w pensjonatach zaś umieszczono także 19 członków „Opieki Zdrowotnej". Ogółem więc w samem Zakopanem „Opieka Zdrowotna" zdołała umieścić 66 osób. W sanatorjum dla gruźliczo chorych w Hołosku pod Lwowem było w leczeniu 2 studentów, pozatem umieszczono w różnych miejscowościach klimatycznych, a mianowicie w Delatynie, Jaremczu, Tatarowie, Dorze, Worochcie, Mizuniu, Jabłonowie, Kowańcu, Zaleszczykach, a więc przeważnie w miejscowościach podgórskich około 80 członków „Opieki", kilka osób i to szczególnie cierpiących na gruźlicę gruczołową i kostną w Rabce i Iwoniczu. Dla 11 studentek, źle odżywionych, ze stanami podgorączkowemi, a bez wyraźnych zmian gruźliczych wynajęto w Morszynie leśniczówkę w miejscu słonecznem pod lasem położonem, gdzie zapewniono im bardzo pożywne odżywianie i urządzono prymitywną leżalnię. Wynajęcie leśniczówki zarówno jak i pomoc w urządzeniu jej zawdzięcza „Opieka Zdrowia" p. Prof. Dr. R. R e n c k i e m u, Prezesowi Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich które jest właścicielem Morszyna. Dyrekcja Zakładu kąpielowego w Morszynie zezwoliła studentkom na bezpłatne używanie urządzeń wodoleczniczych, a kąpieli solankowych za bardzo niską opłatą.

Szczególnie podnieść należy, że znaczna część chorych z rozwiniętą gruźlicą — gdyż 40-tu na 70-ciu chorych — przebywała przez czas dłuższy (4—8 tygodni) na Oddziale gruźliczym II Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie, skąd dopiero po dokładnem zbadaniu, obserwacji i rozpoczęciu leczenia (np. sztuczna odma piersiowa) w miarę uzyskania miejsc wysyłano chorych do sanatorjów lub pensjonatów w miejscach klimatycznych.

Przyjmowanie chorych akademików do kliniki, które zawdzięczamy niezwykłej życzliwości dla sekcji „Opieki Zdrowotnej" p. Prof. Dr. R. R e n c k i e m u jest nie tylko niejednokrotnie wielkiem dobrodziejstwem dla chorych, ale ponadto ma ogromne znaczenie społeczne; przeważna bowiem ilość ciężko chorych rekrutuje się z pośród najniezamożniejszej młodzieży akademickiej, a temsamem mieszkańców domów akademickich. Przyjęcie natychmiastowe chorych — po stwierdzeniu otwartej gruźlicy — chroni zdrowych współmieszkańców przed grożącem zakażeniem. Natychmiastowe wyłączanie chorych z domów akademickich jest tem ważniejsze, że po przeprowadzeniu leczenia w miejscowościach klimatycznych studenci (tki) powracają do domów akademickich tylko w razie odpowiedniej poprawy. Zarząd „Opieki" dokłada wszelkich starań, ażeby chorzy, przedstawiający jakiekolwiek niebezpieczeństwo dla otoczenia nie byli przyjmowani z powrotem do domów akademickich, względnie — jeżeli stan ich zdrowia na to pozwala — otrzymywali pomieszczenia wspólne z jednostkami o podobnym stanie zdrowia.

Podane powyżej zestawienie działalności „Opieki Zdrowotnej" w dziedzinie zwalczania gruźlicy od początku istnienia „Opieki" wykazuje w pierwszych dwóch latach braki; pochodzi to stąd, że dopiero z rozwojem organizacji także i pod względem finansowym można było ordynatorów „Opieki" obciążyć prowadzeniem statystyki.

Z tego zestawienia podnieść należy:

1) Na ogólną ilość (8385) studjujących w roku akademickim 1927/28 zgłosiło się do badania wewnętrznego 1841 osób; z tej ilości 449 chorych było następnie leczonych w Przychodni z powodu różnych postaci gruźlicy, co stanowi 5,3% ogółu studjujących, a 24,4% zgłaszających się do badania wewnętrznego, nie wliczając 25 przypadków gruźlicy kości i stawów (podanych w statystyce działu chorób chirurgicznych).

2) Ilość chorych z rozwiniętą, często rozpadową gruźlicą wynosi w roku 1927/28 — 70 osób, z których 50% zgłosiła się do badania bądźto narzekając na „przeziębienie", „grypę", lub też z powodu innych, jak np. zaburzenia żołądkowe, nic nie wiedząc o tem, że chorują na gruźlicę płuc;

3) Łącznie ze wzrostem ogólnej ilości chorych na gruźlicę wzrasta też ilość leczonych klimatycznie: gdy w roku 1924/25 wynosiła ona 36 osób (koszta leczenia 7.937), to w roku sprawozdawczym 1927/28 wynosi ona 162 osób (koszta leczenia zł 48.493). Odpowiednio też wzrosła ilość osób leczonych z powodu gruźlicy płuc w Klinice chorób wewnętrznych.

Liczby te świadczą z jednej strony o ogromie pracy, przedsięwziętej przez „Opiekę Zdrowotną", z drugiej jednak są niepokojące, gdyż świadczą o wielkiem rozprzestrzenieniu wśród mło-

Rok akademicki	Ilość leczonych studentów (ek) w Przychodni przeciwgruźliczej: Ogólna ilość	w tem gruźlica: począt-kowa	w tem gruźlica: rozwi-nięta	w tem gruźlica: gruczo-łowa	Ilość wizyt lekarskich studentów (ek) w Przychodni przeciwgruźliczej	Leczenie kliniczne studentów (ek): Ilość studentów (ek) leczonych w klinice wewnętrznej	w tem leżących na oddz. gruźliczym kliniki	Ilość dni leczenia chorych na oddz. gruźliczym	Ilość naświetlań lampą kwarcową	Ilość prześwietlań promieniami Röntgena	Leczenie sanatoryjne studentów (ek): Ilość studentów (ek) leczonych w sanatorjach	Koszta leczenia w sanatorjach
1924/5	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	36	7.937
1925/6	182	111	29	42	+	24	15	611	+	+	50	13.625
1926/7	222	61	73	88	650	53	34	1439	1600	320	78	24 951
1927/8	449	145	70	234	1348	65	40	2015	2556	752	162	48.493

dzieży akademickiej gruźlicy i nasuwają pytanie, czy w przyszłości „Opieka Zdrowotna“ podoła wziętym na się obowiązkom. Nim przejdziemy do ogólnego omówienia kwestji zwalczania szerzenia się gruźlicy wśród młodzieży przedstawimy jeszcze wyniki badania młodzieży, mieszkającej w Domach Akademickich. Otóż w roku zeszłym zostały przebadane Domy akademickie: dwa Domy techników i Dom Studentek. Na ogólną ilość 89 zbadanych w Domu Studentek było 49 zdrowych, bez zmian, z pozostałych 40 u 15 stwierdzono inne schorzenia, u 25 zaś stwierdzono zmiany gruźlicze, co stanowi 28.1% w tem gruźlicy początkowej 8 przypadków, rozwiniętej 5, gruczołowej 12 przypadków, czyli że gruźlicę płuc początkową i rozwiniętą stwierdzono u 13 osób, co stanowi 14.6%.

W Domach techników na ogólną ilość 430 zbadanych nie wykryto żadnych zmian chorobowych u 230, różne inne schorzenia znaleziono u 145 osób, u 82 zaś wykryto zmiany gruźlicze, co stanowi 19%, z tego przypada na gruźlicę rozwiniętą 10 przyp., na początkującą 65, co razem stanowi 75 przypadków czyli 17,4% (prócz gruczołowej).

Sumując wyniki badań w Domach Technickich i w Domu Studentek otrzymamy, że na ogólną ilość 519 osób badanych zmiany gruźlicze bądźto początkowe, bądźto rozwinięte znaleziono u 88, co stanowi 17% ogółu mieszkańców, w tem u 3% stwierdzono gruźlicę rozwiniętą względnie rozpadową [3]).

Liczby te są procentowo wyższe, niż poprzednio podane wyniki, otrzymane przy badaniu zgłaszających się chorych do badania wewnętrznego, gdzie stwierdzono na 1841 osób badanych u 215 gruźlicę początkową lub rozwiniętą, co stanowi 11,7%, w tem rozwiniętą wzgl. rozpadową u 70 osób, co stanowi 3,8% badanych.

Mniejszy procent ciężkich przypadków gruźlicy w Domach Akademickich jest następstwem tego, że badanie mieszkańców Domów Akademickich zostało przeprowadzone z końcem II-go trymestru tak, że część ciężko chorych poprzednio zgłosiła się już do leczenia i została wysłana do miejscowości klimatycznych.

„Opieka Zdrowotna“, prowadząc walkę społeczną z gruźlicą wśród młodzieży musi pokonywać wiele przeszkód; samo poznanie ogromu klęski napotyka na wielkie trudności. Uzyskanie ogólnej liczby studentów (tek) chorych na gruźlicę bez przeprowadzenia przymusowego badania wszystkich akademików nie jest możliwe. Wciąż jeszcze pomimo kilkuletniego istnienia „Opieki Zdrowotnej“ zgłaszają się chorzy akademicy, żaląc się na inne dolegliwości, a tymczasem badanie wykazuje u nich duże zmiany gruźlicze. Znany nam jest cały szereg przypadków — nawet wśród medyków — gdzie badanie uskutecznione z innego powodu wykazało ciężką rozpadową gruźlicę.

———————

[3]) Liczby te odpowiadają wynikom badań, przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej gimnazjalnej w Wilnie, wśród której wykryto w wieku 16—21 lat gruźlicę płuc u chłopców w 17,9%, u dziewcząt 21,2%).

(Dr. Z. Kuncewicz i Dr. A. Borowski: „Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej“. Wilno. Wil. Tow Przeciwgruźlicze, 1929).

Dr. Kopczyński: (Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce, 1929) podaje liczby daleko niższe, gdyż według niego (statystyka lekarzy szkolnych) zapadalność na gruźlicę w szkołach średnich wynosiła w r. 1925/26 na 128.131 badanych 3,75% (wszystkie klasy), gdy tymczasem według wyżej wymienionych autorów wileńskich w całem gimnazjum męskiem wynosi 10%, w żeńskiem zaś 7%.

Na czoło walki społecznej z gruźlicą wysuwa się konieczność poznania ogromu klęski t. j. wykrycia z dostępną ścisłością wszystkich przypadków gruźlicy, szczególnie niebezpiecznej dla otoczenia, gdyż dopiero wtedy można przystąpić do skutecznego przeciwdziałania jej, do unieszkodliwienia źródeł choroby. Przychodnia Opieki stara się w każdym przypadku wykrycia gruźlicy dojść do źródła zakażenia, źródło to wykryć. W każdym takim przypadku starano się przebadać współmieszkańców chorego, aczkolwiek nie zawsze to jej się udawało, pomimo nakłaniania ich do przyjścia do badania przez wywiadowczynię Przychodni. Możemy przytoczyć tutaj jeden charakterystyczny przykład zakażenia się gruźlicą. W Przychodni leczył się student z rozpadową postacią gruźlicy, który mimo namawiania go przez lekarza Przychodni do wyjazdu celem leczenia klimatycznego studjował dalej, nie chcąc przerywać studjów. Po kilku miesiącach student ten zmarł. W czasie jego choroby zgłosiły się do Przychodni Opieki dwie studentki, siostry, u których badanie wykazało początkowe zmiany gruźlicze. W przypadkach tych dało się stwierdzić źródło zakażenia; okazało się, że obie siostry, poprzednio zupełnie zdrowe, w ostatnich tygodniach przygotowywały się do egzaminów ze zmarłym następnie akademikiem dotkniętym ciężką gruźlicą. Powyższy przykład ilustruje dosadnie konieczność przeprowadzenia ustawy, mocą której istniałaby możność usuwania akademików z otwartą gruźlicą z sal wykładowych, seminarjów i pracowni, gdyż studenci winni być chronieni przez odpowiednią ustawę przed stykaniem się z ciężko chorymi na gruźlicę, czy też inną chorobę zakaźną. Przebadanie wszystkich akademików jest trudne do wykonania, ponieważ obciążyłoby zanadto dział chorób wewnętrznych. Możliwem jednak byłoby systematyczne coroczne badanie Domów Akademickich, co ze względu na młodzież akademicką miałoby największą wagę, tembardziej że — przynajmniej we Lwowie — ilość pokoi jedno — a nawet dwuosobowych jest mniejsza, aniżeli wieloosobowych.

Koszta badania, zresztą bardzo niewielkie, bo wynoszące we Lwowie 1,50 zł od osoby, a może bardziej jeszcze skutki stwierdzenia choroby t. j. konieczności wyjazdu i ewentualne wykluczenie z Domu Akademickiego — są zapewne głównymi powodami niechęci młodzieży do perjodycznych badań, aczkolwiek Zjazd Bratnich Pomocy uchwalił ich systematyczne przeprowadzanie.

Na skutki niechęci studentów do powyższych badań nie brak przykładów i kilkakrotnie już stwierdzano, że chory z otwartą gruźlicą mieszkał w sali 3—5 osobowej, a po wykryciu i umieszczeniu go w Klinice stwierdzano u współmieszkańców początkową gruźlicę. W innym przypadku chory z ciężką gruźlicą pozostawał nadal w pokoju dwójkowym, pomimo przyznania mu miejsca w Sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem, nie chcąc na razie wyjechać z powodu studjów, a wkrótce potem zgłosił się jego kolega z początkowemi zmianami w płucach. Sprawa badań mieszkańców Domów Akademickich i bezwzględnego usuwania z nich chorych na gruźlicę otwartą winna być również jak najszybciej załatwioną, na podstawie odpowiednich rozporządzeń Władz Centralnych, co zdaje się, nie powinno napotykać na wielkie trudności, wobec tego, że odpowiednia kontrola sanitarna ustawowo jest przeprowadzona w domach zajezdnych, hotelach, pensjonatach, tem łatwiej podciągnąć i Domy akademickie pod powyższą kategorję pensjonatów, hoteli etc.

Jednym — bodaj czy najważniejszym — z punktów społecznej walki z gruźlicą w wyższych Zakładach naukowych jest nieprzyjmowanie nowowstępujących chorych na gruźlicę, jako niebezpiecznych dla otoczenia, gdyż są oni często źródłem zakażenia

dla pozostałych studentów — jak to obserwowaliśmy niejednokrotnie.

Uznając konieczność tych zarządzeń na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym powzięto na wniosek lekarza Opieki Zdrowotnej we Lwowie Dr. T y s z k i uchwałę następującą:

„III Zjazd Przeciwgruźliczy prosi Ministerstwo Oświaty, ażeby w przyszłości wszystkich studentów, nowozapisujących się na wyższe studja, poddawać badaniu lekarskiemu i nie dopuszczać do wpisów do wyższych zakładów naukowych chorych z gruźlicą niebezpieczną dla otoczenia".

Reasumując powyższe należy uznać konieczność wydania przez kompetentne czynniki — Władze Centralne — następujących przepisów:

1) o nieprzyjmowaniu do szkół akademickich chorych na gruźlicę, jako niebezpieczną dla otoczenia,

2) o konieczności perjodycznych badań mieszkańców Domów akademickich i usuwania z nich przymusowo chorych na ciężkie postacie gruźlicy płuc,

3) o zezwoleniu Senatom akademickim, na nieprzyjmowanie w latach następnych gruźliczo chorych uczęszczających do Szkół akademickich, dopóki stan ich się nie poprawi do tego stopnia, że nie będą przedstawiać niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Ponieważ zdrowie młodzieży w znacznej mierze zależy od warunków higjenicznych, w jakich przebywa ona w salach wykładowych, w pracowniach, w domach akademickich, należałoby zastosować do gmachów szkół akademickich szereg zarządzeń higjenicznych jak:

1-o) zaciąganie podłóg zaprawą pyłochłonną, co jak wiadomo, znakomicie zmniejsza ilość kurzu, unoszącego się w powietrzu a wraz z kurzem — różnych bakteryj zwłaszcza chorobotwórczych,

2-o) dostateczne zaopatrzenie gmachów zakładowych w umywalnie,

3-o) zaprowadzenie dostatecznej ilości wentylatorów.

Ideałem akcji przeciwgruźliczej wśród młodzieży byłoby tworzenie w środowiskach uniwersyteckich na peryferjach miasta domów dla młodzieży z gruźlicą gruczołową względnie dla zagrożonych gruźlicą, co umożliwiałoby oddzielenie młodzieży chorej od zdrowej, a oprócz tego pozwoliłoby młodzieży chorej na kończenie studiów w lepszych warunkach zdrowotnych.

Należy zwrócić jeszcze uwagę na konieczność odpowiedniego uświadomienia całej rzeszy młodzieży o walce z gruźlicą i jej profilaktyce. Już samo badanie studentów, zapisujących się na pierwszy rok studjów stanowić będzie pewnego rodzaju propagandę. Oprócz tego należałoby urządzać wykłady perjodyczne dla młodzieży o znaczeniu gruźlicy, o jej zwalczaniu.

Oprócz dążenia do spełnienia powyższych postulatów należałoby, ażeby wszystkie ośrodki uniwersyteckie posiadały — za wzorem Lwowa — „Domy Zdrowia" w miejscowościach podgórskich. Wybudowanie „Domu Zdrowia Opieki Zdrowotnej nad studentami Szkół Wyższych we Lwowie" w Mikuliczynie należy zaliczyć jako jeden z głównych czynów tejże Opieki. Dom ten przeznaczony dla młodzieży z gruźlicą gruczołową jak również dla potrzebujących wypoczynku i kilkutygodniowego pobytu w okolicy zdrowej jest najlepszem i najskuteczniejszem przeciwdziałaniem tej strasznej klęsce społecznej, jaką jest gruźlica.

Metoda klimatyczno-djetetyczno-sanatoryjna, stosowana w „Domu Zdrowia" daje dobre rezultaty, gdyż czynniki na nią się składające: 1) świeże powietrze, 2) obfite i racjonalne odżywianie i 3) spokój fizyczny i psychiczny (leżakowanie) — stanowią wyśmienite naturalne środki, korzystnie wpływające na wzmocnienie ustroju. Oderwanie chorych studentów od ich codziennego, najczęściej niehigjenicznego sposobu życia, wyczerpującego ich i fizycznie i umysłowo, i umieszczenie ich na 6—8 tygodni w podobnym „Domu Zdrowia" podnosi czynność całego podupadłego organizmu, wytwarzając większą odporność tkanek w walce z drobnoustrojami.

Budowa „D. Z." zaczęta jeszcze w 1925 r., ukończona została z powodu trudności finansowych dopiero w roku sprawozdawczym. W listopadzie 1928 r. odbyło się otwarcie „Domu Zdrowia". Może on pomieścić 23 studentów (tek); studenci i studentki przebywają w nim naprzemian po 6 tygodni. Aczkolwiek to nie należy już do okresu sprawozdawczego trzeba podnieść, że od tego czasu „D. Z." funkcjonuje sprawnie. Więcej niż setka młodzieży, która w nim przebywała, powróciła ze znaczną poprawą zdrowia do pracy. Niestety „D. Z." na lwowskie środowisko młodzieży akademickiej jest za mały i w niedalekiej przyszłości trzeba będzie przystąpić do wybudowania drugiego pawilonu celem wysyłania większej ilości młodzieży, potrzebującej klimatycznego leczenia; wtedy też będzie można przedłużyć okres ich tam pobytu z sześciu do 8—10 tygodni.

Nie mając szczegółowych danych o walce z gruźlicą w innych miastach uniwersyteckich Polski, przedstawiamy poniżej szczegóły organizacji tej walki na wszechnicach niemieckich. Porównywując dane te z akcją Opieki Zdrowotnej we Lwowie można śmiało powiedzieć, że Lwów wyprzedził w akcji tej nietylko inne miasta Polski, ale dobrze zorganizowane i bogate w porównaniu z nami społeczeństwo niemieckie. Na zjeździe studentów niemieckich w r. 1921 podkreślono, jako jedno z ważnych zadań organizujących się zrzeszeń samopomocowych opiekę lekarską nad chorymi studentami. W łączności z tem, a z inicjatywy prof. R a n k e'g o powstała w Monachjum w 1921 r. opieka zdrowotna samopomocy studenckiej. W r. 1927 zjazd doroczny niemieckich zrzeszeń samopomocowych uchwalił wprowadzić pogłówne na walkę z gruźlicą. Na 55 ośrodków tych zrzeszeń, w r. 1927 jedynie 3—4 zajmowały się intensywnie walką z gruźlicą. Jak wynika ze sprawozdania rocznego Związku pomocy gospodarczej niemieckich studentów leczono w r. 1927 sanatoryjnie 166 chorych akademików, przeważnie po 4 miesiące. W tym samym roku oddział Związku w Monachjum skierował do sanatorjów 35 przypadków nowo wykrytych gruźlicy, co łącznie z 15 przypadkami leczonymi już poprzednio stanowi wogóle 50 osób w roku sprawozdawczym ze środowiska monachijskiego. Należy dodać, że Monachjum wydało 110.000 RM na cele zdrowotne młodzieży, z tego 2/3 całej tej sumy na walkę z gruźlicą. Od powstania Opieki Zdrowotnej w Monachjum w 1921 roku do końca 1927 roku przeprowadzono 130 kuracyj klimatycznych.

K a t t e n t i d t[3]) oblicza, że na 100.000 akademików w Niemczech należy przyjąć 600 przypadków, potrzebujących opieki sanatoryjnej, tymczasem w r. 1927 zaledwie 200 przypadków było w ewidencji powyższego Związku. Autor powyższy oblicza, że pewna ilość studentów jest w dobrych warunkach finansowych i może obyć się bez pomocy Związku, lecząc się na własny koszt. Według obliczeń monachijskich przyjmują, że zaledwie 10% ogółu młodzieży obywa się bez pomocy akademickich kas chorych.

Należy też podnieść że w Monachjum jak i w innych niemieckich środowiskach akademickich zwalczanie gruźlicy wśród młodzieży nie należy do świadczeń obowiązkowych studenckiej Kasy Chorych; każdy chory zasadniczo sam ma pokrywać koszta leczenia sanatoryjnego, jeżeli zaś nie może, to pokrywa je nie Kasa Chorych, a pomoc gospodarcza (Wirtschaftskörper); naogół jednak przyjmują średnio, że sam chory może przeciętnie pokryć 33% kosztów leczenia, resztę zaś muszą pokryć stowarzyszenia samopomocowe. Autor obliczając koszta 8-miesięcznego leczenia sanatoryjnego 600 chorych na 1,000.000 RM, odciąga 33%, które winni pokryć sami chorzy, a wtedy pozostaje do pokrycia 660.000 RM. Kwotę możnaby według autora ściągnąć opodatkowaniem wszystkich studentów po 3 RM półrocznie na walkę z gruźlicą.

Prof. B r e u n i n g, zajmujący się akcją zdrowotną wśród młodzieży monachijskiej sadzi, że oprócz obowiązkowego badania, przeprowadzanego już na niektórych uniwersytetach niemieckich, należy wprowadzić obowiązkowe prześwietlania klatki piersiowej, gdyż wczesne nacieki gruźlicze nie zdradzają się często zupełnie klinicznie, a mogą być rozpoznane jedynie tylko roentgenologicznie. Wtedy wiele przypadków gruźlicy będzie można poddać wcześniej leczeniu sanatoryjnemu, a z lepszym wynikiem.

Porównywując działalność lwowskiej „Opieki Zdrowotnej" z akcją podobną w Niemczech należy podkreślić, że Lwów wyprzedza w akcji tej wiele środowisk niemieckich: tam jedynie Monachjum równie intensywnie zajmuje się zwalczaniem gruźlicy wśród młodzieży; działalność innych środowisk pozostaje — zdaje się — znacznie w tyle.

Jeżeli więc dałoby się znaleść środki do przeprowadzenia obowiązkowego prześwietlania promieniami Roentgena, a temsamem do wcześniejszego uchwycenia, a prognostycznie pomyślniejszego, jeżeli następnie znalazłyby się dalsze środki finansowe do umożliwienia koniecznego leczenia, to wtedy należy przypuszczać, że potrafiłoby się znacznie obniżyć śmiertelność na gruźlicę w kołach akademickich, które przedstawiają przecież tak cenną warstwę każdego narodu.

Ocena wyników ogólnych osiągniętych w przyszłości w walce społecznej z gruźlicą w szkołach akademickich po przeprowadzeniu odpowiednich ustaw — będzie możliwa dopiero po wielu latach, w każdym razie należy się spodziewać znacznego spadku zachorowań młodzieży w czasie studjów, gdyż wielu chorych, będących rozsadnikiem gruźlicy w przepełnionych salach wykładowych i pracowniach nie będzie dopuszczona do murów uczelni, świeże zaś przypadki gruźlicy otwartej wśród akademików będzie daleko łatwiej wcześnie wyśledzić, a przy wczesnym stwier-

[3]) B. K a t t e n t i d t: Tuberculosefürsorge an den deutschen Hochschulen. Zeitschrift für Tuberkulose, zeszyt 4, tom 52, 1928 r.

dzeniu łatwiej wyleczyć. Wtedy będzie można też duże sumy pieniężne łożone obecnie na leczenie — często beznadziejne — przypadków ciężkich — przeznaczyć na akcję zapobiegawczą szerzenia się gruźlicy wśród młodzieży i na leczenie klimatyczne gruźlicy gruczołowej.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Paul Liebesny: *Diathermie, Heisluft und Künstliche Höhensonne.* Bücher der ärztlichen Praxis — J. Springer — Wiedeń 15. 8-o, 2 + 73.

Cały cykl powyższych publikacyj przeznaczony jest dla lekarzy praktyków. Niniejsza książeczka traktująca o diatermji, gorącem powietrzu i lampie kwarcowej ma według słów autora dać lekarzowi wskazówki i pomoc w autodydaktycznem zaznajamianiu się z przedmiotem. Cel ten został niewątpliwe osiągnięty przez krótkie i jasne przedstawienie sposobów stosowania powyższych metod leczenia i treściwe podanie wskazań i przeciwskazań, bez obciążania całości balastem teoretycznym.

J Krzyżanowski (Gdynia).

Dr. Madaus: *Podręcznik receptowy oligoplexów dynamicznych i preparatów.* Nakł. Dr. Madaus & Co — Warszawa. 8-o, XL + 375.

Podręcznik powyższy wydany przez firmę wyrabiającą środki homeoterapeutyczne, zawiera prócz kilku artykułów objaśniających główne zasady homeotherapji i działania t. zw. oligoplexów, dokładną terapję homeopatyczną wszystkich chorób, wykaz oligoplexów i preparatów oraz wykaz ziół i chemikalji używanych w homeopatji. Dla lekarza więc zajmującego się tą z powrotem wchodzącą w modę metodą leczenia, może być powyższy podręcznik cennym i pomocniczym nabytkiem i zwłaszcza że temat przedstawiony jest przejrzyście i wyczerpująco.

J Krzyżanowski (Gdynia).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł chemiczny, nr. 14, z lipca 1929: W. J. Piotrowski i J. Winkler: O refraktometrycznem badaniu produktów parafinowych. — M. Grochowski: Nowy aparat do szybkiego i dokładnego oznaczania ciężarów właściwych cieczy. — W. Iwanowski: Konferencja w sprawie ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz produktów spożywczych.

Polski Przegląd Radjologiczny, tom IV, zeszyt 2, z r. 1929: M. Werkenthinówna: Uwagi nad wzrostem przerzutów nowotworowych w płucach na podstawie jednego, przez czas dłuższy obserwowanego przypadku. — E. Meisels i M. Schütz: Płat żyły nieparzystej. — W. Zawadowski: O dodatkowym zrazie nieparzystego płuca prawego (lobus venae azygos) i jego widoczności na zdjęciach klatki piersiowej. — J. Wojciechowski: Przypadek apophysitis calcanei bilateralis.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 29, z 21 lipca 1929: N. Sienkiewicz: Parę danych o piperazynie. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego Uniw. St. B., rok V, zeszyt 3, za maj i czerwiec 1929: S. Schilling-Siengalewicz: Wątroba jako narząd o wydzielaniu dokrewnem. — K. Opoczyński: Uwłosienie tułowia jako cecha konstytucyjna i jego zależność od gruczołów wydzielania wewnętrznego. — B. Żabko-Potopowicz: O mleku zakwaszonem w dietetyce dziecięcej. — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875(c. d.). — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka Rozdz. XXXVII c. d.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 6, z 1 czerwca 1929: L. Skarzyński: Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — J. Rosenbaum: Psychika lekarza i pacjenta Kas chorych. — Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego w sprawie Kas chorych we Włocławku przeciwko Wojewodzie Warszawskiemu w przedmiocie podatku od lokali. — Regulamin Komisji rozjemczej Kasy chorych m. Łodzi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 29, z 18 lipca 1929: J. Mackiewicz: O glejakach. — L. Szyfman: Cukrzyca wśród żydów. — A. Dryjski: Geneza i technika metody psychoanalitycznej (streszcz. zbior., c. d.).

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 6, z czerwca 1929: M. Kalisz: O styczności brzeżnej wypełnień zębowych.

Trzeźwość, nr. 6—7, z r. 1929: W. M. Kozłowski: Z dziejów zwalczania alkoholizmu w Polsce. — K. Kalinowski: Film naszego życia: Najwyższy Trybunał Administracyjny a plebiscyt. M. Skiba: Z wędrówek po powszechnej wystawie krajowej w Poznaniu. — J. Cetnarski: Praca nauczyciela w zakresie higjeny. T. Szumański: Wesele góralskie. Widowisko sceniczne (dok.). K. Cesiul: Powszechny kult alkoholizmu.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 6, z r. 1929: Z. Wołłowiczowa: Dziesięciolecie powstania Ligi Czerwonych Krzyży. Z. B.: Międzynarodowa Konferencja dyplomatyczna w Genewie. St. Ziembińska: Organizacja pielęgniarek wojskowych w Ameryce. — B. Zakliński: Międzynarodowa Komisja ekspertów dla obrony ludności cywilnej przed wojną chemiczną.— Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża.

Gastrologja Polska, tom I, nr. 4, za lipiec 1929: M. E. Binet: O stanach początkowych przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego. — J. Grundzach: Zespół objawów bólowych, kiszkowo-żołądkowych. Spostrzeżenia i uwagi. — A. Kapłan: O leczeniu biegunek peptonem.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 6, z r. 1929: Kund Secher: Leczenie wewnętrznej gruźlicy sanokryzyna (dok.). — W. Werner: Leczenie zastrzałów (c. d.). — Banaszkiewicz: Przyczynek do organoterapji. Sistomenzyna.

Polski Przegląd chirurgiczny, tom VIII, zeszyt 3, z r. 1929: L. Zembrzuski: Zarys rozwoju chirurgji polskiej. — A. Rudzki: Rzadka postać zapalenia przewlekłego otrzewnej. — W. Gielels Wartość kliniczna badania krwi metodą Schillinga w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. — K. Czyżewski: Przyczynek do ustawiania zwichnięć sposobem Riedla. — W. Ostrowski: Przyczynek do sprawy złamań pierwszego żebra. — L. Gout: Szew kiszkowy. — W. Dobrzaniecki: Nowsze zabiegi wytwórcze w zakresie ruchomej części nosa. — Nekrolog ś. p. Dr. Eugenjusza Lewensterna.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 30, z 25 lipca 1929: J. Mackiewicz: O glejakach (c. d.). — J. Rutkowski: Ropniak opłucny wywołany przez streptothrix. — J. Pomper: Uproszczony sposób leczenia syndaktylji. — A. Dryjski: Geneza i technika metody psychoanalitycznej (streszcz. zbior., dok.). — R. Barański i Marjanko-Lewenfiszowa: Przyczynek do działania efetoniny. — L. Zamenhof: Żartem o rzeczy poważnej. poważnej.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt VII, z lipca 1929: Sew. Cytronberg: Leczenie stanów chorobowych przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. — A. Ziemkiewicz: Postępowanie lecznicze w wypadkach poronień, stosowane w szpitalu powszechnym w Łokaczach. — J. Irrgang: „Z teki lekarza".

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Pryszczyce wtórne pochodzenia allergicznego w przebiegu intertrigo po drożdżach (lewurydy „levurides"). P. Ravaut zakomunikował na posiedzeniu Akademji Medycyny w Paryżu (4. VI. 1929) przypadki kliniczne pewnej odmiany intertrigo wywołanej przez „levures" (drożdże). U osobników uczulonych występuje wysypka wtórna, rodzaju „pryszczyc". Badania drobnoustrojowe, odczynów humoralnych, odtworzenie doświadczalne u człowieka tych schorzeń przez doskórne zastrzyki lewuryny potwierdziły pochodzenie i genezę tych ekzem; chodzi o t. zw. lewurydy dotychczas nieznane („levurides"). Fakty te mają swe znaczenie; wskazują bowiem na możliwość pochodzenia allergicznego reakcyj skórnych typów, rozciągających się od ekzemu do „psoriasis". Są one zależne od ogniska pierwotnego, czasem widocznego, jak to ma miejsce po drożdżach lub po innych schorzeniach pasorzytniczych, często jednak ognisko to jest ukryte i należy je szukać. Z tych faktów nieznanych wypływają bezpośrednio ciekawe wnioski terapeutyczne.

Immunite.

Maj. 1929. XLVIII., str. 33.

Czy istnieje malarioterapja gruźlicy? Leczenie kiły nerwowej, a zwłaszcza bezwładu postępującego, przez inokulację hematozoą zimnicy jest na porządku dziennym od kilku lat. Rezultaty są na ogół uważane jako dodatnie. Dyskusja się przedłuża jedynie na tym punkcie, czy zakażenie zimniczne działa w sposób swoisty czy też wskutek wielkiej ciepłoty, którą powoduje („pyrétothérapie").

I przyszło też na myśl uczonym, by zobaczyć, czy zimnica dobrowolnie wstrzyknięta gruźliczym, ma jakieś działanie dodatnie i na tę chorobę.

Dokonał tego W e s e l k o — jego prace zostały opublikowane w „Zeitschrift für Tuberculose 1927", t. XLVIII, str. 33.

Kobieta 38-letnia chora na suchoty płuc, z laseczникami Kocha w plwocinach, otrzymuje zastrzyk krwi chorego na zimnicę, i w której to znajdowały się schizontes „Plasmodium vivax". Chora zaraża się i przedstawia 5 napadów zimniczych. Chininą zostaje wyleczona z zimnicy, a jednocześnie:

ciepłota staje się normalna, podczas gdy przedtem przez długi okres czasu, chora miała znaczne wahania ciepłoty.

W ciągu trzech miesięcy chora nabiera 11 kg. Laseczniki Kocha zanikają w plwocinach, plwociny w końcu też znikają.

O. W e s e l k o leczy w ten sposób sześciu innych chorych. Pięć razy otrzymuje rezultaty doskonałe, odpowiadające zupełnemu wyzdrowieniu pod względem klinicznym. Szósty chory tylko w części wyniósł z tej terapji pożytek.

Później, F r e i m a n (J. of. tropical Med. a Hyg., lipiec 1927) studjuje odczyn skórny (cuti - reakcja) tuberkuliny u chorych na zimnicę ostrą albo na przewlekłą. I stwierdza, że w 91% przypadków napad ostry zimnicy przetwarza odczyn skórny z dodatniego na ujemny. Odczyn skórny u chorych na zimnicę przewlekłą okazał się na 100% ujemny.

F r e i m a n uważa, że ta anergja, powstała dzięki zakażeniu zimnicą, trwa tylko 20 do 200 dni: „Zimnica odbiera ciału „anticorps" gruźlicy i czyni go skłonnym na objawy wewnętrzne i zewnętrzne choroby".

* * *

I oto zjawia się na nowo dyskusja na temat działania antagonistycznego zimnicy w stosunku do gruźlicy. Bronił tej tezy z wielką zaciętością B o n d i n lekarz wojskowy, który większą część swej karjery przeżył w Algierze. Wysunął on jako dogmat zasadę o antagonizmie: pewien stan chorobowy, określony, wytwarza w organizmie dotkniętym odporność w stosunku do pewnych zjawisk chorobowych, jeśli nie zupełną, to dosyć znaczną w każdym razie. Tak samo jak każdy kraj posiada swoją florę, posiada on także swoje choroby; są to choroby temu krajowi właściwe, i niespotykane w innych krajach.

Zimnica byłaby przeciwieństwem gruźlicy. „Tym, którzy znają Algier, suchoty płuc i zimnica przedstawiają się jako dwie szale jednej wagi". Suchoty spotykane są jedynie wyjątkowo w okolicach zimniczych, w przeciwieństwie zaś w okolicach znanych z częstości wypadków gruźlicy, zimnica jest bardzo rzadka i przybiera formę bardzo łagodną.

Pogląd B o u d i n'a przeciwstawia się w zupełności poglądom B r o u s s a i s. Ten ostatni uważa, że ciepłoty przerywane („intermitte") mogą być „powodem suchot". „Widzieliśmy" — pisze autor — „gruzełki, tworzące się na tkankach na których gorączki te spowodowały podrażnienie przewlekłe".

C r e s p i n bada tę sprawę na „Congrès International de la Tuberculose" — i dochodzi do wniosku, że nie istnieje żaden antagonizm między zimnicą i gruźlicą, tak samo zresztą jak i zimnica nie zdolna jest do spowodowania tuberkulozy. W większej ilości wypadków gorączki przerywane ułatwiają zakażenie laseczникami Kocha. One przygotowują grunt mało odporny, w którym zarazek się rozwija; one tak samo przyspieszają przebieg gruźlicy przez osłabienie organizmu, który przestaje się bronić.

Zauważono jednak, że zimnica przewlekła zatrzymywała nieraz przebieg gruźlicy. Dzieje się to dzięki sprawom sklerozy, które tworzą przeszkodę poprostu mechaniczną dla uogólnienia się procesu chorobowego; lecz ta przeszkoda może być szybko usunięta.

* * *

Doświadczenie z wojny pokazało, że Afrykanie, których wielka ilość, jeśli wszyscy, chorowała czy to na zimnicę ostrą, czy przewlekłą, zostali dotknięci we Francji gruźlicą w proporcji bardzo znacznej. Choroba u nich szła szybko naprzód, śmierć następowała prawie zawsze po kilku tygodniach. Na autopsji rzadko kiedy znajdowano sprawy gruźlicze zwykłe.

Leneman (Paryż).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Long Island Medical Journal.

The Official Organ of the Associated Physicians of Long Island.

Nr. 2. February 1929.

W. B r u n e t: *Choroby weneryczne w mieście New-York.* Daty statystyczne (Ciąg d. n.). Opisy przypadków ze szpitala „The King Conuty Hospital" w New - Yorku.

Tuberculoma mózgu.

H. B. S m i t h: *Poliomyelitis anterior typu opuszkowego.* Opis 6 przypadków. Opis małej epidemji, obejmującej 17 przypadków zapalenia istoty szarej rdzenia, która wybuchła w sierpniu i październiku 1928 r. w Nassau - Conuty. Z 15 przypadków badanych, 8 a więc przeszło 50% było typu opuszkowego z 4 przypadkami śmiertelnemi. Trudność w połykaniu była najczęstszym symptomem. W przypadkach śmiertelnych, chorzy nie zdawali się być poważnie zagrożeni, aż na krótko przed śmiercią, którą przypisywano porażeniu ośrodka oddechowego.

Dordzeniowe i dożylne zastrzyki surowicy wyzdrowieńców były mniej skuteczne w przypadkach później rozpoznanych i leczonych. Zastrzyki domięśniowe okazały się również wartościowemi.

The Journal of The American Medical Association.

Vol. 92. Nr. 9. 2 March 1929.

C. P. Mc. C o r d: *Zatrucie terem.* (Opis przypadku). Zatrucie terem nie należy uważać za jednostkę kliniczną, lecz jako szereg drobnych intoksykacyj.

H. H. H a r e n: *Indeks leczniczy neoarsfenaminy.* Autor uważa że neoarsfenamina posiada znaczną siłę spirochetobójczą i jest przeto przez doświadczonych syfilologów chętnie używana. Autor podaje szereg przykładów, mających wykazać wartość tego środka.

E. M e u l e n g r a c h t i J. J e n s e n: *Badania kału na utajone krwawienie przy raku żołądka i jelit.* Z 66 przypadków raka żołądka 60 wykazywały utajone krwawienie jednokrotnie lub wielokrotnie, 6 dawało zaś stale odczyn ujemny. Występowanie tych ostatnich przypadków zmusza do wnioskowania, iż właśnie powtarzające się ujemne próby na utajone krwawienie nie wykluczają raka żołądka. Wykluczającem jest ujemne występowanie w przypadku, w którym podejrzywa się raka odźwiernika. Spostrzeżenia autorów zgadzają się ze spostrzeżeniami Gregersena [1]) w podkreślaniu częstości utajonego krwawienia w przypadkach raka żołądkowo - jelitowego, lecz Boas [2]) zwrócił uwagę na stały brak krwawienia w przypadkach raka, zwężającego odźwiernik. Autorzy zgadzają się z Haltonem w krytyce obydwóch uczonych, iż krwawienie utajone nie jest koniecznie stałe we wszelkich innych przypadkach raka żołądka. Autorzy różnią się od Gregersena, który znalazł zawsze krwawienie we wszelkich rodzajach raka żołądkowo-jelitowego przy całym szeregu ujemnych odczynów raka przełyku przez to, iż znaleźli okolicznościowo ujemne odczyny z części pasażu żołądkowo-jelitowego i głębiej ułożonych.

B. C. C u s h w a y i R. J. M a i e r: *Badanie rdzenia u pracowników przemysłowych.* Anomalje kręgów nie muszą być koniecznie przyczyną boleści. Roentgenologiczne badanie stosu pacierzowego powinno być przeprowadzone u wszystkich pracowników przemysłowych, u których uszkodzenie rdzenia jest częste. Badania podobne mogą przestrzedz przed poświęceniem się zawodowi z powodu wad lub danych do rozwoju jakiejkolwiek wady przy wykonywaniu pewnego rodzaju pracy.

H. K. M o h l e r: *Blok serca i mocznica.* U chorego z rozwiniętą miażdżycą naczyń i osłabioną czynnością nerek wystąpił blok i w końcu śmierć z powodu mocznicy. Blok rozwinął się prawdopodobnie na tle toksycznej czynności zatrzymanych produktów azotowych, metabolizmu ciała na uszkodzony system przewodnictwa przedsionkowo - komorowego. Stan ulegał poprawie w okresie polepszenia się czynności nerek, powracając do zupełnego bloku o ile nerka chorowała silniej; cały wreszcie proces skończył się śmiercią, będącą ostatecznym skutkiem mocznicy.

U innego chorego przyjąć należy (na podstawie wywiadów), że blok wystąpił poraz pierwszy przed około 30 laty. Chory szczęśliwie wywinął się z ataku uremji bez jakichkolwiek zmian na sercu i bez objawów osłabienia czynności serca. Zupełny blok

---

[1]) J. v. G r e g e r s e n: Ugeskrift for Laeger, Copenhagen, 78. 1916.

[2]) B o a s: Die Lehre von den okkulten Blutungen, Leipzig, 1914.

rozwijał się zwolna i nie był w tym przypadku powikłaniem moczznicy, lecz zupełnie od niej niezależnym. Chory zmuszony był wrócić do pracy, umarł z powodu raka jelit.

Autor silnie podkreśla znaczenie stanu mięśnia sercowego dla rokowania i wskazań leczniczych, powstanie bowiem bloku jest w znacznej mierze zależne od integrity mięśnia sercowego.

W. P. Eagleton: *Wartość topiczna badań oftalmicznych. w ropnych schorzeniach mózgu.* Badania oznaczające pole widzenia przy pomocy często posiadają wartość topiczną w ropnych schorzeniach mózgu. Opuchlina mózgu, wskutek ropienia, może być rozpoznana, jeśli opuchlina chwyta drogę wzrokową, po nierównych hemianoptycznych wcięciach przeciwległej strony. Te wcięcia są często przejściowe. Opuchliny mózgowe mogą się rozszerzać od fossa posterior do głównego mózgu, jakkolwiek ropień ograniczony jest w samej jamie tylnej. Pola takie są przeważnie skurczone. Cysterna opuszkowa (bulbar cysterna menigitis) może być wyrównaną przez połączenie i kombinowanie objawów jamy środkowej i tylnej, połączonych z zacięciami hemianoptycznemi bitemporalnemi i charakterystycznym typem „semicoma". „Papilloedema" w ropnych schorzeniach posiada również znaczną wartość topiczną. Ślepota z powodu ropnego procesu zatoki (sinnus) jest charakteryzowana przez: a) uczucie zimna w głowie, b) nastające po neuritis optica z c) centralnym skotomem, d) boleścią przy wciskaniu gałki ocznej i e) ruchach ocznych.

Porażenie 4-tego nerwu wykazuje uszkodzenie we fossa posterior blisko linji środkowej. Porażenie 3-go nerwu posiada małą wartość topiczną. Porażenie 6-go nerwu posiada również małe znaczenie topiczne. Ból poza okiem występujący z powodu podrażnienia gałęzi oftalmicznej 5-go nerwu oznacza uszkodzenie we fossa mediana.

M. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

Nr. 3. 1929.

Prof. Pirguet.

Bluth (Neuenahr): *Miesienie neuropunktów wedle Corneliusa.*

Akitake (Hukuoka w Japonji): *Pas skóry wywołujący odruch goleniowy Oppenheima.* Okolicą wywołującą odruch goleniowy Oppenheima jest pas skóry odpowiadający mleczu krzyżowemu i lędźwiowemu i czuły wzdłuż nerwu skórnego łydki (n. saphenus). Wedle Yosimury odruch Oppenheima jest częścią objawu Babińskiego i oba objawy są prawie równe. Najodpowiedniejsze miejsca do wywołania odruchu goleniowego Oppenheima jest okolica nad kłykciem goleni i nad wewnętrzną kostką goleniową (condylus tibiae et malleolus internus).

Lewestein (Moskwa): *Lecznictwo chińskie.* Kultura chińska jest jedną z najdawniejszych, opisy jej rozpoczynają się już prawie cztery tysiące lat przed naszą erą. Cesarz Ching Nong już 3216 przed Chr. uprawiał rośliny lekarskie i napisał podręcznik lecznicy znakami prostych i łamanych kresek. Fizjologja i medycyna Chińczyków odpowiadają ich pojęciom życiowym. Na organizm ludzki wpływa pięć pierwiastków: powietrze, woda, ogień, metal i drzewo. Z przewagi lub ubytku jednego z tych czynników powstają choroby. Godnem uwagi jest, że od Chińczyków pochodzi mądre zdanie, że „lepiej jest chorobom zapobiec, aniżeli już wybuchłe leczyć". Przeciw osłabieniu stosuje się wyciąg z krwi tygrysa; wogóle krew i wątroba każdego zwierzęcia ma podobną swoistą moc leczniczą. Ścisłej diecie oraz częstym kąpielom Chińczycy przypisują również ważne znaczenie.

Leczenie ospy szczepieniem limfy ludzkiej było znane Chińczykom już tysiąc lat przed naszą erą. Szczepienie odbywa się przez wkładanie kawałeczka waty lub sukna nasiąkniętego limfą lub sproszkowaną krostą ospową do nosa, a to chłopcom do lewego, dziewczętom do prawego nozdrza. Farmacja chińska jest niemniej obfitą jak hinduska i obejmuje prawie wszystkie rośliny. Farmakopea zawiera 2935 recept; pewne dzieło farmakologiczne zawiera opis 1111 środków z dziedziny roślin, zwierząt i minerałów. Postać leków jest rozmaita, są proszki, pigułki, odwary, nalewy i t. p. Lekarstwa były podzielone na siedm grup, z których w pierwszej panuje ogień i woda, w drugiej ziemia, w trzeciej metale, w czwartej rośliny, ziarna, korzenie, drzewa i jarzyny, w piątej stare zwyczaje (odżegnanie duchów połączone z różnemi ceremonjami, jak n. p. rakiety świetlane, strzelanie, rzucanie bomb i t. p.), w szóstej grupie panują owady, ryby i inne zwierzęta pokryte łuskami, wydzieliny ptaków i zwierząt czworonożnych, a w siódmej leki organiczne. Działalność środków odpowiada ich właściwościom, jak barwie, smakowi i t. p. Odpowiednio do podziału ciała na trzy części, głowa, tułów i kończyny, górne części roślin leczą choroby głowy, źdźbła i pień choroby tułowia, a gałązki roślin choroby kończyn. Kora leczy choroby skóry i mięśni, wnętrze roślin choroby narządów wewnętrznych.

Leki są podzielone na środki skrzepiające, ściągające, rozwalniające i przeczyszczające (tonica, adstringentia, resolventia et laxantia). Do pierwszych zalicza się herbatę, tytoń, mięso różnych zwierząt i inne. Najsławniejszym z tej klasy i środkiem uniwersalnym przeciwko chorobom i osłabieniom, nawet przeciw starzeniu się jest radix Ginsengi asiatici (panax quinquefolius, po chińsku dżen-szen). Istnieje 77 oficjalnych preparatów Ginsengi, a Chińczycy zwą ten środek „cud świata", „dar nieśmiertelności". O jego działalności wzmacniającej i odmładzającej pisane są całe tomy.

Ze świata zwierzęcego są w rozległem użyciu suszone pająki, pluskwy, krety, jaszczurki, węże, a zwłaszcza zęby, pazury, uszy, języki, serca i wątroby wielu zwierząt, wszystko w wielkich dawkach. Kości tygrysa i słonia leczą osłabienie, krew i kości lwa i tygrysa dodają odwagi, sproszkowaną kość słoniową stosują przeciw cukrzycy, zęby słoniowe przeciw padaczce, mięso wielbłądów dla wzmocnienia nerwów, mleko wielbłądów na wzmocnienie i przeciw hemorojdom. Palone oczy słonia zmieszane z mlekiem ludzkiem przeciw katarom spojówek. Środki mineralne Chińczycy również stosują i od dawnych czasów stosują siarkę przeciw świerzbowi, arsen przeciw uporczywym febrem przerywanym i rtęć przeciw kile.

Dr. I. Fels (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 20. II. 1929 r.

Przewodniczy Prezes Prof. Latkowski. Obecnych 45.

Prezes prof Latkowski odczytuje pismo Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika w Krakowie w sprawie krytyki podręcznika szkolnego Dr. Kudelki przez prof. Kulczyńskiego. Na wniosek kol. Boczara zebranie przez aklamację przyłącza sie do rezolucji Pol. Tow. Przyrodników, orzekającej, że postępowanie Dr. Kudelki stanowi fakt bezprzykładny i nie powinno mieć miejsca, gdyż uwłacza ono godności członka Towarzystwa naukowego. Przyjęto nowych członków kol.: Mroza, Kubiczka, Cieczkiewicza, Powązkę; oprócz tego przyjęto płk. lek. Dr. Maszadrę (bez balotowania).

Odczyt Dr. Frommera p. t. *„O zastosowaniu promieni nadfijolkowych w wypadkach zakaźnych"*. W dyskusji zabierają głos: Kol. Woyciechowski wita jako położnik i ginekolog myśl prelegenta z entuzjazmem, gdyż kwestja zakażenia połogowego względnie zakażeń z innych przyczyn z narządów rodnych wychodzących dotąd ani teoretycznie ani praktycznie za rozwiązaną uważaną być nie może. Ma na myśli wartość badań bakterjologicznych i cytologicznych, z drugiej strony porównanie wyników postępowania zachowawczego i operacyjnego. Kto zna tragedję kobiety młodej ginącej z powodu gorączki połogowej i odczuwa zarazem swą bezradność jako lekarz, dla tego każde pojawienie się nowej metody leczenia zakażeń jest zjawiskiem pożądanem. Rzecz teoretycznie dobrze postawiona ma na razie pewne niedociągnięcia, z których prelegent sam sobie dobrze zdaje sprawę i które zostaną przez niego uzupełnione. Bardzo pożądane byłyby doświadczenia na małpach, gdyż uzyskane tą drogą wnioski łatwiej dałyby się przenieść na człowieka, aniżeli przy eksperymentowaniu na innych ciepłokrwistych. Wyrobienie sobie zdania o wartości metody będzie wówczas dopiero możliwe, gdy prelegent dysponować będzie poważną statystyką opartą na jaknajliczniejszych i różnorodnych przypadkach. Niezbędnem jest do tego poparcie ze strony szefów różnych oddziałów. Zabieg tak prosty i niewinny nie powinien stanowić przeszkód w klinice i w szpitalu. Ma wrażenie, że z pewnemi trudnościami spotkać się może metoda ta w praktyce prywatnej, zanim uzyska markę kliniczną. (Autoreferat). Kol. Spira jun. przedstawia dokładnie historję przypadku cytowanego przez Dr. Frommera, podkreślając, że poprzednio stosowane leczenie nie dało skutku natomiast naświetlanie lampą kwarcową rany pooperacyjnej za uchem, jakoteż żyły łokciowej sposobem Frommera dało wyniki dodatnie. Kol. Syrop zastanawia się nad sposobem działania promieni nadfiolkowych następnie analizuje przypadki chorób jamy ustnej, które nadawałyby się do tego leczenia. Kol. Sas zauważa, że w szpitalu wojskowym w Krakowie stosuje się już od dawna naświetlanie lampą kwarcową w przypadkach pooperacyjnych, w których rany źle się goją. Wyniki tego leczenia są dobre.

Kol. Szczeklik zapytuje o szczegóły techniczne naświetlonia obnażonej żyły i przemawia w sprawie sposobu działania promieni nadfiołkowych w metodzie Dr. Frommera. Możliwem jest bowiem działanie na krew, jakoteż działanie ogólne zależne od tego, czy poza odsłoniętą żyłą naświetla się jeszcze inne części ciała. Sądzi, że dla wypróbowania tej metody należałoby dobierać obrazu klinicznego i skuteczności leczenia. Kol. Blassberg zaznacza, że teoretycznie metoda ta jest uzasadnioną, w praktyce jednak powinna być zastosowaną w przypadkach nietylko straconych, jak to czynił kol. Frommer, lecz masowo po szpitalach w różnych przypadkach lekkich i ciężkich, w prywatnej zaś praktyce w przypadkach straconych, ponieważ zabieg jest lekki. Kol. Boczar zabiera głos w sprawie badań dodatkowych jak badanie krwi i t. d., które w przypadkach Dr. Frommera nie były przeprowadzone. Kol. Pelczar jest zdania, że inaczej należy sobie tłumaczyć działanie promieni nadfiołkowych przy naświetlaniu pewnej części ciała, a inaczej przy naświetlaniu wprost krwi. Zastanawia się nad tem czy w metodzie kol. Frommera mamy do czynienia ze sterilisatio magna, czy jest to działanie na krwinki czerwone.

Kol. Frommer w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 27. II. 1929.

Przewodniczący prezes prof. Latkowski. Obecnych 75.

Przyjęto nowego członka kol. Tochowicza.

Demonstracje: Kol. Felix: Przypadek gorączki maltańskiej. W dyskusji prof. Gieszczykiewicz omawia stronę bakterjologiczną przypadku. Prof. Tempka podkreśla znaczenie praktyczne demonstracji kol. Feliksa. Kol. Brzezicki przedstawia 3 przypadki dystonji, jako ilustrację zaburzenia odruchu postawnego (Stellreflex, tonus diattitude) i na podstawie tych przypadków grupuje dystonję na dwa wielkie działy. Na jednym biegunie stałyby przypadki plikatur ciała, a więc deficyt tonusu postawnego; np. dysbasia kyphoskoliotica, na drugim hyperfunkcja tonusu postawnego, a więc przypadki dystonji o charakterze wymóżdżeniowym. Między temi dwoma zasadniczemi grupami stoją przypadki bardziej lub mniej przypominające jedną z tych grup lub łączące w sobie pewne cechy tych grup w obrazie chorobowym.

I. przypadek to dziewczyna, lat 21, nie żydówka, która w 18 r. ż. po infekcyjnej chorobie zachorowała na dystonję. Choroba infekcyjna (prawdopodobnie tyfus) nie był z całą pewnością encephalitis. Przypadek ten niezmiernie rzadki, charakteryzuje się połowiczą prawostronną dystonją. Ułożenie prawej górnej kończyny znajdują się w addukcji, hyperpronacji i odchyleniu kończyny ku tyłowi. Lekkie atetoidalne ruchy w palcach tej ręki są widoczne. Grzbiet w lekkiej lordozie prawostronnej. Kończyna dolna prawa w hyperextenzji oprócz tego silna hyperfleksja plantarna stopy najsilniej występująca przy ruchach i w położeniu leżącem. Z tego wynika, że wszystkie antigrawitacyjne grupy mięśni po prawej stronie mają tonus wzmożony. Kol. Brzezicki przechodzi następnie do szczegółowego omówienia anatomji mesencephalon i fizjologji eksperymentalnej tej okolicy, której przecięcie wywołuje wymóżdżeniową sztywność (Enthirnungsstarre). Wnioskuje z tego, że to wzmożenie odruchu postawnego powstaje przez zwolnienie od wpływów hamujących okolicy mostowej i rdzenia przedłużonego, w którym jądro Daitersa gra dużą rolę. Ta wyprostna aktywność jest normalnie hamowaną przez formacje: Nucleus Ruber i drogą rubrospinalną, 2) przez drogę corticospinalną, 3) przez vermis móżdżkowy. Następnie prelegent przechodzi do omawiania fragmentarycznych stanów wymóżdżeniowych u ludzi i podaje powyższą demonstrację jako niezwykle rzadki i bardzo typowy przypadek połowicznego stanu wymóżdżeniowego.

II. przypadek to mężczyzna, żyd, lat 26. Od 21 roku życia powoli bez przyczyny ogólna dystonja kyphoskoliotyczna z charakterystycznemi zaburzeniami tonusu w mięśniach grzbietu rąk i nóg. Plikatura ciała z przodu jest tu specjalnie silnie zaznaczona. Przypadek ten należy do grupy, w której plikatury i deficyt tonusu postawnego, wprost prawdziwa hypofunkcja tego tonusu wybija się na pierwszy plan.

III. przypadek to mężczyzna lat 26, żyd, u którego od roku bez żadnych poprzedzających chorób wystąpiła dystonja o typie dysbasia lordotica Zielen Oppenheima. Lordoza przy chodzeniu nasila się wprost niebywale. Ten przypadek możnaby zaliczyć również do plikatur ciała, jednak ta silna lordoza podobna do opisthonus skłonić raczej może do widzenia w tym przypadku także pewnych fragmentów wymóżdżeniowych. Przypadek ten stoi jednakże między wyżej wymienionemi grupami dystonji. Na zakończenie podnosi kol. Brzezicki, że jedne spasmy torsyjne prezentują się nam pod formą ułożeń reflektorycznych w extenzji, w których mięśnie antigrawitacyjne są w napięciu. Te dystonje uważać musimy za formy wymóżdżeniowe, powstałe wskutek hyperfunkcji tonicznego mechanizmu postawnego. Na wprost przeciwległym biegunie stałyby stany dysbazji kyphoskoliotycznych, które powstają przez plikaturę ciała, a więc przez deficyt, przez hypofunkcję odruchu postawnego. Między temi dwoma grupami stałyby przypadki raz bardziej podobne do jednej grupy, raz do drugiej, ewentualnie mające wspólne cechy obu grup. Przypadki dystonji wymóżdżeniowej, które są niezmiernie rzadkie, mają kapitalne znaczenie w stadjum mechanizmu postawnego, ponieważ nasze wiadomości tak eksperymentalne, jak i anatomo-patologiczne stanów wymóżdżeniowych są już dość dokładne. (Autoreferat).

W dyskusji zabierają głos: Doc. Zieliński, kol. Brzezicki, Doc. Zieliński, kol. Godłowski.

Posiedzenie z dnia 6. III. 1929.

Przewodniczący precz prof. Latkowski. Obecnych 60.

Przyjęto nowego członka kol. Czapińskiego.

Kol. Szczeklik przedstawia 3 przypadki cukrzycy leczone w II. klinice wewnętrznej dietą Porgesa; przyczem omawia ten sposób leczenia, jego zalety i wady.

W dyskusji zabiera głos prof. Tempka, który podkreśla różnice między dietą Porgesa a dietą Pétrena; prof. Tempka sądzi, że dietę Porgesa należałoby zastosować u chorych na cukrzycę od razu po objęciu leczenia, a nie po odcukrzeniu ich innemi metodami, by w ten sposób można było przekonać się o skuteczności tej diety. Kol. Boczar skierowuje zapytanie co do przypadku 3-go, przedstawionego przez kol. Szczeklika. Prof. Latkowski uważa, że dotychczasowe leczenie cukrzycy polegające na oszczędzaniu aparatu wysepkowego w trzustce było słusznem, a że dieta Porgesa jest zupełnem przeciwieństwem tej zasady. Cukrzyca nie jest terenem, na którem możnaby próbować ćwiczenia trzustki. Spostrzeżenia dotychczasowe są skąpe, by można wypowiedzieć ostateczny sąd o diecie Porgesa. Kol. Szczeklik podkreśla raz jeszcze zasadniczą różnicę między dotychczasowem postępowaniem w leczeniu dietetycznem cukrzycy a postępowaniem Porgesa. Podczas gdy w dotychczasowych szematach dietetycznych ograniczano wybitnie białko i węglowodany celem oszczędzenia trzustki, to Porges postępuje odwrotnie w myśl swej zasady ćwiczenia trzustki. Prawdopodobnie dobre wyniki Porgesa polegają między innemi na równoczesnem podawaniu dużych ilości insuliny. Być może, że dietę Porgesa da się zastosować w niektórych przypadkach cukrzycy, które nie są uczulone na białko. Kol. Boczar wskazuje na wartość pracy fizycznej w cukrzycy i cytuje odpowiedni przykład. Prof. Tempka wypowiada się, że w przypadkach lekkich cukrzycy praca fizyczna dobrze wpływa na przemianę cukrową. Kol. Dziuba przedstawia z II. kliniki wewnętrznej przypadek anaemia aplastica i omawia dokładnie leczenie polegające na parokrotnych transfuzjach krwi.

W dyskusji zabiera głos prof. Tempka, który stwierdza, że leczenie anemji plastycznej jest jak dotychczas bardzo niewdzięczne. Kol. Boczar nawiązując do tego, że anemja wystąpiła w przypadku tym po salwarsanie zwraca uwagę na sposób rozpoznania zepsutych neosalwarsanów. Kol. Horowitzówna uważa że novarsenobenzol Spiessa nie ustępuje zupełnie preparatom zagranicznym, niemieckim.

Kol. Braun przedstawia z I kliniki wewnętrznej 2 przypadki żółtaczki (icterus haemolyticus i icterus menstrualis).

W dyskusji kol. Bannet zapytuje czy w przypadku I było zbadane dno oka, gdyż w czaszkach wieżowych występuje zanik n. wzrokowego. Kol. Rubinstein przedstawia z odziału V szpitala św. Łazarza 2 przypadki tuberkulidów. Kol. Niewola przedstawia ze Szkoły Położnych chorą L. 23 niezamężną z okolic Kalwarji, która z powodu niepojawienia się perjodu udała się o poradę do zawodowej spędzaczki płodów. O rodzaju zabiegu, którego u niej dokonano chora nie umie powiedzieć, pamięta jedynie, że w czasie zabiegu uczuła ból w pachwinie prawej. Po zgłoszeniu się chorej do Szkoły Położnych stwierdzono u chorej ciążę 10-cio tygodniową, zgrubienie w pachwinie prawej (bolesne), stany podgorączkowe. Badanie roentgenologiczne wykazało na talerzu biodrowym prawym na wysokości kości udowej ciało obce, prawdopodobnie igła, zwrócowa ostrym końcem ku dołowi. Nie ulega wątpliwości, że przedmiot ten został wbity w pachwinę (autoreferat).

Posiedzenie z dnia 13. III. 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Prezes wita kurs lekarzy przybyłych na posiedzenie, oraz przemawia w sprawie zapisywania się na członków Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Przyjęto nowego członka kol. Kossowskiego.

Odczyt Prof. Latkowskiego p. t.: *„Z klinicznych badań nad gruźlicą"*.

W dyskusji Prof. Lewkowicz: Działanie jadów gruźliczych jest ważnem w gruźlicy. Pojawienie się np. pryszczyków na spojówce gałki ocznej należy odnieść do jadów gruźliczych. Tak np. rumień powstający na kończynach zależeć może od jadów gruźliczych. Stąd szybki rozwój i cofanie się tych spraw. Co do pneumonia massiva, to Sluka mówi o charakterystycznym wyglądzie trójkąta. Nacieki te mogą zajmować całe płaty lub płuco; mogą się cofać lub ulec stwardnieniu. Następnie Prof. Lewkowicz rozpatruje jeden przypadek przytoczony przez Prof. Latkowskiego, w którym istniejące na zdjęciu ognisko uważa za ognisko pierwotne. Zauważa, że inne jest zachowanie się ustroju dziecięcego jeśli chodzi o gruźlicę, lecz tu przychodzi najpierw do zakażenia i stąd może inna reakcja. W Norwegji np. u ludzi młodych we wojsku spotyka się również podobne sposoby szerzenia się gruźlicy jak u dzieci. Prof. Latkowski w odpowiedzi przemawia w sprawie ognisk Sluki i wskazuje odpowiednie roentgenogramy. Zauważa, że o dziecięcych postaciach gruźlicy nie mówił gdyż zajmował się w odczycie gruźlicą od 15 roku życia. U starszych gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu wywierają duży wpływ na sprawę gruźliczą, gdyż w wieku pokwitania szerzy się gruźlica płuc. Co do przypadku w którym prof. Lewkowicz chce widzieć ognisko pierwotne nie zgadza się prelegent, gdyż u chorej tej są zmiany w postaci zwapnień, które świadczą o tem, że poprzednio chora ta przeszła już infekcję. Przyjąć tu należy, że jest to ognisko wtórne powstałe drogą krwi lub jako ognisko superinfekcyjne. Następnie wygląd tego ogniska i brak udziału gruczołów nie przemawia za tem, by to miało być ognisko pierwotne.

Prof. Lewkowicz sądzi, że tej kwestji ogniska pierwotnego nie da się tu rozstrzygnąć, gdyż czasem i anatomicznie trudno to rozpoznać. Ognisko pierwotne opisał pierwszy w r. 1888 Francuz Kuess a dopiero potem autorzy niemieccy, którzy nazywają je ogniskiem Ghona. Prof. Latkowski omawia sprawę ognisk pierwotnych i dodaje, że ogniska pierwotne mogą niekiedy występować wielokrotnie, a następnie uzasadnia jeszcze raz swe stanowisko, dlaczego w przypadku przez siebie przytoczonym nie może przyjąć, że ognisko na zdjęciu roentgenologicznem istniejące jest ogniskiem pierwotnem.

Posiedzenie z dnia 20. III. 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski

Wybrano nowych członków Kol. Lindemana, Goldmanową, Rittera.

Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne ku czci zmarłego członka Krak. Tow. Lek. ś. p. kol. Wielskiego.

Kol. Szantroch przedstawia przypadek kamienia tkwiącego w ductus hepaticus.

Kol. Z. Zakrzewski przedstawia technikę hodowania tkanek poza ustrojem. Mówi o warunkach w jakich możliwem jest hodowanie tkanek, a więc o koniecznej w środowisku hodowlanem substancji podporowej, pożywce i aktywatorach wzrostu, o usuwaniu z hodowli szkodliwych produktów przemiany materji, wreszcie o tem, jakie tkanki da się hodować.

W dalszym ciągu wylicza dziedziny, w których hodowanie tkanek poza ustrojem dało pewne wyniki, a więc cytologja, fizjologja i patologja, wymieniając zagadnienia które opracowywano.

Wreszcie wylicza zagadnienia, do badania których, technika hodowania tkanek szczególnie się nadaje, a więc sprawa różnicowania się tkanek, moc prospektywna tkanek zwierząt ssących, regeneracja, sprawy zapalne i nowotworowe.

W dyskusji Prof. Klecki: Początek powstawania komórek ma jeszcze duże wątpliwości. Od 90 lat istnieje pojęcie komórek. Omnis cellula e cellula. A jednak krwinka czerwona żyje choć niejest komórką. Jest masa innych wskazówek, że życie nie koniecz nie musi być związane z tem co jest komórką. Istnieją plasmodja które żyją a które nie są komórkami. Grawitz już wystąpił z teorją śpiących komórek (wyłanianie się elementów komórkowych z masy komórkowej). A teraz niewidzialne zarazki; niewidzialne postacie znanych bakterji? Dzisiaj jest już poważna literatura, która tą sprawę rozpatruje. To są problemy, nad którymi do porządku dziennego przejść nie można. Nad badaniem tego problemu potrzeba będzie metod, które będą nam mogły to rozstrzygnąć. Dotychczas badano tkanki zabite. Na początku badano też zażyciowo komórki. Zapomocą tej metody hodowli tkanek będzie można może rozstrzygnąć problem który prof. Klecki starał się naszkicować.

Dr. Doc. Hiller zwrócił w dyskusji uwagę, że nie należy spodziewać się po technice hodowania tkanek embrjonalnych in vitro możliwości gruntownego zbadania mocy twórczej i znaczenia prospektywnego tych tkanek, ponieważ warunki w jakich te tkanki się rozwijają w kulturze in vitro, nie pozwalają na całkowity rozwój i zobrazowanie tych właściwości tkanek zarodkowych. Istnieją i inne metody hodowania tkanek poza ustrojem macierzystym, lepiej nadające się do powyższych badań, a mianowicie przeszczepianie ich na osobniki, których komórki różnią się zabarwieniem od komórek transplantatu, oraz na zarodki zwierząt należących do innego gatunku (szkoła Spemana); pozatem tkanki zarodka kurczęcia można hodować w płynie allantoidalnym allantois rozwijającego się zarodka kurczęcia (Hoadley). Te metody dają komórkom przeszczepionym lepsze stosunkowo warunki rozwoju niż kultura in vitro i stwarzają większe możliwości badania mocy twórczej i znaczenia prospektywnego tkanek zarodkowych.

W dyskusji w odpowiedzi doc. Hillerowi, Z. Zakrzewski zanacza, że i w hodowli tkanek metodą Harrisona, Burrowa, Carrela, można obserwować różnicowanie się komórek. Przytacza badania Ebelinga, M. Fischera i Maksimowa, w których różnicowały się zarówno niezróżnicowany nabłonek, pochodzący z tarczycy lub też naskórka płodowego, w pierwszym wypadku na typowy nabłonek wydzielający koloid, w drugim na nabłonek zrogowaciały, jakoteż i białe elementy krwi, jużto na fibroblasty, które wytwarzały w hodowli włókna łącznotkankowe, jużto w obecności w hodowli prątków gruźliczych typowe komórki gruzełka.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dnia 4 b. m. poświęcone zostało Ambulatorjum Kasy Chorych m. Warszawy przy ul. Wolskiej Nr. 54. Okazały ten 3 piętrowy gmach, wybudowany kosztem 3½ miljona złotych, mieści w sobie wszystko, czego od instytucji tego rodzaju wymagać można. A więc, prócz siedemdziesięciu kilku gabinetów, w których jednocześnie przyjmować może tyluż lekarzy, znajdujemy tu doskonale, a nawet z przepychem urządzoną hidro- mechano- i fototerapję oraz wielką pływalnię z ciągłym odpływem i przypływem świeżej wody chlorowanej. Przed wejściem do basenu mająca z niego korzystać publiczność myje się gruntownie w urządzonych po bokach umywalniach. W korytarzach i obszernych poczekalniach ustawione są spluwaczki na odpowiedniej wysokości. Szczególnie bogato urządzony jest dział dentystyki, rozporządzający 10 gabinetami. — Dzielnicy Wolskiej przybyła przeto instytucja pierwszorzędnego znaczenia, w której 3000 ubezpieczonych może codziennie znaleść skuteczną pomoc lekarską.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne. Na walnem zebraniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego w dniu 22. V. dokonano wyborów na miejsce ustępujących członków Zarządu. Wybrano: Kol. Róbina i Wejnerta ponownie, oraz Józefa Czarkowskiego i Justmana.

W trzecim dniu międzynarodowego kongresu chirurgów — obrady rozpoczęły się plenarnem posiedzeniem, poświęconym sprawom administracyjnym. W posiedzeniu tem wzięli udział tylko członkowie międzynarodowego Towarzystwa chirurgów. Zebranie rozpoczęło się od odczytania przez sekretarza generalnego p. Meyra sprawozdania, poczem skarbnik p. Lorthoir odczytał raport finansowych spraw towarzystwa.

Po odczytaniu korespondencji, zebrani przystąpili do rozstrzygnięcia sprawy języków, dopuszczonych na obradach kongresu. Do pięciu dotychczas dopuszczalnych języków, a to: francuskiego, angielskiego, włoskiego, niemieckiego i hiszpańskiego, postanowiono włączyć język polski, jako reprezentujący grupę języków słowiańskich.

Dalej ustalono, że następny kongres międzynarodowego Towarzystwa chirurgów odbędzie się w Hiszpanji w r. 1932 w Madrycie lub Barcelonie.

W dalszym ciągu dokonano wyboru sekretarza zjazdu i władz całego biura Towarzystwa. Na prezesa biura wybrano ponownie p. Willemsa a na zastępcę powołano p. de Quervain'a, na skarbnika p. Lorthoir (juniora).

W zakończeniu zebranie zatwierdziło listę poszczególnych komitetów narodowych. Z Polski wybrano na delegata prof. Jurasza z Poznania, na członków Dr. Sławińskiego z Warszawy i prof. Ostrowskiego ze Lwowa.

Zatwierdzono dalej liczbę nowych członków, przyznając Polsce 65 zamiast dotychczasowych 45.

Prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej ukonstytuowało się następująco: Przewodniczący — Dr. Hubicki. Zastępcy przewodniczącego — Prof. Dr. Grzywo - Dąbrowski i Docent Dr. Czarnocki. Pisarz — Dr. Huszcza, zastępca Pisarza — Dr. Kołodziejski.

Posiedzenie Seksji Otolaryngologicznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbywać się będzie w lokalu Kliniki Otolaryng. Uniwersytetu Stefana Batorego (na Antokołu). Z rana do godz. 12-tej odbywać się będą posiedzenia ogólne Zjazdu bez dyskusji, na których będą wygłoszone odczyty.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przeznaczyło 2 stypendja w wysokości około 350 zł miesięcznie dla lekarzy, pragnących zapisać się na 9-cio miesięczny kurs higjeny publicznej w Państwowej Szkole Higjeny, od 2 września 1929 r. do 31 maja 1930 r.
Kandydaci winni posiadać prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, mieć uregulowany stosunek do wojskowości i złożyć zobowiązanie odbycia na żądanie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej conajmniej dwuletniej służby w inspekcji pracy na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej. Stypendziści mają prawo korzystania z bursy Szkoły. Zgłoszenia przyjmuje sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do 1-go sierpnia 1929 r.

Lwów.

Nowe Sanatorjum położniczo-ginekologiczne „Vita“ otwarto we Lwowie przy ul. 29-go Listopada l. 22. Sanatorjum to mieści się w trzypiętrowym gmachu i urządzone jest z luksusowym komfortem (centralne ogrzewanie, bieżąca ciepła i zimna woda w każdym pokoju, elektryczna winda dla chorych i t. p.), posiada dwie sale operacyjne, salę porodową oraz stację dla niemowląt. Pokoje oddzielne i dwuosobowe, wszystkie słoneczne. Chorzy mają sposobność rekreacji w pięknym ogrodzie i na słonecznych balkonach.

Poznań.

IV Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych odbędzie się w dniach 8, 9 i 10 września r. b. w Poznaniu.

Wilno.

Komunikat Zjazdowy. W dniach 26—29 września r. b. odbędzie się w Wilnie Zjazd Okulistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.
Tematy główne:
1) Hidrostatyka i Hidrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowo - rdzeniowej.
Referuje Prof. Dr. K. Noiszewski.
2) Operacyjne leczenie jaskry przewlekłej.
Referuje Prof. Dr. J. Szymański.
Zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe, proszę o zgłaszanie tematów wykładów i referatów wraz z streszczeniem pod adresem Kliniki Ocznej U. S. B. Wilno — (Antokol) do dnia 15 września 1929.

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich, mającego się odbyć w dniach 26—29 września w Wilnie, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, powiadamia niniejszym, iż do dnia 26 lipca (prekluzyjnego terminu składania na Zjazd tematów wraz ze streszczeniami) zgłoszone zostały następujące referaty: Z Krakowa z I-ej kliniki wewnętrznej:

Prof. Dr. T. Tempka i Dr. B. Braun: Wpływ djety wątrobowej na czynniki natury hemolitycznej w przebiegu niedokrwistości wogóle a zwłaszcza złośliwej.

Dr. A. Sokołowski: Metodyka badania ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych i jej krytyka.

Z kliniki medycznej:

Prof. Dr. J. Latkowski: Nowsze badania kliniczne nad gruźlicą płuc.

Doc. Dr. F. Siedlecki: 1) Zmiany we krwi pod wpływem histaminy. — 2) Anaemia aplastica.

Dr. St. Dziuba: O leczeniu djetetycznem gruźlicy.

Dr. E. Szczeklik: O zawartości cukru we krwi u chorych allergicznych.

Dr. C. Bincer: O wpływie adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego.

Ze Lwowa: Z Oddziału chor. wewn. I Państwowego Szpitala Powszechnego:

Prym. Doc. Dr. W. Czernecki: W sprawie leczenia marskości przerostowej wątroby. — Dr. N. Meller: Sprawozdanie z przypadku za życia rozpoznanej „histiocytomatozy“. — Dr. K. Kuhl: Uleczony przypadek skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi po wycięciu śledziony. — Dr. W. Elmer i M. Szeps: 1) Badania porównawcze nad próbą z galaktozą, lewulozą i tetrachlorphenolftaleiną w schorzeniach wątroby. — 2) Dalsze badania nad działaniem parathormonu w tężyczce pooperacyjnej. — 3) W sprawie zespołu „Christiana“.

Dr. Z. Danielski: Anoxaemia, jej przyczyny i skutki. Odnośne wnioski w medycynie praktycznej. — Dr. K. Wernicki: 1) Przyczynek do metodyki czynnościowego badania sprawności mięśnia sercowego i jej zastosowanie przy kontroli wpływu ćwiczeń na sprawność serca. — 2) Pantensiobolometr.

Z Łodzi: Dr. S. Sterling: 1) Gruźlica płuc a suchoty płucne. — 2) Wytyczne publicznego lecznictwa suchot płucnych (dorosłych).

Z Oddziału wewn. szpitala fundacji Poznańskich:

Dr. H. Kryszek: Wartość rokownicza odczynu poadrenalinowego. — Dr. H. Kryszek i P. Wołożyńska: Ciśnienie żylne a tętnicze. — Dr. P. Wołożyńska: Napięcie powierzchowne surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych. — Dr. M. Kocen i L. Szyfman: Późne wyniki wycięcia śledziony w 4 przypadkach t. zw. thrombopenia essentialis. — Dr. E. Reiterowski i M. Kocen: O wartości prognostycznej określania stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych. — Dr. L. Szyfman, J. Wajnsztok i M. Kocen: O zachowaniu się kwasu moczowego we krwi u chorych na gruźlicę płucną.

Z Oddziałów wewn. szpit. powszechn. na Radogoszczu i szpit. fund. Poznańskich: Dr. J. Itelson i M. Kocen: Badania nad zachowaniem się wzoru białych ciałek krwi pod wpływem bodźców fizjologicznych i nieswoistych ze szczególnem uwzględnieniem jego w przebiegu suchot płucnych.

Z Otwocka: Dr. G. Kramer: O profilaktyce i leczeniu szczepionkowem kamicy żółciowej i zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z Poznania: Z I-ej kliniki wewn. U. P. i z oddziału wewn. 7 szpit. okręgowego. Dr. T. Kucharski: W sprawie mechanizmu działania wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na wydzielanie moczu.

Z Zakładu Chemji Lekarskiej U. P. i z oddziału wewn. 7 szpit. okręgowego: Dr. T. Kucharski i W. Łapa: Przemiana węglowodanów u chorych na żółtaczkę nieżytową w spoczynku po podaniu glukozy i po wysiłku fizycznym.

Z II-giej kliniki wewnętrznej U. P. Doc. F. Łabendziński: Badania nad objawami osłuchowemi w metodzie Korotkowa. — Dr. A. K. Werner: Podstawowa przemiana gazów w gruźlicy płuc w przypadkach odmy sztucznej. — Dr. R. Płotkiewiczówna: O przemianie materji w przebiegu niedokrwistości złośliwej. — Dr. W. Sterkowska: Wczesne rozpoznanie raka metodami Abderhaldena.

Z Oddziału wewnętrznego 7 szpitala okręgowego: Dr. T. Kucharski: Przemiana wodna u chorych na żółtaczkę nieżytową.

Z Warszawy: Z I-ej kliniki wewnętrznej U. W. Prof. dr. E. Żebrowski: Próba klasyfikacji chorób wątroby. — Prof. dr. E. Żebrowski i dr. E. Bratkowski: O zachowaniu się ślepej kiszki w chorobach wątroby. — Prof. dr. E. Żebrowski i dr. E. Bratkowski: W sprawie pomiarów wątroby w klinice. — Dr. K. Gerner: Próby czynnościowe układu roślinnego żołądka. — Dr. M. Grycewicz: Badania nad zachowaniem się aminokwasów we krwi ludzi zdrowych i chorych. — Dr. J. Grott: 1) W sprawie wczesnego rozpoznawania cukrzycy utajonej; 2) Znaczenie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą dla rozpoznawania i leczenia cukrzycy. — Dr. J. Grott i M. Petrynowski: Salwarsan w leczeniu zakażenia dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowem. — Dr. J. Grott i J. Trzebiński: Insulina w leczeniu chorych niecukrzycowych.

Z II-ej kliniki wewnętrznej U. W. Dr. E. Apfelbaum: Odczyn ustroju na bodźce alkaliczne w chorobach wątroby. — Dr. L. Blacher: W sprawie znaczenia dla kliniki liczby płytek we krwi oraz poziomu wskaźnika płytkowego. — Dr. A. Fidler: 1) W sprawie całkowitej blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego; 2) Wpływ hormonów na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Doniesienie I.: insulina i pituitryna. 3) Wartość praktyczna oznaczania ciśnienia tętna w tętnicy ramieniowej oraz wskaźnika naczyniowego z uwzględnieniem działania na naczynia krwionośne atropiny i adrenaliny. 4) O wpływie leków nasercowych zwłaszcza koraminy, kardjazolu i kofeiny na ciśnienie tętnicze krwi. — Dr. St. Hrom i J. Roguski: Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w bakterjemji doświadczalnej. — Dr. E. Rejcher: Serce a praca fizyczna. — Dr. E. Rejcher. O hipotonji sportowej. — Dr. E. Rejcher: Badania dynamiczne i energetyczne u chorych sercowych. —

Dr. J. Węgierko: 1) Wpływ podanego doustnie tłuszczu i białka na zachowanie się krzywej hiperglikemicznej po cukrze gronowym u chorych na cukrzycę. 2) Kilka uwag dotyczących przemiany wodnej i zachowanie się cukru we krwi u chorych na cukrzycę w trakcie leczenia insuliną. 3) Wartość lecznicza diety Porgesa w cukrzycy. — Dr. S. Złotkin: Wartość kliniczna badania treści żołądkowej metodą Cytronberga.

Ponadto z oddziału przemiany materji tejże kliniki zgłoszono 4 referaty na temat ogólny: „Przetwarzanie cukrów prostych, wprowadzonych dożylnie", mianowicie: Dr. W. Pieskow: Cukry proste we krwi. — Dr. E. Owsiany: Prędkość przyswajania, obrót fosforem i gospodarka wodna. — Dr. M. Łaniewski: Tworzenie kwasu mlecznego. — Dr. M. Wierzuchowski: Utlenianie i swoistodynamiczny przyrost cieplny.

Z I oddziału wewnętrz. szpit. Wolskiego: Dr. A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi zasadowo-kwasowej. — Dr. A. Landau i J. Glass: Badania nad związkiem wzajemnym zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju. — Dr. A. Landau i J. Glass: O niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia (endocarditis lenta). — Dr. A. Landau i J. Glass: O bezsoku żołądkowo-trzustkowym (achylia gastropancreatica). — Dr. A. Landau, B. Glass i J. Bauer: O zaburzeniach trawiennych ze strony żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego. — Dr. A. Landau, M. Fejgin i I. Bayless: O glykoregulacji, zależności jej od układu roślinnego oraz o wpływie na nią środków wegetatywnych. — Dr. A. Landau, M. Fejglin i B. Jochweds: Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany prawostronnym zespołem Hornera wraz z pokazem krzywych sfigmophlebograficznych i elektrograficznych. — Dr. A. Landau, J. Glass, St. Kaminer i S. Liljenfeld-Krzewski: O cukrzycy powikłanej wolem gruczolakowatem jadowitem. — Dr. A. Landau, M. Fejgin i M. Temkinówna: O cukrzycy powikłanej zwyrodnieniem tłuszczowo-płciowem. — Dr. A. Landau, M. Fejgin i B. Jochweds: O stosowaniu masywnych dawek insuliny w przypadku cukrzycy powikłanej posuniętą gruźlicą płuc, w której zastosowana była również odma sztuczna. — Dr. A. Landau, B. Glass i M. Fejgin: Przypadek cukrzycy powikłanej zgorzelą płuc, skutecznie leczonej za pomocą insuliny i odmy sztucznej.

Z Oddziału chor. wewn. szpit. św. Łazarza: Dr. N. Pryłucki: O wartości klinicznej próby z Czerwienią Kongo dla wczesnego rozpoznawania skrobiawicy. — Dr. J. Muszkatenblit: O nadciśnieniu tętniczem napadowem.

Z Oddziału wewn. szpit. Dzieciątka Jezus: Dr. A. M. Kapłan: O znaczeniu klinicznem nadciśnienia.

Z Państwowego Zakładu Higjeny i Oddziału III. B. chorób wewn. szpit. Dzieciątka Jezus: Dr. J. Landsberger: Dopełniacz jako wyraz stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego. — Doc. S. Sterling-Okuniewski: 1) Słów kilka o znaczeniu dla kliniki ciśnienia rozkurczowego. 2) Przyczynek do leczenia nadciśnienia samoistnego diatermią. — Dr. L. R. Sobieszczański: O leczeniu głodzeniem. — Dr. H. Higier: Nerwice ogólne i nerwice narządowe w medycynie wewnętrznej ze stanowiska neurologa.

Z Wilna: Z II-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.: Dr. J. Klukowski: Wyniki badań metodą interferometryczną stanu gruczołów dokrewnych w nadciśnieniu tętniczem.

Ponadto z Łódzkiego Towarzystwa zwalczania raka Dr. R. Kalecka zgosiła wykład pod tytułem „Wahania poziomu cholesteryny we krwi u chorych na raka" (bez streszczenia).

Z kraju.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy urządza w dniach 4-tym, 5-tym i 6-tym stycznia 1930 roku III Zjazd lekarski. Głównemi tematami będą: przemiana materji i wewnętrzne wydzielanie.

W czasie obrad zjazdu odbędą się w Krynicy: międzynarodowe zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie, i popisy w jeździe sztucznej na lodzie.

Program szczegółowy zjazdu niebawem zostanie ogłoszony. Informacyj udziela, zgłoszenia uczestnictwa i zgłoszenia odczytów przyjmuje sekretarz generalny zjazdu: Dr. Witold Skórczewski. Krynica.

Ze świata.

XIII Międzynarodowy Zjazd Okulistyczny odbędzie się w Amsterdamie i Hadze w dniach 5 — 13 września 1929 r. Tematy programowe Zjazdu: 1) Międzynarodowe ujednostajnienie ostrości wzroku, pola widzenia, osi szkieł walcowatych i odczuwania światła, 2) Międzynarodowe uregulowanie przepisów do badania wzroku marynarzy, mechaników, szoferów i lotników, 3) Międzynarodowe ujednostajnienie nauczania okulistyki przyszłych lekarzy wogóle i lekarzy okulistów w szczególności.

Udział w Zjeździe należy zgłaszać, przekazując jednocześnie 25 flor. holend. pod adresem p. H. Roelofu, dyrektor Incassobank, Heerengracht 53, Amsterdam (giro 8074).

Referaty i wykłady należy skierowywać do Sekretarjatu Zjazdu (Wilhelminagasthais Amsterdam).

XXVII Zjazd Italski Ginekologów w Rzymie, który miał miejsce w kwietniu r. b. pod przewodnictwem prof. Pestalloza rozważał w swych tematach programowych: 1) Zastosowanie radjoterapji w ginekologji i 2) Sprawę gruźlicy i ciąży.

Zjazd Towarzystwa Lekarzy chorób przewodu pokarmowego oraz przemiany materji odbędzie się w Berlinie w dniach od 16 do 18 października 1929. Przewodniczący v. Haberer. Porządek dzienny: 16. X. 1) Krytyka leczenia lekami w chorobach przewodu pokarmowego; 2) Kurcz wpustu; 3) Kurcz odźwiernika. — 17. X. Wychudzenie i otyłość pochodzenia wewnętrznego (endogennego). — 18. X. Nowsze poglądy na schorzenia wątroby z punktu widzenia wewnętrznego i chirurgicznego.

Trzecia wycieczka naukowa lekarzy austrjackich odbędzie się w roku bieżącym w czasie od 1 do 15 września. Proponowane jest zwiedzenie Styrji, Karyntji, Salckamergutu, Austrji górnej i dolnej. Podróż odbywać się będzie w wygodnych, eleganckich autobusach. Koszt wycieczki — jazda, hotele, utrzymanie (bez napojów), bagażowe, napiwki — wynosi 450 szylingów austrjackich. Przy zapisaniu się należy złożyć 30 szylingów. Liczba uczestników nie może przekroczyć 95. Dopuszczalny jest udział członków rodziny powyżej 17 lat. Koledzy cudzoziemcy będą mile widziani. Informacyj udziela i zapisy przyjmuje biuro: Studienreise österreichischer Aerzte, Wien 1, Börsegasse 1.

Nagrodę w wysokości 100.000 franków przeznacza Guy Amerongen za pracę, mającą wykazać zupełnie jasno, czy konserwy lub chemicznie sporządzone środki spożywcze mają wpływ na powstawanie raka, czy nie. Nagroda przyznana będzie przez jury międzynarodowe. Rękopisy mają być nadsyłane corocznie przed 1 października pod adresem: Ligue française contre le Cancer.

Komitet Higjeny Ligi Narodów na posiedzeniu w dniu 8 maja 1929 r. przyjął zaproponowaną przez wiceprezesa Komitetu dra W. Chodźkę rezolucję treści następującej: Wobec konieczności rozciągnięcia kontroli nad przetworami, wypuszczanemi do obiegu handlowego jako zawierającemi witaminy, których ilość w wielu krajach nieustannie rośnie, Komitet Higjeny wzywa swoją Komisję do standardyzacji surowic i produktów biologicznych do zbadania możliwości wypracowania jednolitych metod badania wyżej wymienionych przetworów oraz prosi Dyrektora Lekarskiego Sekcji Higjeny Ligi Narodów o zebranie informacji co do zarządzeń, wydawanych przez poszczególne administracje sanitarne celem tępienia nadużyć, do których możeń dać sposobność handel temiż przetworami. Do opracowania metod badania przetworów witaminowych przystąpiła już Państwowa Szkoła Higjeny w Warszawie, a mianowicie jej oddział biochemiczny, pozostający pod kierunkiem doc. inż. E. Lelesza.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu (Palestyny) i do Indji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) wybierają się lekarze austrjaccy 12 grudnia 1929 do Egiptu. Uczestnicy wycieczki zobaczą zakłady lecznicze i zabytki sztuki w Kairze i okolicy. Dalszy plan wycieczki: Jedna część uczestników może pozostać w Egipcie i pojedzie do Luxor i Assuan, a druga część wyjedzie 25 grudnia z Port Said do Indyj, a mianowicie do Karachi. Lahore, Delhi, Jajpur, Agra, Bombay i oglądną szpitale: Lady Dufferins Hospital w Karach, Lady Hardings Medical College and Hospital w Delhi, Eye Hospital w Agra i Arthur Road Hospital w Bombay.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11. I. Stock, Tür 6.

Nr. 33 i 34. 25. sierpnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Elastometrja w dermatologji.

Według wykładu wygłoszonego dnia 16 września 1928 roku na VI. Zjeździe Polskiego Tow. Dermatologicznego w Poznaniu.

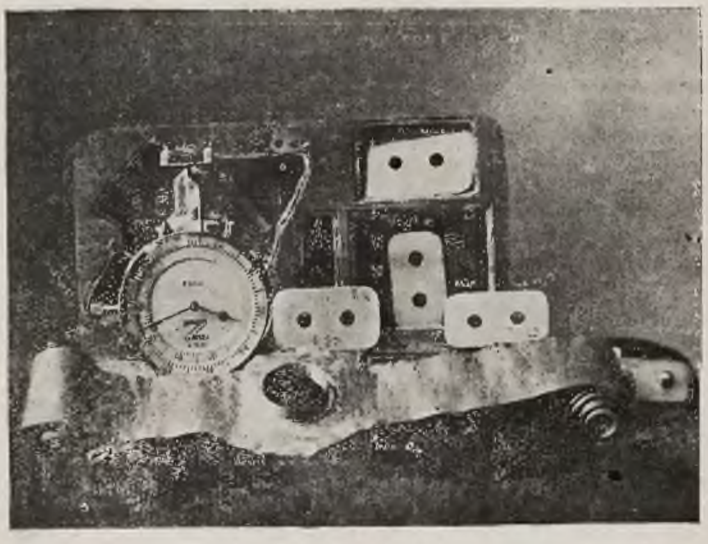
Sposób badania własności fizycznych żywych tkanek stał się obecnie więcej ścisłym. Powstało lepsze zrozumienie istoty i warunków tych własności, a następnie przemiana dotąd tylko podmiotowej oceny tych własności na sposób ścisłego ilościowego oznaczania. I dlatego też badania te od niedawna przedstawiają więcej ujęty naukowo cel.

Że przez długi okres czasu badania elastyczności ograniczały się do mięśni i gałki ocznej, tłómaczą to trudności, jakie elastometrja skóry miała do pokonania. Podstawą do pojmowania elastyczności skóry w fizycznem ujęciu Schadego było wprowadzenie przez niego pojęcie „stanu eukoloidowego". Nazwą tą oznacza Schade stosunek oporu, jaki stawiają tkanki będące w stanie normalnym przy wgłębianiu się w nie pewnego obciążenia działającego tylko własnym ciężarem podczas oznaczonego czasu, do stanu powrotnego (restytucji), jaki powstaje po odciążeniu. Dla celów praktycznych było najważniejsze poznanie w jakim zakresie elastyczność żywej skóry może być badaną i jaki sposób do tego badania będzie najodpowiedniejszy.

Exner, Noyons i Tandler przed 20 laty podali sposoby oznaczania za pomocą przyrządów oporu przy zagłębieniu się oznaczonego ciężaru. Jednak te sposoby zastosowane do mierzenia elastyczności skóry, nie dały dodatnich wyników. Zwrócono się więc na drogę badań porównawczych, wykonując je na przedmiotach elastycznych. I tak mierzył Gildemeister elastyczność klejowej galarety zapomocą oznaczenia ciśnienia, jakie wywiera płytka szklana na podstawę żelatynową. Również E. Mangold wykonywał doświadczenia porównawcze mierzenia elastyczności zapomocą swojego sklerometru. Jako przedmioty badania używał płyt żelatynowych o różnem stężeniu. Na podstawie porównania badania w ten sposób żelatyny i oddzielonego mięśnia króliczego, stwierdził, że mięsień króliczy napięty ciężarem 50 gr posiada to samo zagłębienie uciskowe, jakie okazuje płyta żelatynowa mająca 10% żelatyny. Jeszcze większe znaczenie w odniesieniu do elastyczności skóry miały badania Mangolda zmierzające do oznaczenia wpływów zależnych od grubości badanego przedmiotu, jak również podłoża, na którem tenże przedmiot się znajduje. Te badania porównawcze wykonywane na mięśniu króliczym będącym w różnych stanach napięcia a umieszczonym na płycie szklanej i na podłożu innych mięśni nie wykazały zasadniczej różnicy w wynikach. Rozciągliwość mięśni, ścięgien naskórka, jakoteż skóry badali E. Wöhlisch i H. Gerschler przyrządem, który daje możność rozciągania danego przedmiotu obciążeniem stopniowo się zwiększającem aż do 20 kg i zaznaczania równocześnie występujących podczas tego zmian kształtów. Uzyskane wyniki wykazały, że naskórek wytrzymałością dorównuje ścięgnom, zaś rozciągliwość naskórka jest większa, jak ścięgien. Przejście z doświadczeń elastometrycznych wykonywanych na skrawkach wyciętej skóry lub nawet oddzielnych warstw skóry do pomiarów na żywej skórze ludzkiej przedstawiało znaczne trudności i wymagało zupełnie innego badania. Wybór sposobów dających się praktycznie zastosować, musiał być według praw fizycznych ograniczonym. Ważnem ze względów praktycznych było zagadnienie, w jakim zakresie elastyczność na żywej skórze może być badana. Jako zadanie odpowiadające temu zagadnieniu stawiano mierzenie oporu przy zagłębieniu się pewnego ciężaru i oznaczanie w ściśle określonym czasie stanu powrotnego po odciążeniu. Trudności badania powodują różne czynniki, które przy mierzeniu elastyczności skóry muszą być uwzględnione. A więc trzeba się liczyć z grubością naskórka, tkanki podskórnej, ilością podściółki tłuszczowej, położeniem kości i ścięgien, ciepłotą powietrza jak i badanego, ilością płynu śródtkankowego a wreszcie napięciem najbliższych mięśni. Wybór sposobu mającego służyć do mierzenia elastyczności skóry powinien uwzględniać łatwość zastosowania na każdej części ciała, następnie unikać zawiłego postępowania i zbyt wielkiej czułości przyrządu.

Wszystkie trudności i warunki, jakie przedstawiało badanie elastyczności skóry znalazły rozwiązanie w przyrządzie zbudowanym według pomysłu Schadego. Już wielki elastometr Schadego z roku 1912 przedstawiał znaczny postęp w dotychczasowej technice badania. Umożliwiał bowiem dokładne cyfrowe obliczenie utraty elastyczności.

Przyrząd ten jednak przedstawiał dość znaczne niedogodności w użyciu. Wykonywanie pomiarów wymagało nieruchomego zachowania się badanej części ciała. Wielkie ułatwienie w tym kierunku dał nowy przyrząd przed dwoma laty sporządzony przez Schadego.



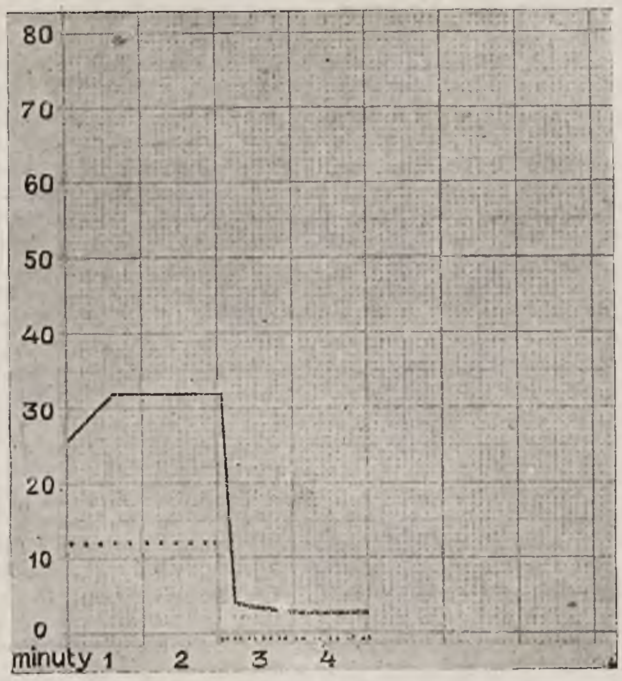
Najważniejszą częścią tego przyrządu jest zegarek elastometryczny, na obwodzie którego znajdują się dwa ruchome płaskie pierścienie podziałkowe. Zewnętrzny węższy pierścień posiada na całym obwodzie podziałkę od 0—100. Na wewnętrznym szerszym pierścieniu podziałka zajmuje połowę obwodu. Podziałka tegoż posiada kreskę zerową na środku półkola, w obie strony tejże znajduje się po 25 kresek. Na boku górnej części zegarka umieszczone są dwie śruby, zapomocą których można przesuwać pierścienie podziałkowe.

Wskazówka dłuższa wykazuje na podziałce zewnętrznej zagłębienie powierzchni skóry, jakie powoduje tłoczek obciążony od góry wybranym ciężarem. Dolna część tłoczka, która przy pomiarach zagłębia się w skórę ma pomierzchnię stożkowato wypukłą o wielkości 24,6 mm. Tłoczek osadzony jest na metalowym łączniku przechodzącym przez średnicę zegarka, a zakończonym ponad zegarkiem nasadką dla nakładania ciężarków. Ruch pionowy tłoczka przenosi się zapomocą mechanizmu zegarowego na wskazówkę dłuższą, która to zaznacza na podziałce. W taki sam sposób połączona jest krótsza wskazówka z krążkiem, w którym tłoczek się porusza. Ta wskazówka wykazuje na podziałce wewnętrznej tylko przesunięcia badanej powierzchni, ma więc znaczenie kontrolne. Przygotowanie przyrządu do pomiaru polega na wkręceniu zegarka elastometru do otworu rozwiniętej opaski ołowianej. O ile pomiar ma dotyczyć ręki, należy ją poziomo ułożyć na stoliku, używając dla podłożenia w kilkoro złożonego ręcznika lub poduszki. Ręka badana powinna być swobodnie ułożoną. A więc ponieważ badana osoba siedzi, trzeba rękę ułożyć poziomo, jak do wygodnego pisania. Opaskę należy tak założyć, aby unikać zaciśnięcia badanej kończyny, zaś podstawa zegarka elastometrycznego nie powinna przylegać do powierzchni skóry. Odpowiednie ustawienie elastometru wskazują przytwierdzone do tylnego górnego brzegu przyrządu dwie krzyżujące się wagi wodne, na które przez cały czas trwania pomiaru należy zwracać uwagę, w celu zachowania jednakowego ustawienia przyrządu, względnie jednakowego położenia badanej części ciała. Ustawienie obu wskazówek na kreski zerowe podziałek, zapomocą przesunięcia pierścieni podziałkowych śrubami, kończy przygotowanie przyrządu do pomiaru. Jednak dokładne przygotowanie i ustawienie tak przyrządu, jak i badanej części ciała wpływa na otrzymanie ści-

słych i prawdziwych wyników. Również i pomiar wymaga pewnej dokładności w wykonaniu. W dwie minuty po umieszczeniu wybranego ciężaru na nasadce ponad zegarkiem elastometru należy odczytać cyfry wskazane przez obie wskazówki. Równocześnie unikając wstrząśnienia należy zdjąć obciążenie i po upływie następnych dwóch minut powtórzyć odczytanie cyfr wskazanych. Jeżeli wskazówka dłuższa w dwie minuty po odciążeniu wraca do kreski zerowej, to elastyczność w badanem miejscu jest zupełną. Ubytek elastyczności wskazuje niezupełny powrót wskazówki dłuższej do zera. Przy obliczaniu tego ubytku trzeba od liczby wskazanej wskazówką dłuższą, odjąć liczbę, jaką wykazuje wskazówka kontrolna. Liczba otrzymana wskazuje o ile w czasie dwóch minut wybrane obciążenie zagłębiło tłoczek w skórę. Do obliczenia utraty elastyczności potrzebna jest jeszcze liczba jaką otrzymuje się przez odjęcie od siebie liczb wskazanych przez obie wskazówki w dwie minuty po odciążeniu. Liczba ta oznaczająca ilościowo pozostałość zagłębienia po odciążeniu, a postawiona w stosunku do poprzedniej oznaczającej zagłębienie pod wpływem obciążenia, wykazuje odsetek utraty elastyczności. Ścisłość i prawdziwość wyników przy mierzeniu elastyczności tym przyrządem dochodzi jednak do pewnych granic. A więc przy zbliżaniu się wskazówki do zera zwiększa się niepewność pomiaru. Dlatego w celu wykluczenia błędów uważa Schade pierwsze dwie kreski podziałki zewnętrznej, względnie wszystkie obliczenia utraty elastyczności do wysokości 10% jako wartości niepewne. Przy powtarzaniu pomiarów w tem samem miejscu wyniki tak długo nie są zgodne, jak długo zmiany powstałe pod wpływem poprzedzającego doświadczenia nie znikną, co zawsze wymaga pewnego czasu.

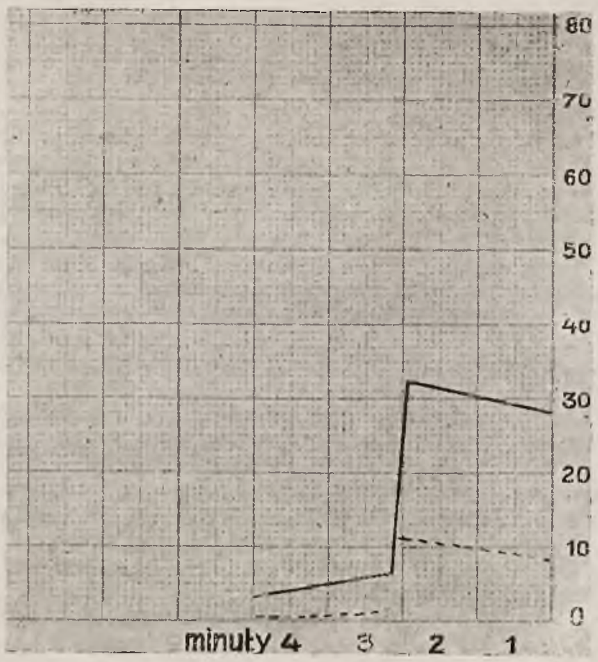
Tak zdrowa, jak i chorobowo zmieniona skóra przenosi zagłębienie powstałe przez obciążony tłoczek do pewnej odległości, gdyż przy zagłębianiu się tłoczka powstaje także obniżenie otaczającej powierzchni. Objęcie tego działania w odległości ustalonemi ramami prawideł przedstawia znaczne trudności, ponieważ tak grubość jak napięcie skóry, a także stan tkanki podskórnej nie są w różnych miejscach równe. Dlatego przy ograniczonych schorzeniach potrzebny jest dla porównania pomiar w symetrycznem miejscu po zdrowej stronie. Zagłębianie się obciążonego tłoczka nawet na zdrowej skórze jest powolne. Prawie nigdy obciążony tłoczek nie dochodzi od razu do ostatecznej głębokości, a również po odciążeniu nie wraca natychmiast do pierwotnego stanu. Zwykle występuje w okresie obciążenia po upływie jednej minuty dalsze jeszcze zagłębianie się tłoczka a podobnie po odciążeniu powolny jest powrót tegoż. Różnice występujące w tym kierunku przy pomiarach wykazują, że stopień zachowania się pod tym względem czyli spływania żywych tkanek jest różny. Schade odróżnia według stopnia spływania trzy stany zachowania się tkanek. Jako pierwszy uważa on brak zupełny tego spływania co oznacza suchą tkankę a trafia się rzadko. Przy prawidłowym stanie tkanek jest spływanie najmniejsze, bo wynosi jedną lub dwie kreski podziałki. Trzeci stan przedstawia spływanie silne występujące przy chorobowych zaburzeniach w tkankach. W powstawaniu tego spływania mają znaczenie dwie różne przyczyny. A mianowicie, pierwszą jest odciskanie płynu tkankowego do sąsiedniego otoczenia, druga przedstawia rozciąganie, które oznacza cząsteczkowe przesunięcie. Zapomocą elastometru jest możliwe zbadanie, jaka przyczyna utraty elastyczności zachodzi w danym wypadku. Jeżeli utrata elastyczności jako wyraz silnego spływania występuje nawet przy stopniowem zmniejszaniu obciążenia i daje się wykazać jeszcze przy najmniejszych pięciogramowych obciążeniach, to takie spływanie jest spowodowane wyciśnięciem płynu tkankowego do otoczenia. Wtedy zachodzi przeładowanie płynem tkankowym i oznacza chorobowe zaburzenia będące obrzękiem. Zapomocą więc takiego badania można stwierdzać nie tylko utratę elastyczności poza granicami wyczucia palcami, ale także można wykazać, czy przyczyną utraty elastyczności nie jest obrzęk. Można także badaniem elastometrycznem wykazać utratę elastyczności spowodowaną przez rozciągnięcie. Badanie wtedy zmierza w przeciwnym kierunku, gdyż polega na zwiększaniu stopniowem obciążeń.

Gdy utrata elastyczności występuje tylko przy stosowaniu stopniowem większych obciążeń ponad 50 g, przyczyną tejże jest niedomoga elementów elastycznych, polegające na uszkodzeniu koloidowem. Możność odróżnienia tegoż od obrzęku zapomocą pomiarów elastometrycznych, daje także badanie w kierunku zmniejszenia oporu przeciwuciskowego tkanek. Badanie to polega na zmniejszeniu obciążeń co 30 sekund o 5 g poczynając od 100 gramowego przez 2 minuty pozostawionego obciążenia. Zagłębienie się tłoczka elastrometru zmniejszają tkanki będące w stanie prawidłowym natychmiast po zmniejszeniu obciążenia. Przyrząd Schadego posiada zatem możność wskazywania kilku wytycznych. Najważniejszą z tych jest przy wykresie graficznym krzywa tłoczka elastrometru, czyli zagłębiania się tegoż. Krzywa ta przez stopniowe zwiększanie i zmniejszanie się obciążeń odpowiednio się zmienia. Krzywa kontrolna zaznaczająca różnice położenia krążka jest zarazem wskaźnikiem przenoszenia w pewną odległość działania obciążenia. Trzecią wytyczną powstającą dopiero na podstawie obliczenia stosunku dwóch poprzednich jest odsetkową utratą elastyczności. Zapomocą badań elastrometrycznych można poznawać różnice w elastyczności skóry zdrowej, jakie w pewnych warunkach powstawać mogą. I tak po założeniu opaski na ramieniu w celu opróżnienia tejże kończyny z krwi wykazywały moje pomiary na przedramieniu u kilku osób mających zdrową skórę znaczne zmniejszenie utraty elastyczności, bo dochodzące do zera. Bezpośrednio w tejże kończynie u tych osób wywołane przekrwienie bierne powodowało przy pomiarach podniesienie utraty elastyczności aż do 6,3%, co także stwierdziły badania Schmidta, la Baume. Wielki wpływ na stan elastyczności skóry mają zmiany ciepłoty. Według doświadczeń Thielego przy powolnem oziębianiu występuje stopniowe zmniejszanie elastyczności, aż do powstania odczynowego przekrwienia. Przy szybkiem oziębianiu jest prawie taki sam przebieg a największa utrata elastyczności występuje albo równocześnie z odczynowem przekrwieniem lub dopiero po powstaniu tegoż. Przy zadziałaniu ciepłej wody na skórę najmniejsze zagłębienie tłoczka elastometru jest w początku odczynowego przekrwienia. Dla powtórzenia i stwierdzenia tych doświadczeń wykonywałem pomiary na przedramieniu poprzednio zanurzonem przez jedną minutę w wodzie o ciepłocie 43° C. Utrata elastyczności po takiej kąpieli zwiększała się przez pierwsze trzy minuty, poczem następowało powoli wyrównanie do stanu przed kąpielą. Następne badania zmieniłem o tyle, że tylko dłoń była przez jedną minutę zanurzoną w zimnej wodzie a pomiary wykonywałem w okolicy łokcia. W czasie trwania działania zimnej wody zwiększała się nieznacznie utrata elastyczności a z usunięciem wody wyrównywała się elastyczność w ciągu czterech minut. Po zanurzeniu dłoni przez jedną minutę w wodzie mającej ciepłotę 42° C mogłem stwierdzić przy pomiarach inne zagłębianie się tłoczka elastometru, jak po kąpieli ciepłej całego przedramienia. Zagłębianie tłoczka zwiększało się nieznacznie w czasie kąpieli a po usunięciu tejże utrzymywało się w czasie obciążenia prawie w tym samym poziomie. Stopniowe zwiększanie utraty elastyczności dochodziło do 9% dopiero po 8 minutach i spadało następnie powoli do stanu normalnego. Różnice więc w działaniu w pewnej odległości ciepłej i zimnej kąpieli zaznaczają się przy tych pomiarach w tem, że czasowa utrata elastyczności występuje szybciej po zadziałaniu zimna, ale jest mniejsza jak po trwającej przez ten czas ciepłej kąpieli. Szerokie pole badań elastometrem przedstawiają zmiany w zachowaniu się elastyczności pod wpływem działania różnych środków stosowanych w leczeniu chorób skóry. Pudrowanie skóry zdrowej nie wywołuje zmian w elastyczności dających się elasto-



Wykres I.
Stanisław K., l. 73, zanik skóry starczy, przedramię prawe.
Obciążenie: 100 g. Utrata elastyczności: 15%.

metrycznie wybadać. Zapędzlowanie pudrem płynnym działa silniej wysuszająco i znosi czasowo wykryty przedtem na skórze zdrowej procent utraty elastyczności. Gdy ten sam puder płynny w grubszej warstwie na płótnie rozciągnięty, zastosowałem w postaci okładu, otrzymywałem przy pomiarach wykonywanych bezpośrednio po usunięciu tego okładu, czasową utratę elastyczności do 15%. Zatem wynik jest podobny, jak przy stosowaniu okładu osłoniętego, powodującego przekrwienie odczynowe a może nawet czasowe nagromadzenie się płynu tkankowego. Przy okładach ma działanie na zmiany elastyczności nie tylko sposób zastosowa-

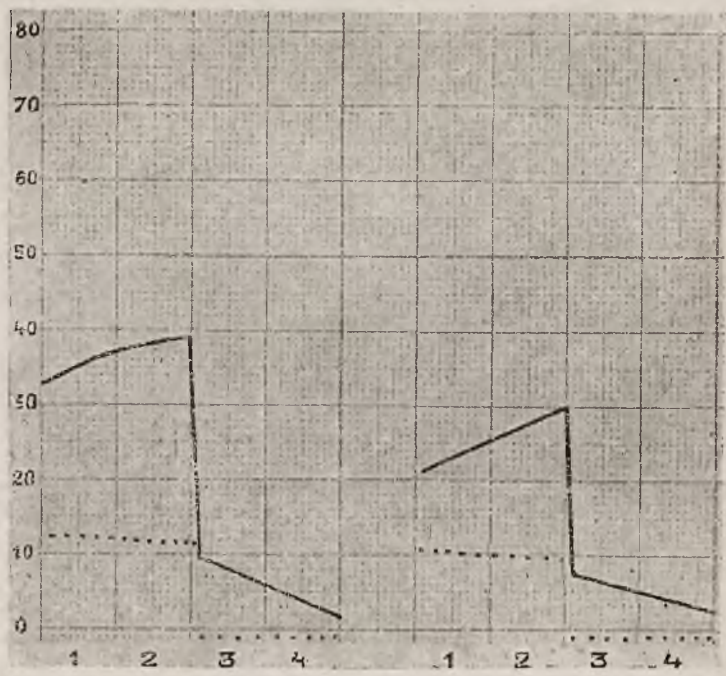


Wykres II.
Elza R., l. 16, *anetodermia erythematosa.*
Obciążenie: 100 g. Utrata elastyczności 16,7%.

nia tychże w postaci nieprzykrytej lub szczelnie osłoniętej, ale także skład chemiczny rozczynu użytego do okładu. Znany jako rozmiękczająco na skórę działający okład z 1% rozczynu kwasu salicylowego a zastosowany przez ½ godziny powodował trwające po tem przez 15 minut zwiększenie utraty elastyczności o 5%. Okład z rozczynu tego samego stężenia kwasu garbnikowego trwający również przez ½ godziny zmniejszał utratę elastyczności o 8%. Do środków powodujących czasowe zwiększenie elastyczności skóry należą także pasty jako działające na skórę wysuszająco. Po 2½-godzinnem pozostawieniu na skórze cienkiej warstwy pasty cynkowej, pomiary, jakie na zdrowej skórze wykonywałem, wykazywały zwiększenie elastyczności około 7%. Środki przylegające szczelnie do powierzchni skóry, jak plastry powodują nagromadzenie płynu tkankowego i przez to zmniejszają elastyczność zdrowej skóry. Ma jednak także przy tem znaczenie skład chemiczny masy plastrowej.

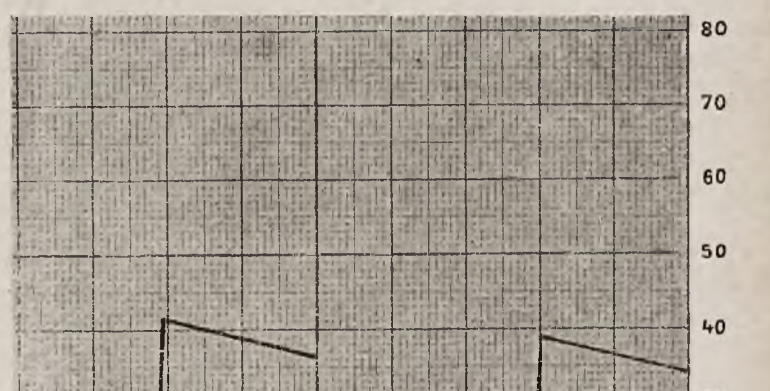
Plaster ołowiowy cienką warstwą rozciągnięty na płótnie i przez godzinę pozostawiony na skórze przedramienia, powodował czasowe zmniejszenie elastyczności dochodzące do 10% ponad stan wykazany pomiarem przed tem doświadczeniem. Bardzo wybitne zmiany w zachowaniu się elastyczności przedstawiają różne zaniki skóry. Najczęściej dostępny przedmiot badania przedstawia zanik starczy. Krzywa tłoczka zaznaczona w wykresie I linją ciągłą wykazuje brak spływania z powodu suchości tkanek. Szybko występujące, bo w ciągu kilkudziesięciu sekund ostateczne zagłębienie tłoczka, spada po odciążeniu linją prawie prostopadłą do poziomu bardzo nieznacznie się podnoszącego. Linja kropkowana oznaczona tak w tym, jak i w następnych wykresach zagłębienie krążka. Miałem sposobność wykonać pomiar nie często trafiającej się postaci zaniku: *„anetodermia erythematosa"*. Wypadek przedstawiony 15. IV. na posiedzeniu Tow. dermat. dotyczył 16-letniej chorej z ambulatorjum szpitala Bonifratrów. Zmiany chorobowe ograniczyły się do trzech ognisk, z których najdawniejsze i największe znajdujące się na wewnętrznej powierzchni lewego podudzia, było wielkości dziesięciogroszówki. To ognisko zanikowe miększe od otoczenia, dawało przy dotyku uczucie palca wpadającego w zagłębienie. Tłoczek elastometru po odciążeniu, jak wykres II wykazuje, pozostaje na niższym poziomie o 5½ kresek podziałki. Badanie elastometryczne wykwitów guzowych rumienia wysiękowego *(erythema exsudativum multiforme)* daje różne wyniki zależnie od nasilenia zmian. Pomiary wykonane na dwóch ogniskach u tego samego chorego wykazują w wykresie III różniące się przebiegiem krzywe tłoczka, jakoteż różne utraty elastyczności.

Do chorób zmieniających w czasie trwania objawów elastyczność skóry na większych obszarach, należy świerzbiączka. Wykonując pomiary u takich chorych, znajdowałem obok normalnych wyników w miejscach wolnych od objawów, często wysoką utratę



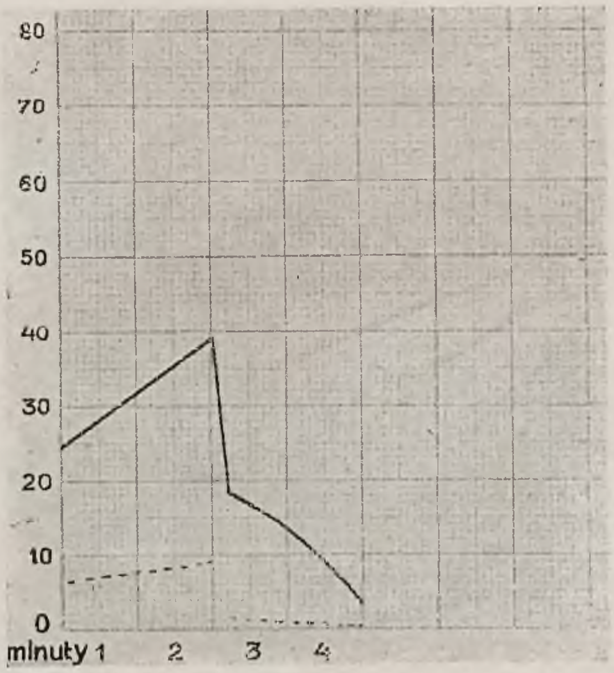
Wykres III.
Izaak K., l. 23, *erythema exsudativum multiforme.*
Prawa noga utrata elastyczności: 8%.
Lewa noga utrata elastyczności 12,5%.
Obciążenie: 100 g.

elastyczności na przestrzeniach chorobowo zmienionych. Leczenie w przypadkach o łagodniejszym przebiegu zmniejsza utratę elastyczności, jak to uwidacznia wykres IV. Wykonałem także pomiary u chorego liczącego 31 lat, który od 13 roku życia cierpiał na świerzbiączkę typu: *„neurodermitis diffusa Brocqua"*. Długo-



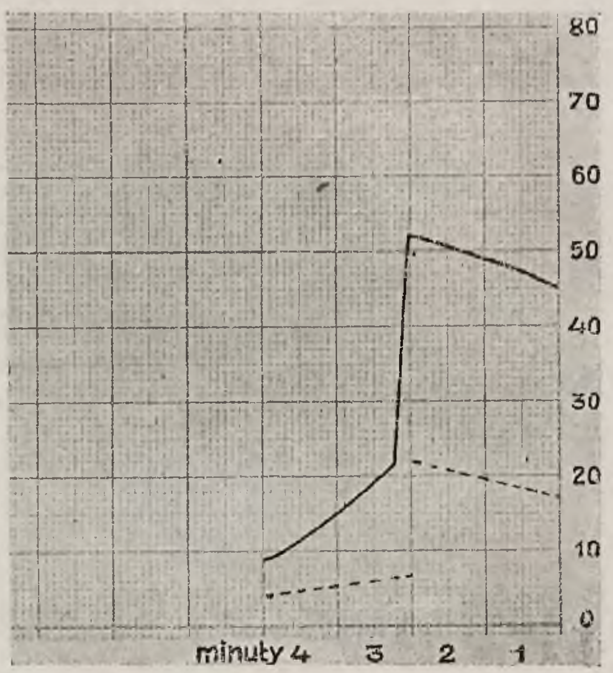
Wykres IV.
Józef L., l. 13, *prurigo.*
Obciążenie: 100 g, przedramię prawe po leczeniu, utrata elastyczności: 5% przed leczeniem, utrata elastyczności 11%.

trwała choroba spowodowała rozległe zmiany o odmiennym wyglądzie na kończynach górnych, a innym na dolnych. Podczas gdy na nogach były zmiany wypryskowe, skóra zgrubiała nacieczona, to na kończynach górnych skóra ścieńczała, sucha okazywała obfite złuszczanie, oprócz śladów drapania. Badanie elastometryczne wykazuje w wykresie V utratę elastyczności i silne spły-



Wykres V.
Leon W., l. 31, noga prawa *neurodermitis diffusa*.
Utrata elastyczności 10%. — Obciążenie 100 g.

wanie przy pomiarze na nodze prawej. Wykres VI dotyczący ręki prawej okazuje większą utratę elastyczności, jak na nodze, spływanie zaś zmniejszone z powodu suchości tkanek. Dla dokładniejszej oceny odczynów alergicznych po wstrzykiwaniach szczepionki dwoinkowej wykonałem badania elastometryczne u dwóch chorych



Wykres VI.
Leon W., przedramię prawe *neurodermitis diffusa*.
Utrata elastyczności 16,6%. — Obciążenie 100 g.

z zapaleniem przyjądrza, u trzech z powiększeniem gruczołu krokowego i przewlekłą rzeżączką cewki tylnej, u trzech z ostrą rzeżączką cewki moczowej i u dwóch z nieżytem cewki moczowej nie rzeżączkowym. Pierwsze trzy pomiary wykonywałem co dwie godziny na miejscu podskórnego wstrzyknięcia ½ cm arthigonu Scheringa, następne trzy codziennie. Odczyn elastometrycznie dodatni otrzymałem u obu chorych z zapaleniem przyjądrza, u jednego z powiększeniem gruczołu krokowego i u dwóch z rzeżączką ostrą.

U tych chorych jeszcze w trzecim dniu po wstrzyknięciu pomiar wykazywał w miejscu tegoż o 4% do 5% większą utratę elastyczności, jak okazywały pomiary wykonane przed wstrzykiwaniem. U pięciu chorych utrata elastyczności w pierwszym dniu była również wysoką, jak u chorych z odczynem dodatnim, ale utrzymywała się tylko przez pięć lub sześć godzin. Na podstawie tych doświadczeń wprawdzie nie można stawiać wniosków, co do rozpoznawania zapomocą odczynu elastometrycznie dodatniego obecności dwoinek. Jednak należy się spodziewać, że dalsze badania w tym kierunku posłużą do tego, że odczyn elastometrycznie dodatni będzie wskazówką do dalszego poszukiwania dwoinek.

Piśmiennictwo.

Dittler R.: Methodik der Untersuchung der Elastizitätseingeschaft der Muskeln. Handbuch der biologischen Arbeitsmetoden 1922. — Exner A. und J. Tandler: Ueber die Messung des Muskeltonus. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. un. Chir. 1919. — Gildemeister M. und L. Hoffmann: Ueber Elastizität und Innendruck der Gewebe 1922. — Guggenheimer und Hirsch: Ueber den Nachweis des latenten Oedems aus dem Verhalten intracutaner Quaddeln Klin. Wochenschr. 1926. Nr. 16. — Hermann Fr.: Ueber die Wirkung feuchter Umschläge Dermatol Zeitschr. 1927. — Hirsch: Der Einflus von Bädern auf die Hautspannung des Menschen. Zeitschrift f. d. ges. physiol. Therapie 1927. — Luithlen Fr.: Vorlesung über Pharmakologie der Haut 1921. — Ossipowa: Intradermalreaktion bei Gonorrhöe. Dermatol. Wochenschr. 1927. — Rost E.: Die klinischen Faktorem der Narkosen und die experimentelle Untersuchung dieser Einflüsse auf die Haut. Krankheitsforschung 1927. — Schade: Elastizitätsfunktion des Bindegewebes. Zeitschrift f. exp. Pathol. u. Therapie 1912. — Schade: Gewebselastometrie zu klinischen und allgemein-ärztlichen Gebrauch. Münch. med. Woch. 1926. Nr. 53. — Schade und Trendtel: Elastometer. Untersuchungen an Kindern. Zeitschrift f. exakt. Med. 1926. — Schmidt-Labaume: Elastometrie. Arch. f. Dermatol u Syphilis 153. — Springer: Untersuchungen über die Resistenz menschlicher Muskeln Zeitschrift f. Biol. 63, 1913. — Thiele A.: Ueber Abkühlungsersuche an der Haut und am Muskeln. — Inaug Diss Kiel: 1924. — Wöhlich E.: Die Temperatur abhängigkeit der Dimensionen des elastischen Gewebes. Zeitschrift. f. Biol. 1926.

Dr. Czesław WILCZYŃSKI. Warszawa.

Aerofagja a odma sztuczna

w świetle spostrzeżeń własnych

Na międzynarodowym kongresie przeciwgruźliczym w Rzymie w roku 1928, Szymański, omawiając wyniki własne dotychczasowego leczenia gruźlicy odmą sztuczną, zaznaczył, że aczkolwiek, przy zachowaniu wszelkich ostrożności, sam na dokonane 1500 zabiegów nie miał w ciągu ostatnich trzech lat nieszczęśliwych przypadków, to jednak mimo to przyznaje, że „niema przypadków, o których możnaby a priori powiedzieć, iż są absolutnie pewne", albowiem szok po zastosowaniu odmy sztucznej może wystąpić nie tylko przy pierwszem zakładaniu odmy, lecz i w późniejszych okresach przy jej dopełnianiu, bez względu na kilkakrotne przedtem szczęśliwie przebytą insuflację. Jako środki zapobiegawcze przeciw szokom i innym powikłaniom odmy sztucznej zaleca Szymański odpowiedni wybór chorych, unikanie stosowania tych zabiegów u osobników osłabionych, nerwowych i gorączkujących, stosowanie odmy sztucznej tylko u chorych szpitalnych lub też w specjalnych przychodniach, zaopatrzonych we wszystkie niezbędne środki zaradcze i pomocnicze i umożliwiających chorym dłuższy wypoczynek po zastosowanym zabiegu, zwracając uwagę na fakty, gdy chorzy zbyt wcześnie i nieoględnie wypuszczeni z przychodni dostawali gwałtownych napadów duszności na ulicy lub padali tam nieprzytomni. Pomimo wszelkich ostrożności nie jesteśmy w obecnym stanie rzeczy nigdy pewni, czy u osobnika, któremu zdecydowaliśmy się zastosować odmę sztuczną, nie wystąpi groźne powikłanie. W tym względzie znamienne jest klasyczne zdanie Saugmann'a, które przytacza Szymański: można dokonać szczęśliwie tysiąca odm, a przy tysiąc pierwszej otrzymać śmiertelny szok.

W traktowaniu szoku, występującego w przebiegu odmy sztucznej, jeżeli niezupełnie, to, zdaniem mojem, zbyt mało zwracano dotychczas uwagi na aerofagję. W artykule niniejszym pragnąłbym zwrócić uwagę lekarzy, zajmujących się specjalnie odmą

sztuczną, na możliwość i łatwość występowania szoku przy stosowaniu tego zabiegu u gruźlików-aerofagów.

Badanie kliniczne, w szczególności liczne badania aerofagów na ekranie, przeprowadzone przez G. Levena i inn., dowiodły z całą pewnością, że w wypadkach aerofagji występują skurcze poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego, w szczególności zwieraczy żołądka i mięśni okrężnych jelit, unieruchamiające nagromadzone w przewodzie pokarmowym gazy (powietrze). Największa ilość powietrza nagromadza się u aerofagów w t. zw. komorze powietrznej żołądka, tudzież w zgięciach okrężnicy; przyczem zauważyć należy, że lewe zgięcie okrężnicy ze względu na swe wysokie położenie jest fizjologicznem miejscem gromadzenia się gazów jelitowych. (Böhm, Fleiner i in.). Klasyczne ze względu na swą jasność i zwięzłość prace autorów francuskich (Mauban, Leven, Barret i in.), poświęcone zagadnieniu aerofagji i liczne przykłady, przytaczane przez tych autorów, jak również i dość liczne w tym względzie me własne spostrzeżenia, świadczą, że jednym z kardynalnych objawów aerofagji jest uczucie duszności. Czasami uczucie to bywa zaledwie zaznaczone i uchodzi uwadze chorych, a wyjaśniają jego istnienie dopiero drobiazgowo zbierane wywiady. Innym razem może występować zupełnie wyraźnie zadyszka, która w pewnych przypadkach przybiera charakter gwałtownych napadów duszności, grożących życiu pacjentów, o ile we właściwym czasie nie zostaną przedsięwzięte niezbędne środki zaradcze.

Od czego zależy duszność w razie rozdęcia gazami żołądka i lewego zgięcia okrężnicy? Mechanizm powstawania duszności należy sobie tutaj objaśnić w sposób następujący: Rozdęta gazami t. zw. komora powietrzna żołądka i lewe zgięcie okrężnicy prą ku górze, gdyż tam ze strony lewej kopuły przepony znajdują dla siebie *locus minoris resistentiae*. Stopień wzniesienia przepony, a raczej stopień wysokiego lewostronnego stanu przepony zależeć będzie w tym razie od następujących czynników: 1° od ilości gazów nagromadzonych w komorze powietrznej żołądka i w lewem zgięciu okrężnicy (innemi słowy: od stopnia rozdęcia gazami żołądka i lewego zgięcia okrężnicy); 2° od stopnia oporu, stawianego temu naporowi gazów przez lewą połowę przepony. Oczywiście, że osłabiony i zwiotczały mięsień przepony, co zazwyczaj spotyka się w astenji i długotrwałym meteoryzmie, stawiać będzie mniejszy opór napierającym z dołu gazom, wskutek czego lewa połowa przepony będzie coraz bardziej odpychana ku górze i wykonywać będzie coraz słabsze ruchy oddechowe; 3) Trzecim czynnikiem, warunkującym duszność, będzie tu głód tlenowy, wywołany unieruchomieniem lewego płuca, którego pojemność oddechowa zmniejszy się, zależnie od ucisku wywieranego nań z dołu przez napierającą lewą kopułę przepony; 4) wreszcie, czwartym czynnikiem będzie tu stopień przemieszczenia narządów śródpiersia: serca, naczyń i oskrzeli, wywołanego wzmożonem ciśnieniem w lewej połowie klatki piersiowej, przyczem ta dyzlokacja narządów śródpiersia zależeć będzie nietylko od stopnia wywieranego ucisku lecz i od wrodzonej ruchomości śródpiersia, szczególniej serca, które u osobników astenicznych bywa niekiedy bardzo ruchome. Przemieszczenie serca *in toto* na prawo musi niezawodnie wpłynąć w sposób mniej lub bardziej ujemny na krążenie, wywołując przekrwienie komór i utrudniając ich pracę; zmieniać się może przytem w sposób niekorzystny dla krążenia położenie tętnicy głównej i pozostałych wielkich naczyń śródpiersia wreszcie przy znacznem przemieszczeniu śródpiersia na prawo może wystąpić zagięcie prawego oskrzela, które, jak wiadomo, jest dłuższe od lewego, a wówczas przebieg cierpienia może przybrać postać groźnej asfiksji, a nawet zakończyć się fatalnie.

Z drugiej strony zaznaczyć należy, że ciężkie nawet objawy duszności u aerofagów ustępują zazwyczaj szybko, jeżeli zdołamy usunąć nagromadzone w przewodzie pokarmowym gazy, albowiem naruszona statyka narządów śródpiersia szybko zazwyczaj powraca do normy.

Zastanawiając się nad mechanizmem powstawania duszności w razie wzdęcia gazami dróg trawiennych, mimowoli nasuwa się pytanie, czy te same objawy mogą wystąpić przy zakładaniu odmy sztucznej, zwłaszcza u osobników astenicznych z bardzo ruchomem sercem. Należy przypuszczać, że napady duszności w przebiegu odmy sztucznej występują w sposób analogiczny. Tu zaznaczę, że natura sama jak gdyby sprzyjała powstawaniu wysokiego lewostronnego stanu przepony u gruźlików, u których stan ten występuje niekiedy zupełnie niezależnie od jakichkolwiek zrostów, a wywołany bywa li tylko nadmiernem rozdęciem komory powietrznej żołądka.

Na częstość tego objawu zwrócił mi uwagę w r. 1922 Dr. Fiszer, dyrektor Sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem, który, wiedząc, że pracuję nad zagadnieniem aerofagji, zakomunikował mi podówczas to swoje spostrzeżenie. Czyni to wrażenie, jak gdyby sama natura dążyła do wytworzenia sztucznego wysokiego lewostronnego stanu przepony u gruźlików w celu możliwego unieruchomienia i oszczędzenia schorzałego narządu oddechowego. Skłonność gruźlików do aerofagji objaśniam osobiście często u nich spotykanym suchym nieżytem górnych dróg oddechowych, co sprzyja powstawaniu częstych mimowolnych ruchów połykowych (*tic d'avelement* — autorów francuskich) będących jednym z najważniejszych ogniw w złożonym łańcuchu mechanizmu aerofagji.

Z tego, co powiedziałem wynika, że zakładanie odmy sztucznej u aerofagów będzie połączone zawsze z większem niebezpieczeństwem, niż u osobników nie dotkniętych aerofagją, a dlatego należałoby być bardziej oględnym w stosowaniu u nich tego zabiegu. Albowiem już sama aerofagja ze względu na zmianę stosunków anatomo-topograficznych, jakie zdolna jest wywołać wśród najważniejszych życiowo narządów ustroju, usposabia niejako do napadów duszności i szoków. Jeżeli zaś odma sztuczna dołączy się do istniejącej aerofagji (lub odwrotnie), to w pewnych razach możemy otrzymać szok, nawet przy najostrożniejszem aplikowaniu samej odmy. Ostrożność w tym względzie ograniczy, być może, nieco zakres działalności niektórych lekarzy, specjalnie uprawiających odmę, będzie to jednak, jak mniemam z korzyścią zarówno dla chorych, jak i dla sumienia lekarskiego w myśl humanitarnej zasady *„primum non noceas"*.

Być może, że nieuwzględnienie faktu współistnienia daleko posuniętej niekiedy aerofagji u gruźlików było już nieraz przyczyną nieszczęśliwych wypadków w przebiegu odmy sztucznej, owych „szoków", groźnych niekiedy dla życia chorych, a bardzo często niedających się objaśnić w dzisiejszym stanie wiedzy.

Dr. GRULEWSKI. Mor. Ostrawa.

W sprawie etjologji zaburzeń układu wegetatywnego.

(Czerwiwność *(Helminthiasis)* a układ wegetatywny).

I.

Ejologogję zaburzeń układu wegetatywnego (u. w.) traktowano dotychczas po macoszemu. Podczas gdy symptomatologja tychże zaburzeń, rzec można, rośnie z dnia na dzień, wiadomości nasze o etjologji są bardzo skąpe: przyczyny zaburzeń są mało zbadane i studjowane, chociaż i tu — jak wszędzie w medycynie — zasada *„cessante causa — cessit morbus"* — mieć musi swe zastosowanie i swą moc obowiązującą.

Jeżeli przeglądniemy odnośne piśmiennictwo, to spotkamy się przedewszystkiem z przyznaniem się do nieświadomości. I tak Dresel 1) podkreślając to, dopatruje się przyczyn w podnietach psychicznych i czuciowych, jakoteż w zaburzeniach gruczołów wkrewnych, w pierwotnej niedomodze komórek zwojowych w *striatum*, wreszcie w niedostatku Ca., lub też w truciznach, które się tworzą w ustroju, a które działają swoiście podrażniająco lub porażająco na para- względnie sympatyczny układ nerwowy. Trucizny te powstają w przewodzie pokarmowym, częściowo może zależnie od jakości wprowadzonych pokarmów. W grę wchodzi prawdopodobnie histamina i cholina. Również P. Schenk 2) szuka przyczyn w zaburzeniach hormonów, w zaburzeniach stosunku elektrolitów, szczególnie zaś w patologicznym rozkładzie ciał białkowych, a więc prawdopodobnie w ciałach histaminowych, w aminach biogenowych, tworzących się w przewodzie pokarmowym.

Fendel 3) rozróżnia wewnętrzne i zewnętrzne przyczyny: do pierwszych zalicza konstytucję, do drugich wpływy atmosferyczne, kosmiczne, klimatyczne, pory roku, okolicę, alkohol, środki farmakologiczne (adrenalinę, atropinę), hormony, uraz i t. d.

Cimbal 4) widzi przyczynę zaburzeń wegetatywnych w jadach kiły, w nikotynie, w alkoholu, w nowotworach, w gruczołach rodnych, w gruczole tarczykowym, przytarczykowym i w *infundibulum*.

Wreszcie przytoczę też zapatrywanie Dattnera 5), który odnosi wszystkie zaburzenia układu wegetatywnego do trucizn powstałych z przemiany materji a powodujących zastój w krążeniu i oddychaniu *(anoxemia)* a w następstwie neurozy i depresyjne psychozy.

Jeżeli zaniechamy dalszego przytaczania zapatrywań innych autorów i zestawimy powyżej wymienione poglądy, widzimy, że prawie wszyscy zgodnie odnoszą zaburzenia u. w. do dwóch zasadniczych warunków: 1) do konstytucji, 2) do zewnętrznych czynników.

Dziwnym i zastanawiającym był dla mnie fakt, że przy wyliczaniu zewnętrznych warunków pomijają autorzy i to prawie

wszyscy — a co jeszcze ważniejsze i praktycy — tak często występujące, rzec można popularne schorzenie: *helminthiasis*.

O r t n e r 6) przypisuje tejże cały zespół objawów ze strony przewodu pokarmowego (brak apetytu, wilczy apetyt, ból z powodu głodu, wymioty, biegunki, i t. d.), jakoteż pseudo-neurasteniczne objawy, a więc bóle głowy, zawroty, bicie serca, chudnienie i t. d. Ból głowy występuje często jako połowiczna migrena.

Według M a t h e s a 7) przeocza często lekarz czerwiwność, dyskredytując się wobec chorego. Dlatego radzi, by przy zbieraniu wywiadów, szukać objawów charakterystycznych dla czerwiwności, a więc, czy chory ma swędzenie w nosie, czy ma nieuzasadnione napady głodu, lub też następowo nie cierpi na brak apetytu, czy ma biegunki, ślinotok i t. d. Nadto pamiętać należy, że szerokie źrenice, *enuresis nocturna*, migrena, tetaniczne i epileptyczne napady występują przy *helminthiasis*.

Wszystkie te objawy, spotykamy przy zaburzeniach układu wegetatywnego. I tak w przypadkach czerwiwności już w wywiadach dowiadujemy się o dolegliwościach nieokreślonego charakteru, o „nienormalnej chwiejności i towarzyszącej jej wzmożonej wrażliwości wegetatywnych neuronów“ (Fendel). Wszystko to przypomina znany nam obraz zaburzeń układu wegetatywnego. Ze szczegółowych objawów wspomnę tylko niektóre: napadowe bóle na czczo, szczególnie w okolicy pępka, wrażliwość na dotyk powłok brzusznych i wzdęcie brzucha, zaburzenia w oddawaniu stolca, brak łaknienia, nudności, wymioty, wilczy głód, ślinotok, zły wygląd, zanik tkanki tłuszczowej, podkrążone oczy, swędzenie w nosie i zgrzytanie zębami podczas snu.

W dawniejszem piśmiennictwie, zdaniem P e i p e r a 8), przypisywano obecności pasorzytów najrozmaitsze objawy nerwowe, a więc: *chorea, eklamsja, epilepsja* i t. d. Naturalnie zaleca on co do tego sceptycyzm, chociaż znane są przypadki, potwierdzone i opisane przez L u t z a, N o t n a g l a, B u b e n h o e f e r a, K o n e f f a i in., gdzie objawy chorób nerwowych znikały na zawsze po wytępieniu glist. Twierdzi więc P e i p e r, że możliwem jest, iż „wiercące i czołgające ruchy tych pasorzytów oddziaływują z błony śluzowej odruchowo podniecająco na ośrodkowy układ nerwowy“. (Do tego zapatrywania powrócimy jeszcze poniżej). Nadto wiemy, że glisty zawierają truciznę, która u ludzi wywołuje objawy podrażnienia. I tak M i r a m zauważył, że przy manipulacji z *ascarides megalocephala* występowały u niego kołki nerwowe, opuchnięcia rąk, swędzenie tychże, łzawienie i t. d. Podobne spostrzeżenia zrobili i inni badacze, że wspomnę zoologa Goldschmidta, Cobolda, Hubera, Leukarta, Bastianiego i t. d. Już sama woń glist ostra i aromatyczna — jest bardzo nieprzyjemna. Według A r t h u s a i C h a n s o n a 11) zawarta jest w glistach trucizna, która zastrzyknięta królikom w ilości 2 cm³, zabija je w 10 minutach.

U ludzi cierpiących na *trichocephalus dispar*, spotykamy również objawy ze strony układu nerwowego, jakoto: bóle głowy, zawroty, nawet oponowe objawy. Początkowemi objawami w ł o ś n i c y są nudności, wymioty, zawroty, ociężałość w głowie, w członkach, zatwardzenie lub biegunka. Przy *ankylostomiasis* zauważył R e c k z e h 9), w stadjum początkowem, fizyczną i umysłową ociężałość, bóle głowy, zawroty, następnie dopiero występują i bóle w dołku podsercowym, wrażliwość na dotyk tamże, kwaśne odbijania, nudności, nawet wymioty, przyczem apetyt jest wzmożony, a żołądek często powiększony. Nadto stwierdził on ucisk w okolicy serca, bicie serca, często niemiarowość tętna, osłabienie wzroku i szybkie męczenie się mięśni ocznych, przyczem przedmiotowe badanie oczu jest ujemne. Z bardzo licznych objawów nerwowych, wspomina jeszcze R e c k z e h apatję, depresję, zaburzenia czuciowe, ruchowe, osłabienie odruchów kolanowych, jakoteż zaburzenia w równowadze. I on widział padaczkowe napady u ludzi, cierpiących na *ankylostomiasis*.

Z licznych objawów, które widzimy u chorych na t a s i e m c a, wspomnę tylko zawroty głowy, omdlenia, bóle głowy, czkawka, szybką zmianę kolorów twarzy, drgawki i napady, które i tu mają wygląd padaczkowych napadów, porażenia i t. d.

Mimo tak wielkiej symptomatologji, towarzyszącej czerwiwności, a którą widzimy też przy zaburzeniach u. w. — są lekarze, którzy nie wierzą w szkodliwość pasorzytów. Przekonać się mogłem o tem i we własnej praktyce, a i P e i p e r pisze: „Istnieje cała grupa lekarzy, która pasorzytom jelitowym (z wyjątkiem *ankylostoma)*, albo żadnego nie przypisuje wpływu, lub też minimalny na zdrowie gospodarza, t. j. człowieka, w którego jelitach żyją pasorzyty“.

Jak możemy sobie wytłómaczyć tak wręcz przeciwne zapatrywania?

Z praktyki codziennej wiemy, że zdrowi, silni, dorośli ludzie, nie mają żadnych zaburzeń, chociaż mają pasorzyty. Dopiero, gdy przypadkowo zauważą człon w stolcu, lub glista wyjdzie przez nos, usta lub ze stolcem, ze strachem stwierdzają stan rzeczy. Czasami też przypadkowe badanie stolca mikroskopowe, wykrywa obecność jajek tego lub owego pasorzyta. Zdaniem R e c k z e h a istnieje analogja co do duru, cholery, a *ankylostoma:* „Są ludzie, którzy mają w sobie bakterje duru i cholery, a mimo to nie są chorzy, również jest wielu, którzy mają w sobie *ankylostoma*, a są subjektywnie i objektywnie zdrowi“.

Kiedy i dlaczego więc powstają i ujawniają się powyższe objawy chorobowe?

Rozwiązanie tego ważnego zagadnienia znajdziemy łatwo, jeżeli przyjmiemy zasadę, że objawy chorobowe występują wówczas, gdy pasorzyty zginą z jakiegobądź powodu i trucizny w nich zawarte lub też powstałe z rozkładu ich ciał dostaną się do krwi obiegu (więc nie wiercące i czołgające ruchy pasorzytów, jak to P e i p e r przyjmuje). Trucizny te, o których poniżej jeszcze obszerniej pomówimy, wydzielane są stale, ale stosunkowo w małej, homeopatycznej dawce, i dlatego znoszą je silne osoby bez żadnego uszczerbku, (przynajmniej widocznego). Są gospodarzami pasorzyta, nie wiedząc nic o tem, nie odczuwając wcale tego. Jeżeli jednak z jakiegokolwiek powodu więcej trucizny się wydzieli, powstaje obraz chorobowy w całej pełni, ba nawet może przyjść do katastrofy, jak to widocznem jest z poniżej opisanego przykładu:

Matka 10-letniego chłopca, skarżyła mi się, że syn jej ma brzydki zwyczaj wykonywania przytakujących ruchów głową, że robi to stale i w szkole i w domu i podczas grania na skrzypcach — a wszelkie upomnienia są bez skutku. W tych dniach zgłosiła się z nim do mnie, bym go zbadał czy to przypadkiem nie jest jaka choroba. Po paru dniach jednak wezwano mnie telefonicznie, bym zaraz przyszedł, bo chłopak dostał drgawek i leży nieprzytomny. U łóżka chorego był już inny lekarz, mieszkający w sąsiednim domu, a stroskana matka opowiedziała mi, że chłopak wrócił ze szkoły i nagle dostał drgawek, kurczów w rękach i nogach, z zaciśniętych ust, toczyła mu się piana, a potem zapadł w sen, z którego go obudzić nie można (blisko ¼ godz.). Widocznem było, że chłopak śpi po napadzie epileptycznym (drugi kolega stwierdził tymczasem ciepłotę 39° C). Pierwszą mą myślą było skombinowanie tego napadu z ruchami o których mi matka w swoim czasie opowiadała i dlatego oświadczyłem, uspokajając matkę, że to pewnie na tle „robaków“. Następnie dowiedziałem się dodatkowo, że chłopak dostał do szkoły kiełbasę, w której było dużo czosnku i że ją zjadł w całości. Po lewatywie zbudził się chłopak a nazajutrz — po santoninie i calomelu telefonowała mi matka, że ze stolcem wyszła cała garść glist. Po usunięciu glist — znikły ruchy przymusowe głowy w zupełności

Te ruchy są dowodem, że pasorzyty wydzielały u tego chłopca stale truciznę, i wywoływały zaburzenie w układzie wegetatywnym, ujawniające się w tym, bądźcobądź dziwnym przymusowym ruchu głowy. Z a p p e r t 10), określa ruchy przymusowe jako nerwicę zwyczajową (Gewohnheitsneurose): „Jest ona karykaturą celowego skurczu mięśni“. Czy też swędzenie i dłubanie w nosie, które szczególnie często widzimy u ludzi cierpiących na glisty i t. d. — nie należałoby z tego punktu widzenia oceniać? Z drugiej strony było tu momentem prowokującym atak, masowe obumarcie glist wskutek spożytego czosnku, co wyzwoliło tak wielką ilość trucizn, i wprowadziło do krwi obiegu, że następowo spowodowało ten ciężki napad padaczki.

Że i t a s i e m c e wydzielają trucizny, które na krew oddziaływują, jest rzeczą udowodnioną. M e s s i n e o - C a l a m i d a, C a o 11), zastrzykiwali wyciąg z tasiemców i wywoływali w ten sposób u zwierząt niedowłady i drgawki. S c h a p i r o i D e h i o 11), twierdzą że nie żywy bruzdogłowiec szeroki *(Dibotriocephalus)* ale obumarłe i w rozkładzie będące człony są przyczyną *anemii perniciosa*. Doświadczenia S c h a u m a n a i T a l l q u i s t a 11 11), polegające na karmieniu psów członami bruzdogłowca, pochodzącego z ludzi chorych na *anemia perniciosa*, kończyły się śmiercią psów z zatrucia.

Wprawdzie zbaczam nieco od tematu, ale podnieść muszę, że spór o *anemia perniciosa*, szczególnie żywy w ostatnich latach, był przyczyną, że tą kwestją zajęto się energiczniej niż dotychczas. Wobec tego, że nie wszyscy, którzy mają bruzdogłowca, cierpią na *anemia perniciosa*, sądził S c h a p i r o 12), że powodem jest jakieś specjalne schorzenie pasorzyta samego, podczas gdy D e h i o 13), stoi na stanowisku, że tylko obumarły pasorzyt jest przyczyną *anemia perniciosa*. Dlatego twierdzi T a l l q u i s t, że każdy bruzdogłowiec jest trujący, a trucizna wyzwala się, gdy pasorzyt ulegnie autolysie. L e i c h t e n s t e r n 12), zaś przyjmuje, że niektóre tylko egzemplarze *botr.* są trujące, podobnie jak niektóre tylko muszle. S e y d e r h e l m 12), rozstrzygnął ten spór, uzyskując z bruzdogłowca wyciąg — truciznę — i nazwał ją *„botriocephalin“*. Trucizna ta wywołuje po zastrzyknięciu anemje,

zwyższony indeks, normoblasty i wyraźną polychromię. Becker Helander i Simola wykazali nadto, że pasorzyty z ludzi chorych na *anemia perniciosa* są kruche i znajdują się w stanie autolyzy.

W odniesieniu do ankylostoma otrzymał podobne wyniki Reckzeh, gdyż zastrzykując wyciągi z tego pasorzyta świnkom morskim powodował u nich anemje. Dochodzi i on do wniosku, że anemja przy ankylostomiazie, powstaje dzięki tej truciźnie, z pasorzytów.

W ten więc sposób doszliśmy do wniosku, że pasorzyty jelitowe są właściwie niewinnymi pasorzytami, skoro jednak *obumierają* — a to odbywa się w normalnych warunkach stale — *wydzielają ze siebie truciznę*, która *w pierwszym rzędzie oddziaływa na weg. system nerwowy*. Im liczniej giną, tem większe zaburzenie tego systemu .System więc wegetatywny jest niejako dzwonem, sygnalizującym działanie wydzielonych toksyn, bez względu na to czy je wydzielają glisty, tasiemce, bruzdogłowiec i t. d. Dopiero następowo występują i ujawniają się swoiste objawy dla każdego pasorzyta charakterystyczne, więc np. anemja dla ankylostoma, bóle mięśniowe i gorączka dla włośnic i t. d. Wszystkie objawy, które chory z początku zauważa i notuje, mają swe źródło w układzie wegetatywnym, i dlatego musimy przyjąć zasadę, że *trucizna pasorzytów ma specjalne powinowactwo do nerwowego układu wegetatywnego* (dlatego też te same, identyczne podmiotowe skargi ludzi chorych na czerwiwność).

II.

U chorych na czerwiwność przychodzi nie tylko do podmiotowych, ale i do przedmiotowych objawów tych samych — które spotykamy u osób z zaburzeniami w układzie wegetatywnym innego pochodzenia. Niedawno dopiero widziałem u jednego masarza, który chorował na tasiemca, objaw Czermaka tak wyraźny, jak jeszcze nigdy u żadnego pacjenta. Objawy Ortner'a, Aschner'a, Erb'a i t. d. są bardzo dodatnie.

Szczególną uwagę poświęcić musimy eosinophilji. Powszechnie znanem jest a podkreśla to i Naegeli 3), Dresel i Dziewoński 1), że przy zaburzeniach w układzie wegetatywnym spotykamy wyraźną eosinophilję, (eos). Zdaniem Naegelego, widzimy ją przedewszystkiem, w wielu przypadkach z vagotonicznym zespołem objawów, szczególnie, gdy mamy do czynienia z klinicznemi objawami zaburzeń w układzie nerwowym trzewi (vagotoniczne biegunki i zatwardzenie). Może należą tutaj i zaburzenia jelitowe ze silną eos., bardzo prawdopodobnie nawet część przypadków dychawicy oskrzelowej. Przy czerwiwności eozynofilję zużytkowuje się w celach rozpoznawczych oddawna. Również na wyciąg z pasorzytów oddziaływa ustrój eozynofilją. W przypadkach *ankylostomiasis*, gdzie nie ma jeszcze objawów anemji wykazał Reckreh zwiększoną ilość eos., a Schaudin stwierdził, że w 6 — najpóźniej w 8 dniu po sztucznej *ankylostomiasis* u człowieka zwiększa się odsetek eos. we krwi badanej, po trzech tygodniach dochodzi do 5%, po czterech do 10%, a po pięciu wzrasta do 25%. Eos. trwa jeszcze długie miesiące po wyleczeniu danego osobnika z *ankylostomiasis*. Naegeli 14) podaje, że wielu chorych na bruzdogłowca nie cierpi wcale na anemje i że tylko eos. jest jedynym objawem obecności tego pasorzyta, który w ten sposób oddziaływa na ustrój gospodarza. Tożsamo stwierdzili Sahli i Schilling-Torgau 14), że eos. jest jedynym niezawodnym wyrazem działania bruzdogłowca na organizm gospodarza i że zawsze je stwierdzić można, nawet gdy niema wcale anemji. Przy tej sposobności, skoro mowa o eos., trudno nie przypomnieć licznych schorzeń skóry, gdzie znowu zaburzenia w układzie wegetatywnym są tłem i powodem, a więc pokrzywka, *pemphigus*, wyprysk, *dermatitis herpetiphormis*, i t. d. Tulay 15) rozróżnia dlatego dwie formy wyprysku i pokrzywki, jedną atropinofilną, drugą atropinooporną. Widzi on w eos. ważny kliniczny wskaźnik, dający możność rozróżnienia, czy dany wyprysk jest anafilaktyczny, czy też nie. Tosamo odnosi się i do pokrzywki. Brak eos., zwiększony wskaźnik wapnia, urikemia — z jednej strony, eos, niski wskaźnik wapnia, zwyższona ilość Mg, ewentualnie hyperglykaemia — z drugiej strony, oto dwie grupy oddziaływujące wręcz przeciwnie na adrenalinę i atropinę. Wyprysk i pokrzywka z eos. oddziaływują dobrze i to natychmiast na atropinę — bez eos. wykazują pogorszenie. Pierwsza forma jest anafilaktyczna i nie można jej odróżnić od vagotonicznego zespołu objawów.

Nader ciekawy jest stosunek czerwiwności do allergji. W przypadku chorobowym opisanym przez H. Götza 16), *oxyuris* był przyczyną *rhinitis vasomotorica*. Badanie wykazało eos. i allergię na wodny wyciąg z *oxyuris*. Po leczeniu *(oxylax)* zniknęła *rhinitis vas.* w zupełności. U chorej tej był objaw Aschner'a ++, Erb'a +.

Przypadek ten jest pouczający z wielu względów i tak widzimy tu 1) objawy świadczące, że u chorej były zaburzenia w układzie wegetatywnym (Aschner, Erb) nadto 2) siedlisko choroby, — organ końcowy — *rhinitis vas.*, która znowu należy do wielkiej grupy znanych nam schorzeń: *Asthma, Urticaria, Colitis mucosa, Migrena* i t. d. Wszystko to spowodowane i wywołane czerwiwnością. Widocznem jest tu następstwo i związek: pasorzyty — toksyczne, działanie na wegetatywny układ nerwowy, — ujawniające się w narządzie końcowym, jako *rhinitis vas.*

Jadassohn W. z kliniki prof. Blocha 17) w Zurychu, badał dokładnie stosunki tyczące się wrażliwości na glisty. Fakt, że dłuższe manipulowanie z glistami wywołuje bardzo silne objawy najczęściej *rhinitis vas.* i dychawicę oskrzelową, nadto, że tesame osoby na wstrzyknięcie doskórne wyciągu z glisty okazują bardzo silny odczyn miejscowy, wreszcie, że wstrzyknięcie świnkom surowicy osób nadwrażliwych wywołują objawy zapadu, — był punktem wyjścia badań Jadassohna i Blocha. Wyniki osiągnęli następujące:

1) Idiosynkrasiogen nie jest ciałem białkowatem.

2) Dorośli są bardzo często wrażliwi na szczepienia skórne (80%). Zastanawiająco często i z wielkiem nasileniem występowały najcięższe objawy dychawicy przy pierwszem zetknięciu się lub przy powtórnem, tak, że wogóle musiano zaniechać dalszego obrabiania materjału, przyczem już najmniejsza ilość była nader silna w swem działaniu, np. wywoływała długotrwałą dychawicę po przejściu przez pokój, w którym przedtem były glisty, lub ogólną pokrzywkę po pierwszem zastrzyknięciu.

Wyprysków nie zauważyli nigdy, zespół objawów ograniczał się do pokrzywek, ogólno zapalnych objawów, *rhinitis vas.* i dychawicy.

„Nadwrażliwość pozostaje w związku z wegetatywnym układem nerwowym. Na razie nie znamy jeszcze roli, jaką odgrywa wegetatywny układ nerwowy w powstawaniu nadwrażliwości, chociaż tak często dla nas jest widoczna i w oczy wpadająca jak np. przy dychawicy i pokrzywce", — oto wnioski Blocha.

Następstwo faktów: pasorzyty — układ wegetatywny — narząd końcowy, może czasami bardziej się wikłać, jeżeli weźmiemy pod uwagę schemat Zondek-a 18). Drogą wegetatywnego układu nerwowego przejść może działanie trucizny na gruczoły wkrewne. To stanowi pomost do spostrzeżeń, które zrobił Ratner 19): *Myxödema* u 34-letniej kobiety wykazuje polepszenie po tyreoidynie ,gdy jednak preparatu tego nie zażywa pacjentka, następują nawroty choroby. Po dwuletniem bezskutecznem leczeniu, odchodzi po zażyciu jakiegoś środka tasiemiec, a *myxödema* bez jakiegokolwiek leczenia ustępuje w zupełności: zupełne wyzdrowienie! I inne przypadki Ratnera, jakoto: *hyperthyreoidismus*, przypadek syndromu genitosuprarenalnego i przypadek *dystrophia adiposogenitalis* zostają uleczone po wygubieniu pasorzytów. Przypadki te przemawiają za tem, że trucizna pasorzytów działać może drogą układu wegetatywnego — na gruczoły wkrewne.

Znanym jest powszechnie fakt, że pasorzyty na ogół często występują. Statystyka berlińskiego zakładu anatomo-patologicznego (Augusta Victoria), zestawiona przez Preisera 20), wykazuje, 26,53%, przyczem przeważa płeć męska. Najmniej ma Drezno i Petersburg 2,5% i 0,18%, zato Göttynga 46%, Greenwich 68%, Dublin 89%, Paryż 50%, a Włochy południowe mogą się poszczycić pokaźną liczbą, bo tam dochodzi do 100%.

Zdaję sobie dobrze sprawę, że nie wymieniłem wszystkich danych, któreby wykazać mogły, że jady pasorzytów wywołują zaburzenia układu nerwowego. Jako czynnik etjologiczny tych zaburzeń wymienię z dostępnej mi literatury jedynie Guillaume 21) i tak przy omawianiu leczenia, podkreśla on na pierwszym prawie miejscu, że przedewszystkiem należy usunąć ewentualne pasorzyty *(oxyuris, ascarides, trychiny, amoeby)*.

* * *

Teoretycznie rzecz wziąwszy, możnaby dla celów rozpoznawczych, czy dane zaburzenie układu nerwowego jest na tle czerwiwności wyzyskać objaw nadwrażliwości. Praktycznie jednak nie da się myśl ta przeprowadzić, gdyż jak mnie prywatnie informuje drezdeński „Sächsische Serumwerke" na me zapytanie w tym kierunku — wypróbował już prof. Strom van Leeuwen wyciągi przeciwko *oxyuris*, i tasiemcom. Bezwzględnie jednak nie może doradzać stosowania tychże, gdyż zauważył tak nadzwyczajną nadwrażliwość u ludzi mających pasorzyty, że nawet rozpoznawcze użycie połączone jest z wielkim niebezpieczeństwem i szkodą dla chorego.

Tą też zasadą kieruję się w mojej praktyce, gdyż wszelkie objawy chorobowe ze strony systemu nerwowego ustępują w regule — po uwolnieniu chorego od pasorzytów i to bezpowrotnie.

Leczenie to, jest czasami długotrwałe i nie łatwe, czego najlepszym dowodem całe zatrzęsienie nowymi przetworami, któremi nas zasypują fabryki farmaceutyczne, szczególnie w okresie powojennym. W tych ciężkich opornych przypadkach, by chorego uwolnić od przykrych objawów nerwowych stosuję proteinoterapję, która mi 22) tak cenne oddała usługi w zaburzeniach układu wegetatywnego innej nieznanej przyrody. Tak też np. w przypadku — dotyczył syna lekarza tutejszego — gdzie *oxyuriasis* od szeregu lat, daremnie była leczona — stosowałem równocześnie *antihelmintica* i wstrzykiwania aolanowe. Objawy nerwowe (nerwica serca i zawroty głowy) ustąpiły w zupełności i znaczny przyrost na wadze był zewnętrznym objawem skuteczności leczenia. Przyrost na wadze i dobre samopoczucie do dziś dnia się utrzymują (od ½ roku).

Zestawiając powyższe moje rozważania co do stosunku czerwiwności do zaburzeń wegetatywnego układu nerwowego dochodzę do wniosku, że *zaburzenia nerwowe na tle pasorzytów są na razie jedyną formą, w której możemy mówić o przyczynowem leczeniu zaburzeń wegetatywnego układu nerwowego.* Twierdzenie więc D r e s e l a 23), że z powodu nieznajomości etjologji zaburzeń układu nerwowego, musimy się zrzec myśli o przyczynowem leczeniu twierdzenie to — choćby w części uważam za niesłuszne i przestarzałe.

Piśmiennictwo.

1) K. D r e s e l: Erkrankungen des v. N., Kraus - Brugsch, tom X., 3. — 2) P. S c h e n k: cytowany za F. Glaserem; Die klin. u. theur. Bedeutung des v. N. in Vergang. i t. d. Erg. tom IX. — 3) F e n d e l: Die v. Neurose als causaler Faktor i t. d. Frankfurt. — 4) C i m b a l: Die Neurosen des seelischen Kampfes. Erg. T. V. — 5) B. D a t t n e r: Ernährungsprobleme in der Neurologie u. Psychiatrie. Zeitschrift f. d. g. N. u. Psych. T. III. Zeszyt 4/5. — 6) O r t n e r: Klin. Symptomatologie. T. I. 2. — 7) M a t t h e s: Differentialdiagnose. — 8) P e i p e r: Einheimische Helminthiasis. Kraus - Brugsch. T. II. 2. — 9) P. R e c k z e h: Klinische u. exper. Beiträge zur Kenntnis der Ankylostomiasis. Erg. T. VII. — 10) J. Z a p p e r t: Das nervöse Kind. Erg. VII. — 11) cytowane za Peiperem. — 12) cytowane za K. F a b e r e m i A. N y f e l d t e m: Anämie u. Intestinaltraktus. Erg. XI. — 13) N a e g e l i O.: Die Leukocytosen. Kraus - Brugsch. T. VIII. — 14) cytowane jak 12). — 15) E. P u l a y: Ekzem u. Urticaria. Erg. VII. — 16) H. G ö t z: M. Kl. 1927. Nr. 48. — 17) cytowane za B l o c h e m: Allergie, Anaphylaxie u. Idiosynkrasie in der Dermatologie. Kl. W. 1928. Nr. 23/24. 18) Z o n d e k: cyt. za H. P e i p e r e m. M. Kl. 1925. Nr. 20. — 19) M. Kl. 1925. Nr. 21 i M. Kl. 1929. Nr. 6. — 20) P r e i s e r: M. Kl. 1921. Nr. 24. — 21) G u i l l a u m e: Vagotonies, Sympaticotonies i Neurotonies, Paris, Masson & Co. — 22) G r u e n z w e i g: M. Kl. 1928. Nr. 33/34 i Pol. Gaz. Lek. 1928. 33/34 i 1929. Nr. 8 i D. Zeit f. Neurologie i t. d. T. 107. — 23) K. D r e s e l: Die Neurosen des veg. Nerv. Erg. T. II.

W. KOSKOWSKI — J. DADLEZ. Lwów.

O wpływie wody alkalicznej siarkowej ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie na wydalanie kwasu moczowego z ustroju z uwzględnieniem niektórych jej własności farmakodynamicznych.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.

Przed paru laty zwrócił uwagę Dr. Józef Z a k r z e w s k i na korzystne wyniki jakie daje stosowanie wody siarczanej alkalicznej, pochodzącej ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie. Chorzy na dnę, którym zalecano wodę tę do picia odczuwali znaczną poprawę. Objektywnie też można było stwierdzić pewne wyniki lecznicze. Oczywiście wyniki empiryczne wymagały dokładnego zbadania na podstawie metod analitycznych i znalezienia uzasadnienia eksperymentalnego efektów działania. Siłą rzeczy w badaniach, przeprowadzonych przez nas, zwrócono uwagę przedewszystkiem na dnę i proces wydalania kwasu moczowego z ustroju. Proces ten obserwowano u ludzi zdrowych, u osobników, u których sztucznie wywołano objawy dny, wreszcie u osób cierpiących na dnę przewlekłą. Ze względu na znaczenie, jakie przypisują niektórzy badacze roli przewodu pokarmowego przy procesach związanych z nieprawidłową przemianą purynową zbadano wpływ wody niemirowskiej na przewód pokarmowy przedewszystkiem zaś na jego własności motoryczne. Obserwowano zatem wpływ wody na ruchy jelita cienkiego i kiszki grubej a dla skompletowania obrazu działania wody niemirowskiej na mięśnie gładkie, obserwowano też jej wpływ na macicę izolowaną. Badano też wpływ wody na wydzielania nerkowe.

Woda siarkowa ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie wydobywa się z głębokości 32 metrów, jest wodą o ciepłocie wody źródlanej, smaku gorzkiego, zapachu siarkowodoru. Woda oddziaływuje alkalicznie, przyczem zapas zasad odpowiada stężeniu około n/100 NaOH [1]).

Na plan pierwszy wysuwa się, ze względu na znaczenie praktyczne, wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego z ustroju. Badania te zostały wykonane na ludziach jako na objekcie najbardziej odpowiednim tembardziej, że jedynie człowiek i małpy człekokształtne wydalają znaczniejsze ilości kwasu moczowego, jako ostateczny produkt przemiany purynowej w ustroju.

Zwierzęta ssące wydalają niewielkie ilości kwasu moczowego, gdyż ulega on dalszej przemianie na alantoinę. Oczywiście możnaby i na zwierzętach badać wpływ różnych czynników na przemianę purynową uwzględniając produkty tej przemiany u zwierząt, jednak doświadczenia na ludziach mogą dać tutaj wyniki bardziej ścisłe, albowiem kontrola zbierania moczu i jego czystość dają większą gwarancję dokładności aniżeli u zwierząt.

Jak na wstępie wspomniano doświadczenia nasze w tym dziale podzielono na trzy serje: a) wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego u osobników zdrowych, z nerkami zdrowemi, b) wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego u osobników zdrowych zasadniczo, u których jednak wywołano sztucznie dnę i wreszcie c) wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego u osób z dną przewlekłą.

I.

Wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego.

a) Wpływ wody niemirowskiej na wydalania kwasu moczowego u osobników zdrowych.

U osobników zdrowych dających pełną gwarancję ścisłej obserwacji (lekarze) oznaczano w moczu dobowym kwas moczowy a dla celów porównawczych chlorki, fosforany i mocznik. Djeta została ustalona w ten sposób, iż z pokarmów wyłączono potrawy zawierające duże ilości ciał purynowych, jak narządy gruczołowe (wątroba, trzustka, nerki), dalej napoje zawierające zasady purynowe (kawa, herbata, kakao) oraz wszelkie napoje alkoholowe, mogące wpływać na proces wydalania kwasu moczowego z ustroju lub też mieć wpływ na diurezę. Ponieważ jednak w badaniach naszych nie chodziło o ustalenie wartości kwasu moczowego t. zw. endogennego lecz o sam proces wydalania kwasu moczowego z ustroju bez względu na źródło jego powstawania, nie ograniczono djety do ściśle bezpurynowej lecz spożywano również 100 — 150 g mięsa na dobę. Jak okaże się z tablic przytoczonych można w ten sposób ustalić wartości kwasu moczowego wydalanego i przez porównanie oznaczyć następnie wartości kwasu po zastosowaniu czynników działających (wody niemirowskiej), oczywiście przy utrzymaniu djety niezmienionej.

P r z y k ł a d I. Osobnik zdrowy, dieta ustalona jak wyżej.

Tablica I.

Dzień	Mocznik	Chlorki	[2]) Fosforany	Kw. moczowy	Ilość dobowa moczu	Uwagi
1	24·12 gr	14·16 gr	2·66 gr	0·805 gr	950 cm³	Okres normy (A)
2	24·26 „	9·92 „	2·66 „	0·675 „	970 „	
	24.19 „	**12·04** „	**2·66** „	**0·740** „	**960** „	Średnia wartość
1	20·48 gr	12·40 gr	2·28 gr	0·652 gr	800 cm³	Inny okres normy (B)
2	26·03 „	13·87 „	2·57 „	0·692 „	1010 „	
3	25·81 „	14·70 „	2·75 „	0·894 „	1070 „	
	24·10 „	**13·65** „	**2·53** „	**0·746** „	**960** „	Średnia wartość
1	26·70 gr	15·27 gr	3·05 gr	1·363 gr	1045 cm³	Okres picia wody (C)
2	24 11 „	12·94 „	2·52 „	0·981 „	885 „	
3	25·54 „	16·24 „	2·43 „	1·063 „	1160 „	
4	21·72 „	28·51 „	2·69 „	1·149 „	1300 „	
	24·51 „	**18·24** „	**2·67** „	**1·139** „	**1097** „	Średnia wartość
1	26 16 gr	15·25 gr	2·25 gr	0·830 gr	1185 cm³	Inny okres picia wody (D)
2	25·04 „	24·90 „	2·48 „	0·938 „	1420 „	
3	22·56 „	15·45 „	2·13 „	0·900 „	1125 „	
	24·54 „	**18 53** „	**2·28** „	**0·889** „	**1243** „	Średnia wartość

---

[1]) Wodę badano po przetransportowaniu jej we flaszkach szczelnie zakorkowanych. Przy pobieraniu wody zwracano uwagę na obfite odpompowanie i brano do badania jedynie wodę przeźroczystą, bez osadów.

[2]) Wartości dla fosforanów we wszystkich tablicach podane są w obliczeniu jako P_2O_5.

Średnia dobowa wartość okresu normy (A + B) dla poszczególnych składników moczu przedstawiają się następująco:
Mocznik — 24.14 g, Chlorki — 12.84 g, Fosforany — 2.59 g. Ilość moczu — 960 ccm, K w a s m o c z o w y — 0.743 g.

Średnia wartość okresu picia wody (C + D) wynosi:
Mocznik 24.52 g, Chlorki — 18.38 g. Fosforany — 2.47 g. Ilość moczu — 1170 ccm, K w a s m o c z o w y — 1.014 g.

Stosunek procentowy średnich wartości składników moczu z okresu picia wody (C + D) do okresu normy (A + B) wynosi:
Mocznik + 1%, Chlorki + 43%, Fosforany —5%, Ilość moczu + 21%, K w a s m o c z o w y + 36%.

Z tablicy przytoczonej okazuje się, że średnie ilości kwasu moczowego w normie i po zastosowaniu wody niemirowskiej, w ilości 3 szklanek dziennie (około 600 g), różnią się w sposób wybitny. Bezpośrednio po zastosowaniu wody kwas moczowy zaczyna się wydalać w zwiększonej ilości, osiągając w rezultacie wzrost o 36%. Równocześnie inne składniki moczu, prócz chlorków, mimo zwiększonego wydalania moczu nie zwiększają swych ilościowych wartości (mocznik i fosforany). W poszczególnych dniach nie ma ścisłej równorzędności w wydalaniu chlorków i kwasu moczowego, zaznacza się ona dopiero w zestawieniu wyników przeciętnych.

P r z y k ł a d II.

Osobnik zdrowy, djeta ustalona jak wyżej.

Tablica II.

Dzień	Mocznik	Chlorki	Fosforany	Kw. moczowy	Ilość dobowa moczu	Uwagi
1	23·32 gr	17·77 gr	2·08 gr	0·705 gr	1085 cm³	Okres normy (A)
2	23·13 „	16·96 „	2·37 „	0·788 „	1160 „	
3	20·40 „	19·91 „	2·00 „	0·688 „	1160 „	
	22 28 „	**17·91 „**	**2·21 „**	**0·727 „**	**1135 „**	Średnia wartość
1	23·15 gr	22·16 gr	2·10 gr	0·824 gr	1360 cm³	Okres picia wody (B)
2	24·80 „	26·82 „	2·16 „	1·013 „	1800 „	
	23·97 „	**24·49 „**	**2·13 „**	**0·918 „**	**1580 „**	Średnia wartość
1	28 37 gr	21·38 gr	2·16 gr	0·904 gr	1330 cm³	Inny okres picia wody (C)
2	25·27 „	17·84 „	2·28 „	0·841 „	1130 „	
3	28·79 „	21·32 „	2·63 „	0·720 „	1345 „	
4	24·75 „	24·16 „	2·08 „	1·010 „	1400 „	
	26·79 „	**21·17 „**	**2·28 „**	**0 868 „**	**1301 „**	Średnia wartość

Średnie dobowe wartości okresu normy (A) wynoszą:
Mocznik — 22.28 g, Chlorki — 17.91 g, Fosforany — 2.21 g. Ilość moczu — 1135 ccm, K w a s m o c z o w y — 0.727 g.

Średnie wartości dobowe okresu picia wody (B + C) wynoszą:
Mocznik — 25.38 g, Chlorki 22.83 g. Fosforany 2.20 g. Ilość moczu — 1440 ccm, K w a s m o c z o w y — 0.893 g.

Stosunek procentowy wartości okresu picia wody (B + C) do wartości z okresu normy (A) wynosi:
Mocznik + 13%, Chlorki + 27%, Fosforany —1%. Ilość moczu + 26%, K w a s m o c z o w y + 22%.

W doświadczeniu tem okazuje się, że podawanie wody niemirowskiej w ilości 3 szklanek dziennie (około 600 g) powoduje wzmożenie wydalania kwasu moczowego przeciętnie o 22%, przyczem chlorki ulegają również wzmożeniu i to równorzędnie z zaznaczoną diurezą.

b) Objawy dny wywołane sztucznie i wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego.

Celem przekonania się czy zastosowanie wody niemirowskiej może mieć efekt działania wówczas, gdy większa ilość kwasu moczowego znajduje się w ustroju, wprowadzono djetę specjalną, która wzmaga znacznie produkcję kwasu moczowego i wywołuje przez to objawy dny. Znaną jest rzeczą, że szereg narządów gruczołowych zawiera dużą ilość związków purynowych. Narządy te po spożyciu dostarczają obficie materjału do tworzenia się kwasu moczowego. Przytoczone wyjątki z tablicy porównawczej S. S c h m i d a i G. B e s s a u (1) uwidaczniają przejrzyście wartości kwasu moczowego obliczone z azotu purynowego znajdującego się w 100 g pokarmu.

Wątroba wołowa	0.279 g	kwasu moczowego
Nerki	0.240 g	„ „
Śledziona	0.207 g	„ „
Mięso wołowe	0.111 g	„ „
Mięso cielęce	0.114 g	„ „
Mięso wieprzowe	0.123 g	„ „
Mięso baranie	0.078 g	„ „
Szynka gotowana	0.075 g	„ „
Szynka surowa	0.072 g	„ „
Szynka wędzona	0.051 g	„ „
Mózg wieprzowy	0.084 g	„ „
Sardynki w oliwie	0.354 g	„ „
Anchois	0.465 g	„ „
Grasica cielęca	*0.999 g*	*„ „*

Wartość związków purynowych zawartych w pożywieniu podaje również F e l l e n b e r g (2).

Jaja kurze, mleko i w przeważnej części sery i potrawy mączne nie zawierają związków nukleinowych.

Wybraliśmy zatem do doświadczeń grasicę cielęcą, dostarcza ona bowiem po spożyciu największej ilości kwasu moczowego. Badani spożywali dziennie 150 g smażonej grasicy cielęcej poza dietą normalną. Unikano napojów zawierających zasady purynowe i napojów alkoholowych.

P r z y k ł a d III.

Osobnik zdrowy, djeta jak wyżej podano z dodatkiem 150 g grasicy cielęcej.

Tablica III.

Dzień	Mocznik	Chlorki	Fosforany	Kw. moczowy	Ilość dobowa moczu	Uwagi
1	24·92 gr	21·04 gr	2·21 gr	0·775 gr	1285 cm³	Okres normy (A)
2	21·84 „	15·56 „	2·24 „	0·795 „	975 „	
3	20·52 „	20·00 „	2·00 „	0·869 „	1140 „	
	22·42 „	**18 86 „**	**2 15 „**	**0·813 „**	**1130 „**	Średnia wartość
1	29 52 gr	22·72 gr	2·84 gr	1·137 gr	1295 cm³	Okres normy (B) w czasie którego zjadano dziennie 150 gr grasicy
2	22·33 „	25·43 „	2·32 „	0·712 „	1450 „	
3	32·05 „	25·54 „	3·07 „	1·186 „	1506 „	
4	31·92 „	26·61 „	3·25 „	1·266 „	1400 „	
	28·95 „	**25·07 „**	**2·87 „**	**1·075 „**	**1412 „**	Średnia wartość
1	26·64 gr	20·00 gr	2·58 gr	1·483 gr	1200 cm³	Okres picia wody (C) i zjadania dziennie 150 gr grasicy
2	16·53 „	24·64 „	2·74 „	1·384 „	1590 „	
3	23·29 „	24·94 „	3·06 „	1·511 „	2080 „	
4	22·90 „	24·41 „	3·26 „	0·909 „	2290 „	
	22 34 „	**23·49 „**	**2·91 „**	**1·321 „**	**1790 „**	Średnia wartość

Średnie dobowe wartości składników moczu z okresu normy wynoszą:
Mocznik — 22.42 g, Chlorki — 18.86 g, Fosforany — 2.15 g. ilość moczu — 1130 ccm, K w a s m o c z o w y — 0.813 g.

Średnie wartości dobowe składników moczu z okresu normy (B), w czasie którego spożywano 150 g dziennie grasicy cielęcej wynoszą:
Mocznik — 28.95 g, Chlorki — 25.07 g, Fosforany — 2.87 g. Ilość moczu — 1412 ccm, K w a s m o c z o w y — 1.175 g.

Stosunek procentowy średnich wartości z okresu normy B do okresu normy A wynosi:
Mocznik + 29%, Chlorki + 32%, Fosforany + 33%, Ilość moczu + 24%, K w a s m o c z o w y + 32%.

W okresie więc spożywania grasicy obserwuje się znaczny wzrost wymienionych składników moczu w następstwie wzmożonego rozkładu białka i kwasów nukleinowych. Wzrost chlorków łączy się ze wzrostem diurezy.

Średnie wartości dobowe okresu picia wody niemirowskiej (C) w czasie równoczesnego spożywania grasicy wynoszą:
Mocznik — 22.34 g, Chlorki — 23.49 g, Fosforany — 2.91 g, Ilość moczu — 1790 ccm, K w a s m o c z o w y — 1.321 g.

Stosunek procentowy średnich wartości z okresu picia wody (C) do okresu normy (B) wynosi:
Mocznik —23%, Chlorki —7%, Fosforany + 1%, Ilość moczu + 26%, K w a s m o c z o w y + 22%.

Z zestawienia tego wynika, że pod wpływem wody niemirowskiej z jednoczesnem podawaniem materjału nukleinowego w takiej samej łości jak w okresie poprzednim, zwiększa się kwas moczowy wydalany o 22%, w następstwie usuwania tego kwasu z tkanek, w których został zatrzymany. Za tem przemawia znikanie

trzeszczeń w stawach nadgarstkowych, które zjawiły się w okresie B, a które obecnie po zastosowaniu wody ustąpiły.

Podawanie grasicy cielęcej jako pokarmu powoduje, poza objawami klinicznemi charakteryzującymi się zjawianiem się trzeszczenia w stawach, szczególnie nadgarstkowych, poza ociężałością kończyn i bólami ciągnącymi w stawach i mięśniach, wzrost ilości kwasu moczowego wydalanego. Wzrost ten jednak nie odpowiada w sumie ilości kwasu moczowego, który wytwarza się ze związków purynowych, zawartych w grasicy choćby z tego względu, że część tylko tych związków ulega wchłanianiu w przewodzie pokarmowym a część rozkłada się i wydala przez przewód pokarmowy. Z części wessanej pewna ilość w postaci kwasu moczowego zatrzymuje się w tkankach powodując objawy kliniczne. Woda niemirowska zastosowana w tych wypadkach wypłukuje kwas moczowy zatrzymany w tkankach i ułatwia jego eliminację przez nerki.

Oczywiście możnaby tutaj mieć pewne zastrzeżenia, czy istotnie objawy kliniczne, które zostały wywołane przez spożycie w ogólnej ilości 1600 g grasicy cielęcej, w krótkim okresie czasu, są wystarczające do skwalifikowania ich jako typowych objawów dny. Nie było bowiem ostrych, nocnych napadów bólów stawowych, i nie obserwowaliśmy obrzęków stawowych. Znane są jednak przypadki, które cytuje w swej monografji Gudzent (3) i które podają inni autorowie, iż może przyjść u dorosłych do powstania najbardziej typowego obrazu dny z wytworzeniem się guzków (tophi) bez ostrego napadu. Zatrzymywanie tutaj kwasu moczowego przez chrząstki i płyn stawowy może mieć miejsce bez żywszej reakcji zapalnej. W doświadczeniach naszych nie oznaczaliśmy kwasu moczowego we krwi ze względu na to, że badanie krwi nie daje niekiedy dobrej orjentacji co do procesów zatrzymywania się produktu przemiany purynowej i znane są wypadki w których kwas moczowy krwi nie ulega żadnej zmianie nawet przed, w czasie i po ostrym napadzie dny. Chodziło nam zresztą raczej o stwierdzenie samego procesu wydalania kwasu moczowego, aniżeli o przebieg wymiany między tkankami i krwią oraz wydalaniem.

Przykład IV.

Osobnik zdrowy, dieta jak wyżej. Codzienne podawanie 150 g grasicy cielęcej przez okres 10 dniowy.

Już po kilku dniach zaczynają występować wyraźne objawy dny, charakteryzujące się trzeszczeniami w stawach głównie nadgarstkowych, słyszalnemi nawet na odległość kilku kroków, bólami ciągnącymi w stawach i mięśniach oraz ociężałością kończyn. Wodę niemirowską zaczęto podawać w ilości około 600 g dziennie, szóstego dnia od chwili rozpoczęcia spożywania grasicy.

Następnego dnia po zaprzestaniu podawania grasicy t. zn. w 11-tym dniu doświadczenia, wartości wydalanego kwasu moczowego obniżyły się do poziomu bliskiego wartości prawidłowych z przed okresu zastosowania grasicy. Ponieważ dotychczasowe kilkudniowe podawanie wody niemirowskiej nie wywołało efektu wydalania kwasu moczowego i objawy sztucznej dny utrzymywały się nadal, stosowano wodę w ciągu dalszym i w takiej samej ilości. Po dalszym trzydniowym okresie stosowania wody — (okres A Tabela IV) zauważono, iż kwas moczowy zaczyna się wydalać — (okres B. Tablica IV) w zwiększonej ilości w wartościach przytoczonych w tablicy.

Tablica IV.

Dzień	Mocznik	Chlorki	Fosforany	Kw. moczowy	Ilość dobowa moczu	Uwagi
1	24·48 gr	13·87 gr	3·32 gr	0·653 gr	1530 cm³	Okres (A)
2	18·90 „	15·47 „	2·26 „	0·464 „	1260 „	
3	20·49 „	17·12 „	2·28 „	0 492 „	1830 „	
	21·29 „	**15 48 „**	**2 62 „**	**0·536 „**	**1540 „**	Średnia wartość
1	20·80 gr	15·86 gr	2·85 gr	0·805 gr	1425 cm³	Okres (B)
2	20·41 „	17·69 „	2·92 „	0·883 „	1890 „	
3	25·20 „	18·21 „	3·00 „	0·506 „	2000 „	
4	25·92 „	14·74 „	3·06 „	1·047 „	1200 „	
	23·08 „	**16·62 „**	**2·95 „**	**0·810 „**	**1628 „**	Średnia wartość

Średnia dobowa wartość wydalanych składników moczu w okresie A wynosi:

Mocznik — 21.29 g, Chlorki 15.48 g, Fosforany 2.62 g, Ilość moczu — 1540 ccm, Kwas moczowy — 0.536 g.

Średnie dobowe wartości składników moczu wydalanych w okresie B wynoszą:

Mocznik — 23.08 g, Chlorki — 16.62 g, Fosforany — 2.95 g. Ilość moczu — 1628 ccm, Kwas moczowy — 0.810 g.

Stosunek średnich wartości procentowych składników moczu wydalanych w okresie B do wartości tych w okresie A wynosi:

Mocznik + 8%, Chlorki + 7%, Fosforany + 12%, Ilość moczu + 5%, Kwas moczowy + 51%.

Z tablicy Nr. IV okazuje się, że kwas moczowy, który w pewnym momencie pod wpływem działania wody niemirowskiej zaczął się wydalać ,opuszcza ustrój w coraz większych ilościach. Nadmiar wydalanego kwasu moczowego pochodzi z ilości poprzednio zatrzymanych w tkankach. Świadczą o tem duże jego ilości w moczu, mimo utrzymania w dalszym ciągu diety małopurynowej, podobnie jak w okresie A i ustępowanie w dużym stopniu objawów klinicznych.

c) Wpływ wody niemirowskiej na wydalanie kwasu moczowego u osobników chorych na dnę przewlekłą.

W trzeciej serji doświadczeń badano wydalanie kwasu moczowego i innych składników moczu u osób chorych oddawna na dnę. Przytaczamy tutaj dwa przykłady doświadczeń wykonanych na osobach, u których stosowano systematycznie wodę niemirowską.

Przykład V.

Osobnik w średnim wieku, od lat kilku cierpiący na dnę. Zastosowano dietę prawie bezpurynową. Wyłączono napoje zawierające zasady purynowe i alkohol. Badany spożywał prócz pokarmów mącznych, jaj, mleka i sera około 50 g mięsa dziennie.

Tablica V.

Dzień	Mocznik	Chlorki	Fosforany	Kw. moczowy	Ilość dobowa moczu	Uwagi
1	19 10 gr	10·60 gr	2·19 gr	0·655 gr	955 cm³	Okres normy (A)
2	16·63 „	16·94 „	2 23 „	0·627 „	1260 „	
3	10·80 „	11·23 „	1·50 „	0·352 „	1200 „	
4	21·12 „	12·06 „	2·39 „	0·651 „	1650 „	
	16·91 „	**12.70 „**	**2·07 „**	**0·571 „**	**1266 „**	Średnia wartość
1	20·46 gr	11·59 gr	2·09 gr	0·445 gr	1525 cm³	Okres picia wody (B)
2	27·04 „	14·44 „	2·53 „	0·492 „	1300 „	
3	21·22 „	7·97 „	2·00 „	0·409 „	1515 „	
4	16·18 „	7·98 „	1 60 „	0·621 „	975 „	
	21 22 „	**10·49 „**	**2·30 „**	**0·491 „**	**1328 „**	Średnia wartość
1	10·15 gr	8·31 gr	1·72 gr	0·728 gr	2010 cm³	Okres drugi picia wody (C)
2	20·25 „	8·02 „	1·82 „	0.719 „	1055 „	
2	14·70 „	25·00 „	0·90 „	0·768 „	1500 „	
4	16·02 „	29·65 „	1·12 „	0·831 „	1635 „	
	15·28 „	**17 74 „**	**1·74 „**	**0·761 „**	**1550 „**	Średnia wartość

Średnie dobowe wartości wydalanych składników moczu w okresie normy (A) wynoszą:

Mocznik — 16.91 g, Chlorki — 12.70 g, Fosforany — 2.07 g, Ilość dobowa moczu — 1266 ccm. Kwas moczowy — 0.571 g.

Średnie wartości dobowe składników moczu wydalanych w okresie picia wody (C) wynoszą:

Mocznik — 15.28 g, Chlorki — 17.74 g, Fosforany — 1.74 g, Ilość moczu — 1550 ccm, Kwas moczowy — 0.761 g.

Stosunek procentowy wartości składników moczu w okresie picia wody (C) do wartości w okresie normy (A) wynosi:

Mocznik —10%, Chlorki + 39%, Fosforany —16%, Ilość moczu + 22%, Kwas moczowy + 33%.

Nie bierzemy tutaj pod uwagę pierwszego okresu picia wody z tego powodu, że efekt działania jeszcze nie zaznaczył się a wartości składników moczu nie wiele odbiegają od wartości prawidłowych. I w innych wypadkach można zaobserwować kilkudniowy okres, w którym podawanie wody nie wywiera żadnego wpływu na wydalany kwas moczowy i którego wartości zwykle w tym czasie odpowiadają normie. Dopiero 5-go dnia od chwili zastosowania wody zaznaczył się w tym wypadku efekt wyraźny, polegający na wzmożeniu ilości wydalanego kwasu moczowego.

Przykład VI.

Osobnik w średnim wieku cierpący od dawna na dnę przewlekłą. Dieta zwykła bez napojów alkoholowych. Po ustaleniu normy wydalanego kwasu moczowego i innych składników moczu, zaczęto podawać wodę niemirowską w ilości 3 szklanek dziennie.

Tablica VI.

Dzień	Mocznik	Chlorki	Fosforany	Kw. moczowy	Ilość dobowa moczu	Uwagi
1	23·14 gr	18·41 gr	3·30 gr	0·370 gr	1630 cm³	Okres normy (A)
2	22·90 „	14·43 „	2·66 „	0·376 „	1775 „	
	23·02 „	**16·42 „**	**2·98 „**	**0·373 „**	**1702 „**	Średnia wartość
1	18·23 gr	13·99 gr	2·57 „	0·362 gr	1840 cm³	Okres picia wody (B)
2	21·96 „	15·68 „	2·61 „	0·354 „	1800 „	
	20·09 „	**13·83 „**	**2·59 „**	**0·358 „**	**1820 „**	Średnia wartość
1	29·80 gr	22·60 gr	3·40 gr	0·916 gr	1840 cm³	Dalszy okres picia wody (C)
2	23·46 „	18·89 „	2·89 „	0·658 „	1700 „	
3	15·84 „	16·21 „	2·07 „	0·227 „	1980 „	
4	23·54 „	20·88 „	3·28 „	0·500 „	1930 „	
5	25·04 „	14·92 „	3·15 „	0·509 „	1215 „	
	23·53 „	**18·69 „**	**2·95 „**	**0·558 „**	**1733 „**	Średnia wartość

Średnie wartości dobowe wydalanych składników moczu w okresie A wynoszą:

Mocznik 23.02 g, Chlorki — 16.42 g. Fosforany — 2.98 g, Ilość moczu — 1702 ccm, K w a s m o c z o w y — 0.373 g.

Średnie dobowe wartości wydalanych składników moczu w okresie picia wody (C) wynoszą:

Mocznik — 23.53 g, Chlorki — 18.69 g, Fosforany — 2.95 g, Ilość moczu — 1733 ccm, K w a s m o c z o w y — 0.558 g.

Stosunek procentowy średnich wartości wydalanych składników z okresu picia wody (C) do normy (A) wynosi:

Mocznik + 2%, Chlorki + 13%, Fosforany — 1%, ilość moczu + 1%, K w a s m o c z o w y + 49%.

Porównując wartości wydalanych składników moczu w drugim okresie picia wody (C) stwierdzamy słaby wzrost wartości mocznika i chlorków oraz lekkie obniżenie wartości fosforanów. Wzrasta natomiast bardzo znacznie wartość wydalanego kwasu moczowego.

Pierwszego okresu picia wody nie uwzględniamy w zestawieniach porównawczych z tego względu, że w tym okresie nie zaznaczają się żadne efekty działania. Dopiero w trzecim dniu od chwili rozpoczęcia picia wody występować zaczyna zwiększone wydalane kwasu moczowego.

Dla lepszego zobrazowania zachowania się poszczególnych składników moczu wydalanych z ustroju w okresie picia wody niemirowskiej zestawiamy ich wartości procentowe, ze wszystkich podanych wyżej przykładów, świadczące o przyroście, względnie o zmniejszaniu się tych składników w okresie stosowania wody w porównaniu z normą.

Tablica VII.

Doświadczenia	Mocznik	Fosforany	Chlorki	Kw. moczowy	Ilość moczu
1.	+1%	- 5%	+43%	+36%	+21%
2.	+13%	−1%	+27%	+22%	+26%
3.	−25%	+1%	−7%	+22%	+26%
4.	+8%	+12%	+7%	+51%	+5%
5.	+2%	−1%	+13%	+49%	+1%
6.	−10%	−16%	+59%	+33%	+22%

Z tablicy VII-mej okazuje się, że w doświadczeniach naszych ilości przeciętne wydalanego mocznika i fosforanów wahają się przyczem zaznacza się czasem przyrost, czasem obniżenie ich wartości. Chlorki zwykle idą w parze z ilością wydalanego moczu, zaś *wzrost kwasu moczowego występuje stale* i to w granicach znacznych od 22—51%.

* * *

Przytoczone doświadczenia wykazują, że woda siarkowa ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie posiada wpływ na wzmożone wydalanie kwasu moczowego z ustroju ludzkiego czyli może być czynnikiem leczniczym w dnie. Trudno jest wyjaśnić mechanizm działania wody tembardziej, że i co do patogenezy samego schorzenia panują dzisiaj zdania dosyć rozbieżne. Niewątpliwie zatrzymanie się kwasu moczowego w postaci moczanu jednosodowego w tkankach powoduje objawy właściwe schorzeniu. Nie wchodzimy w szersze rozważanie przyczyn tego zatrzymania kwasu moczowego. Czy przyczyna upośledzonego wydalania kwasu moczowego leży w gorszej sprawności czynnościowej nerek wskutek częściowego ich uszkodzenia i wskutek tego niemożności koncentrowania kwasu moczowego (G a r r o d i T h a n h a u s e r), czy też istotą dny jest stan konstytucjonalny tkanek, czego następstwem jest zwiększone zatrzymywanie się kwasu moczowego w tkankach. Nie wchodzimy też w krytykę rozważań innych, niekiedy dość dowolnych a ocenę wartości leczniczej wody przez nas badanej pragniemy oprzeć na pewnych faktach bezspornych.

Kwas moczowy wchodzi w grę jako ważny czynnik przy występowaniu dny. Bez względu na genezę schorzenia jest on jedynym znanym nam dzisiaj wykładnikiem zaburzeń prowadzących do gromadzenia się w ustroju w zwiększonej ilości tego właśnie produktu przemiany purynowej. I dlatego też wskazaniem do racjonalnego leczenia winna być przedewszystkiem konieczność niedopuszczenia do nagromadzenia się nadmiaru kwasu moczowego w tkankach. Może to nastąpić drogą ograniczenia jego tworzenia albo przez zwiększenie wydalania.

W doświadczeniach przytaczanych przez nas jako dna wywołana sztucznie podawaliśmy nadmiar materjału purynowego i powodowaliśmy wskutek tego zwiększenie zatrzymania się kwasu moczowego w ustroju. Związki purynowe wchłaniają się w przewodzie pokarmowym w ilości, które oblicza się przeciętnie na 50—60 procent związków dostarczonych w postaci pokarmów, reszta bowiem częściowo wydala się z kałem, częściowo zaś rozkłada się pod wpływem drobnoustrojów *(Bact. coli* i in.), znajdujących się w jelitach. Rozkład ten jest połączony z rozbiciem rdzenia purynowego.

Źródłem kwasu moczowego w ustroju, poza przemianą endogenną, są związki purynowe zawarte w pokarmach a mianowicie kwasy nukleinowe, nukleotydy, nukleozydy i zasady purynowe. Kwasy nukleinowe związane z białkiem w jądrach komórkowych dostawszy się do żołądka ulegają pod wpływem działania pepsyny przemianie na nukleiny uboższe w białko. W jelitach ulegają nukleiny dalszemu rozkładowi połączonemu z odszczepianiem reszty białka i uwolnieniem kwasów nukleinowych. Dzieje się to pod wpływem działania zaczynów a także pod wpływem środowiska alkalicznego (5). Z kwasów nukleinowych powstające w dalszej przemianie jednonukleotydy wchłaniają się w jelicie i dostają się wprost do obiegu krwi z ominięciem drogi limfatycznej (6). We krwi i w narządach ulegają jednonukleotydy wielu przemianom polegającym w pierwszym rzędzie na odszczepieniu kwasu fosforowego a następnie na desamidacji i utlenieniu, które to procesy, drogą przez hypoksantynę i ksantynę, prowadzą do powstania kwasu moczowego, jako ostatecznego produktu rozkładu ciał purynowych. Procesy te odbywają się pod wpływem zaczynów w obrębie nukleozydów i wolnych zasad. B e n e d i c t podnosi też, że desamidacja i utlenianie może się odbywać nie tylko w nukleozydach ale także i w skomplikowanej drobinie nukleotydów. Związany z purynami cukier po odszczepieniu ulega normalnym procesom przemiany węglowodanowej w ustroju.

Kwas moczowy wytworzony gromadząc się we krwi w większej ilości może wywołać przejściową hyperurikemję i, jeżeli nerki są sprawne czynnościowo, zaczyna się wydalać. Nerki jednak nie posiadają tak znacznej zdolności koncentracyjnej, ażeby cały nadmiar kwasu moczowego ze krwi usunąć w krótkim okresie czasu. Wskutek tego ta część kwasu moczowego, która nie zdołała się jeszcze wydalić, częściowo krąży we krwi a częściowo drogą dyfuzji przechodzi do tkanek i tutaj ulega czasowemu zatrzymaniu. Za możnością zatrzymania się kwasu moczowego w tkankach w warunkach fizjologicznych przemawia fakt, że wstrzyknięty dożylnie moczan jednosodowy u ludzi, znika ze krwi po 4-ech godzinach, przyczem równocześnie tylko część wstrzykniętego moczanu wydala się przez nerki. Reszta opuszcza ustrój tą drogą po 6—8 godzinach a niekiedy znacznie później. Po 4-ch godzinach ilość zatrzymanego w tkankach moczanu sodowego wynosi około 70% wartości wstrzykniętej. Zatrzymywanie się wstrzykniętego dożylnie moczanu sodowego w tkankach występuje wybitnie szczególnie u ludzi, chorych na dnę.

Przy dostarczeniu ustrojowi bardzo dużych ilości ciał purynowych np. w postaci pokarmu grasicowego, wytwarzają się tak wielkie ilości kwasu moczowego, iż nadmiar dostawszy się do tkanek zatrzymuje się tam przez czas dłuższy wywołując objawy dny, charakteryzujące się występowaniem trzeszczeń w stawach zwłaszcza nadgarstkowych, ociężałością kończyn i bólami ciągnącymi w stawach i mięśniach. Potrzeba w tych wypadkach dłuższego okresu czasu i działania bodźców, ażeby eliminować zatrzymany kwas. Wiemy z doświadczeń badaczy (Gudzent l. c.), że wśród wielu narządów i tkanek kwas moczowy gromadzi się szczególnie chętnie w cieczy stawowej i na powierzchni chrząstek stawowych, powodując typowe zaburzenia. Świadczą o tem badania punktatów stawowych. Gudzent podaje zestawienia porównawcze składu punktatów i krwi z których wynika, że ilość kwasu moczowego w stawach jest znacznie wyższa u tego samego chorego osobnika aniżeli we krwi. Np. w punktacie stawowym stwierdzano 18.5 mg, we krwi 10 mg na 100 cm^3, w innym wypadku we krwi było 8.2 mg zaś w punktacie stawowym 20.8 mg. Zresztą kwas moczowy rozmieszcza się też w wielu innych narządach, wśród których mięśnie ze względu na swą wagę stają się głównym jego rezerwoarem. Obecność kwasu moczowego w mięśniach w zwiększonej ilości staje się najprawdopodobniej przyczyną ociężałości kończyn i bólów mięśniowych.

Kwas moczowy krążąc we krwi i przedostając się drogą dyfuzji do tkanek nie posiada postaci kwasu wolnego lecz jest połączony ze sodem jako moczan jednosodowy. O tem rozstrzygają np. doświadczenia, w których otrzymywano drogą dializy tę właśnie postać połączenia kwasu moczowego. W moczanie jednosodowym sód wchodzi w miejsce wodoru złączonego z azotem w pozycji 3-ciej układu purynowego, z chwilą jednak wytworzenia się tego związku forma ketonowa w danem miejscu przekształca się w enolową tak, że sód ostatecznie za pośrednictwem tlenu łączy się z węglem w pozycji 2-giej. W kwasie moczowym atom wodoru w pozycji 3-ciej ulega zawsze podstawieniu, przed wszystkiemi innemi, przez sód, potas i t. d. Zatem przemawiają doświadczenia Biltza przeprowadzone nad kwasem trójmetylomoczowym. Otóż okazało się, że ten właśnie wodór dyssocjuje jako jon najsilniej, słabiej wodór w pozycji 9-tej układu purynowego a najsłabiej wodory w pozycji 1-szej i 7-mej. Istnieje więc możliwość podstawienia wszystkich czterech wodorów związanych z azotem. W rzeczywistości jednak istnieją tylko sole najwyżej drugorzędne kwasu moczowego z tego powodu, że z chwilą podstawienia wodorów w pozycji 3-ciej i 9-tej, słaba sama przez się dysocjacja wodorów w pozycji 1-szej i 7-mej cofa się.

Podobnie jak we krwi kwas moczowy występuje przy dnie w guzkach jako moczan jednosodowy a kryształki wzięte z guzka i oglądane pod mikroskopem odpowiadają kryształkom moczanu jednosodowego. W guzkach jednak oprócz moczanu jednosodowego znajduje się też moczan jednopotasowy w stosunku mniej więcej 1 : 5 i w bardzo małej ilości trudno rozpuszczalny moczan wapniowy. Moczan jednosodowy rozpuszcza się łatwiej w wodzie aniżeli kwas moczowy. W litrze wody w ciepłocie 37° C rozpuszcza się 3.3 g moczanu jednosodowego, gdy tymczasem w tych samych warunkach kwas moczowy rozpuszcza się zaledwie w ilości 0,0649 g (7). Z tej ilości 3.3 g moczanu jednosodowego część wypada po pewnym okresie czasu w postaci osadu i ostatecznie w stanie rozpuszczonym pozostaje stale tylko 1.3 grama moczanu. Zjawisko to obserwowano również w odniesieniu do innych warunków rozpuszczania (Gudzent, Kohler, Ringer i inni).

W 100 ccm 1%-ego roztworu chlorku sodowego rozpuszcza się w pierwszej chwili 130 g moczanu jednosodowego. Po pewnym czasie znaczna ilość moczanu osadza się a w roztworze pozostaje już stale jedynie 13 mg. Zatem i w innych płynach jak krew i soki ustrojowe może się znajdować moczan jednosodowy w nadmiarze w stanie rozpuszczonym i każdej chwili zależnie od warunków może przechodzić w stan stały, wytwarzając osady moczanowe.

Stwierdziwszy zjawisko odkładania się znacznej ilości kwasu moczowego w tkankach jako przyczyny dny, starano się zastosować środki, które miałyby własność usuwania nadmiaru kwasu moczowego z ustroju. Są różne środki, które posiadają wpływ na wydalanie kwasu moczowego. Istnieje też wiele zabiegów leczenia dny. Zastosowano więc dietę bezpurynową skoro się przekonano, że u chorych na dnę większa ilość spożywanego mięsa może wywołać napady bólów. Gudzent jednak broni stanowiska, że nie trzeba szukać czynników działających w samym pokarmie lecz w nieznanych składnikach pokarmu lub ich produktach rozkładu, na które chorzy są specjalnie wrażliwi (odczyn alergiczny). Jednym z dowodów na to ma być możność wywołania napadu dny nawet po spożyciu mleka. To samo odnoszą niektórzy badacze i do napojów alkoholowych, w których nie sam alkohol ma działać lecz swoiste alergeny, mogące wywołać u chorych nadwrażliwych napady dny. W tem oświetleniu oczywiście musi odgrywać ważną rolę stan przewodu pokarmowego i warunki wchłaniania. Nikt jednak nie kwestjonuje roli kwasu moczowego w dnie. Może on, według zgodnej opinji, wywołać napady dny, tak samo jak inne substancje lub zabiegi.

Ponieważ jednak, na razie przynajmniej, nie znamy tych pierwiastków alergicznych, które mogłyby być brane pod uwagę, a rola kwasu moczowego nie ulega już dzisiaj wątpliwości, jasnem jest, że uwaga lekarzy musi być skierowana przedewszystkiem w tym kierunku, by kwas moczowy znajdujący się w ustroju w nadmiarze sprowadzić do ilości prawidłowej. Środki stosowane w lecznictwie jak kolchicyna, atofan i kwas salicylowy najprawdopodobniej mobilizują kwas moczowy w ustroju i przez nerki ułatwiają jego eliminację. Możliwy jest również wpływ ograniczający sam proces przemiany purynowej (Starckenstein, Wiechowski).

Dla porównania wpływu środka klasycznego jakim jest atofan w leczeniu dny przytaczamy wyniki doświadczeń Starckensteina (8). Doświadczenia przeprowadzał autor na sobie samym utrzymując dietę mieszaną i zażywając w odpowiednim momencie, w jednym dniu, w trzech porcjach — 1.5 g atofanu.

Tablica (Starkenstein). Ilości podane są w gramach, wartości obliczone na dobę.

	Ilość mocz.	Kwas mocz.	P_2O_5	Uwagi
7. XII.	1.500 ccm	0.823 g	3.28 g	
8. XII.	1.600 ccm	0.678 g	3.50 g	
9. XII.	1.920 ccm	1.146 g	3.13 g	3 × 0.5 g atofanu
10. XII.	1.650 ccm	0.683 g	—	

Z przytoczonych przez Starkensteina wartości wymienionych składników moczu okazuje się, że po zażyciu atofanu następuje wzrost średnich wartości kwasu moczowego, który wynosi 52%. Ilość moczu wzmaga się o 25%, zaś fosforany, obliczone jako pięciotlenek fosforu, spadają o 8%. Zwracamy przy tej sposobności uwagę, że podobne wyniki otrzymywaliśmy przy stosowaniu wody niemirowskiej.

Dużo związków organicznych, między niemi wiele alkaloidów i mineralnych połączeń ma wpływ na wydalanie produktów przemiany purynowej z ustroju. Adrenalina, kokaina, kofeina, papaweryna, bromobenzol, ołów, arsen i t. d. wzmagają ilość alantoiny wydalanej u zwierząt, wapń zaś ogranicza jej wydalanie. Wpływ ograniczający wapnia odnosi się również do wydalania kwasu moczowego u ludzi w tym znaczeniu, że sole wapnia zmniejszają proces rozkładu fermentatywnego związków purynowych (9) i możliwie dlatego następuje to zmniejszenie wydalania kwasu moczowego. Prawdopodobnie też wskutek tego działania atofanu przy równoczesnem podaniu większej ilości wapnia zaznacza się mniej wybitnie. Gruczoły dokrewne też posiadają pewien wpływ na gospodarkę związków purynowych w ustroju. Niektórzy przypisują też duże znaczenie roli układu nerwowego wegetatywnego i podkreślają wpływ środków farmakologicznych działających na ten układ i powodujących tą drogą wydalanie kwasu moczowego. Zresztą wyniki autorów zajmujących się tem zagadnieniem są często sprzeczne i wielokrotnie niedostatecznie zanalizowane i interpretowane.

Rozdział specjalny leczenia dny stanowią kąpiele borowinowe, błotne i piaskowe, gdzie ciepłota zewnętrzna, składniki organiczne i mineralne a także ciała radjoczynne wchodzą w grę jako czynniki działające.

Wreszcie uwaga została zwrócona na wpływ wód alkalicznych do picia w przekonaniu, że zdobędzie się tutaj wpływ na rozpuszczanie kwasu moczowego i że przez to wzmoże się jego wydalanie przez nerki. W działaniu wód mineralnych może odgrywać pewną rolę czynnik diuretyczny, który jest wynikiem działania kompleksu składników zawartych w wodzie. Poza tem może jednak istnieć wpływ niezależny od diurezy o czem świadczyć mogą doświadczenia Stransky'ego z wodą karlsbadzką (10), Schneidera z wodą Contrexeville (11) i nasze z wodą niemirowską. Zdolność koncentracyjna nerek dla kwasu moczowego ulega pod wpływem wód mineralnych polepszeniu podobnie jak po atofanie. Poza tem wody alkaliczne siarkowe działać mogą na przewód pokarmowy i wpływać na warunki motoryczne i wchłaniania. Jeżelibyśmy poza tem przyjęli możliwość istnienia pewnego związku pomiędzy powstawaniem dny a uczuleniem ustroju na swoiste alergeny, to oczywiście możnaby też myśleć o wpływie odczulającym wód mineralnych. O tem odczulaniu

ustroju pod wpływem wód mineralnych pisze Arloing i Vauthey (12) stwierdzając zmniejszanie się a nawet zniesienie wstrząsu anafilaktycznego surowiczego u świnek morskich, którym wstrzykiwano podskornie wodę Vichy. Podobnie, gdy zwierzęta uczulano surowicą końską zmieszaną z wodą Vichy nie otrzymywano wstrząsu po wstrzyknięciu dawki wywołującej. Roztwor chlorku sodowego nie posiada tej własności, jak się okazało z badań porównawczych. Przyczyny zjawiska są więc, jak stwierdzają wymienieni autorowie, bardzo skomplikowane.

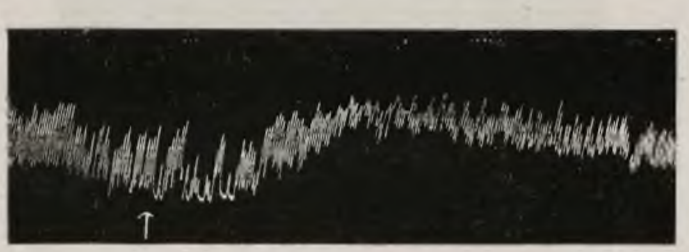
W świetle powyzszych rozważań biorąc także pod uwagę zdolność rozpuszczania się moczanów w płynach alkalicznych, alkaliczność jako taka też posiada w efektach działania wód mineralnych swe ważne znaczenie.

II.

Wpływ wody niemirowskiej na przewód pokarmowy.

Woda niemirowska dostawszy się do żołądka wywiera dzięki zapasowi soli alkalicznych wpływ na stan kwasoty żołądka. Zapas alkaljów zawarty w wodzie odpowiada mniej więcej stężeniu roztworu n/100 NaOH i dlatego te własności mogą być również wyzyskane przy stosowaniu wody niemirowskiej dla zmniejszenia kwasoty soku żołądkowego.

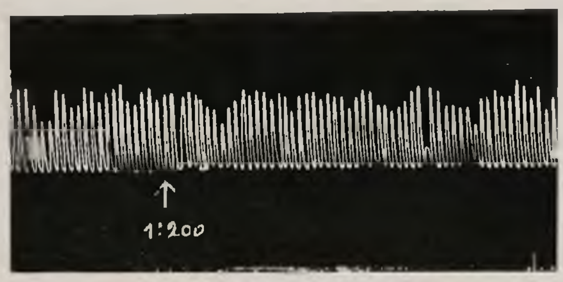
Wpływ zdecydowany posiada woda siarkowa ze źródła „Aleksandry" na czynności motoryczne jelita cienkiego i kiszki grubej. Wpływ ten badano na psie mającym przetokę Thiry - Vella'i oraz na jelicie i kiszce izolowanej królika. Badając wpływ ten na psie z przetoką jelita cienkiego użyto zwykłej techniki eksperymentowania, wprowadzając do przetoki balon gumowy, utwierdzony na zgłębniku a następnie balon wypełniano powietrzem do tego stopnia, by ruchy ściany jelita mogły wywierać wpływ swój na balonik. Następnie zgłębnik łączono z bębenkiem Mareya i na walcu okopconym notowano ruchy pętli jelita w stanie prawidłowym i będącego naczczo. Wprowadzenie wody niemirowskiej do żołądka o ciepłocie pokojowej, w ilości 100 ccm wywołuje nieznaczny wpływ skurczowy na jelito (Krzywa Nr. 1) przyczem amplituda skurczów ulega lekkiemu zmniejszeniu.



Krzywa Nr. 1.

Działanie wody niemirowskiej na jelito izolowane zależy od stężenia wody w środowisku, w którem badane są skurcze jelita. Doświadczenia wykonane zostały na jelicie izolowanem królika umieszczonem w naczyniu specjalnem o stałej ciepłocie (38° C) i stałym dopływie powietrza. Wodę niemirowską rozcieńczano płynem Ringera - Locke'go, zresztą postępowano według ustalonej techniki badania narządów izolowanych. Wyniki przedstawiają się następująco:

Woda niemirowska w rozcieńczeniu 1 : 200 nie wywiera żadnego wpływu na ruchy jelita izolowanego (Krzywa Nr. 2).



Krzywa Nr. 2.

Przy większem stężeniu wody zaczyna się zaznaczać pewien wpływ na krzywą jelita (Krzywa Nr. 3).

Krzywa Nr. 3 przedstawia wpływ działania wody niemirowskiej na jelito izolowane królika w rozcieńczeniu 1 : 100. Zaznacza się już pewien efekt działania hamującego na wysokość skurczów jelita.

Wyraźniejszy wpływ hamujący na skurcze jelita izolowanego występuje przy użyciu wody w rozcieńczeniu 1:20 (Krzywa Nr. 4).

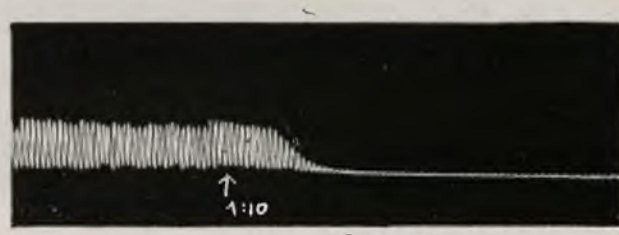


Krzywa Nr. 3.



Krzywa Nr. 4.

W rozcieńczeniu 1 : 10 działanie hamujące jest już bardzo wybitne (Krzywa Nr. 5) w rozcieńczeniu 1 : 5 następuje zupełne zahamowanie skurczów jelita izolowanego (Krzywa Nr. 6).

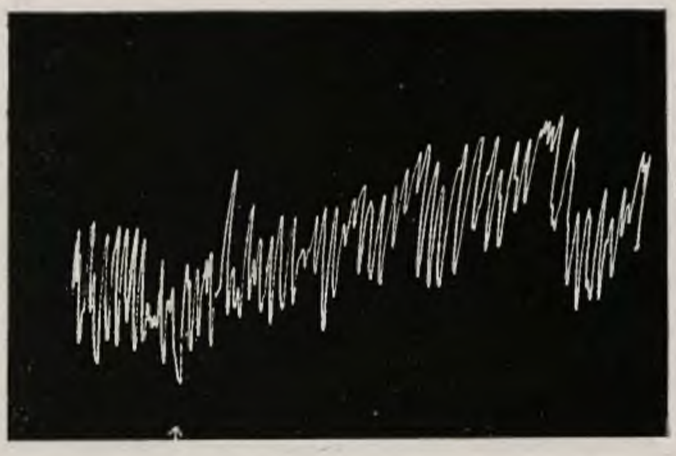


Krzywa Nr. 5.



Krzywa Nr. 6.

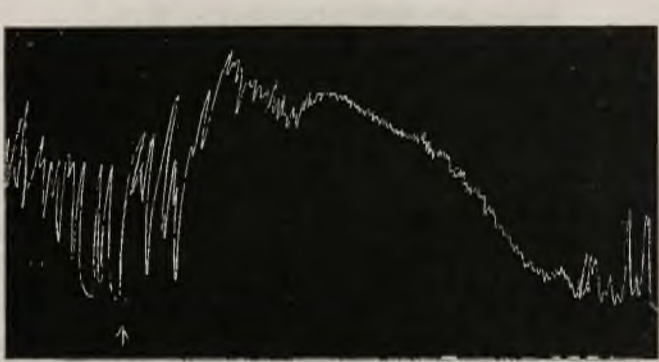
Zahamowanie jelita można usunąć przez rozcieńczanie wody niemirowskiej płynem Ringera - Locke'go i przywrócić w ten sposób prawidłowe skurcze jelita.



Krzywa Nr. 7.

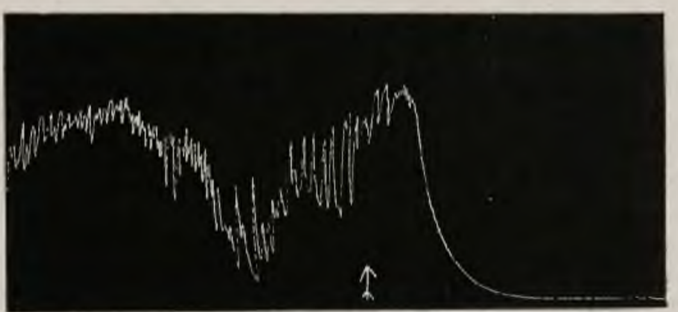
Istnieje również wpływ wody niemirowskiej na kiszkę grubą. Badania zostały wykonane na kiszce izolowanej królika. Woda niemirowska w rozcieńczeniu 1 : 60 powoduje wzrost napięcia kiszki grubej (Krzywa Nr. 7).

W rozcieńczeniu wody niemirowskiej 1 : 30 po krótkim okresie wzmożenia skurczu i zmniejszeniu amplitudy skurczu następuje zmniejszenie siły skurczowej kiszki (Krzywa Nr. 8).



Krzywa Nr. 8.

Po zastosowaniu wody niemirowskiej w rozcieńczeniu 1 : 10 następuje nagłe zahamowanie skurczów (Krzywa Nr. 9).



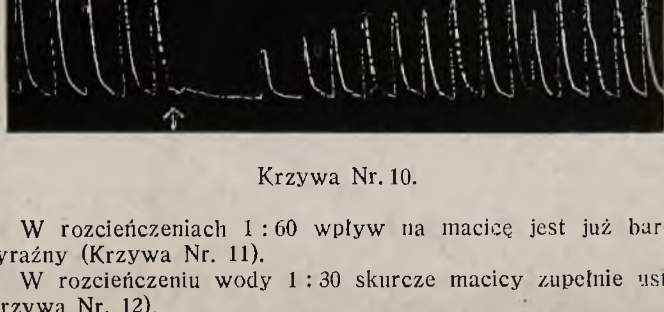
Krzywa Nr. 9.

Z doświadczeń przytoczonych okazuje się, że woda niemirowska w znacznych rozcieńczeniach powoduje wzmożenie napięcia izolowanej kiszki grubej i zmniejszenie amplitudy w stężeniach większych zaś może wywołać zupełne zahamowanie skurczów.

U osobników pijących wodę niemirowską w ilości 3 szklanek dziennie można niekiedy zauważyć wpływ hamujący na opróżnianie się przewodu pokarmowego. Wpływ ten jest jednak przejściowy a w obserwacjach naszych, przy systematycznem wielotygodniowem stosowaniu, nigdy nie był długotrwały. Ewakuacja jelit nie doznawała żadnego zaburzenia. Trzebaby najprawdopodobniej znacznie większych stężeń w przewodzie pokarmowym człowieka aniżeli te, które powstają przy stosowaniu regularnem 600 g, wody dziennie, ażeby wywołać trwały wpływ hamujący na ruchy przewodu pokarmowego.

Badano również wpływ wody niemirowskiej na macicę izolowaną szczura pragnąc i na tym narządzie przekonać się o wpływie wody na mięśnie gładkie.

Przekonano się, że macica dziewicza szczura posiada dość dużą wrażliwość w oddziaływaniu na wodę niemirowską. Już w rozcieńczeniach 1 : 120 zaznacza się wpływ hamujący na skurcze macicy (Krzywa Nr. 10).

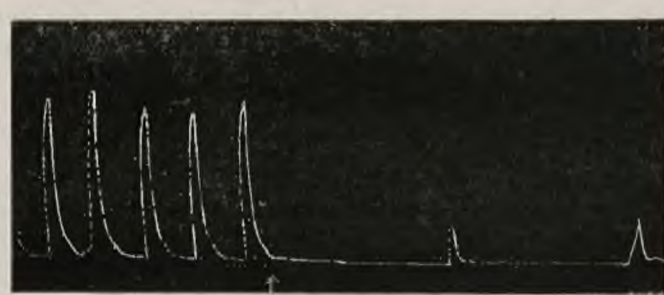


Krzywa Nr. 10.

W rozcieńczeniach 1 : 60 wpływ na macicę jest już bardzo wyraźny (Krzywa Nr. 11).

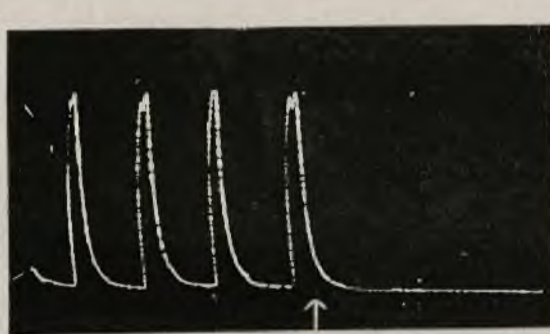
W rozcieńczeniu wody 1 : 30 skurcze macicy zupełnie ustają (Krzywa Nr. 12).

Badając wpływ wody mineralnej na efekty skurczowe jelita winniśmy się liczyć z właściwościami ustalonego działania dla poszczególnych składników mineralnych, czynnych w postaci zdysocjowanej. Badania nowsze Magee i Reida (13) nad wpływem elektrolitów na skurcze jelita króliczego dają przegląd działania poszczególnych jonów. I tak w działaniu sodu liczyć się należy ze ścisłym związkiem jaki istnieje pomiędzy efektami osmotycznemi i swoistością działania. Amplituda skurczów jest wprost proporcjonalna do stężenia sodu. Nadmiar jego wzmaga napięcie



Krzywa Nr. 11.

jelita a zmniejsza amplitudę. Wapń wzmaga progressywnie napięcie. Amplituda skurczu osiąga swoje maksimum wówczas, gdy stężenie wapnia odpowiada mniej więcej połowie tego stężenia, jakie istnieje w płynie Tyrode'a. Naogół działa wapń antagonistycznie do potasu. W działaniu potasu odróżnić należy trzy serje stężenia: a) od 0 do 0.02%, KCl, — wtedy napięcie jelita jest obniżone i skurcze zniesione, b) od 0.02% do 0.06% KCl — wtedy na-



Krzywa Nr. 12.

pięcie jest niezmienione, amplituda zwiększona a szybkość zwolniona i c) ponad 0.06% — wtedy napięcie jest zwiększone a skurcze i amplituda zmniejszone. Magnez wywiera jedynie wpływ regulujący i nie jest niezbędny dla pracy jelita izolowanego. Jon fosforanów w nadmiarze wzmaga napięcie jelita, obniża amplitudę i zmniejsza szybkość skurczów. Małe stężenia manganu czasowo wzmagają skurcze, wyższe zaś obniżają. Stężenie jonów wodorowych optimalne dla działania wody mineralnej na jelito leży pomiędzy pH = 7 do 8. Poniżej pH = 7 napięcie i szybkość skurczów stają się nieregularne zaś powyżej pH = 8 napięcie i szybkość stają się znacznie zwolnione a amplituda też lekko zmniejszona. W świetle tych wyników możnaby tłumaczyć efekty działania większych stężeń wody niemirowskiej odpowiednim wpływem wymienionych elektrolitów na jelito.

III.

Wpływ wody niemirowskiej na wydalanie moczu.

Woda niemirowska wprowadzona do przewodu pokarmowego wywiera wpływ diuretyczny. Świadczą o tem zestawienia porównawcze ilości dobowych moczu określane u badanych osób przed i w czasie picia wody. Po zastosowaniu około 600 g wody dziennie wzrost ilości oddawanego moczu wynosi od kilkunastu do dwudziestu kilku procent. Wyniki dokładne są w odpowiednich tablicach w I-szej części pracy. Równorzędnie z wydalaniem wody postępuje i wydalanie chlorków.

W doświadczeniach ostrych na psach w uśpieniu chloralozowym nie można zauważyć w czasie obserwacji kilkugodzinnej (6—7 godzin) wpływu diuretycznego wody niemirowskiej nawet po podaniu dużych stosunkowo ilości (300 g). Ilości moczu wypływającego przez rurki szklane opatrzone podziałką milimetrową i założone do moczowodów nie wykazują większych wahnień pod wpływem wody niemirowskiej wprowadzonej do żołądka. W czasie jednak zbierania dobowych ilości moczu u psów stwierdza się,

w obserwacjach kilkutygodniowych, wzrost diurezy pod wpływem wody niemirowskiej wlewanej codziennie do żołądka w ilości 100 do 400 ccm[3].

Wnioski.

1) Woda alkaliczna siarkowa ze źródła „Aleksandry" w Niemirowie posiada zdolność zwiększania wydalania kwasu moczowego z ustroju. Własność ta występuje wyraźnie u ludzi zdrowych, u osobników, u których wywołano eksperymentalnie dnę i u chorych z dną przewlekłą. Wzrost wartości wydalanego kwasu moczowego waha się w granicach kilkudziesięciu procent. Dzięki tym własnościom woda niemirowska może być stosowana z pożytkiem w leczeniu dny przewlekłej.

2) Woda niemirowska wywiera wpływ na jelito cienkie, na kiszkę grubą i na macicę. Doświadczenia wykonane na narządach izolowanych wykazują, że wpływ ten zależny jest od stężenia wody w środowisku, w którym narządy te wykonują swe fizjologiczne skurcze. Woda działa w małych stężeniach lekko pobudzająco na skurcze jelita cienkiego i kiszki grubej natomiast w stężeniach większych hamuje ruchy. Na skurcze macicy szczura działa wybitnie hamująco.

3) Woda niemirowska posiada umiarkowany wpływ diuretyczny.

Piśmiennictwo.

1) G. Bessau i J. Schmid: Therap. Monatshefte. 116. 1916. — 2) Th. Fellenberg: Bioch. Zeitschrift 88. 323. 1918. — 3) F. Gudzent: Gicht und Rheumatismus. Berlin 1928. — 4) Bagiński: Zeitschrift f. physiol. Chemie — 8. 395. 1884. A. Schittenhelm i Schröter: ibidem — 41. 375. 1904. — S. Thannhauser i Dorfmüller: ibidem — 102. 148. 1918. — 5) Steudel i Peiser: ibidem — 120. 292. 1922. — 6) Biberfeld i Schmidt: ibidem — 60. 292. 1909. — 7) F. Gudzent: Zeit. f. physiol. Chemie — 60. 27. 1909. — 8) E. Starkenstein: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. — 65. 177. 1911. — 9) H. Lubieniecki: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 68. 394. 1912. — E. Starkenstein: Bioch. Zeitschrift — 106. 139. 1920. — 10) E. Stransky: Bioch. Zeitschrift — 133. 446. 1922 oraz 143. 1923. — 11) Schneider: Soc. d'Hydrologie et de Climatologie med. de Paris 2. 11. 1925. — 12) F. Arloing i P. Vauthey: C. R. de la Soc. de biol. T. 86. 687. 1922. — H. E. Magge i C. Reid: Journ. of Physiology Vol. LXIII. Nr. 2. 1927.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Sprawozdanie ze zjazdu pielęgniarskiego.

Jesienią 1928 r. odbył się w Rzymie z okazji międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego zjazd międzynarodowy pielęgniarski.

Myśl nawiązania stałego kontaktu między pielęgniarkami różnych krajów w celu wzajemnej pomocy w pracy nad rozwojem pielęgniarstwa powstała w Ameryce w 1893 r. podczas urządzania działu pielęgniarskiego na powszechnej wystawie w Chicago. W 1899 r. została zawiązana Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, do której weszły przedstawicielki Anglji, Ameryki, Australji, Danji, Kanady i Nowej Zelandji. Zatwierdzony w rok później statut przewidywał, że członkami Rady mogą być narodowe organizacje pielęgniarskie, które grupują pielęgniarki o pewnym poziomie wykształcenia zarówno zawodowego, jak i ogólnego i które dają rękojmię należytego rozwoju pielęgniarstwa na terenie swojej działalności.

Główne biuro Rady mieści się w Genewie; jest ono stałym łącznikiem pomiędzy członkami, prowadzi ożywioną korespondencję z poszczególnemi związkami narodowemi pielęgniarskiemi oraz wydaje organ Rady miesięcznik I. C. N. (International Council of Nurses), redagowany w językach angielskim, francuskim i niemieckim.

Zebrania Rady, tak zwanej Wielkiej Rady, w której skład wchodzi po 5 delegatek z każdego kraju, w tem z urzędu przewodnicząca narodowego stowarzyszenia pielęgniarek, odbywają się okresowo, zwykle co 4 lata, i połączone są z kongresami, w których biorą udział oprócz przedstawicielek również jaknajliczniej członkowie stowarzyszonych organizacyj. Na zebraniach Rady układane są wytyczne pracy i wybierany ścisły zarząd, któremu przekazuje się wykonawstwo zarządzeń i uchwał Rady.

Od czasu utworzenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarstwa odbyło się 9 zjazdów: w Stanach Zjednoczonych, Niemczech, Francji, Anglji, Danji, Finlandji i Szwajcarji.

Właściwa praca Rady odbywa się podczas kongresów, gdyż na nich następuje wymiana myśli, doświadczeń zdobytych i układanie planów pracy na przyszłość.

Jako tematy obrad wybierane są zwykle kwestje, żywo obchodzące świat pielęgniarski, jako to: organizacja szkół pielęgniarskich, udział pielęgniarek w służbie zdrowia, ideologja pracy pielęgniarek, ulepszenia metod pracy szpitalnej i społecznej, uproszczenia techniki i t. p. sprawy, wymagające ciągłych ulepszeń i dostosowania do potrzeb chwili.

Polska została przyjęta do Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej w 1915 r. po zorganizowaniu się wewnętrznem pielęgniarstwa i założeniu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych do którego należą jako członkinie rzeczywiste pielęgniarki z ukończoną dwuletnią szkołą pielęgniarstwa i złożonym egzaminem państwowym.

Mająca odbyć się w Rzymie międzynarodowa konferencja przeciwgruźlicza, która zainteresowała również pielęgniarki, biorące coraz liczniejszy udział w walce z gruźlicą, nasunęła pielęgniarkom włoskim myśl urządzenia w tymże czasie zjazdu pielęgniarskiego, aby umożliwić uczestniczkom konferencji pielęgniarkom omówienie własnych spraw zawodowych, związanych z tematem konferencji. Zjazd był liczny; były na nim reprezentowane prawie wszystkie z należących do Rady 19-tu narodowości.

W dniu pierwszym zjazdu tematem obrad były „Metody rozwoju zmysłu obserwacyjnego u pielęgniarek, zgodnie ze wskazówkami naukowemi i warunkami socjalnemi", opracowane przez p. Descovich, Włoszkę, pielęgniarkę społeczną.

Referentka na wstępie zaznaczyła, że nie będzie zajmować się zasadniczemi podstawami rozwoju zmysłu obserwacyjnego, gdyż to wymagałoby sięgnięcia w dziedziny filozofji i pedagogiki: przedstawi jedynie praktyczne metody, stosowane w szkole W. C. Krzyża w Rzymie. Konieczność umiejętności dobrej obserwacji dla pielęgniarki jest oczywista. Jej praca polega między innemi na obserwowaniu zmian w stanie fizycznym chorego, obserwowaniu jego stanu psychicznego, dokładnem zbieraniu danych statystycznych i t. p. W dziedzinie medycyny zapobiegawczej, gdzie praca polega między innemi na wychwytywaniu wczesnych objawów zmian patologicznych, rozwój zmysłu obserwacyjnego u pielęgniarki jest jeszcze bardziej doniosły.

Problemy, wymagające specjalnie tego uzdolnienia, można podzielić na dwie kategorje: te, w których chodzi o syntetyczne ujęcie ustosunkowań rodzinnych i socjalnych, i te, w których chodzi o obserwowanie i uwidacznianie szczegółów ważnych dla celów diagnostycznych i statystycznych. O ile pielęgniarka nie posiada wrodzonych zdolności obserwacyjnych i intuicji, nie można jej tego nauczyć, lecz za to odpowiednie stosowanie metod pracy może je znakomicie rozwinąć. Podstawy obserwacji otrzymuje pielęgniarka w szkole, gdzie jest przyzwyczajana do specjalnego sposobu myślenia i wnioskowania. Tam również uczy się co i kiedy może zaobserwować. Dalsza praca jej polega na przyzwyczajaniu się do obserwowania w praktyce podczas pobytu w szpitalu i instytucjach społecznych. Proces ten przebiega powoli. Przejście od teoretycznych wiadomości o objawach do ich rzeczywistego zauważania i rozróżniania wymaga ciągłej czujności i usilnej pracy zarówno pielęgniarki, jak i instruktorki, która winna metodycznie wprowadzać ją do pracy, ułatwiać zapoznanie się z objawami oraz upewniać w osiągniętych rezultatach. Dalszym etapem kształcenia obserwacji jest danie pielęgniarce samodzielnej i interesującej pracy, któraby podniecała jej energie i ochotę czynu. Nie powinna być jednak pozostawiona sama sobie. Kierowniczka wskazuje jej nowe zainteresowania, wspiera w chwilach zniechęcenia, budzi entuzjazm i skłania do pracy systematycznej według wypróbowanego i przyjętego wzoru.

Pielęgniarka winna rozumieć, że niedosyć jest obserwować dobrze, trzeba jeszcze umiejętnie notować rzeczy obserwowane z dokładnem zdaniem sobie sprawy co do czasu i miejsca, jako materjał do dalszej pracy dla niej i innych.

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność, często niebraną pod uwagę przy kształceniu zmysłu obserwacyjnego. — na stosunek środowiska, z którego pochodzi pielęgniarka, do skali jej zainteresowań. Im środowisko jest inteligentniejsze, tem jej zainteresowania są wszechstronniejsze i tem łatwiej orjentować się pielęgniarce w różnorodnych przejawach życia, jakie spotyka w swej pracy.

Najlepszym środkiem do wyrobienia pielęgniarki jest danie jej pracy ciekawej, zorganizowanej tak, aby zmuszała ją do dokładności i notowania rzeczy obserwowanych.

Po dyskusji przyjęto konkluzję, że obserwacja jest umiejętnością, którą można rozwinąć tak, jak inne zmysły, i że zadaniem

szkoły jest nauczyć pielęgniarkę „nie tylko patrzeć, lecz i widzieć, nietylko słuchać, lecz i słyszeć".

W drugim dniu obrad poruszono sprawę specjalizacji pielęgniarek. W kilku referatach przedstawiona została praca włoskich pielęgniarek społecznych w poradni, sanatorjum, fabryce, szkole i domu.

W poradni funkcje pielęgniarki są następujące:

1) Przygotowuje chorego do wizyty lekarskiej,
2) wypełnia kartę regestracyjną,
3) asystuje przy badaniu chorego,
4) prowadzi go w razie potrzeby do Roentgena,
5) robi wywiad domowy dla zebrania potrzebnych danych,
6) zaprowadza czasową izolację chorego w domu do czasu umieszczenia go w szpitalu,
7) wyszukuje wśród rodziny chorego przypadki, podejrzane o gruźlicę,
8) jeżeli może, wyszukuje środki na utrzymanie rodziny, gdy chory na skutek umieszczenia go w zakładzie leczniczym sam nie może jej utrzymać,
9) pomaga w lecznictwie, prowadzonem w poradni,
10) robi zestawienia dzienne, tygodniowe, miesięczne i roczne,
11) w mniejszych poradniach prowadzi książki kasowe i inwentarzowe.

W sanatorjum:

1) Uświadamia chorego co do regulaminów, obowiązujących w sanatorjum, usposabia go dobrze do sanatorjum i podnosi jego wiarę w skuteczność leczenia sanatoryjnego,
2) zbiera dane o chorym,
3) pielęgnuje go w razie choroby,
4) roztacza moralną opiekę nad nim,
5) pilnuje wykonania regulaminów ze szczególnem uwzględnieniem odnoszących się do wypoczynku,
6) pisze raport o każdym chorym, opuszczającym sanatorjum,
7) przyjmuje dawnych pacjentów, którzy przychodzą po radę lub na odmę.

W fabryce:

Zajmuje się zdrowiem robotnika i, aby obowiązki swoje wypełnić dobrze, musi znać zasady produkcji, zasady naukowej organizacji pracy, prawodawstwo fabryczne, ubezpieczenia społeczne i przepisy higjeny pracy. Funkcje jej są następujące:

1) Robi opatrunki w ambulatorjum,
2) notuje przypadki lekkich niedomagań i udziela im pomocy na miejscu według wskazówek lekarza,
3) nadzoruje nad higjeną w ubikacjach, przydzielonych do poradni,
4) nadzoruje nad higjeną budynków fabrycznych według wskazówek lekarza,
5) odwiedza robotników w domach i udziela im potrzebnych rad,
6) wzmacnia stosunek pomiędzy pracodawcą a pracownikiem,
7) organizuje pogadanki z higjeny,
8) pomaga w badaniach przy przyjęciu robotników,
9) informuje o życiu robotnika i jego rodziny,
10) umieszcza potrzebujących w szpitalach, sanatorjach, zakładach położniczych i t. p.
11) informuje o świadczeniach, podatkach, umieszczaniach dzieci w szkołach i t. p.

W szkole:

Przyjmuje część czynności lekarza szkolnego. Przeciętnie lekarz może zajmować się rocznie 800 dziećmi: gdy ma pomoc pielęgniarki, może mieć pod opieką do 5,000 dzieci rocznie pod warunkiem że na każde 1,000 dzieci będzie miał jedną pielęgniarkę do pomocy. Jej funkcje są następujące:

1) Nadzoruje nad czystością osobistą dzieci,
2) sprawdza przy przyjęciu dzieci, czy niema przypadków choroby zakaźnej,
3) czuwa nad stanem zdrowia dzieci w czasie roku szkolnego,
4) mierzy i waży dzieci,
5) zbiera dane o przebytych chorobach,
6) pomaga przy wizytach lekarskich,
7) robi małe opatrunki w szkole według zleceń lekarza,
8) udziela pierwszej pomocy,
9) informuje rodziców,
10) nadzoruje nad stanem higjenicznym szkoły,
11) prowadzi pogadanki dla dzieci i matek,
12) odwiedza dzieci w domu z powodu ich nieobecności,

Pielęgniarka domowa ma specjalne posłannictwo uczenia higjeny i pielęgnowania chorego; jej funkcje jako pielęgniarki społecznej są następujące:

1) zbiera dane, potrzebne dla lekarza,
2) pilnuje przestrzegania higjeny,
3) wskazuje przypadki chorób podejrzanych,
4) dopomaga do umieszczenia czasowego chorych na gruźlicę lub predysponowanych do niej, a specjalnie dzieci w odpowiednich instytucjach,
5) umieszcza rodziny chorych w odpowiednich instytucjach,
6) prowadzi chorych do poradni,

Jej funkcje, jako pielęgniarki domowej, w dziedzinie lecznictwa są następujące:

1) Robi zabiegi, przepisane przez lekarza,
2) opiekuje się chorym do czasu umieszczenia go w szpitalu,
3) pielęgnuje go w razie krótkotrwałej choroby,
4) daje wskazówki co do izolacji chorego,
5) daje rady co do higjeny ogólnej i ekonomji domowej, szczególnie w sprawie żywienia,

Warunki, jakim powinna odpowiadać pielęgniarka, pracująca w jednej z wyżej wymienionych specjalności, są następujące:

1) odporność fizyczna,
2) przygotowanie ogólne i specjalne,
3) wysoki poziom etyczny, który pozwoli jej należycie wypełniać obowiązki choć nie jest kontrolowana,
4) wyższe wykształcenie, które pozwoli jej na pewną zażyłość z chorym, bez zbytniego poufalenia się,
5) doskonały takt dla zdobycia zaufania,
6) umiejętność perswazji i stanowczość bez autorytatywności,
7) umiejętność odróżniania na pierwszy rzut oka rzeczywistych przypadków od symulowanych,
8) bezstronność w dawaniu rad, wypływająca z przekonań zawodowych.

Specjalizacja może mieć miejsce dopiero po ugruntowaniu wiedzy ogólnej i długoletniem doświadczeniu. Niezależnie od zdolności wrodzonych, przygotowania moralnego, praktycznego i naukowego, potrzeba przynajmniej 10 lat pracy, aby pielęgniarka mogła uważać się wyspecjalizowaną.

W dyskusji nad specjalizacją pielęgniarek, czy też przygotowaniem typu ogólnego, większość zebranych wypowiedziała się raczej za typem pielęgniarki ogólnej. W pracy społecznej daje to daleko lepsze rezultaty. Pielęgniarka specjalizowana nie jest w stanie zająć się całokształtem spraw zdrowotnych ludności. Często jako pielęgniarka przeciwgruźlicza ma wzbroniony wstęp do domów, które nie chcą zdradzić przed sąsiadami obecności u nich gruźlicy. Należy też wspomnieć, że zajmowanie się przez jedną osobę całokształtem spraw danego środowiska daje dużo oszczędności na czasie, zużywanym przez kilka pielęgniarek specjalistek na drogę do tegoż środowiska, oraz na prowadzeniu regestracji.

W ostatnim dniu obrad były rozpatrywane sprawy, związane ściśle z walką z gruźlicą. W referacie o odpowiedzialności pielęgniarek w walce z gruźlicą rzucona była myśl, że odpowiedzialność spoczywa nietylko na pielęgniarce-specjalistce z poradni lub sanatorjum, lecz na każdej innej, która w jakikolwiek sposób znajduje się w kontakcie z gruźlicą. Odpowiedzialność pielęgniarki jest tem większa, im większa jest jej wiedza o gruźlicy. Ponosi ona odpowiedzialność za uświadamianie publiczności o przyczynach, drogach przenoszenia się gruźlicy i jej zapobieganiu, dalej za wyszukiwanie źródeł zakażenia i kontaktów oraz za stan psychiczny chorych, którymi się opiekuje. Zaś największa jej odpowiedzialność leży w wiedzy, że gruźlicy można i powinno się zapobiec.

Na zakończenie przełożona osiedla dla gruźlików w Papworth w Anglji zaznajomiła zebranych z historją powstania osiedla i jego rozwojem.

Osiedle było założono w 1916 r. dla gruźlików i ich rodzin, aby ich wyeliminować ze zdrowego otoczenia i stworzyć takie warunki zdrowotne, w których oni mogliby nietylko egzystować, ale i zarabiać na utrzymanie swoje i rodzin.

Osiedle składa się ze szpitala, sanatorjum, domu dla przełożonych, domu dla samotnych i osiedla dla rodzin gruźliczych. Jest to jakby mała gmina, w której higjeniczne i ekonomiczne czynniki zostały przystosowane do potrzeb fizycznych i stanu psychicznego członków.

Rezultaty są imponujące. W ciągu 11 lat istnienia osiedla nie było przypadku gruźlicy klinicznej u 133 dzieci gruźlików, które przebywają z rodzicami, chorymi i prątkującymi, od czasu do czasu. Osiedle, składające się z 300 osób, utrzymuje się samo z pracy mieszkańców. Proces rozwoju gruźlicy został powstrzymany do tego stopnia, że przeciętny okres życia mieszkańca osiedla został przedłu-

żony trzykrotnie w stosunku do danych statystycznych sanatoryjnych.

Zjazd zakończył się szeregiem wycieczek do sanatorjów i prewentorjów w Rzymie i jego okolicach. Wszędzie widać ogromną troskliwość o przyszłe pokolenie. Rezultaty osiągane są dobre, lecz nie wiadomo, ile przypisywać należy dobrej organizacji walki z gruźlicą, a ile cudownemu klimatowi włoskiemu.

Na zakończenie nadmienić należy, że pielęgniarki włoskie rekrutują się ze szkół pielęgniarskich trzechletnich, których ukończenie daje dopiero prawo wstępu na kursy dla pielęgniarek społecznych.

Oprócz pielęgniarek zawodowych pracują we Włoszech tak zwane wolontarjuszki, osoby, które ukończyły kursy pielęgniarskie z mniej więcej taką samą ilością teorji, co i szkoły pielęgniarskie, lecz ze znacznie zredukowanemi zajęciami praktycznemi. Wolontarjuszki nie trudnią się pielęgniarstwem zawodowo, lecz w razie potrzeby ofiarowywują bezpłatnie swe usługi, jako siły pomocnicze szpitalom lub instytucjom społecznym.

Naogół w porównaniu z pielęgniarstwem w krajach anglosaskich pielęgniarki włoskie są jeszcze mało wyrobione, zorganizowane i przygotowane do samodzielnego życia zawodowego. Prawdopodobnie wynika to ze zwyczajów miejscowych, które raczej wyznaczają kobiecie zajęcie się domem i dziećmi, niż udział w sprawach politycznych i społecznych.

Następny zjazd pielęgniarski odbędzie się w 1929 r. w Kanadzie.

M. Babicka.

M i n i s t e r s t w o S p r a w W e w n ę t r z n y c h rozesłało do władz podwładnych do wypełnienia następujący

Kwestjonarjusz.

1) Nazwa Zakładu i jego charakter (publiczny, społeczny, prywatny).
2) Adres.
3) Kto jest właścicielem zakładu.
4) Dla jakiego typu dzieci zakład jest przeznaczony (chorych na gruźlicę płuc, chirurgiczną, zagrożonych gruźlicą, na jaglicę, inne schorzenia, fizycznie lub umysłowo upośledzonych).
5) Czy zakład jest otwarty cały rok; jeśli nie, to kiedy i jak długo.
6) Liczba łóżek, jaką rozporządza zakład.
7) Do jakiego wieku przyjmowane są dzieci.
8) Jak długo dzieci przebywają na leczeniu? (Przeciętnie w r. 1927, 1928).
9) Liczba dni dziecięcych w r. 1927, 1928.
10) Teren (okrąg), jaki zakład obsługuje (miasto, powiat, kilka powiatów).
11) Z jakich okolic pochodzi przeważnie liczba dzieci.
12) Przez jakie instytucje dzieci są kierowane do zakładu.
13) Czy często zachodzi potrzeba walczenia o przebywanie dzieci chorych w zakładzie aż do wyleczenia.
14) Jakie metody leczenia są stosowane:
Werandowanie. — Naświetlania słoneczne, lampami kwarcowemi, solluxem. — Kąpiele lecznicze. — Zabiegi ortopedyczne (gimnastyka lecznicza, gips, wyciągi, operacje). Roentgenoterapja i inne.
15) System odżywiania (liczba i ilość posiłków dziennie, ich jakość). Czy przeprowadza się codziennie ścisłe określenie posiłków według kalorji lub hektonemów.
16) Jak rozstrzygnięta jest sprawa nauki i wychowania.
Ile godzin dziennie trwają zajęcia szkolne. — W jakich godzinach odbywa się nauka. — Jaki jest program. — Jakie są stosowane metody nauczania i wychowania. — Czy dzieci leżące (w łóżeczkach gipsowych, z opatrunkami wyciągowemi) uczą się i w jaki sposób odbywa się nauka. — Jak zaspakajane są potrzeby religijne dzieci?
17) Czy utrzymuje się dalszy stały kontakt z dzieckiem, wypisanem z Zakładu, i w jaki sposób?
18) Podstawy finansowe, na których oparte jest istnienie Zakładu.
19) Jaka jest opłata za dziecko, leczone w zakładzie: ryczałtowa i dodatkowo za poszczególne zabiegi i dodatki.
20) Ilu jest lekarzy i jakie są warunki ich pracy i płacy.
21) Ilu jest wychowawców, nauczycieli, nauczycielek, wychowawczyń i na jakich warunkach pracują.
22) Ile jest pielęgniarek, opiekunek i na jakich warunkach pracują. — Co pobierają. — Czy pielęgniarki i ile dyżurują w nocy.
23) Ile pozatem personelu i jakiego pracuje w zakładzie.
24) Czy jest własny gabinet roentgenologiczny, własna pracownia lekarska, bakterjologiczna i t. p. Inne urządzenia lekarskie.
25) Czy i jakie badania naukowe są przeprowadzane: kliniczne, laboratoryjne, wychowawczo-pedagogiczne.
26) Czy jest stacja meteorologiczna, z przyrządami do mierzenia liczby godzin słonecznych i natężenia energji słońca.
27) Czy Zakład ma względnie opracowuje jedną linję wytyczną pracy w kierunku sanatoryjnego leczenia dziecka u siebie, odróżniającą zakład od innych podobnych.
28) Czy i jakie przewiduje się zamierzenia inwestycyjne i lecznicze na najbliższą przyszłość.

Uprasza się o wszelkie inne dane, które mogą uzupełnić braki tego kwestjonarjusza.

U w a g a: O ile zakład posiada kilka oddziałów, to dane dla oddziału gruźliczego, o ile się różnią od pozostałych (np. p. p. 6, 8, 9, 10, 11, 12 i inne) należy podać w tych samych rubrykach oddzielnie z zaznaczeniem, że dotyczą oddziału dla dzieci gruźliczych.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

M. L a b b é et H. S t é v e n i n: *Le métabolisme basal.* 335 stron tekstu. Paris. 1929. Masson et Cie. Cena 40 fr.

Książka składa się z ośmiu rozdziałów omawiających fizjologję, patologję i technikę przemiany spoczynkowej (p. s.). Klinicystę najwięcej interesuje rozdział omawiający patologję przemiany spoczynkowej. Wprawdzie rozdział ten nie wnosi nic nowszego, jest jednak starannem zebraniem wiadomości z tej dziedziny, opartych na doświadczeniach własnych jak i innych autorów.

Autorowie omawiając wartość rozpoznawczą p. s. w tyreotoksykozach przenoszą wartość p. s. nad innemi próbami biologicznemi, jak próba obciążenia cukrem gronowym czy próba Goetscha. Nie uznają tyreotoksykozy bez powiększenia się p. s. często nie można rozpoznać choroby Basedowa, zamaskowanej obrazem klinicznym obrzęku śluzakowatego czy otłuszczenia, na co dają dwa piękne przykłady. Badaniu p. s. przypisują autorowie wielką wartość w kontrolowaniu leczenia. Dzięki tej kontroli mogli oni stwierdzić, że antytyreoidyna ani brom ani przetwory walerjanowe nie obniżają p. s. Arsen wywiera mały wpływ obniżający na p. s., w przeciwieństwie do leczenia wypoczynkowego. Największy wpływ obniżający p. s. posiadają jod, promienie Roentgena i zabiegi chirurgiczne (Tyreoidektomia). Po tyreoidektomji jednostronnej obniża się wprawdzie p. s., nie powraca jednak do poziomu prawidłowego, który można uzyskać dopiero po tyreoidektomji obustronnej. Leczenie promieniami Roentgena daje przeważnie piękne wyniki. Wrażliwość jednak osobnicza jest wybitnie różna. I tak na przykład w jednym przypadku po ośmiu naświetlaniach promieniami Roentgena opadła ze + 152% na + 78%, zaś w drugim przypadku już po trzech naświetlaniach p. s. opadła ze + 67% na — 11%.

Niektóre przypadki nie oddziaływują na leczenie Roentgenewskie względnie reagują nawet zwyżką p. s. Z powyższych danych wynika, że leczenie to należy przeprowadzić pod kontrolą p. s.

Rozdział poświęcony schorzeniom przysadki jest znacznie słabszy. W szczególności bardzo mało są uwzględnione pracy Liebesny'ego, Knippinga, Kestnera, Plauta, i innych. O swoistodynamicznem działaniu białka spotyka się tylko krótkie wzmianki, przyczem uderza, że autorowie nie przeprowadziwszy w tym kierunku własnych badań odrzucają jako mało przekonywujące doświadczenia szkoły Hamburskiej.

W przypadkach otłuszczenia autorowie rozróżniają trojakie zachowanie się p. s.: 1) p. s. prawidłowa, jako najczęstsze zjawisko otłuszczenia wskutek przekarmienia 2) p. s. obniżona (15% przyp.) w przypadkach na tle schorzenia gruczołów wkrewnych 3) p. s. podwyższona na skutek równocześnie występującej choroby Basedowa.

Z innych badań na uwagę jeszcze zasługuje zachowanie się przemiany gazowej w cukrzycy, w której p. s. nie odbiega od p. s. przypadków prawidłowych.

Władysław Elmer.

Prof. J. N o w a k: *Die Menstruation und ihre Störungen.* VIII°. str. 93. J. Springer — Bücher der Ärztlichen Praxis. Nr. 11.

Książeczka ta w sposób przejrzysty i jasny nie obarczony nużącym balastem literatury, daje czytelnikowi obraz dzisiejszego stanu nauki o krwawieniach miesięcznych i ich zaburzeniach.

W omawianiu leczenia zaburzeń miesiączkowych, autor uwzględnia oprócz dawnych środków, najnowsze zdobycze endocrinologji. Pracę tę czyta się z przyjemnością.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

Prof. Dr. E. Maliwa: *Störungen in der Frequenz und Rythmik des Pulses.* Bücher der ärztlichen Praxis. Springer Verlag. Str. 76.

Książeczka przeznaczona jest dla lekarzy - praktyków. Z tego punktu widzenia opracowana broszura nie może czytelnikowi przedstawić wyczerpująco wszystkich metod i odgraniczyć różniczkowo całego szeregu schorzeń. W interesie zwięzłości i przejrzystości nie porusza autor szeregu kwestyj spornych. Stara się również unikać subjektywizmu, przedstawiając objektywnie najważniejsze podstawy kliniczne i terapeutyczne niemiarowości serca. Nie cytuje autorów, by nie powiększać materjału. Wspomina tylko 3 koryfeuszy rytmiki serca: Engellmanna, twórcy teorji myogennej czynności serca, Eithovena, wynalazcy galwanometru strunowego, który nadał taki rozmach rozwojowi elektrokardjografji i Wenckebacha, odkrywcy rozmaitych postaci arytmji. Pod pojęciem „uszkodzenia czynnościowego" rozumie autor nie jeno pierwotną hypertonję i niesklerotyczną anginę piersiową, lecz przedewszystkiem uszkodzenia rytmu i częstości akcji, które nie są warunkowane zmianami anatomicznemi. Wychodząc ze założenia, iż znajomość fizjologji serca tworzy główną podstawę dla poznania jego patologji daje autor zarys fizjologji serca i tętna. Pobieżnie omawia metody graficzne, ponieważ dla lekarza - praktyka nie przedstawiają one praktycznej wartości, jako środki pomocnicze. Bardziej szczegółowo przerabia Maliwa w osobnych rozdziałach zmiany w częstości uderzeń, warunkowane przyczynami pozasercowemi, tachykardję napadową, chwianie przedsionków (fluttering i flimmering), skurcze dodatkowe, kompleks Adams - Stokesa, osłabienie mięśnia sercowego. Po podaniu etjologji, objawów każdego schorzenia przechodzi do leczenia. W niem leży główna zaleta książeczki. Praktyk znajdzie tu dobrze zebrany materjał terapeutyczny szkoły wiedeńskiej. Znajdzie również szereg recept gotowych, używanych na klinice Wenckebacha. Np. przy omawianiu leczenia skurczów dodatkowych, obok recept i mieszanek z dobrym wynikiem używanych przez autora, podaje on również oryginalną receptę prof. Wenckebacha, kombinację digitalis, chininy i strychniny, opartą na poglądzie, że przy skurczach dodatkowych chodzi głównie o zmniejszenie drażliwości drogą okrężną przez nerw błędny. *Rp. Chinini hydrochlor 4,0, Pulv. fol. Digitalis titr. 2,0, Strychnini nitric. 0,08, Misc. F. ope succi Liquir. m. pill., Div. in pill* Nr. XC *(nonaginta).* D. S. 3 razy dziennie 1, 2 do 3 pigułek.

Książeczka kończy się rozdziałem o ogólnem rozpoznawaniu i rokowaniach. Maliwa nie przynosi wprawdzie w swej książeczce nic nowego, niejednemu lekarzowi praktycznemu może jednak oddać nieraz dobrą usługę, znajdzie tenże bowiem w niej obok szeregu wskazówek praktycznych rozpoznawczych dobrze ujętą, szczegółową terapję.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 13, z 1 lipca 1929: W. Majer: Żółtaczka ciążowa. — W. Mikułowski: O kokluszowem zapaleniu opłucnej. — T. Kucharski: Neopankarpina.— S. Łaguna: O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich (c. d.)

Nowiny Lekarskie, rok XLI zeszyt 14, z 15 lipca 1929: D. Wyrwicki: W sprawie pęknięć ujścia i szyjki macicznej podczas samoistnego porodu. — J. Zeyland: Kilka uwag w sprawie odczynu tuberkulinowego. — Z. Zakrzewski: O hodowli tkanek poza ustrojem. — 60 letni jubileusz doktorski i pracy lekarskiej Dr. M. Kubego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 30, z 28 lipca 1929: Dr. Janina Opieńska-Blauthowa: Analiza glicerofosforanów wapnia. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Położna, rok II, nr. 7-8, za lipiec i sierpień 1929: A. Pappée: Uwagi o kilku objawach chorobowych. — A. Donhaiser: Bakterje w zakażeniach połogowych. — Z praktyki.

Medycyna Warszawska, nr. 3 (22), z 1 sierpnia 1929: W. Janusz: Stany rozrzedzeniowe tkanki mózgowej. — M. Grycewicz: Nefelometrja i jej znaczenie dla kliniki. — Zdz.Świder: O grypie żołądkowo-jelitowej. — L. Ligęza: O rozpoznaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — Błonica. — Sprawozdanie z pracy Oddziału Obserwacyjnego w Szpitalu Im. Stanisława w Warszawie w r. 1928/29. — C. Benevolus: Współczesny nasz stan lekarski.— Wspomnienie pośmiertne Dr. Adama Altkaufera.

Gastrologja Polska, tom I. nr. 3, z marca 1929: J. Boas: O diecie roślino-mlecznej w cierpieniach żołądka i jelit. — B. Kryński: Trzy lata cholecystografji. A. Goldman: O postępowaniu przed i pooperacyjnem przy zabiegach na przewodzie pokarmowym. — Z. Grudziński i Kaz. Winnicka: Przyczynek do sprawy rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka i dwunastnicy. — J. Schlager:Przyczynek do patogenezy miażdżycy wielkich naczyń brzusznych. — S. Frank: Przypadek raka żołądka w wieku młodocianym. — H. Adelfang: O uchyłkach dwunastnicy. — S. Frank: W sprawie ciał obcych w odbytnicy.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 13, nr. 12, z 15 czerwca 1929: A. Bylina: Ś. p. Władysław Jamrusz. - St. Wszelaki: Zagadnienie „Agranulocytozy" w świetle przypadku posocznicy z odczynem agranulocytarnym. — G. Szulc: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu.

Polski Przegląd Oto-laryngoliczny, tom VI, zeszyt 1, z r. 1929: Bibikowa i Zimmerman: O znaczeniu djagnostycznem objawu Argyll-Robertsolma w świetle rozważań oto-neurologicznych. — Wulfson: Przyczynek do guzów mieszanych gardła i podniebienia twardego. — Wąsowski: Kilka uwag w sprawie znaczenia zmian wzoru leukocytowego w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach. — Laskiewicz: W sprawie roentgenologicznego badania krtani. — Gumiński: Przypadek pleśnicy białawej wraz z błonicą w przełyku. — Wąsowski: Kiła ucha (dok.).

Ratownictwo, rok I. nr. 7, z lipca 1929: Fr. Obarski: Stwierdzenie zgonu w praktyce lekarza Pogotowia Ratunkowego. — Sprzęt ratowniczy w zakładach przemysłowych.

Neurologja Polska, tom XII, zeszyt II, r. 1929: L. Bregman: O zaburzeniach ośrodkowo-nerwowych w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. — J. Mackiewicz: O glejakach. — Nekrologja. — Ś. p. Tadeusz Gepner.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 27, z 4 lipca 1929: L. Endelman: Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne (c. d.). — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. — Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą (dok.). — A. Dryjski: Geneza i technika metody psychoanalitycznej (streszcz. zbior.). — H. Kluszyński: Z międzynarodowego terenu pracy nad reumatyzmem. G. Raciążek: z III. Rocznika ubezpieczeń społecznych w Polsce. — J. Rutkowski: Kinematograf i lampa katodowa (film mówiący) na usługach medycyny.

Warszawskie czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 28,z 11 lipca 1929 r.: L. Endelman: Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne (dok.). - L. E. Bregman i G. Krukowski: O postaciach uleczalnych ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia urazowego. — L. Zamenhof: Światłolecznictwo w ropnych zapaleniach ucha środkowego u dzieci. — A. Dryjski: Geneza i technika metody psychoanalitycznej (streszcz. zbior. c. d.). B. Kokajl-Kwalewska: Wyniki stosowania „Biocalcolu-Klave".

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 31 z 1 sierpnia 1929: J. Mackiewicz: O glejakach (dok.) - A. Krasuski: O zasobie zasad krwi i jego znaczeniu dla kliniki.— J. Nusbaum i L. Schlager: O nowem śniadaniu próbnem Robina. — Wł. Sterling: Achondroplarja.

Wiadomości Weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 108 za lipiec 1929r.: Jastrzębski T. i Szymanowski Z. Niedokrewność zakaźna koni. — J. Szabłowski: Zmiany tkanki sprężystej płuc wywołane przez iperyt. — K. Millak: Zjazd lekarzy weterynaryjnych w Poznaniu.

Nowiny społeczno lekarskie, rok III, nr. 15 z 1 sierpnia 1929: Kasy Chorych w Polsce i stanowisko lekarzy. — W sprawie budowy domu wypoczynkowego dla lekarzy. — F. Kasperowicz: W sprawie uporządkowania sanitarnej akcji samorządowej. — K. Kozłowski: Komu z lekarzy przysługuje prawo do tytułu lekarza specjalisty? — Z. Rudolf: Ochrona rzek przed zanieczyszczeniem oraz najbliższe zadania nasze pod tym względem. — Z Izb lekarskich. — Medycyna społeczna zagraniczna.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII, nr. 6 z 1 sierpnia 1929 T. Cybulski: Podstawowe wskazania dla leczenia w Rabce. — El. Kor. Na marginesie sprawozdań o tegorocznej frekwencji w krajowych uzdrowiskach.

Wiedza Lekarska, rok III, zeszyt 6, z czerwca 1929: M. Grzybowski: Znaczenie odczynu Wassermana w praktyce lekarskiej. Fr. Sienicki: O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 31, z 4 sierpnia 1929: J. Opieńska-Blauthowa: Analiza glicerofosforanów wapnia (c. d.). — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lekařů českých.

Rocznik LXVIII. L. 10.

Dr. S. Janoušek i Dr. A. Mladek: *Tlenek węgla a obieg.* Dokończenie nastąpi.

Dr. A. Vügtěch: *Scleritis metastatica abscedens.*

As. Dr. Saitz: *Substrat mlekowy w patogenezie alimentarnych schorzeń dzieci.*

Dr. J. Šerf: *T-fala w elektrokardjogramie, jej powstanie i znaczenie w ocenianiu sprawności serca.* (C. d. n.).

As. Dr. F. Knaponc: *Przypadek wrodzonej hypotonji oka.*

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich w Pradze, Bernie i Bratislawie. Referaty.

L. 11.

Doc. Dr. V. Bergauer: *Dziedziczność a ogólne biologiczne znaczenie grup krewnych.* Autor zajmuje się, opierając się na badaniach Hischfelda, Berusteina, Puruchały, Verzasa, Lezza, dziedzicznością grup krewnych, ich znaczeniem dla teorji ewolucji oraz rozpoznawaniem gatunków i plemion przy ich pomocy.

Doc. Dr. H. Pelc: *O wzorowej pracy zdrowotnej i społecznej w XIII okręgu wielkiej Pragi.*

Dr. S. Janoušk i Dr. A. Mládek: *Dwutlenek węgla a obieg krewny.* Dokończenie. W pierwszej części omawiają autorzy chemiczny związek dwutlenku węgla oraz jego otrzymywanie z mineralnej wody w Poděbradach. W drugiej części śledzą wpływ kąpieli na gazową przemianę materji w prawidłowym ustroju ludzkim. Wykazują, iż ta jest w łaźni o temp. 32—34° zwiększona, niezależnie od tego, czy się wdechuje powietrze czyste albo powietrze z nad łaźni. Działanie kąpieli węglowych zdaniem autorów nie można uogólnić lecz osądzać je należy indywidualnie ze względu na własnoście fizykalne i chemiczne poszczególnych wód węglowych.

Dr. J. Šerf: *T-fala w elektrokardjogramie, jej powstanie i znaczenie w ocenianiu sprawności serca.* (Dokończenie).

Dr. J. Rosenbaum-Skala: *Morbus Pelnari. Grypa.* Prof. Pelnař opisał pierwszy przypadki epidemicznie przebiegających meningizmów. Zwrócił się do lekarzy praktyków z prośbą o referowanie podobnych przypadków w ostatniej epidemji grypowej. Autor widział kilka podobnych przypadków schorzenia mózgowego, z których szczególnie jeden przebiega ciężko, podczas gdy inne przypadki miały charakter łagodny o przebiegu jednotygodniowym. Jako następstwo pozostawały jeszcze kilka dni po przebiegłej chorobie źrenice Argyl-Robestsona. Przypadek ten o przebiegu cięższym opisuje. Dodaje również 3 opisy dalsze o przebiegu łagodnym. Mniej typowych przypadków zaobserwował więcej. Objawy były następujące: Boleści głowy, wymioty, drgawki w łydkach, obstypacja, skłonność do colapsów, zamroczenie gorączka. Do tych objawów przyłączają się pharyngitidy z drażnieniem do kaszlu i katary oskrzeli. Po 5—6 dniach objawy ustępują, nastaje pełne wyzdrowienie. Pneumonia jest rzadkością, częstsze są natomiast abscessy na migdałkach. *Dr. Ungar* (Lwów)

Piśmiennictwo francuskie.

Revue Belge des Sciences Médicales.

Tome I. Mai 1929. Nr. 5.

J. Maisin et P. Dupuis: *Embryomes et Cancer.* Wszystkie embrjomy, które autorzy wywołali u kur bez zmiany miąższu embrjomu lub miejsca wstrzykiwanego, przedstawiają tylko mały stopień rozwoju; po pewnym czasie rozwój się zatrzymuje, tkanki się różniczkują i zwolna nastaje resorbcja. Zwierzęta, które otrzymały embrjonalny miąższ, zmieszany z indolem lub arsenem, nie wykazują różnicy w stosunku do zwierząt kontrolnych. Wstrzykując zwierzętom ionium a następnie miąższ embrjonalny, otrzymali autorzy często embrjomy znacznych rozmiarów (8,5×5,6 cm). Jedno zwierzę injekowane ionicm miało wielki embrjom, a zginęło z powodu rozległego sarkomu, typu lymphosarcomu, który dał szereg przerzutów skórnych. Był to prawdziwy blastom a nie guz Rousa. Większość zwierząt, którym wstrzyknięto ionium zginęła z powodu pseudoguza brzusznego, rozległego, wyglądu sarkoidowego z przerzutami wątroby, przypominającego granulom Hodgkina; te pseudotumory zawierały drobnoustroje kwasodporne, przez autorów uważane za gruźlicę ptaków. Ani jeden przypadek embrjomu nie wykazywał objawu zrakowacenia. Autorzy sądzą, że doświadczalny embrjom u kur jest stanem przedrakowym, Autorzy dołączają do swych wywodów teoretycznych XII tablic mikrofotograficznych.

Dr. Ungar (Lwów)

Piśmiennictwo amerykańskie.

Long Island Medical Journal
The official Organ of the Associated Physicians of Long Island

Vol. 23. April, 1929 Nr. 4.

J. N. Vander Veer: *Prawo odszkodowania robotnika.*

D. Wexler i J. Goldstein: *Oznaki miażdżycy na dnie oka.*

A. C. Martin: *Psychika kobiety.*

J. Gray: *Patogeneza wrzodu peptycznego i związek jego z przemianą rakową.* Autor omawia szereg teorji, mających wytłumaczyć patogenezę wrzodu peptycznego, omawia zosobna: 1) teorję cyrkulacyjną, 2) teorję neurogenną, 3) teorję biochemiczną, 4) teorję toksycznego i zakaźnego czynnika, 5) teorję związku zachodzącego pomiędzy zapaleniem błony śluzowej żołądka a wrzodem, 6) teorję związku pomiędzy trauma, mechanicznymi czynnikami a wrzodem, 7) teorję pozostałej nieprawidłowej błony śluzowej. Histologicznie wielokrotnie wykazano, iż wrzód żołądka podlega nieraz przemianie rakowej, podczas gdy wrzód dwunastnicy nigdy nie wykazuje tych zmian. W czasach najnowszych coraz więcej zdobywa sobie uznanie pogląd, iż wrzód żołądka rzadko ulega zrakowaceniu lecz pierwotnie pozostaje i rozwija się jako rak. Z punktu widzenia klinicznego, głównie teorji irytacyjnej, w żołądku w którym wrzód się rozwinął, są dane czynniki drażniące dla wywołania raka. Wykazało się, że osobniki ze wrzodem żołądkowym mogą posiadać raka w innych okolicach żołądka i że jednostki z rakiem mogą wykazywać wrzód również w innej części żołądka. Co więcej opisano, że wrzód peptyczny może się rozwinąć na podstawie raka. Fakt, że rak żołądka rozwija się bardzo często u jednostek, które wykazują zupełnie zdrowy żołądek przemawia przeciw rozwojowi jakiemukolwiek na basis wrzodu albo przewlekłego zapalenia żołądka. U licznych chorych rozpoznanie dobrotliwego wrzodu stawiane jest tak klinicznie jak i roentgenologicznie w przypadkach, w których rzeczywiście obecnym jest złośliwy wrzód albo zrakowaciały. Nawet najzagorzalsi zwolennicy przemiany rakowej wrzodu żołądka uważają ledwo 3% ze wszystkich przypadków wrzodów. I chirurdzy zgadzają się z poglądem, że rak pierwotnie powstaje jako taki i że przewlekły wrzód żołądka pozostaje chorobą dobrotliwą (co i histlogicznie prace potwierdzają).

Dr. Ungar (Lwów)

Piśmienictwo niemieckie.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 28. 1929.

Prof. Wagner Jaureg: *Podłoże dziedziczne chorób umysłowych. Uodpornianie przeciw dyfterji przez skórę metodą Loevensteina H. Baar i A. Grabenhofa.* Stosując podaną przez Loevensteina maść zawierającą zabite bakterje błonicy, u świnek i u dzieci dochodzą autorowie do następujących wniosków. Maścią Loewensteina dadzą się świnki morskie i dzieci uodpornić przeciwko błonicy. Odporność ta u świnek da się wykazać ujemnym wynikiem szczepienia żywych zarazków, u dzieci ujemnym wynikiem próby Schika i ustępowaniem błonicy. Ostateczne zalety i nieszkodliwość tej metody dadzą się stwierdzić masowem stosowaniem jej u dzieci.

H. Steindl: *Rozwój raka i dyspozycja nowotworowa.* U osobnika z rozległemi epidermoidami skóry rozwinął się rak kiszki ślepej. Autor odnosi rozwój raka do ogólnej osobniczej dyspozycji nowotworowej zaznaczonej wybitnie tworzeniem się nowotworów skóry.

K. Glatzer: *Doświadczenia z doustnie podawaną szczepionką gonokokową.* Stosując preparat Rhéantine Lumiere uważa autor, że preparat ten jest cennym środkiem w leczeniu chronicznych

uporczywych przypadków. W przypadkach ostrych wspomaga dzielnie leczenie miejscowe, gdyż zdaje się uodparniać i przeciwdziałać powstawaniu zapalenia przydatków. Podczas podawania niema niemiłego ogólnego odczynu jak przy podaniu szczepionek parenteralnem. Dalsze próby wskazane i warte zachodu.

F. Mraz: *Nasze doświadczenia ze starszemi pierwiastkami.* Z przeprowadzonej statystyki autor wysnuwa następujące wnioski: Z wieku starszej pierwiastki z normalnem położeniem płodu nie można stawiać niekorzystnego rokowania co do porodu, nawet jeżeli ma się do czynienia z przypadkiem wczesnej starości. Wskazane jest stanowisko wyczekujące, jedynie w przypadkach oporności ujścia przy dawno pękniętym pęcherzu można przyspieszyć poród przez nacięcia ujścia. Wskazania do operacji drogą pochwową są te same co u innych rodzących. Jedynie położenia pośladkowe z przedwczesnem odejściem wód u starszych pierwiastek winno skłonić położnika do wykonania cięcia cesarskiego. Trzeci okres wymagający interwencji położnika daje gorsze rokowanie. Stare chroniczne sprawy chorobowe zwłaszcza serca u starszych pierwiastek (2 przyp. śmiertelne) dają przeciwwskazanie do zajścia w ciążę, jakkolwiek należy przypadki indywidualizować.

E. Neuber: *Filaria sanguinis hominis.* Opis przypadku obserwowanego w Debreczynie.

C. Reiter: *Zaburzenia, ruchomości żołądka.* Wykład kursu dokształcającego.

S. R. Brünauer: *Rozpoznanie i leczenie rozmaitych form liszajów.* Dla praktyki.

Nr. 29. 1929.

E. Lauda: *Wskazania do wycięcia śledziony i jego podstawy.* Wykład kliniczny.

Prof. Wagner Jaureg: *Podłoże dziedziczne chorób umysłowych.* Dokończenie. — Wykład kliniczny.

St. Fehér: *Diureza wywołana salyrganem a krążąca ilość krwi.* Autor stwierdził, że w przypadkach obrzęków wywołanych schorzeniem serca, podanie salyrganu podnosi ilość krążącej krwi tak w zakresie osocza jak i ciałek krwi. Wzrost ten występuje na szczycie diurezy. W przyp. w których działanie salyrganu zawiodło, ilość krążącej krwi nie uległa zmianie.

F. Lechner: *Doświadczenia nad próbą Müllera (Müllerische Ballungsreaction) na 2000 przyp.* Ze względu na swoją czułość i wysoką swoistość winna być próba ta stosowana w rozpoznawaniu kiły. Próba ta według doświadczeń autora daje b. dokładne wyniki.

Prof. M. N. Czebokssarow: *O Pyloroduodenitis.*

E. Nobel: *Profilaktyka gruźlicy.* Wykład kursu dokształcającego.

A. Pick: *O obstipacji.* Wykład kliniczny.

H. Spitzy: *Zadania profilaktyczne ortopedysty w wieku dziecięcym.* Z praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

Piśmiennictwo esperanckie.
Internacia Medicina Revuo.

Nr. 4. 1929.

A. Frambusti (Genua): *O chorobie Stilla.* Opis dwóch przypadków tej choroby, którą cechuje zespół trojakich objawów a to, zajęcie stawów, gruczołów chłonnych i powiększona śledziona. Przebieg jest chroniczny z małemi przerwami stanu bezgorączkowego albo w okresach gorączkowych. Choroba trwa długie lata i może prowadzić do zgonu, najczęściej jednak chorzy ulegają wtórnym zakażeniom, zwłaszcza pneumokokami. Środków leczniczych brak, albowiem etjologja tej choroby jest jeszcze okryta głęboką tajemnicą.

Radliński (Warszawa): *Chirurgja opłucnej.*

R. Maes-Dubois (Bruksela): *Poprawa przypadku przemieszczenia małżowiny usznej.* U dziecka 20-to miesięcznego z wrodzoną heterotopia auriculae wykonano trzy operacje plastyczne do przemieszczenia małżowiny w odpowiedniem miejscu.

Z. Bychowski (Warszawa): *Pani ma lekki szmerek nad sercem.* Neurastenikom nie powinno się tego rozpoznania wyjawiać.

Masse-Pollet: *Czy piwowarzy są uodpornieni od raka?* Ankieta przeprowadzona wykazała, że od r. 1861 z robotników wielu browarów żaden nie umarł na raka.

B. Sigal: *Dziesięć lat medycyny sowieckiej.* Cytuje liczne postępy w urządzeniach lekarskich i sanitarnych w Z. S. S. R.

Dr. J. Fels.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Uzupełnienie do sprawozdania z posiedzenia odbytego w dniu 30/I. 1929 r.

Dr. Antoni Szurzec: przedstawia kilka ciekawych preparatów przebicia macicy, które leczono na oddziale położniczo-ginekol. (Prym. Doc. Dr. Zubrzyckiego) w Szpitalu św. Łazarza. Wszystkie one powstały na skutek usiłowanego sztucznego przerwania ciąży.

Przypadek I.: A. P. lat 38 zamężna, przebyła 6 prawidłowych porodów i dwukrotnie przerwanie ciąży. — Pierwsza miesiączka w 16 roku życia, ostatnia 10/VII 1928 r.

30/VIII 1928 przebywa na oddziale skierowana przez jednego z lekarzy z rozpoznaniem przebicia macicy, które powstało w czasie dokonywania przerwania ciąży i to w momencie rozszerzenia kanału szyjki po wprowadzeniu rozszerzadła H. Nr. 10. Chora przybyła na oddział w 28 godz. po opisanem wydarzeniu z objawami wyraźnego ogólnego zapalenia otrzewnej, CC. w C. 37.8 tętno 120 na m. Przy badaniu stwierdzono: macica odpowiadająca wielkością ciąży 2 mies. w tyłozgięciu, na dotyk bardzo bolesna. — Sklepienie tylne obniżone, bolesne, przypadki bez zmian.

Rozpoznano: Ciąża 2 mies. tyłozgięcie macicy. Rozpoczynające się ogólne zapalenie otrzewnej. Natychmiast otwarto jamę brzuszną od strony powłok. — W wolnej jamie brzusznej stwierdzono około 200 cm³ cieczy mętno krwawej, otrzewna tak ścienna jak i trzew nastrzykana, miejscami przyćmiona a w obrębie miednicy małej pokryta złogami włóknika. — Na przedniej ścianie trzonu macicy poprzeczny otwór wielkości ½ cm. komunikujący bezpośrednio ze światłem macicy o brzegach poszarpanych, krwawiących. Macicę wraz przydatkami usunięto, pozostawiając prawy jajnik. Jamę brzuszną sączkowano przez pochwę, powłoki zamknięto. — Chora zabieg zniosła dobrze i po kilku tygodniach opuściła odział jako zdrowa.

Przypadek ten ciekawy jest dlatego, bo uszkodzenie powstało na skutek zagłębokiego wprowadzenia pręta rozszerzadła,oraz na skutek niedocenienia znaczenia tyłozgięcia, jako momentu sprzyjającego przebiciu. Pozatem zwraca uwagę korzystny wynik leczniczy mimo, że zabieg operacyjny wykonano w 28 godz. po przebiciu macicy przy wyraźnie rozpoczynającem się ogólnem zapaleniu otrzewnej.

Przypadek II.: R. P. lat 31 wdowa, rodziła dwa razy prawidłowo, pierwsza miesiączka w 17 roku życia ostatnia 1/VIII 1928.

21/X 1928 r. przywieziona na oddział przez lekarza, który oświadczył, że tego dnia wykonał u niej przerwanie ciąży. Przy usuwaniu jaja płodowego zauważył, że po stronie prawej skaleczył macicę już w czasie wydobywania łożyska kleszczykami do poronienia. Dalszego zabiegu zaniechał i przywiózł chorą do szpitala. Chora blada, tętno 130 na m. słabo napięte, CC. w d. 37.4. Brzuch wzdęty, na dotyk bolesny, język podsychający. — Badanie narządów rodnych wykazało: macica odpowiadająca wielkości ciąży 3 mies. przy dotyku bolesna. Kanał szyjki drożny dla małego palca. W prawem przymaciczu opór elastyczny, tkliwy, o granicach niewyraźnych, poza tem zmian w narządach rodnych nie stwierdzono.

Rozpoznania: Ciąża 3 mies. — Przebicie macicy. — Krwiak w przymaciczu prawem.

Otwarto natychmiast jamę brzuszną od strony powłok. W wolnej jame brzusznej znajdowało się około 300 cm³ krwi płynnej.

Na bocznej prawej stronie macicy otwór wielkości 2 złotówki, o brzegach poszarpanych, krwawiących. Otwór ten znajdował się tuż poza ujściem wewnętrznem w dolnej części trzonu i wysterczała z niego część łożyska. W prawem przemaciczu krwiak wielkości głowy noworodka, sięgający aż pod nerkę. Macicę wraz z przydatkami usunięto, pozostawiając jajnik lewy. Wyszukano i odpowiednio zaopatrzono krwawiące naczynia w przymaciczu prawem i usunięto z tegoż skrzepy krwi. Jamę brzuszną sączkowano przez pochwę, powłoki zamknięto. Chora zabieg zniosła dobrze, przebieg pooperacyjny bez powikłań, po 3 tygodniach opuściła oddział zdrowa.

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na anatomiczny wygląd uszkodzenia oraz wynik leczniczy. — Gdyż w razie pozostawienia jej w leczeniu zachowawczem zginęłaby w pierwszym rzędzie od skrwawienia. Okaleczenie powstało na skutek ślepego posługiwania się kleszczykami, któremi uchwycono ścianę macicy miast łożyska.

Przypadek III.: M. T. lat 42 zamężna, przebyła dwa prawidłowe porody i jedno poronienie, pierwsza miesiączka w 16 roku życia ostatnia 5/X 1928 r.

3/I. 1929 r. przysłana na oddział przez lekarza z podejrzeniem ciąży pozamacicznej. — Stan chorej przedstawiał się następująco:

ogólne osłabienie, wybitna bladość powłok, CC. w C. 36.7 tętno 140 na m., ledwo wyczuwalne, tony serca głuche, brzuch wzdęty na dotyk tkliwy, wypukiem na bokach przytłumienie.

Badanie narządów rodnych wykazało: macica odpowiada wielkością ciąży 3 mies., na dotyk bolesna, w dnie macicy guz wielkości pięści, twardy. Tylne sklepienie obniżone przydatki bez zmian. Chora kategorycznie zaprzecza usiłowania sztucznego spędzenia płodu. — Nakłuto tylne sklepienie i wydobyto 10 cm³ krwi płynnej. Rozpoznano: Ciążę 3 mies., Mięśniaka macicy. Niedokrwistość wysokiego stopnia na skutek krwotoku wewnętrznego.

Otwarto natychmiast jamę brzuszną od strony powłok, w wolnej jamie brzusznej duża ilość krwi płynej. Po usunięciu krwi na tylnej blaszce wiązadła szerokiego tuż przy macicy od strony lewej rozdarcie blaszki dług. 1½ cm. szerok. ½ cm. z tego otworu do wolnej jamy brzusznej sączy krew. W dnie macicy włókniako-mięśniak na szerszej podstawie. Narządy wewnętrzne wybitnie blade.

Rozpoznano: przebicie macicy ciężarnej i usunięto ją wraz z przydatkami, pozostawiając prawy jajnik. Jamę brzuszną sączkowano przez pochwę, powłoki zamknięto.

Chora zabieg zniosła dobrze, lecz po 20 godz. pomimo odpowiedniego leczenia zmarła wskutek niedomogi mięśnia sercowego. Na preparacie usuniętej macicy stwierdzono otwór tuż koło ujścia wewnętrznego, wielkości średniej sondy, biegnący skośnie w postaci kanału przez miąższ macicy w lewe przymacicze. Obok niego drugi otwór nieprzebijający jednak mięśna macicy.

Po wypadku tym zostały obrażone naczynia maciczne po stronie lewej co spowodowało krwotok wewnętrzny.

Jak wynika z dalszych wywiadów z otoczenia chorej, miała ona podobno manipulować w narzędach rodnych drutem do robienia pończoch zapewne w celu spędzenia płodu.

Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że pozornie tak nieznaczne obrażenie spowodowało tak wielki krwotok wewnętrzny.

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. W. GABEL. Lwów.

Obecne badanie lekarskie wychodźców w Gdańsku.

Wkrótce pocznie się w biurach okrętowych, utrzymujących komunikację z Kanadą, praca nad t. zw. allotment'em. Celem dokładnego zrozumienia znaczenia tego wyrazu (przydział, rozdział), chce w kilku zdaniach wyjaśnić, na jakich podstawach odbywa się obecnie immigracja do Kanady. Dwie, prawie równolegle do siebie biegnące linje kolejowe łączą wschodni ze zachodnim brzegiem Kanady, linja rządowa Canadian-National-Railways, skrótem Sienar i linja prywatna Canadian-Pacific-Railway — skrótem Sipiar nazwane. Aby dać w przybliżeniu pojęcie o długości tych linji, przytaczam, że najszybsze pociągi bez dłuższego postoju potrzebują cztery doby do przebycia tej drogi. Po obu stronach tych linji, wzdłuż i wgłąb, ciągną się obszerne, własnością jednej z dwóch linji będące pola — częściowo skolonizowane i uprawione, częściowo odłogiem leżące — czekają na kolonizatorów. Otóż tym dwom linjom oddał Rząd Kanadyjski troskę o immigrację, a te stworzywszy u siebie osobne Departamenty Kolonizacji i Rozbudowy, udzielają bezpłatnie informacje i porady już osiadłym rolnikom (farmerom) względnie nowoprzybyłym wychodźcom, ułatwiając im pod każdym względem osiągnięcie zamierzonego celu. Do tych biur zgłaszają farmerzy, przez swe organizacje, z reguły po żniwach, ilość sił roboczych, którą do zasiewu będą przypuszczalnie potrzebowali. Zebrawszy te cyfry, przedkładają je Dyrekcje tych dwóch linji, Rządowi Kanadyjskiemu, który ostatecznie oznacza liczbę rolników, dozwoloną do immigracji. Liczba ta dozwolona niezawsze zgadza się z liczbą podaną przez Departamenty Kolonizacji i Rozbudowy, wchodzą w grę tutaj czynniki polityczne, które były np. w roku zeszłym przyczyną okrojenia wykazanego zapotrzebowania o 70% gdyż Rząd Kanadyjski liczył na to, że resztę sumy pokryją bezrobotni własni poddani angielscy. Ostatecznie sumę dozwoloną rozdzielają linje kolejowe wedle pewnego klucza na poszczególne kraje Europy i tę to cyfrę, dla pewnego kraju wykalkulowaną, zwą allotment'em.

Drugim sposobem dostania się do Kanady jest za t. zw. permit'em lub nominacją. Dokument taki — permit lub nominacja — wystawiony w Kanadzie na podstawie prośby mieszkańca Kanady uprawnia imiennie wymienionego posiadacza, do wjazdu do Kanady, o ile naturalnie odpowiada wymogom ustaw immigracyjnej.

Trzeci wreszcie i ostatni sposób dostania się do Kanady, jest na podstawie wjazdu całej familji. Rząd Kanadyjski, chcąc ogromne przestrzenie skolonizokać, uprawnia całe familje do wjazdu bez specjalnego pozwolenia, jeżeli posiadają pewną oznaczoną sumę pieniężną, przeznaczoną na kupno farmy i zobowiążą się usiąść i gospodarzyć na farmie.

Stosownie do tych trzech sposobów, stosownie do tego, na podstawie jakich dokumentów wychodźca udaje się w podróż, ocenia lekarz kanadyjski w Gdańsku przedstawiony mu materjał. Mając sposobność być obecnym kilkakrotnie we Lwowie — jakoteż i w Gdańsku przy badaniu przez lekarza kanadyjskiego — zaznajomiwszy się — o ile się dało — ze sposobem opinjowania i z punktem oceniania przyjętym przez lekarzy kanadyjskich, a biorąc pod uwagę ważność takiego badania, sądzę, że nie będzie zbytecznem podać ogólnikowo linje wytyczne, według których postępują lekarze kanadyjscy, odsyłając tych Czytelników, którzyby się chętnie zaznajomić chcieli ze szczegółami do mej, niedawno wyszłej, broszurki [1]).

Dla wychodźców, jadącyc za allotment'em, są stawiane jak najostrzejsze wymogi — rzecz jasna, skoro się zważy, że są to osoby jadące do obcych, nieznanych ludzi, a mające się podjąć do ciężkich robót fizycznych — bo robót rolnych. — Żąda się bezwzględnie wyborowego materjału — bez jakiejkolwiek — choćby najmniejszej skazy, bez żadnych — choćby najnieszkodliwszych nieprawidlowości lub zboczeń, słowem materjał oznaczony przez Anglików jako A-1, czyli według naszego oznaczenia należących do pierwszej klasy. W pierwszym rzędzie muszą oni fizycznie odpowiadać, a zatem być wysokiego wzrostu — o silnej, krzepkiej budowie ciała niżej 45 lat. Opinje co do fizycznej zdolności wydaje nietylko lekarz, lecz i oficer immigracyjny — a ten ostatni stawia często o wiele dalej idące żądania i wymagania aniżeli lekarz. Wygląd nie śmie być odrażający — ozena, warga zajęcza, choroby skórne na twarzy lub czaszce — choć nie przenośne (łuszczyca, wyprysk) lub inne podobne zmiany, mogące być przeszkodą w wyszukaniu pracy, stanowią powód do dyskwalifikacji. Narządy zmysłowe muszą być zupełnie prawidłowe, wzrok, słuch, mowa bez zarzutu, osoby z bliznami na rogówce, choć widzenie jest prawidłowe — z bliznami na wyrostku sutkowym, po doszczętnej operacji zapalenia ropnego ucha środkowego, jąkających się, należy odrzucać. Szyja normalna, bez wola, bez namacalnych gruczołów chłonnych, bez blizn po zropiałych gruczołach. Klatka piersiowa ma być dobrze zbudowana, dołki nad i podobojczykowe niezapadnięte — bez zboczeń w kręgosłupie lub żebrach, bez blizn po ropniaku płucnym. Serce zupełnie prawidłowe: nieznaczna niemiarowość, nieznaczny podmuch, choćby nawet czynnościowy, przyspieszona czynność serca — są niedopuszczalne. Kanały pachwinowe muszą być zamknięte, niedrożne. Znaczniejsze żylaki powrózka nasiennego, guzy krwawnicze, należy operacyjnie usunąć. Żylaki muszą zniknąć (zastrzyki). Palce u rąk muszą być zupełnie utrzymane — brak, choćby jednej falangi jest przyczyną do odrzucenia, ruchy w stawach utrzymane, o jakichś skrótach, zniekształceniach, zaniku mięśni w kończynach — mowy być nie może; jednem słowem więc wychodźca musi być fizycznie o pierwszorzędnej kwalifikacji — a co do rozwoju umysłowego normalnie rozwiniętym.

Łagodniejszej ocenie podpadają należący do drugiej kategorji t. j. jadący na podstawie t. zw. permit'u lub nominacji, a zrozumiałe to jest, gdyż udają się oni do rodziców, krewnych lub znajomych, którzy znają tych, którym pozwolenie wjazdu wyrobili, a tem samem, nie wzbronią im przyjęcia do swego domostwa. A więc w pierwszym rzędzie odpada tu prawie zupełnie ocena fizycznej kwalifikacji, o ile nie rozchodzi się o osoby wybitnie chude, szczupłe, u których można podejrzywać przebytą lub utajoną jakąś chorobę wyniszczającą. Należą tu znaczniejsze niedokrwistości — jedyny czasem objaw poczynającej się gruźlicy. W każdym razie rozwój fizyczny musi odpowiadać podanemu wiekowi. Zajęcza warga nie jest przeszkodą, jeżeli o tej wrodzonej wadzie, są ci, którzy pozwolenie wyjazdu przesłali, poinformowani; wszelkie atoli wypryski na twarzy muszą być wyleczone.

I wzrok może być w dozwolonych granicach [2]) upośledzony, słuch nieco przytępiony i nieznaczne jąkanie się, uchodzą, jeżeli obustronne porozumiewanie się nie jest połączone z trudnościami. Małe wole *(struma simplex)*, przy zupełnie zdrowem sercu, bez wytrzeszczu, stare, blade, przesuwalne, powierzchowne, bez nacieku w otoczeniu, blizny na szyi, po zropiałych gruczołach chłonnych, przy zdrowym wyglądzie i zdrowych płucach są dopuszczalne. Lekkie podmuchy funkcjonalne w tonach serca, bez przerostu mięśnia sercowego nie stanowią przeszkody; kilkakrotnie nawet pojechały — szczególnie kobiety — z wybitną, ale wyrównaną wadą serca do swych mężów — wprawdzie po wniesieniu rekursu i uzyskaniu pozwolenia od Rządu Kanadyjskiego w Londynie

---

[1]) Dr. W. Gabel: Wskazówki dotyczące badania lekarskiego wychodźców. Wydanie drugie 1929. Gubrynowicz i Syn. Lwów.

[2]) l. c. Str. 24.

(o czem później). To samo dotyczy kobiet z małemi przepuklinami pachwinowemi; przepuklina u mężczyzn, a nawet i dzieci, musi być operowaną. Obustronne rozszerzenie kanałów pachwinowych, o ile przy parciu brak wypukleń, a mężczyzna jest zdrowy i tęgi — dobrego typu (of a good type) mogą być tolerowane. Łatwość i pewność usunięcia żylaków przez nowoczesne leczenie zastrzykami, każe nam i tu w osądzaniu możliwości wyjazdu być ostrożnymi, i skierować wychodźcę wprzód do zupełnego wyleczenia, tem bardziej, że podział na znaczne i nieznaczne żylaki, jak to instrukcja kanadyjska wymaga — jest — a dokładnie wyłuszczyłem to we wspomnianej broszurce [3]) — niedokładnym i nie dosyć ścisłym. W sprawie tej jestem w możności przytoczyć autentyczną interpretację Rządu Kanadyjskiego, jako odpowiedź na zapytanie naczelnego lekarza jednej z linji okrętowych. Ponieważ korespondencja ta rzuca snop światła na punkt zapatrywania się władz, chcę ją tutaj przytoczyć. Lekarz linji okrętowej pisze do swej Dyrekcji: „Wydany przeze mnie cyrkularz ustanawia, że osoby ze znacznemi żylakami, a także z następowemi stanami, jako to wrzodami żylakowatemi, zapaleniem żył, nie nadają się do jazdy, czyniąc osobę tę niezdatną do ciężkiej pracy, lub do pracy, wymagającej dłuższego stania. Znaczne żylaki winne być wyleczone operacją, przed udzieleniem osobie tej pozwolenia do dalszej jazdy. W związku z tem, chciałbym dodać, że nie należy wysyłać osób tych krótko po operacji, skoro rany pooperacyjne są jeszcze nie zagojone i sam kilkakrotnie tę nieprawidłowość stwierdziłem. Osoby z nieznacznemi żylakami, muszą nosić dobre, elastyczne pończochy. Odnośnie do dalszej informacji w sprawie żylaków, proszę zwrócić się do Referenta Sanitarnego przy Rządzie Kanadyjskim, który będzie w możności udzielić Panu ostateczne punkta zapatrywania się Rządu swego względem cierpiących na żylaki. Mniemam„ że, wedle ich zapatrywań, należy odradzać od jazdy tym, cierpiącym na żylaki emigrantom, którzy zamierzają pracować na roli, tem bardziej, że wśród ciężkiej pracy i z postępującym wiekiem warunki stają się gorszemi, prowadząc w końcu do niezdolności do pracy".

Odpowiedź, stanowiąca ostateczne, decydujące rozstrzygnięcie, Szefa Sanitarnego Rządu Kanadyjskiego, brzmi:„ Powołując się na Pańskie pismo w sprawie żylaków — donoszę, że nie leży w zamiarze Urzędu Sanitarnego, dyskwalifikować te kobiety, które rodziły, za wyjątkiem, jeżeli żylaki są szczególnie znaczne lub są widoczne wrzody żylakowate lub obrzęki. Zresztą pozostaję w zupełności w zgodzie z zapatrywaniami, wyrażonemi w Pańskim liście". Wyjąwszy więc ustępstwo, poczynione kobietom z żylakami, które rodziły, bez względu na to, w jakiem wieku są, do kogo się udają lub na jakiej podstawie jadą, jest stanowisko to zupełnie zgodne z wyłuszczonemi w broszurce zasadami [4]).

Brak pojedyńczych falang, o ile zdolność do pracy jest tylko o 5 — 10% zmniejszona, źle złożone złamania, o ile sprawność kończyn jest w zupełności utrzymana a zaniku mięśni brak — nie stanowią przeszkody.

Inaczej w końcu należy osądzać familje, jadące w celu stałego osiedlenia się na farmie, a wykazujące się odpowiednią, na ten cel przeznaczoną sumą pieniężną. Wymagania stawiane odpowiadają mniej więcej wymaganiom przy badaniu jadących za permit'em lub nominacją, a więc są łżejsze i bardziej uwzględniają stosunki zewnętrzne. Trudno żądać, aby starszy wiekiem ojciec familji, może nawet dziadek, był krzepkim, nienagannie zdrowym, o jędrnym napięciu mięśniowym, jak młody człowiek. A więc, skoro głowa rodziny jest nawet w podeszłym wieku, ma wygląd spracowanego człowieka, o wiotkich mięśniach, nie robią mu przeszkody, skoro z nim razem jadą synowie, córki, lub zięciowie dorośli, zdrowi i silni, mogący mu być podporą w pracy. Wzrok, jak u starszych ludzi, może być w granicach dozwolonych, upośledzony; dwaj silni, zdrowi, choć starsi mężczyźni, każdy z zanikiem jednej gałki ocznej, jadący w towarzystwie dorosłych synów, zostali przy badaniu we Lwowie uznani przez lekarza kanadyjskiego za zdolnych do jazdy. Zresztą i małe wole, przy zdrowem sercu, i blade blizny na szyi, i nieznaczna, fizjologiczna rozedma płuc, i niezupełnie czyste tony serca, objaw presklerozy, i małe ubytki u palców są dopuszczalne. Wielką trudność w ocenie powoduje sprawa otwartych kanałów pachwinowych. Jednostronny, otwarty kanał, nawet jeżeli przy napięciu uwidacznia się wypuklenie, nie jest przeszkodą — można także wysyłać osoby z małemi, tylko dla opuszki palców, drożnemi, otwartemi oboma kanałami — o ile przy napięciu nie ma wypukleń i o ile powłoki brzuszne nie są wiotkie — ale skoro kanały są szersze, widocznie przy napięciu się uwypuklają — a powłoki brzuszne straciły swą elastyczność — należy od jazdy odradzać [5]). Poważną przeszkodę stanowią: przedwczesne postarzenie się lub wybitne zmiany miażdżycowe we wczesnym wieku.

Wreszcie u każdego, a szczególnie u dzieci, należy zwracać uwagę na rozwój inteligencji, gdyż na to kładą władze kanadyjskie największą wagę: Obawa przed umysłowo upośledzonymi, którzyby byli lub mogli się w przyszłości stać ciężarem dla społeczeństwa.

W końcu kilka słów o technice badania i klasyfikowania wychodźców. Stają oni do wizyty lekarskiej zupełnie rozebrani, w partjach — każdy ze swym paszportem, otwartym na stronicy 17-tej i z kartką białą — przygotowaną wprzód imiennie przez odnośne biura okrętowe. Sekretarka stwierdza identyczność osoby przez porównanie z fotografją na paszporcie, poczem staje wychodźca przed lekarzem. Każdy lekarz — a jest ich w Gdańsku dwóch — ma swoją pieczęć ze swoim numerem, tak, że z numeru przybitego zaraz można odczytać, który lekarz i gdzie badał wychodźcę (obecnie jest 30-tu lekarzy, którzy badają w portach świata [6]). O ile wychodźca jest akceptowany, dostaje pieczęć na 17-tej stronicy u góry; pieczęć przybita na 16-tej stronicy u góry oznacza dyskwalifikację. Ta ostatnia może być albo chwilowa np. katar oczu, rany niezupełnie zabliźnione, przemijająca niedyspozycja — natenczas dostaje prócz tego pieczątkę — Further — (potem) i taka osoba może za kilka lub kilkanaście dni powtórnie się zgłosić do badania. Klasyfikacja innych odrzuconych odbywa się ściśle wedle instrukcji lekarskiej dla badania immigrantów *(Medical Examination of Immigrants. Ottawa 1929)*, i tę wypisuje lekarz pod pieczątką i na białej — imiennej karteczce. Oznacza ona: III a) osoby z defektem w stanie umysłowym, III b) chorych na gruźlicę, liszaj wyłysiający *(Herpes tonsurans)* jaglicę, choroby weneryczne, figówkę, *(Sycosis)*, parchy *(Favus)*, złośliwe nowotwory, trąd *(Lepra)*, choroby skórne o wejrzeniu wstręt wzbudzającym, wreszcie zimnicę. III c) wszystkie inne choroby i braki, III k) osoby z konstytucjonalną psychopatyczną małowartowością, III 1) nałogowe opilstwo, III m) mniejsze braki inteligencji lub ustroju, które zmniejszają możność zarobkowania. Przeciwko klasyfikacji III a) i b) nie ma rekursu; ale mogą być do powtórnego badania po dłuższym czasie przedstawieni — szczególnie uznani za chorych na jaglicę — nie przed upływem sześciu miesięcy, gdyż tak długi czas musi wedle opinji lekarzy kanadyjskich upłynąć, by nie było obawy nawrotu wrzekomo wyleczonej choroby. Przeciw każdej innej klasyfikacji można wnieść rekurs do Rządu Kanadyjskiego w Londynie, przyczem rozstrzygającą rolę odgrywa rozpoznanie lekarskie, umieszczone na białej karteczce, którą się do rekursu dołącza. Załatwienie takiego odwołania trwa zwykle 7 do 9 dni; rozstrzygnięcia może wychodźca oczekiwać w Gdańsku. Dodaję, że prawie 90% rekursów zostaje w Londynie przychylnie załatwionych.

Tak się przedstawia w głównych zarysach badanie lekarskie w Gdańsku. Z tych punktów widzenia wychodząc, trzymając się tych zasad, jesteśmy w tem położeniu, że salwujemy interesa wszystkich, w grę wchodzących czynników. Dotyczy to przedewszystkiem jadących za t. zw. allotment'em, a stanowiących największy procent wychodźców i główne źródło zarobku dla linji okrętowych. Wyjazd taki, w danym wypadku, może być dla tej osoby koniecznością zarobkową, ale nigdy nie jest koniecznością życiową. Nie ulega kwestji, że osoba ta osiągnęłaby większy zarobek za wodą, ale ryzyko niepewnych wypadków jest wielkie, a możliwa korzyść nie stoi w stosunku z nakładem pracy i trudu, i z możliwością dyskwalifikacji. Więc w niezupełnie pewnych przypadkach lepiej będzie doradzać do wyleczenia się, albo celem poprawy ogólnego stanu fizycznego do lepszego odżywiania się, do przeczekania pewnego czasu, wreszcie o wystaranie się permitu lub nominacji, aniżeli, stawiając wszystko na jedną kartę, widzieć osobę tę, zniechęconą i materjalnie zniszczoną, z powrotem, jako dyskwalifikowaną w Gdańsku. W jeszcze większej mierze dotyczy to jadących z familją, którzy wysprzedawszy się w zupełności — nie mają do czego wrócić i stają w obliczu zupełnej ruiny. Więc jak najściślejsze, najdokładniejsze badanie jest wskazane.

I biura okrętowe zgadzają się na ten punkt widzenia. Troski o zapełnienie dozwolonej kwoty nie mają. Zgłaszających się, chętnych do wyjazdu, jest poddostatkiem; wybierać można. Od wielu lat można to obserwować, że po zapełnieniu kwoty i zamknięciu zapisów, tygodniami snują się z biura do biura całe gromady rolników, proszących o przyjęcie, szukając wolne miejsca, a spotykając się wszędzie z odmowną odpowiedzią.

---

[3]) l. c. Str. 35.
[4]) l. c. Str. 36.
[5]) l. c. Str. 34.
[6]) Dr. I. D. Pagé: Medical Aspects of Immigration. Public Health Journal 1928.

A co najważniejsze, tak skrupulatnie i ściśle badając, znajdujemy się na linji wytycznej celów, usiłowań, i zarządzeń Urzędu Emigracyjnego i odnośnych Ekspozytur, które z przykładową troskliwością i żywem zainteresowaniem się starają się zmniejszyć ryzyko wyjazdu, otoczyć opieką wychodźców i zapewnić im zarobek za oceanem. W tej myśli nałożone są na biura okrętowe zobowiązania zwrotu wychodźcom kosztów przejazdu w razie dyskwalifikacji — tutaj należą zobowiązania biur, zapewnienia emigrantom pracy za wodą, i wiele innych zarządzeń, mających na celu uchronić emigranta od straty [7]. A i lekarze powinni postępować po linji tych dążeń, działać w tej intencji, dopomódz tym usiłowaniom, starając się przez dokładne i gruntowne badanie zmniejszyć liczbę odrzuconych. A jeżeli, mimo wszystko, zdarzy się fakt dyskwalifikowania, natenczas możemy, odpowiedziawszy tym wymaganiom, ze spokojem powiedzieć: „*Ultra posse nemo tenetur*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Związek Stomatologów w Krakowie. Na ostatniem Walnem Zgromadzeniu Związku Stomatologów i Lekarzy Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej dokonano wyboru Wydziału w tym samym składzie jak w roku ubiegłym, mianowicie: prezes: Dr. Józef Wodnicki, wiceprezes: Dr. Maurycy Haber, sekretarz: Dr. Jerzy Drozdowski, skarbnik: Dr. Leon Mirtenbaum, wydziałowi: Dr. Tadeusz Merunowicz i Dr. Wilhelm Porański. Pozatem Walne Zgromadzenie uchwaliło zmianę statutu odnośnie do zmiany nazwy związku: nie chcąc czynić różnic w nazwie tak jak niema różnicy w prawach wykonywania praktyki pomiędzy doktorami medycyny, zajmującymi się stomatologją a lekarzami dentystami wychowankami Warszawskiego Instytutu Dentystycznego uchwalono, że związek nosi obecnie nazwę „Związek Stomatologów w Krakowie“.

Habilitacje. Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego habilitował Dr. Leonarda Biera, dyrektora państwowego Zakładu badania środków żywności na docenta przy katedrze higjeny, zaś Dr. Kazimierza Pelczara na docenta przy katedrze patologji ogólnej i doświadczalnej.

Równocześnie dowiadujemy się, że docent Dr. Tomasz Janiszewski ma być w najbliższym czasie powołany na katedrę higjeny Uniwersytetu Warszawskiego.

Poznań.

Oddział Poznański Pol. Tow. Pedjatrycznego. W dn. 20. IV. r. b. odbyło się w Klinice Chorób Dziecięcych w Poznaniu I-sze organizacyjne posiedzenie Oddziału Pol. Tow. Pedjatrycznego z następującym porządkiem dziennym: 1) pokazy, 2) prof. Jonscher: Z epidemjologji odry i 3) J. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa: Wyniki 50 badań pośmiertnych dzieci szczepionych zapomocą B. C. G. Na posiedzeniu powyższem było obecne Prezydjum Pol. Tow. Lekarskiego T. P. N. w Poznaniu.

Przy sposobności nadmieniamy, że z dniem 1 kwietnia r. b. prof. Jonscher został Redaktorem Naczelnym „Nowin Lekarskich“.

Ze świata.

XI-ty doroczny kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny balneologji i balneoterapji w Karlsbadzie.

XI-ty doroczny kurs dokształcający dla lekarzy w Karlsbadzie odbędzie się w dniach od 15-go do 21 września r. b.

Program tych kursów przewiduje wykłady następujące:

Dnia 16 — poniedziałek: 10½—11¼ „Astma sercowa i mózgowa“ prof. Dr. v. Romberg (Monachjum). — 11¼—12 „Wydzielanie insuliny pobudzone środkami niespecyficznemi“ prof. Dr. Józef Pelnár (Praga). — 12¼—1 „Leczenie niedokrwistości“ prof. Naegeli (Zürich). — 1—1¾ „Leczenie i zapobieganie kamicy nerkowej“ prof. Dr. Victor Blum (Wiedeń). — 1¾—2½ „Patologia fizjologiczna oraz wartość kliniczna rozpoznania przemiany hemoglobiny“ prof. Dr. L. Zoja (Medjolan).

Dnia 17 — wtorek: 10—10¾ „Polityka lekarska nowszych czasów“ prof. Dr. U. Gabbi (Parma). — 10¾—11½ „Przyczynek do rozpoznania i wpływu konstytucjonalizmu“ prof. Dr. v. Drigalski (Berlin). — 11¾—12½ „Higjena zawodowa i stosunek jej do balneoterapji“ prof. Dr. Eichholz (Królewiec). — 12½—1¼ „Patogeneza praebasedowa i choroby Basedowa“ prof. Dr. H. Zondek (Berlin). — 1¼—2 „Leczenie cukrzycy zapomocą syntaliny“ prof. Dr. E. Frank (Wrocław).

Dnia 18 — środa: 10—10¾ „Stosunek cierpień psychicznych i nerwowych do balneoterapji“ prof. Dr. K. Bonhöffer (Berlin). 10¾—11½ „Nowoczesne leczenie czynnościowych chorób nerwowych“ prof. Dr. I. Mingazzini (Rzym). — 11¾—12½ „Znaczenie wegetatywnego układu nerwowego dla terapji fizykalnej“ prof. Dr. E. F. Müller (Hamburg). — 12½—1¼ „Podział przewlekłych schorzeń stawowych“ prof. Dr. Assmann (Lipsk). — 1¼—2 „Juvenil v. Vados?“ Doc. Dr. Kampe (Karlsbad).

Dnia 19 — czwartek: 10—10¾ „O niektórych zaburzeniach w zaopatrywaniu w krew wątroby“ prof. Dr. de Vries (Amsterdam). — 10¾—11½ „Postępy w zrozumieniu kamicy żółciowej“ prof. Dr. B. O. Přibram (Berlin). — 11¾—12½ „Podrażnienie żołądka, jego znaczenie i leczenie“ prof. Dr. Siebeck (Bonn). — 12½—1¼ „Nowe zabiegi w celu wzmożenia wydzieliny wewnętrznej trzustki“ prof. Dr. Mansfeld (Pécs). — 1¼—2 „Bezpłodność kobiety, jej przyczyny i leczenie“ prof. Dr. E. Pribram (Frankfurt).

Dnia 20 — piątek: 10—10¾ „Zachowanie się serca w niektórych ostrych zatruciach“ prof. Dr. L. Polak (Daniels - Groningen). 10¾—11½ „Leczenie fizykalne arteriosklerozy obwodowej“ prof. Dr. Pfeiffer (Essen). — 11¾—12½ „Kliniczne znaczenie deficytu tętna“ Doc. Dr. Frederik Saltzman (Helsingfors). — 12½—1¼ „Przyczynek do leczenia ceptitu“ prof. Dr. Seyderhelm (Frankfurt). — 1¼—2 „Znaczenie anionów dla farmakologicznego działania soli mineralnych“ prof. Dr. E. Starkenstein (Praga).

Dnia 21 — sobota: 10—10¾ „Problem gospodarczy soli mineralnych i odżywiania“ prof. Dr. Staub (Getynga). — 10¾—11½ „Zatrucia endogenne“ prof. Dr. Přibram (Praga). — 11¾—12½ „Temat zastrzeżony“ prof. Dr. Katsch (Greifswald). — 12½—1¼ „Chirurgja i balneologja peptycznych owrzodzeń żołądka i dwunastnicy“ prof. Dr. Kostlivý (Bratislava). — 1¼—2 „Zaparcie, opadnięcie trzew, zrosty... i ich stosunek do leczenia wodami mineralnemi“ prof. Dr. Payr (Lipsk).

Szczegółowych informacyj udziela Dr. Edgar Ganz w Karlsbadzie oraz Poselstwo Czechosłowackie w Warszawie.

Czerwony Krzyż przeciwko wojnie chemicznej. Komunikat Międzynarodowego Komitetu Czerw. Krzyża. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, na mocy mandatu, który mu został powierzony przez XII. Międzynarodową Konferencję Czerwonego Krzyża, zebraną w Genewie w październiku 1925 r., zajął się już podczas pokoju badaniem sposobów ochrony ludności cywilnej, mogącej być narażoną w przyszłości na straszne skutki napadów broni chemicznej, w razie gdyby zostały pogwałcone Międzynarodowe Konwencje, zabraniające używania tej metody prowadzenia wojny.

Z tego powodu Międzynarodowy Komitet zwołał po kolei, początkowo w Brukseli, w styczniu 1928 r., następnie w Rzymie, w kwietniu 1929 r. zjazdy Ekspertów należących do 15 państw, specjalnie wykwalifikowanych dla badania technicznych sposobów obrony przeciwko nowej metodzie prowadzenia wojny i siania zniszczenia, którego skutki, według zdania tych wszystkich, którzy specjalizowali się w badaniu tego zagadnienia — byłyby przerażające.

Po zbadaniu zagadnienia wojny lotniczo-chemicznej, w związku ze sposobami używania pocisków gazowych, rzeczoznawcy wypowiedzieli się co do niezmiernej trudności zarządzenia skutecznej obrony mieszkańców większych osiedli i ośrodków przemysłowych przeciwko grożącemu im niebezpieczeństwu na wypadek napadu lotniczo-chemicznego.

Eksperci proszą zatem usilnie Czerwony Krzyż o jaknajszybsze uświadamianie ludności cywilnej o powyższych niebezpieczeństwach oraz o zaznajamianie tej ludności z istniejącemi obecnie sposobami obrony.

Eksperci wyrazili życzenie, aby Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, jako instytucja Międzynarodowa, stanął na czele tej wielkiej akcji propagandowej, podejmując się jednocześnie inicjatywy i odpowiedzialności w tej sprawie.

Prócz tego eksperci nalegali na konieczność przejścia niezwłocznie do metod praktycznych i uprosili Międzynarodowy Komitet C. K. o wyznaczenie konkursów przy udziale przedstawicieli przemysłu i specjalistów wszystkich krajów dla zapewnienia obrony ludności cywilnej.

Konkursy powyższe mają na celu wynalezienie: a) najlepszego aparatu filtrującego, t. j. maski dla rozdania jej wśród ludności; b) najodpowiedniejszego zarządzenia dla zapewnienia uszczelniania i zaopatrzenia w powietrze schronów podziemnych, które byłyby oddane do użytku ludności podczas napadów chemicznych; c) najlepszego odczynnika (detektora) do wykrywania w powietrzu obecności groźnego i trwałego gazu, używanego podczas wielkiej wojny i znanego pod nazwą iperytu.

[7]) Iwanowski i Mamrot: Prawo o emigracji w Polsce Warszawa 1929.

Zadanie tak ogromne, jak całokształt akcyj, zalecanych przez ekspertów, wymaga znacznych kosztów pieniężnych. Rządy, narodowe towarzystwa Czerwonego Krzyża i społeczeństwa winny tych środków dostarczyć. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, gdy będzie miał możność rozporządzania temi funduszami, będzie prowadził w dalszym ciągu usilnie i metodycznie rozpoczęte dzieło, opierając się na okazanem mu uznaniu i na dokonanych studjach.

Jako wyniki swych dotychczasowych prac i zamierzeń na przyszłość Komitet Międzynarodowy Czerw. Krzyża ogłasza konkurs na wykrywacz (detektor) iperytu, który poniżej podajemy:

Konkurs na najlepszy odczynnik (detektor) iperytu: Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża, zgodnie z uchwałą Międzynarodowej Komisji Ekspertów dla obrony ludności cywilnej przed wojną chemiczną, zwołanej przez niego w Brukseli w 1928 r., ogłasza konkurs międzynarodowy dla wynalezienia najlepszego odczynnika (detektora) iperytu (siarczek dwuchloro-dwuetylowy).

I. Warunki techniczne: Wykrywanie iperytu. Odczynnik winien wykrywać bez wątpliwości obecność iperytu w powietrzu. Reakcja, wykrywająca obecność iperytu w powietrzu powinna być charakterystyczna dla tego środka chemicznego i autor powinien wyjaśnić, czy dana reakcja nie jest spowodowana przez inną substancję, zmieszaną z iperytem w środkach bojowych.

Charakter odczynnika: Odczynnik wraz z aparaturą winien być łatwej fabrykacji, aby móc stanowić wytwór produkcji przemysłowej, dostępnej w cenie i w dużych ilościach. Muszą być podane szczegółowe wskazówki i sposoby dotyczące przechowywania odczynnika z podaniem, przez jak długi czas zachowuje swoje właściwości wykrywające.

Wrażliwość odczynnika: Wrażliwość odczynnika będzie stanowić jeden z najważniejszych czynników oceny. Najmniejsza ilość, jaką odczynnik powinien wykrywać w powietrzu, jest 0,07 mgr. iperytu na litr powietrza.

II. Regulamin konkursu: Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża wyznacza nagrodę w wysokości 10.000 franków szwajcarskich, które będą przyznane stosownie do wartości prac w całości lub częściowo uczestnikom konkursu, wyznaczonym przez jury.

Konkurs będzie otwarty dnia 1 lipca 1929 r. i zamknięty dnia 31 grudnia 1930 r. Chemicy, którzy pragną wziąć udział w konkursie, winni nadesłać do Sekretarjatu Komitetu Międzynarodowego Czerw. Krzyża przed dniem 31 grudnia 1930 roku swoje prace w następującej formie: a) w zapieczętowanej kopercie należy podać nazwisko i adres, na kopercie winno się znajdować godło (pseudonim) oraz zapewnienie honorowe, że odczynnik ten jest rezultatem własnej pracy autora; b) w osobnej kopercie, zaopatrzonej w to samo godło, należy przesłać szczegółowy opis wynalazku. Dozwolone języki: francuski, angielski, niemiecki i włoski.

Dnia 31 stycznia 1931 roku. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża otworzy koperty, zawierające prace i przetłómaczy je na język francuski. Prace oznaczone będą tylko godłem, nie nazwiskiem autora. Z chwilą zebrania się jury, będą rozpatrywane prace w oryginałach i w tłómaczeniu, bez zaznajamiania się z nazwiskami autorów.

Przy końcu konkursu, gdy rozważanie i klasyfikacja projektów będzie ukończona, zostaną otwarte koperty z nazwiskami autorów i i rezultat konkursu będzie ogłoszony.

Nagrodzony odczynnik (detektor) lub sposób wykrywania będzie nosił nazwisko autora i staje się własnością Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża.

Wszelkich dodatkowych wyjaśnień udziela Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża w Genewie (adres: Genève Suisse, 1 Promenade du Pin).

6-ty Kongres stomatologiczny w Paryżu — październik 1929. 6-ty Kongres stomatologiczny odbędzie się w Paryżu na Wydziale lekarskim od 21 do 26 października 1929. Komitet organizacyjny: przewodniczący: Dr. Rousseu Decelle, zastępcy przewodn.: Dr. Bozo z Paryża, Dr. Baque z Limoges, sekr. główny: Dr. Leclercq, zast. sekr. Dr. Richard, skarbnik: Dr. Psaume. Komitet organizacyjny wybrał następujące tematy do referowania i dyskusji: 1) Posocznice pochodzenia ustnego i zębowego — prelegenci: pp. Thibault i Raison. 2) Leczenie chirurgiczne zakażeń szczytowych, łyżeczkowanie i resekcja, wyniki końcowe — prelegent — Lacronique. 3) Zapobieganie próchnicy zębów — prelegent — Leon Frey. Sprawy zawodowe i związkowe będą również omawiane. Wystawa instrumentów i aparatów dotyczących stomatologji otwartą będzie przez cały czas trwania kongresu. Zwiedzanie fabryk aparatów, artykułów farmaceutycznych i specyfików będzie ogłoszone w programie. Należy już przesyłać dyspozycje i tytuły referatów. Mogą one być z każdego zakresu stomatologji lecz by nie rozpraszać zainteresowania — prosi komitet kolegów o przysyłanie prac dotyczących w szczególności 3 tematów będących na porządku dziennym.

Uzyskane zniżki kolejowe: 50% na kolejach francuskich, 35% na belgijskich, 30% na włoskich, 20% na linjach Stanów Zjednoczonych, Algerji, Tunisu, Marokka, (ajencja transatlantycka) 20% na linjach Brazylji, Rzeczypospolitej Argentyńskiej, 20% na linjach objętych umową atlantycką, 20% na linjach międzynarodowego towarzystwa żeglugi powietrznej, 25% na linjach Towarzystwa Air Union, 10% na linjach Imperial Air Ways limited.

Dokładne informacje dotyczące zniżek otrzymają uczestnicy zjazdu po zawiadomieniu skarbnika o swym udziale.

Ajencja Exprinter, 6 place de l'Opéra będzie się zajmowała załatwianiem rozmaitych biletów, wycieczkami, podróżami po Francji, pomieszczeniami i t. d. Karta uczestnictwa 100 franków dla uczestników Zjazdu, 60 franków dla członków związków. Zgłoszenia przyjmuje skarbnik, Dr. Psaume, 60 rue de Rennes, konto pocztowe: Paryż 923-76.

Podczas kongresu odbędzie się posiedzenie Międzynarodowego Związku Stomatologów.

Po wszystkie informacje należy się zwracać do głównego sekretarza Dra Leclercq, 9, bd. de la Madelaine Paris 1. albo do Stałej Kancelarji Kongresu, salle Béclard, Faculté de Médecine (A. D. R. M.), rue de l'Ecole de Médecine, Paris 6.

Orzeczenie Najwyższego Trybunału Administracyjnego w sprawie wymiaru podatku obrotowego u wolnych zawodów. Dr. L. S. adwokat i notarjusz w Chełmie, w zeznaniu w obrocie podał obrót w kwocie 25.862 złotych, oświadczając gotowość przedłożenia ksiąg. Władze skarbowe pominęły jednak dowód z księgi kasowej płatnika i na podstawie orzeczenia rzeczoznawcy przyjęły obrót na 38.000 zł.

Najwyższy Trybunał Administracyjny uchylił wymiar orz. z 11/4 1929 z następujących przyczyn:

Bynajmniej z ustawy nie wynika, by księga kasowa była pozbawiona mocy dowodowej wogóle, a o ile chodzi o wolne zawody nie prowadzące ksiąg handlowych, w szczególności. Władza wymiarowa ocenia moc dowodową takich ksiąg zależnie od okoliczności konkretnego przypadku i powinna w swej decyzji rozprawić się z odnośnym wnioskiem dowodowym t. j. podać do wiadomości płatnika, jak i na jakich przesłankach opierając się, oceniła ofiarowany dowód.

Interpretując zaś pojęcie zarobku brutto zgodnie z jego określeniem, zawartem w punkcie 9 art. 5 ustawy, który zarobek brutto w przedsiębiorstwach przemysłowych, wytwarzających wyroby z cudzych materjałów, określa jako „całkowitą sumę wynagrodzenia pobranego", uznać należy, iż także zarobek brutto wolnych zajęć zawodowych obejmuje w rozumieniu tej ustawy tylko wynagrodzenie pobrane a nie wynagrodzenie wprawdzie należne, lecz jeszcze nie wyrównane.

Na orzeczenie to winni baczną uwagę zwrócić wykonujący wolne zawody.

Sprawa nie cierpiąca zwłoki. Jako uzupełnienie do ogłoszenia o wakujących posadach, otrzymujemy od kol. Jana Kozubowskiego z Błonia poniższe uwagi dotyczące miejsca w Lubieszowie, pow. Kamień-Koszyrskiego.

Pewny byt dla lekarza — chirurga i akuszera w historycznym Lubieszowie, powiatu Kamień-Koszyrskiego, byłej siedzibie książąt Dolskich i kasztelana Czarneckiego, miejsce, w którem wychował się w słynnych ongiś szkołach pijarskich Tadeusz Kościuszko, obecnie centrum handlowe obszernej okolicy gęsto zaludnionej osadnictwem polskiem wojskowem i cywilnem. Na miejscu apteka, skład apteczny, dwór obywatelski, poczta, telegraf, telefon międzymiastowy.

Miasteczko odbudowuje się szybko po katastrofie wojennej. Dojazd kurjerem z Dworca Głównego na Kowel — Kamień-Koszyrski, wąskotorówką do Lubieszowa-Rozjazdu, stamtąd 7 km. końmi. Uprzednio prosić telegraficznie dwór (Henryk Jelski) o przysłanie koni. Po szczegółowe informacje zwracać się do dr. Jana Kozubowskiego w Błoniu pod Warszawą. Telefon międzymiastowy Nr. 8, od godz. 10—12.

Redakcja otrzymała.

Le monde médical, numéro 752, 15 juillet 1929.

Dr. L. Regmund Sobieszczański: „Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej. Odb. z „Medycyny", nr. 19, z r. 1929.

Nr. 35. 1. września 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Wł. CHŁOPICKI, asystent Kliniki neurologicznej, Kraków
Dr. Br. STĘPOWSKI, asystent Kliniki położniczej.

W sprawie Polyneuritis gravidarum.

Z Kliniki neurologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Piltz) i z Kliniki położniczej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Rosner)

Rozbieżne naogół drogi ginekologa i neurologa schodzą się częstokroć przy łóżku kobiety ciężarnej — twierdzi Aleksandrow, opisując przypadek polyneuritis Korsakowi w przebiegu ciąży.

Wspólnym ich objektem zainteresowań — dodajmy od siebie —są zwłaszcza nerwowe objawy t. zw. zatruć ciążowych, wśród których względnie najczęściej występują wymioty i rzucawka porodowa, rzadziej — zapalenie wielonerwowe i *cerebropathia toxica* (psychoza Korsakowa), jeszcze rzadziej zapalenie rdzenia (*myelitis)*, i do wyjątków wprost należące przypadki ciążowego toksycznego zapalenia mózgu.

Polyneuritis gravidarum znana jest stosunkowo niedawno. I chociaż opisy przypadków Imberta-Gourbeyera jeszcze z roku 1861 świadczą, że z objawami *polyneuritis gravidarum* spotykano się już dawno, to jednak nie rozumiano ich odrębności patogenetycznej i ujmowano je ogólnie, jako porażenia pourazowe — względnie zakaźne pod mianem t. zw. porażeń połogowych (*„Graviditätslähmungen“* względnie *„Puerperallähmungen“*.

Dopiero Moebius w r. 1887 zwrócił uwagę na toksyczne pochodzenie zapaleń nerwów w czasie ciąży, opisując pod nazwą *polyneuritis puerperalis* siedm przypadków w prawidłowym bezgorączkowym połogu z zajęciem *nervus medianus i ulnaris*. Moebius powyższy typ porażeń (typ ręczny) uważa za charakterystyczny dla *polyneuritis puerperalis* i występujący wcześniej od porażeń innych nerwów.

Nieco później Tuillant opisał przypadek *polyneuritis puerperalis*, rozpoczynający się — wbrew opinji Moebiusa — od kończyn dolnych, ustalając w ten sposób „typ nożny“ porażeń.

Od tego czasu pojawił się cały szereg opisów ciężkiego polyneuris puerperalis z zajęciem kończyn górnych i dolnych oraz — w specjalnie ciężkich przypadkach — zajęciem nerwów czaszki. Podobne przypadki opisali: Desnos, Pinard i Joffroy, Korsakow, Sołowjow, Stiefel, Mader, Johansenn, Lunz, Sottas, Withfield, Eulenburg, Saenger, Alexandrow, Farani i inni.

Ponieważ bardzo często zapalenie nerwów opisywano w czasie ciąży — Eulenburg nazwał je wielonerwowemi porażeniami ciąży *(Schwangerschaftspolyneuritis)*, podkreślając brak wyraźnej różnicy pomiędzy porażeniami końca ciąży, a porażeniami okresu połogowego.

W rok później, Köster opisując przypadek takiego zapalenia nerwów zaznacza, że porażenia podobne mogą występować we wszystkich okresach ciąży i połogu. A w zestwieniu Hösslina, z 92 przypadków porażeń nerwów 36 wystąpiło przed porodem, 56 po porodzie. Hösslin przy tem zwraca uwagę na niemożność przeprowadzenia ścisłego podziału pomiędzy zapaleniem nerwów w ciąży i w połogu. Ponieważ porażenia takie albo rozwijają się w czasie ciąży, albo zjawiają się dopiero z końcem ciąży, aby do swego szczytu dojść podczas połogu, albo wreszcie pojawiają się w bardzo krótkim czasie po rozwiązaniu, koniecznem jest przyjęcie, zdaniem Hösslina, dla wspomnianych porażeń jakiejś jednej wspólnej przyczyny, powstającej w czasie ciąży.

Siemerling oświadcza wręcz, że *polyneuritis gravidarum i polyneuritis puerperalis* są identyczne co do etjologji i przebiegu, co naszem zdaniem, najzupełniej usuwa niejasności, panujące w tej dziedzinie, z powodu istnienia podwójnego mianownictwa uwarunkowanego niedostatecznem zrozumieniem patogenezy *polyneuritis puerperalis i gravidarum*. I o ile dawniej autorzy nazywali te porażenia przeważnie *polyneuritis puerperalis*, to obecnie bardziej etjologiczną wydaje się nam nazwa *polyneuritis gravidarum*, ze względu na przypisywanie ciąży znaczenia rostrzygającego w powstawaniu wszelkiego rodzaju zatruć ciążowych, do których, jak już nadmienialiśmy, zaliczono i *polyneuritis gravidarum*.

Z licznych opisów, a zwłaszcza ze szczegółowych zestawień, dokonanych przez Eulenburga, Remaka, Hösslina, Taube przekonano się, że lekkie przypadki *polyneuritis gravidarum*, t. zw. odosobnione postacie z ograniczonemi porażeniami, nie wykazują jakiegoś określonego typu i że jedynie w przypadkach porażeń kończyn górnych najczęściej występują opisane przez Moebiusa, jako charakterystyczne dla *polyneuritis „puerperalis“*, porażenia *n. medianus i n. ulnaris*, że spotykamy tu zarówno porażenia kończyn górnych, jak i dolnych, a nawet jednostronne porażenia nerwu twarzowego (Bernhardt, Remak, Charpentier) i odosobnione zapalenia nerwów ocznych (Heinzel, Saenger, Knaggs, Valude). Natomiast nie możemy tego powiedzieć o ciężkich uogólniających się zapaleniach nerwów w ciąży. Tu uwidacznia się pewien typ, przeważa pewien określony obraz kliniczny. Porażenia te występują systematycznie, Zaczynają się zazwyczaj z kończyn dolnych, przechodzą później na kończyny górne, często również na mięśnie tułowia (Fussel i Lunz opisali przypadki zstępującego typu porażeń — z kończyn górnych na dolne) — w wyjątkowo ciężkch przypadkach dołączają się do tego porażenia o typie opuszkowym — zaburzenia w połykaniu, mowie, utrata głosu i t. d. Przeważają przedewszystkiem porażenia sfery ruchowej, nerwy czuciowe albo są prawie zupełnie nie zaatakowane albo też porażenie czuciowe stoją na drugiem miejscu.

Porażenia te na ogół są dobrotliwe, przemijające — występują one przynajmniej częściej od postaci złośliwych, o charakterze porażeń Landry'ego, o złem albo wątpliwem rokowaniu — cofają się zwykle w kierunku odwrotnym od kierunku rozszerzenia się, t. zn. przeważnie od góry ku dołowi; najkrócej utrzymują się porażenia późniejsze, najdłużej — pierwsze; na skutek tego porządku ustępowania porażeń często w ciężkich i długotrwałych przypadkach *polyneuritis gravidarum*, nerwy kończyn dolnych ulegają zmianom wstecznym i sprawność ruchowa tych kończyn nie ulega zupełnej odnowie.

Wreszcie cechują ciężkie uogólniające się przypadki *polyneuritis gravidarum* występujące często w przebiegu ich zaburzenia psychiczne w postaci amnestycznego zespołu Korsakowa oraz uporczywe i silne wymioty, poprzedzające wystąpienie porażeń.

Zespół Korsakowa charakteryzuje się wybitnem upośledzeniem pamięci i uwagi, oraz skłonnością do konfabulacji — do wypełnienia istniejących luk pamięciowych dowolną, zmyśloną treścią; chorzy nie zdradzają przytem halucynacyj ani urojeń, ich zachowywanie się jest naogół odpowiednie i poprawne; wprawdzie czasami w początkach psychozy występują stany pomięszania i stany lękowe, jednak w dalszym przebiegu na czoło wysuwają się zwykle amnezja i konfabulacja.

Pozwolimy sobie w tem miejscu przypomnieć ciekawy szczegół, że początkowo nazwał Korsakow opisany przez się zespół *psychosis polyneuritica* jako skojarzenie objawów psychicznych z objawami ze strony nerwów obwodowych w przebiegu zakażeń i zatruć wszelkiego rodzaju, jak dur, gruźlica, zatrucia ołowiem, arsenem, tlenkiem węgla, sporyszem, a przedewszystkiem alkoholem.Później jednak pod wpływem zarzutów całego szeregu autorów (Tilling, Babiński, Ross, Séglas, Gudden, Jolly, F. Schulze) którzy twierdzili, że w wielu przypadkach opisanej psychozy, z wyjątkiem przypadków alkoholizmu przewlekłego nie dało się wykryć wyraźnego zajęcia nerwów obwodowych zmienił nazwę na *„cerebropathia toxaemica“*, poprawiając w ten sposób pierwotną nazwę w kierunku bardziej wyłącznego zajęcia mózgu. W przypadkach zaś uogólniającej się *polyneuritis gravidarum*, mamy obraz tej właściwej *psychosis polyneuritica*, która najbardziej odpowiada obrazowi zespołu Korsakowa w przypadkach alkoholizmu przewlekłego. Hösslin podkreśla właśnie fakt, że zespól Korsakowa w *polyneuris gravidarum* występuje nawet częściej, jak w przypadkach alkoholizmu przewlekłego i jako dowód przytacza swą dużą statystykę, gdzie na 46 przypadków uogólniającej się *polyneuritis gravidarum* 17 — wykazuje zespół Korsakowa.

Co do uporczywych wymiotów, to o nich nadmienia prawie każdy autor, opisujący przypadki ciężkiej *polyneuritis gravidarum*. Są one pierwszym objawem, poprzedzającym częstokroć na kilka miesięcy wystąpienie porażeń i dlatego w sprawie patogenetycznej roli uporczywych wymiotów przy powstawaniu *polyneuritis gravidarum* istnieje pewna rozbieżność. Jedni jak Köster i Seige dopatrują się w nich czynnika wywołującego porażenia z powodu silnego wyniszczenia nimi ustroju kobiety ciężarnej, inni znów,

jak Johansen, Saenger, Mader przeczą temu sprowadzając znaczenie wymiotów do rzędu jednego z objawów wzgl. następstw zatrucia ciążowego.

Simerling zwraca szczególną uwagę na wymioty, porażenie nerwów i psychozę Korsakowa, jako na zespół objawów, występujących często w przebiegu ciąży i połogu. Albeck ustala ponadto pewną typową kolejność tych objawów w przebiegu *polyneuritis gravidarum*. Najpierw mają być wymioty, po ich ustąpieniu rozwija się psychoza Korsakowa, po której znów przychodzi porażenie nerwów. Wprawdzie przypadki Stembo, Turney'a, Eulenburga i Bayle'a, w których psychoza Korsakowa wystąpiła po porażeniach lub przypadki Boultona, i Madera gdzie psychoza Korsakowa i porażenia wystąpiły równocześnie, nie potwierdzają ściśle typowej kolejności w znaczeniu Albecka, jednak pewna kolejność tych objawów istnieje, jak dowodzą przypadki Eulenburga i Hahna, gdzie po przerwaniu ciąży wskutek uporczywych wymiotów — wymioty ustąpiły, ale rozwinęły się porażenia kończyn.

Samej natury jadu dotąd nie znamy; przyczyny powstania tego jadu należałoby się dopatrywać w płodzie lub łożysku, jako w czynnikach, wywołujących szereg zmian w przemianie materji kobiety ciężarnej. Może jak chce np. Pineles, Nikołajew i inni, powstaje on w wątrobie. Za hypotezą tą przemawiają z jednej strony znane ogólnie zmiany, jakim ulega wątroba w czasie ciąży, z drugiej przypadki zapalenia nerwów, opisywane przy żółtaczce zakaźnej z marskością wątroby, jak również stwierdzenie urobilinurji w przebiegu *polyneuritis gravidarum*. Naturalnie, że przytoczona hypoteza wymaga potwierdzenia w odpowiednich badaniach czynności wątroby i przemiany materji w *polyneuritis gravidarum*.

Po powyższych uwagach ogólnej natury przechodzimy do krótkiego opisu, spostrzeganego przez nas przypadku ciężkiej *polyneuritis gravidarum*.

Pacjentka SS. zamężna, pierwiastka. Przyjęta do kliniki położniczej U. J. 13. X. 1927.

Wywiady zebrane od chorej i jej matki:

Ojciec chorej zmarł młodo — niewiadomo z jakiej przyczyny. Alkoholu nie nadużywał.

Matka lat 47 łagodnego, dobrego usposobienia.

Rodzeństwo pacjentki: z 4-ga rodzeństwa najstarszą jest pacjentka, 2-je zmarło we wczesnym dzieciństwie, 1 brat, najmłodszy, żyje ma być zdrowy.

Pacjentka zaczęła chodzić w pierwszym roku życia; na krzywicę nie chorowała. Przez czas dłuższy nie mówiła, rzekomo wskutek wypadnięcia z kołyski. *Enuresis nocturna, pavor nocturnus*, drgawek w dzieciństwie nie miała. Przebyła płonicę. W szkole uczyła się dobrze.

Miesiączka w 14 roku życia; następne co 4 tygodnie, regularne, miernie obfite, do 5 dni trwające, niebolesne. Zamąż wyszła w 23 roku życia.

Z usposobienia — wrażliwa, uczuciowa, przejmująca się.

W lutym b. r. ostatnia miesiączka. W drugim miesiącu ciąży rozpoczęła się obecna choroba — bezsennością, bólami głowy, napadami lęku (zrywała się w nocy, zdawało się jej, że się pali w kominie i t. d.). Nieco później pojawiły się uporczywe wymioty, które doprowadziły niebawem do znacznego osłabienia, gdyż chora nie przyjmowała wogóle żadnych pokarmów. Stan jej zdrowia nakłonił matkę do przewiezienia jej do domu (3. V. b. r. t. zn. w 3 m. ks. ciąży). Do tego czasu, a nawet do połowy 4 m. ks. ciąży mogła jeszcze sama chodzić o lasce lub z pomocą drugiej osoby. Z końcem 4 m. ks. ciąży była już jednak tak słaba, że podczas 3 minutowego badania lekarza — zemdlała. Od 4 m. ks. ciąży zaburzenia pamięci — chora b. łatwo zapominała, zwłaszcza zdarzenia najświeższe — co jadła na obiad, kto ją odwiedził i t. d. Matkę to miało uderzyć i z tego powodu umyślnie chorą kontrolowała. Stan ogólnego zdenerwowania, lęku utrzymywał się nadal, również, jak bóle głowy i uporczywe wymioty. 21. VI. 1927 w kilka dni po oględzinach lekarskich pojechała do szpitala, gdzie przebywała do 30. VI. 1927 i skąd wyszła na życzenie rodziny w stanie bez zmian. W szpitalu stwierdzono *hyperemesis gravidarum in gravida* IV m.: wybitne osłabienie serca; język lekko obłożony, żółtaczkowe zabarwienie skóry i twardówek oczu; w płucach żadnych zmian o charakterze ostrym, jedynie lekkie zaostrzenie szmerów oddechowych; wątroba powiększona, sięga na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Ciepłota ciała poniżej 36.6 C°. Wypróżnienia dwa razy na tydzień. Otrzymywała czopki kamforowe 3 razy dziennie i 10% roztwór coffeini natriobenzoici trzy razy dziennie po 15 kropli. Ciąży nie przerwano.

W lipcu (V. m. ks.) po powrocie ze szpitala wymioty i bóle głowy ustąpiły, ale chora nie mogła już chodzić o własnych siłach stale leżała, przeważnie na boku. Żadnych bólów w obrębie kończyn nie miała. W VI. m. ks. uczuła się podmiotowo lepiej, ale w tym okresie pojawiły się obrzęki na stopach i przykurczenie kończyn dolnych w stawach kolanowych. Nieco później miało się pojawić też przykurczenie (zgięcie) podstawowej falangi 4 palca prawej ręki. W obydwu rękach odczuwała chora od VII. m. ks stałe drętwienie, drętwienie to występowało czasowo już od V. m. ks. ciąży. W VIII. i IX. m. ks. ciąży stan utrzymywał się bez zmian.

Stan obecny:

Wzrost średni. Budowa dobra. Wybitne wychudzenie. Skóra sucha, blada. Śluzówki słabo ukrwione. Stopy, zwłaszcza lewa, nieznacznie obrzękłe, sinawo zabarwione, bez żylaków. Gruczoły niepowiększone. Na twarzy *chloasma uterinum*. Kończyny dolne zgięte i przykurczone w stawach kolanowych. Ruchomość kręgosłupa prawidłowa. Miednica kostna prawidłowa.

Serce: w granicach prawidłowych; tony serca głuche, podmuch skurczowy nad końcem serca. Tętno około 92, miarowe, słabo napięte. Ciśnienie krwi D: 60, S: 120, RR.

Płuca: stwierdza się tylko skrócenie odgłosu wypukowego w szczytach. Szmery pęcherzykowe nieznacznie zaostrzone. W szczytach wydech słyszalny.

W organach jamy brzusznej poza nieznacznem powiększeniem wątroby żadnych zmian chorobowych.

Badanie moczu białka ani cukru nie wykazało. Ciężar gatunkowy 1019. Odczyn kwaśny. W osadzie nic nieprawidłowego. Badanie krwi na odczyn Wassermana i Meinickego dało wynik ujemny. Sutki: małe, pełne, o średnio rozwiniętym utkaniu gruczołowem. W sutkach czysty klej.

Przy badaniu przez powłoki brzuszne stwierdza się macicę w linji środkowej, nieznacznie przechyloną na prawo, sięgającą 5 palców ponad pępek. Położenie i ułożenie płodu zmienne. Płód żyje. Tętno jego słyszalne, zupełnie wyraźne, ilość uderzeń około 140 n/m. Chorej przez pochwę w dniu przyjęcia nie badano.

Ze względu na zaburzenia ze strony układu nerwowego przesłano chorą do przebadania na Klinikę neurologiczną U. J.

Badanie w Klinice neurologicznej wykazało:

Chora szczegóły, dotyczące przebiegu jej choroby podaje zmiennie i niepewnie, czasami odnosi się wrażenie, jak gdyby nie ufała swojej pamięci.

Przedmiotowo: N. n. czaszki: źrenice równe, szerokie, dobrze oddziaływają na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Oczopląs drobnofalisty poziomy *nystagmus horizontalis* przy patrzeniu w bok. Lekkie drżenie powiek przy zamkniętych oczach. Język wysunięty drży lekko. W punktach uciskowych n. trójdzielnego nie stwierdza się zwiększonej wrażliwości na ucisk. Zaburzeń czucia w zakresie n. trójdzielnego brak.

Kończyny górne: IV. palce obu rąk zgięte w kierunku dłoniowym — po pr. stronie przykurczenie podstawowej falangi w tymże zgięciu. Palce V. obu rąk odprowadzone, w lekkiem zgięciu dłoniowem. Przy otwieraniu ręki złożonej w pięść II. palce obustronnie stawiają bardzo słaby opór. Sprawność ruchowa palców upośledzona.

Odruchy bi-i-tri-cipitalne obustronnie zniesione. Odruchy okostnowe osłabione, równe. Mierna bolesność uciskowa mm. i pni nerwowych. Odruchy brzuszne żywe, równe.

Kończyny dolne — zgięte w stawach biodrowych i kolanowych. Stopy w zgięciu podeszwowem. Zaniki mięśni podudzi, mniej wyraźne ud. Ruchy palców zaznaczone, gorsze po stronie lewej. Ruchy stóp zniesione, po prawej stronie zaznaczony ruch skręcenia na zewnątrz. W stawach kolanowych ruchy czynne zachowane, ale upośledzone (przykurczenia) w stawach biodrowych ruchy prawidłowe. Wiotkość mięśni, najwyraźniejsza w częściach obwodowych kończyn. Wyprostowanie bierne w stawach kolanowych niemożliwe z powodu przykurczeń. Odruchy kolanowe i Achillesowe zniesione obustronnie. Odruchów patologicznych brak. Wyraźna bolesność uciskowa mm. i pni nerwowych.

Czucie: Lekkie obniżenie czucia bólu i termicznego na kończynach górnych w postaci „rękawiczki", granica upośledzenia czucia sięga nieco wyżej stawu garstkowego.

Obniżenie czucia dotykowego, bólowego i termicznego na kończynach dolnych w postaci „skarpetki" granica upośledzenia czucia kończy się nieco poniżej połowy długości podudzia. Obniżenie czucia położenia obustronnie, większe po stronie lewej. Badanie elektro-motorycznej pobudliwości mięśni i nerwów kończyn górnych nieprawidłowości nie wykazało. Natomiast w kończynach dolnych stwierdzono odczyn zwyrodnienia w obrębie mięśni wyprostnych na podudziu oraz mięśni i nerwów strzałkowych.

Badanie oczne w klinice okulistycznej wykazało:

Prawe oko: bystrość prawie że normalna.

Lewe oko: bystrość z korekcją prawidłowa.

Dno oczu bez zmian. Pole widzenia prawidłowe.

Podczas pobytu w Klinice neurologicznej U. J. ciepłota ciała przez cały czas prawidłowa. Przeniesiona z powrotem do Kliniki położniczej U. J. dnia 27. X. 1927.

29. X. ze względu na ogólny stan chorej postanowiono wywołać poród, tembardziej, że dziecko było już zdolne do życia (IX, m, ks.) i w tym celu usiłowano założyć balon (metreurynter) do wnętrza macicy. Z powodu przeszkody ze strony główki nie udało się tego dokonać, poprzestano zatem na przebiciu pęcherza płodowego.

30. X. Ponieważ bóle nie wystąpiły, mimo, że od przebicia pęcherza płodowego minęło 16 godz., podano ol. ricini i chininum sulfuricum po 0,5, 3 razy w ciągu dnia.

Pod wieczór rozpoczęły się silne bóle porodowe.

31. X. Poród o godzinie 12,30 siłami natury. Urodziło się dziecko płci żeńskiej, wagi 2250 gr, długości 45 cm, żywe. Łożysko odeszło w dwie godziny później przy zastosowaniu zabiegu Crede'ego. Łożysko wagi 500 gr, okrągłe, o wymiarach 15 × 15, urodzone w całości. Strata krwi w III. okresie porodu cà 200 cm. Obrażeń dróg porodowych poza przerwaniem wędzidełka nie stwierdzono. Poród trwał 53 godz. 30 min. Chora silnie osłabiona.

1. XI. Ciepłota ciała 36,4° C. Tętno dobrze napięte, Macica twarda, sięga dnem na trzy palce poniżej pępka. Odchody krwawe. Dziecko ma się dobrze.

Celem usunięcia przykurczeń kończyn w stawach kolanowych założono na nie wyciągi i obciążono każdą stopę 2 kg.

2. XI. Macica zwija się dobrze, sięga trzy palce nad spojenie łonowe. Odchody krwawe, obfite. Dziecko ma się dobrze, waży 2150 gr. Położnica bardzo osłabiona. Ciepłota ciała 37° C. Tętno 72, miarowe, dobrze napięte.

3. XI. Ciepłota ciała 37,1° C. Tętno 70. Ciśnienie krwi D: 65, S: 105 RR. Chora czuje się podmiotowo lepiej. Ze sutków obficie wydziela się mleko. Dziecko zdrowe, wagi 2175 gr. Pępowina odpadła.

4. XI. Ciepłota ciała 37,2° C. Tętno cà 80 miarowe. Ciśnienie krwi D: 60, S: 110 RR. Macica dobrze zwinięta, twarda sięga na dwa palce nad spojenie łonowe. Odchody surowicze, lekko krwią podbarwione. Noga lewa w stawie kolanowym już wyprostowana. Dziecko zaczyna przybierać na wadze (2200 gr).

5. XI. Chora czuje się dobrze. Ciepłota ciała prawidłowa.

7. XI. Macica ledwie wyczuwalna nad spojeniem łonowem. Odchody surowicze. Wyciąg z obu kończyn dolnych zdjęto. Nogi w stawach biodrowych i kolanowych wyprostowane. Z każdym dniem wygląda lepiej.

8. XI. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno miarowe, dobrze napięte, 72. Dna macicy już się nad spojeniem łonowem nie wyczuwa. Odchody surowicze. Ciśnienie krwi D: 55, S: 105 RR.

9. XI. Czuje się znacznie lepiej. Próby chodzenia przy pomocy pielęgniarki, nogami jeszcze jednak nie włada. Dziecko zdrowe, waży 2200 gr.

11. XI. Codziennie próby chodzenia przy pomocy pielęgniarki. Podmiotowo czuje się bardzo dobrze. Odchody skąpe, surowicze.

12. XI. Ciepłota ciała prawidłowa. Macica schowana poza spojeniem łonowem. Dziecko waży 2250 gr.

15. XI. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno miarowe, dobrze napięte. Ciśnienie krwi RR 60/110. Odchody skąpe. Dziecko ma się dobrze, waży 2250 gr

Przeniesiona do Kliniki neurologicznej U. J. celem przeprowadzenia dalszego leczenia.

16. XI. Chora leży w łóżku z kończynami dolnemi wyprostowanemi w stawach kolanowych i biodrowych. Obrzęku w okolicy stawów skokowych i na stopach już się nie stwierdza. Jakkolwiek chora po porodzie czuje się znacznie lepiej, wychudzenie, bladość skóry, sinica na wargach i końcach palców utrzymuje się nadal, chociaż w mniejszym stopniu.

N e r w y c z a s z k o w e: Oddziaływanie źrenic na światło i akomodację żywe. Przy ubocznych ustawieniach gałek ocznych drobnofalisty oczopląs poziomy. W obrębie innych nn. czaszkowych nie stwierdza się nieprawidłowości.

K o ń c z y n y g ó r n e: Podstawowa falanga IV. palca prawej ręki mniej zgięta w kierunku dłoniowym, jak poprzednio. Palce V. obu rąk nie są odprowadzone. Pozatem stan jak poprzednio.

Odruchy brzuszne żywe, równe.

K o ń c z y n y d o l n e: Stopy w zgięciu podeszwowem. Palce duże obu nóg zgięte również w kierunku podeszwy, ku dołowi. Ruchy czynne w stawach biodrowych i kolanowych prawidłowe, — siła tych ruchów mniejsza, niż normalnie. Ruchy palców upośledzone jak poprzednio, gorsze po stronie lewej. Podnieść nóg chora nie może, przy zginaniu i wyprostowywaniu w stawach kolanowych suwa stopą po łóżku. Mierna bolesność uciskowa mięśni i pni nerwowych. Poza tem stan jak poprzednio.

C z u c i e: Brak zaburzeń czucia w obrębie kończyn górnych. Obniżenie czucia powierzchownego na dolnych kończynach odpowiada granicom ustalonym w badaniu poprzedniem. Zastosowano masaż, galwanizację kończyn dolnych, KJ × 2.

29. XI. Siły chorej wracają; z każdym dniem czuje się lepiej. Łaknienie ma dobre. W ciągu tygodnia przybyło jej 2 kg.

Przy zginaniu nóg w stawach biodrowych może chora obecnie unieść podudzie wraz ze stopą ku górze, może również unieść całą kończynę na wysokość kilku centymetrów od poziomu i utrzymać ją w tem położeniu przez chwilę. Przy wykonywaniu próby pięto-kolanowej chora wykazuje wyraźną niezborność (wskutek porażeń).

W zakresie czucia utrzymuje się stan, jak poprzednio.

12. XII. Samopoczucie dobre. Łaknienie dobre. Sen spokojny. W ostatnim tygodniu przybyło jej znowu 2 kg. Palec IV. ręki prawej zgina się i wyprostowuje, jak i inne palce; ustawiony jest prawidłowo. Ruchy w obrębie kończyn dolnych zyskują coraz więcej na sile. Zaczęto stosować ciepłe kąpiele.

31. XII. Siła ruchów w obrębie kończyn utrzymuje się bez zmian. Odruchów kolanowych i achillesowych wywołać nie można.

W zakresie czucia stan jak poprzednio. Chora w ciągu 2 tygodni zyskała na wadze 4 kg. Może już stać o własnych siłach.

12. I. 1928. Chora przybrała znów $1^1/_2$ kg na wadze. Czuje się silniejszą. Przedmiotowo żadnych wyraźnych zmian od ostatniego badania.

21. I. Stale przybywa na wadze. Może już chodzić bez pomocy pielęgniarki, jednak przy chodzeniu opiera się o łóżka.

Odruchów kolanowych i achillesowych wywołać nie można.

Brak bolesności uciskowej mięśni i nerwów kończyn dolnych. Łaknienie dobre. Sen spokojny. Stolce regularne. Zaczęto stosować galwano-faradyzację kończyn dolnych. Inj. strychniny.

5. II. Chodzi coraz pewniej. Odruchów ścięgnistych na kończynach dolnych wywołać nie można.

22. II. Chora podaje, że przy chodzeniu stopy nie zwisają już tak, jak poprzednio, przedmiotowo jednak tego się nie stwierdza. Może przejść kilka kroków bez trzymania się sprzętów.

23. II. Ze względu na utrzymujący się oczopląs skierowano chorą na klinikę otjatryczną do przebadania aparatu przedsionkowego.

Badanie aparatu przedsionkowego wykazało: pobudliwość na bodźce obrotowe i kaloryczne zmniejszona, może nieco wyraźniej dla prawego ucha. Drżenie samoistne przy 50 cm³ — 18° C z ucha prawego nie wstrzymane, z lewego — wyraźnie zwolnione. Natomiast drażnienie prądem galwanicznym daje już przy słabym prądzie lekkie odchylenie w lewo (dla próby wskaźnikowej).

24. II. Chora porusza się samodzielnie po izbie, może przejść sama kilkanaście kroków — wyraźny „chód brodzacego".

Oczopląs poziomy — przy bocznych ustawieniach gałek ocznych. Poza tem nn. czaszki bez zmian.

K o ń c z y n y g ó r n e: Ruchy czynne sprawne, szybkie. Również sprawne złożone ruchy palców. Odruchy bi-i-tri-cipitalne obustronnie zniesione. Odruchy okostnowe miernie żywe, równe. Zaburzeń czucia brak.

K o ń c z y n y d o l n e: Stopy w zgięciu podeszwowem. Zaniki mięśni podudzi, mniej wyraźne — ud. Zaznaczone ruchy palców, bardziej po prawej stronie. Odruchy kolanowe i achillesowe obustronnie zniesione. Odruchów patologicznych brak. Niezborności (próba piętowo-kolanowa) brak. Brak bolesności uciskowej mm. i nn.

C z u c i e: Obniżenie czucia dotyku w postaci „skarpetki" z górną granicą powyżej kostek na nodze lewej; nieco niżej sięga granica obniżenia czucia cieplnego i bólowego. Na nodze prawej obniżenie wyłącznie czucia cieplnego do poziomu kostek. Obniżenie czucia położenia palców nóg — wyraźniej po stronie lewej.

27. II. Przeniesiona na oddział neurologiczny (dawniej była na spokojnym psychjatrycznym). Ze zmiany oddziału ogromnie niezadowolona, mimo zapewnień, że to oddział dla zupełnie spokojnych chorych. Głośno płacze przez kilka godzin i żąda od odwiedzającej ją matki w stanowczy, ale również teatralny sposób, by

ją natychmiast zabrała do domu — w przeciwnym razie grozi, że się matki wyrzeknie.

28. II. Płacze prawie ciągle w dzień — w nocy sypia dobrze. Oświadcza, że jeżeli matka na umówiony czas (za 10 dni) nie przyjdzie — to wyskoczy przez okno.

2. III. Zachowuje się poprawnie, grzeczna wobec lekarzy, przy napomknieniu o jej niedawnem zachowaniu się — uśmiecha się przymilnie.

10. III. „Chód brodzącego“ utrzymuje się. Oczopląs poziomy drobnofalisty przy bocznych ustawieniach gałek ocznych. Inne nn. czaszki bez zmian.

Kończyny górne: Ruchy czynne sprawne, dobre. Odruchy bi-i-tri-cipitalne obustronnie zniesione. Zaburzeń czucia brak.

Kończyny dolne: Stopy w zgięciu podeszwowem. Ruchy palców nieznaczne — rozleglejsze po stronie prawej. Odruchy kolanowe i achillesowe obustronie zniesione. Brak bolesności uciskowej mięśni i pni nerwowych.

Czucie: Obniżenie czucia powierzchownego (bólu, dotyku i ciepła) na lewej nodze, jak poprzednio. Najwyżej sięga na podudziu obniżenie czucia dotykowego, o parę cm. niżej przebiega granica upośledzenia czucia cieplnego i bólowego. Na prawej nodze wyłącznie obniżenie czucia cieplnego na obwodzie do poziomu kostek.

Czucie położenia palców lekko obniżone, bardziej po stronie lewej.

14. III. Opuściła Klinikę na własne żądanie.

Dok. nast.

Dr. Mieczysław SZAJNA, asyst. Zakładu. Lwów.

Nefelometryczne badania wpływu elektrolitów na stan koloidalny białka.

Zakład Fizjologji U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Adolf Beck.

I.

Zmiany stanu koloidalnego komórki pod wpływem czynników zewnętrznych dają się śledzić w sposób bezpośredni lub pośredni.

Bezpośrednio można je oglądać pod ultramikroskopem. Metoda ta stosowana dotychczas w badaniach zwierząt jednokomórkowych, pozwala stwierdzić istnienie cząstek koloidalnych, ich kształt, wielkość i szybkość ruchów. Zastosowanie ultramikroskopu w badaniach komórek zwierząt wielokomórkowych napotyka na znaczne trudności tak ze strony samego przyrządu, jak i przedmiotu badania. Metodą pośrednią posługujemy się tak, że obserwujemy in vitro stan koloidalny zawieszonych cząstek i przyjmujemy, że zmiany w tym stanie, które tam zachodzą, zaszłyby i w białku zorganizowanem, w komórkach, gdyby się one znalazły w analogicznych warunkach.

Fizykalne własności komórki jak: elektryczne, optyczne, wielkość powierzchni adsorbcyjnej, a przedewszystkiem przepuszczalność błony komórkowej zależą od ilości i wielkości jej zawieszonych cząstek. Jeżeli wyobrazimy sobie błonę komórkową jako zgęszczoną warstwę protoplazmy o budowie siateczki, której punkty węzłowe utworzone są przez zawieszone cząstki białka i ciał tłuszczowatych, to przepuszczalność tej siatki będzie większa wtedy, gdy punktów węzłowych będzie mniej, a więc oczka jej staną się szersze. W środowisku międzykomórkowem o stałem stężeniu jonów wodorowych zawieszone cząstki błony komórkowej posiadają odpowiedni jemu, niezmienny — dodatni lub ujemny — potencjał elektryczny. Jakość tego potencjału nie ulega zmianie nawet po dodaniu roztworu pewnych soli obojętnych, mimo, że zwiększa się ilość nabojów, przepuszczalność błony komórkowej wtedy się zmniejsza, bo oczka jej sieci stają się mniejsze. Jeżeli pewna ilość nabojów pod wpływem jakiejś soli zanika, wtedy oczka się zwiększają i przepuszczalność wzrasta. Takie n. p. zjawisko, że dodanie soli potasowych do roztworu kokainy [1]) zwiększa jej siłę toksyczną wobec pantoflarek ogoniastych, w myśl powyższego zapatrywania można tak tłumaczyć, że pod wpływem dodanych jonów oczka siatki błony komórkowej stały się szersze i przepuściły łatwiej cząstki kokainy do wnętrza komórki.

Wpływ jonów caeteris paribus zależy w wysokim stopniu od jakości jonu. Woronzow [2]) i Hołobut [3]) stwierdzili wyraźną różnicę między działaniem jonów jednowartościowych —, a dwu — i więcej wartościowych na tkankę nerwową i mięsną. Obaj ci autorowie, pierwszy na tkance nerwowej, drugi na mięsnej wykazali, że jednowartościowe jony metali alkalicznych zwiększają pobudliwość tych tkanek, natomiast dwuwartościowe metale ziem alkalicznych ją obniżają. Wzrost pobudliwości według poglądów Woronzowa i Hołobuta idzie w parze ze zmianą stanu napęcznienia koloidów. Jony jednowartościowe zwiększają pobudliwość dlatego, że wpływając dodatnio na pęcznienie, potęgują powinowactwo koloidów do wody. Jony dwuwartościowe metali ziem alkalicznych działają pod tym względem ujemnie i dlatego pobudliwość tkanek zmniejszają.

W nawiązaniu do teorji błon komórkowych można dodać do tych wywodów, że proces pęcznienia równocześnie rozszerza sieci błon, ułatwia dyfuzję jonów, obniża potencjał elektryczny i — rzecz ciekawa — pewna ilość cząstek koloidalnych w tym procesie zanika, jak wykazują moje niżej podane obserwacje. Jony dwu- i więcej wartościowych metali, które bardzo intensywnie strącają białko, a więc zmniejszają powinowactwo jego cząstek do wody, powodują zagęszczenie koloidalnej siatki błony komórkowej, zwiększają w niej ilość cząstek, a przez to obniżają przepuszczalność komórki. Wzrost przepuszczalności wymaga rozszerzenia oczek sieci błony komórkowej i w związku z zanikiem pewnej ilości cząstek koloidalnych — obniżenia potencjału elektrycznego.

Objektywnym dowodem słuszności tego poglądu byłoby naoczne, bezpośrednie stwierdzenie zmian koloidalnych pod wpływem różnych jonów w komórkach tych tkanek. W tej pracy zwróciłem się do obserwacji zawiesin białkowych przy pomocy nefelometru, by módz wnioskować o wpływie jonów na białko komórkowe ze zmian w tem sztucznem środowisku. Posługiwałem się zawiesiną kazeiny, sporządzoną w sposób następujący: 1 gram kazeiny gotowałem w litrze 0,1% dwuwęglanu sodowego, a po oziębieniu płynu sączyłem go przez podwójny sączek. Uzyskana w ten sposób zawiesina trzymała się 2—3 dni w dobrym stanie. Dla ścisłości wykonywałem serje oznaczeń zawsze tą samą zawiesiną. Stężenie jonów wodorowych zawiesiny, kontrolowane przy pomocy indykatorów Michaelisa wynosiło 7,5 — 7,7. Oznaczenia same wykonywałem w nefelometrze (mod. Kleinmanna), używając 8,5 cm^3 tej zawiesiny, jako wzorcowej. Wpływ jonów metali alkalicznych badałem w ten sposób, że do 19, 18, 17 — 10 cm^3 zawiesiny dodawałem 1, 2, 3 — 10 cm^3 jednodziesięciomolarnego roztworu KCl, NaCl i LiCl w wodzie podwójnie destylowanej. Poniżej rozcieńczenia dwukrotnego (10 : 10) nigdy nie schodziłem, ponieważ podczas porównywania bardziej rozcieńczonych zawiesin z zawiesiną wzorcową, nie dało się sprowadzić pól widzenia do idealnej równości. Podstawowe roztwory chlorku potasu, sodu i litu, mniej stężone, jak n. p. 1/40, 1/100 i 1/400 mol. zachowywały się w stosunku do zawiesiny kazeiny, jak woda destylowana, t. j. nie miały żadnego wpływu; działają one dopiero w stężeniach wyższych.

Oznaczenia zacząłem od nefelometrycznego porównania zawiesin kazeiny rozcieńczonych roztworem chlorków metali alkalicznych (potasu, sodu i litu), w stężeniu 1/10 mol.

Tablica I.
Wpływ 1/10 mol. roztworu KCl na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny	Stężenie mol. KCl. w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozc. 1/10 mol. KCl.	H_2O
1	18,5.19 cm^3	zaw. + 1 cm^3 1/10 m KCl	0,0050 mol.	16,1 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm^3 1/10 m KCl	0,0100	15,4 mg	16,7 mg
3	18,5.17	zaw. + 3 cm^3 1/10 m KCl	0,0150	14,8 mg	16,1 mg
4	18,5.16	zaw. + 4 cm^3 1/10 m KCl	0,0200	14,4 mg	15,2 mg
5	18.5.15	zaw. + 5 cm^3 1/10 m KCl	0,0250	12,8 mg	14,4 mg
6	18,5.14	zaw. + 6 cm^3 1/10 m KCl	0,0300	12.4 mg	13,7 mg
7	18,5.13	zaw. + 7 cm^3 1/10 m KCl	0,0350	11,6 mg	12,8 mg
8	18.5.12	zaw. + 8 cm^3 1/10 m KCl	0,0400	10,6 mg	11,6 mg
9	18,5.11	zaw. + 9 cm^3 1/10 m KCl	0,0450	10,0 mg	11,1 mg
10	18,5.10	zaw. + 10 cm^3 1/10 m KBl	0 0500	9,4 mg	10,1 mg

---

[1]) M. Szajna, Polska Gazeta Lekarska, Nr. 47, Rok VI. 1927.
[2]) Woronzow, Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 203, (1924); 207, 210 (1925); 216 (1926); 218 (1928).
[3]) W. Hołobut, Cpt. Rend. Soc. Biol. T. 100 (1929).

Z powyższego zestawienia widać, że ilość kazeiny, obliczona z zawiesiny, rozcieńczonej roztworem 1/10 mol. chlorku potasu jest średnio mniejsza o 1,17 mg niż jej ilość obliczona z zawiesiny rozcieńczonej wodą destylowaną.

Zatem dodanie chlorku potasu powoduje usunięcie pewnej ilości cząstek z pola widzenia nefelometru, niweczenie części zawieszonych cząstek białka, zwiększenie ich powinowactwa do wody do tego stopnia, że ze stanu zawieszenia przechodzą w stan rozpuszczenia w wodzie, przez co nie załamują już światła w nefelometrze.

Tablica II.

Wpływ 1/10 mol. roztworu Na Cl na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol. NaCl w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/10 mol. NaCl	H_2O.
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m NaCl	0,0050 mol.	16,9 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m NaCl	0,0100	15,9	16 7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m NaCl	0,0150	15,0	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m NaCl	0,0200	14,1	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m NaCl	0,0250	13,1	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m NaCl	0,0300	12,7	13,7
7	18 5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m NaCl	0,0350	11,7	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m NaCl	0,0400	11,2	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m NaCl	0,0450	10,8	11,1
10	18,5·10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m NaCl	0,0500	10,0	10.1

Roztwór chlorku sodu niweczy przeciętnie 0,76 mg kazeiny.

Tablica III.

Wpływ 1/10 mol. roztworu Li Cl na zawiesinę kazeiny w dwuwęglanie sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol. LiCl w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/10 mol. LiCl	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m LiCl	0,0050 mol.	17 5 mg	17,8 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m LiCl	0.0100	16 8	16,7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m LiCl	0,0150	15,4	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m LiCl	0,0200	14,4	15,2
5	18 5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m LiCl	0,0250	13 9	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m LiCl	0,0300	13,2	13,7
7	18,5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m LiCl	0,0350	12 6	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m LiCl	0 0400	11,9	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m LiCl	0,0450	11,2	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m LiCl	0.0500	10,5	10 1

Różnice zachodzące między wpływem poszczególnych jonów metali alkalicznych na zawiesinę kazeiny, uwidocznione są wyraźnie w powyższych zestawieniach. Najwybitniejsze zmniejszenie ilości cząstek w obrazie nefelometrycznym spowodowało rozcieńczenie zawiesiny kazeiny roztworem chlorku potasu. Krzywa, która przedstawiałaby zanikanie cząstek zależnie od stopnia rozcieńczenia roztworem 1/10 mol. chlorku potasu przebiegałaby znacznie niżej i w prawie stale równem oddaleniu od krzywej, powstałej z rozcieńczenia kazeiny wodą destylowaną. Mniej wybitnem jest niweczenie cząstek po rozcieńczeniu kazeiny chlorkiem sodu. Krzywa rozcieńczenia chlorkiem sodu zbliżałaby się w miarę wzrostu tego rozcieńczenia do krzywej rozcieńczenia wodą. Wpływ zatem jonu sodowego na niweczenie cząstek zawiesiny jest słabszy, niż wpływ jonu potasowego.

Bardzo ciekawy i wymagający osobnego omówienia obraz przedstawia rozcieńczenie kazeiny chlorkiem litu. I tak w dwu początkowych niższych stężeniach (0,0050 i 0,0100 mol.) ilość cząstek kazeiny rozcieńczonej chlorkiem litu jest prawie taka sama (16,8 i 16,7) jak w zawiesinie zmieszanej z czystą wodą destylowaną. W stężeniach od 0,0150 do 0,0350 mol. wpływ jonu litowego jest taki sam, jak potasu i sodu, natomiast w trzech końcowych, najsilniejszych stężeniach chlorku litu (0,0400, 0,0450 i 0,0500 mol.) ilość cząstek zawiesiny jest większa niż ilość cząstek rozcieńczonych czystą wodą destylowaną. Jon litowy pod tym względem stoi na pograniczu jonów metali alkalicznych i ziem alkalicznych, których działanie cechuje się mnożeniem ilości zawieszonych cząstek białka.

Najsilniejszy wpływ na zawieszoną kazeinę wywarł jon potasu; odpowiada to w zupełności wpływowi, który wywiera on na żywą komórkę. W małych stężeniach (u ciepłokrwistych do 1%) [1]) powoduje on zwiększenie pobudliwości komórek, w myśl wygłoszonej powyżej hipotezy wskutek zwiększenia powinowactwa białka komórkowego do wody, w następstwie czego struktura błony komórkowej ulega pewnemu rozluźnieniu. W stężeniach wyższych (u ciepłokrwistych ponad 2%) [1]) jon potasu poraża komórki, i w tem działaniu porażającem stoi na pierwszem miejscu pomiędzy jonami metali alkalicznych. Tę własność zawdzięcza temu, że w stężeniach wyższych strąca białko silniej, niż jony sodu i litu, oraz stosunkowo dobrze wnika do wnętrza komórki. Hipoteza W o r o n z o w a [2]) i H o ł o b u t a [2]), tłumacząca zwiększenie pobudliwości komórek zwiększeniem powinowactwa cząstek białka do wody (zwiększeniem pęczliwości białek błony komórkowej) znachodzi swe potwierdzenie w przytoczonych doświadczeniach, w których zwiększenie powinowactwa cząstek zawieszonej kazeiny do wody uwidoczniło się zmniejszeniem ilości cząstek zawiesiny w obrazie nefelometrycznym .

Wpływ roztworów dwuwartościowych jonów metali ziem alkalicznych na ilość cząstek kazeiny przedstawiają trzy poniżej zestawione tablice. Dla ich bliższego objaśnienia muszę zaznaczyć, że roztworów hlorku wapnia, baru i magnezu używałem w daleko większych rozcieńczeniach, niż roztworów jonów jednowartościowych metali alkalicznych, ponieważ cząstki kazeiny pod ich wpływem skupiały się tak znacznie, że niemożliwem było porównanie ich z zawiesiną wzorcową. Chlorku wapnia używałem w stężeniu 1/400 mol.; chlorku Ba — 1/100 mol., a chlorku Mg w koncentracji 1/40 mol. Takie stężenia dodane do zawiesiny kazeiny umożliwiały porównywanie i nie dawały strątów kazeiny.

Jony Ca zwiększają ilość zawieszonych cząstek kazeiny prostolinijnie bez załamań. Jony Ba mają tę szczególną cechę w porównaniu z jonami wapnia, że skupianie nowych cząstek zawiesiny wywołują dopiero w większych stężeniach, t. j. od 0,00400

Tablica IV.

Wpływ 1/400 mol. Ca Cl_2 na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol. $CaCl_2$ w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/400 mol. $CaCl_2$	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m CaCl	0,000125 mol.	18,2 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m CaCl	0,000250	17,5	16,7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m CaCl	0 000375	16.4	16,1
4	18,5 16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m CaCl	0,000500	15.9	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m CaCl	0,000625	15,2	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m CaCl	0,000750	14,8	13,7
7	18,5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m CaCl	0,000875	13,6	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm₄ 1/10 m CaCl	0,001000	13,0	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m CaCl	0,001125	12,9	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m CaCl	0,001250	12,1	10,1

[1]) Astolfoni, Arch. Pharmaco-Dynamic 11 (1904).

[2]) l. c.

Tablica V.

Wpływ 1/100 mol. $BaCl_2$ na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol $BaCl_2$ w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/400 mol. $BaCl_2$	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00050 mol.	17,2 mg	17,3 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00100	16,3	16,7
3	18 5.17	zaw + 3 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00150	15,9	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00200	14,9	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00250	14 1	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m BaCl²	0.00300	13,9	13,7
7	18.5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m BaBl²	0,00350	12,6	12 8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m BbCl²	0,00400	12,0	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00450	11,7	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00500	11 2	10 1

do 0,00500 mol.; natomiast niższe stężenia tego jonu działają podobnie, jak jednowartościowe jony metali alkalicznych, t. j. niweczą już zawieszone cząstki kazeiny. Uwzględniając wielkość stężeń jonów jedno i dwuwartościowych, stwierdzić trzeba, że łatwiej jest sprowokować agregację amikronów w ultramikrony, niż zniweczyć ultramikrony.

Zachowanie się 1/40 mol. roztworu $MgCl_2$ nie różni się od zachowania jonów Ca:

Tablica VI.

Wpływ 1/400 mol. $MgCl_2$ na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny. wzorc. w mg₂	Rozcieńczenie zawiesiny	Stężenie mol. $MgCl_2$ w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/40 mol. $MgCl_2$	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00125 mol.	18,3 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00250	17,5	16,7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00375	16,5	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00500	15,7	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00625	14,9	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00750	14,2	13,7
7	18,5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00875	13,8	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m MgCl²	0,01000	12,9	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m MgCl²	0,01125	12,4	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m MgCl²	0,01250	11,7	10,1

Zestawione w tablicach wartości z uwzględnieniem użytych stężeń podstawowych pozwalają stwierdzić, że największą zdolność zwiększenia ilości cząstek zawieszonej kazeiny, czyli największą zdolność zmniejszania jej powinowactwa do wody posiadają jony wapnia, słabszą jony baru, wreszcie na końcu tego szeregu stoją jony magnezu.

Te wyniki zgodne są z wynikami innych autorów. którzy, badając wpływ jonów na strącanie zawiesin białka, znaleźli, że jony jednowartościowe potrzebują znacznie wyższej koncentracji do wysolenia białka, niż jony dwuwartościowe. W stężeniach niskich jony jednowartościowe zwiększają powinowactwo cząstek białka do wody, w wyższych wysalają je. Natomiast jony dwuwartościowe z wyjątkiem Ba, już w stężeniach bardzo niskich wysalają zawiesiny białka.

Także i na tkanki stosowane roztwory tych soli, tak różnie działają, jak na kazeinę in vitro. Jony jednowartościowe w stężeniach niskich wywierają na tkanki wpływ drażniący, wzmagając ich pobudliwość. Ponieważ cząstki kazeiny w tych warunkach zanikają, wnioskować można, że cząstki białka błony komórkowej ulegają zniweczeniu. Wyższe stężenia jonów jednowartościowych porażają tkanki po krótkim okresie podrażnienia, jak mniemać można w następstwie agregacji cząstek i to odwracalnej, bo z chwilą zmniejszenia stężenia pobudliwość wraca. Dwuwartościowe jony metali ziem alkalicznych, podobnie jak i więcejwartościowe, porażają nawet w bardzo małych stężeniach, ale w sposób nieodwracalny. Analogja zatem między wpływem jedno i dwuwartościowych jonów na białko in vitro i na białko komórkowe jest znaczna; te sole mają rzeczywiście wpływ na stan koloidalny białka, a przypuszczenia Woronzowa i Hołobuta wobec opisanego wyniku nefelometrycznych badań nabierają prawdopodobieństwa.

II.

Wpływ jonów na strącalność białka przez elektrolity znany jest z prac Brossa[1]), Mayerhofa[2]) i innych. Autorowie ci, dostrzegłszy różnice w ilościach soli potrzebnych do strącenia białka z roztworów czystych i z roztworów jakiegoś jadu n. p. alkoholu amylowego, uretanu, kamfory, tymolu i innych, wygłosili hipotezę, że wpływ różnych jadów na komórkę dochodzi do skutku w ten sposób, że dana trucizna uczula białko komórkowe na działanie jonów (Freundlich i Rona[3]). Na podstawie własnych doświadczeń skłonny jestem jednakże przypuszczać, że to właśnie jony ułatwiają działanie jadom.

Ponieważ w tutejszym Zakładzie Fizjologicznym równocześnie badano wpływ jonów metali alkalicznych i ziem alkalicznych na zachowanie się pobudliwości nerwu kulszowego żab zatrutych strychniną[4]), starałem się przy pomocy nefelometru zaobserwować zachowywanie się białka w roztworze tych soli z dodatkiem strychniny.

Stężenie i sposób dodawania do zawiesiny kazeiny badanych roztworów, było takie same, jak w doświadczeniach poprzednich z tą różnicą, że roztwór badanej soli sporządzony był zawsze w roztworze 0,1% azotanu strychniny. Zestawiona poniżej tablica wykazuje wyraźną różnicę między wpływem czystego roztworu strychniny, a jej mieszaniną z solami badanych elektrolitów na zawieszoną kazeinę.

Tablica VII.

L. p.	Il. kaz. wzorc. w mg.	Rozc. zaw. wzorc.	Il. mg. kaz. oblicz. z roztw. rozcieńca H_2O 0,1% a. s.	KCl	z NaCl	z LiCl	z $CaCl_2$	$BaCl_2$	$MgCl_2$
			Stęż. mol. roztw. soli jak w dośw. poprz.						
1	18,5.19 cm³	zaw.+ 1 cm³ roztw.	17,5.16.4	17 2	17,5	18,3	16,9	16 5	17,7
2	18 5.18	zaw.+ 2 cm³ roztw.	16,7.16,0	16,0	16,0	17,9	16,4	16,1	16,4
3	18 5.17	zaw.+ 3 cm³ roztw.	16 1.15,9	15,2	15,4	16,9	16 0	15,5	16,0
4	18 5.16	zaw.+ 4 cm³ roztw.	15,2.14,9	14.3	14 8	16,0	15,3	15,1	15,4
5	18,5.15	zaw.+ 5 cm³ roztw.	14,2.14,4	13,0	13,6	15,3	14,7	14,8	14 2
6	18 5.14	zaw.+ 6 cm³ roztw.	13 7.13 9	12,9	13,2	14,9	14 0	14,2	13 9
7	18 5.13	zaw.+ 7 cm³ roztw.	12 8 12 9	12,0	12,1	13 6	13,6	13,9	13,0
8	18.5,12	zaw.+ 8 cm³ roztw.	11,6.12 3	11,2	11,3	12,9	12,9	13 5	12,9
9	18 5.11	zaw.+ 9 cm³ roztw.	11,1.11,5	10,8	11 0	11,7	12 5	13,2	11,9
10	18,5.10	zaw.+ 10 cm³ roztw.	10,1.10,5	10,1	10,6	10,9	12,0	12,9	11,1

Roztwór czystego azotanu strychniny dodany do zawiesiny kazeiny w stężeniach niższych od 0,0050—0,020 procent niweczy część cząstek zawieszonych — zachowuje się więc tak, jak jednowartościowe jony metali alkalicznych. W stężeniach wyższych od 0,020—0,050 procent azotan strychniny zwiększa ilość zawieszonych cząstek kazeiny, upodobniając się w swem działaniu do dwuwartościowych jonów metali ziem alkalicznych. Ta dwoistość działania strychniny na ilość zawieszonych cząstek kazeiny, zależna od jej stężenia, odpowiada dwoistemu działaniu strychniny na tkankę nerwową: w stężeniach niskich strychnina wybitnie drażni komórki nerwowe — odpowiadałoby to niweczeniu cząstek zawiesiny białkowej; w stężeniach wyższych poraża — powoduje przechodzenie amikronów w ultramikrony.

[1]) G. A. Brossa, K. M. Zeitschrift 32, 107, 1923.
[2]) O. Meyerhof, Bioch. Zeischrift 86, 325, 1918.
[3]) L. Michaelis u. P. Rona, Biochem. Zeitschr. 102, 268, 1920,
[4]) W. Hołobut, Pol. Gaz. Lek. Nr. 17, 1929.

Jony jednowartościowe metali alkalicznych, działające wspólnie ze strychniną na zawiesinę kazeiny dadzą się podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą jony potasu i sodu, które z wyjątkiem najmniejszego stężenia (0,0050 mol.) stale zmniejszają ilość zawieszonych cząstek, w sposób podobny, jak w czystym roztworze. Do drugiej grupy należy jon litu, którego obecność powoduje stałe zwiększenie ilości zawieszonych cząstek.

Co się tyczy podobieństwa między wpływem jonów K, Na, i Li na działanie strychniny na nerw kulszowy żaby, to szczegółowego porównania tego działania z wpływem na zawieszone białko in vitro, nie da się przeprowadzić, albowiem jony te używane były w stężeniach izotonicznych dla żaby, a więc bardzo wysokich. I tak dodanie jonu potasu pod postacią izotonicznego roztworu chlorku potasu po początkowem zwiększeniu pobudliwości, wywołuje porażenie nerwu; chlorek sodu jest bez wpływu, a chlorek litu zachowuje się odmienie od obu jonów, gdyż znacznie wzmaga pobudliwość nerwu, zwiększoną pod wpływem strychniny, a dopiero po bardzo długim czasie powoduje jej obniżenie. Ostatecznym efektem dodania izotonicznego roztworu chlorków metali alkalicznych jest zawsze porażenie nerwu, najprawdopodobniej wskutek strącenia białka, a początkowy wzrost pobudliwości, występujący zresztą prawie zawsze po dodaniu najbardziej porażających substancyj da się wytłumaczyć zadrażnieniem komórki, jakie spowodowane jest przez nagłą zmianę jej środowiska jeszcze przed zadziałaniem na białko błony komórkowej.

Jony metali ziem alkalicznych, zmieszane ze strychniną, zwiększają ilość cząstek zawiesiny; działanie ich zatem jest takie same jak w roztworach czystych. Jony te dodane do roztworu strychniny, stosowanej na nerw, zawsze powodowały jego porażenie.

Streszczając wyniki własnych oznaczeń nefelometrycznych, stwierdzić mogę dwojakiego rodzaju wpływ jednowartościowych jonów na zawieszone białko: w stężeniach niskich (0,0050 do 0,0500 mol.) sole potasu, sodu i litu zwiększają powinowactwo cząstek zawieszonych do wody, zmniejszając przez to ich ilość w obrazie nefelometrycznym; natomiast stężenia wyższe, jak to wynika z doświadczeń licznych autorów, strącają białko wskutek zmniejszenia stopnia uwodnienia zawieszonych cząstek. Ten dwojaki wpływ na zawiesiny białka in vitro, zależny od stężenia badanej soli, tłumaczy dwojaki wpływ tych jonów na tkanki: w stężeniach wyższych niszczą komórki, w niższych zwiększają ich pobudliwość, prawdopodobnie zawsze w związku z działaniem na białko błony komórkowej. Jony wapnia, baru i magnezu nawet w bardzo małych stężeniach zwiększają ilość cząstek w obrazie nefelometrycznym wskutek obniżenia ich powinowactwa do wody. To też stosowane nawet w najmniejszych ilościach porażają komórkę.

Szereg, w jakim układają się jednowartościowe jony metali alkalicznych zależnie od swego działania uwadniającego na zawiesinę białka o reakcji zasadowej jest taki sam, jak szereg tych jonów, użytych w stężeniach wyższych do strącania białka, a więc: K, Na, Li.

Jony dwuwartościowe Ca, Ba i Mg ze względu na łatwość strącania białka, po wzięciu pod uwagę ich molarnego stężenia, układają się w szereg Ca, Ba, Mg, nie zwiększając nawet w stężeniach bardzo niskich powinowactwa cząstek białka do wody.

Wpływ strychniny na zawieszone cząstki kazeiny podobny jest do wpływu jednowartościowych jonów metali alkalicznych; w stężeniach niższych (0,0050—0,020%) niweczy część cząstek zawieszonych; w wyższych (0,020—0,050) zwiększa ich ilość. Prawdopodobnie to dwoiste działanie strychniny na tkankę nerwową da się wytłumaczyć jej dwoistym wpływem na zawieszone cząstki, zależnem również od stężenia.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyr. Prof. Dr. K. Bocheński.

Pomijając ból spowodowany otwieraniem powłok jamy brzusznej, głównem źródłem bólów odczuwanych przez chorą w czasie operacji ginekologicznych są nerwy umiejscowione około dużych naczyń w krezce i sieci. Są to włókna nerwowe należące przeważnie do układu współczulnego. Lennander był przekonany o niewrażliwości trzewów jamy brzusznej na bodźce cieplne i mechaniczne. Wprawdzie Kast i Meltzer odnosili ten brak czucia do działania kokainy wchłoniętej z płynu Schleicha, jednak Haim przekonał się o słuszności zapatrywań Lennandera na swych chorych, których oszołamiał kilkoma kroplami chloroformu, a przeciąwszy powłoki, operował następnie bez bólu. Jedynie ze szycie powłok wymagało powtórnej dawki chloroformu. Również Nast-Kolb przekonał się, że wszelkie zabiegi na jelitach, żołądku i krezce są zupełnie niebolesne, a bóle występują jedynie skutkiem pociągania krezki lub otrzewny ściennej. Przeszło 700 zabiegów operacyjnych, między innemi także usunięcie macicy przez pochwę, wykonanych bez znieczulenia i 640 wykonanych jedynie w miejscowem znieczuleniu przekonały Manna, że narząd rodny kobiety jest nieczuły na ból z wyjątkiem tylko nielicznych miejsc. Bolesne jest zawsze pociąganie otrzewny miednicowej. Bröse wykonywując operację Schauty-Wertheima z powodu wypadania macicy w znieczuleniu miejscowem przekonał się, że oddzielanie pęcherza na ostro od ściany pochwy i szyi macicy jest niebolesne, w przeciwieństwie do otwarcia zatoki pęcherzowo-macicznej. Wytaczanie trzonu macicy powodowało kurczowe bóle i parcia, wszelkie te bóle ustawały z chwilą, gdy macica znalazła się w pochwie. Również wycięcie trąbek wraz z rogiem macicy, szycie więzadeł i przyszycie macicy do pochwy nie wywoływały bólu.

Co się tyczy znieczulenia lędźwiowego w położnictwie to sprawa przedstawia się nieco odmiennie. Niektórzy autorowie przypuszczają, że bóle porodowe zostają wywołane naciąganiem otrzewny przez przyczepy mięśni macicy. Blaszka krzyżowa bowiem zaopatrywana jest przez nerwy krzyżowe, przednia zaś przez nerwy lędźwiowe, leżące środoponowo. Propping wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach i na podstawie ich, łącznie z klinicznemi spostrzeżeniami, sądzi, że sam skurcz gładkich mięśni narządów jamy brzusznej (kiszek, żołądka, moczowodu, pęcherza moczowego, macicy i pęcherzyka żółciowego) wywołuje uczucie bólu. Skurcz ten jednak musi być dostatecznie silny.

Aby wywołać ten skurcz i uczucie bólu nie potrzeba podrażnienia otrzewny ściennej lub pociągania przyczepu krezki, wystarcza dostatecznie silne podrażnienie włókien nerwowych przebiegających w samem utkaniu narządów jamy brzusznej.

W położnictwie w zakres działania środka znieczulającego wchodzą narządy zgoła odmiennie zbudowane. Macica, szyja i pochwa, jak wiadomo, posiadają włókna mięsne gładkie, natomiast jama brzuszna, jakoteż krocze włókna prążkowane. Unerwienie macicy składa się z włókien pochodzących ze splotu Frankenhausera, który to splot utworzony jest ze splotu współczulnego, podbrzusznego i zasilany przez włókna pochodzące ze splotów krzyżowych, współczulnych, jakoteż włókna pochodzące z 2, 3 i 4 nerwu krzyżowego. Cały splot podbrzuszny składa się z dwóch pasm po obu stronach, poza naczyniami podbrzusza. Dzieli się on w dalszym ciągu na mniejsze pasemka, z których najważniejszy jest omawiany właśnie splot Frankenhausera. Nerwy krzyżowe jakoteż włókna współczulne w drodze do macicy przebiegają wzdłuż więzadeł szerokich. Oprócz tego istnieje osobny ośrodek regulujący w rdzeniu lędźwiowym. Ośrodek ten jednak nie jest konieczny dla ruchów macicy. Poród może odbyć się nawet mimo zupełnego zniszczenia odpowiednich odcinków rdzenia i przecięcia wszystkich włókien współczulnych i rdzeniowych, biegnących w kierunku macicy. Istnieją bowiem w samej macicy sploty nerwowe samoistne, wykryte i opisane przed kilku laty przez Keiffera i Latorre'a. Ośrodki te wystarczają w zupełności dla powstawania samoistnych, od rdzenia niezależnych ruchów macicy. Skutkiem tego może kobieta nie odczuwać żadnych bólów mając znieczulony centralny system nerwowy i obwodowy, a pomimo to macica będzie kurczyła się prawidłowo i systematycznie pod wpływem wspomnianego ośrodka nerwowego, mającego własne źródło energji. Z punktu widzenia anatomiczno-fizjologicznego byłby więc — wedle tych poglądów — mięsień macicy zbliżony do mięśnia sercowego, posiadającego również własne ośrodki nerwowe. Zdaniem Keiffera podrażnienie całego systemu nerwowego może stać się przyczyną kurczów macicy. Również drażniąc mózg, rdzeń lub nerw współczulny, można wywołać skurcze macicy, gdyż mięsień jej jest nadzwyczaj czuły na bodźce wszelakiego rodzaju.

Niektórzy autorowie sądzą, że skurcze macicy wywołane jedynie przez owe samoistne, w niej samej znajdujące się ośrodki nerwowe, są zasadniczo różne i niewystarczające w stosunku do prawidłowych skurczów rodzącej macicy. Nasze spostrzeżenia, poczynione w czasie znieczulenia do cięcia cesarskiego przekonały nas, że skurcze te nietylko nie ustępują w niczem prawidłowym skurczom macicy w czasie porodu, ale nawet są na ogół silniejsze i wydatniejsze tak, że mimowoli nasuwa się myśl iż słuszne są za-

patrywanie Rotha, Hoofkemera, Kehrera, Langley'a, Keiffera i Whitehouse'a, że rdzeń i zawarte w nim ośrodki nerwowe są czynnikami raczej hamującemi, a właściwym czynnikiem pobudzającym są elementy obwodowe, to znaczy sploty i pasma znajdujące się w samej ścianie macicy. Natomiast szyja, która zależy od rdzenia, po jego przecięciu lub znieczuleniu ulega zwiotczeniu.

Znieczulenie lędźwiowe pomyślał pierwszy nowojorski chirurg Corning w 1885 roku, pierwsze zaś doświadczenia na zwierzętach przeprowadził francuski fizjolog Franck. W Niemczech szerzył tę metodę od roku 1899 Bier, we Francji zaś Tuffier i Chaput, którzy ogłosili szereg spostrzeżeń odnośnie do sposobu znieczulania i powikłań, które ono może sprowadzić. Severeano i Grotta Racoviceano Nicoletti opisują szereg udanych doświadczeń, a niedługo potem Schwarz wprowadza tropakokainę. Stosował on ją w ilości 1—5 centigr. i nie miał żadnych powikłań ani też ubocznych objawów. Słuszności zapatrywania Tuffiera dowiodły następne doniesienia. W zestawieniu Hahna liczba zawodów wynosi 6.5%, ciężkie objawy otrucia w 14%, a wypadków śmierci w 0.4%.

Następuje szereg publikacji omawiających przyczyny złych wyników i podających sposoby ich zapobiegania. Tuffier radzi przepuszczać przygotowany roztwór przez bakterjologiczny filtr, inni radzą kilkakrotnie wyjaławiać i wstrzykiwać nisko. Wreszcie w roku 1902 Guinard, a równocześnie i niezależnie od niego Kozłowski, znajdują źródło złego nie w samym środku znieczulającym, lecz w płynie użytym do rozpuszczania. Polecają oni zatem używać do tego celu płynu mózgordzeniowego.

Doleris wstrzykiwał kokainę do przestrzeni podpajęczynowej pod koniec porodu i zauważył, że znieczulenie lędźwiowe wywołuje zniesienie odczuwania bólów, powodowanych przez skurcze macicy, równocześnie jednak pobudza macicę do skurczów. Już przedtem Simpson i Dewenter starali się rozwiązać problem niebolesnego porodu i pierwszy czynił to za pomocą eteru lub chloroformu, drugi zaś podawał swej żonie pigułki opjum i w ten sposób przeprowadził u niej sześć porodów bez bólów.

Inni autorowie jak de Montpellier, Puech, de Rouville, Malartic, Rapin, Audebert, Lantuéjoul, Brindeau, de Delmas, Madon i inni torują drogę nowej metodzie, a choć nie ukrywają niepomyślnych wyników i powikłań uważają ją za odpowiednią w pewnych, odpowiednio dobranych przypadkach. Początkowo używano wyłącznie kokainy, a duża siła trująca jej, jak i zbyt wysokie dawki, były często przyczyną bardzo poważnych powikłań a nawet śmierci. Odstraszyło to na pewien czas zwolenników tego postępywania, dopóki nie znaleziono pochodnych kokainy, które o wiele mniej trujące i nie tak niebezpieczne posiadają te same własności znieczulające co kokaina. Nowokaina, stowaina, tutokaina, alypina i tropakokaina — oto najbardziej używane preparaty.

Później znieczulenie wychodzi z użycia, jedynie Audebert i de Rouville stosują je stale. W ostatnich dopiero latach Delmas przywrócił metodzie tej należne znaczenie.

Znieczulenie w położnictwie obejmuje dwa obszary, w obrębie których rozprzestrzenia się działanie środka znieczulającego. Górny obszar złożony z mięśni napinających się w czasie aktu porodowego i dolny obszar, obejmujący krocze, pochwę i szyję, które ulec muszą zwiotczeniu celem ułatwienia przejścia płodu.

Przecięcie rdzenia wywołuje skurcze mięśni w górnym obszarze i porażenie w dolnym; takie samo działanie wywiera znieczulenie lędźwiowe, które sięga do wysokości sutków, a niekiedy nawet do obojczyków. Zdolność do parcia jest utrzymana, natomiast odruchy są zmniejszone lub nawet zupełnie zniesione, co ma znaczenie w chwili przerzynania się główki.

Takawo Hosaka używał tropakokainy z dobrym skutkiem do znieczulania pierwiastek i wieloródek, musiał jednak kilkakrotnie wstrzykiwać pituitrynę lub zakładać kleszcze, aby zastąpić zniesione odruchy w okresie wydalania płodu. Brindeau stosował znieczulenie lędźwiowe w 65 przypadkach operacji kleszczowych (z tego 45 u pierwiastek) i stwierdził łatwiejszy dostęp do główki po znieczuleniu, jak również większą podatność ujścia macicy. Wykonał on 53 cięć cesarskich w znieczuleniu lędźwiowem i jedynie w 1 przyp. miał zawód. Ogółem na 195 znieczuleń rodzących miał 1 wypadek śmierci u kobiety, u której wykonał cięcie cesarskie z powodu ścieśnienia miednicy. Dziecko wydobyto żywe. Obdukcja wykazała zwyrodnienie tłuszczowe wątroby.

Delmas i Coll de Carrera opisują przypadek, w którym dzięki znieczuleniu udało się wykonać obrót w 4 dni po pęknięciu pęcherza płodowego przy ujściu rozwartem na 4 palce. Sądzą, że było to możliwe jedynie dzięki znieczuleniu, które spowodowało wiotkość krocza, elastyczność i podatność części miękkich, co umożliwiło dostateczne rozszerzenie ujścia i urodzenie żywego płodu. Balard i Mahon znieczulali w przypadkach nieprawidłowego rozszerzania się szyi. Wyniki mieli dość dobre (68% bez powikłań). Jedynie tylko przypadki niepodatnego ujścia na tle pierwotnego zakażenia *Métrite cervicale gonococcique en évolution* okazały się oporne i musiano naciąć szyję. Zdaniem wspomnianych autorów znieczulenie nadaje się do usuwania niepodatności ujścia zewnętrznego i pozwala na szybkie rozwiązanie rodzącej, której grozi niebezpieczeństwo życia np. skutkiem poprzedzającego łożyska. Metoda ta może zastąpić założenie balonu, obrót Braxtona-Hicksa lub nacięcie szyi. Jest ona nieszkodliwa dla płodu. (Friedman: 100 cięć cesarskich, Vorlaender 51 cięć cesarskich, Lantuejoul, Roume).

Nasze doświadczenia odnoszą się do 50 przyp. położniczych, w czem było 41 operacji cięcia cesarskiego brzusznego,[1]) 7 operacji cięcia cesarskiego pochwowego[2]) i dwa cięcia cesarskie sposobem Portes'a[3]). Znieczulaliśmy w ten sam sposób jak do operacji ginekologicznych, uważając jedynie, aby wstrzykiwać powoli i w przerwach pomiędzy bólami. Rodzącą sadzaliśmy z szeroko rozchylonemi udami, kilka razy znieczulaliśmy także w ułożeniu na boku. Znieczulenie obejmywało całe krocze, kończyny dolne i część brzucha aż powyżej pępka. Poczynało się ono od stóp, w ciągu 4—7 minut dochodziło do szczytu nasilenia i trwało przeciętnie godzinę. Wystarczała nam zawsze mniejsza dawka, aniżeli w operacjach ginekologicznych, 0.07 — 0.08 g. dawało dostatecznie długie i dobre znieczulenie.

Ogromną zaletą tego znieczulenia w położnictwie jest ograniczenie krwawienia do minimum. Zupełne zwiotczenie powłok, porażenie jelit i wstrzymanie krwawienia pozwala na spokojne i dokładne zeszycie macicy. Prawidłowe kurczenie się opróżnionej macicy nie doznaje żadnych przeszkód, a spotęgować je można jeszcze przez wstrzyknięcie podskórnie pituglandolu po wyjęciu płodu.

W kilku przypadkach jednak wydobyte z macicy płody znajdywały się w dość silnej zamartwicy pomimo tego, że bezpośrednio przed operacją tętno ich było zupełnie dobre. Były to przypadki, w których operację wykonaliśmy już w jakiś czas po pęknięciu pęcherza płodowego. Wszystkie płody docucono, lecz jeden z nich szczególnie wątły i słabo rozwinięty, wagi 2.150 g., zmarł w 4 dni później. Nie możemy oprzeć się wrażeniu, że może pośrednią przyczyną tego było znieczulenie, które wywołując doskonały skurcz macicy tak silnie zmieniło warunki krążenia, że stało się przyczyną zgonu. Trudno więc bez zastrzeżeń zgodzić się z zapatrywaniem tych autorów francuskich, którzy uważają, że znieczulenie nie wywiera wpływu na płód. Oczywiście środek znieczulający nie rozprzestrzenia się po całym ustroju matki, nie zostaje przeto wchłaniany przez płód i bezpośrednie działanie na płód jest wykluczone, silne jednak skurcze macicy mogą oddziaływać niekorzystnie, zwłaszcza jeżeli pęcherz płodowy pęknięty i macica już przed zabiegiem była silnie obkurczona dokoła płodu.

Co do wskazań i przeciwskazań do znieczulenia w położnictwie to wszyscy zgodnie podnoszą trudności, nasuwające się w ujęciu w regułę stanów i schorzeń, które stanowią przeszkodę do znieczulania rodzącej, oprócz ogólnie uznanych jak: cukrzyca, syfilis, ogólne zakażenie krwi, zapalenie i ropienie w okolicy kręgosłupa i silne zniekształcenie tegoż. Niektórzy odrzucają też znieczulenie w zabiegach wykonywanych przez pochwę. Jest to stanowisko częściowo usprawiedliwione, gdyż do operacji plastycznych krocza może lepiej nadaje się znieczulenie krzyżowe lub miejscowe. Natomiast znieczulenie lędźwiowe może być z korzyścią zastosowane w operacjach przetok, jakoteż w zabiegach na macicy i przydatkach, wykonywanych przez pochwę, gdyż zwiotczenie więzów i części miękkich pozwala na łatwiejszy dostęp i swobodniejsze wyciągnięcie tych narządów przed pochwę.

Znieczulenie lędźwiowe ciężarnej nie powoduje wystąpienia czynności porodowej czyli, że za pomocą tego znieczulenia nie można przerwać ciąży w żadnym jej okresie. W prawidłowych porodach znieczulenie lędźwiowe nie jest wskazane, gdyż żaden ze znanych środków znieczulających nie daje rękojmi zupełnego bezpieczeństwa i każdy bezbolesny poród kryje w sobie niebezpieczeństwo dla matki i płodu. Oprócz tego znieczulenie znosi odruchy które ważne są w ostatnim okresie porodu. Skoro więc odpada ten czynnik może ustąpić również czynność porodowa, a wówczas niejednokrotnie wystąpi wskazanie do ukończenia porodu zapomocą operacji. Jakiekolwiek byłoby zdanie o wartości sztucznego ukoń-

---

[1]) 19 pierwastek i 21 wieloródek.

[2]) 3 pierwiastki i 4 wieloródki.

[3]) 1 pierwiastka i 1 wieloródka. Trzy razy operowano z powodu przodującego łożyska.

czenia porodu, wspomniana zamiana prawidłowego porodu na operacyjny pozostaje faktem i dlatego sądzimy, że narażanie prawidłowo rodzącej kobiety na ewentualne, choćby nawet nie groźne powikłania wynikające ze znieczulenia, można uważać jako błąd. Jeśli jednak poród siłami przyrody jest niemożliwy i musimy wykonać operację czy to od strony pochwy, czy też przez powłoki brzuszne, wówczas potrzeba jakiegokolwiek środka znieczulającego usprawiedliwia w zupełności użycie znieczulenia lędźwiowego, które nie jest wprawdzie pozbawione ujemnych stron wszystkich innych znieczuleń, pozwala jednak na przeprowadzenie operacji w warunkach o wiele korzystniejszych.

Należałoby więc przyjąć jako zasadę, że prawidłowe porody nie nadają się do znieczulenia, podobnie jak i małe operacje położnicze, które w większości przypadków wykonać można zupełnie bez znieczulenia lub też w chwilowem oszołomieniu. Co do obrotu, to w warunkach łatwych znieczulenie jest zgoła zbyteczne, w trudnych zaś nie daje ono zbyt wielkich korzyści, a nawet może być szkodliwe.

W przypadkach jednak, w których eter lub chloroform są przeciwskazane lub gdy pragniemy uniknąć działania trucizny na narządy miąższowe, znieczulenie jest nie do zastąpienia. Ważne to może być w przypadkach zatrucia ciążowego, gdy chcemy ograniczyć wprowadzenie do ustroju trucizn. Znieczulenie lędźwiowe nie wprowadza bowiem szkodliwych substancji do krwiobiegu i pozwala na szybkie wykonanie zabiegu co zwłaszcza ma doniosłe znaczenie wówczas, gdy stan dziecka lub rodzącej zależy od pośpiechu.

W połogu nie zauważyliśmy żadnych objawów niekorzystnych lub powikłań, które możnaby odnieść do znieczulenia lędźwiowego tropakokainą.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA

Dr. Leon TOCHOWICZ asystent Kliniki. Kraków

W sprawie ruchomości guzów trzustkowych.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Kierownik Prof. Dr. Tadeusz Tempka

Przy określaniu miejsca guzów jamy brzusznej dużą wagę odgrywa między innemi objaw ruchomości danego guza czy to oddechowej, czy przy zmianie położenia ciała, czy też biernej. Temu objawowi ruchomości przypisuje się względnie przypisywało się wielką wartość rozpoznawczą zwłaszcza odnośnie do guzów pochodzenia trzustkowego, w tem znaczeniu, że według ogólnie ustalonego zapatrywania, cechą zasadniczą tych guzów jest między innemi brak wszelkiej ruchomości. Na tym stanowisku stoją wszystkie znane podręczniki tak np.

Ortner (1 i 2), Marthes (3) Mehring, Strümpel (4), Mohr-Staehelin (5), jak również Parmentier (9), i Chabrot w Nouveau Traité de Médecine, oraz Fiessinger i Catan (10), omawiając rozpoznanie różniczkowe guzów trzustki podnoszą jako cechę charakterystyczną ich nieruchomość.

Co się tyczy stanowiska polskich autorów w tej sprawie, to Pisek (6), w polskim zbiorowym podręczniku Jaworskiego o chorobach wewnętrznych, omawiając symptomatologję guzów trzustki nie porusza wogóle sprawy ich ruchomości, czy też nieruchomości.

Natomiast W. Orłowski w swych pracach „Drogowskazy djagnostyki schorzeń trzustki" z roku 1913 (7), i „Rozpoznanie siedziby guzów jamy brzusznej" (8), z roku 1921. podnosi wprawdzie także nieruchomość trzustki i jej guzów jako objaw zasadniczy, jednakże wyraźnie zaznacza, że ta nieruchomość nie jest bezwzględną cechą guzów trzustki i na dowód tego przytacza z jednej strony prace Steina, Klemperera, Wirbla, Izraela i Körtera, którzy spostrzegali guzy trzustki o dużej ruchomości oddechowej, a nadto z własnego doświadczenia przytacza przypadek bardzo ruchomej trzustki prawidłowej tak, że mówi nawet w tym przypadku wprost o *pancreas mobile.*

Przytoczony poniżej nasz przypadek jest przyczynkiem do tych spostrzeżeń, stwierdzających nawet bardzo wybitną ruchomość guzów trzustki.

Mężczyzna B. W. Lat 34. L. Dz. Klin. 78 i 226 1928/29, zgłasza się na klinikę dnia 3. II. 1929 z następującemi dolegliwościami: Od 4 lat tępe bóle w dołku podsercowym, promieniujące do lewej łopatki, występujące $1^1/_2$ godziny po każdem jedzeniu i trwające do 5 godzin. Ponadto podaje, że cierpi na nudności, zgagę, odbijania i że od 2 lat zauważył wyraźne wypuklenie się nadbrzusza. Przez okres trzech pierwszych lat stracił 33 kg wagi ciała, w ostatnim roku waga utrzymuje się na tym samym poziomie. Łaknienie zmienne, stolec prawidłowy, w dzieciństwie płonica i błonica. Dziedziczność 0.

Badanie przedmiotowe:

Poza jamą brzuszną nie stwierdza się żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Oglądanie: Całe nadbrzusze aż do pępka jednostajnie kulisto silnie wypuklone, przyczem granice wypuklenia przechodzą zwolna w prawidłowe otoczenie. Reszta brzucha przy oglądaniu zmian nie przedstawia. Obmacywaniem stwierdza się w miejscu wypuklenia guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z pod lewego łuku żebrowego i przechodzący na stronę prawą mniej więcej do prawej linji przymostkowej. Ku dołowi guz ten sięga do pępka. Powierzchnia guza jednostajnie gładka, niebolesna o spoistości zbitej, niechełbocąca. Część górnej granicy guza daje się dość dobrze oddzielić w samym dołku podsercowym od mostka, boczne części górnej granicy giną pod łukami żebrowemi, natomiast dolna granica daje się oznaczyć na wysokości pępka. Przy ruchach oddechowych stwierdza się bardzo wybitną ruchomość guza w kierunku osi pionowej, z góry ku dołowi, o szerokości wychyleń do 6 centymetrów. Ruchomość bierna przy obmacywaniu i przy zmianie ułożenia chorego jest również wyraźna, jakkolwiek znacznie mniej niż oddechowa. Wypuk nad całym guzem wybitnie stłumiony. Przy wydymaniu żołądka kształt i umiejscowienie guza nie uległy zmianie.

Przy wydęciu powietrzem okrężnicy, guz uległ przemieszczeniu na szerokość około dwóch palców ku górze, a równocześnie stłumienie nad dolną granicą guza ustąpiło miejsca odgłosowi bębenkowemu.

Badania dodatkowe: Mocz bez zmian. Badanie treści żołądkowej wykazuje upośledzenie wydzielania żołądkowego; po śniadaniu próbnem wolny kwas solny O, ogólna kwasota 32°, niedobór kw. solnego wolnego 12°. Zkłębnikowanie dwunastnicy mimo kilkakrotnych prób nie udało się. Stolec po żywieniu zwykłem, jak i próbnem Schmidta wykazuje stosunki prawidłowe, krew utajona w stolcu nieobecna.

Badanie krwi całkowite wykazuje stosunki również prawidłowe, odczyn Wassermana i odczyn na odchylenie dopełniacza bąblowca (Weinberg) ujemne.

„Obraz kropli krwi" *guttadiaphot* na wszystkich trzech skrawkach prawidłowy. Próba galaktozowa i lewulozowa na sprawność wątroby ujemne.

Próba Lewiego (adrenalinowa) ujemna. Badanie roetgenologiczne żołądka wykazuje w środkowej jego części rozlane przewężenie, będące wyrazem ucisku od zewnątrz, przy prawidłowej sprawności żołądka i nienaruszeniu jego ścian. Laparoskopja dn. 1. III. 1929 wykazała prawidłową wątrobę, prawidłowy stan sieci i otrzewnej ściennej. Sam guz przykryty był przez niezmienioną sieć. Ze względu na to, że w danym przypadku rozchodziło się o dolegliwości trwające od 4 lat, że guz sam był dość ściśle odgraniczony od otoczenia, że chory w ciągu 3 miesięcznego naszego spostrzegania przybrał na wadze ciała 2.5 kg bez powiększenia się samego guza, wreszcie wiek chorego, jak również wynik badania roentgenologicznego i laparoskopijnego, przemawiały przeciwko złośliwości guza — mimo braku wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej.

Przy określaniu zaś narządu, z którego ten guz pochodził, nie przytaczając tutaj rozpoznania różniczkowego, mogliśmy wykluczyć żołądek, wątrobę, śledzionę, poprzecznicę, nerki, krezkę jelit cienkich jak również sieć dużą i małą.

Jednem słowem mieliśmy do czynienia z guzem dobrotliwym, który posiadał wszystkie zasadnicze cechy guza pochodzenia trzustkowego z wyjątkiem jednego objawu, mianowicie bardzo wybitnej ruchomości zwłaszcza oddechowej.

Zabieg chirurgiczny wykonany na oddziele chirurgicznym szp. św. Łazarza wykazał w istocie, że guz ten będący silnie napięta, niechełbocacą i nieuszypułowaną torbielą, wciskającą się między żołądek i poprzecznicę — wychodził z głowy trzustki.

Badanie histologiczne wycinka ściany torbieli wykonane w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. wykazało brak jakichkolwiek cech złośliwości.

Przypadek ten ogłaszamy jako przyczynek do symptomatologji guzów trzustkowych, stwierdzający, że ruchomość danego guza nie może sama przez się żadną miarą przemawiać przeciwko jego pochodzeniu trzustkowemu, wbrew ogólnie przyjętemu mniemaniu.

Ta wybitna ruchomość guza trzustkowego w naszym przypadku jak w innych nielicznych przypadkach ogłoszonych w piśmiennictwie obcem, nie może nas dziwić, jeżeli uwzględnimy wyniki ostatnich badań na temat ruchomości oddechowej trzustki; mianowicie: Hitzenberger (11), dowiódł na podstawie badań roent-

genologicznych, że już prawidłowa trzustka wykazuje ruchomość oddechową.

Wobec tego należy się raczej dziwić, że dotychczas tak rzadko stwierdzano ruchomość guzów trzustkowych.

Piśmiennictwo.

1) Ortner: Differentialdiagnostik innerer Krankheiten, 1928, str. 500. — 2) Tenże: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. tom 3, 1927, str. 16—84 i 90. — Mathès: Differentialdiagnostik, 1920, str. 533. — 4) Mehring: Pathol. und Therap. der inneren Krankh., str. 712. — 5) Umber: Handbuch der inneren Medizin. — Mohr. Staehelin, tom 3/II. str. 237. — 6) Pisek: Tom III. Nanka o chorobach wewnętrznych, rok 1905, Jaworski. — 7) W. Orłowski: Przegląd lekarski, 1911. — 8) Tenże: Rozpoznanie siedziby guzów jamy brzusznej, 1921. — 9) Parmentier et Chabrol: Nouveau Traité de médicine, 1923, tom XV, str. 195—207—211—215. — 10) Fiessinger et Cattan: Societè médicale des hopitaux de Paris, 26 kwietnia 1929. — 11) Hitzenberger: Med. Klinik, 1929, w. 16.

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asystent kliniki. Lwów.

Przyczynek do leczenia zaburzeń okresu przekwitania.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Zasadniczą przyczyną zaburzeń okresu przekwitania jest zanikanie względnie wygasanie wydzielniczej czynności jajników. W okresie tym następuje przegrupowanie czynności całego zespołu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu celem wyrównania ubytku wynikłego z braku jednego hormonu t. j. inkretu jajnika. Dzieje się to drogą wzmożonej czynności wydzielniczej reszty gruczołów, a przedewszystkiem tarczycy, przysadki mózgowej i nadnerczy. Tak się przedstawia fizjologiczny przebieg omawianego okresu. Zupełnie odmiennie wyglądają objawy okresu przekwitania w przebiegu atypowym, chorobowym, w którym występuje cały szereg najrozmaitszych zaburzeń. Zaburzenia te wynikają przeważnie z konstytucjonalnej niemożności szybkiego wyrównania ubytku hormonu jajnika przez powołane do tego gruczoły, lub też wskutek ich nadmiernej czynności kompensacyjnej. (Hypertyreoza, hypertonja w związku z przerostem partji rdzeniowej nadnerczy i t. p.).

Ponieważ czynność wyrównawcza przypada w przeważnej części w udziale tarczycy, przeto jakakolwiek uprzednia niedomoga tego gruczołu, względnie jego dysfunkcja prowadzi w tym okresie nieuchronnie do zaburzeń hypo- a najczęściej hypertyreotycznej natury. Owa nadczynność tarczycy tak często spotykana właśnie w klimakterium jest najprawdopodobniej wynikiem nadmiernej jej gotowości kompenzacyjnej, czy to ze względu na niedopisanie innych, powołanych do współpracy gruczołów, czy też skutkiem chorobowego jej nastawienia.

Tak więc nietylko niemożność wyrównania, ale i nadmierna zdolność kompenzacyjna tarczycy jak i innych gruczołów jest źródłem zaburzeń klimakterycznych.

Zaburzenia te są tak liczne i tak niezwykle różnorodne, że niepodobna wyosobnić z nich jakiegoś jednolitego typu.

Wiesel charakteryzuje zaburzenia klimakteryczne jako zespół nieskończenie wielu objawów, które nie oszczędzają żadnego narządu, żadnego systemu ustroju.

Występują one przedewszystkiem w narządach i miejscach chorobowo zmienionych lub konstytucjonalnie słabszych. Stąd ich atypowość i różnorodność. Tu też tkwi przyczyna tego zjawiska, że pewne typy konstytucjonalne dają pewne charakterystyczne objawy zaburzeń w tym okresie.

Celem bliższego poznania wspomnianych zaburzeń, postanowiliśmy zwracać na nie szczególniejszą uwagę i w tym celu obserwowaliśmy dotyczące chore, które zgłaszały się po poradę do ambulatorjum klinicznego. W ciągu roku ostatniego zanotowaliśmy podobnych chorych 119, u których stwierdzić mogliśmy mniej lub więcej rozległe objawy zaburzeń okresu przekwitania.

Wiek tych chorych jest bardzo rozmaity. Poniżej umieszczone zestawienie daje cyfrowy przegląd, uwidoczniający w jakich granicach zawarty jest wiek chorych przez nas obserwowanych i leczonych.

Ilość kobiet przechodzących w przekwitanie:
Poniżej 40 lat — 20;
Poniżej 45 lat — 41;
Poniżej 50 lat — 43;
Powyżej 50 lat — 15;
Razem = 119.

W zestawieniu tem uderza znaczna stosunkowo liczba przypadków poniżej lat 40 i 45, dająca łącznie wyższą cyfrę od reszty przypadków (61 : 58). To wczesne występywanie przekwitania możnaby do pewnego stopnia tłumaczyć przewagą procentową żydówek w naszym materjale (około 75%).

Bardzo charakterystycznym jest również fakt, że na 119 chorych tylko 8 nie zachodziło w ciążę, natomiast 111 rodziło i to przeważnie wielokrotnie.

Jeżeli z kolei przejdziemy do opisania objawów najbardziej charakterystycznych dla omawianego okresu u naszych chorych, to możemy podzielić je na kilka grup wyraźnych, stosownie do ilości i częstości ich występowania.

1) Prawie wszystkie nasze chore żaliły się na bóle w krzyżach (98 : 119). Tłumaczyć je sobie należy albo zmianami zapalnemi w mięśniach (t. zw. reumatyzm mięśniowy, lumbago myositis) lub zmianami w stawach kości miednicy małej lub też różnicą w statyce miednicy wskutek kurczenia się więzadeł i wreszcie zaburzeniami w zakresie nerwów wegetatywnych.

Prawie równie często występowały bóle w podbrzuszu.

2) Zaburzenia natury naczynioruchowej pod postacią t. zw. uderzeń krwi do głowy i nagłego występowania uczucia gorąca w rozmaitych miejscach (87 : 119). Towarzyszą powyższym zaburzeniom często objawy bezsenności.

3) Występywanie nagłych, przedtem nie obserwowanych potów jako objaw zaburzeń w zakresie nerwów wegetatywnych (65 : 119).

4) Obfite krwawienia i to tak o charakterze metropagji jak i pod postacią obfitych miesiączek, występujących regularnie lub też po pewnych charakterystycznych przerwach (36 : 119).

5) Objawy dotyczące przewodu pokarmowego pod postacią zaparcia stolca (23 : 119), lub daleko rzadziej rozwolnień (5 : 119).

6) Zaburzenia w zakresie pęcherza moczowego (pollakisurja, parcie na mocz, cystitis (29 : 119).

7) Pruritus vulvae, kolpitis granulosa, upławy, nadżerki części pochwowej (12 : 119).

Zapobieganie zaburzeniom okresu przekwitania jest z natury rzeczy bardzo trudne, prawie niemożliwe. Składają się na to najrozmaitsze przyczyny, przedewszystkiem niemożność przewidzenia i ustalenia terminu menopauzy, wreszcie niezwykła różnorodność przebiegu. Dokładna znajomość konstytucji kobiety, a tem samem ewentualna możliwość określenia a priori rodzaju zaburzeń mogłaby być do pewnego stopnia pomocną.

Leczenie tego cierpienia jest — pomimo znajomości etjologji — raczej objawowe niż przyczyniowe.

W materjale naszym mieliśmy pewien odsetek (około 10%) kobiet niewymagających żadnego leczenia, przeważnie takich, które zgłosiły się do kliniki zaniepokojone brakiem miesiączki. Część chorych miała tak nieznaczne dolegliwości (bóle w krzyżach, uderzenia krwi do głowy, i t. d.) że wystarczało z reguły przepisanie jakiegokolwiek środka uśmierzającego ból lub jakiegoś nervinum (trae valeriane, castorei i t. d.) do usunięcia omawianych zaburzeń.

Na specjalną wzmiankę zasługuje grupa chorych, u których dominującym objawem były obfite krwawienia o najrozmaitszem natężeniu. W przypadkach tych stosowaliśmy preparaty sporyszowe lub przysadki mózgowej, nadto wapniowe pod postacią dożylnych zastrzyków — w ciężkich skrobankę lub naświetlanie jajników promieniami Roentgena. Na osobną uwagę zasługuje nieduża zresztą ilość przypadków leczonych przez nas przy pomocy naświetlań przysadki mózgowej względnie tarczycy. O wynikach tych doświadczeń stosowanych dotychczas w sporadycznych tylko wypadkach przez niewielu autorów (Borak, Grabowski, Liebhart, Szenes) doniesiemy na innem miejscu po uzyskaniu większego materjału.

W wszystkich innych przypadkach, w których występowały przeważnie mieszane objawy wypadnięcia czynności jajnika stosowaliśmy preparat dostarczony nam przez firmę „Ciba" pod nazwą „Prokliman". Preparat ten składa się z hormonu jajnikowego, peristaltyny, nitrogliceryny, amidopiryny i coffeinum natriosalicylicum.

W składzie tego preparatu uderza brak calcium, które według Halbana ma najskuteczniej zwalczać sympatykotonję okresu przekwitania, a które jest jednym z głównych składników innych tego rodzaju preparatów (klimakton, klimasan Transannon). W preparacie tym miejsce wapna zastępuje związany z lipoidami hormon jajnikowy, przy pomocy którego staramy się chociażby

tylko na czas krótki zastąpić ubytek inkretu jajnika, a przez to dać możność organizmowi i innym gruczołom dostrojenia się do nowych warunków. Nitrogliceryna natomiast reguluje aparat naczynio-ruchowy, peristaltyna czynności przewodu pokarmowego, amidopiryna i coff. natrio-salicyl., wzajemnie się uzupełniając, działają analgetycznie przyczem coffeina rozszerza również naczynia wieńcowe.

Ogółem leczyliśmy proklimanem 32 chore, z których u pięciu usunięto jajniki operacyjnie.

Preparat ten podawaliśmy leczonym chorym trzy razy dziennie po 2 tabletki. W przypadkach lżejszych następowało polepszenie już po pierwszych 2 tygodniach leczenia, w przypadkach cięższych leczenie trwało przeciętnie miesiąc a nawet i dłużej. Według zapodań chorych ustępywały kolejno najpierw bóle w krzyżach i uderzenia krwi do głowy, potem zaparcie stolca, objawy ze strony nerwów wegetatywnych, brak snu itd. W 8-miu przypadkach wystąpiło jeszcze jakby jedno miesiączkowanie pod postacią krótkotrwałego plamienia.

Ogółem mieliśmy 6 przypadków zupełnego wyleczenia, 11 wybitnej poprawy, 4 nieznacznego polepszenia, 5 bez żadnego efektu. Oprócz tych co do 6 chorych nie mamy żadnych danych gdyż nie zgłosiły się do badania kontrolnego. Pewien odsetek tych ostatnich z dużem prawdopodobieństwem zaliczyćby można do przypadków wyleczonych. Przypuszczać bowiem należy, że chore te nie zgłosiły się powtórnie mimo wyraźnych wskazówek, ponieważ zaburzenia, na które się poprzednio skarżyły, albo ustąpiły albo znacznie zmalały.

Specjalnie oporne na leczenie były przypadki ciężkich histerji, jako też wogóle pewnych zaburzeń natury raczej psychicznej. Do tej też kategorji należą przeważnie te chore u których po stosowaniu proklimanu i innych środków nie mieliśmy efektu leczniczego, lub też tylko bardzo nieznaczny. Natomiast specjalnie korzystne okazały się przypadki zaburzeń klimakterycznych po operacyjnem usunięciu jajników, lub po wytrzebieniu promieniami Roentgena.

Jak z powyższego wynika nie można proklimanu uważać za uniwersalny środek, który w każdym przypadku zaburzeń okresu przekwitania działa skutecznie, nie mniej jednak mamy to przekonanie, że jest to środek nietylko niegorszy od innych ale w pewnej grupie przypadków działający nawet bardzo korzystnie i stosunkowo szybko. Mogliśmy się o tem przekonać, stosując równocześnie dla porównania cały szereg innych preparatów (Klimakton, Klimasan, Transannon).

Dr. K. BUDZANOWSKI i Dr. J. GRZĘDZIELSKI. Lwów.

Dwa rzadkie przypadki kiły oka.

Z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Adam Bednarski.

Przypadek 1. — Chora A. D., lat 17, córka rolników z pow. horochowskiego, zgłosiła się do Kliniki Ocznej dnia 6. II. 1929 z ciężkiem owrzodzeniem na twarzy.

Wywiady: Z powodu niskiego poziomu umysłowego chorej nie można było dowiedzieć się niczego o jej rodzinie. Dawniej była zawsze zdrowa. Przed dwoma laty przebyła chorobę oczną, po której czuła się dobrze, widziała tylko nieco gorzej okiem prawem. O obecnej chorobie podaje chora dość dokładnie, że rozpoczęła się guzkiem na skórze w okolicy odpowiadającej topografji woreczka łzowego po stronie prawej, który stopniowo powiększał się co raz bardziej, powodując następnie rozpad i owrzodzenie, posuwające się na powieki. Sprawa ta rozpoczęła się w jesieni, a więc na jakie 4—5 mies. przed przyjęciem do Kliniki. Łzawienia początkowo nie pamięta, dopiero potem, jak owrzodzenie posunęło się na powiekę, oko zaczęło łzawić. Bólów nie miała i dlatego też nie zgłaszała się do lekarza, doprowadzając w ten sposób do znacznego zaniedbania choroby.

Stan obecny: Chora o budowie wątłej, odżywieniu znacznie podupadłem, słabo fizycznie rozwinięta jak na swój wiek, niedorozwój umysłowy. W kącikach ust delikatne promienisto ułożone blizenki. Gruczoły podszczękowe powiększone, twarde, niebolesne.

Okolica podoczodołowa strony prawej zajęta przez olbrzymie owrzodzenie, sięgające (jak uwidacznia załączona rycina) od nasady nosa do linji kącika zewnętrznego idąc ku skroni a ku dołowi do linji poziomej skrzydełek nosowych. Zajmuje więc prawie całą wyżej wspomnianą okolicę. Owrzodzenie to, pokryte zaschłą wydzieliną ropną, robi wrażenie rozpadającego się nowotworu złośliwego, jaki spotyka się nieraz u osób starszych. Po oczyszczeniu widać powiekę dolną po stronie kącika wewnętrznego, zniszczoną, wystającą swym brzegiem ku przodowi. Kącik wewnętrzny i mięsko łzowe zniszczone, jak również i część spojówki dolnej. Skóra dookoła wrzodu zaczerwieniona i obrzękła. Brzegi nieregularne, poszarpane, miejscami wyniosłe, gładkie, miejscami zatokowate. Dno naciekłe o wyglądzie słoninowatym. W środku owrzodzenia widać wysepkę niezajętej skóry. Oprócz tego na powiece górnej po stronie wewnętrznej stwierdza się odosobniony wrzód kształtu wyraźnie nerkowatego, który powstał prawdopodobnie przez zakażenie z sąsiedztwa (Kontaktgumma), jak podaje Igersheimer, (Syphylis und Auge. 1928). Szpara powiekowa niska, niedomykalna. Powieka górna daje się z trudnością odwinąć. Spojówka powieki dolnej zajęta w części nosowej przez wrzód, naciekła, reszta spojówki silnie przekrwiona, obrzękła. Wydzielina z worka spojówkowego ropna. Spojówka gałki znacznie przekrwiona. Na rogówce widać w środku, w powierzchownych warstwach, rozlaną plamkę. Pozostałe części oka bez zmian. Źrenica prawidłowa, oddziaływa normalnie na światło — dno bez zmian. Bystrość wzroku o. p-5/15, czytać nie umie.



Oko lewe: Od góry w rogówce rozlana plamka w powierzchownych warstwach. Bystrość wzroku o. l. — 5/5.

Badania dodatkowe: Odczyn Wassermanna ++++, Pirquet wyraźnie dodatni. Rhinologicznie stwierdza się: Przewód nosowy prawy zwężony, niedrożny, ściany w całości naciekłe. Przegroda w części przedniej przedziurawiona. Pozatem znajdują się zmiany na nagłośni w postaci nacieków guzkowatych. Podniebienie miękkie i twarde zniszczone, liczne blizny dookoła. Roentgenogram czaszki wykazuje zaćmienie jamy szczękowej i czołowej po stronie prawej. Prześwietlaniem widać cienie wnękowe o zmianach gruczołowych, pole płucne prawe w górnej i środkowej części zamglone.

Na podstawie całego obrazu chorobowego rozpoznano kilaka okolicy podoczodołowej. W rozpoznaniu różniczkowem można było myśleć o wrzodzie gruźliczym lub o nowotworze złośliwym. Charakterystyczne jednak zmiany, przemawiające za osobnikiem dotkniętym kiłą wrodzoną, dodatni odczyn Wassermanna i wreszcie szybkie cofanie się wrzodu pod wpływem leczenia specyficznego, wykluczały każdą inną możliwość.

Leczenie polegało na stosowaniu wewnętrznie jodu i miejscowo okładów z płynu Lugola. Już po dwuch tygodniach widać było poprawę. Następnie przeszło się do leczenia salvarsanowortęciowego. W 6 tyg. potem proces uległ całkowitemu zbliznowaceniu, pozostawiając zarośnięcie woreczka łzowego oraz wywinięcie powieki dolnej z następstwami. Chora odeszła do domu z tem, że ma się zgłosić do operacji plastycznej.

Przypadek ten zastanawia nas ze względu na punkt wyjścia. Wiadomo z wywiadów, że rozpoczął się guzkiem w okolicy woreczka łzowego, przyczem początkowo, aż do czasu rozpadu i przejścia owrzodzenia na powiekę dolną nie było łzawienia. Tego rodzaju kilaki mogą wychodzić albo z powiek, rozpoczynając się w warstwie mięśniowej (rzadziej w skórze) guzkiem niebolesnym, który następowo ulega rozpadowi albo mogą wychodzić z kości, a wtedy w kącie wewnętrznym zaczynają się na wyrostku szczęki górnej, przyczem towarzyszą zwykle zmiany w nosie i jamach bocznych i prowadzą do zapaleń wo-

reczka łzowego, charakteryzujących się wytwarzaniem przetok. Przy wszystkich procesach kostnych spotykamy zwykle ubytki względnie zgrubienia, czego w naszym przypadku nie było. Kilak wychodzić może także z okolicy przyworeczkowej (Praelacrimalgegend) jak w przypadku K. Komura (Kl. M. f. A. 1928. t. 81, str. 92), wtedy drogi łzowe odprowadzające są początkowo drożne, a objawy chorobowe ze strony samego woreczka mogą albo zupełnie nie istnieć, albo może być stan zapalny chroniczny spowodowany przez zaleganie treści na skutek ucisku rosnącego guza. Tego rodzaju umiejscowienie należy już do rzadkości. M. Marques (Kl. M. f. A. t. 78. str. 119) pisze, że guzy położone w okolicy woreczka łzowego zwykle bywają rozpoznawane jako procesy samego woreczka, istnieją jednak takie, które są od niego zupełnie niezależne.

W przypadku naszym, ponieważ dostał się do leczenia już w stanie, kiedy cały woreczek był zniszczony wraz z kącikiem wewnętrznym, trudno o bezpośredni dowód. Sądząc jednak po wywiadach kilak ten rozpoczął się w okolicy przyworeczkowej, i posuwając się spowodował tak rozległe owrzodzenie.

Przypadek ten zasługuje na wyszczególnienie nie tylko z powodu rzadkiego umiejscowienia, ale także z powodu daleko posuniętego zaniedbania z jakiem dzisiaj w erze salvarsanu, bismutu i rtęci rzadko się spotykamy.

Przypadek 2[1]). — Chory R. J., lat 21, z zawodu robotnik garbarski (przyjęty na Klinikę 2. X. 1928.), zauważył przed 11 dniami stopniowo zwiększający się obrzęk dolnej powieki o. p. i mniej więcej w tym samym czasie obrzmienie koło prawego ucha.

Stan obecny: Dolna prawa powieka obrzękła, o skórze lekko zaczerwienionej. W głębi pod skórą wyczuwa się stwardnienie i zgrubienie całej powieki, wielkości połowy orzecha włoskiego, o dolnym brzegu łukowatym, ostro odgraniczonym i gładkim. Nie ma żadnej bolesności na ucisk. Po rozwarciu szpary powiekowej widać spojówkę gałkową silnie nastrzykaną, chemotyczną, tworzącą wał dookoła rogówki. Na spojówce górnej powieki i w górnym załamku nie stwierdza się nic nieprawidłowego, poza lekkiem przekrwieniem. Po silnem ściągnięciu ku dołowi dolnej powieki daje się wywinąć dolny załamek. Widać wtedy spojówkę silnie naciekłą, nastrzykaną z przeświecającym miejscami żółtawym odcieniem. W samym załamku, po stronie skroniowej, jest pole więcej przekrwione, sinawe, z punkcikowatemi wybroczynami. Środek tego pola jest pokryty żółtawym nalotem, nie dającym się zdjąć. Ubytku w spojówce właściwie nie ma. Oko jest zadrażnione, lekki światłowstręt, w worku spojówkowym skąpa wydzielina śluzowa. Rogówka poza starszemi plamkami jest niezmieniona.

Oprócz zmian na oku stwierdzamy powiększenie gruczołów przyusznych i podszczękowych po stronie prawej. Są one okrągłe, chrząstkowate, twarde, niebolesne, wielkości orzecha włoskiego i mniejsze.

W preparacie wziętym z nalotu w załamku dolnym stwierdzono na oddziele skórnym męskim Prym. Dr. Ostrowskiego, w ciemnym polu niewątpliwe krętki blade. Odczyn Wassermanna w dn. 4. X. wypadł ujemnie.

Przebieg choroby: 3. X. chory dostaje pierwszą injekcję novarsenobensolu 0,45 i rozpoczyna na oddziele skórnym męskim kurację rtęciowo-salvarsanową i już następnego dnia można było stwierdzić prócz subjektywnej poprawy, wyraźne zmniejszenie i zwiotczenie nacieku w dolnej powiece.

Przy dalszem leczeniu zmiany chorobowe bardzo szybko ginęły. 5. X. obrzęk gruczołów mniejszy — 8. X. chemoza spojówki znikła — 11. X. odczyn Wass. +++ — 30. X. chory odchodzi do domu. Zgrubienie dolnej powieki chociaż mniejsze, ciągle się utrzymuje. Chory zgłaszał się jeszcze przez kilka tygodni i induracja w dolnej powiece ciągle była wyczuwalna.

Co do sposobu zakażenia to nic konkretnego nie można się było od chorego dowiedzieć. Do stosunku płciowego przyznawał się przed 3 miesiącami. Przed miesiącem prysnął mu do prawego oka materjał chemiczny, służący do wyprawiania skór. Potem wypłukał sobie oko wodą z wodociągu.

Wrzód pierwotny na oku jest rzadkiem zjawiskiem. Według statystyki Münnheimera występuje w 4.5% innych wrzodów ekstragenitalnych. Inni autorzy podają częstość 1:2000 do 1:1000 z pośród wszystkich innych wrzodów. Jedynie rosyjscy autorzy opisują wrzód na oku w 15% wrzodów ekstragenitalnych. Sposób zakażenia najczęściej pozostaje niewiadomym. Chory nie pamięta lub nie chce się przyznać. Najczęstszą przyczyną jest dostanie się śliny osobnika kiłowego do oka przez pocałunek, usuwanie ciał obcych z oka zapomocą wylizywania, poślinionego palca lub poślinionych przedmiotów. Także znane są przypadki zakażenia za pośrednictwem przedmiotów, bielizny i t. p. U lekarzy obserwowano zakażenie przez prysnięcie do oka wód płodowych lub krwi z ran operacyjnych. Spotykano też przypadki autoinokulacji i równoczesne nabycie wrzodu na genitaljach i na oku z powodu jednego coitus.

Najczęściej wrzód pierwotny oka występuje na dolnej powiece, rzadszym jest na spojówce i to przedewszystkiem w dolnym załamku. W literaturze jest znanych około 80 przypadków wrzodów na spojówce. Obok dolnego załamka może być zajęta spojówka gałkowa, bardzo rzadko spojówka górnej powieki, plica semilunaris i mięsko łzowe, wyjątkowo woreczek łzowy i rogówka.

Rokowanie jest takie dla chorego jak przy każdym innym wrzodzie pierwotnym. Dla oka zwykle nie ma złych następstw, wyjątkowo może przyjść do zniszczenia powieki. Ciekawe są spostrzeżenia gdzie przyszło potem na tem oku do keratitis parenchymatosa. Według Igersheimera te nieliczne przypadki keratitis parenchymatosa występują na oku dotkniętem poprzednio wrzodem pierwotnym. Prócz tego opisywano na takim oku iridocyclitis, a nawet neuroretinitis.

[1]) Według demonstracji w Tow. lekarskiem we Lwowie dnia 5. X. 1928.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. O. 1990/29.

Warszawa, dnia 29 maja 1929 r.

OKÓLNIK Nr. 116.

Państwowa pomoc lekarska. Uznanie sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku.

Do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Naczelnika Urzędu do spraw mniejszości w Katowicach.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uznaje zakład leczniczy dla dzieci w Ciechocinku p. n. Sanatorjum św. Tadeusza w myśl par. 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4. VIII. 1926 (Dz. U. Nr. 95 poz. 555), jako zakład, nadający się do leczenia dzieci funkcjonarjuszów państwowych.

Sanatorjum to czynne jest cały rok.

W załączeniu przesyła się arkusz wywiadowczy, dotyczący dziecka, mającego być przyjętem do Sanatorjum, oraz warunki przyjęcia dziecka. Lekarz umówiony państwowej pomocy lekarskiej, skoro uzna za wskazane wysłanie chorego dziecka do tego Sanatorjum, powinien funkcjonarjusza państwowego zaznajomić z warunkami przyjęcia oraz wypełnić arkusz wywiadowczy i przekaz do Sanatorjum.

Funkcjonarjusz przesyła wtedy zapytanie wraz z owemi załącznikami do Zarządu Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku, czy jest wolne miejsce oraz kiedy ma dziecko przywieźć. Po otrzymaniu odpowiedzi odwozi dziecko do Zakładu, stosując się ściśle do warunków, wymaganych przez Sanatorjum.

Koszty przewiezienia dziecka do Sanatorjum i z powrotem ponosi funkcjonarjusz.

Ponadto pokrywa z góry za każdy miesiąc 25% opłaty dziennej, przewidzianej w pkt. 15 warunków, t. j. 1 zł 25 gr za każdy dzień, czyli za 30 dni pobytu powinien funkcjonarjusz uiścić z góry 37 zł 50. Resztę, t. j. 75% opłaty pokrywa Skarb Państwa.

W wyjątkowych wypadkach może funkcjonarjusz państwowy wnieść prośbę do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) o zwolnienie częściowe od opłaty 25%.

Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku przesyłać będzie rachunki za dzieci funkcjonarjuszów państwowych do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a Departament będzie je likwidował i wypłacał.

O powyższem zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) zawiadomić wszystkich lekarzy umówionych państwowej pomocy lekarskiej, dołączając im po 1 egzemplarzu warunków przyjęcia, oraz wzór arkusza wywiadowczego dla dziecka.

Dr. Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

2 załączniki. MB.

Warunki przyjęcia dziecka do Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku, czynnego cały rok.

1. Przyjmuje się dzieci obojga płci w wieku od lat 6 do 12.
2. Przyjmuje się dzieci, chore na krzywicę, zołzy, sprawy gruczołowe oraz gruźlicę kostną nieotwartą.
3. Wyklucza się od przyjęcia dzieci, których stan ogólny nie rokuje nadziei poprawy w Ciechocinku, dzieci nienormalne umysłowo, dzieci, chore na choroby ostre i przewlekłe udzielające się, oraz dzieci, mające wady, nieprzyjemne dla otoczenia.
4. Dzieci, przyjęte do Sanatorjum, podlegają zarówno pod względem leczenia, jak i wychowania przepisom, obowiązującym w Zakładzie.
5. Rodzice lub opiekunowie nie mogą stawiać żądań, przekraczających przyjęty w Zakładzie porządek. Co do ubrania dzieci, rozkładu zajęć, zabaw, przechadzek i t. p. decyduje wyłącznie kierowniczka Zakładu.
6. Odwiedzanie dzieci dozwolone jest jedynie w niedzielę.
7. Przesyłanie dzieciom żywności nie jest dozwolone. Pieniądze zaś, przesyłane dzieciom, należy adresować na ręce Zarządu Sanatorjum. Zarząd zastrzega się, że na żadne reklamacje o pieniądze, przesyłane w listach do dzieci, przywiezione przez dzieci lub doręczone bezpośrednio dzieciom, a niezłożone w Zarządzie Sanatorjum, nie będzie odpowiadać.
8. Dziecko powinno być z domu zaopatrzone w:
   a) 3 zmiany bielizny,
   b) 2 sukienki (ubranka),
   c) 3 pary całych mocnych pończoch,
   d) 2 pary całych mocnych bucików,
   e) 1 parę sandałów,
   f) 3 ręczniki,
   g) 6 chusteczek do nosa,
   h) 1 sweter,
   i) 1 płaszcz,
   k) 1 grzebień gęsty do włosów (dziewczynki ponadto w 1 grzebień rzadki),
   l) 1 szczotkę do włosów,
   m) 1 szczoteczkę do zębów,
   n) metrykę urodzenia,
   o) ostatnie świadectwo szkolne, i
   p) książki szkolne.
9. Chłopcy winni mieć włosy krótko ostrzyżone. W wyjątkowych wypadkach w celach leczniczych lub zapobiegawczych może kierowniczka zarządzić ostrzyżenie i dziewczynek.
10. Na rzeczy, przywiezione z dzieckiem, osoba, odwożąca dziecko, otrzymuje pokwitowanie, które zwraca przy odbiorze dziecka.
11. Rzeczy, podlegających zużyciu, a których zużycie usprawiedliwi czas pobytu dziecka w Sanatorjum, dziecko nie otrzymuje z powrotem.
12. Za rzeczy, zniszczone przez dziecko, Zarząd Sanatorjum nie odpowiada.
13. Dzieci, pozostające przez dłuższy przeciąg czasu, muszą mieć wyprawkę swoją uzupełnianą z domu. O ileby zażądane przez Sanatorjum rzeczy nie zostały nadesłane, Zarząd Sanatorjum sprawi rzeczy, konieczne dla dziecka, na rachunek osoby, umieszczającej dziecko.
14. Za szkody, wyrządzone w Sanatorjum przez dziecko, Zarząd ma prawo żądania zwrotu pełnej wartości zniszczonego przedmiotu.
15. Opłata dzienna za pobyt dziecka, t. j.: utrzymanie, leczenie oraz wszelkie zabiegi lecznicze wynosi 5 zł.
16. Pragnący umieścić dziecko w Sanatorjum otrzymuje z Zarządu arkusz wywiadowczy, który winien być dokładnie wypełniony w rubrykach od 1 — 4 przez osobę, wysyłającą dziecko, a w rubryce 5 przez lekarza. Arkusz ten należy przesłać do Sanatorjum wraz z zapytaniem, czy znajdzie się miejsce dla dziecka i kiedy dziecko ma być do Sanatorjum przywiezione.
17. Wszelkie korespondencje należy adresować: Zarząd Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku.

Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku.
Arkusz wywiadowczy,
dotyczący dziecka, mającego być umieszczonem w Sanatorjum.

1.	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia (powiat, województwo)	
	Miejsce zamieszkania (powiat, województwo)	
2.	Imiona i nazwisko rodziców względnie opiekuna, oraz ich wiek	
	Zajęcie i miejsce zamieszkania rodziców względnie opiekunów (powiat, województwo)	
3.	Warunki mieszkania, odżywiania i opieki chorego dziecka	
4.	Dane dotyczące dziedziczenia chorób lub skłonności do chorób (rodzice rodzeństwo)	

Podpis osoby, opiekującej się dzieckiem:

Wynik badania i opinja lekarska:

5.	Data badania i rozpoznanie oraz uwagi lekarza	

Podpis lekarza leczącego:

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Doc. Guido Engelmann: *Einführung in die Orthopädie. — Bücher der ärztlichen Praxis.* Nr. 16 — J. Springer, VIII°, str. 90.

Treść publikacji powyższej odpowiada tytułowi. Jest to więc wstęp do ortopedji, w którym autor w części ogólnej omawia pokrótce patologję, syptomatologję i terapję ogólną chorób podlegających leczeniu ortopedycznemu, w części szczegółowej patologję i terapję szczegółową zniekształceń wrodzonych i nabytych. Nauczyć się ortopedji z tej małej broszury naturalnie nie można. Lekarz praktyk jednak, który nie zajmował się specjalnie ortopedją, może z broszury tej uzyskać cenne wskazówki rozpoznawcze i terapeutyczne.

J. K. (Gdynia).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pedjatrja Polska, tom IX, zeszyt 2 za marzec i kwiecień 1929: Fr. Gröer: Klemens Pirquet. — R. Barański i M. Bussei: Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórnego.

Przemysł Chemiczny, rok 1929, nr. 15, za sierpień 1929: M. Śmiałowski: O syntezach aniliny.

Polska dentystyka, rok VII, nr. 4, za lipiec i sierpień 1929: A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.) — Baktorjologja ropowic szczękowych. — W. Skutecka: Szkolna opieka dentystyczna w Poznaniu 1928/29.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 7, z 1 lipca 1929: A. Krieger: Fakty i dokumenty. — A. K.: Odwołanie Kongresu Międzynarodowego Kas Chorys w Warszawie. — Zawieszenie władz Kas Chorych w Łodzi. — W. B.:Ubezpieczenia społeczne w Polsce w roku 1927. — Wł. Szafran: Z działalności Instytutu stomatologicznego Kasy Chorych m. Lwowa za r. 1928 .— Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Ubezpieczenie pracowników umysłowych.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 32, z 8 sierpnia 1929: F. Turyn: O użyciu insuliny poza cukrzycą. — A. Krasuski: O zasobie zasad krwi i jego znaczeniu dla kliniki (dok.). — Wł. Sterling: Achondroplazja (Stresz. zbior. c. d.) — I. Handelsman: Tandeta lekarska. — Sęczyc: Na marginesie obrad Sekcji przeciwwenerycznej i Naczelnej Rady Zdrowia w sprawie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Ratownictwo, rok I. nr. 8, z sierpnia 1929: A. Jokiel: Nagłe schorzenie żołądka i kiszek wymagające doraźnej pomocy chirurgicznej. — Uzdrowiska i letniska w Polsce (c. d.).

Dziecko i matka, rok IV, nr. 15 z r. 1929: M. Czerkawska: Wiersz; Nie płacz. — St. Lewartowicz: Zależność rozwoju dziecka od liczebności rodzeństwa. — W. Borudzka: Dziecko i zwierzęta. — I. Korczakowska: Cuda na piasku. — M. Benisławska: Dziecko z którem się nie udaje. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Miłobędzka: Gimnastyka. — I. Suffczyńska: Ratownictwo wakacyjne. — M. Dziadyk-Kłosińska: Letnie leczenie anemji u dzieci. — Matki między sobą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 32, z 11 sierpnia 1929 roku: I. Opieńska-Blauthowa: Analiza glicerofosforanów wapna (dok.) — Jeszcze kilka słów o aparacie destylacyjnym. — Nowe leki. — Fr. Horod: Wrażenia z wycieczki na Bliski Wschód.

Medycynu praktyczna, rok III, zeszyt 7, z roku 1929: Bol. Wilamowski: O zaburzeniach ciśnienia krwi słów kilkoro. — W. Werner: Leczenie zastrzałów (dok.). — K. Bros: Przypadek otrucia jadem kiszkowca po spożyciu wędzonej szynki.

Medycyna Warszawska, nr. 4, z 15 sierpnia 1919: J. W. Grott i J. Trzebiński: Krytyczna ocena sposobów badania czynnościowego wątroby z puktu widzenia praktyki lekarskiej. — A. Przeździecka-Jędrzejowska: Metody oznaczania czynników dopełniających w preparatach leczniczych i produktach spożywczych. — M. Peker: Leczenie ostrego gośćca stawowego. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — A. Kaczyński: Terma Ciechocińska — źródło gorące Nr. 14. — M. Zwejgbaum: Wspomnienie pozgonne o ś. p. Dr. J. Woźnickim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 33, z 15 sierpnia 1929: F. Turyn: O użyciu insuliny poza cukrzycą (dok.). — J. Piechowska i H. Puszet: Spostrzeżenia nad azotemją związaną z brakiem chlorków. — Wł. Sterling: Achondroplazja (streszcz. zbiór c. d.). — R. Becker: Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród żydów w Polsce.

Czasopismo Sądowo-lekarskie, rok II, nr. 1, z r. 1929: W. Łuniewski: Wyniki spółczesnych metod leczenia porażenia postępującego w świetle problematów orzecznictwa sądowo- i społeczno- psychiatrycznego. — L. Hirszfeld: O dochodzeniu ojcowstwa drogą badań biologicznych. — J. Olbrycht: Śmiertelne samobójcze zatrucie formaliną. — W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1928.

Klinika oczna, rok 7, zeszyt 2, z 31 czerwca 1929: K. Noiszewski: Hidrostatyka i hidrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowo-rdzeniowej. — J. Stasińska: Kilka przypadków plazmatycznego zapalenia spojówek. — M. Szafnicki: Nowy sposób wykonania operacji Lagrange'a. — R. Litauerówna: Ciężki przypadek rzeżączki spojówek z powikłaniami. — L. Weingott: Nowa plastyczna operacja bliznowatego wywinięcia powiek. — A. Stark: Przypadek tężca po zranieniu gałki ocznej. — W. H. Melanowski: Uwagi w sprawie leczenia zapalenia współczulnego oczu neosalwarsanem. — M. Piekarska: Przypadek porlaka tęczówki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický Lékař.

R. IX, 1929, l. 3.

Dr. F. Helbichova: *Czynnościowe badanie nerek u arterjosklerotyków.* Autorka dochodzi do wniosków, że hipertenzja pochodzenia tętnicowego, u której nie doszło do zmian reaktywnych w miąższu nerkowym, tylko w nieznacznej mierze obniża czynność nerki w przeciwieństwie do procesów zapalnych, które silnie atakują jej czynność. Pozostają zatem przypadki czystej nefrosklerozy, problemem przeważnie serco-naczyniowym, w której udział nerki staje się widocznym dopiero wtedy, gdy wzrośnie niedostateczna czynność nerki i wykaże uszkodzenia, wywołane procesem sklerotycznym w naczyniach nerkowych.

Dr. J. Zelenka: *Peritonitis diffusa purulenta e salpingitide non puerperali.* Opis dwóch przypadków. Autor dochodzi do przekonania i podkreśla, że przy rozpoczynającym się procesie genitalnym, który nagle zniknie, z wysoką gorączką, dreszczami, jest rokowanie quoad vitam bardzo wątpliwe, ponieważ to, co w obecnej chwili wygląda na ciężką adnexitis incipiens, może za kilka godzin okazać się rozlanem zapaleniem otrzewnej, które w przeciągu krótkiego czasu (kilku godzin nawet) kończy się letalnie.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLVI, 2, 1928.

John Deaver: *Przewlekłe wrzody żołądka i dwunastnicy.* Im dłużej autor praktykuje, tem większe nabiera zaufanie do leczenia chirurgicznego przewlekłych wrzodów, a tem mniejsze do zachowawczego.

Przy małych wrzodach ściany przedniej dwunastnicy za zabieg wyboru uważa tylne zespolenie żołądkowo-jelitowe. Przy wrzodzie krwawiącym radzi dodatkowo wrzód wyciąć lub wypalić. Jeśli to jest niemożliwe pozostaje do wykonania wycięcie odźwiernika.

Rozpoznanie wrzodu tylnej ściany dwunastnicy nie zawsze jest łatwe. Autor w tem sobie pomaga lampką.

Przy wrzodzie od strony trzustki — w drugim odcinku dwunastnicy należy wykonywać tylko zespolenie tylne z ewentualnem wycięciem wrzodu od strony światła dwunastnicy.

Przy wrzodach żołądka wykonuje autor zwykle subtotalną resekcję i ma po niej wyniki wcale dobre.

John Stinson: *Rak śluzowaty żołądka.* Stanowi on 5% raków żołądka. Odsetka pacjentów żyjących 3—5 lat po zabiegu jest ta sama, co przy innych postaciach raka. Również śmiertelność pooperacyjna jest jednakowa.

George Müller: *Sprawy ropne klatki piersiowej.* Ze spraw ropnych klatki piersiowej najważniejszy jest ropny otok opłucny. Ważnym czynnikiem jest wczesne rozpoznanie sprawy, przez co nie tylko obniża się znacznie śmiertelność, ale się chroni przed przewlekłością sprawy. Zabieg jednak nie powinien być wykonany wcześniej, niż miną objawy zapalenia płuc. Uśpienie eterowe jest w wielu wypadkach przeciwwskazane. Wystarcza zwykle znieczulenie miejscowe z ewentualnem dodatkowem zamroczeniem. Najbardziej wygodnym sposobem operacji jest wycięcie żebra i sączkowanie.

Leczenie ropni płucnych zależy od dokładnego umiejscowienia i wyrobionej techniki. Przytem wskazana jest współpraca chirurga z internistą i roentgenologiem. Autor nie radzi operować w okresie ostrym, kiedy otaczająca ropień tkanka płucna jest zapalnie nacieczona, a oskrzeliki wypełnione wydzieliną ropną. Nie należy również przystępować do zabiegu, jak długo stan ogólny pacjenta nie jest poprawny. Sam zabieg radzi autor wykonywać dwuczasowo: 1) wycięcie dwu żeber, odsłonięcie opłucny ściennej bez otwierania jamy opłucnej, pozostawienie wciśniętej silnie gazy, przepojonej merkurochromem; 2) 4—5 dni później otwarcie rany powtórne; płuco w miejscu, w którem leżała gaza jest przyrośnięte do opłucny ściennej, tak, że jamę ropnia można szeroko otworzyć. Wszystko to da się wykonać w znieczuleniu miejscowem.

Brońchiektazje, to trzecia sprawa godna uwagi: Autor radzi nie poprzestawać na wykręceniu n. przeponowego, ale wykonywać torakoplastykę.

XLVI, 3, 1928.

Starr Judd: *Torbiel przewodu wspólnego.* U 13-to letniej dziewczynki, cierpiącej z powodu napadów bólu w prawem podbrzuszu wykonano przed 5 laty wycięcie wyrostka rob. Napady się jednak powtórzyły. Bóle poczęły promieniować ku prawemu barkowi, wystąpiły wymioty, a nawet kilkakrotna żółtaczka.

Chorą przyjęto na klinikę i stwierdzono w dołku podsercowym ruchomy opór. Cholecystografja ujemna. Rozpoznano kamicę.

Podczas zabiegu znaleziono torbiel przewodu wspólnego o średnicy 18 cm. Połączono ją z dwunastnicą. Wyleczenie.

Jest to schorzenie bardzo rzadkie. W znanych dotychczas kilkudziesięciu przypadkach wykonywano zazwyczaj najpierw przetokę na zewnątrz, a dopiero później zakładano zespolenie torbieli z dwunastnicą. Obecnie radzą wykonywać pierwotne zespolenie z dwunastnicą, mimo to, że zabieg jest cięższy, ponieważ unika się w ten sposób wycieńczenia z powodu żółciotoku[1]).

Janik (Lwów).

---

[1]) W lwowskiej Klnice obserwowaliśmy podobną torbiel o rozmiarach znacznie większych. Z polskich autorów opisali takie przypadki: Bossakowski, Eljasberg, Janusz, Żaczek i Janik.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Vol. XV. Nr. 3.

P. Titus, P. Dodds, E. W. Willetts (Pittsburgh, Pa.): *Wahania krzywej cukru we krwi chorych na rzucawkę porodową w stosunku do drgawek.* Zdaniem autorów w rzucawce porodowej występują znaczne zaburzenia w przemianie węglowodanów. Dowodzą tego zmiany w ilości cukru we krwi w czasie drgawek, jakkolwiek stan hyperglykemiczny nie jest charakterystyczny dla rzucawki. Zwiększone ilości cukru we krwi po drgawkach są wyrazem odczynu fizjologicznego na przebyte wysiłki mięśniowe. Drgawki są — zdaniem autorów — wywołane jedynie zaburzeniami w przemianie materji, a nie wyrazem zatrucia ciałami, które powstają w płodzie. Ustrój dąży do wyrównania zachwianej równowagi, dowodzą tego znaczne wahania krzywej cukru. Podawanie insuliny samej lub z glukozą jest nie tylko niepotrzebne, ale może być również szkodliwe, ponieważ ilości insuliny wytwarzane przez ustrój są zupełnie wystarczające. Jedynie skuteczne leczenie polega na bezwzględnym spokoju mięśniowym, morfinie, wodniku chloralu, siarczanie magnezowym i dużych, najlepiej dożylnych dawkach glukozy (50—75 gr glukozy na 200—300 ccm destylowanej wody), kilkakrotnie co 4—5 godzin. Za pomocą tej metody uzyskano wyleczenie rzucawki porodowej powikłanej zapaleniem nerwu krokowego.

L. E. Phaneuf (Boston, Mass.): *Znaczenie cięcia cesarskiego pochwowego w położnictwie.* Najczęstszemi wskaźnikami do tego zabiegu są schorzenia płuc, serca, nerek, zwężenia i blizny w szyji, zatrucia ciążowe; korzystnym warunkiem jest mały, niedonoszony płód. Natomiast cięcie cesarskie brzuszne należy wykonać w każdej ciąży po ośmiu miesiącach, w przypadkach mięśniaków, raków szyji, przedwczesnego odklejenia się łożyska prawidłowo usadowionego, przodującego łożyska, gdy życie płodu zagrożone jest skutkiem ucisku na pępowinę lub gdy matka zmarła lub jest umierająca.

Jako metodę poleca autor sposób Dührssena: rozszerzenie szyji lub wprowadzenie balonu i nacięcie przedniej, ewentualnie także tylnej ściany szyji. Naogół wyniki uzyskano dobre. Z 27 operowanych zmarła jedna operowana z powodu krwawienia i *purpura septica* w 5 m. c. W macicy znajdował się zmacerowany płód i około pół litra ropy.

U jednej operowanej już poprzednio dwa razy zapomocą cięcia cesarskiego brzusznego, wytworzyła się po operacji przetoka pęcherzowo-pochwowa.

S. W. Potter (Buffalo, N. Y.): *Natychmiastowa naprawa uszkodzeń porodowych kanału rodnego.* Omówiwszy istotne i najczęstsze uszkodzenia porodowe podaje autor własne sposoby zapobiegania im. Przedewszystkiem kładzie on nacisk na to, aby w czasie porodu opróżnić pęcherz i nie wykonywać żadnych zabiegów położniczych bez dostatecznego przygotowania kanału rodnego. przekonawszy się, że zranienia i uszkodzenia mogą powstać również podczas samoistnych porodów, przygotowuje on pochwę zapomocą ręcznego rozciągania jej w narkozie. W czasie przerzynania się główki powtrzymuje ją dopóki potylica nie ustawi się dobrze pod spojeniem łonowem, następni skoro ukażą się uszy, obraca główkę poprzecznie, aby po napiętem kroczu przechodziła gładka boczna cześć główki, a nie nos i bródka. Operację kleszczową uznaje on tylko wtedy, gdy główka znajduje się już w miednicy. Gdy główka ukaże się pod spojeniem odejmuje łyżki. Przed obrotem i wydobyciem płodu przygotowuje pochwę rozciągając ją ręcznie przez 20'—30'. Następnie wchodzi ręką do macicy pomiędzy ścianą i pęcherzem płodowym, unikając odklejenia łożyska i przebija pęcherz możliwie wysoko, aby uniemożliwić odpływanie wód płodowych, chwyta obie nóżki i ściąga je Gdy ukażą się kolanka obraca płód kością krzyżową do zatoki krzyżowo-biodrowej, a następnie grzbietem do góry. Obie rączki powinny znajdować się po kolei pod spojeniem łonowem, a pociągać należy nie ku dołowi lecz w kierunku uda matki, którą układa w zmodyfikowanem położeniu Walchera.

Główkę należy do miednicy wcisnąć ręką operującą od zewnątrz, a nie wprowadzać ją zapomocą pociągania. Autor jest zwolennikiem zakładania kleszczy na główkę następującą.

Jako konieczny warunek do operacji uważa on głębokie uśpienie, niedostateczne bowiem uśpienie operowanej, może być przyczyną poważnych uszkodzeń.

Natychmiast po porodzie należy szczegółowo zbadać kanał rodny i ewentualne uszkodzenie naprawić.

W dalszym ciągu omawia autor różne rodzaje pęknięć szyji i pochwy i podaje (z rycinami) sposoby ich zeszycia, aby uniknąć późniejszych nadżerek i upławów, które zmuszają chorą do długiego i bezskutecznego leczenia, zeszywa zaraz po porodzie, o ile zaś się nie zgoi przez rychłozrost naprawi to później zapomocą plastycznej operacji

Henry Schmitz: (Chicago Ill.) *Przyczyny i leczenie krwawień macicznych.* Zestawienie przeglądowe podające przyczyny krwawień macicznych i ich leczenie. Przypadki dzieli autor na kilka grup i podaje obliczenia cyfrowe, z których wynikałoby że sprawy złośliwe będące przyczyną krwawień występują częściej u kobiet białych, aniżeli u kolorowych.

W dyskusji omawiane są obszernie tzw. młodzieńcze krwawienia, które mogą być tak silne i niedające się usunąć, że jedynym i ostatecznym ratunkiem bywa wycięcie macicy. Niektórzy radzą w tych przypadkach spróbować jeszcze leczenia promieniami radu.

William P. Healy: (New York N. Y.). *Wczesne rozpoznanie raka.* Wczesne rozpoznanie raka napotyka bardzo często na znaczne trudności, gdyż zależy ono nietylko od umiejscowienia cierpienia, ale także od rodzaju objawów, które cierpienie to wywołwa.

Do najwcześniejszych objawów raka, bez względu na jego umiejscowienie należą: uszkodzenie poprzedzające sam nowotwór, pojawienie się guzów w danym narzędzie lub powiększenie się nadmierne narządu i zmiana jego zbitości. O ile chodzi o raki skórne i na widzialnych błonach śluzowych mogą jako wskazówki służyć jeszcze dwa objawy: szybkie wytwarzanie się wrzodów i skłonność do przerzutów w gruczołach. Z tych przyczyn należy uważać za podejrzany każdy, choćby najmniejszy guzek w gruczole piersiowym i każdą nadżerkę i krwawienie u kobiet po okresie przekwitania.

Ścisłe rozpoznanie możliwe jest tylko na podstawie badania histologicznego.

F. Kellog: (Boston, Mass). *Przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego ze szczególnem uwzględnieniem nerek.* Na 165 przypadków przedwczesnego odklejenia się prawidłowo usadowionego łożyska 29 razy przyczyną było przewlekłe schorzenie nerek. 5 chorych nie miało drgawek pomimo zupełnego braku moczu, u 5 zaś wystąpiły drgawki przed odklejeniem się łożyska. W 11 przyp. obraz krwi był prawidłowy, a w moczu nie znaleziono składników nieprawidłowych. U 8 stwierdzono podwyższone ciśnienie krwi. Były to przypadki zatrucia ciążowego z białkomoczem i innemi objawami. Odklejenie się łożyska wystąpiło u nich właśnie w okresie poprawy lub wyleczenia. Najpoważniejszem powikłaniem jest brak moczu i autor radzi zwracać na nie szczególniejszą uwagę w leczeniu chorych z podwyższonem ciśnieniem krwi i drgawkami. Dobre wyniki w tych przypadkach ma dawać przetaczanie krwi i śródżylne wstrzykiwanie 25% glukozy. Dekapsulacja nerek natomiast nie daje dobrych wyników.

Przyczyna przedwczesnego odklejania się łożyska prawidłowo usadowionego i zatrucia ciążowego była w tych przypadkach jedna i ta sama.

R. D. Mussey, N. M. Keith: (Rochester, Minnesota). *Rokowanie w ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek w ciąży.* Autor opisuje 14 przypadków. Ostre zapalenie nerek charakteryzuje się nagłem wystąpieniem, obrzękami, białkomoczem, wysokim ciężarem gat. moczu, zmianami na dnie oka. Rokowanie jest na ogół dobre.

W schorzeniach przewlekłych ciąża nie wpływa ujemnie na sprawę chorobową w nerkach, jakkolwiek w większości przypadków zmuszeni jesteśmy przerwać ciążę.

D. Hadden: (Oakland, Caliz). *Znaczenie przemieszczenia macicy do tyłu i zabiegi mające na celu naprawę położenia.* Z wyjątkiem nielicznych wypadków tyłozgięcia macicy u osób młodocianych, żadno inne tyłozgięcie macicy nie jest wolne od licznych powikłań.

Co do leczenia to u pierwiastek wystarcza najczęściej skrócenie więzadeł okrągłych, o ile macica jest wolną od zrostów. U wieloródek należy zawsze wykonać także plastykę. Autor używa metody Webstera we własnej modyfikacji.

P. W. Toombs, I. D. Michelson: Memphis, Tenn). *Zakażenie wywołane przez Clostridium Welchii w przypadku porodu przeciągającego się skutkiem włókniaków.* Przypadek dotyczy 32 letniej pierwiastki, u której lekarz próbował obrotu i wyciągnął lewą rączkę, którą odciął. W klinice, dokąd rodzącą przewieziono, ukończono poród zapomocą wypatroszenia płodu. Łożysko wyjęto ręcznie. Po 24 godz. wykazano we krwi *Clostridium Welchii.* Po 3 dniach chora zmarła. W dzień śmierci wystąpił bardzo silny obrzęk skóry całego ciała, a z nosa i z ust wydobywały się pęcherze gazowe. Obdukcja wykazała liczne śródścienne i podsurowicze włókniaki, a nadte objawy zakażenia gazotwórczemi drobnoustrojami.

Autor przeglądnął piśmiennictwo od 1597 r. odnoszące się do tego cierpienia. Wynika z niego, że 61% przypadków dotyczył poronień, reszta zaś przypada na długotrwałe porody w czasie których często badano rodzącą. Zarazek ten znajdywano niekiedy w pochwie zdrowych kobiet. Śmiertelność jest stosunkowo bardzo znaczna. Z zakażonych bowiem więcej niż 50% umiera w ciągu 72 godzin.

P. Brodke Bland: (Philadelphia, Pa). *Czy usprawiedliwione jest postępowanie wyczekujące w przypadkach zaśniadu groniastego?* Na podstawie roztrząsań teoretycznych, zestawień obcych autorów i własnych 10 przypadków dochodzi autor do przekonania że jedynie słuszne i usprawiedliwione jest czynne postępowanie w każdym nadającym się do tego przypadku zaśniadu groniastego.

Fr. H. Falls: (Chicago, Ill). *Przebieg ciąży i porodu u pierwiastek z dwurożną macicą.* Zestawienie obejmuje 15 przypadków lżejszych zaburzeń rozwojowych pod postacią: *uterus septus, subseptus et arcuatus.* Występują one w 1% wszystkich rodzących i są przyczyną nieprawidłowych położeń płodu, a to położenia poprzecznego, skośnego i powodują przedłużanie się ciąży. Rozwiązanie opisanych 15 przypadków było: 4 razy zapomocą cięcia cesarskiego, 2 razy zapomocą obrotu, 2 razy ukończono poród operacją kleszczową. W czasie porodu powikłanego wspomnianemi zaburzeniami rozwojowemi występują często gwałtowne krwawienia w III okresie.

W. T. Dannreuther (New York): *Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu miedniczek nerkowych.* Naogół jest to dość częste powikłanie po operacjach ginekologicznych. Występuje ono na drodze krwionośnej i stoi w związku z procesami gnilnemi w jelicie grubem. Jako środki zapobiegawcze podaje autor urotropinę, środki czyszczące i wysokie lewatywy.

E. Speidel (Louisville, Ky.): *Wymioty ciężarnych.* Zdaniem autora przyczyną wymiotów ciężarnych są rytmiczne skurcze ciężarnej macicy, które działają na drodze odruchowej wraz z zatruciem, wychodzącem z ciał tłuszczowych. Według Hardinga są one wyrazem wyczerpania wątroby, gdyż aż do 3-go miesiąca ciąży, zabiera tłuszcz z wątroby glykogen. Gdy wątroba płodu poczyna wytwarzać glykogen mogą wymioty nagle zniknąć. Czynnik nerwowy tłumaczy się zwiększoną wrażliwością całego ustroju. Pobudzenie systemu nerwowego współczulnego sprawia wysianie glykogenu do krwi, czemu towarzyszą nudności i wymioty. Te przypadki można często uleczyć sugestją.

Co do leczenia to autor zaleca dłuższe ranne leżenie w łóżku, zaniechanie spółkowania, niegotowanie potraw, zmiana dotychczasowego otoczenia i trybu życia. Wstrzykiwanie wyciągów ciałka żółtego wchodzi już w zakres leczenia sugestją, uspokajająco działają przetwory luminalu w małych dawkach. Czasem dobrze działa kilka kropli kwasu solnego rozpuszczonego lub lekkie środki czyszczące, zwalczanie kwasicy żołądkowej i pieczenia.

Djeta jest naogół rzeczą niezmiernie ważną, potrawy należy podawać w małych dawkach i niezbyt często.

Unikać należy wszelkich zabiegów na szyji macicy, o ile położenie macicy jest nieprawidłowe należy je poprawić. Wskazane jest leczenie zakładowe, a w stanach znaczniejszego wyniszczenia dobre wyniki osiąga się zapomocą lawatyw ze syropu i miodu, glukozy z bromem i wodnikiem chloralu. Dobrze działają też codzienne wstrzykiwania podskórne 250 gr soli fizjologicznej i dożylne wlewania 10% glukozy w ilości 500 ccm. Dla uspokojenia można wstrzykiwać pantopon i skopolaminę. W ciężkich przypadkach można łączyć glukoze z nowokainą podskórnie lub sondą do dwunastnicy, śródżylnie zaś zapomocą aparatu Hendona. Równie dobrze działa glukoza z dwuwęglanem sodu. Co do równoczesnego podawania insoliny, to zdania są podzielone.

Roztwory glukozy powinne być świeżo przyrządzone, o ciepłocie ciała, 5—10—25%. Najlepsze okazały się 16—18% (Wilder, Samson).

W ostateczności można wykonać przetaczanie krwi z następowem wstrzyknięciem fizjologicznego roztworu soli. Mimo tego leczenia zdarzały się przypadki, w których ostatecznie musiano przerwać ciążę.

James R. Bloss (Huntington, W, Va): *Nowoczesne położnictwo.* Praca oparta na bogatem doświadczeniu własnem, mająca na celu przekonać czytelnika, że zachowując wymagane obecnie przepisy i ostrożności można większość porodów przeprowadzić w domu, bez szkody dla rodzącej i dziecka. *K. Wiślański* (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Fortschritte der Medecin.

Czerwiec 1924.

Dr. Jul. Basch (Wrocław): *Doświadczenia z Bismogenolem Tosse w praktyce.* Autor przeprowadził Bismogenolem 74 kuracji przeciwkiłowych i omawia z punktu widzenia lekarza praktyka zalety tego sposobu leczenia. Zanim wprowadzono bizmut do leczenia kiły, Basch przeważnie stosował nierozpuszczalne sole rtęciowe, przedewszystkiem 10% Calomelvasenol. Pomimo działań ubocznych, często bardzo przykrych dla chorych, autor wolał stosować preparaty nierozpuszczalne ze względu na silniejsze i dłużej trwające ich działanie. W Bismogenolu znalazł Basch środek leczniczy, który, przewyższając nierozpuszczalne preparaty rtęciowe, nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. Podczas gdy złogi metalicznej rtęci składające się w tkankach prawie zawsze wywołują dotkliwe bóle i często upośledzają ruchy, injekcje Bismogenolu zupełnie są niebolesne. Rtęć działa ujemnie na stan ogólny, wywołuje zmęczenie, osłabienie, brak łaknienia, podwyższenie ciepłoty, wychudzenie i anemję; Bismogenol natomiast wpływa korzystnie na samopoczucie, wygląd i wagę chorego. Po stosowaniu rtęci, pomimo starannej pielęgnacji jamy ustnej, widzimy często zapalenie dziąseł, białkomocz i biegunki, czego nie zauważyliśmy u żadnego z 74 chorych leczonych Bismogenolem.

Zestawiając powyższe wyniki, Basch mówi: „Stosując Bismogenol, który działa szybko na objawy kiłowe, unikamy wszystkich powikłań, które występują prawie zawsze przy silnych kuracjach rtęciowych i uniemożliwiają regularne ich przeprowadzenie".

Należy uważać za wielki postęp wprowadzenie do praktyki środka, który jest przyjemny dla chorych, nie posiada szkodliwych działań ubocznych i daje możność regularnego przeprowadzenia kuracji.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 20 października 1928 r.

Przewodniczy prezes kol. Rożkowski.

1) Przewodniczący wygłosił przemówienie z powodu śmierci Dr. Józefa Polaka, członka honorowego Częstochowskiego Tow. Lekarskiego; pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Frenkenberg wygłosił odczyt: „Histeria a układ pozapiramidowy".

Pomimo licznych prac klinicznych i psychologicznych, poświęconych histerji, brak dotychczas określenia, które pozwalałoby z całą dokładnością rozpoznawać histerję. Dotychczas jeszcze rozpoznajemy ją drogą wyłączania chorób organicznych. Możemy w ten sposób odgraniczyć histerję od zaburzeń obwodowych, piramidowych i móżdżkowych. Cały jednak szereg zaburzeń pozapiramidowych tak dokładnie poznanych dzięki encephalitis epidemica, wysuwa na porządek dzienny kwestję rozgraniczenia tych zjawisk chorobowych a histerji.

Porównanie obu tych grup chorobowych wskazuje dość duże ich podobieństwo. Okres toniczny napadu histerycznego przypomina napady tak zw. sztywności odmóżdżkowej *(decerebrate rigidity)*, która występuje klinicznie i doświadczalnie po przerwaniu *tractus rubro-spinalis,* drogi wybitnie pozapiramidowej. Mamy wówczas sztywność mięśni, dochodzącą nieraz do *arc de cercle,* kończyny dolne są wyprostowane, górne przywiedzione, nawrócone, dłonie i palce zgięte. W okresie klonicznym histerji widzimy skurcze pojedynczych mięśni, to samo w encephalitis. jako myoklonie i tiki.

Rozległe ruchy z okresu clownizmu przypominają tak zw. ruchy pajaca w encephalitis epidemica. Chorea infectiosa i hysterica są nieraz łudząco do siebie podobne.

Ułożenie daszkowate dłoni tak częste u parkinsoników było już przez Charcot'a opisane u histeryków. Zaburzenia w napięciu antagonistów tak charakterystyczne dla zaburzeń pozapiramidowych nierzadko stwierdzamy w histerji.

Suggestywność, tak wybitnie cechująca histerję, odgrywa niemałą rolę w parkinsonizmie, gdzie doprowadza nieraz do tak zw. kinésie paradoxale: chorzy dotychczas nieruchomi stają się bardzo ożywieni, biegają, tańczą i t. p.

Wreszcie zaburzenia histeryczne występują u parkinsoników w postaci napadowego skręcenia głowy i gałek ocznych.

Należy podkreślić, że zaburzenia pozapiramidowe są bardzo wyraźne, trwałe, często nasilające się, co ułatwiło dokładne ich poznanie, podczas gdy zaburzenia histeryczne są niezawsze wyraźne, nietrwałe, często szybko ustępujące. Nie stwierdzono w histerji objawu koła zębatego. W stanie psychicznym w histerji uderza nieraz celowość danego zaburzenia, czego nie widzimy w chorobach organicznych.

Na podobieństwo zaburzeń ruchowych histerycznych i pozapiramidowych zwraca uwagę coraz wiecej badaczy. Z tego podo-

bieństwa nie należy jednak wyciągać wniosku, że zaburzenia histeryczne mają podłoże organiczne. Nie przesądzając na razie mechanizmu psychologicznego zaburzeń histerycznych, możemy jedynie stwierdzić, że histerja jest reakcją psychiczną, podczas której występują na jaw, na drodze czynnościowej, pewne mechanizmy ruchowe, kórych cechy poznaliśmy dokładniej dzięki studjom nad zaburzeniami pochodzenia pozapiramidowego. (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali: Okuszko, St. Kon, Sobel, Łokczewski i prelegent.

Zdaniem kol. Okuszki w poglądach prelegenta i jego usiłowaniu wykazania tożsamości w objawach histerji i spraw pozapiramidowych tkwi pewna przesada, nie można bowiem całkowicie zestawiać histerji ze stanami pozapiramidowemi: histerja jestto sprawa w każdym razie psychiczna, w sprawach podkorowych objawy mają charakter stały, w histerji mamy przeciwnie zmienność objawów, drugą cechę różnicową mamy w psychice chorych. Analogje ruchowe nie są dostateczne.

St. Kon przypomina, że przeważny odsetek chorych na histerję stanowią kobiety około 80% tło choroby stanowią przeważnie zoburzenia sfery płciowej. Kol. Sobol mówił o podniesionej ciepłocie w napadach histerycznych, zna przypadek przy objawie arc de cercle była T⁰ 38 i po podaniu scopolaminy atak ustąpił. Kol. Łokczewski podaje przypadek, gdzie u uczenicy w okresie egzaminów T⁰ w sprawie nerkowej poniosła się powyżej 41⁰ i nastąpiło wyzdrowienie.

Prelegent w dłuższem przemówieniu uzupełnia odczyt, podając hipotezy powstania histerji.

Histerja byłaby odmianą schizofrenji, o ile uznawać w niej rozczepienie osobowości. O ile brać pod uwagę Freuda o stanach podświadomości — powstawać mogą nowe hipotezy. Zasadniczo mogą tu być dwie drogi: albo psychiczna to znaczy podświadomość z konwersją, albo czysto neurologiczna — powrót do poglądów Charcot'a. W konkluzji prelegent wyjaśnia, że nie usiłował dowieść w histerji zmian organicznych, tylko zaburzenia neurodynamiczne. Kol. St. Konowi odpowiada, że w czasie wielkiej wojny obserwowano masowo histerję u mężczyzn, jako tak zw. *Flucht in die Krankheit;* układ nerwowy kobiecy jest niewątpliwie więcej chwiejny „labilny". Że T⁰ w histerji może być podniesioną, jest rzeczą znaną. Kol. Okuszko w zakończeniu dyskusji zaznacza, że stany podświadome są stwierdzone realnie, nie hipotetycznie. Rozszczepienie osobowości w histerji jest natomiast bardzo luźną hipotezą.

III. Prezes Rożkowski wygłosił odczyt: „Stała hipotonja tętnicza, jako zaburzenie samoistne, konstytucjonalne".

Na wstępie prelegent omawia w krótkim zarysie historyczny rozwój pojęć o hipotonji tętniczej, przytacza badania Pala, Munka, Martiniego, Pieracha i streszcza szczegółowo poglądy autorów francuskich Lian'a i Blondel'a. Autorowie ci usiłują dowieść, że na wzór nadciśnienia samoistnego istnieje odrębny zespół objawowy, w którym główną rolę gra nadmiernie niskie ciśnienie krwi, obok niego zaś grupują się mniej lub więcej stale inne objawy współtowarzyszące, a może nawet związane przyczynowo z tem zasadniczem zaburzeniem ciśnienia. Pod względem klinicznym zespół ten cechują 4 następujące objawy: hipotonja, skłonność do omdleń, nadmierne męczenie się i sinica kończyn. Oprócz postaci typowych istnieją postacie niedorozwinięte, skryte, jednoobjawowe, w których oprócz niskiego ciśnienia krwi niema żadnych innych objawów chorobowych. Zdaniem prelegenta tworzenie z tych postaci odrębnej jednostki nozograficznej niema dostatecznej podstawy.

Zmniejszenie ciśnienia krwi może być stale albo też może zjawiać się okresowo w postaci ostrych i gwałtownych spadków (przełamów), w których inne objawy współtowarzyszące występują ze zdwojoną siłą (2—4 omdlenia w ciagu kilku godzin). Przypadki te zasługują na uwagę dlatego, że zdają się usprawiedliwiać przypuszczenie o związku przyczynowym między natężeniem objawów chorobowych i spadkiem ciśnienia. U wielu osobników między temi 2 rodzajami zaburzeń można zauważyć pewną równoległość. Nie jest wyłączone, że nagła śmierć w niektórych chorobach zakaźnych może być w związku z gwałtownym spadkiem ciśnienia krwi u osób, dotkniętych stałą hipotonją tętniczą. Rokowanie, jest naogół pomyślne. Prelegent odnosi się z pewnem niedowierzaniem do opisów ciężkiej niedomogi serca z rozstrzenią lewej komory na skutek stałego niskiego ciśnienia. Można chyba powiedzieć na pewno, że ludzie, mający niskie ciśnienie krwi, żyją dłużej, aniżeli chorzy dotknięci hipertonią samoistną, która jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci w wieku starszym (50—60 lat).

Etjologja i patogeneza tej sprawy są zupełnie ciemne. W każdym razie nie można tego zespołu utożsamiać z niedomogą nadnerczy, Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z głębszem zaburzeniem układu nerwowego i gruczołowego (hormonalnego), powstającem na tle konstytucjonalnem.

Najlepszym środkiem leczniczym jest strychnina podskórnie w dawkach dużych, systematycznie zwiększanych (aż do 6—10 mg. dziennie). Działanie adrenaliny jest krótkotrwałe. Oprócz strychniny prelegent stosuje ephetoninę do wewnątrz i ogólne leczenie wzmacniające. (Streszczenie własne.)

Uroczyste posiedzenie w dniu 12 listopada 1928 r.

Dla uczczenia 10 lecia niepodległości Polski odbyło się uroczyste posiedzenie Tow. lekarskiego i Związku lekarzy. Lokal Tow. był udekorowany kwieciem i portretami prezydenta Rzeczypospolitej i marszałka Piłsudskiego.

Posiedzenie zagaił prezes Różkowski, podnosząc w swej mowie zasługi dla ojczyzny nieznanego i zapomnianego lekarza. Na wniosek mówcy pamięć nieznanego lekarza uczczono przez powstanie.

Odczyty wygłosili: 1) prof. Sikorski „o rozwoju ekonomicznym Polski w ciągu pierwszego 10-lecia niepodległości i 2) dyr. Sidor „o rozwoju szkolnictwa i stanie kultury Polski niepodległej".

Sprawozdanie z posiedzenia zostało ogłoszone w prasie miejscowej.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu na Zawodziu
w dniu 2-go grudnia 1928 r.

I. Kol. St. Kon pokazał i omówił:

1) Przypadek z praktyki szpitalnej: ciężarna w 9-tym miesiącu miała objawy zamknięcia kiszek, stan był gorączkowy i wykonano cięcie cesarskie otrzymując dziecko żywe; Kol. Mikulski stwierdził skręt esicy i wykonał odwrócenie ręczne esicy, skręt był na 180⁰ trwał 4—5 dni, pomimo to stanu zapalnego nie było, kreska była zadługa.

2) omówił przebieg choroby 32 letniej kobiety, ciekawy pod względem rozpoznawczym. Chora ta miała trzy porody prawidłowe i dwa poronienia. Zachorowała we wrześniu, miała krwawienie maciczne, dreszcze, temp. 39.2⁰, później ból krzyża i upławy. Rozpoznawano narazie poronienie, wobec nieustającej gorączki. Chora udała się na klinikę do Krakowa, wróciła w dalszym ciągu chora, — w Krakowie przypuszczano sprawę gruźliczną kręgów *(spondylitis tbc.),* i stosowano tak zw. łóżko gipsowe. Badanie ginekologiczne wykazało: nacieczenie zapalne prawej strony brzucha, w moczu ciałka ropne, w płucach rzężenie rozsiane, śledziona powiększona i macalna — słowem, sprawa septyczna przewlekła po poronieniu.

W dyskusji z powodu tego przypadku przemawiali kol.: Frenkenberg, Konar, Rożkowski Abusch (z Radomska), Mikulski i Szaniawski.

Kol. Frenkenberg podaje poniższe:

Stan chorej w dniu 30/IX: nie może unosić wyprostowanych kończyn dolnych, oba m. m. *quadricipites* kurczą się jednak zupełnie prawidłowo, zgięcie czynne we wszystkich stawach możliwe. Objaw *Lasségu'a* obustronnie dodatni, odruchy kolanowe i Achillesa żywe, równe. Czucia nie można było zbadać z powodu silnego niepokoju chorej, temp. 37.6⁰.

Stan w dniu 2/XII: chora unosi dość dobrze obie kończyny dolne. Objaw *Lasségu'a* zaznaczony po stronie prawej. Odruchy kolanowe i Achillesa nieco żywsze po stronie prawej, na prawem udzie pas hypalgiczny. Ruchy kręgosłupa ograniczone. Chora skarży się na ból opasujący. Ucisk kręgów lędźwiowych nieco bolesny. Kol. Frenkenberg, powołując się na radjogram odrzuca w tym przypadku rozpoznanie gruźlicy, przemawia raczej za *spondylis infectiosa.*

Kol. Konar komunikuje szczegółowy wynik badania krwi w tym przypadku (75% ciałek wielojądzawych). Preses Różkowski zaznacza, że choroba wystąpiła tu wcześniej niż poronienie — niewątpliwie jakaś sprawa infekcyjna w kręgach i *radiculitis.* W płucach gruźlica włóknista.

Kol. Abusz w dłuższem przemówieniu uzasadnia w tym przypadku rozpoznanie sprawy ropnej dróg moczowych. W odpowiedzi kol. Różkowski zaznacza popełnioną często przesadę w rozpoznawaniu *pyelitis:* kilka ciałek ropnych w polu widzenia nie upoważnia do rozpoznania tej sprawy

Kol. Szaniawski zaznacza, że w początkowym okresie spondylitu Roentgen może dawać wyniki ujemne. Kol. Mikulski, szukając wytłumaczenia wycieku ropnego u chorej przypuszcza istnienie ropnia okostnowego, ponieważ ropień tak zw. opadowy nie mógł powstać w tak krótkim czasie.

II. Kol. Lipiński omówił przypadek gruźlicy płuc u osoby 18 letniej o przebiegu pomyślnym: chora ta miewała krwioplucia, miała

obarczenie rodzinne: przed 2 miesiącami przechodziła grypę i miała gorączkę do 39°, Roentgen wykazywał zmiany, laseczników Kocha nie stwierdzono. Obecnie stan pomyślny.

W dyskusji kol. Stawnicki zaleca dużą ogledność w rokowaniu w przypadkach gruźlicy płuc — zna przypadek, gdzie pomimo dużych zmian obustronnych, wychudnienia i obrzęków chora zaczęła stopniowo poprawiać się, z biegiem lat urodziła 4 razy, i obecnie jest zdrowa.

Prezes Rożkowski sądzi, że w takich przypadkach często sprawy płucne innego pochodzenia np. grypowe, są rozpoznawane jako gruźlicze. Zaleca nie pomijać nigdy badania plwociny na laseczniki.

III. Kol. Mikulski pokazał i omówił poniższe przypadki: 1) dziewczynka 13 letnia, rozpoznawano *appendicitis* o przebiegu przewlekłym, bezgorączkowym — operacja — wynik wyzdrowienie. Pokaz otrzymanego preparatu: wyrostek robaczkowy wydłużony, 12 cm. długi, wypełniony glistami — owsikiem.

2) Chłopiec 12 letni chory od sierpnia, miał wówczas gruczoł duży pod szczęką dolną; w październiku miał duży guz nowotworowy w okolicy szczęki górnej, rozpoznawany jako mięsak. Operowany 2 razy, pokaz usuniętego dużego guza.

3) Chora na kamicę żółciową, kamienie odchodziły w dużej ilości od 30 do 70 (oliwa). Przybyła do szpitala z objawami zamknięcia kiszek; operacja cystostomia: usunięto duży kamień, pęcherzyk był podziurawiony i zropiały, założono dren — chora obecnie w okresie zdrowienia. Kamienie, które poprzednio odchodziły w dużej liczbie po użyciu oliwy, uważać należy jako tak zw. kamienie kiszkowe.

IV. Kol. Batawia 1) omawia przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. U 42 letniego D. G. nazajutrz po kąpieli rzecznej wystąpił ból w lewem uchu. Następnego dnia kol. B. stwierdził ostre zapalenie ucha średniego. Chory tegoż dnia powrócił do domu (koleją do Myszkowa), lecz stan jego stale się pogarszał, i nazajutrz wymiotował i stracił przytomność. Tegoż dnia wieczorem chorego przywieziono do szpitala, gdzie kol. B. już stwierdził sztywność karku. Po paracentezie chory oprzytomniał lecz objawy zapalenia mózgu, następnego dnia wystąpiły w całej pełni: opisthonus, Kernik, Babiński, Oppenheima, płyn mózgowo-rdzeniowy mętny wypływał pod dużem ciśnieniem, powyżej 500 ciałek białych w 1 mm^3. Tegoż dnia — operacja — antrotomia z szerokiem obnażeniem tylnej i średniej jamy czaszkowej. W wyrostku sutkowym ropy nie znaleziono, w komórkach sutkowych krwisto-surowiczy płyn. Opona twarda była silnie przekrwiona. Po operacji stan chorego stopniowo się poprawiał, jedynie bóle głowy trwały przez czas dłuższy. Chory zupełnie wyzdrowiał. Przypadek powyższy ciekawy po pierwsze z tego względu, że objawy mózgowe wystąpiły tu już w 3 dniu po pierwszym bólu w uchu a po drugie ze względu na pomyślny wynik operacji.

2) Kol. B. pokazał preparat guza usuniętego z jamy nosowo-gardłowej u 5 tygodniowego oseska. Guz ten wypełniał prawie całą jamę nosowo-gardłową a dolna jego część leżała na tylnej ścianie gardzieli, sięgając górnej części krtani. Guz ten miał długości 4,5 cm., szerokości w górnej części 1,7 w dolnej 1,3 cm. Ten wrodzony guz w wysokim stopniu utrudniał oddychanie i odżywianie niemowlęcia. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że guz zawiera tkankę łączną włóknistą, obficie unaczynioną. Kol. B. podnosi wyjątkową rzadkość guza jamy nosowo-gardłowej w pierwszych tygodniach życia, i omawia genezę wrodzonych nowotworów retronasi i ich patologię. (Streszczenie własne).

V. Kol. F r e n k e n b e r g pokazał i omówił: 1) przypadek *paraplegiae spasticae* u meżczyzn na tle kiłowem. Od 3 tygodni szybko rozwijające się porażenie spastyczne obu kończyn dolnych z rozległemi zaburzeniami czucia. Odczyn Wassermana we krwi ujemny. Na nakłucie lędźwiowe chory nie zgodził się. We krwi 30% limfocytów. Próbne leczenie specyficzne dało wynik pomyślny. Obecnie chory chodzi, pozostały jednak klonusy i odruchy patologiczne.

2) Przypadek niezupełnego przerwania rdzenia kręgowego u młodego człowieka na skutek rany kłutej (nożem) na wysokości 2-go kręgu piersiowego. Obecnie blizna po stronie lewej, zespół objawów Brown-Sequard'a. Streszczenie własne).

P o s i e d z e n i e w dniu 29 grudnia 1928 r.

Przewodniczy wiceprezes Tow. kol. W r z e ś n i o w s k i.

1) Kol. S z a n i a w s k i, F r e n k e n b e r g — pokaz dziewczynki 11 letnij z ciekawą pod względem rozpoznawczym chorobą układu nerwowego ośrodkowego.

Kol. S z a n i a w s k i: Dziecko w rodzinie pierwsze, rodzice zdrowi, przechodziło krzywicę i odrę, zaczęło chorować od 2 lat, przebieg był zmienny: nie mogła chodzić, czasowo bywało lepiej, i znowu nie mogła chodzić. Obecnie jest bezład kończyn dolnych, kończyny górne normalne; prześwietlenie kręgosłupa nic nie wykazało, Pirquet ujemny, Wasserman ujemny, badanie krwi — limfocytów 30%.

Kol. F r e n k e n b e r g podał poniższe wyniki badania: dziewczynka miała oczopląs, obecnie słabo uwydatniony, na dnie oka lewego — rozszerzenie żył; w kończynach górnych było drżenie zamiarowe, tremor i diadochokineza kiści; odruchy brzuszne zachowane tylko górne, Babińskiego brak, objaw Romberga wybitny. W porównaniu do stanu z przed 3 tygodni — poprawa, ponieważ wtedy nie mogła chodzić. Kol. Frenkenberg rozpoznaje w tym przypadku stwardnienie wieloogniskowe *sclerosis disseminata* postać rzadko spotykana u dzieci; w rozpoznaniu różnicowem można brać pod uwagę chorobę Friedreicha, jako najwięcej zbliżoną objawowo, mamy tu również bezład kończyn i oczopląs, w tej chorobie jednak nie bywa zmian na lepsze i odruchy szybko giną.

W dyskusji kol. Marczewski zestawiając krytycznie spostrzegane objawy, uważa rozpoznanie za niepewne i wymagające dalszej obserwacji.

2) Kol. L e w k o w i c z odczytał referat „o zachowawczem leczeniu zaćmy starczej". Streszczenia obszernego referatu nie nadesłano. Prelegent podał na wstępie rozwój historyczny pojęcia o zaćmie, następnie omówił szczegółowo stosowane dawniej i obecnie sposoby leczenia zachowawczego zaćmy.

W dyskusji przemawiali: kol. Marczewski, Wrześniowski i Łokczewski.

Kol. M a r c z e w s k i na wstępie dziękował prelegentowi za wyczerpujące zestawienie patogenezy zaćmy i usiłowań leczenia zachowawczego. Poszukiwanie dróg leczenia nieoperacyjnego zaćmy, aczkolwiek zrozumiałe, prowadzi niekiedy do rzeczy horendalnych.

Patogeneza zaćmy nie jest jednolita, przyczyna nie jest jedna: raz przymiot, drugi — cukrzyca, trzeci — drgawki i t. d., bywa zaćma warstwowa u dzieci albo centralna (niekiedy na tle przymiotu) — wobec tego próby leczenia są usprawiedliwione. Dotąd najlepsze wyniki dawał jod, organoteropię mówca stosował mało i doświadczenia własnego w tym kierunku nie ma. Są zaćmy mniej i więcej dokuczliwe, mniej lub więcej upośledzające wzrok. O ile środki organoteropeutyczne działają dodatnio na ogólny tonus, moga one i na zaćmę działać korzystnie. Poprawy można spodziewać się wyłącznie w zaćmach traumatycznych u osób młodych (oczywiście po urazach niezbyt ciężkich) te przypadki są niezmiernie rzadkie, gdzie są uszkodzenia rozległe, sprawa się szybko pogarsza. Wniosek ostateczny: na leczenie nieoperacyjne zaćmy liczyć wiele nie można.

Kol. Wrześniowski sądzi, że trudno na szeroką skalę stosować organoterapię, ponieważ preparaty te, poza nielicznemi wyjątkami, jak pituglandol, thyreoidyna, adrenalina, są niestałe i dają objawy uboczne. Leczenie gruczołami płciowemi daje wyniki krótkotrwałe.

Kol. Ł o k c z e w s k i jest zdania, że szerzenie wśród szerokich warst ludności, zasadniczo źle usposobionej do zabiegów operacyjnych, poglądów na możliwe wyleczenie zaćmy sposobem zachowawczym może mieć tę stronę ujemną, że zniechęci chorych potrzebujących operacji do wskazanego zabiegu radykalnego.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Towarzystwo lekarskie lubelskie.

S r a w o z d a n i e z p o s i e d z e n i a r o c z n e g o z dnia 4. I. 1929

1) Kol. L. K a g a n: przedstawia pacjentkę 2 letnią z *chondrodystrophia foetalis.* Typowe objawy, jak mikromelia, dysproporcja pomiędzy długością tułowia i kończyn, wielkość główki, lordosis oraz charakterystyczne obrazy roentgenologiczne pozwalają na niewątpliwe ustalenie rozpoznania tej rzadkiej wady rozwojowej. Następnie przedstawia kol. K a g a n dziecko 4½ miesieczne, które od 3-go dnia życia ma żółtaczkę. Stolce jasne, białawe, wątroba sięga na 1½ palca poniżej pępka, twarda, gładka, o równym brzegu. Śledziona znacznie powiększona, twarda. W kale dużo tłuszczu, brak barwików żółciowych, w moczu brak urobiliny, natomiast znajduje się dużo bilirubiny. odczyn Wassermana u dziecka i rodziców ujemny. W rozpoznaniu różniczkowem kol. Kagan wyklucza szereg spraw chorobowych jak kiłę, *ict. neonatorum icter. gravis habitualis,* sprawy nowotworowe i pasożytnicze, motywując równocześnie swoje rozpoznanie: *cirrhosis hepatis biliaris hypertrophica* w następstwie wrodzonej niedrożności dróg żółciowych.

Następnie odczytano i przyjęto:

1) Protokół poprzedniego zebrania.

2) Sprawozdanie roczne Zarządu z działalności Twa w r. 1928.

3) Sprawozdanie roczne komisji biblioteczno-odczytowej.
4) Sprawozdanie roczne bibiotekarza.
5) Sprawozdanie roczne z działalności Pracowni Anatomo-Patologicznej.
6) Sprawozdanie roczne kasowe i protokół komisji rewizyjnej, preliminarz budżetowy na r. 1929 i sprawozdanie rachunkowe Pracowni Anat. Patol. Poza porządkiem dziennym zabiera głos Dr. M. Amsztajn, który proponuje wybór Dr. K. Jaczewskiego na Członka Honorowego Twa dla uczczenia Jego długoletniej owocnej pracy na terenie Twa. Wniosek ten przyjęto jednogłośnie. Przewodniczący Twa Dr. W. Drożdż w przemówieniu swem charakteryzuje ogólnie działalność Twa w roku sprawozdawczym, poczem przystąpiono do wyboru Zarządu Twa na rok 1929. Na przewodniczącego wybrano Dr. J. Modrzewskiego, na wiceprzewodniczącego Dr. E. Kujawskiego, na skarbnika Dr. Brzezińskiego, na sekretarza Dr. J. Morozową, na bibliotekarza Dr. J. Anasiewicza, na zastępcy sekretarza Dr. Chromińskiego. Do Komisji rewizyjnej wybrano Dr. T. Kożuchowskiego, Lerkama i Stano, do Komisji biblioteczno-odczytowej Dr. W. Drożdża, K. Jaczewskiego i K. Jaworskiego.

Posiedzenie z dnia 20. I. 1929. w Szpitalu św. Jana Bożego.

1) Dr. M. Biernacki: Nacz. Lekarz Szp. św. Jana B. wygłasza referat *O sytuacji gospodarczej i finansowej Szpitala św. J. B.* w którem przedstawia pokrótce dzieje szpitala w latach przedwojennych, dalej trudne sytuacje, w jakich znajdował się szpital w czasie wojny światowej, wreszcie najcięższy finansowo okres pierwszych lat po odzyskaniu niepodległości przez państwo polskie.

W ostatnim roku po przejściu Szpitala pod zarząd miasta, warunki finansowe zaczęły się poprawiać, co pozwoliło zająć się wydatniej innemi dziedzinami pracy szpitalnej, a więc wprowadzeniem regulaminu oraz pewnemi zmianami w organizacji pracy lekarskiej. W zakończeniu referatu Dr. Biernacki wyraża przekonanie że w niedalekiej już przyszłości szpital zabezpieczony pod względem gospodarczym i zaopatrzony w odpowiednie urządzenia będzie mógł stać się warsztatem twórczej pracy naukowej dla lekarzy, którzy przepracowali szereg lat w nader ciężkich warunkach. Po referacie wywiązała się ożywiona dyskusja, w której omawiano sprawy dotyczące organizacji pracy lekarskiej w szpitalach.

2) Następnie Dr. M. Szafnicki przedstawia na 2 chorych wyniki leczenia jaglicy oraz odczepienia siatkówki metodami najprostszemi i najszybszemi, do jakich często zmuszają warunki pracy na prowincji: a więc przy jaglicy met. Gunbarta, tj. wstrzykiwaniem pod spojówkę 10 proc. roztworu hydrarg-oxycyanat z novokainą, (której to metody nie należy stosować u ludzi w starszym wieku, z kruchemi naczyniami); w leczeniu odczepienia siatkówki dobry wynik daje metoda Sourdine'a: wprowadzenie tegoż roztworu pomiędzy siatkówkę i naczyniówkę.

Dr. Szafnicki przedstawia pozatem chorą, dziewczynkę 13 letnią z wrzodem rogówki wywołanym sprawą grzybkową. Istnieje w tym przypadku podejrzenie w kierunku promienicy, której jednak nie udało się stanowczo ustalić, badanie mikroskopowe nie rozstrzygnęło dotychczas pomiędzy promienicą a inną możliwą sprawą grzybkową.

3) Kol. S. Moroz wygłasza referat *O odmie sztucznej.* Nawiązując do wygłoszonych poprzednio w Twie przez kol. J. Arnsztajna i Rudolfa referatów, w któryh omówiono teorje naukowe działania odmy, kol. Moroz porusza przedewszystkiem zagadnienia natury praktycznej, jakie nasuwają się przy stosowaniu tej metody, a więc wskazania i przeciwskazania, technikę i częstość zabiegu, różne typy aparatów, wpływ odmy na różne objawy gruźlicy, niebezpieczeństwa i komplikacje, jakie zachodzą w przebiegu leczenia odmą, wreszcie przedstawia 3 chore leczone odmą z wynikiem wybitnie dodatnim.

Posiedzenie z dnia 4. II. 1929 r.

1) Kol. J. Arnsztajn przedstawia pacjentkę 25 letnią chorą od 3 lat, z gruźliczem ogniskiem *exsudacji alveolarne* pod lewym obojczykiem. Wielokrotne prześwietlanie klatki piersiowej nie wykazało zmian, prątki w plwocinie raz tylko znaleziono. Założenie odmy sztucznej nie udaje się z powodu zrostów opłucnej.

2) Kol. J. Anasiewicz przedstawia typowy przypadek ch. Recklinghausena, u pacjenta lat około 50. Na skórze tułowia i kończyn bardzo licznie rozsiane guzki różnej wielkości, pozatem widoczne drobne pigmentacje skóry i większe zaciemnienia. Chory okazuje również objawy niedorozwoju umysłowego. Badanie histologiczne guzków potwierdza rozpoznanie kliniczne.

3) Dr. K. Jaczewski dziękując kolegom za wybór na Członka Honorowego Towarzystwa, wspomina w przemówieniu swem chlubne tradycje T-wa które za czasów rosyjskiego panowania na naszej ziemi spełniało rolę nietylko organizacji naukowej lecz i placówki narodowej, dziś zaś, w tak odmiennych i pomyślnych warunkach istnienia może wszystkie swe siły oddać wspólnej pracy dla dobra nauki.

4) Po odczytaniu protokołu poprzedniego zebrania przystąpiono do sprawy wyboru delegata Twa do Rady Fundacyjnej Szpitala św. Wincentego á Paulo w Lublinie. Na delegata wybrano Dr. J. Modrzewskiego.

Sekretarz: *Dr. Morozowa.* Prezes: *Dr. Modrzewski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Do

Szanownej Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej

we Lwowie.

Najuprzejmiej proszę o umieszczenie — o ile możności w najbliższym numerze Polskiej Gazety Lekarskiej — następujących wyjaśnień w sprawach poruszonych w liście do Redakcji, umieszczonym w 31 numerze P. G. L.:

W liście tym pan dr. H. Higier czyni władzom Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich zarzut z powodu rozbieżności w określeniu czasu trwania przemówień przez Komitet i przez przewodniczących poszczególnych sekcji naukowych. Rozbieżność ta pochodzi stąd, że § 25 ustawy Zjazdu L. i P. P., oznaczając ogólnie czas trwania przemówień na 20 minut dla wykładów, zaś 10 minut dla uwag dyskusyjnych, pozostawia w ostatnim swoim ustępie gospodarzom poszczególnych sekcji pewną swobodę w określeniu czasu trwania przemówień w sekcjach. Jeśli z tej swobody niektórzy gospodarze sekcji korzystają, to działają oni zgodnie z ustawą Zjazdów.

Ponadto zwraca pan dr. H. Higier uwagę na jakoby zbyt długi czas trwania przemówień, przeznaczony dla biorących udział w dyskusji (prawo dwukrotnego przemawiania po 10 minut). Jednakże taki właśnie okres przewiduje tenże § 25 ustawy zjazdowej.

Nie przeczę, że zmiana § 25 ustawy Zjazdów mogłaby być pożądana. W takim razie należałoby pójść drogą przewidzianą w § 27 ustawy: „Projekta zmiany ustawy niniejszej należy wnosić najdalej na cztery tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Delegacji, która je z odpowiednim wnioskiem własnym Zjazdowi przedstawi".

Prof. dr. K. Michejda sekretarz generalny 13 Zjazdu Lekarzy i przyrodników Polski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zawarcie umowy z Kasą Chorych. Podajemy do wiadomości zainteresowanych członków, że została zawarta umowa pomiędzy Zarządem Kasy Chorych m. Warszawy a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy i obowiązuje od dnia 1 lipca b. r. Treść umowy w dosłownem brzmieniu ogłoszona została w „Nowinach Społeczno-Lekarskich" Nr. 14/29, str. 248 — 251.

Lwów.

Rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na rok szkolny 1929/30 wybrano Profesora chirurgji Dr. Hilarego Schramma.

Z kraju.

W dniach 1 — 3 września r. b. odbędzie się w Ciechocinku II. Lekarski Kurs Dokształcający. Zeszłoroczny Kurs zgromadził w Ciechocinku około 500 osób z najdalszych rubieży Rzeczypospolitej. Pragnąc utrzymać na jak najwyższym poziomie Kurs tegoroczny Komitet Organizacyjny zaprosił na wykłady wybitnych przedstawicieli poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej.

Wykłady wygłoszą: Prof. Wierzejewski, Prof. Jezierski, Prof. Mayer, Prof. Karwowski z Poznania, Prof. Gröer i Doc. Sabatowski ze Lwowa, Prof. Nowak i Doc. Janiszewski z Krakowa,

Prof. Szmurło z Wilna, Prof. Hirszfeld, Doc. Melanowski, Doc. Karwacki i Doc. Wojciechowski z Warszawy.

W programie Kursu przewidziano zwiedzenie Ciechocinka i jego urządzeń balneotechnicznych, wycieczkę do Czerniewic—Zdroju, do Inowrocławia na Zjazd Higjenistów, oraz na P. W. K. do Poznania.

Dyrektor Zakładu Zdrojowego wydaje bankiet.

Ze względu na ograniczoną do 300 osób liczbę uczestników Komitet prosi o jak najszybsze zgłaszanie się pod adresem: Dr. med. Czesław Hoppe — Sekretarz Komitetu Ciechocinek „Ortos".

Osoby zgłoszone po przekroczeniu tej cyfry będą przyjmowane bez ułatwień ze strony Komitetu.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu (—Palestyny) i do Indyj. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) wybierają się lekarze austrjaccy 12 grudnia 1929 r. do Egiptu. Uczestnicy wycieczki zwiedzą zakłady lecznicze i zabytki sztuki w Kairze i okolicy. Dalszy plan wycieczki: Jedna część uczestników może pozostać w Egipcie i pojedzie do Luxoru i Assuanu, a druga część wyjedzie 25 grudnia z Port Saidu do Indyj, a mianowicie, do Karachi, Lahore, Delhi, Jajpur, Agra, Bombaju i zwiedzi szpitale: Lady Dufferins Hospital w Karach, Lady Hardings Medical College and Hospital w Delhi, Eye Hospital w Agra i Arthur Road Hospital w Bombaju.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytanie pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11. I. Stock, Tür 6.

Poradnik językowy. W sprawie tego wydawnictwa otrzymujemy następujące pismo:

W społeczeństwach oświeconych poszanowanie języka narodowego i troska o jego poprawność należą do obowiązków i zadań pierwszorzędnych; wyrazem zaś tych dążności, oprócz nauki szkolnej, są stale wydawane pisma sprawom językowym poświęcone i wśród szerokich warstw rozpowszechnione.

U nas od lat 24-ch wychodzi również miesięcznik p. n. „Poradnik językowy", mający na celu szerzenie znajomości języka polskiego i jego poprawności, wydawany starannie przez Romana Zawilińskiego, zasłużonego pedagoga i byłego dyrektora gimnazjum w Krakowie. W 24-ch rocznikach tego „Poradnika" mieści się obfity zasób pouczających rozprawek, objaśniających różne zjawiska językowe, wiele uwag, zapytań i odpowiedzi w sprawach językowych, nastręczających pewne wątpliwości. Uwagi i wyjaśnienia podawane są tam w formie przystępnej i dla szerszych kół czytelników zrozumiałej. Każdy zeszyt „Poradnika" zawiera zajmujące przyczynki do głębszej znajomości języka ojczystego. Widoczne to i w ostatnich 5-ciu zeszytach tegorocznych „Poradnika".

Wydawnictwo to, bezwarunkowo pożyteczne, nie jest jednak, w ostatnich czasach, szerszemu ogółowi dość znane i należycie rozpowszechnione; nie ma też dostatecznej liczby przedpłacicieli, ażeby dalej pożyteczną swą działalność prowadzić i rozwijać mogło. Byt jego obecnie jest zagrożony. Do pokrycia kosztów wydawnictwa potrzeba conajmniej 600 przedpłatników, a jest ich tylko 453. Dla podtrzymania więc pisma chodzi o zwiększenie liczby przedpłacicieli o półtorej setki. A podtrzymać je i dalszy jego byt zabezpieczyć koniecznie należy. Oprócz licznych szkół, które już w znacznej (choć niedostatecznej) liczbie „Poradnik" prenumerują, skuteczny również udział w poparciu pisma wziąć mogą różne Związki i Stowarzyszenia prywatne oraz Ministerja rządowe, gdzie tysiące pracowników mają do czynienia z językiem piśmiennym i spotykają się nieraz z pewnemi wątpliwościami, których wyjaśnienia w owym „Poradniku" znaleść mogą.

Oprócz tej bezpośredniej i niewątpliwej korzyści, jaką każdy czytelnik „Poradnika" z jego treści odnosi, jest jeszcze drugi czynnik, do poparcia pisma skłaniający, mianowicie niedopuszczenie do tego, by pismo, sprawom języka polskiego poświęcone, istnieć dzisiaj przestało!

Nie możemy zapomnieć o tej uznanej prawdzie, że język staranny i poprawny, to jedno z jaśniejących znamion cywilizacji narodu.

Adam Ant. Kryński Prof. Uniw. (Warszawa).

Rok w szpitalu, a potem praktyka lekarska. Departament służby zdrowa przygotowuje rozporządzenie, mocą którego każdy lekarz po ukończeniu studjów musi odbyć roczną praktykę w szpitalu, zanim zostanie upoważniony do odbywania wolnej praktyki.

Piekącą sprawę przedstawia także unormowanie prawa praktyki w uzdrojowiskach, poruszaną już nawet publicznie na Walnych Zebraniach Towarzystwa Balneologicznego, m. in. przez p. Dra Wróblewskiego, naczelnika wydziału wojew. Krakowskiego. Unormować jej niestety nie można tak długo, jak długo studenci medycyny i młodzi lekarze nie będą mogli kształcić się zupełnie szkolnym uniwersyteckim sposobem w zakresie fizjoterapji elementarnej.

Z Kasy Chorych. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w zrozumieniu lecznictwa oraz konieczności zreorganizowania tegoż w Kasach Chorych zdecydowało powołać do Głównego Urzedu Ubezpieczeń lekarza do spraw, związanych z tą reorganizacją. Na stanowisko to został powołany przez p. Ministra dr. Tadeusz Milewski, b. starszy asystent 2-ej kliniki chorób wewnętrznych (Prof. Rzętkowski) i obecny kierownik centralnego laboratorjum Szpitala Św. Ducha.

Komitet Wykonawczy VII Powszechnego Zjazdu Higjenistów Polskich, który się odbędzie w Inowrocławiu w dniu 4 i 5 września 1929 r. i bedzie poświęcony zdrojowiskom i uzdrowiskom polskim, prosi o jaknajszerszy udział w Zjeździe, w każdym razie o delegowanie swych przedstawicieli.

Towarzystwo lekarskie Horwacji, Sławonji i Międzymorza w Zagrzebiu zamianowało Profesora Dr. Antoniego Gluzińskiego swoim członkiem honorowym.

Ze świata.

Association Française de Pédiatrie ogłasza, że VI Kongres pedjatrów francuskich odbędzie się w Paryżu w czasie od 30. IX. do 2. X. r. b. Tematy główne: 1) Obrzęki u niemowląt, 2) Śmierć nagła i nieprzewidziana podczas zabiegów operacyjnych na niemowlętach i 3) Żółtaczka noworodków.

Przewodniczący Zjazdu — M. H. Barbier, Sekretarz generalny, który przyjmuje zapisy i udziela informacyj — M. L. Ribadeau-Dumas, 61 rue de Ponthieu, Paris.

Nowe prawo o pozbawianiu zdolności płodzenia w kantonie Waadt w Szwajcarji (3/IX 1928). Art. 1. Prawo to dotyczy wszystkich tych osób, które są umysłowo-chorzy, cierpią na osłabienie władz psychicznych lub są morfinistami, kokainistami lub alkoholikami, o ile stan ich wymaga opieki i są oni niebezpieczni dla siebie samych lub otoczenia.

Art. 2. W przypadkach nieuleczalnych schorzeń psychicznych, gdy istnieje wszelka pewność, że potomstwo będzie chore, może być dokonany zabieg lekarski w celu pozbawienia płodności. Tego rodzaju zabieg będzie wykonanym na podstawie zgodnego orzeczenia dwóch przez radę lekarską wyznaczonych lekarzy i po przyzwoleniu tejże rady. Monatschrift f. Kriminalpsychlogie. 20 Bd.

Redakcja otrzymała:

Le monde médical, nr. 753, 1-co août 1929.

Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej, nr. 8, z 1 sierpnia 1929.

Bureau international du travail: Bibliographie d'hygiène industrielle". Vol. III. Nr. 6, juin 1929.

Włodzimierz Mikułowski: „Portussis-encephalitis im Kinderalter". Odb. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. CXXIV, 1929.

Włodzimierz Mikułowski: Ueber seltene Bauchtyphuskomplikationen bei Kindern." Odb. z Schweizerische medicinische Wochenschrift, nr. 19, z r. 1929.

Włodzimierz Mikułowski: „Biegunka śmiertelna z melanodermją i porfirynurją u oseska". Odb. z Medycyny Warszawskiej, nr. 17—18 z r. 1929.

Włodzimierz Mikułowski: Ein Beitrag zur „geschlossenen" Tuberkulose bei Kindern". Odb. Zeitschrift f. Tuberculose z r. 1929.

Włodzimierz Mikułowski: „Die therapeutische Anwendung des Sauerstoffes in der Kinderklinik". Odb. z Wiener Klinische Wochenschrift, nr. 32, z r. 1929.

Władysław Medyński: „O leczeniu elektrycznością". Biblioteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Tom V, Kraków, 1929.

W. Bujak: „Odżywianie dziecka", Biblioteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Lekarz praktyk, zeszyt V, serja I.

Instrukcja w sprawie dokonywania przez Kasę chorych rozrachunku ze Skarbem Państwa z tytułu udzielanych przez Kasę chorych świadczeń. Bibljoteka Związku Kas chorych w Krakowie, tom XIX.

M. Stawiński: „Rola medycyny zapobiegawczej w lecznictwie". Bibljoteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Lekarz praktyk, zeszyt VI. serja I.

Nr. 36. 8. września 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Wł. CHŁOPICKI, asystent Kliniki neurologicznej, Kraków
Dr. Br. STĘPOWSKI, asystent Kliniki położniczej.

W sprawie Polyneuritis gravidarum.

Z Klinik neurologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Piltz)
i z Kliniki położniczej U. J. (Dyr. Prof. Dr. Rosner)

Dokończenie.

W streszczeniu podany przebieg choroby przedstawiałby się w sposób następujący:

U 24-letniej pacjentki z usposobienia wrażliwej i uczuciowej wystąpiły w II. miesiącu ciąży objawy ze strony układu nerwowego w postaci bezsenności, bólów głowy, napadów lęku, a wkrótce potem — uporczywe wymioty, które doprowadziły do stanu znacznego osłabienia. W IV. m. ks. — upośledzenie pamięci co do zdarzeń najświeższych, w V. — nie była w stanie chodzić, położyła się do łóżka — w tym czasie wymioty i bóle głowy ustąpiły. W VI. m. ks. przykurczenie kończyn dolnych w stawach kolanowych, a nieco później — lekkie przykurczenie podstawowej falangi IV. palca prawej ręki. W VII. m. ks. stałe drętwienie w palcach obu rąk — stan ten utrzymywał się w VIII. i IX. m. ks. Żadnych bólów w obrębie kończyn przez cały czas chora nie odczuwała.

Badanie neurologiczne w IX. m. ciąży wykazało: polyneuritis gravidarum z zajęciem wszystkich czterech kończyn — z przewagą porażeń w kończynach dolnych. Kończyny górne były zajęte w mniejszym stopniu (n. ulnaris i n. medianus). Porażenia dotyczyły przeważnie sfery ruchowej, zaburzenia czucia naogół były nieznaczne; pod względem psychicznym — nieznaczne upośledzenie pamięci, objawiające się niepewnem i zmiennem podawaniem dat i szczegółów, dotyczących wywiadów. Ze względu na ciężki stan chorej przyspieszono w klinice położniczej poród. Po porodzie stan chorej zaczął się stopniowo poprawiać. Drogą wyciągu usunięto przykurczenia w stawach kolanowych. Przykurczenie IV. palca prawej ręki ustąpiło samo. Chora gwałtownie zaczęła przybierać na wadze — (po 2, $1^1/_2$ kg tygodniowo). Odzyskała sprawność ruchów w palcach kończyn górnych, poprawiły się również ruchy kończyn dolnych — chora była w stanie chodzić samodzielnie względnie opierając się o łóżka — jednak ta poprawa nie była całkowitą.

W czasie pobytu w Klinice — na przeniesienie na inny oddział (neurologiczny) — pacjentka zareagowała bardzo silnie, wykazując w tym odruchu przeważnie pierwiastki histeryczne. W powyższym przypadku zasługuje na podkreślenie fakt niezwykle gwałtownego przybierania na wadze w okresie zdrowienia, fakt, dowodzący spotęgowanej naprawy wielkich strat, poniesionych w okresie ciąży. Przypomnijmy nieprzyjmowanie przez dłuższy czas pokarmów z powodu wymiotów, narastające stopniowo osłabienie, zemdlenie w czasie badania lekarskiego itd. Ten szczegół tłomaczyłby nam, dlaczego jeszcze Remak-Flatau w swej świetnej monografji o polyneuritis przypisuje zaburzeniom odżywczym — dyscrasji, rozstrzygające znaczenie w powstawaniu polyneuritis gravidarum, umieszczając polyn. gravid. w swej klasyfikacji śród zapaleń nerwów powstałych na tle dyscrasji (polyn, przy rakach, starcza polyneurits itd.). Seige odnosi to wyczerpanie wprost do uporczywych wymiotów. wskazując na podobieństwo z wymiotami przy wrzodach żołądka, przy których zdarzają się przypadki znacznego wyniszczenia z zajęciem nn. obwodowych i nawet rdzenia.

Również Köster w wymiotach przy polyneuritis gravidarum widzi czynnik, obniżający ogólną przemianę materji i powodujący wskutek tego samozatrucie ustroju.

Na podstawie przytoczonego wyżej przypadku wydaje się nam, że jakkolwiek wymioty jak chcą Johansen, Saenger, Mader, są tylko jednym z wczesnych objawów zatrucia ciążowego, to jednak — o ile trwają długo — z istoty swej znacznie upośledzają odżywienie ustroju — i już wtórnie warunkują przewagę procesów zużycia, procesów desintegracji (katabolizmu) nad procesami odnowienia — reintegracji (anabolizmu) tkanek i w ten sposób odwracają ogólny kierunek przemiany materji — i właśnie przy takim układzie chemizmu ustroju istniejące poprzednio czynniki toksyczne nasilają się i z łatwością atakują poszczególne organy względnie tkanki ustroju — w tych przypadkach układ nerwowy (ośrodkowy i obwodowy) dając obraz psychozy Korsakowa i porażenia nn. obwodowych.

Ponadto chcielibyśmy w powyższym przypadku zwrócić uwagę na oczopląs, przykurczenie kończyn dolnych, a również omówić ogólnie sprawę porażeń Landry'ego przy zapaleniu nerwów w czasie ciąży.

W opisanym przypadku mieliśmy oczopląs drobnofalisty przy bocznych ustawieniach gałek ocznych. Oczopląs ten może być pochodzenia neuropatycznego, jako jedna z postaci oczopląsu nastawczego występującego przy bocznych ustawieniach gałek ocznych i będącego wyrazem wzmożonej wrażliwości układu nerwowego, a więc najprawdopodobniej i wrażliwości narządu przedsionkowego — lub też w danym przypadku oczopląs może być również objawem obwodowego zajęcia nn. przedsionkowych, objawem naruszenia równowagi pomiędzy napięciem prawego a lewego aparatu przedsionkowego. Dane badania otjatrycznego (obniżenie pobudliwości cieplnej i obrotowej przy zachowaniu pobudliwości galwanicznej) przemawiaćby mogły za obwodowem zajęciem nn. przedsionkowych, jednakże to zajęcie nn. przedsionkowych byłoby w tym wypadku o tyle niezwykłe, że nie mieliśmy tu w wywiadach żadnych skarg, wskazujących na jakiekolwiekbądź zaburzenia narządu przedsionkowego. Możliwem jest przypuszczenie, że te przypuszczalne braki w wywiadach odnieść winniśmy do zaburzeń pamięci naszej chorej.

Obwodowe porażenie nn. przedsionkowych opisywano już przy całym szeregu zakażeń i jadzic, np. przy grypie, róży, zapaleniu gardła, gośćcu, zatruciach chininą, ołowiem, rtęcią, nikotyną, wyskokiem itd., możliwem więc również jest zajęcie nn. przedsionkowych i w przypadkach ciężkiej polyneuritis gravidarum tembardziej, że oczopląs w polyneur. gravid. opisało już kilka autorów — Sołowjew, Eulenburg, Halm, a Knapp o oczopląsie mówi, jako o częstym objawie polyneuritis gravidarum. Nie wyciągając narazie z jednego przypadku żadnych daleko idących wniosków, chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę na oczopląs i zachowanie się narządu przedsionkowego w polyneuritis gravidarum, by dalsze spostrzeżenia mogły potwierdzić lub też odrzucić spostrzeżenie Knappa.

Sprawa przykurczenia w stawach kolanowych oraz przykurczenia podstawowej falangi IV. palca prawej ręki wymaga krótkiego omówienia. Przykurczenie IV. palca prawej ręki, o ile się przyjmie pod uwagę odprowadzenie V. palca oraz sam charakter przykurczenia — mianowicie przykurczenie w zgięciu falangi podstawowej IV. palca, należy naszem zdaniem do jednego ze względnie rzadkich objawów porażenia n. łokciowego. Za tem przemawia częstość porażeń n. łokciowego przy polyneuritis gravidarum istnienie w naszym przypadku pewnych ułamków porażenia nerwu łokciowego w postaci odprowadzenia V. palca, skłonność do występowania przykurczeń, zwłaszcza przy częściowych porażeniach nerwu łokciowego, jak w naszym przypadku, na co zwraca uwagę Veraguth, wreszcie fakt, że przy porażeniach n. łokciowego przychodzi czasami, jak to opisali Pitres i Marchand, wyróżniając aż 3 postacie przykurczeń przy porażeniach n. łokciowego — do przykurczeń w zgięciu IV. i V. palców wraz z takimż przykurczeniem falangi podstawowej, jak w naszym przypadku — a nawet, — jak to widywali Eulenburg, Oppenheim, Reichel, Cénas, Feindel, Leon do przykurczenia powięzi dłoniowej IV. i V. palców, do t. zw. przykurczeń Dupuytrena. W naszym przypadku do przykurczeń V. palca nie doszło najprawdopodobniej dlatego, że przykurczenie IV. palca było naogół nieznaczne i że już w tym okresie nastąpiło przerwanie ciąży i powolne cofanie się objawów chorobowych.

Przykurczenia przy zajęciu nn. obwodowych mogą wystąpić naogół albo wskutek uporczywych bólów i ustalenia przez dłuższy czas chorej kończyny w położeniu, najbardziej oszczędzającem dany nerw — takie przypadki opisali Charcot, Eisenlohr, Leyden, a ostatnio Foerster przy postrzałach nn. obwodowych — albo też wskutek naruszenia równowagi, pomiędzy mm. wyprostnemi i zginaczami. Wówczas kończyna ustala się w pewnem położeniu, które przy dłuższem trwaniu — jak to opisał Ross, dzie-

ląc cały ten okres na kilka faz — przechodzi w przykurczenie. Usposabia zwłaszcza, według Rossa, do przykurczeń w stawach skokowych długie leżenie takich chorych na wznak, a do przykurczeń w stawach kolanowych — leżenie na boku.

Przy powstawaniu przykurczeń w stawach kolanowych w naszym przypadku poza najważniejszym składnikiem organicznym w postaci porażenia nn. obwodowych nie można wykluczyć również udziału składnika histerycznego, ponieważ w czasie pobytu na Klinice chora ujawniła wyraźne cechy histeryczne. Chora przyjechała do szpitala w Tarnowie do przerwania ciąży z powodu uporczywych wymiotów, ciąży tej nie przerwano i to mogło wywołać u niej odruchowe przygnębienie, znieść istniejące jeszcze podniety do ruchu i tem samem przyspieszyć powstanie przykurczeń. Wymaga tu podkreślenia fakt, że właśnie w tym okresie chora miała leżeć, według zapodania, przeważnie na boku, — co zgodnie ze spostrzeżeniami Rossa, ma usposabiać do wystąpienia przykurczeń w stawach kolanowych. W omawianym przypadku przy dociekaniu powstawania przykurczeń w stawach kolanowych najodpowiedniejszym wydaje się nam stosowany w psychjatrji sposób t. zw. analizy strukturalnej względnie rozpoznawania wielowymiarowego — przyjmowanie kilku czynników powstania danego objawu względnie przypadku chorobowego i wartościowanie tych czynników. Tutaj właśnie głównym czynnikiem przykurczeń byłoby porażenie nn. obwodowych, drugorzędnym — przygnębienie odruchowe, histeryczne.

Przykurczenie w stawach kolanowych w przypadkach polyneuritis gravidarum opisali Aleksandrow, Korsakow, Septinus, Boulton, a ponadto spotykamy je w całym szeregu zapaleń nerwów innego pochodzenia, cechujących się przewlekłym przebiegiem, głównie w zapaleniu nerwów na tle alkoholizmu i samoistnem na tle zakaźnem.

Zagadnienie przykurczeń w polyneuritis jest o tyle ciekawe, że dotyczy ono bezpośrednio zagadnienia nierównomiernych porażeń nn. obwodowych, wybiórczego niejako zajęcia pewnych nn. względnie mm. i oszczędzania względnie słabszego zajęcia innych; porażenia te obok porażeń obwodowych — obwodowych odcinków kończyn do pewnego poziomu, uwydatniającego się najwyraźniej w porażeniach czucia — charakteryzuje naogół porażenia wielonerwowe. Ale zarówno sprawa obwodowych porażeń, jak też porażeń nierównomiernych w przypadkach polyneuritis nie jest dotąd dostatecznie wyjaśnioną.

I tak np. Goldscheider i Moxter obwodowe porażenie tłómaczą coraz większem rozgałęzianiem się ku obwodowi nerwów, na kształt drzewa i wskutek tego stykaniem się coraz większej ilości względnie coraz większej powierzchni nerwów z krążącemi w organiźmie jadami, Bing zaś widzi w długości nerwów, w oddaleniu obwodu kończyn od ośrodków odżywczych nerwów obwodowych przyczynę tych obwodowych porażeń; Curschmann znów odnosi je do czynników naczynio-ruchowych, do obwodowo występujących zaburzeń krążenia, które dopiero wtórnie wywołują zaburzenia odżywcze odnośnych obszarów nerwów obwodowych. Wreszcie Walter skłonny jest powyższe obwodowe porażenia wyjaśnić zajęciem ośrodkowych odcinków nerwów obwodowych — mianowicie korzonkami, ponieważ charakter tych właśnie obwodowych porażeń, zarówno czuciowych, jak też ruchowych, nie odpowiada charakterowi porażeń nerwów obwodowych, — wogóle w korzonkach dopatruje się Walter pierwotnego umiejscowienia sprawy chorobowej przy polyneuritis, na co — jego zdaniem — wskazuje spotykana często niewspółmierność pomiędzy zajęciem nerwów ruchowych i czuciowych, zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, stwierdzone przez Feera, Quecenstedta, Embdena i Waltera w postaci wzmożenia globulin w płynie przy braku pleocytozy, częsty brak bolesności uciskowej nerwów oraz symetryczność porażeń.

Teorja Waltera, mimo naogół życzliwego przyjęcia w piśmiennictwie, nie tłómaczy jednak dobrze, jak to zauważył Margulis, charakteru porażeń obwodowych, ponieważ porażenia te, zwłaszcza porażenia czucia, nie posiadają naogół wcale cech zaburzeń korzonkowych, w przeciwieństwie do tego, co w kilku przypadkach widywał Walter. Pod tym względem bardziej przekonywującemi są dawne hypotezy Goldscheidera i Binga.

Co do zajmującego nas zagdnienia porażeń nierównomiernych, to początkowo Fr. Schultze, zająwszy się badaniem porażeń ołowiowych, a później — Moebius — dopatrywali się w zmiennym obrazie klinicznym porażeń różnych polyneuritis wybiórczego działania poszczególnych jadów na nerwy obwodowe względnie na pewne układy czynnościowe nn. obwodowych — nn. ruchowe, czuciowe, zginacze, wyprostne itd. — przeciwko jednak tej wybiórczości działania jadów podniesiono zarzuty, że nie może tu być mowy ze względu na występowanie porażeń wielonerwowych przeważnie przy zatruciach przewlekłych o bezpośredniem działaniu samego jadu jak np. kurary, która wkrótce po zastrzyku poraża zakończenia nerwów, — lecz o powolnem działaniu prawdopodobnie pośrednich przetworów przemiany materji, prowadzącem w nerwach przypuszczalnie w podobny sposób, jak i w innych narządach np. wątrobie, w nerkach — do zmian chorobowych. (Remak-Flatau).

Późniejsi autorowie tłómaczyli tę nierównomierność porażeń z innego punktu widzenia. Auerbach np., wychodząc z badań nad postrzałami nerwów obwodowych, rozszerza swe spostrzeżenia i na polyneuritis; rozstrzygający wpływ w tych porażeniach przypisuje on warunkom czynności mięśni, przenosząc w ten sposób na mięśnie punkt ciężkości zagadnienia. — Im bardziej praca danego mięśnia odbywa się w warunkach niekorzystnych pod względem anatomicznym, fizjologicznym i mechanicznym oraz im mniejszym jest dany mięsień — im mniej waży, tem łatwiej, według niego, ma podlegać porażeniu przy zajęciu nerwów obwodowych — i odwrotnie. Dlatego np. przy porażeniach poszczególnych nerwów, jak n. radialis, bywa oszczędzany m. supinator longus i abductor pollicis longus, a w porażeniach wielonerwowych mięśnie wyprostne dłoni i przedramienia (zakres unerwienia n. radialis), pokonywujące przy swej czynności opory siły ciężkości, częściej ulegają porażeniom od mięśni zginaczy dłoni i przedramienia (n. medianus i n. ulnaris).

Hoffmann to łatwiejsze podleganie jadom jednych nerwów, a stosunkowo dużą odporność innych — widzi w warunkach unaczynienia poszczególnych nerwów. — N. tibialis, jako dobrze unaczyniony, jest znacznie odporniejszy od n. peroneus, jako mniej unaczynionego itd.

Foerster zaś i Curschmann, również opierając się na porażeniach popostrzałowych, podkreślają różną wrażliwość (vulnerabilitas) poszczególnych nerwów obwodowych na działanie czynników szkodliwych. Foerster udowadnia to różnym czasem pośmiertnego zanikania pobudliwości elektro-motorycznej poszczególnych nerwów. Odpowiednie doświadczenia przeprowadzili w tym kierunku Bernhardt i asystent Foerstera Lewinsohn. Okazało się w nich, że np. nervus peroneus wcześniej przestaje oddziaływać na bodźce elektryczne, jak n. tibialis itd.

Śród wyżej przytoczonych poglądów na sprawę porażeń nierównomiernych przy polyneuritis da się wyróżnić dwa zasadnicze kierunki: jeden — stara się wyjaśnić je względami stałymi, niezmiennymi, skazującymi niejako z góry pewne nerwy obwodowe do porażeń — są to momenty anatomiczne i fizjologiczne (wielkość względnie ciężar mięśni i warunki czynności mięśni, unerwionych przez dany nerw, warunki unaczynienia nerwu oraz zależny od powyższych względów pewien stały stopień wrażliwości względnie odporności danego nerwu) — drugi kierunek dąży do wytłómaczenia wspomnianych porażeń względami zmiennemi, naturą biochemiczną jadu, pewnym powinowactwem określonych nerwów do pewnych jadów, względnie do dalszych przetworów przemiany tych jadów.

Jakkolwiek zwolennicy anatomiczno-fizjologicznej skłonności określonych nerwów do porażeń, jak np. Auerbach, twierdzą, że nie może być wogóle mowy o wybiórczem działaniu jadów na nerwy obwodowe, ponieważ budowa chemiczna i anatomiczna wszystkich nerwów obwodowych jest jednakowa, a tu właśnie ta domniemana wybiórczość miałaby tłómaczyć, dlaczego jeden nerw względnie jedna gałązka nerwu obwodowego jest porażona, a sąsiedni nerw względnie sąsiednia gałązka nerwu zachowana — to jednak doświadczenie nie potwierdza tych pod względem logicznym zupełnie słusznych wywodów, skoro różne jady powodują różne umiejscowienie porażeń np. zatrucie ołowiem i wyskokiem dają przeważnie porażenia mięśni unerwianych przez n. radialis, a polyneuritis gravidarum mięśni, unerwianych przez n. ulnaris i n. medianus.

I najprawdopodobniej przy powstawaniu porażeń wielonerwowych oba czynniki współdziałają ze sobą, za czem przemawiałby fakt, że pewne części obrazu porażeń wielonerwowych odpowiadają warunkom kierunku anatomiczno-fizjologicznego, jak np. stale prawie występujące przy różnych polyneuritis, porażenie n. peroneus (znajdującego się w wyjątkowo niekorzystnych warunkach co do swego położenia i oraz co do swej czynności względnie czynności odnośnych mięśni), inne znów części — kierunkowi biochemicznemu, jak wspomniane wyżej i naprzemiennie występujące w obrazie różnych polyneuritis porażenia nn. względnie mm. wyprostnych, innym razem — nn. względnie mm. zginaczy kończyn górnych lub tylko przy pewnych polyneurits występujące porażenie nn. czuciowych (pseudo-tabes peripherica).

I w naszym przypadku, o ile przykurczenie w stawach kolanowych, spotykane — jak już podkreślaliśmy — w szeregu poly-

neuritis o przewlekłym przebiegu, możemy wytłómaczyć raczej stałymi czynnikami anatomiczno-fizjologicznymi, dotyczącymi mm wyprostnych stawu kolanowego względnie n. cruralis — to znów powstanie przykurczenia IV. palca prawej ręki, jako powstałe na skutek porażenia n. łokciowego, porażenia występującego w przebiegu tylko pewnych określonych polyneuritis — najłatwiej wyjaśnić zmieniającemi się (w szeregu poszczególnych polyneuritis) czynnikami biochemicznemi.

Ponadto pragnęlibyśmy nadmienić ogólnie, że kierunek biochemiczny zdaje się kryć w sobie wiele możliwości co do wyjaśnienia ciekawych szczegółów w obrazie klinicznym i w przebiegu polyneuritis.

W obecnym stanie wiedzy moglibyśmy np. na podstawie obrazu porażeń nn. wyróżnić pewne grupy względnie pewne odczyny nn obwodowych na grupy pewnych jadów — tak np. pseudotabes-peripherica spotykaną w polyneuritis cukrzycowej, błoniczej, alkoholowej i arsenowej — w innych — niespotykaną wzgl. spotykaną rzadko, częste porażenia n. radialis przy zatruciach ołowiem, wyskokiem i przy samorodnej polyneuritis, takież porażenia n. medianus i n. ulnaris w polyneuritis gravidarum i trądu z oszczędzeniem właśnie n. radialis itd.

Jednak taki podział nie odpowiadałby faktom, spostrzeganym klinicznie, nie odpowiadałby całokształtowi kliniki wielonerwowych porażeń — t. zn. tym wszystkim składowym, dostępnym dla naszego spostrzegania, które odzwierciadlają nieuchwytne narazie, i prawdopodobnie następujące po sobie składowe zaburzeń przemiany materji w przebiegu polyneuritis. Dla objaśnienia dość przypomnieć, że objawy np. zatrucia chronicznego wyskokiem rozwijają się powoli, że na początku mamy wymioty ranne (vomitus matutinus), później pod wpływem choroby gorączkowej, wstrząsu fizycznego, wyczerpania występuje delirium tremens lub psychoza Korsakowa i albo równolegle z powyższemi objawami albo też później pojawiają się w sposób ostry lub też stopniowo porażenia nn. obwodowych. Przebieg ten przypomina kolejność objawów, ustalonych przez Albecka w polyneuritis gravidarum, przypomnijmy tu pewne szczegóły, jak częstość psychozy Korsakowa w polyneuritis gravidarum. Z tych względów moglibyśmy z pewnem prawdopodobieństwem podobne objawy i podobny przebieg polyneuritis gravidarum i polyneuritis alcoholica tłómaczyć podobnemi przyczynami względnie podobnemi okresami zatrucia w rozwoju tych schorzeń. A jednak ostateczne stadjum (porażeń) polyneuritis gravidarum i alkoholowej różni się od siebie, jak już nadmienialiśmy, pomimo dość podobnego przebiegu obrazu klinicznego, w niektórych okresach nawet bardzo zbliżonego.

Przypuszczamy właśnie, że udoskonalone metody biochemji (serologji, przemiany materji i t. d.), stosowane przez cały okres rozwoju polyneuritis gravidarum i alkoholowej aż do ustąpienia porażeń — mogłyby rzucić pewne światło na ten podobny przebieg i te ostateczne różnice pokrewnych pod wieloma względami polyneuritis.

Ponadto cechą polyn. grav. jest, jak zaznaczyliśmy poprzednio, wstępujący charakter porażeń, dający czasami obraz porażeń Landry'ego. Porażeniu wstępującemu Landry'ego nie przypisujemy obecnie właściwości obrębnej jednostki chorobowej, jak wyobrażał to sobie sam Landry, lecz widzimy w niej zespół chorobowy. Przyczynił się do tego fakt spostrzegania obrazu porażeń Landry'ego przy całym szeregu spraw zakaźnych, jak dur, błonica, gruźlica, wścieklizna, zimnica, grypa, przyusznica, odra, kiła, przy samozatruciach, przy białaczce, chorobie Basedowa, haematoporfirinourji oraz przy zatruciach salwarsanem, wyskokiem i t. d. Początkowe określenie Landry'ego, że w porażeniu wstępującem nie spotyka się żadnych widocznych zmian anatomicznych w systemie nerwowym, później obalono — i w miarę postępów techniki mikroskopijnej wykrywano coraz to nowe obrazy — i tak Krewer i Eichhorst ujmowali porażenie Landry'ego, jako sprawę zapalną nerwów, inni znów, jak Leyden, Wappenschmidt, Kopper odróżniali dwie postacie — neurytyczną i opuszkowo-rdzeniową (bulbarno-myeletyczną) wreszcie Chalvet, Petitfils, Charcot, Klebs, Eisenlohr umiejscowili całą sprawę w rdzeniu.

Wobec takiego postawienia sprawy porażenie Landry'ego, stało się tylko zespołem chorobowym o zmiennym wielopostaciowym obrazie anatomicznym, rozpoznanie zaś opierało się na obrazie klinicznym, na wstępującem porażeniu ruchowem, które w krótkim czasie prowadziło do zeiścia wskutek zajęcia ważnych ośrodków życiowych w rdzeniu przedłużonem (czuciowych porażeń albo wcale nie było, albo były one bardzo słabe).

Pozwolimy sobie przypomnieć, że ostatnio z wielu stron podjęto próbę rozbicia zbyt dużej grupy zespołu Landry'ego. Jedni, jak Eisenlohr, Curschmann, Kronfeld starali się drogą badań bakterjologicznych wydzielić osobną postać porażeń L. przez wykrycie swoistego drobnoustroju tych porażeń, ale te próby okazały się bezowocnemi ze względu na silnie zaznaczoną polyetjologiczność porażeń L., — inni znów, jak Pines i Maiman, Bostroem wyodrębnili na podstawie obrazu klinicznego i częściowo badań histo-patologicznych dwie postacie porażeń L. — porażenie L. właściwe (essentialis) i objawowe. Porażenia objawowe mają występować w przebiegu najrozmaitszych chorób zakaźnych, jako pewny okres rozwoju tych chorób i mają wywoływać w rdzeniu przeważnie zmiany zapalne, a we właściwych porażeniach L., powstających na tle jadów, na czoło mają wysuwać się objawy ze strony układu nerwowego przy braku względnie słabem zaznaczeniu innych objawów współrzędnych, zmiany zaś w rdzeniu tych postaci są przedewszystkiem o charakterze zwyrodnieniowym.

Niepowstrzymane rozszerzanie się zmian chorobowych w ośrodkowym układzie nerwowym, zwłaszcza w przypadkach właściwych porażeń L. — stopniowe zajęcie całej osi mózgowo-rdzeniowej można wytłumaczyć tylko pewną niedomogą wrodzoną, zmniejszoną odpornością ośrodkowego układu nerwowego (Smyrnow, Pines i Maiman, Bostroem).

Porażeniom Landryego, jak już nadmienialiśmy, odpowiadają zazwyczaj pewne zmiany w rdzeniu, mniej lub bardziej rozległe, w wyjątkowych przypadkach obecnemi sposobami badania niestwierdzalne — i z związku z tem — ciekawemi są szczegóły, dotyczące zapatrywań na zajęcie rdzenia w przebiegu polyneuritis gravidarum. Nie uwzględniamy tu oczywiście ogólnych zapatrywań odnośnie do umiejscowienia polyneuritis od czasów Leydena, który polyneuritis umiejscawiał w rdzeniu, przez Heilbronnera, przyznającego równorzędne znaczenie rdzeniowi i nerwom obwodowym aż do Oppenheima, który znów wszystko przesunął w kierunku zajęcia nn. obwodowych. Na zajęcie rdzenia w polyneuritis gravidarum zwrócił uwagę jeszcze Eulenburg, uważając, że jest to zajęcie „dynamiczne", a więc bez stałych zmian anatomicznych, później przypadki ciężkiej polyneuritis gravidarum zakończone zejściem śmiertelnem i zbadane histopatologicznie, jak przypadki Serbsky'ego, Serbsky'ego i Korsakowa, Lugaro, Stevarta, Dustina — wykazały szereg zmian zarówno w nn. obwodowych, jak i w rdzeniu — w słupach Clarcka, w przednich rogach, w słupach Golla.

Ostatnio mnożą się opisy zajęcia rdzenia w przypadkach ciężkiej polyneritis w myśl dawnego pojęcia Heilbronnera, Alajouanine i Maurice wzmiankują o tak zw. „neuraxytach", w których między innemi zdarza się zajęcie neuronu ośrodkowego. Thomson przy opisie dwóch przypadków ciężkiej polyneuritis o charakterze porażeń Landry'ego proponuje nazwę „neuronitis", dającej wyraz zajęciu całego neuronu obwodowego. Margulis znów na podstawie dziewięciu przypadków na tle zakaźnem zapalenia nerwów przychodzi do przekonania — po dokładnej analizie histopatologicznej, że przypadki polyneuritis, przebiegające w postaci porażeń L. są „poly-radiculo-myelo-neurytami". Wobec powyższego zmiany w rdzeniu przy uogólniającej się polyneuritis gravid. wykryte zresztą już dawno — nie są czemś odosobnionem, odwrotnie są raczej potwierdzeniem pewnej reguły o mniejszem lub większem zajęciu rdzenia w przebiegu prawie każdej ciężkiej polyneuritis.

W ten sposób zrozumiałem się staje przejście do najcięższej postaci polyneur. gravid. — do postaci zespołu L. Również i tu polyneur. grav. nie jest pod tym względem odosobnioną, ponieważ, jak zaznaczyliśmy, zespół L. może wywoływać cały szereg chorób zakaźnych i zatruć wszelkiego rodzaju — to znaczy tych samych czynników, które wywołują polyneuritis.

I o ile wogóle możemy mówić o zacieraniu się granic pomiędzy ciężką polyneuritis a zespołem L. — to dotyczyć to winno, naszem zdaniem, przedewszystkiem polyneur. grav. Polyneuritis gravidarum bowiem posiada silnie zaznaczoną skłonność do uogólniania się, co podkreślili Eulenburg, Mader, Rudaux, stwierdzając, że wśród polyneur. grav. najczęstszą jest postać uogólniająca się — i właśnie powyższa właściwość jej a również przewaga ruchowych porażeń nad czuciowemi, cechujące także obraz kliniczny porażeń L., uwydatniają z jednej strony — możliwe trudności rozpoznawcze (różniczkowania pomiędzy temi 2 postaciami), zwłaszcza przy szczególnie ciężkiej polyneur. grav., a z drugiej — łatwość przejścia uogólniającej się postaci do postaci L.

W polyneur. grav. powyższa właściwość nasilania się objawów od mononeuritis przez polyneuritis uogólniającą się do zespołu Landry'ego jest wyrażona niezwykle jasno, jaśniej jak w innych polyneuritis. Przed chwilą była mowa o tem, że po-

wstanie zespołu Landry'ego jest uwarunkowane pewną niedomogą wrodzoną, w przypadkach zaś polyneur. grav. — o ile się przyjmie pod uwagę, że ciąża jest pewnem określonem zjawiskiem fizjologicznem i że u podłoża jej rozwoju leży również cały zespół określonych warunków przyrody fizjologicznej — samo wystąpienie porażeń nn. jako następstwo zatrucia ciążowego, dowodzi pewnej niedomogi ustrojowej, wrodzonej i właśnie wyrazem stopnia tej niedomogi, stopnia zaburzeń mechanizmów kierujących przemianą materji względnie stopnia zmniejszonej odporności systemu nerwowego byłyby 3 wyliczone postacie polyneuritis gravidarum.

Na znaczenie czynników konstytucjonalnych i dziedzicznych przy powstawaniu takich schorzeń, jak n. p. polyneuritis zwrócił już uwagę Oppenheim. Widział mianowicie, że istnieją całe rodziny, których członkowie często zapadają na neuritis względnie polyneuritis i że t. zw. skaza neuropatyczna usposabia do polyneuritis. W omawianym przypadku chora odznaczała się nadmierną uczuciowością, wrażliwością i skłonnością do odruchów histerycznych. O dziedziczności w polyneur. ciąży z powodu braku odnośnych badań nic na razie powiedzieć nie możemy, natomiast przyjęcie neuropatji, jako czynnika usposabiającego — wydaje się nam zupełnie trafnem i ułatwiającem zrozumienie mechanizmu powstawania porażeń polyneurytycznych.

Chodzi o to, że psychiczne cechy neuropatji konstytucjonalnej, jak nadmierna wrażliwość, pobudliwość i t. d. nie są wyrazem jakiejś nierealnej spekulacji psychologicznej, lecz są uzasadnione głęboko w ustroju tkwiącemi odpowiedniemi właściwościami fizjologji i chemizmu tkanki nerwowej i że zmianom oddziaływania osobników neuropatycznych odpowiadają najprawdopodobniej pewne zmiany w bio-chemizmie układu nerwowego.

Że te zaburzenia czynności układu nerwowego nie są na ogół dla ustroju korzystne — świadczy cały szereg zaburzeń cielesnych neuropatów — zaburzenia czynności serca, trawienia, snu, obniżenie samopoczucia i t. d. — a stąd zrozumiałą się staje mniejsza odporność układu nerwowego tych osobników na działanie wszelkich czynników szkodzących i wszelkich jadów.

Sprawą dalszych badań będzie wyodrębnienie z niezmiernie obszernej i szeroko rozpiętej grupy neuropatji takich postaci, których obwodowy układ nerwowy jest najbardziej wrażliwy na działanie jadów i które na skutek tego najczęściej dają porażenia wielonerwowe, względnie zespół Landry'ego — na tem miejscu chcieliśmy jedynie przy rozpatrywaniu omawianego przypadku podkreślić znaczenie czynników wrodzonych przy powstawaniu uogólniających się porażeń nn. obwodowych.

Piśmiennictwo.

Albeck: Ueber Polyneuritis gravidarum. Arch. f. Gynäkol. Bd. 117. — Alajouanine et Maurice: Sur quelques infections du nevraxe interesse avec prédilection le syst. nerv. periph. Bull. méd. 1928. Nr. 8. — Aleksandrow: Ein Fall Hyperemesis gravidarum kompliziert mit einer Korsakoff'schen Psychose. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1908. Bd. 28. — Auerbach: Zum Gesetz d. Lähmungstypen. D. Ztschrf. f. Nervenh. Bd. 71. — Tenże: Verschiedene Vulnerabilität bezw. Giftaffinität d. Nerven oder Gesetz d. Lähmungstypen. Ztschrf. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 44. — Bostroen: Ueber toxisch bedingte aufsteigende Lähmung mit Hämatoporphyrie. Ztschrf. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 56. — Caffier: Landrysche Paralyse als Graviditätstoxikose. Ztschrf. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1929. — Cline: Case of multiple neuritis, with Korsakoff syndrome, following hyperemesis gravidarum. Med. Clin. of North America. Vol. 8. Nr. 1. 1924. — Fairbairn a. Mennel: A case of toxoemia in early pregnansy with jaundice, hyperemesis a. multiple neuritis. Proc. of the roy. soc. of med. Vol. 18, Nr. 9. 1925. — Farani: Ein Fall v. Polyneuritis gravidarum. Zentralblt. f. Gynäk. 1914, Nr. 2. — Foerster: Jahresversammlung d. Ges. Dtsch. Nervenärzte. D. Ztschrf. f. Nervenh. Bd. 70. — Eulenburg: Ueber puerperale Neuritis u. Polyneuritis. D. med. Wochenschrf. 1895. Nr. 8—9. — Funke: Ueber Schwangerschaftslähmungen der Mutter. D. med. Wochenschrf. 1908. Nr. 39. — Ducasse: Beitrag zur Lehre d. Neuritis gravidarum. Zntrblt. f. Gynäk. (Ref.). — Gross: Ueber traumatische u. postinfectiöse puerper. Neuritis, Zntrblt. f. Nervenh. (Ref.). 1908. — Hahn: Polyneuritische Psychose nach künstlichen Abort. Arch. f. Psych. Bd. 40. — Hauptmann: Zur Pathogenese alkohol. Geistes- u. Nerven-Krankheiten. D. Ztschrf. Nervenh. Bd. 100. — Hösslin: Die Schwangerschaftslähmungen d. Mutter. Arch. f. Psych. Bd. 40. — Johansen: Beitrag zur Polyneuritis in graviditate. Münch. med. Wochenschrf. Nr. 28. 1896. — Köster: Ueber puerperale Neuritis. Münch. med. Wochenschrf. Nr. 28. 1896. — Kronfeld: Zur Ätiologie u. Therapie d. Landryschen Paralyse. Ztschrf. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 44. — Krupp: Klinscher Beitrag zur Kenntnis d. Schwangerschaftsmyelitis u. Schwangerschaftsencephalitis. Zentrblt. f. Gynäk. 1919. Bd. 2. — Kriwy: Polyneuritis cerebralis menieriformis z ninakonavolze postizenymi nervy mozkowymi a wyznacenym syndromem Vernetowym po abortu. Časopis lekaruv ceskych. 1923. Nr. 19. — Korsakow u. Serbsky: Ein Fall v. polyneuritischer Psychose mit Autopsie. Arch. f. Psych. Bd. 23. — Libin: Dwa przypadki polyneuritis ciąży. Bericht d. Geburtsh. u. Gynäk. (Ref.). 1927. — Minkiewicz: Beitrag zur Kenntnis d. Polyn. puerper. D. med. Wochenschrf. 1900, Nr. 32. — Moebius: Beitrag zur Lehre v. d. Neuritis puerperalis. Münch. med. Wochenschrf. 1890. Nr. 14. — Tenże: Weitere Fälle v. Neuritis puerper. Münch. med. Wochenschrf. 1892, Nr. 45. — Margulis: Pathologie u. Pathogenese d. acuten primären infectiösen Polyneuritiden. D. Ztschrft. f. Nervenh. Bd. 99. — Nikołajew: Polyneuritis gravidarum. Ginekołogija i akuszerstwo. Tom VII. Nr. 3. — Nowak: Beziehungen zwischen Nervensystem u. Genitale. Biologie u. Pathologie d. Weibes. Bd. 5. II. Teil. 1928. — Oppenheim: Beiträge zur Polyneuritis. D. Zeitschrf. f. Nervenh. Bd. 62. — Orłowski St.: Cierpienia nn. obwodowych. Warszawa, 1922. — Pines u. Maiman: Beitrag zur Lehre v. d. Paralysis Landry. Arch. f. Psych. Bd. 79. — Pitres et Marchand: Revue Neurologique. 1917. — Rosenberg: Ueber ein Symptomenbild auf d. Basis leichtester physiologischer Schwangerschaftstoxikose d. Nervensystems. Zntrblt. f. Gynäk. Bd. 31. — Remak-Flatau: Neuritis u. Polyneuritis. Wien. 1904. — Sédan: Névrite optique et hémorrhagies de la rétime pendant la lactation. Marseille — med. Vol. 60. Nr. 13. 1929. — Sett: Zur Atiologie u. Symptomatologie d. Polyneuritis. D. Ztschrf. Arch. f. Psych. Bd. 61. — Siemerling: Zur Klinik u. pathologische Anatomie d. unstillbaren Erbrechens d. Schwangerer mit Polyneuritis multiplex u. Psychosis polyneuritica. Zntrblt. f. Gynäk. Nr. 16. 1917. — Smirnow: Die pathologische Anatomie u. Pathogenese d. Paralysis ascendes acuta. Arch. f. Psych. Bd. 78. — Skubiszewski: De la polynévrite traumatique obstétricale, toxigravidique et infectieuse puérperale. Rev. Neur. Nr. 3. 1925. — Stahl: Zur Pathogenese u. Lokalisation d. Polyneuritis. D. Ztschrf. f. Nervenh. Bd. 72. — Stępowski Br.: Polyneuritis graviditatis. — Ginekologja polska. 1929. — Seige: Graviditäts Polyneuritis. Berl. Klin. Wochenschrift. Nr. 10, 1911. — Schultze: Ueber Bleilähmung. Arch. f. Psych. Bd. 16. — Taube E.: Rückenmarksaffektionen im Gefolge v. Schwangerschaft u. Puerperium mit Einschuss d. unter denselben Verhältnissenauftretenden Neuritis u. Polyneuritis. Berlin 1905. — Thies: Neuritis cruralis in d. Schwangerschaft. Zentrblt. f. Gynäk. 1914, Nr. 12. — Thomson: Two cases of peripheral neuronitis resembling Landry's paralysis. Zntrblt. f. d. ges Neur. u. Psych. Bd. 51. (Ref.). — Veraguth: Die Erkrankungen d. peripheren Nerven. Handbuch d. Inn. Mediz. Mohr-Staehelin. Bd. 5. I. Teil. — Walter Fr.: Zur Frage d. Lokalisation d. Polyneuritis. Ztschrft. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 44. — Wander L.: Zapalenie nerwu wzrokowego w przebiegu laktacji. Polska Gazeta Lekarska, 1927, Nr. 14. — Wertheim-Salomonson: Neuritis u. Polyneuritis. Handbuch d. Neurologie. Lewandowsky. Bd. 2. 1911. — Willy: Polyneuritis. Spezielle Pathologie u. Therapie inn. Krankheiten. Kraus-Brugsch. Bd. 10. I. Teil, 1924. — Wirges: Ueber eine seltene postdyphterische Lähmung. D. Ztschrft. f. Nervenh. Bd. 73.

Marja HRYNIEWICZ. Warszawa.
Eug. WASILEWSKA - MIRONOWICZOWA.

Zanieczyszczenie bakteryjne mleka rynkowego w Warszawie i jego wahania sezonowe.

Z pracowni bakterjologicznej Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy. Kier.: Dr. A. Ławrynowicz.

Zawartość bakteryj w 1 cm sz. mleka stanowi charakterystykę ogólną warunków sanitarno-higjenicznych produkcji i handlu mlekiem. Na liczbę bakteryj w mleku wpływa długi szereg czynników rozmaitych, że wymienimy n. p. stan zdrowia krowy, czystość obory, czystość utrzymania krowy, czystość rąk mleczarza dojącego, czystość naczyń, temperaturę i sposób przechowywania mleka po udoju i t. d. Poza temi czynnikami, stale wchodzącemi w rachubę, na zawartość bakteryj w mleku wpływa pora roku, stanowiąca też czynnik złożony, dający się zróżnicz-

kować: stan i liczba bakteryj w powietrzu obory w poszczególnych sezonach daje wahania, różnica pokarmu (suchy, zielony) też wpływa, aczkolwiek w mniejszej mierze, na zawartość bakteryj w mleku, przedewszystkiem zaś wpływ pory roku zaznacza się przez różną temperaturę powietrza. Ta różnica w temperaturze powietrza sprzyja lub hamuje rozmnażanie się bakteryj podczas przechowywania i sprzedaży mleka.

Dlatego też badania systematyczne mleka, będącego w sprzedaży, wykrywają zwykle wahania sezonowe liczby bakteryj w 1 cm^3, dając wyższą średnią zawartość w miesiącach letnich, niższą — w zimowych.

Przed 2 laty jedna z nas (M. Hryniewicz, Zdrowie, rok 1928, Nr. 4) podała wyniki spostrzeżeń nad zawartością bakteryj w mleku rynkowem w Warszawie, oparte na zbadaniu 246 prób. Szczupłość i nierównomierność badań, przypadających na miesiące poszczególne, nie dała możności potraktowania materjału z punktu widzenia wahań miesięcznych, ewentualnie sezonowych, zawartości bakteryj w mleku.

Tablica I.

	Poniżej 1-go miljon.	Od 1—5 miljon.	Od 5—10 miljon.	Od 10—20 miljon.	Od 20—30 miljon.	Od 30 50 miljon.	Od 50—80 miljon.	Powyż 80 miljon.	Razem
Zima	10	63	55	77	37	23	7	4	276
	3,6%	23 1%	19,8%	27,6%	13,4%	8,6%	2,5%	1,4%	
Lato	3	33	64	96	41	45	17	16	315
	0,9%	10,8%	20,3%	30,4%	13%	14,3%	5.3%	5%	
Miesiące przejściowe (III, IV, IX, X)	6	38	50	79	45	26	7	3	254
	2,4%	15%	19,7%	30,8%	17,8%	10,3%	2,8%	1,2%	
Średnia roczna	19	134	169	252	123	94	31	23	845
	2,9%	15 8%	20,0%	29,9	14,5%	11,2%	3,7%	2,7%	

Obecnie, rozporządzając znacznie większym materjałem — 845 prób mleka, równomiernie mniejwięcej podzielonych na miesiące poszczególne (średnio 60—80 badań miesięcznie), mamy możność sprawdzenia podanych poprzednio liczb średnich zanieczyszczenia bakteryjnego, uzupełniając je schematem wahań sezonowych zawartości bakteryj w mleku.

Porównując liczby średnie zanieczyszczenia obecnie otrzymane z poprzednio podanemi nie widzimy żadnej niemal różnicy. Przeważająca część mleka rynkowego — 75,6% zawiera od 5—50 miljonów bakteryj w 1 cm^3; mniej niż 1 miljon bakteryj zawiera tylko 2,9% prób badanych, od 1—5 miljonów w 1 cm^3 — 15,8%; ponad 50 miljonów bakteryj w 1 cm^3 zawiera 6,4% prób.

W celu ujęcia wpływu pory roku na zawartość bakteryj w mleku rynkowem, podzieliliśmy materjał na trzy grupy: letnią (maj—sierpień), zimową (listopad—luty) i przejściową (marzec, kwiecień, wrzesień, październik). Porównując liczby charakteryzujące zawartość bakteryj w mleku rynkowem w tych grupach sezonowych nie widzimy jaskrawej różnicy. Pewną różnicę daje się zauważyć w rubrykach do 1 milj. i od 1—5 milj. bakteryj, które konsekwentnie najliczniej występują w porze zimowej (3,6% i 23,1%), niższe odsetki dają w przejściowej porze roku (2,4% i 15,0%), najmniejsze w porze letniej (0,9%i 10,8%). W rubrykach od 5—30 miljonów różnice sezonowe nie istnieją. Charakteryzujące bardzo duże zanieczyszczenie mleka rubryki od 30 miljonów w górę dają większe liczby odsetkowe w miesiącach letnich, mniejsze w przejściowych i zimowych.

Jak zaznaczyłyśmy, jaskrawej różnicy w zawartości bakteryj w mleku w różnych porach roku tablica nasza, oparta na 845 badanych próbach, nie dała. Jakie są przyczyny tego? Wybitne różnice sezonowe liczby bakteryj w 1 cm^3 występują tam, gdzie inne czynniki wpływające na zanieczyszczenie bakteryjne mleka w małym tylko stopniu wchodzą w grę, tam gdzie produkcja i sprzedaż mleka odbywa się w warunkach higjenicznych. Wtedy temperatura otoczenia (podczas przechowywania, transportu i sprzedaży) stanowi o zawartości ich w 1 cm^3 mleka. Inaczej stosunki układają się tam, gdzie produkcja i sprzedaż odbywa się w warunkach niehigjenicznych ze stałem narażeniem na zanieczyszczenie bakterjami, gdzie temperatura środowiska stanowi jeden tylko z szeregu licznych czynników warunkujących liczbę bakteryj w 1 cm^3 mleka.

Przedstawione w tablicy liczby wykazują pewne różnice sezonowe zwłaszcza w rubrykach mleka mało zanieczyszczonego (do 5 miljonów w 1 cm^3) i mocno zanieczyszczonego (ponad 50 miljon.) bakterjami. Słabe różnice sezonowe wynikają z ogólnych niehigjenicznych warunków producji i sprzedaży.

Wnioski:

1) Mleko rynkowe warszawskie w 75% prób zawiera od 5 do 50 miljonów bakteryj w 1 cm^3.

2) Wahania sezonowe zawartości bakteryj w 1 cm^3 mleka występują w stopniu słabo zaznaczonym.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. Klin. Lwów

O znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą i powikłaniach w związku z niem występujących.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyr.: Prof. Dr. K. Bocheński.

Znieczulenie lędźwiowe polega na wprowadzeniu do kanału kręgowego środka znieczulającego, który nie przenika do całego ustroju, i dlatego też nie wywołuje żadnych zmian w innych, nawet najbliższych narządach. Pozostaje on w miejscu wstrzyknięcia i przerywa przewodnictwo pni nerwowych, a jedynem niebezpieczeństwem jest rozszerzenie się działania płynu w kierunku dogłowowym i możliwość zadziałania na rdzeń przedłużony i ośrodek oddechowy. Niewątpliwie jest znieczulenie lędźwiowe mniejszym zabiegiem aniżeli ogólne uśpienie, wymagające ciągłej kontroli i dodawania narkotyku, jednak okoliczność, że środek znieczulający odrazu i w pełni swego stężenia dostaje się bezpośrednio do centralnego systemu nerwowego sprawia, że sposobu tego nie możemy uważać za metodę równą pod względem bezpieczeństwa i możliwych powikłań z uśpieniem ogólnem. W uśpieniu ogólnem wprowadzamy truciznę powoli i dawkując możemy w każdej chwili przerwać dalsze wprowadzenie jej do ustroju przez proste uchylenie maski.

Próbując różnych metod i środków znieczulających przekonaliśmy się, że dla operacji ginekologicznych i położniczych najlepiej nadaje się tropakokaina, która odpowiada wymogom niskiego i średniego znieczulenia i daje lepsze wyniki niż inne preparaty.

Tropakokaina jest to alkaloid kokainy, ester benzylowy pseudotropiny, a więc jeden z tropeinów, o składzie chemicznym C_{15} H_{12} O_2 N. Krystalizuje w lśniących tabliczkach o p. t. 49°, optycznie obojętna, oddziaływa alkalicznie. Trudno rozpuszczalna we wodzie, łatwo w alkoholu i w eterze, posiada działanie silnie znieczulające, podobnie jak kokaina, od której różni się tem, że działa szybciej, jest mniej trująca i nie rozszerza źrenicy.

Co do siły stężenia to przekonaliśmy się, że 5% jej rozczyn nie wystarcza do zupełnego znieczulenia. Dowodzą tego również sprawozdania innych autorów, którzy używając 5% rozczynu kombinowali to znieczulenie z uśpieniem zapomocą narkofiny, morfiny lub skopolaminy. Ehrhardt dodawał do 1% rozczynu tropakokainy dodatek 3% gumy arabskiej, należycie wyjałowiony. Znieczulenie miało być dłuższe i obejmywało większe obszary ciała.

Sądzimy, że lepiej jest używać 10% tropakokainy, która w tem stężeniu nie wywołuje żadnych ujemnych skutków ani powikłań. Wieczorem poprzedniego dnia podajemy chorej doustnie 50—70 kropli somnifenu, w dzień operacji zaś na godzinę przed zabiegiem 30—50 kropli. Somnifen sam nie jest środkiem dostatecznie znieczulającym i nawet wstrzykiwany w znaczniejszych ilościach nie nadaje się do większych operacji ginekologicznych, jest natomiast doskonałym środkiem uspokajającym i uczulającym na działanie tropakokainy. Podany w przedwieczór wywiera bardzo korzystne działanie, uspokaja zdenerwowane chore i wywołuje spokojny, pokrzepiający sen. Do jakiego stopnia uspokaja on i pozwala opanować nerwy, dowodzą nasze przypadki, w których chore operowane w znieczuleniu tropakokainą zasypiały w czasie operacji, a spokojny sen przerywał im dopiero opatrunek pooperacyjny i przewożenie do sali chorych.

Już na stole operacyjnym wstrzykujemy 0.10—0.20 kofeiny. Następnie sadzamy chore poprzecznie na stole w ten sposób, by nogi swobodnie zwisały, przyczem polecamy rozchylić uda na zewnątrz. Ważne jest to zwłaszcza u ciężarnych, które jedynie w ten sposób mogą należycie wygiąć kręgosłup i ułatwić wkłucie igły. Przez pochylenie głowy ku piersiom uzyskujemy jeszcze silniejsze rozsunięcie wyrostków kolczystych. Mimo to zdarzają się niekiedy znaczne trudności, zwłaszcza gdy wyrostki zachodzą na siebie.

Trautman sądzi, że przez silne wygięcie kręgosłupa można w dużej liczbie przypadków takich wykonać znieczulenie i podaje model krzesła własnego pomysłu, na którem chora musi wykonać idealne wprost wygięcie kręgosłupa.

Brindeau i Lantuéjoul 4—5% wszystkich zawodów w znieczuleniu przypisują trudnościom wkłucia igły u chorych ze zniekształconym kręgosłupem. W przypadkach, gdy wyrostki kolczyste uniemożliwiały wkłucie igły w linji środkowej kręgosłupa, wkłuwaliśmy ją nieco z boku według wskazówek prof. Bocheńskiego. Sposób ten w przypadkach trudnych oddawał nam znakomite usługi.

Skórę oczyszczaliśmy czystą benzyną, 70%-ym alkoholem i eterem. Roztworów jodowych nie używaliśmy, jakkolwiek nie sądzimy, aby drobne cząsteczki jodu wciśnięte igłą mechanicznie mogły wywołać poważniejsze powikłania. Są jednak autorowie, którzy w jodynowaniu skóry widzą przyczynę późniejszych, pooperacyjnych bólów głowy. Hackenbruch proponował nawet, aby przed wkłuciem igły nacinać skórę i igłę wprowadzać dopiero przez ranę. Zaletą tego postępowania miało być unikanie zetknięcia igły ze skórą i ułatwienie samego wkłucia igły, gdyż elastyczna skóra stawia zwykle pewien opór. Sposób ten jednak nie przyjął się powszechnie.

Używamy igły platynowej z mandrynem, około 14 cm długiej i 0.6 mm grubej, o końcu ściętym stożkowato. U osób otyłych wstrzyknięcie może się nie udać o ile igła jest za krótka, zbyt cienka zaś może ulec złamaniu (Steurnagel). Wyszukawszy przestrzeń między 4—5 lub 3—4 kręgiem lędźwiowym, wkłuwamy igłę w samym środku tak, aby najszersza powierzchnia ściętego jej końca była równoległa do boków kręgosłupa. W ten sposób można uniknąć mechanicznego uszkodzenia włókien. Wyjątkowo tylko wstrzykujemy wyżej tj. 2—3 kręgiem. Po przebiciu wiezadeł i opony wypływa płyn mózgordzeniowy. Pozwalamy na odpływ około ccm. a następnie łączymy igłę ze strzykawką 2 ccm. w której znajduje się 10% roztwór tropakokainy w ilości od 0.6 do 1 ccm. Wciągnąwszy do strzykawki płynu do 2 ccm., wstrzykujemy powoli w ciągu minuty. Zakładanie węża gumowego pomiędzy igłę a strzykawkę nie jest potrzebne. Igła prawidłowo wkłuta nie dotyka końcem swych ścian kanału kręgowego i delikatnych jego osłon, a jeśli jej ostry koniec tkwi wolno w kanale, nie może powodować żadnych uszkodzeń nawet skutkiem mimowolnych poruszeń. Wkłuwając igłę w samym środku przestrzeni między-kręgowej unikamy szukania kanału końcem igły, z czem złączone są zwykle liczne nakłucia próbne, będące później przyczyną krwawień i podrażnienia opon. Upuszczamy około 1 ccm. płynu najpierw dlatego, aby nie zwiększać zwyczajnej jego ilości, a powtóre ze względów zapobiegawczych. Niektórzy bowiem autorowie radzą w przypadkach silnych bólów głowy po znieczuleniu nakłucie kanału kręgowego i wypuszczenie nieco płynu. Tylko w tych przypadkach, gdy ciśnienie jest tak niskie, że płyn wypływa bardzo wolno, nie wypuszczamy go.

W przypadkach położniczych znieczulaliśmy również w ułożeniu rodzącej na boku. Zwracaliśmy tylko uwagę na to, aby wstrzykiwać w przerwach między bólami, powoli i mniejsze nieco ilości, gdyż w ciąży komórki zwojowe są szczególnie czułe na działanie trucizn co prawdopodobnie stoi w związku ze zmianami ciążowemi w ciałach tłuszczowych.

Przeciętna dawka nasza wynosiła około 0.08 gr. tropakokainy. U długo rodzących, wynędzniałych lub gorączkujących wystarczały nieco mniejsze dawki; 0.06 gr. stanowi, wedle naszych doświadczeń, najniższą dawkę.

Po wstrzyknięciu szybkim ruchem wyciągamy igłę i nakładamy na miejsce wkłucia opatrunek przylepcowy. W pozycji siedzącej pozostaje chora około 5 minut, a następnie układa się ją poziomo. Po dalszych 5 minutach można obniżać górną połowę ciała bez obawy jakichkolwiek powikłań. O ile znieczulaliśmy w ułożeniu na boku pozostawialiśmy chorą w ułożeniu poziomem, z nieco ku górze uniesioną głową przez 7—8 minut, a następnie przystępywaliśmy do operacji. Niektórzy radzą pozostawiać chore po wstrzyknięciu w pozycji siedzącej aż do wystąpienia znieczulenia, inni zaś pozwalają po pewnym czasie odpłynąć nie wielkiej ilości płynu mózgordzeniowego w celu usunięcia resztek niezwiązanej trucizny. Inni znów równocześnie wstrzykują lobelinę, następnie zaś zaraz układają chorą do operacji. Sądzimy, że lepiej jest wstrzykiwać w pozycji siedzącej i z układaniem chorej wstrzymać się kilka minut, aby utrudnić zbyt szybkie dojście trucizny do części wyższych, zanim stężenie jej się nie zmniejszy. Należy jednak stale kontrolować tętno i oddechy, gdyż w razie jakiejkolwiek zapowiedzi powikłań szybkie i wczesne wstrzyknięcie lobeliny lub kofeiny może zapobiec grożącej duszności i zapadowi.

Ogółem wykonaliśmy 537 znieczuleń i to dla otwarcia jamy brzusznej 500 razy, dla wykonania zaś innych zabiegów 37 razy. W tem było: operacji ginekologicznych 487, położniczych 50.

Szczegółowo: całkowite wycięcie macicy spos. Wertheima 3 razy, całkowite wycięcie macicy 98 razy, nadpochwowe odcięcie macicy 141 r., wycięcie przydatków skutkiem zmian zapalnych lub ciąży zewnątrzmacicznej 73 r., wycięcie guzów uszypułowanych wraz z przydatkami lub jajników zwyrodniałych torbielowato 101 r., wyłuszczenie mięśniaków z pozostawieniem macicy 19 r., poprawa położenia tyłozgiętej macicy (per laparat)wraz z oper. plast. krocza 21 r., operacje plastyczne krocza 11 r., wycięcie wyrostka robaczkowego 2 r., usunięcie przepukliny pachw. 1 r., operacja metodą Piccolo-Küstner 1 r., wycięcie macicy przez pochwę 4 r., wycięcie rogu szczątkowego 1 r., wycięcie warg większych 1 r., cięcie cesarskie brzuszne 41 r., cięcie cesarskie pochwowe 7r., cięcie cesarskie met. Portes'a 2 r., próbne otwarcie jamy brzuszne 10 r.

Całkowitych znieczuleń mieliśmy 526. Jako takie uważamy znieczulenie trwające około godziny. Wiedząc, że działanie 1 ccm. 10% tropakoiny nie trwa dłużej niż 60—70 minut, nie używaliśmy znieczulenia w operacjach, o których przypuszczaliśmy, że potrwają dłużej. Dlatego z 93 przyp., w których 69 r. dodano eteru mniej niż 100 gr., a 24 r. więcej niż 100 gr., jedynie w 11 przyp. można mówić o zawodach, gdyż znieczulenie od początku okazało się niedostateczne lub nie wystąpiło zupełnie i musieliśmy chorą usypiać. Zupełnych więc zawodów mieliśmy 6 (1,1%) i 5 częściowych (0,9%). 82 przypadków, w których dodawanie eteru rozpoczęliśmy dopiero po godzinie, gdy znieczulenie ustąpiło, nie możemy uważać jako zawodów nawet częściowych.

Wszyscy prawie autorowie dzielą powikłanie na dwie grupy. Do pierwszej zaliczają przypadki, w których objawy występują natychmiast po wstrzyknięciu środka znieczulającego; są to porażenia oddechu, bladość, sinica, spadek gwałtowny ciśnienia krwi, zwolnienie tętna i zapad skutkiem dostania się płynu do rdzenia przedłużonego i porażenia nerwów naczynio-ruchowych. Spadek ciśnienia krwi wywołany jest przekrwieniem naczyń skórnych. Równocześnie lub bezpośrednio potem mogą wystąpić nudności, wymioty i bóle głowy.

Sofus Wideroe i Sigur Dahlstrom sądzą, że płyn znieczulający może dojść do czwartej komory mózgowej i porazić ośrodek oddechowy. Wstrzykiwali oni bowiem do rdzenia powietrze, które swobodnie przechodziło do komór mózgowych. Wstrzyknięta zaś phenolsulphophtaleina do komory przedostawała się do rdzenia.

Lazarus przekonał się, że śródoponowe wprowadzenie większej ilości cieczy jest połączone z niebezpieczeństwem dla życia. Śródoponowe wprowadzenie powietrza ma być śmiertelne.

Rosner sądzi, że przyczyną bezdechu jest morfina wstrzyknięta przed znieczuleniem i zamiast niej radzi używać skopolaminy, która podnosi energję serca i pogłębia oddechy.

Wyników doświadczeń na zwierzętach nie można odnosić do ludzi, którzy mają więcej płynu mózgordzeniowego, przez co wytwarzają się inne warunki rozprzestrzeniania wstrzykniętego płynu; dlatego nie wytrzymuje krytyki zapatrywanie Rehna, według którego środek wstrzyknięty do kanału rdzeniowego musi dostać się do komór mózgowych. Wstrzyknięte płyny o znacznym ciężarze gatunkowym nie podchodzą do góry i wywołują tylko t. zw. „niskie znieczulenie".

Drugą grupę powikłań stanowią objawy, wynikające z zakażenia opon lub podrażnienia ich, psychozy, porażenia nerwów mózgowych i zaburzenia czuciowo-ruchowe w zakresie rdzenia. Nasilenie tych powikłań jest różne; od lekkich, przemijających w kilku godzinach do ciężkich śmiercią się kończących. Występywać mogą one rychło po operacji lub dopiero później, niekiedy po miesiącach, a nawet latach. Opisywano osłabienia dolnych kończyn trwające przez kilka miesięcy, znane są też przypadki zupełnego ich porażenia. W dwu przypadkach Langa wystąpiły t. zw. „objawy późne" pod postacią porażenia nerwów odwodzących, poprzedzone niedowładem. W jednym przyp. stan poprawił się po kilkunastu dniach, w drugim dopiero po

kilku miesiącach. Przyczyną powikłań była sprawa zapalna na tle toksycznem, rozwijająca się w pniach odnośnych nerwów. Opisywano również porażenia nerwów odwodzących, twarzowych i podjęzykowych, które wystąpiły dopiero po tygodniu (Mühsam). Rzadsze już były zakażenie opon lub zapalenie nerek (Oelsner). Devraigne-Suzor-Laënnec opisali przypadek *quadriplegii* w 4 dni po cięciu cesarskiem, wykonanem w znieczuleniu, w przypadku zaś Delahet-Courend'ego wystąpiło w 2 miesiące po operacji porażenie obu nóg i znieczulenie dolnej połowy ciała, połączone z silnemi bólami.

Opisywano również głębokie martwice w okolicy kości krzyżowej, symetryczne zgorzele pięt i głębokie owrzodzenia w okolicy pępka, które mimo licznych zabiegów leczniczych trwały uporczywie przez długie miesiące, a nawet lata i stały się w końcu przyczyną zejścia śmiertelnego. Były to niewątpliwie uszkodzenia pochodzenia centralnego. Colombani na 1,100 znieczuleń tropakokainą w dawce około 0,08 miał 2 razy ciężkie powikłania. W jednym przypadku wystąpiło ogólne-pomieszanie (paranoia), w drugim zaś obłęd.

W kilku przypadkach, w których nie długo po znieczuleniu przeprowadzono badania histologiczne, nie stwierdzono żadnych uszkodzeń łącznie ze spostrzeganemi ze strony opon. Wczesne zmiany histologiczne znajdywano w wielkich komórkach ruchowych rogów przednich.

Do grupy „powikłań późnych" można zaliczyć również dwa przypadki Armina Müllera, w których objawy porażenia rdzenia wystąpiły dopiero po kilku miesiącach. Jedna chora wyzdrowiała zupełnie w ciągu trzech lat, druga zmarła.

Weigeldt opisał 3 przypadki „późnych powikłań". W jednym wystąpiła paraplegia, chora ta wyzdrowiała podobnie jak i druga z paraparezą. Obie zachorowały dopiero w kilka miesięcy po znieczuleniu. Trzecia zaś chora zgłosiła się po 2 i pól latach z porażeniem obu nóg. Obdukcja wykazała zupełne zarośnięcie worka opony twardej i silne zrosty pomiędzy oponami i rdzeniem.

W ginekologji powikłania są rzadsze aniżeli w chirurgji, gdyż wystarcza tu znieczulenie niskie, co wyklucza mechaniczne uszkodzenia. Niebezpieczeństwo dostania się trucizny do rdzenia przedłużonego jest również znacznie mniejsze.

Co się tyczy naszego materjału, to jakkolwiek nie mieliśmy ani wypadku śmierci, ani też groźniejszych powikłań, nie mniej jednak należy zanotować kilka cyfr. Ogółem powikłania zauważyliśmy w 135 przyp. (25,14%), w tem ważniejsze w 14 przypadkach (2,6%) lekkie zaś w 121 przypadkach (22,5%). Powikłań grupy pierwszej, w której pomieściliśmy powikłania występujące natychmiast po znieczuleniu, było 9 (1,6%). Przeglądając historję chorób stwierdzić musimy, że chore które uległy powikłaniom już w czasie operacji t. j. należące do grupy pierwszej, były przeważnie w podeszłym wieku i miały zmiany w mięśniu sercowym i w naczyniach. Silny spadek ciśnienia krwi zanotowany we wspomnianych przypadkach był niewątpliwie wynikiem porażenia ośrodków nerwów naczynio-ruchowych danego odcinka rdzenia. Wiemy, że porażenie tych nerwów rozszerzyć się może i na nerw trzewiowy i powodować bardzo silny spadek ciśnienia krwi, a nawet śmierć. Niebezpieczeństwo to istnieje zawsze, wszystkie dotychczasowe bowiem środki znieczulające działają równocześnie na nerwy naczynio-ruchowe. W naszych przypadkach poza wspomnianemi powikłaniami, spadek ciśnienia krwi wynosił przeciętnie około 20 mg. Hg. nie był więc zbyt duży i ustępywał dość szybko bez żadnych szkodliwych następstw.

126 powikłań grupy drugiej (23,4%) polegało na nudnościach i wymiotach, które ustępywały po jodynie, adrenasolu lub kokainie. Były to kobiety o bardzo pobudliwym systemie nerwowym; jedna z nich operowana za pomocą cięcia cesarskiego cierpiała już w ciąży na uporczywe wymioty. Bóle krzyżów odczuwało 21 kobiet (3,9%), ustępywały one po założeniu czopka z belladonną lub pantoponem. Podwójne widzenie połączone z zamgleniem i ruchomością oglądanych przedmiotów z równoczesnem osłabieniem wzroku, wystąpiło u 32 kobiet (5,9%), u czterech zaś łącznie z *hemianopsia homonyma dextra.* U tych 4 chorych wystąpiły wpierw charakterystyczne bóle potylicy, a dopiero po kilku dniach zaburzenia wzrokowe. U jednej z nich 11-go dnia po operacji wystąpiło zupełne zamroczenie przytomności, sztywność karku, skurcze rąk i nóg, tętno 120, łatwo dające się ucisnąć lecz rytmiczne. Po 4-ch dniach stan począł się poprawiać i chora powróciła do zdrowia (Liebhart).

Opisane objawy czasowego porażenia nerwów mózgowych były jednak wyjątkowo rzadkie. O wiele częściej natomiast występowały objawy zaburzenia równowagi w płynie mózgo-rdzeniowym i bóle głowy, wymioty i zatrzymanie moczu (56 razy, 10,4%). Kilka razy stwierdziliśmy też bóle nóg i zaburzenia ze strony nerwu odwodzącego i słuchowego. Objawy te po 3—4 dniach znikały po kilkakrotnem dożylnem wstrzyknięciu 40%urotropiny lub po podaniu strychniny. Lekkie bóle głowy leczyliśmy aspiryną, antypiryną, fenacetyną lub piramidonem, silniejsze kofeiną lub dożylnem wstrzykiwaniem 100—300 ccm płynu fizjologicznego.

Jako zaletę znieczulenia należy podnieść brak męczącego i dokuczliwego pragnienia, które występuje po uśpieniu. Chore nie odczuwały przykrego uczucia suchości w gardle i w ustach i miały możność przyjmowania płynów zaraz po operacji. Również szybko wracały ruchy jelitowe, które po ustępującem porażeniu były nawet silniejsze aniżeli zwykle i powodowały odchodzenie gazów często już tego samego dnia a najpóźniej w drugim dniu po operacji. Nigdy nie podawaliśmy środków czyszczących po operacji, jedynie kilku cierpiącym oddawna na zaparcie stolca pomogliśmy za pomocą lawatywy. W kilku przypadkach spostrzegaliśmy porażenie zwieracza odbytu, które ustąpiło w przeciągu kilku dni bez jakiegokolwiek leczenia.

Najczęstszem i najprzykrzejszem powikłaniem były długotrwałe i uporczywe, na wszelakie leczenie bardzo oporne bóle głowy. Zjawiały się one bądźto w drugim dniu po operacji, bądź też w kilka dni później, rzadziej dopiero w drugim tygodniu. Nasilenie ich zwiększało się szybko i już po 2—3 dniach dochodziło do szczytu, trwanie zaś przeciągało się niekiedy tygodniami lub miesiącami. Dwie z tych kobiet cierpiały w ten sposób w ciągu prawie roku. U pierwszej piątego dnia po operacji zjawiły się zaburzenia ze strony nerwu wzrokowego i słuchowego, objawy podrażnienia opon i bardzo silny ból głowy, połączony chwilami z zupełnem zamroczeniem. Wszystkie te objawy ustąpiły w ciągu następnych kilkunastu dni. Pozostał jednak ból głowy, który ustąpił dopiero po roku.

Druga chora o łatwo pobudliwym systemie nerwowym od dzieciństwa skłonna do bólów głowy operowana była w znieczuleniu tropakokainą (+ 140 g eteru. Wieczorem po operacji wystąpił ból głowy równocześnie z wymiotami, bólem w krzyżach i w miejscu wkłucia, lekkiem porażeniem prawej nogi i zaburzeniami ze strony nerwu odwodzącego, wzrokowego i słuchowego. Oprócz tego stwierdzono potrójne widzenie, zezowanie i szum w uszach, a nadto zatrzymanie moczu, nie dające się usunąć ani przez śródżylne wstrzykiwanie 40% urotropiny, 1% pilokarpiny, fizjologicznego roztworu soli, ani podawanie strychniny i t. p. środków. Wszystkie te powikłania ustąpiły w ciągu kilku tygodni, niektóre jednak utrzymywały się jeszcze przez dwa miesiące. Natomiast ból głowy pozostał prawie przez rok.

Przyczyna długotrwałych bólów głowy po znieczuleniu jest dotąd niezupełnie jasna. Tłómaczenie Flörckena, że drobne odłamki metalu z igły lub wciśnięte nią płyny dezynfekcyjne wraz z naskórkiem wywołują podrażnienie opon, nie trafia nam do przekonania, podobnie jak i wywody Hosemana i Příbrama, którzy przyczynę tę upatrują w nadmiernym spadku ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. W naszych przypadkach ciśnienie nie było niższe od przeciętnego ciśnienia u kobiet operowanych w znieczuleniu. Heineke i Läwen przekonali się, że mdłości, wymioty i objawy ze strony narządu krążenia zniknęły, gdy wyciągi nadnercza poczęto dodawać dopiero po wyjałowieniu środka znieczulającego. Offergeld uważa bóle głowy za następstwo zwiększonego ciśnienia w komorach mózgowych i podrażnienia włókien nerwów czuciowych w oponie. Bóle te ustępywały po nakłuciu rdzenia, dlatego radzi on zapobiegawczo upuszczać nieco płynu.

Bardziej prawdopodobne jest przypuszczenie Delmasa, że wszystkie roztwory wodne ulegają z czasem hydrolizie, co wpływa na zmianę własności danego środka. Możliwe więc, że właśnie pod wpływem tych przemian chemicznych, które działają na opony drażniąco powstają wspomniane powikłania. Aby tego uniknąć można sproszkowany środek rozpuścić w płynie mózgo-rdzeniowym. (Guinard, Kozłowski), Podobnie Jaschke doszukiwał się przyczyny bólów głowy w zmianach chemicznych które powstają w rozczynach tropakokainy skutkiem dodatku soli kuchennej.

Inni autorowie sądzą, że przez otwór zrobiony igłą może płyn wypływać do przestrzeni przyoponowej, co ułatwiają ruchy, kaszel wysiłki fizjologiczne i tp. Ponieważ otwór ten zasklepia się dopiero w przeciągu drugiego dnia, upływ płynu może być tak znaczny że wystąpi podrażnienie opon. Mając to na uwadze, upuszczaliśmy zawsze około 1 ccm. płynu i zalecaliśmy chorej w ciągu pierwszych dwu dni bezwzględny spokój, układając ją nisko i o ile możności ograniczając jej ruchy do minimum. Możliwe więc, że stosunkowo nieduża liczba powikłań pooperacyj-

nych w naszem zestawieniu pozostaje w związku z temi ostrożnościami, jak również z wlewaniami dożylnemi i podskórnemi płynu fizjologicznego i wstrzykiwaniem kofeiny.

Zdaje się, że podobnie jak większość objawów następowych, należy odnieść bóle głowy do podrażnienia opon skutkiem złych preparatów. L i e b l doszedł do przekonania, że roztwory środków znieczulających zawierające adrenalinę są bezbarwne i wtedy działanie ich jest dobre. Po upływie zaś pewnego czasu może zmienić się ich skład chemiczny, jakoteż własności fizjologiczne a uwydatnia się to zmianą zabarwienia. Niektórzy też radzą dlatego używać adrenaliny jak najmniej i w jak najlżejszych roztworach. (Losinsky).

Próbowaliśmy również czy tropakokaina nie zostaje wytrącona z rozczynów pod wpływem zasadowo oddziaływującego płynu mózgordzeniowego. Przekonaliśmy się jednak, że podejrzenia nasze nie były usprawiedliwione.

Bardzo często te same ilości morfiny, somnifenu, pantoponu lub skopolaminy podane przed znieczuleniem wywoływały różnie silne zamroczenie. Aby uzyskać pewne wskazówki wstrzykiwaliśmy tę samą dawkę w różnych odstępach czasu przed zabiegiem.

Z doświadczeń tych atoli nie możemy wysnuć żadnych wniosków ani też ustalić przeciętnej dawki, gdyż oprócz osobniczych właściwości chorej wpływ miały również i przyczyny chwilowe, nie przewidziane, których ocena jest niekiedy wręcz niemożliwa.

Przechodząc do oceny szczegółowej i rozpatrywania powikłań płucnych jakie występują w związku ze znieczuleniem zauważyć musimy, że zestawienia tak przeciwników jak i zwolenników tego postępowania nie przemawiają ani przeciw tej metodzie ani też za nią. Dawniejsze zestawienia podają około 50% śmiertelności skutkiem pooperacyjnego zapalenia płuc, inni autorowie podają już znacznie mniejsze cyfry, a mianowicie od 2.9—12.6% (G e r u l a n o s, W o l f, L ö w e n, K r o l e i n, K l ę s k, H o u l e-K a n s c h, B i b e r g e i l, C z e r n y, R i c h a r d, Z i m m e r-m a n n, F r i g y e s i, B u s s e).Nie ulega wątpliwości, że pewna część operowanych w znieczuleniu cierpiała już przed operacją na nieżyty lub zapalenia dróg oddechowych i dlatego właśnie nie stosowano u nich ogólnego uśpienia. Oczywiście dłuższe leżenie na wznak, zwłaszcza u osób ze złem krążeniem może doprowadzić do powikłań. Jakkolwiek uśpienie bardziej może sprzyja powikłaniom ze strony płuc, to jednak przytoczone we wspomnianych zestawieniach cyfry nie pozwalają na wysnuwanie innych wniosków, jak tylko tego, że przyczyną ich było przeważnie zakażenie. Na to godzą się sami autorowie, a sprzeczności istnieją tylko co do drogi tego zakażenia: czy powstaje ono przez oddechanie lub zachłyśnięcie się, czy drogą chłonną przez przeponę lub otrzewnę, czy też wreszcie na drodze zatorowo-przerzutowej. Możliwe, że część tych powikłań powstaje skutkiem przekrwienia opadowego i upośledzonej ruchomości płuc, a daleka droga chłonna jest mniej prawdopodobna do przyjęcia aniżeli nieruchome leżenie na wznak, zwłaszcza u ludzi starszych. W każdym razie od zapaleń płuc opadowych i zatorowych należy odróżnić zapalenie płuc pooperacyjne, spowodowane przez wdechanie i zatrzymanie wydzieliny oskrzeli, jakoteż zniesienie odporności przez środek użyty do znieczulenia, przyczem ważną rolę odgrywają nagłe zmiany ciepłoty otoczenia w czasie i po operacji.

W materjale naszym powikłań ze strony płuc było 12 (2.2%) z tego 5 przyp. zapalenia płuc (0.9%) i 7 przyp. zapalenia opłucnej (1.3%). W cyfrach tych uwzględniamy jedynie te przypadki, w których znieczulenie mogło być przyczyną w myśl przytoczonych powyżej wywodów.

Ciepłota na ogół była prawidłowa, jakkolwiek zauważyliśmy w 17 przyp. (3.1%) jedno- lub dwu-dniowe podniesienie ciepłoty do 38.5°, w drugim lub trzecim dniu po operacji, bez przyspieszenia tętna. Nie możemy jednak potwierdzić zapatrywań M e i s s n e r a, który takie krótkotrwałe podniesienie ciepłoty do 39° spostrzegał po każdem znieczuleniu.

Co do powstawania zatorów, to w piśmiennictwie przeważa mniemanie, że ogólne uśpienie eterowe sprzyja ich występywaniu. Według S c h u m a c h e r a tylko 36% wszystkich zatorów powstało u operowanych w znieczuleniu lędźwiowem, a 64% u operowanych w uśpieniu eterowem. Podobnie 63% zakrzepów w żyłach głębokich uda wystąpiło u operowanych w uśpieniu. H o f m e i e r odróżnia zakrzepy powstałe na tle zakażenia od aseptycznych, które są o wiele rzadsze (w zestawieniu Króniga 0.3%).Najważniejszą przyczyną powstawania zakrzepów jest zmiana krwi i zwolnienie krążenia. W pewnych zatem schorzeniach, w których zmiany te częściej występują, należy się liczyć również z częstszymi zakrzepami i to bez względu na metodę znieczulania. Do schorzeń takich należą przedewszystkiem włókniaki macicy, którym towarzyszą najczęściej poważne zmiany w mięśniu sercowym. Oczywiście i zabieg sam wywiera wpływ jako uraz, którego doznaje ustrój. W porównaniu z operacjami pochwowemi występują zakrzepy po otwarciu jamy brzusznej dwa razy częściej. Co do czasu i miejsca to najczęściej występują one w trzecim tygodniu po operacji, a przeważają żyły po stronie lewej. O ile zaś występują obustronnie, to zwykle po stronie lewej występują wcześniej i o większem nasileniu.

Oprócz włókniaków i niedomogi serca sprzyjają powstawaniu zakrzepów: podniesienie parcia śródbrzusznego z powodu dużych guzów w miednicy, puchlina wodna, charłactwo, podeszły wiek, niedokrewność i rozległe żylaki. Także długotrwałe uśpienie a zwłaszcza skaleczenie naczyń w czasie operacji wytwarzają warunki bardzo korzystne dla powstawania zakrzepów.

W naszem zestawieniu cyfry nie różnią się tak znacznie od siebie jak u Schumachera i innych i są na ogół niższe, gdyż z ogólnej liczby 5-ciu zatorów na 800 operowanych mieliśmy tylko dwa przyp. zatoru po znieczuleniu, a trzy po uśpieniu ogólnem.

Znieczulenie lędźwiowe dalekie jest od doskonałości i dla niektórych chorych jest ono nawet bardziej niebezpieczne aniżeli ogólne uśpienie. Dowodzą tego liczne przypadki ciężkich powikłań. Bywają jednak chore, które zmuszone poddać się operacji, mogą ją przetrwać tylko w znieczuleniu. Dotyczy to chorych ze zwyrodnieniem lub ciężkiem schorzeniem serca, płuc lub nerek. W tych przypadkach uśpienie eterem czy chloroformem może stać się niebezpieczne dla życia chorej. Jakież są więc wskazania i przeciwskazania do znieczulenia lędźwiowego.

Do znieczulenia nadają się chore o złym stanie ogólnym wywołanym jakiemś przewlekłem cierpieniem. Również i chore cierpiące na w a d y s e r c a, jakkolwiek na ogół znoszą uśpienie nawet chloroformowe, bezpieczniej jest operować w znieczuleniu, gdyż zdarzają się wpadki nagłej śmierci chorych na serce jedynie tylko z powodu uśpienia. Wielu zaś poważnych operatorów wypowiada się przeciw zapobiegawczemu podawaniu środków nasercowych przed operacją, gdyż uniemożliwia to zastosowanie ich w razie nagłego zapadu w czasie samej operacji, kiedy od szybkości pobudzenia serca zależy życie chorego. Sądzą oni, że takie przedoperacyjne leczenie nie daje żadnych wyników i można je skutecznie zastąpić podobnie jak i pooperacyjne podawanie środków nasercowych bezwzględnym spokojem i leżeniem bez ruchu w zaciemnionym pokoju.

Również chore ze s i l n ą n i e d o k r w i s t o ś c i ą można z korzyścią znieczulać zwłaszcza o ile długotrwałe krwawienie spowodowało już uszkodzenie narządów miąższowych. W zestawieniu naszem mamy kilkadziesiąt przypadków długoletnich krwotoków z powodu włókniaków lub raków macicy. Chore te operowane w znieczuleniu zniosły zabieg doskonale, a okres pooperacyjny przeminął bez powikłań. Tak samo kilkadziesiąt przypadków pękniętej ciąży zewnątrzmacicznej przemawia zatem, że i w o s t r e j n i e d o k r w i s t o ś c i można znieczulać bez obawy, zwłaszcza, że wystarczają wtedy bardzo małe dawki. Sprawiedliwość każe jednak przyznać, że w tych przypadkach wystarczają również małe dawki eteru lub chloroformu.

Okoliczność, że mamy do czynienia z kobietą posiada wiele stron dodatnich i ujemnych. Kobiety bowiem na ogół lepiej nadają się do usypiania, potrzebują mniejszej ilości środka usypiającego i mniejszej energji jakoteż siły usypiającego. Mniej kobiet używa alkoholu, za to jednak więcej wśród nich znajduje sie osobników nerwowych i histerycznych. I z tego stanowiska różnie można się zapatrywać na wybór sposobu znieczulania. Należy jednak zawsze liczyć się z tym niezmiernie ważnym momentem, jaki stanowi uraz psychiczny. Zwłaszcza w przypadkach położniczych, gdzie już sam poród może być poważnym urazem, należy się bardziej obawiać wstrząsu pooperacyjnego, który bardzo niekorzystnie wpływać może na stan psychiczny rodzącej.

Oprócz opisanych najczęściej szkodliwych następstw ogólnego uśpienia na narząd krążenia, oddechania i wydzielania, zauważyliśmy w kilku przypadkach bardzo niekorzystny wpływ narkozy na przewód pokarmowy i dlatego sądzimy, że chore cierpiące na p r z e w l e k ł e n i e ż y t y ż o ł ą d k a i j e l i t nadają się raczej do znieczulania.

Co do działania znieczulenia lędźwiowego na nerki, to ważne jest że tropakokaina nie wywiera szkodliwego wpływu na ten narząd, czego nie można powiedzieć o innych środkach znieczulających. C s e r m a k znalazł po znieczuleniu stowainą w 20% białko, w 10% obok białka pojawiły się również ciałka ropne, a w 3.3% wałeczki i ciałka ropne. Jedynie w 65% znieczuleń mocz nie wykazywał składników nieprawidłowych. H o l z b a c h

badał chore po zabiegach ginekologicznych i wykonywanych na kroczu w czasie których narząd moczowy nie został naruszony i przekonał się, że w uśpieniu ogólnem, podobnie jak i w znieczuleniu lędźwiowem czynność nerek w czasie operacji była zupełnie wstrzymana. Ustanie czynności nerek ma być wywołane nagromadzeniem się ciał trujących we krwi, która nie posiada dostatecznej ilości ciał moczopędnych. Wyrównawcza czynność narządu objawia się nadmiernym pooperacyjnym przypływem moczu już w kilka godzin po zabiegu. Rzadziej niż po uśpieniu ogólnem występują po znieczuleniu w osadzie wałeczki.

Meissner sądzi, że niezbyt silne zaburzenia w narządach krążenia, w nerkach i zmiany gruźlicze w płucach nie stanowią przeciwwskazania do znieczulenia. Nasze badania wykazały również, że znieczulenie tropokokainą nie wywołuje w nerkach żadnych uszkodzeń, które możnaby odnieść do działania tropakokainy.

Niektórzy autorowie uważają bardzo młody wiek, jak również zbyt podeszły za przeszkodę do znieczulenia. Granicę wieku podają niektórzy na 15—16 lat, inni zaś na 10—12 lat. Górna granica waha się jeszcze bardziej, najczęściej wymieniają nie przekroczony 70-ty rok życia. Sądzimy, że o ile zbyt młody wiek może rzeczywiście stanowić przeszkodę, gdyż znieczulenie w okresie przed pokwitaniem może sprowadzić poważne zaburzenia na tle zwiększonej wrażliwości systemu nerwowego w tym okresie życia, to wiek podeszły sam przez się nie stanowi przeciwwskazania i raczej należy uwzględnić stan ogólny i tem kierować się w wyborze znieczulenia.

Sądzimy, że osoby cierpiące na schorzenia przewlekłe lub ostre serca, płuc, nerek i przewodu pokarmowego należałoby raczej znieczulać aniżeli usypiać, jak również i te osoby, które na podstawie swej konstytucji, budowy ciała, wieku lub przebytych cierpień mogą być bardziej skłonne do powikłań ze strony tych narządów. Odnosi się to zwłaszcza do osób nadmiernie otyłych, zakatarzonych, lub charłaczych, a to tem bardziej, że ważnemi zaletami tej metody jest brak wstrząsu pooperacyjnego, brak dokuczliwego pragnienia i suchości w ustach, możność przyjmowania płynów zaraz po operacji, szybko powracające ruchy jelit i samoistne wypróżnienia w drugim lub trzecim dniu po operacji.

W początkach ery znieczulania, kiedy nie wiedziano jeszcze o wszystkich przeciwwskazaniach, mnożyły się nieszczęśliwe wypadki, zwłaszcza że uważano znieczulenie za mniej szkodliwe od ogólnego uśpienia i operowano osoby takie, które pierwotnie uznano jako nie nadające się wogóle do operacji. Zapatrywanie to okazało się błędne. Znieczulenie lędźwiowe może być równie, a może nawet bardziej niebezpieczne aniżeli uśpienie, o ile nie przestrzega się wskazań i przeciwwskazań. W pewnych przypadkach jest znieczulenie bezwarunkowo mniej szkodliwe, podobnie jak w innych znów uśpienie. Mała śmiertelność po chloroformie może być tylko pozorna. Bardzo często nie uwzględnia się licznych wypadków t. zw. późnej śmierci, która występuje wprawdzie w jakiś czas dopiero po operacji, lecz pozostaje w ścisłym związku z usypianiem. Może też istnieć pewna, swoista, osobnicza nadwrażliwość w stosunku do eteru lub chloroformu, czego niema w stosunku do tropakokainy. Chociaż więc na wiele tysięcy usypianych jest mało lub niema zejścia śmiertelnego wśród i skutkiem uśpienia, sądzimy jednak, że wiele późniejszych zgonów, zwłaszcza nagłych ma swą przyczynę w przebytem uśpieniu.

Do ogólnie dziś uznanych i przyjętych przeciwwskazań należą choroby powodujące gromadzenie się znacznych ilości wolnego płynu w jamie brzusznej. Upośledzenie oddechania skutkiem wysokiego ustawienia przepony może wpływać niekorzystnie. Również osoby o znacznem zniekształceniu i nieprawidłowem wygięciu kręgosłupa posiadają kanał kręgowy bardzo zmieniony i wstrzyknięcie środka, o ile to jest możliwe, stać się może przyczyną powikłań.

Należy też wykluczyć od znieczulenia osoby neuropatyczne i te, które proszą o uśpienie. Przekonaliśmy się bowiem, że u tych osób występują najczęściej zawody lub, o ile znieczulenie się uda, późniejsze pooperacyjne powikłania i to najczęściej pod postacią długotrwałych bólów głowy. O ile jednak bardzo bojaźliwe i nerwowe chore musieliśmy znieczulać, podawaliśmy im godzinę przed operacją 50 kropli Somnifenu doustnie lub 70 kropli w lawatywie. Środek ten uspokaja podniecone i zdenerwowane chore, potęgując równocześnie działanie tropakokainy. Można też podawać Somnifen wieczorem przed operacją.

Niektórzy przeciwnicy znieczulenia podnoszą niebezpieczeństwo obniżenia górnej połowy ciała. Zarzut ten wydaje nam się nie zupełnie usprawiedliwiony. Istnieje wprawdzie niebezpieczeństwo porażenia, oddechu skutkiem nagłego obniżenia chorej, można mu jednak zapobiec przez zachowanie ostrożności, o czem poprzednio mówiliśmy. Przestrzegając tej zasady operowaliśmy w położeniu Trendelenburga bez jakichkolwiek powikłań chore ze znaczną rozedmą płuc, nadmiernie otyłe (ponad 100 kg) i t. p.

Nieuzasadnione są również zarzuty co do zbyt krótkiego czasu trwania znieczulenia, gdyż wiedząc, że trwa ono przeciętnie 60—70 minut, należy stosować je tylko w operacjach, które przypuszczalnie dłużej nie będą trwały. Dodatkowa zresztą narkoza nie wymaga większych dawek eteru lub chloroformu, jak to wynika z przytoczonych cyfr.

Niektórzy operatorowie odrzucają znieczulenie w operacjach, wykonywanych przez pochwę. Jest to stanowisko do pewnego stopnia usprawiedliwione. Jakkolwiek przez należyte przygotowanie można uniknąć zanieczyszczenia pola operacyjnego (skutkiem porażenia zwieracza odbytu), to jednak sądzimy, że do tego rodzaju zabiegów j. np. operacje plastyczne krocza może lepiej nadaje się znieczulenie krzyżowe lub uśpienie. Natomiast znieczulenie z korzyścią można zastosować w operacjach przetok, jakoteż w zabiegach na macicy i przydatkach, wykonywanych przez pochwę, gdyż zwiotczenie więzów i części miękkich pozwala na lepszy dostęp i wyciągnięcie narządów tych przez pochwę. Krótkotrwałe operacje, nawet z otwarciem jamy brzusznej j. np. odcięcie wolnych, ruchowych torbieli, skrócenie więzadeł sposobem Aleksadra-Adamsa i t. p. trwające kilka, a najwyżej kilkanaści minut można równie dobrze wykonać w uśpieniu ogólnem, w którem wówczas zużywa się tak małą ilość eteru, że nie należy obawiać się groźniejszych powikłań.

Niektórzy radzą unikać znieczulenia w przypadkach cukrzycy, syfilisu, ogólnego zakażenia krwi, a także we wszelkich procesach zapalnych i ropnych w okolicy kręgosłupa.

W położnictwie wskazania i przeciwwskazania układają się odmiennie niż w ginekologji lub chirurgji. Oprócz zasadniczych przyczyn, wzbraniających użycie znieczulenia u danej kobiety, występuje jeszcze wiele innych, wynikających z istnienia samej ciąży lub jej powikłań. Wszyscy też operatorowie zgodnie podnoszą trudności, nasuwające się w ujęciu w reguły stanów i schorzeń, które stanowią przeszkodę do znieczulenia rodzącej.

We wszystkich naszych przypadkach położniczych (50) znieczulenie tropakokainą było dobre i bez poważniejszych powikłań. Zależnie od stanu rodzącej, jej sił fizycznych i ciepłoty stosowaliśmy od 0.6 ccm do 0.9 ccm w 10% rozczynie co odpowiada 0.06 — O.09 gr. tropakokainy. Przekonaliśmy się, że 0.10 gr wywołuje 1 godzinne znieczulenie bez powikłań, dając zupełne zwiotczenie powłok, porażenie jelit i ograniczenie krwawienia do minimum. Prawidłowe kurczenie się opróżnionej macicy nie doznaje przeszkód, zwłaszcza po wstrzyknięciu pituglandolu po wydobyciu płodu.

W kilku przypadkach jednak wydobyte z macicy płody znajdywały się w silnej zamartwicy pomimo tego, że bezpośrednio przed operacją tętno ich było zupełnie dobre. Były to przypadki, w których cięcie cesarskie wykonywaliśmy dopiero w pewien czas po pęknięciu pęcherza płodowego. Wszystkie płody docucono, jeden z nich jednak, szczególnie wątły i słabo rozwinięty (ważący około 2.150 gr.) zmarł w 4 dni później. Nie możemy oprzeć się wrażeniu, że może pośrednią przyczyną było znieczulenie i wywołany przez nie skurcz macicy.

Trudno więc bez zastrzeżeń zgodzić się z zapatrywaniem tych autorów, którzy sądzą, że środek znieczulający nie rozprzestrzeniając się po całym ustroju matki i nie będąc wchłanianym przez płód nie może mieć nań wpływu. Oczywiście że bezpośrednie działanie trucizny na płód jest wykluczone, silne jednak skurcze macicy mogą oddziaływać niekorzystnie, zwłaszcza w pewien czas po odpłynięciu wód płodowych. W prawidłowych porodach znieczulenie nie jest polecenia godne.

Wywołując bowiem zniesienie odruchów, zmniejsza ono zdolność parcia. Ustaje więc czynność porodowa i lekarz zmuszony jest zakładać kleszcze. Jakiekolwiek byłoby zdanie co do znaczenia tego zabiegu, wspomniana zamiana prawidłowego porodu na operacyjny pozostaje faktem i dlatego sądzimy, że każde narażenie prawidłowo rodzącej kobiety na ewentualne, choćby nawet niegroźne powikłania, wynikające ze znieczulenia, można uważać za błąd. Jeśli jednak poród siłami przyrody jest niemożliwy i musimy wykonać operację czy to przez pochwę czy też przez powłoki brzuszne, wówczas potrzeba użycia środka znieczulającego usprawiedliwia w zupełności użycie znieczulenia lę-

dźwiowego, które nie jest pozbawione wprawdzie ujemnych stron innych znieczuleń, posiada jednak więcej od nich stron dodatnich. Pozwala ono bowiem operować w warunkach korzystnych i to natychmiast w chwilach, gdy stan dziecka lub rodzącej zależy od pośpiechu i szybkości wykonania zabiegu. Umożliwia również spokojną kontrolę wnętrza macicy, stanu szyji i pochwy, usunięcie resztek łożyska i ewentualne zeszycie pęknięć lub nacięcia.

W sprawozdaniu naszem nie notujemy żadnego wypadku śmierci skutkiem znieczulenia tropakokainą. Ogółem na 1000 prawie znieczuleń lędźwiowych, wykonanych różnemi preparatami i w różnych stężeniach w klinice naszej zdarzyły się tylko 2 ciężkie wypadki zatrucia po tutokainie. Jeden z nich skończył się śmiercią, a obdukacja wykazała wybitny stan grasiczo-limfatyczny. Drugi przypadek ciężkiego zapadu z bezdechem i 40 minutową nieprzytomnością skończył się pomyślnie, a ból głowy i sztywność karku ustąpiły już w drugim dniu. W związku z temi przypadkami przeprowadzone przez Garbienia i Piotrowskiego badania doświadczalne wykazały, że najczęstszą przyczyną śmierci po znieczuleniu jest sam środek znieczulający, a raczej wadliwe przyrządzenie go. Niektóre bowiem gotowe preparaty ulegają po pewnym czasie zepsuciu pomimo, że reszta pozostająca w tych samych warunkach utrzymuje się niezmieniona. Ten czynnik jakoteż i wrodzona konstytucjonalna niższość osobnicza tłumaczą dlaczego w długim szeregu znieczuleń przebiegających gładko i bez powikłań, występują nagle powikłania a nawet wypadki śmierci.

Przypadki nasze przekonały nas, że najwięcej uwagi należy poświęcać stałemu badaniu tętna, które obok ciśnienia krwi jest bardzo ważnym wskaźnikiem. W czasie znieczulenia tętno nie powinno być ani nadmiernie przyspieszone ani też zbyt wolne. Nieregularne lub bardzo szybkie tętno jest zawsze objawem grożących powikłań, nawołuje do ostrożności i ewentualnego użycia środków nasercowych. Nieznacznie przyspieszone lecz rytmiczne tętno świadczy jedynie o ustępywaniu znieczulenia.

Piśmiennictwo:

Do r. 1921 u.: v. Brunn: Lumbalanaesthesie, Stuttgart, 1922. Neue deutsch. Chir. XxIX. — reszta: Braun: D. m. W. 1922. 5. — Bamberger: C. f. G. 1924. 24. — Blaschke-Hermann: M. kl. 1925. 45. — Calmaann: D. m. Woch. 1923. 23. — Ducuing: Presse méd. 1927. 77. — Fischer: M. kl. 1923. 25. — Garbień-Piotrowski: Pol. Gaz. lek. 1927 I. 1926. 24, 40. — Guibal: Presse méd. 1921. 25. — Huggins: Am. Jour. of Obst. and gyn. 1922. — v. Jaschke: Kl. W. 1922. 2. 1923. 2. 1925. I. — Jonnesco: Presse méd. 1926. 10. — Klein: Arch. f. Gyn. 1925. — Liebhart: Pol. Gaz. lek. 1925. 52. — Lundwall-Mahnerth: Kl. W. 1923. — Madon: Bull. de la soc. d' obstr. de Paris 1926. — Pribram: Kl. W. 1922. 24. — Richard: Bruns Beitr. z kl. Chir. 1927. — de Rouville-Madon: Bull. de la soc. d'obstr. de Paris 1926. — Rodziński: Pol. Gaz. lek. 1923. — Ruff: Lw. Tyg. lek. 1910. — Sicard, Paraf, Laplane: Presse méd. 1923. — Seidler: Pol. Gaz. lek. 1924. — Strauss: D. Zeischr. f. Chir. 1922. Tychowski-Rodziński: Pol. Gaz. lek. 1923. — Vorlaender: Arch. f. Gyn. 1923. — Weigeldt: C. f. G. 1924. 44. Stud. zur. Phys. u. Path. Jena 1923.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Jerzy GRZĘDZIELSKI Lwów.

O nowych środkach leczniczych przy jaskrze.

Z Kliniki okulistycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Adam Bednarski.

Leczenie jaskry, jak było dotychczas, tak i nadal jest symptomatycznem, zmierzającem do usunięcia najważniejszego objawu, jakim jest podwyższone ciśnienie śródoczne. I zdaje się, że takiem ono musi pozostać, gdyż wiele zmian w oku prowadzących lub usposabiających do jaskry, jak stwardnienie i niepodatność twardówki, uszkodzenie naczyń oka, zmian, których dokładnie jeszcze nie znamy, jest wyrazem starości względnie przedwczesnego zużycia tkanek oka. Wobec takich zmian nie istnieje leczenie przyczynowe. Podwyższone ciśnienie śródoczne jednak jest objawem stanowiącym ogniwo patogenetyczne i pośrednią przyczyną dla dalszych objawów, przedewszystkiem dla schorzenia nerwu wzrokowego. Więc praktycznie biorąc, zwalczanie podwyższenia ciśnienia jest leczeniem przyczynowem i trwałe usunięcie tego objawu równa się wyleczeniu jaskry.

Po tej linji rozumowania idzie większość poglądów. Niepodobna jednak pominąć zdań przeciwnych. I tak Elschnig powstanie ekskawacji przypisuje innym też czynnikom, jak wzmożone napięcie. Dieter zmiany w tkankach oka jaskrowego odnosi do „cyanotycznej induracji", Salzer jest zdania, że schorzenie nerwu wzrokowego przy jaskrze okazuje wiele analogji ze zmianami arterjosklerotycznemi, Ruszkowski opisał przypadek ostrej jaskry, ze wszystkiemi charakterystycznemi objawami, prócz podwyższonego ciśnienia, które wynosiło 16 mm/Hg.

Niniejszem zamierzamy omówić kilka środków wprowadzonych w ostatnich latach do zachowawczego leczenia jaskry, ograniczając się, wspomniawszy o pilokarpinie i eserynie, do adrenaliny i jej pochodnych, alkaloidów sporyszu i pewnych hormonów, a pomijając sprawę leczenia osmotycznego, mającego narazie większe znaczenie teoretyczne jak praktyczne.

1. Pilokarpina.

Mimo wielu środków wprowadzonych obecnie do leczenia jaskry, pilokarpina i ezeryna niczem dotychczas nie zostały zastąpione, ani wyparte. Są one nieodzowne w praktyce codziennej, gdyż są środkami wypróbowanymi, pewnymi i bezpiecznymi.

Szkodliwych zaburzeń środki zwężające źrenicę, prawie nie wywołują żadnych. Nieprzyjemne senzacje jakie czasem występują po zastosowaniu pilokarpiny, a zwłaszcza ezeryny są w związku ze zwężeniem źrenicy i skurczem akomodacji. Jedynie C. Hess i potem F. P. Fischer (Arch. f. A. 1926) biorą pod uwagę prócz tego zaburzenia w krążeniu włosowatem siatkówki. Poza tem stosowanie środków zwężających źrenicę nie powoduje prawie nigdy złych skutków, przeciwnych celowi zamierzonemu. „Prawie nigdy" gdyż w naukach lekarskich niema bezwzględnych reguł, więc i po ezerynie obserwowano czasem pogorszenia a nawet ostry napad jaskry. (p. Schmidt-Rimpler). Lecz to są wyjątkowe przypadki wśród wielu tysięcy. Po adrenalinie zdarza się to bez porównania częściej.

Wpływ pilokarpiny i ezeryny na ciśnienie śródoczne jest bardzo ściśle związany ze zwężeniem źrenicy. Zależność ta jest tak stala, że w większości przypadków stosowanie miotików można określić jako bezcelowe tam, gdzie źrenica się nie zwęża. Nie można wprawdzie twierdzić, że zwężenie źrenicy, względnie zjawiska od tego zależne, są przyczyną obniżenia ciśnienia. Są to prawdopodobnie dwa zjawiska równolegle idące. Tam gdzie źrenica się nie zwęża, pilokarpina nie działa na ciśnienie dlatego, że tęczówka lub inne punkta zaczepne pilokarpiny (parasympathicus) są znacznie uszkodzone. Są znane przypadki, gdzie ezeryna i pilokarpina obniżają ciśnienie, niezależnie od źrenicy. Na tej podstawie dawniej przypisywano ezerynie działanie skurczające naczynia. Z nowszych autorów Thiel (Heidelberg 1924) twierdzi, że w pewnych przypadkach pilokarpina działa bez udziału tęczówki i kanału Schlemma. Dlatego Thiel odnosi działanie pilokarpiny do wpływu na naczynia, i na podstawie swych badań stwierdza, że ona powoduje rozszerzenie naczyń doprowadzających, a przedewszystkiem odprowadzających i dlatego usuwa zastój w naczyniach włosowatych. Zaś przez polepszenie krążenia ciśnienie opada i funkcja oka się poprawia.

Hamburger dawniej (1914) działanie pilokarpiny odnosił do zwężenia źrenicy i wskutek tego do zwiększenia powierzchni resorbcyjnej tęczówki. Według późniejszego (1924) zapatrywania środki zwężające źrenicę miałyby działać przez wywołanie kongestji czyli czynnego przekrwienia w przednim odcinku gałki, tj. w tęczówce i ciałku rzęskowym, wskutek rozprostowania naczyń tęczówki. Ta kongestja miałaby działać niejako odciągająco na krew z naczyniówki i dlatego obniżająco na ciśnienie. Z tego rozwinął się pogląd, że wogóle czynne przekrwienie, usuwając bierne, jest czynnikiem leczącym w jaskrze. Może ono być wywołane bądź to przez ezerynę, bądź przez histaminę lub też przez zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. Według Hamburgera każde „ciliarne" zapalenie połączone jest z hypotonją, a operacja jaskry działa leczniczo właśnie przez to, że wywołuje zapalenie urazowe w przednim odcinku gałki, a w ślad za tem dopływ zwiększony krwi tętniczej i żywszą przemianę materji. Stąd też Hamburger zaczął poszukiwać sposobu wywoływania zapalenia dającego się dawkować, („eine dosierbare Entzündung") i tu obok histaminy najlepiej nadało mu się przyżeganie rąbka rogówki lapisem in subst., co stosował z korzyścią w kilku rozpaczliwych przypadkach jaskry.

Dość trudne do zrozumienia jest tłumaczenie Römera mechanizmu działania pilokarpiny. Według badań jego ucznia Schmidta (Z. f. A. 62, 1927) gałka oczna wyłuszczona po pilokarpinie jest cięższą, zwieksza swoją objętość przez zmniejszenię

napięcia ścian. Römer sądzi, że zwiększenie napięcia ścian naczyń prowadzi do podwyższenia ciśnienia śródocznego, wskutek zwiększenia filtracji z nich. Dlatego też pilokarpina normalizuje wprawdzie ciśnienie, ale nie normalizuje oka jaskrowego, gdyż porażając naczynia włosowate zwiększa w niem masę krwi.

Według zapatrywania Bailliarta (Soc. franç. d'Opht. 1927) działanie pilokarpiny nie zależy ani od skurczu źrenicy, ani od wpływu na naczynia. Pobudza ona parasympthicus oczny i wpływa na przemianę materji samych komórek.

Samojłow (Kl. M. f. A. 82, 1929) znajduje na manometrycznej krzywej ciśnienia po pilokarpinie zwiększenie się pulsacyjnych wahań, co mogłoby być następstwem zmniejszenia ciśnienia krwi w naczyniach śródocznych.

2. Adrenalina.

Lecznictwo jaskry w ostatnich latach, można rzec, znajduje się pod znakiem adrenaliny. Dzieje się to od r. 1923, od wystąpienia Hamburgera.

Adrenalina jest znaną w okulistyce i próbowaną w leczeniu jaskry od lat przeszło 30, zaraz po jej wynalezieniu. Pierwszy ją zastosował A. Darier w r. 1896, polecając dodanie wyciągu nadnerczowego do ezeryny. Jedni widzieli korzystne działanie tej kombinacji, inni natomiast, jak np. Gama-Pinto, w Encyklopedji francuskiej, stanowczo się sprzeciwili stosowaniu adrenaliny przy glaucoma. Zapatrywania musiały być sprzeczne, gdyż posługiwano się w tych pierwszych latach nie krystaliczną adrenaliną, lecz wyciągami z nadnerczy o niejednakowem działaniu (jeden z nich t. zw. atrabilina zwężał źrenicę). Brakło też systematycznych badań klinicznych, obserwacje były dorywcze i po największej części bez użycia tonometru.

Pierwsze ścisłe badania eksperymentalne pochodzą od Wessely'ego, któremu zawdzięczamy podstawowe wiadomości o fizjologicznem działaniu adrenaliny na oku. Wessely (Heidelberg 1900) stwierdził, że injekcja podspojówkowa adrenaliny u królika powoduje 1) maksymalną mydriazę, po 10—15 min., 2) zwężenie naczyń tęczówki i ciałka rzęskowego, objawiające się późniejszem występowaniem linji Ehrlicha w przedniej komorze po fluoresceinie, późniejszem odtworzeniem się płynu wodnego po wypuszczeniu komórki, brakiem zwiększenia zawartości białka w regeneracie (zmniejszenie przepuszczalności naczyń), brakiem reaktywnej hypertonji i zwiększenia się białka w płynie wodnym po zadrażnieniu ciałka rzęskowego (podspojówkowy zastrzyk NaCl, przypalenie rąbka lapisem i tp.). 3) Po 1 i pół godz., kiedy pierwsze działanie adrenaliny osłabnie, zawartość białka w przedniej komorze zwiększa się. 4) Ciśnienie śródoczne u królika opada o 3 — 4 mm/Hg.

Rozszerzenie źrenicy Wessely odnosił raczej do działania adrenaliny na zwoje nerwowe śródmięśniowe. Na zakończenia sympatyczne adrenalina nie działa, gdyż rozszerzenie źrenicy występuje też po przecięciu i zwyrodnieniu włókien. Gdyby działała na samą komórkę mięśniową, to powinnaby równocześnie powodować skurcz zwieracza źrenicy, obok skurczu rozwieracza.

Terapeutycznego zastosowania adrenaliny Wessely nie próbował. Wskazał jednak jako na jedyny możliwy sposób zastosowanie adrenaliny u człowieka injekcję podspojówkową. Teoretycznie zastosowanie jej widziałby przy iritis glaucomatosa, przy jaskrze zaś nie.

Kwestją szkodliwości adrenaliny, przy częstem zakraplaniu jej do worka spojówkowego, zajmowali się Valude i Duclos (Annal. d'ocul. 1907). Znaleźli oni jedynie lekkie zgrubienie tętnic podspojówkowych, natomiast nie było zmian w naczyniach włosowatych tęczówki i ciałka rzęskowego. Matusewicz i Rosenhauch (Nowiny lek. 1909) przy częstem zakrapianiu i injekcjach podspojówkowych adrenaliny stwierdzili przerost tkanki łącznej dokoła tętnic spojówki, tęczówki i ciałka rzęskowego.

Pierwsze dokładne badanie kliniczne nad działaniem adrenaliny pochodzą od Ruberta (Z. f. A. 1909). Stosował on adrenalinę w postaci kilkakrotnego zakroplenia do worka spojówkowego, lub też czasem jako injekcję podspojówkową. Posługiwał się tonometrem Makłakowa. Na oczach normalnych wahania ciśnienia były bardzo nieznaczne (do 3,5 mm). Bezpośrednio po zastosowaniu adrenaliny ciśnienie opadało (pierwotne obniżenie) na 1 — 2 godz. Potem wzrastało, a po 6 godz. znów opadało (wtórne obniżenie). Po 24 godz. nie było już różnicy między jednem a drugiem okiem.

Oczy przy jaskrze okazywały ten sam typ krzywej ciśnienia, ale wahania były o wiele większe. Czasem przychodziło odrazu do znacznego obniżenia napięcia o 10 — 30 mm, co trwało 2 — 3 godz., poczem ciśnienie znów wzrastało, czasem powyżej pierwotnej wysokości. W innych przypadkach obniżenie pierwotne było nieznaczne i już po 1 —2 godz., ciśnienie wzrastało o 20—30 mm/Hg lub więcej z czego czasem rozwijał się ostry napad jaskry. Potem dopiero, po 6—9 godz., przychodziło do wtórnego obniżenia ciśnienia, trwającego nieraz kilka dni, albo też napad trzeba było zwalczać ezeryną i pilokarpiną. Naogół przypadki jaskry prostej reagowały na adrenalinę obniżeniem ciśnienia, przeciwnie zaś jaskra zapalna.

Erdmann (Z. f. A. 1914) badał wpływ długotrwałych podspojówkowych zastrzyków adrenaliny u królików i stwierdził, że poza zrostami spojówki z twardówką uszkodzeń żadnych nie było. Oko, nawet po licznych injekcjach zawsze tak samo reagowało na adrenalinę, bez przyzwyczajenia. Erdmann był pierwszym, który na większą skalę zaczął stosować terapeutycznie injekcje podspojówkowe adrenaliny (dawki do 0,5 ccm, 1:1000). Wyniki miał bardzo korzystne przy iritis, przy równoczesnem stosowaniu atropiny; też przy iritis glaucomatosa. W 2 przypadkach jaskry prostej injekcja spowodowała lekkie obniżenie tonus trwające 24—48 godz, bez żadnych szkodliwych następstw. Obawiał się wszakże stosowania adrenaliny przy glaucoma, ze względu na następczą hypertonję.

W r. 1918 Köllner próbował zastrzyków adrenaliny przy glaucoma simplex w dawkach bardzo małych (0,01—0,02 mg) lecz zarzucił to, gdyż ezeryna działała energiczniej.

Knapp (1920) podobnie jak Rubert badał wpływ zakraplań adrenaliny na tonus i źrenicę oczu. Na 65 przypadków w 60 źrenica się rozszerzyła, w 40 ciśnienie się nie zmieniło, w 20 opadło, w 5 podniosło się. Ponadto Knapp stwierdził, że przy jednostronej jaskrze oko zdrowe na adrenalinę czasem reaguje wyraźnem rozszerzeniem źrenicy i spadkiem ciśnienia. Objaw ten został wyzyskany w celu wykrywania usposobienia do jaskry.

Jak widać zastosowanie adrenaliny przy jaskrze w tych latach było niewielkie i powiedziałbym, trwożliwe. Obawiano się głównie następczej hyperemji i —tonji po ustaniu pierwszego działania adrenaliny. Jej skuteczność upatrywano w zwężeniu naczyń.

Dopiero gdy Hamburger (Med. Klinik 1923) wystąpił z leczeniem jaskry zwłaszcza prostej zapomocą podspojówkowych injekcji adrenaliny, jako z własną, oryginalną metodą, sprawa adrenaliny niezmiernie się ożywiła. Publikacje o leczeniu adrenaliną, czy to jaskry pierwotnej, czy następowej lub iritis posypały się jak z rogu obfitości. Należy tu wymienić przedewszystkiem prace Hamburgera, dla którego założeniem było, że jaskra polega na zwiotczeniu naczyń wskutek atonji sympathicus i dlatego polecił adrenalinę, jako środek zwiększający napięcie jego i wyciskający krew z przestworów „jamistych" naczyniówki. Hamburger zastrzega sobie pierwszeństwo w zastosowaniu adrenaliny przy jaskrze, wspominając tylko Köllnera i Fromageta. Jak Hamburger mówi, próby na oczach widzących odbywały się z zagrożeniem jego egzystencji społecznej, gdyż w razie choćby jednego niepomyślnego przypadku spotkałby się z „ekskomunikacją", zato iż ośmielił się leczyć jaskrę rozszerzeniem źrenicy. Pierwszeństwo należy się istotnie Hamburgerowi za śmiałe zapoczątkowanie metody.

Dalsze prace Hamburgera idą po linji wyszukania preparatów zastępczych dla adrenaliny nie powodujących podwyższenia ciśnienia krwi. Tak powstał R. Glaukosan do injekcji i L-Glaukosan do wkraplań. Potem zajmuje się Hamburger leczeniem jaskry przez wywołanie przekrwienia tętniczego (o czem wyżej).

Z prac innych autorów o adrenalinie (i glaukosanie) ze względu na ich ogromną ilość wymienię tylko kilkanaście. Więc o adrenalinie piszą: Gradle (Amer. Journ. of Ophth. 1914), Jaensch (Kl. M. f. A. 73, 1924), Rentz, Mans (ibid), Kadlicky (Arch. d'Opht. 1924), Römer i Krebs (Z. f. A. 53, 1924), Samojłow (Kl. M. f. A. 74, 1925) Stella (Boll. d'oculist. 1925), Thiel (Arch. f. A. 96, 1925), Zamkowskij (Arch. oftal. 1925), Federici (Boll. d'oculist. 1926), Löhlein (Kl. M. f. A. Bh. 1926), Murawleskin (Russ. oftalm. żurn. 1927), Vannas (Acta Ophth. 1927), Gifford (Amer. Journ. of Ophth. 1928). O glaukosanie: Archangelskij (Kl. M. f. A. 76, 1926), Egtermeyer (Kl. M. f. A. 77, 1926), P. A. Jaensch (ref. ibid.), Mock (Münch. med. Woch. 1926), Wegner (Z. f. A. 60, 1926), Bretagne (Clin. Opht. 1927), Darier (ibid.), Alicja Gredsted (Z. f. A. 63, 1927), Herold (Czechosłow. Tow. okul. 1927), Pletnewa (Arch. oft. 1927), Samojłow (ibid.), Böhm (Arch. f. O. G. 120, 1928), Gapajew (Kl. M. f. A. 81, 1928), Nónay (Kl. M. f. A. 80, 1928), Stock (Kl. M. f. A. 81, 1928).

Sposób zastosowania i działanie adrenaliny.

Na pytanie, czy adrenalina działa po wkropleniu do worka spojówkowego, należy odpowiedzieć, że wszystko zależy od jej ilości i stężenia. 1 kropla roztworu 1:1000 zwykle u człowieka

niema żadnego wpływu na rozszerzenie źrenicy, kilka kropli już powoduje lekką mydriazę. Faktem jest, że pewni ludzie na jedną kroplę już reagują wybitnem rozszerzeniem źrenicy. (Próba Loewiego, objaw Knappa przy glaucoma.) Czy to zależy od zwiększenia, czy też przeciwnie od zmniejszenia napięcia nerwu sympatycznego, pozostawiam narazie na boku.

Najwięcej skuteczną jest podspojówkowa injekcja w ilości 0,1—0,5 ccm, przeciętnie 0,2 ccm. Technika jest prostą: zastrzykujemy pod spojówkę gałki, blizko rąbka, po znieczuleniu holokainą i zakropleniu adrenaliny, dla zwężenia naczyń, syntetyczną lewoskrętną adrenalinę w roztworze 1:1000. Zastrzyk jest dość bolesny, zwłaszcza na oku zadrażnionem ból trwa dłuższy czas. Pierwszym objawem jest zblednięcie spojówki gałkowej. Po paru minutach źrenica zaczyna się rozszerzać odpowiednio do miejsca injekcji, po 10—15 minutach mydriaza staje się maksymalną, tak, że nieraz u młodych osobników tęczówka chowa się zupełnie za rąbkiem rogówki. Nieprzyjemne, chociaż krótkotrwałe, są po injekcji adrenaliny objawy z powodu podniesienia ciśnienia krwi, jak bicie serca, uczucie duszności, ból i ucisk w głowie, czasem dreszcze, drgawki. Spostrzegano też omdlenia i zapady. Te objawy występują przedewszystkiem u osób starszych i nerwowych, ale też młodzi ludzie skarżą się czasem na ucisk w głowie. Niebezpieczeństwo jednak nie jest zbyt wielkie. Objawy te mijają po kilkunastu minutach. Nigdy nie spotkano się ze zejściem śmiertelnem po injekcji adrenaliny.

Zamiast injekcji Thiel polecił stosowanie maści adrenalinowej do worka spojówkowego: Supraren. bitartar. 0,01, Vaselini 10,0. 3 razy w godzinach porannych. Działanie jest takie same dobre jak injekcji. Gradle aplikuje adrenalinę przez wprowadzenie tamponu napojonego 0,4—0,5 ccm roztworu po znieczuleniu do górnego załamka, na 2—3 min. Według Gifforda przy tym sposobie nie przychodzi do podwyższenia ciśnienia krwi.

Dla zapobieżenia temu właśnie Hamburger wprowadził nowe środki zastępcze dla adrenaliny. (Med. Klin. 1925). Pierwszym z nich jest t. zw. glaukosan do injekcji, czyli prawy (R-) glaukosan, gdyż składa się z optycznej prawoskrętnej izomery adrenaliny i z metyl-aminoaceto-pyrokatechiny, optycznie nieczynnej substancji macierzystej dla adrenaliny. Prawoskrętna adrenalina działa lokalnie zupełnie tak samo jak zwykła adrenalina, natomiast ma minimalne działanie na ciśnienie krwi. Można ją stosować w roztworze 1:500. Pyrokatechina ma działanie na sympathicus w oku podobne do adrenaliny, ale jest zupełnie bez wpływu na ciśnienie krwi. Stosuje się ją w roztworze 1—2%. Oba związki razem znajdują się w handlu w podwójnych ampułkach.. W jednej jest 0,002 pr. — adrenaliny plus 0,01 pyrokatechiny, w drugiej 1 ccm wody.

By uniknąć injekcji Hamburger wprowadził jeszcze drugi preparat t. zw. L-Glaucosan, czyli Glaukosan do wkraplania. Jest to skoncentrowany (2%) roztwór zwykłej lewoskrętnej adrenaliny z dodatkiem ana m. — a. — a. — pyrokatechiny. Środek ten znajduje się w handlu w zamkniętych ampułkach kroplowych, które mają być zużytkowane na jednem posiedzeniu. Z każdej ampułki da się uzyskać do 12 kropli. Ostatnio Hamburger doniósł, że dla celów szpitalno-klinicznych została wprowadzona inna forma opakowania glaukosanu, mianowicie flakoniki po 20 gr, które powinny być zużytkowane w ciągu 14 dni. Cena tego ma być przystępniejszą. Wszystkie preparaty glaukosanowe są wyrabiane przez A. G. Woelm, Spangenberg b. Kassel.

Wszyscy prawie autorowie są zgodni, że działanie glaukosanu jest identyczne z działaniem adrenaliny, tak, że wszystkie te środki można rozpatrywać łącznie. Injekcje R-glaukosanu mają być bardzo bolesne. (Archangelsky). Podwyższenie ciśnienia krwi według zgodnego zdania po glaukosanie nie występuje.

W literaturze jest podane jedno jedyne ciężkie uszkodzenie rogówki przez L-glaukosan. Mianowicie w przypadku Egtermeyera, przy glaucoma consecutivum z powodu seclusio pupillae i leucoma corneae, na oku ślepem, u 68-letniego mężczyzny z silną arteriosklerozą i hypertonją, został zastosowany L-glaukosan w ten sposób, że płyn wypełniał cały worek spojówkowy, aż do brzegu rogówki, na pół minuty. Po pierwszej kąpieli oko zbladło, ciśnienie się chwilowo, ale znacznie obniżyło, lecz po drugiej wytworzył się ubytek na rogówce i cała rogówka w przeciągu 2 dni poprostu się stopiła, bez udziału drobnoustrojów. Według Hamburgera winnem jest tu niewłaściwe zastosowanie środka (kąpiel) i nieodpowiedni przypadek.

Osobiste doświadczenie mam tylko z L-glaukosanem, który stosowałem ściśle według przepisów Hamburgera. Mianowicie chory leży z głową poziomo, oko znieczula się holokainą, worek spojówkowy osusza się z łez i przy zamkniętej szparze powiekowej puszcza się 2 krople glaukosanu na kącik wewnętrzny. Potem rozwiera się powieki i płyn dostaje się do spojówki. Powieki trzyma się otwarte przez pół minuty i każe się choremu ruszać okiem. Ten zabieg powtarza się co kwadrans, póki nie wyjdzie cała ampułka. Koniecznem jest zapuścić przed każdą aplikacją jedną kroplę holokainy, inaczej występuje pieczenie i łzawienie.

Działanie L-glaukosanu jest charakterystyczne. Szpara powiekowa staje się wybitnie szerszą, na skórze obok kącika wewnętrznego, na powiekach, a nawet dalej na policzku występują białe anemiczne plamy, na dowód, że skurcz naczyń rozszerza się daleko. Oko blednie, ale drobne naczyńka są widoczne, zwłaszcza przy zadrażnieniu oka. Po kilkakrotnem zakropleniu glaukosanu występuje zmętnienie rogówki, nie delikatne „hauchartig" jak mówi Hamburger, widoczne tylko dla szczególnie trwożliwego lekarza, lecz całkiem wyraźne, składające się pod lupą z drobniutkich białych punkcików. Zmętnienie to wszakże znika bez śladu po 24 godz. Pozatem żadnego innego uszkodzenia rogówki, o któreby można ewentualnie obwiniać glakosan, a nie tonometr, nie miałem. Rozszerzenie źrenicy po L-glaukosanie nie jest bardzo wybitne, zwykle nie przekraczało 6 mm. Ogólnych nieprzyjemnych objawów nigdy nie było, raz tylko chory skarżył się na bicie serca.

Działanie anemizujące adrenaliny lub glaukosanu trwa około 9 godz. Źrenica dopiero po 24 godz. wraca do pierwotnego stanu.

Adrenalina obniża ciśnienie na oku normalnem i glaukomatycznem. Jednakże spadek ciśnienia bywa na drugiem o wiele większym. Według Samojłowa procentowy spadek ciśnienia jest jednakowym w obu wypadkach. Przy jaskrze, spadek ciśnienia na oczach z dobrą funkcją jest naogół większy, jak w glaukoma absolutum. Według Samojłowa na oczach normalnych, bezpośrednio po zastosowaniu adrenaliny, ciśnienie się lekko podnosi (wstępne podwyższenie, zależne od samego zabiegu), potem po 5—15 min. ciśnienie się wyraźnie obniża na czas około 1 godziny, potem się lekko podnosi, lub też pozostaje niezmienne na czas 12—24 godz. Przy glaucoma brak jest wstępnego obniżenia, ciśnienie spada odrazu na 24 godz. lub parę dni. Przy glaucoma absolutum zaś ciśnienie na wstępie się podnosi, potem spada, ale tylko nieznacznie poniżej pierwotnej wysokości.

Na oczach jaskrowych trzeba odróżnić pierwotne działanie adrenaliny, od wtórnego. Pierwotne charakteryzuje się spadkiem ciśnienia zaznaczonym w mniejszym lub większym stopniu w każdym przypadku. Po wyczerpaniu działania adrenaliny, czasem po kilku, czasem po kilkunastu godzinach, ciśnienie się podnosi, niekiedy tak znacznie, że przychodzi do ostrego napadu jaskry. Ale częściej ciśnienie pozostaje obniżone na przeciąg jednego lub kilku dni, a nawet czasem tygodni. Jest to wtórne działanie adrenaliny, okres istotnie leczniczy. Na czem on polega, trudno wyjaśnić. Działanie pierwotne tłumaczy się dobrze skurczem tętniczek doprowadzających, przez co masa krwi w oku zmniejsza się, ciśnienie śródoczne się obniża. W następstwie tego nacisk na żyły się zmniejsza, znika zastój w kapilarach, zwiększa się dopływ krwi tętniczej, wskutek wtórnego rozszerzenia tętniczek, przepuszczalność naczyń się zmniejsza (Thiel), jednem słowem warunki krążenia w oku się poprawiają, co może mieć efekt korzystny na wiele dni.

Seidel tłumaczy wtórne działanie adrenaliny zmniejszeniem sekrecji ciałka rzęskowego, wskutek „narkozy" komórek wydzielniczych. Hamburger działanie korzystne adrenaliny upatrywał początkowo w działaniu tonizującem adrenaliny na naczynia, potem w hyperemji czynnej, tętniczej występującej po ustąpieniu skurczu naczyń. Obecnie wszyscy prawie są zgodni w tem, że mechanizm wtórnego działania adrenaliny jest odwrotny do pierwotnego, tak, że adrenalina najsilniejszy bodziec dla sympathicus, działa istotnie przez porażenie jego.

Po zastosowaniu adrenaliny do jednego oka często ciśnienie się obniża i na drugiem oku (Hamburger, Römer i Krebs, Stella, Vannas i inni). Sam też miałem to sposobność obserwować w jednym przypadku (p. n.) Działanie to odnoszą do wessanej adrenaliny do krwiobiegu. Natomiast Hamburger sądzi, że tu chodzi o rodzaj sympatycznego oddziaływania jednego oka na drugie.

Eppenstein (Med. Klinik 1925) podaje, że w dwóch przypadkach udało mu się przy leczeniu adrenaliną jednego oka bardziej chorego, znormalizować ciśnienie na drugiem.

Wartość leczenia adrenaliną.

Adrenalina (impl. glaukosan) bywa stosowaną w jaskrze pierwotnej, zapalnej i prostej, w jaskrze następowej głównie na tle iridocyclitis, a także przy zwykłej iritis, dla wspomożenia atropiny.

W ostrym napadzie jaskry adrenalinę próbowano niejednokrotnie i czasem otrzymywano przerwanie napadu. Zwykle jednak

efekt był krótkotrwały i po paru godzinach ciśnienie się znowu podnosiło, albo też nie otrzymywano żadnego, względnie pogorszenie. Tak więc jaskra ostra nie nadaje się do leczenia adrenaliną i takie jest powszechne zapatrywanie. Jedynie Bailliart widzi główną użyteczność adrenaliny przy ostrym napadzie, ponieważ ona usuwa zastój krwi, będący głównym objawem jaskry. Lecz to zapatrywanie jest więcej teoretyczne, niż oparte na doświadczeniu. Według Vannasa wszystkie oczy z objawami zadrażnienia źle oddziaływują na adrenalinę.

Podobnie nie nadają się na ogół do wypróbowania działania adrenaliny oczy z glaucoma absolutum. Jedynie oczy, gdzie niema tak zwanych objawów degeneratywnych, różniące się od widzących jedynie brakiem funkcji, reagują na adrenalinę dobrym spadkiem ciśnienia. Ale zato wszystkie gałki, gdzie jest zanik tęczówek, porozszerzanie naczyń, katarakta, krwotoki i tp. bardzo źle znoszą adrenalinę.

Głównem polem działania adrenaliny są postacie przewlekłe jaskry. Przy glaucoma simplex adrenalina prawie zawsze powoduje znaczny spadek ciśnienia, dochodzący nieraz do 40 i więcej mm/Hg. Obniżenie ciśnienia może się utrzymywać od 1 do 10—14 dni, a nawet do 2 miesięcy. Przedłużyć można działanie adrenaliny zapomocą środków zwężających źrenicę, które po niej nieraz zaczynają skutkować, o ile przedtem nie potrafiły dostatecznie obniżyć ciśnienia. Skoro działanie adrenaliny minie należy ją powtórnie zastosować i za każdym razem można uzyskać jednakowo dobry efekt. Hamburger mógł w ten sposób utrzymywać chorego w dobrym stanie oka przez parę lat bez operacji.

Są to dodatnie strony leczenia adrenaliną, które oprócz Hamburgera, zostały potwierdzone z wielu stron. Ale też metoda ma swoją ujemną stronę, mianowicie niebezpieczeństwo ostrego napadu jaskry po adrenalinie lub glaukosanie. Już Hamburger w pierwszych swych publikacjach wspomina o nich. W literaturze są też wzmianki o tej komplikacji. Niektórzy z tego powodu musieli zarzucić leczenie adrenaliną (np. Elschnig, Stock). O częstości tych napadów pouczą nas cyfry. Mianowicie na 201 przypadków jaskry prostej, ogłoszonych przez różnych autorów, było 9 ostrych napadów czyli 4,4%. Ta ilość niepomyślnych powikłań nie świadczy jeszcze źle o wartości leczenia adrenaliną. Zwłaszcza, że te ostre napady nie są bardzo groźne i względnie łatwo ustępują po ezerynie i pilokarpinie. Natomiast przypadków określonych jako mniej lub więcej pomyślne, można było naliczyć 66%.

Chociaż cyfry dość dobrze świadczą o adrenalinie, to jednak należy pamiętać, że statystyka nie uzdrowiła jeszcze chorego. Dlatego musimy się liczyć, przystępując do poszczególnego wypadku, z wystąpieniem ostrego napadu jaskry po adrenalinie, który może być ciężki i nie dający się opanować. Należy więc znać sposoby zapobiegawcze. Hamburger (Heidelberg 1927) poleca po L-glaukosanie, po 1 — $1^1/_2$ godz. zakroplić swój Aminglaukosan. W ten sposób postępując nie dopuścił do ostrego napadu, w przypadku gdzie już był taki napad. Amin-glaukosan chociaż działa antagonistycznie na źrenicę i naczynia, jak adrenalina, to jednak nie zmienia krzywej ciśnienia L-gl.

Gilfford (l. c.) poleca przeciwdziałać mydriazie adrenalinowej przez częste zakraplanie ezeryny przed i po adrenalinie, oraz obserwować pacjenta przez 2 godziny przynajmniej.

Jak dotychczas nie jesteśmy w stanie przewidzieć, kiedy adrenalinę lub glaukosan można bezpiecznie stosować, a kiedy wystąpi po nich pogorszenie. Do pewnego stopnia możemy się kierować stanem oka. Im okres choroby wcześniejszy, im lepsze pole widzenia i bystrość wzroku, tem widoki są lepsze. Według Wegnera i Vannasa przypadki w których ciśnienie jest niższe jak 40—50 mm/Hg dobrze oddziaływują na adrenalinę. Thiel uzależnia skuteczność adrenaliny i wogóle wszelkich środków leczniczych jaskry, od stanu naczyń oka. Zły stan naczyń oka objawia się szybszem przechodzeniem fluoresceiny do przedniej komory po podaniu jej per os. Stwierdzenie jednak fluoresceiny w przedniej komorze wymaga specjalnej aparatury.

Hamburger postawił następującą zasadę konserwatywnego leczenia jaskry prostej: 1. Tam gdzie pilokarpina lub ezeryna działa, należy je wyłącznie stosować, 2. O ile przestaną skutkować to adrenalina, względnie glaukosan. 3. Wreszcie gdy i te środki zawiodą, operacja. Ścisłe zachowanie tych wskazań wedle Hamburgera, zabezpieczy najlepiej przed ostremi napadami. O ile adrenalina nie pomoże i będziemy zmuszeni operować, to stanie się to, coby i tak musiało być bez adrenaliny, chory więc nic nie może stracić. Ale zawsze przed decyzją do operacji powinny być wypróbowane i wypczerpane wszelkie sposoby konserwatywnego leczenia.

Myśl bardzo słuszna, lecz w związku z tem nasuwają się trzy pytania: 1) Czy adrenalina jest skuteczniejszą od pilokarpiny? 2) Czy przy adrenalinie może się obejść bez operacji? i 3) Której metodzie operatywnej czy konserwatywnej należy przypisać wyższość?

ad 1) Jeżeli adrenalina ma być stosowaną w tych przypadkach gdzie pilokarpina zawodzi, to należy wymagać by adrenalina w pewnej ilości przypadków częściej skutkowała niż pilokarpina. Jednak obserwacje dotyczące wskazują na coś przeciwnego. I tak Löffle in podaje następujące cyfry: Na 6 oczach gdzie adrenalina nie działała, pilokarpiną, z wyjątkiem ostrej jaskry 5 razy ciśnienie obniżyła. Na 10 oczach gdzie adrenalina spowodowała podwyższenie ciśnienia, pilokarpina je w 6 obniżyła. Na 3 oczach gdzie pilokarpina nie skutkowała, w 1 adrenalina była bez wpływu, w 2 wywołała ostry napad. Na 8 oczach gdzie pilokarpina niezupełnie regulowała ciśnienie, 1 raz tylko adrenalina działała silniej, 2 razy jednakowo, 5 gorzej. Według Vannasa porównanie działania adrenaliny i miotików wypada też na korzyść tych ostatnich. Na 29 przypadków tam gdzie adrenalina działała, miotika działały również. W 12 przypadkach opornych na adrenalinę miotika 8 razy obniżyły ciśnienie, w 7, tam gdzie adrenalina spowodowała wzrost napięcia, miotika 5 razy zmniejszyły je. Te cyfry mówią same za siebie. Jeżeli o pilokarpinie wiadomo, że sama nie stanowi wystarczającego leczenia, to tembardziej to należy powiedzieć o adrenalinie. Oczywiście mówiąc o leczeniu adrenalinowem ma się na myśli kombinację obu tych leków, gdyż samej adrenaliny nikt nie stosuje.

ad 2) Przypuśćmy, że mamy w leczeniu zapomocą adrenaliny i pilokarpiny przypadek, gdzie można adrenaliną uzyskać wydatne i długotrwałe obniżenie ciśnienia. Czy w takim przypadku rokowanie jest pomyślne i czy można ad infinitum stosować adrenalinę? Jest to wątpliwe gdyż musimy się liczyć z osłabnięciem działania adrenaliny (Wegner, Gredsted, Nónay). Czy to słabnięcie działania adrenaliny polega na „przyzwyczajeniu" czy też może na pogorszeniu się stanu oka, tak że oddziaływanie na środki lecznicze staje się gorsze — nie wiemy. W każdym razie należy się liczyć z ewentualnością operacji mimo początkowo dobrego działania adrenaliny i zachodzi teraz obawa, że efekt operacyjny wtenczas nie będzie dobrym, gdyż operacje także dają najlepsze wyniki we wczesnych przypadkach.

ad 3) Czy wybrać operatywne czy konserwatywne leczenie jaskry, jest to kwestja która ma pierwszorzędne znaczenie i jest ciągle rozstrząsaną od wielu lat przez najdoświadczeńszych okulistów. Nie czuję się też na siłach tu ją rozstrzygnąć. Wspomnę tylko, że jaskra, zwłaszcza jej postać przewlekła jest chorobą nieuleczalną i każdy sposób leczenia może tylko usunąć najgroźniejszy objaw tj. podwyższenie ciśnienia i w ten sposób przedłużyć okres „życia" danego oka. Każdy sposób leczenia w tym celu użyty, będzie miał swoje wyniki pomyślne, obojętne i szkodliwe. Ten sposób wybierzemy, który da nam najwięcej dobrych a najmniej złych wyników. Skuteczność leczenia chirurgicznego zależy od wyboru metody operacyjnej. Jeżeli za reprezentanta operacji przeciwjaskrowych wybierzemy cyklodializę, jak to czyni Hamburger, który uważa tę operację za najskuteczniejszą (Heidelberg 1924), to bardzo możliwe, że porównanie wypadnie na korzyść adrenaliny. Ale jeżeli się weźmie pod uwagę np. trepanację sposobem Szymańskiego operację prostą, łatwą i skuteczną, to porównanie wypadnie inaczej. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że już w trzecim przypadku w którym stosowałem glaukosan przyszło do ostrego napadu, który ustąpił dopiero po irydektomji, natomiast na przeszło 40 trepanacji wykonanych na klinice okulistycznej U. J. K. prawie nigdy nie było złych następstw bezpośrednich, a raz tylko późna infekcja i to w przypadku powikłanym. Osobiście odniosłem wrażenie, że chory mniej się naraża poddając się operacji, niż przy leczeniu adrenaliną lub glaukosanem.

Do tego należy dodać, że leczenie adrenaliną jest bardzo uciążliwe zarówno dla lekarza, jak i dla chorego, wymaga stałej kontroli i dlatego często będzie niemożliwem do przeprowadzenia, choćby ze względów społecznych i terytorjalnych. Z tych wszystkich powodów trudno przypuścić, by metoda wprowadzona przez Hamburgera stała się kiedykolwiek metodą wyboru dla leczenia jaskry. Nie wynika z tego jednak, by tego leczenia nie można było stosować i nie uzyskiwać, nawet często dobrych wyników. Ale każdy musi się kierować własnem doświadczeniem, gdyż zawsze będzie tak, że według jakichś niezbadanych praw rządzących rozdziałem przypadków jeden otrzyma serję dobrych, a drugi złych wyników. Przy zastosowaniu adrenaliny lub glaukosanu w poszczególnym wypadku należy się liczyć z możliwością

ostrego napadu, dlatego należy dobierać odpowiednio przypadki i pamiętać o sposobach zapobiegawczych.

Czasem w przypadkach jaskry operowanej adrenalina jest jedynym środkiem zapomocą którego można coś jeszcze uzyskać. Tam gdzie operacja niedostatecznie obniżyła ciśnienie, zapomocą adrenaliny niejednokrotnie uzyskiwano dobre wyniki, spadek ciśnienia i powrót skuteczności pilokarpiny. Także w tych przypadkach, gdzie po operacji przyszło do zapalenia tęczówki, adrenalina jest skuteczną, jako środek rozszerzający źrenicę i równocześnie obniżający ciśnienie.

Własne przypadki.

Kilka własnych przypadków przytaczam w krótkości, dla ilustracji. Adrenalinę lub glaukosan stosowałem przeważnie tam, gdzie pilokarpina nie działała, t. zn. gdy mimo codziennego stosowania pilokarpiny, ciśnienie na drugi dzień rano było wysokie:

1. Mężczyzna lat 47. Glaucoma simplex oc. ut. Wzrok na obu oczach 5/15, pole widzenia nieznacznie współśrodkowo zwężone. Pilokarpina nie normalizuje ciśnienia. O. p.: Trepanacja Szymańskiego. Do 0.1:02 adrenaliny. Ciśnienie spada w ciągu 8 godzin z 52 na 12 mm/Hg. Następnego dnia rano znowu T. 42 mm. Pilokarpina nie działa lepiej.

2. Mężczyzna lat 54. Glaucoma inflammat. acut. o. d. Zwiastuny jaskry od 3 miesięcy. Ostry napad od 2 tygodni. T-68 mm/Hg. 0.2 adrenaliny bez wpływu na ciśnienie, tylko większe bóle i obrzęk spojówki. Pilokarpina nie działa. Irydektomia. Po operacji, ośrodki się nie wyjaśniają, zadrażnienie się utrzymuje. W 6 tyg. T-30 mm. V — palce przed okiem, nieco gorzej jak przed irydektomią. Jednem słowem złośliwy przebieg jaskry ostrej.

3. Kobieta lat 59. Glaucoma inflamm. chronicum o. d. absolutum o. s. Przed 13 laty operowana (irydektomia) na o. l. wzroku nie odzyskała. Tl = 34 mm. Na oku prawem widzi coraz gorzej od kilku lat. V p = 5/50 — 4 D. Pole widzenia znacznie zwężone Tp = 65 mm. mimo pilokarpiny przez 4 dni. L-glaukosan do o. p. Ciśnienie spada na 22 mm/Hg. i trzyma się poniżej 30 mm, przez czas obserwacji 4 dni potem trepanacja.

4. Kobieta lat 57. Glaucoma simplex o. d. absolut. o. s. Od roku nie widzi na o. l. Upośledzenie wzroku na o. p. zauważyła przed miesiącem. Vp=5/10. T. o. u. = 60 mm/Hg. Po pilokarpinie Tp = 20 mm (lecz potem idzie w górę) Tl = 45 mm. L-glaukosan po pół ampułki do każdego oka równocześnie przy Tp=40 mm, Tl = 47 mm. Ciśnienie spada po 3 godz. na pr. 35 mm, na 1.32 mm. po 6 godz. Tp = 56 mm, Tl = 47 mm. Źrenice stają się owalne, rogówki mętne. Pilokarpina i ezeryna. Na drugi dzień napad jaskry na obu oczach, który po pilokarpinie na oku ślepem ustępuje, natomiast na widzącem nie, dlatego iridectomia o. d. po 2 dniach.

5. Mężczyzna lat 62. Glaucoma simplex o. u. f. absolutum o. s. Vp = 5/5 pilokarpina ciśnienie trwale normalizuje. 0.l. zewnętrznie prawidłowe, ekskawacja, resztka pola widzenia po str. skroniowej. Ciśnienie mimo pilokarpiny waha się od 30—58 mm/Hg. L-glaukosan do 0.1. przy 42 mm/Hg, spadek na 15 mm, równocześnie też na drugiem oku z 22 na 15 mm. na cały dzień. W ciągu 6 tyg. przy pilokarpinie ciśnienie na 0.l. nie przekracza 32 mm, po 2 miesiącach T1=40.

6. Mężczyzna lat 65. Glaucoma simplex o. s. T=35 mm (mimo pilokarpiny) ekskawacja, V=5/15. Zmiany degeneratywne w plamce żółtej, znaczne zwężenie pola widzenia. L-glukosan do 0.l. spadek ciśnienia z 35 na 22 mm. Następnego dnia 30 mm. i utrzymuje się tak przez 2 tygodnie, przy pilokarpinie. Po 3 tyg. T1=35 mm/Hg.

Przypadki 1, 3, 5 i 6 przedstawiają nam korzystne działanie adrenaliny i glaukosanu. Natomiast przypadek 4 dowodzi, jak nieobliczalnem w skutkach może być to leczenie.

Jaskra następowa.

Adrenalina bywa też używaną i to z korzyścią przy podwyższeniu ciśnienia na tle iridocyclitis. Wtakich razach gdzie sama atropina nie powoduje rozszerzenia źrenicy i spadku ciśnienia, albo nawet sprowadza pogorszenie, adrenalina zastrzyknięta podspojówkowo, czy też w postaci glaukosanu zrywa przyczepiny, sprowadza trwałe obniżenie ciśnienia, oraz możność dalszego stosowania atropiny. Wszyscy niemal, nawet zdecydowani przeciwnicy stosowania adrenaliny lub glaukosanu przy jaskrze pierwotnej, polecają te środki przy t. zw. iritis glaucomatosa. (Gradle, Safar, Jaensch, Federici, Gredsted, Wegner). Stock, który miał zawsze złe wyniki z adrenaliną i glaukosanem, mówi, że przy jaskrze następowej na tle okrężnego przyczepu tęczówki, glaukosan daje nierzadko świetne wyniki: źrenica staje się szerszą, poszczególne przyczepiny puszczają, tęczówka babkowato wydęta zapada się, jaskra znika.

Dla przykładu przytoczę jeden przypadek własny, gdzie działanie glaukosanu było rzeczywiście znakomite.

Kobieta l. 56. Cyclitis (iritis serosa) glaucoma consecutivum o. s. Lekkie nastrzykanie rzęskowe, rogówka mętna, nieliczne precipitaty, rysunek tęczówki zatarty, źrenica 2 mm, bez przyczepin, komórka dość głęboka. V = 2/60, T = 76 mm/Hg, po pilokarpinie nie opada. Zastosowano L-glaukosan, ciśnienie odrazu zaczęło opadać, źrenica 5 mm, V=5/50, wieczorem T=40 mm/Hg. rogówka czysta. Następnego dnia T=47 mm, po pilokarpinie 28 mm. i potem ciśnienie trzyma się na 20—25 mm, bez pilokarpiny. Po 11 dniach T=25 mm, V=5/10.

Także przy zwykłej iritis polecają adrenalinę w celu zerwania tylnych przyczepin opornych na atropinę. Zrywanie tych przyczepin ma być nieraz połączone z gwałtownym bólem, tak, że trzeba łagodzić go morfiną. (Rentz, Gredsted). Czasem może przyjść po adrenalinie do pogorszenia. (Vannas). Wegner jest zdania, że glaukosan nie będzie używany przy jaskrze, lecz zachowa swoje znaczenie, jako środek pomocniczy w afekcjach tęczówki. W jednym jego przypadku działanie mydriatyczne glaukosanu było tak silne, że cataracta secundaria uległa rozerwaniu i nie trzeba było dyscysji. Nadaje się też adrenalina do usuwania świeżych wklinowań tęczówki na tle wrzodów lub ran rogówki.

Adrenalina zawodzi przy glaucoma secundarium na tle leucoma corneae adhaerens, staphyloma, całkowitego zwichnięcia soczewki, thrombosis v. centralis retinae itp.

W jednym przypadku jaskry traumatycznej, gdzie przyczyną jej było nadwichnięcie soczewki i dostanie się ciałka szklistego do przedniej komory adrenalina okazała się bardzo skuteczną. Chodziło tu u młodego człowieka, ciśnienie śródoczne utrzymywało się na 40—60 mm/Hg mimo pilokarpiny. Zastosowałem 0,2 adrenaliny, źrenica się rozszerzyła maksymalnie, lecz tonus w ciągu godziny nie opadł. Następnego dnia T=22 mm. W dzień potem, znowu 45 mm. Potem jednak ciśnienie przy pilokarpinie opadło i utrzymywało się w normie bez pilokarpiny w ciągu kilku tygodni obserwacji.

W analogicznym zupełnie przypadku, lecz u starszej kobiety, adrenalina spowodowała podwyższenie ciśnienia i bóle.

3. Pituitryna.

Wyciąg z przysadki mózgowej (tylnego płatu) wykazuje działanie analogiczne do adrenaliny, zwężenie naczyń i podwyższenie ciśnienia krwi. Działa na same elementy kurczliwe naczyń.

Imre jun. pierwszy połączył hormon przysadki z ciśnieniem śródocznem. Magitot (1917) i Funaischi (1925) po injekcji śródżylnej u królika, stwierdzili podwyższenie ciśnienia śródocznego.

L. Müller (Kl. M. f. A. 73, 1924) przedstawia następujący obraz działania pituitryny po zakropleniu jej do worka spojówkowego u człowieka: 1) Żyły episkleralne idące od kanału Schlemma rozszerzają się więc pituitryna ma związek z odpływem cieczy z oka. 2) Tęczówka spłaszcza się, co polega na zwiększeniu napięcia m. dilatator pupillae (i równocześnie m. sphincter iridis, gdyż źrenica się nie rozszerza). 3) Przednia komora staje się głębszą, co ma polegać na zwiększonej sekrecji płynu wodnego. 4) Ciśnienie śródoczne lekko się podnosi. Poglądy tego autora są jednak bardzo niejasne, gdyż mimo stwierdzenia tego ostatniego faktu, uważa jaskrę za analogon diabetes insipidus, spodziewa się na sekcjach atrofji przysadki mózgowej i poleca wkraplania pituitryny z pilokarpiną jako terapję przyczynową.

Rotter (Z. f. A. 55, 1925) poleca przy iritis i glaucoma zastrzyki podspojówkowe astmolizyny (0,2—0,5 ccm), preparatu składającego się z adrenaliny i hormonu przysadki.

Według Accardiego (Bollet. d'oculist. 1926) wyciąg z tylnego płata przysadki („Endopituirina") powoduje znaczne rozszerzenie źrenicy i wyraźny spadek ciśnienia.

Badania eksperymentalne Samojłowa (Kl. M. f. A. Bh. 1927) wykazały, że wkraplanie pituitryny powoduje stałe, ale nieznaczne obniżenie ciśnienia śródocznego. Zastrzyk podspojówkowy pituitryny „Parke-Davis" lub pituglandolu „Roche" 0,3—0,5 ccm, powoduje znaczne obniżenie ciśnienia. Krzywa ciśnienia po pituitrynie jest charakterystyczna swoją jednofazowością. Brak jest wstępnego podwyższenia ciśnienia, co S. odnosi do bezbolesności injekcji, brak jest wtórnego wzrostu, a więc cech charakterystycznych dla krzywej po adrenalinie. Obniżenie ciśnienia trwa na jednym poziomie szereg godzin, a nawet dni.

Terapeutycznie przy jaskrze miał też Samojłow dobre wyniki. (Dawki i technika zastrzyku jak dla adrenaliny). Po pituitrynie ciśnienie krwi wzrastało znacznie, lecz tylko na 20 min. Ciśnienie śródoczne w pierwszych 2 godz. nieznacznie się obniżało, maksymalny spadek był 2—3 dnia. Potem ciśnienie pozostawało obniżone, albo nieznacznie się podnosiło. Po przekroczeniu pierwotnej wysokości, środki zwężające źrenicę je napowrót obniżały, ale tylko w mało zaawansowanych przypadkach.

Gapajew (Kl. M. f. A. 81, 1928) stosował też pituitrynę (sowiecką) przy glaucoma w dawkach 0,5 ccm. Największe obniżenie ciśnienia było przy glaucoma simplex, np. z 40 na 15 mm, trwało ono dłużej jak po adrenalinie lub glaukosanie, bez pilokarpiny i ezeryny 1—2 tygodni. Spadek zaczyna się po 1—2 godz., a po 24—48 godz. osiąga maximum. Źrenica się nie rozszrza. Injekcja jest bezbolesna. Ciśnienie krwi bardzo nieznacznie się podnosi Przy jaskrze zapalnej ostrej lub chronicznej pituitryna działa tylko na krótko, lub jest całkiem bez efektu.

Na podstawie powyższego piśmiennictwa pituitryna wydaje się środkiem całkiem dobrym, przewyższającym nawet adrenalinę. Podnieść należy bezbolesność injekcji, znaczny i długotrwały spadek ciśnienia, bez wstępnego i następowego podwyższenia, brak rozszerzenia źrenicy przez co ma być wykluczoną możliwość ostrego napadu (Gapajew).

Próbowałem w 2 przypadkach glaucoma simplex injekcje 0,3—0,5 ccm pituglandolu „Roche" lecz właściwie bez żadnego efektu. Po godzinie był lekki spadek ciśnienia (z 48 na 36 mm i z 65 na 56 mm). Źrenica może się rozszerzyła. Następnego dnia ciśnienie było wysokie jak zwykle. Injekcja była dość bolesna.

4. Histamina.

Histamina (β-imido-azolyl-etyl-amina) jest pochodną histydyny, alkaloidu znajdującego się w sporyszu. Histamina, podobnie jak tyramina (p-oxy-etyl-amina), pochodna tyrydyny, nie jest składnikiem charakterystycznym sporyszu, gdyż oba ciała tworzą się wogóle przy rozpadzie białka roślinnego lub zwierzęcego.

Histamina, wprowadzona do obiegu krwi jest silną trucizną. Działa bardzo silnie obniżająco na ciśnienie krwi, wskutek porażenia naczyń włosowatych. Zastosowana lokalnie, (np. podskórnie) wywołuje silne przekrwienie, wysięk z naczyń, obrzęk — jednem słowem zapalenie (Hamburger).

Użycie jej jako środka obniżającego ciśnienie śródoczne, zostało pomyślane poraz pierwszy przez Hamburgera (1924), który wyszedł z założenia, że dla adrenaliny zwężającej naczynie i rozszerzającej źrenicę powinien istnieć antagonista, ale też obniżający ciśnienie śródoczne, właśnie przez wywołanie przekrwienia tętniczego.

Hamburger histaminę uważał za jad porażający sympathicus, ale raczej jest ona bodźcem parasympatycznym (Lewinsohn, Baillart).

Hamburger początkowo stosował roztwór 1:1000. Injekcje podspojówkowe tego „Laboratoriums Nr. 30" powodowały silny obrzęk spojówki, powiek, ból, oraz maksymalne zwężenie źrenicy, nawet po atropinie. Po 3—6 godz. wszystko mijało. Czasem przychodziło do zawrotów głowy, osłabienia wskutek obniżenia ciśnienia krwi.

Wyniki jednak przy jaskrze ostrej, przeciw której ten środek był pomyślany, były niepewne. W jednym tylko przypadku jaskry następowej po urazie, po jednorazowem zastosowaniu histaminy nastąpiło trwałe wyleczenie.

Doprowadzenie do doskonałości tego środka polegało przedewszystkiem na ominięciu bolesnej injekcji podspojówkowej i zastosowaniu go w postaci kropli do oka. Do tego celu potrzebnem było użycie o wiele wyższych koncentracji, podobnie jak dla L-glukosanu, gdyż roztwór 1:1000 nie działał od worka spojówkowego. Po stwierdzeniu, że te wysokie złożenia nie są toksyczne, ani nie uszkadzają spojówki i rogówki, Hamburger ogłosił swój t. zw. Aminglaukosan (Kl. M. f. A. 76, 1926). Znajduje on się w handlu (Woelm) w ampułkach kroplowych, jak L-glaukosan, w trzech koncentracjach: 2%, 7% i 10%. Roztwór 2% zwęża maksymalnie atropinizowaną źrenicę i jest polecony dla starszych ludzi u których po mydriazie obawiamy się ostrego napadu jaskry. Przy glaucoma powinny być użyte wyższe koncentracje (10%). Wywołują one chemozę, nieraz tak znaczną, że rogówka może być przykrytą, obrzęk powiek, czasem zaczerwienie i obrzęk twarzy i szyji po dotyczącej stronie. Sposób użycia: po znieczuleniu holokainą i uprzedzeniu pacjenta o objawach, zapuścić 1 kroplę 10% roztw. (2—2%) w pozycji leżącej w kącik wewnętrzny otwartego oka i trzymać szparę powiekową otwartą przez 30 sek. O ile chemoza nie jest za wielką można dawkę powtórzyć po 20—30 min. (2% już po 10—15).

Amin-glaukosan jest pomyślany przeciwko ostrej jaskrze. Przy chronicznej działanie byłoby tylko przejściowe. Ale przy ostrym napadzie, gdzie chodzi tylko o najszybsze zwężenie źrenicy, to „najsilniejsze mioticum" zdaniem Hamburgera, powinno być zawsze wypróbowane, zanim się przystąpi do operacji.

Hamburger (l. c.) przytacza dwa przypadki, gdzie Aminglaukosan zwalczył ostry napad jaskry. W pierwszym przyszło do ostrego napadu przy glaucoma simplex. T=70 mm. Po zastosowaniu A. gl. 10% w godzinę już była rogówka czystą, źrenica wązka. Po kilku godzinach 2 i 3 raz A. gl., następnego dnia T=24 mm/Hg. W drugim przypadku też przy glaucoma simplex, po L-glaukosanie przyszło do ostrego napadu. Ezeryna nieskuteczna. Zastosowano A. gl. 10%, chemoza tak silna, że rogówki nie widać. Skoro po 40 min. chemoza się zmniejszyła, rogówka była czystą, napad ustąpił.

Jeżeli się przeglądnie piśmiennictwo, dość skąpe zresztą o Amin-glaukosanie, to wyniki otrzymane nie są bardzo zachęcające. Jäger (Bay. aug. Ver. 1926) skarży się, że A. gl. 2% nie tylko nie pomógł, ale spowodował tak silną chemozę, że przez 2 dni była niemożliwą irydektomia. Nato Hamburger odpowiada, że Jäger nie powinien był stosować 2% lecz 10% A. gl., a i chemoza nie powinna być przeszkodą przy odpowiedniej technice. Archangelskij (Ros. tow. okul. 1927) donosi, że po L-glaukosanie miał liczne napady, tak, że ten środek uważa za szkodliwy. W tych napadach Amin-glaukosan zawodził zupełnie. Lepsze wyniki ma Pletnewa (ref. Zentrbl. XIX) z A. gl. Na 9 przyp. ostrej jaskry w 4 było „dość trwałe" obniżenie ciśnienia, w 4 działanie było tylko przejściowe, a w 1 zupełnie nie było efektu. W przypadku Böhma (Arch. f. O. G. 1928) w którym po L-glaukosanie przyszło do ostrego napadu jaskry na obu oczach, A. gl. na jednym oku próbowany, zupełnie nie obniżył ciśnienia.

Stock z Amin-glaukosanem miał też złe doświadczenia. Chorzy dostawali bardzo silnych bólów, obrzęku spojówek. Obniżenia ciśnienia lepszego jak po pilokarpinie nigdy nie było.

Oprócz dla jaskry, Amin-glaukosan (2%) nadaje się też do stosowania przy leniwych zapaleniach rogówki i tęczówki (gruźlica), jako środek wywołujący przekrwienie, analogicznie do dioniny.

Tyramina wedł. K. v. Hofe (Arch. f. A. 98, 1927) ma działanie podobne do adrenaliny, lecz słabsze, chociaż trwalsze. 0,1 tyraminy odpowiada 0,0003 adrenaliny. Mała dawka tyraminy (0,002) w injekcji podspojówkowej powoduje silne rozszerzenie źrenicy, bez wyraźnego wpływu na ciśnienie. O wiele skuteczniejsza jest kombinacja tyraminy z histaminą, znajdująca się w handlu pod nazwą Tenosin-liquor (Bayer). Ten płyn zawiera w 1 ccm 0,00875 HCl-tyraminy i 0,00175 HCl-histaminy. Po injekcji podspojówkowej tenozyny w ilości 0,1—0,5 ccm występuje po 5 min. bardzo silne rozszerzenie źrenicy. Ciśnienie śródoczne opada zwolna aż do znacznego zmięknienia gałki, co w rozmaitym stopniu udziela się drugiemu oku. Taksamo źrenica na drugiem oku u niektórych zwierząt staje się maksymalnie szeroką.

Oko normalne u człowieka na tenozynę w maści nie reaguje obniżeniem ciśnienia. Jednak przy jaskrze wpływ jest niewątpliwy. W jednym przypadku po zastosowaniu maści tenozynowej III (Hist. 0,01, tyr. 0,5, Vasel. 10) ciśnienie się obniżyło na 3 dni. W innym, gdzie pilokarpina i adrenalina nie działały przy T=45 mm vom Hoffe zastosował maść IV (Hist. 0,02 tyr. 1,0), co spowodowało podwyższenie ciśnienia do 65 mm. Po podaniu jednak maści VI (0,04:2,0 na 10) ciśnienie spadło do 20 mm/Hg. Maść tenozynowa powoduje na oku glaukomatycznym krótkotrwałą mydriazę, wpływu na drugie oko niema.

5. O ergotaminie i sympatykotonji w jaskrze.

Związek jaskry z układem nerwowym już od dawna był oczywistym. Najbardziej rzucającym się w oczy był ten związek w jaskrze ostrej, ale też przyjęto go dla postaci chronicznych. Obok dawnych teorji (Donders i inni) upatrujących przyczynę jaskry w zadrażnieniu nerwu V, zwrócono przedewszystkiem uwagę na nerw sympatyczny (Laquer, Adamiuk, Abadie). Być może, myśl ta wzięła się stąd, że przy jaskrze spotyka się mydriazę, objaw charakterystyczny dla zadrażnienia sympathicus.

Według Abadie'ego przyczyną jaskry jest podrażnienie sympathicus, powodujące rozszerzenie naczyń w oku i hypersekrecję. To podrażnienie jest natury odruchowej, bodziec wychodzi z tęczówki i dla jaskry następowej istota tego bodźca jest

jasną: jakiś proces chorobowy w tęczówce. Ośrodki tego odruchu mogą leżeć w oku, w ggl. ciliare lub dalej w zwoju Gassera, albo w jeszcze wyższych centrach. Robiąc irydektomję otrzymuje się efekt przeciwny zadrażnieniu tęczówki, przerywa się prąd nerwowy, („nous coupons le circuit nerveux") wychodzący z tęczówki.

Dla zmniejszenia napięcia sympathicus A b a d i e podał sposób leczenia jaskry prostej ekstyrpacją zwoju sympatycznego szyjnego, podjawszy myśl rzuconą jeszcze przez L e t i é v a n t a w r. 1873. Z polecenia A b a d i e'ego taką operację wykonał poraz pierwszy przy jaskrze chirurg bukareszteński J o n n e s c o w r. 1897. Za nim, w ciągu kilku następnych lat wykonano tych operacji sto kilkadziesiąt, lecz prędko zarzucono je, gdyż przekonano się, że wyniki są nietrwałe i wątpliwe.

Wychodząc z założenia, że bezpośrednią przyczyną jaskry jest rozszerzenie naczyń w oku, A b a d i e przepisał jeszcze leczenie zapomocą środków ściągających naczynia (ogłoszone w Cliniq. Ophtal. 1927). Przedewszystkiem polecił do zażywania adrenalinę 3 razy po 10 kropli do tego dodał ergotynę w 2 pigułkach dziennie po 0,10 oraz chlorek wapnia. Zaś lokalnie zalecił do oka krople pilokarpiny z adrenaliną. Dobre wyniki po tem leczeniu odniesiemy w świetle najnowszych badań nad ergotaminą, do ergotyny.

H a m b u r g e r (Kl. M. f. A. 1920—23) upatrywał przyczynę jaskry w dysfunkcji sympathicus, powodującej pewne zaburzenia wydzielnicze w oku. Jaskra byłaby analogiczną z temi chorobami, które L e r i c h e leczył sympatektomją okołotętniczą i skuteczność każdej operacji przeciw jaskrowej byłaby w tem, iż zabieg w jakiś sposób uszkadza lub wpływa na sympathicus. (Stąd skuteczność zabiegów na ciałku rzęskowem i na tęczówce, natomiast nie na rogówce). Efekt leczniczy adrenaliny H. początkowo tłumaczył działaniem tonizującem na sympathicus, później zaś wtórnem porażeniem jego. Przez porażenie sympathicus miałaby skutkować też histamina.

Według T h i e l a (Kl. M. f. A. 77, 1926) przy jaskrze jest wzmożone napięcie sympathicus i stąd zwiększona przepuszczalność naczyń.

Jakież są dowody na sympatykotonję w jaskrze? Trzeba zaznaczyć, że w całej tej kwestji jest wiele niejasności i sprzeczności. W doświadczeniach fizjologicznych zadrażnienie n. współczulnego powoduje zwężenie naczyń i zmniejszenie napięcia gałki (B a i l l i a r t). Patologiczne wzmożenie napięcia sympathicus ma powodować objawy przeciwne.

Próba L o e w i'ego, wedle K n a p p a wypadająca przy jaskrze prostej i na oczach dysponowanych dodatnio, a wedle S c h ö n b e r g a też w 50% u potomków na chorych na jaskrę, nie świadczy jeszcze o niczem, gdyż właśnie po przecięciu i zwyrodnieniu włókien sympatycznych, oczy stają się wrażliwsze na adrenalinę (S t r a u b). Więc na tej drodze nie znajdzie się dowodu.

Można też sprawę ująć z punktu widzenia równowagi neuro-wegetatywnej, istniejącej między układem sym- a parasympatycznym. Objaw t. zw. sympatykotonji, mogą być spowodowane albo pierwotnem wzmożeniem napięcia sympathicus, albo osłabieniem inerwacji parasympatycznej. Stosownie do tego o sympatykotonji w jaskrze można wnosić ex post, mianowicie z leczniczego efektu pilokarpiny, ezeryny i histaminy, środków przesuwających równowagę neuro-wegetatywną na stronę układu parasympatycznego. Natomiast szkodliwe są przy jaskrze jady porażające parasympathicus, jak atropina. Adrenalina tu także nie stanowi wyjątku, gdyż działa właśnie przez wtórne porażenie sympathicus. Według B a i l l i a r t a są to główne dowody na hypersympatykotonję w jaskrze.

Wzmożona inerwacja sympatyczna nie musi działać zapomocą jakichś określonych narządów, jak naczynia lub aparaty wydzielnicze. Wiadomo już od dawna, że wpływ układu nerwowego wegetatywnego jest głębszy, tyczący bezpośrednio samą przemianę materji w tkankach (np. cały mechanizm regulacji cukru). W oku też sympathicus miałby jakiś wpływ tego rodzaju, niezależnie od działania na tęczówkę i od zwężenia lub rozszerzenia naczyń (B a i l l i a r t).

Efekt jaki dana inerwacja wywrze, zależy nie tylko od jej natury sym- lub parasympatycznej i od narządu wykonawczego, lecz też od pewnej „dyspozycji tkankowej", uwarunkowanej obecnością pewnych ciał we krwi, działających na układ wegetatywny, jak adrenaliny i choliny, stosunkiem jonów wapnia do potasu, oraz obecnością pewnych hormonów. I tak dyspozycję sympatyczną stwarza, brak choliny we krwi i przewaga jonów Ca nad K.

Cholina, farmakologicznie należąca do grupy pilokarpiny, działa tonizująco na parasympathicus, analogicznie jak adrenalina na sympathicus. Badania P a s s o w a (ref. Kl. M. f. A. 78, 1927) wykazują zmniejszenie się choliny we krwi chorych na jaskrę, oraz przesunięcie się stosunku jonów Ca do K, na niekorzyść potasu. Te czynniki powodowałyby niedomogę para-sympatyczną. Wynikałoby z tego, że cholina powinna działać korzystnie przy jaskrze. Takie spostrzeżenie uczynił H e i m (Kl. M. f. A. 79, 1927), zastrzyknąwszy z dobrym skutkiem przy glaucoma simplex surowicę krwi, pobranej od chorego na Addisona. Jak wiadomo, w tej chorobie poziom choliny we krwi jest podwyższony.

Pobudzająco na sympathicus działa znowu hormon tarczycy. Inne badania P a s s o w a (Heidelberg 1928) wykrywają przy jaskrze pewną stygmatyzację tyreotoksyczną, objawiającą się wzmożeniem podstawowej przemiany materji, hyperjodemią, podwyższeniem cukru we krwi itp.

Prócz alkaloidów, działających pobudzająco na parasympathicus, lecznicze znaczenie przy jaskrze mogą mieć też środki porażające sympathicus. Takim jest ergotamina, wprowadzona do leczenia jaskry przez T h i e l a (Kl. M. f. A. 77, 1926).

Ergotamina jest czynną zasadą sporyszu, uzyskaną z niego w postaci krystalicznej przez A. S t o l l a. Pod względem farmakologicznym jest ona antagonistą adrenaliny. Wedle R o t h l i n a (Kl. M. f. A. 80, 1928) ergotamina nie dopuszcza do podwyższenia ciśnienia krwi po zadrażnieniu sympathicus, hamuje działanie nn. accelerantes na serce. Znosi a nawet odwraca działanie adrenaliny na naczynia, macicę królika, pęcherzyki nasienne. Nie dopuszcza też do hyperglykemji po adrenalinie. Działanie jej jest obwodowe, występuje też na wyosobnionych kawałkach naczyń. Jest więc tem dla sympathicus, czem atropina dla parasympathicus.

Jedynie P o o s (Kl. M. f. A. 79, 1927) określa jej działanie jako pobudzające sympathicus na oku królika, a parasympathicus u kota. U człowieka w pewnych warunkach (po przecięciu n. współczulnego) ergotamina wywołuje sympatyczną mydriazę, a oprócz tego powoduje skurcz mięśnia rzęskowego.

W każdym razie jednak, stosownie do tego cośmy powiedzieli o równowadze wegetatywnej, określimy działanie ergotaminy, jako przesuwające równowagę ku stronie parasympathicus.

T h i e l zwraca uwagę przedewszystkiem na zmniejszenie przepuszczalności naczyń po ergotaminie, objawiającem się opóźnieniem przechodzenia fluoresceiny do przedniej komory. K r e b s (Kl. M. f. A. 78, 1927) jednak jest przeciwnego zdania. Na źrenicę u człowieka ergotamina ma minimalny wpływ zwężający.

Ergotamina jak dotychczas, jest jedynym środkiem, zapomocą którego można wpłynąć na podwyższone ciśnienie śródoczne, przy podawaniu p o z a o c z n e m.

Doświadczenia przy glaucoma: T h i e l stosuje ergotaminum tartaricum (= gynergen, fabr. Augsberger, Norymbergja) w ampułkach à 0,0005 w 1 ccm, lub w tabletkach à 0,001. Dawka przy podskórnej injekcji nie powinna przekraczać 0,5 ccm = 0,00025 winianu ergotaminy. Większe dawki wywołują zawroty i bóle głowy, nudności. Czasem występuje uczucie ciągnienia i ciężkości w łydkach, co wszakże mija mimo dalszego stosowania. Ilość tętna się zmniejsza. Po injekcji ergotaminy chory winien przepędzić $1^1/_2$ godziny w absolutnym spokoju, leżąc.

T h i e l dawał choremu zwykle 3 razy dziennie po 1—3 tablet. Po 3—4 tyg. z reguły przerywał leczenie ergotaminą na 8—10 dni, by uniknąć ubocznych objawów.

Najlepsze wyniki były przy glaucoma simplex. Poleca się tu podawanie, oprócz injekcji, 2 pastylek na noc przed spaniem, przez co znikają nocne podwyżki ciśnienia. Przy dłuższem leczeniu ergotaminą i pilokarpiną ciśnienie się normalizuje na znaczniejszy okres czasu. Ważnem jest, że przy stosowaniu ergotaminy skuteczność pilokarpiny zwiększa się

Przy glaucoma absolutum działanie ergotaminy jest nieznaczne, zgodnie z teorją, że tylko tam da się znormalizować ciśnienie, gdzie jaskra jest skompenzowaną, czyli że funkcja naczyń jagodówki jest zachowaną. Podobnie przy glaucoma inflamm. chronicum działanie ergotaminy jest niepewne. Przy ostrej jaskrze T h i e l ergotaminy nie wypróbowywał.

Natomiast bardzo dobre są wyniki przy glaucoma secundarium na tle iridocyclitis. Tu ergotamina uszczelniając naczynia zmniejsza ilość białka i wypociny w przedniej komorze, utrudnia tworzenie się przyczepin, działa więc wybitnie przeciwzapalnie.

H e i m (l. c.) miał też bardzo dobre wyniki z ergotaminą (Gynergen-Sandoz), podając ją per os 2—3 tabletki à 1 mg na dzień. Pilokarpiny podczas tego nie stosował. Przy glaucoma simplex efekt raz był tak dobry, że ciśnienie się obniżyło na długi czas, nawet bez pilokarpiny. Także przy glaucoma absolutum haemorrhagicum, bóle ustąpiły przy 6 pastylkach dziennie i pod-

spojówkowych injekcjach 0,5 mg winianu ergotaminy. W innym przypadku oko operowane (irydektomia), oślepłe nie reagowało na ergotaminę, drugie zaś oddziaływało dobrze, ponieważ, jak Heim mówi brakło noxy operacyjnej.

Heim spodziewa się przy leczeniu ergotaminą obejść się bez operacji.

Stoewer (ref. Kl. M. f. A. 80, 1928) też osiągnął korzyści przy stosowaniu ergotaminy, podając 3 razy dziennie po 2 tabletki Gynergenu lub 3 razy dziennie injekję podskórną à 0,50 ccm. Znowu najlepsze wyniki były przy glaucoma simplex (4 : 8), hydrophthalmus, glaucoma secund., natomiast nie reagowały postacie hemorragiczne, zapalne i jaskra dokonana.

Hagen (Acta ophth. 1928, ref. Kl. M.) miał nieco gorsze wyniki. W 5 na 17 przyp. nie było zupełnie wpływu na ciśnienie, w innych obniżenie było niedostateczne. Następowe leczenie pilokarpiną było zawsze skuteczne, nawet tam gdzie gynergen zawodził.

6. Insulina.

Znanym jest fakt, że w śpiączce cukrzycowej ciśnienie śródoczne jest znacznie obniżone. Meesmann tłumaczy to acidozą. Podanie insuliny usuwa hypotonię. Stąd biorą początek badania nad wpływem insuliny na ciśnienie śródoczne.

Wolf i de Jongh (wedł. Richtera) znaleźli po injekcji insuliny znaczne zmiękninenie oka. Według Accardi'ego (Boll. d'oculist. 1925) małe dawki przy zakraplaniu do oka powodują nieznaczne zwężenie, wyższe rozszerzenie źrenicy. Ciśnienie śródoczne wzrasta przy zakraplaniu nieznacznie, po injekcji podspojówkowej i podskórnej wyraźnie się podnosi. Te zjawiska A. odnosi do hypoglykemji.

Richter (Kl. M. f. A. 76, 1926) stwierdził też podwyższenie ciśnienia śródocznego u królików po podskórnem zastosowaniu insuliny. Ciśnienie się podnosiło o kilkanaście do 20 mm/Hg, utrzymywało się tak przez kilka godzin, potem spadało do pierwotnej wysokości. Dawka była tak dobraną, by poziom cukru we krwi nie spadał poniżej 0,04%, inaczej bowiem przychodziło do zatrucia hypoglykemicznego, drgawek, coma i flakowatego zmiękknienia gałek ocznych. Te objawy adrenalina usuwała natychmiast. Injekcje podspojówkowe insuliny działały tak samo, jak i podskórne, podwyższając ciśnienie równocześnie na obu oczach. Po injekcji do ciałka szklistego oko, po krótkim podwyższeniu ciśnienia, znacznie miękło i po 24 godz. nie wracało jeszcze do pierwotnego napięcia. Ciśnienie zaś na drugim oku zachowywało się tak, jak po zastrzyku podskórnym.

Richter przytacza też jedną obserwację kliniczną działania insuliny. U 76-letniej chorej po ekstrakcji katarakty pojawił się cukier w moczu (nawrót cukrzycy) i z tego powodu pacientka była leczona insuliną. Przyszło do gwałtownego napadu jaskry, opornego na miotika. Dopiero po odstawieniu insuliny napad ustąpił.

Jedynie Kadlicky (Czechosłow. Tow. okulist. 1926—8) miał korzystne wyniki z insuliną przy jaskrze. W 1 przyp. rf. Kl. M. f. A. 76) gdzie 2-krotna trepanacja Elliota, cyklodializa, tylna sklerotomia, adrenalina, glaucosan — wszystko było bez skutku, injekcja 60 J.-insuliny obniżyła ciśnienie z 41 poniżej 30 mm/Hg. Dwie następne injekcje działały silniej jeszcze, tak, że w końcu ciśnienie ustaliło się poniżej 26 mm/Hg. W innym przypadku nieskompenzowanej jaskry, gdzie trepanacja Elliota była nieskuteczną, 5 injekcji insuliny po 20 J. obniżyło ciśnienie.

Działanie insuliny Kodlichy upatruje we wpływach inkretorycznych i zmianach reakcji krwi, chociaż nie znajduje tej zależności między oddziaływaniem jej a ciśnieniem śródocznem, co Meesmann.

Kończąc ten przegląd nowych środków leczniczych przy jaskrze, wspomnę jeszcze o niektórych badaniach nad działaniem na ciśnienie śródoczne pewnych ciał, po wprowadzeniu ich parenteralnem.

I tak Wolf i de Jongh znaleźli, że surowica zwierząt, u których rozmaitemi sposobami wywołano drgawki, przeniesiona na inne zwierzę powoduje u niego obniżenie ciśnienia śródocznego. To hipotetyczne ciało nazwali „antitonon". Römer mógł przenieść hypotonię diabetyczną z jednego osobnika na drugiego zapomocą surowicy. Wick znajdował obniżenie ciśnienia śródocznego po parenteralnem wprowadzeniu białka (perprotasiny).

OCENY I SPRAWOZDANIA.

R. Monceaux, chef de laboratoire a l'Hôpital Cochin: *Troubles Des Echanges Nutritifs Dans La Tuberculose Pulmonaire.* Str. 446 z 12 rycinami. Saint-Cloud: Girault, 1929.

Książka wartościową jest dla lekarza nie tylko z powodu szczegółowo opracowanej treści lecz i w znacznej części z powodu stanowiska autora. Autor wychodzi z punktu widzenia, iż kierunek bakterjologiczny w gruźlicy o wiele bardziej zwraca na siebie uwagę, aniżeli fizjologiczny. Główny nacisk kładzie raczej na charakter zakażenia aniżeli na podłoże zakażone. Autor ujmuje chorobę pod starym kątem „konsumpcji" lecz w świetle najnowszych badań chemicznych. Część książki poświęcona jest wyłożeniu zasad metabolizmu fizjologicznego, dalsze rozdziały nieprawidłowościom metabolizmu w gruźlicy. Większość nieprawidłowości odnosi autor pośrednio lub bezpośrednio do zmniejszonego spalania. Lekarz znajdzie szereg korzystnych wskazówek w ostatnim rozdziale o leczeniu choroby polepszeniem metabolismu. Okoliczność, iż metabolizm węglowodanowy jest nieco naruszony zaś metabolizm proteinowy i lipoidowy zmniejszony dostarcza szereg wskazań do postępowania djetetycznego. Kładziony jest nacisk na znaczenie takich katalizatorów, jak kwas fosforowy, tyreoidyna, insulina i in. Dalsze i jasno opracowane są szczególnie rozdziały o metabolizmie proteinowym oraz krytyczne ujęcie procesu zwapnienia. 8 barwnych mikrofotografij przyczynia się do podniesienia wartości książki, nadzwyczaj starannie wydanej.

Dr. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, nr. 16, z 15 sierpnia 1929: Zmiany w Kasach chorych. — Międzynarodowe Stowarzyszenie lekarskie (A. P. J. M.) wobec ubezpieczenia od choroby. — M. Stokowska-Rudolfowa: Sprawa mieszkaniowa a gruźlica.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 8, z sierpnia 1929: Z Karłowski: Szczepionki pasteurowska i karbolizowana w Zakładzie Pasteurowskim w Warszawie. — J. Leoszko: Medycyna lotnicza i przyczyny wypadków lotniczych.

Czystość, rok I, nr. 1 i 2 z r. 1929: St. Kopczyński: Historia higjeny szkolnej w Polsce. — W. Osmolski: Zdrowie i sport na P. W. K. — P. Gantkowski: O raku i jego leczeniu.

Czystość, rok I, nr. 3 i 4 z r. 1929: Życiorys ś. p. Dr. Józefa Polaka. — M. Grejniec: Jak pielęgnować uzębienie dzieci.

Czystość, rok I, nr. 5 i 6, z r. 1929: W. Osmólski: Wychowanie fizyczne na P. W. K. — M. Grejniec: Nowoczesna technika dentystyczna.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 7, z lipca 1929: M. Kalisz: O styczności brzeżnej wypełnień zębowych (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 33, z 28 sierpnia 1929: E. Lewiter: Aqua amygdalarum arteficialis. — Nowe leki. Sprawy zawodowe.

Przemysł chemiczny, nr. 16, z sierpnia 1929: A. Piotrowski: O otrzymaniu kwasu izowalerjanowego z olejów fuzlowych. St. Micewicz: Nowości z fabrykacji kwasu siarkowego.

Lekarz Polski, rok V, nr. 8, z 1 sierpnia 1929: Z. Rudolf: Ogródki działkowe i ich znaczenie zdrowotne, ekonomiczne i estetyczne dla miast. — Z Kas chorych. — Z prasy lekarskiej.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII, nr. 7, z 15 sierpnia 1929: L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich uzdrowisk (dok.). — K. Połtowicz: Zdrojowisko Wysowa.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 8, z sierpnia 1929: S. Cytronberg: O działaniu rozcieńczonych i stężonych wodnych roztworów niektórych soli, stosowanych jako środki czyszczące (Laxantia salina. Wody zdrojowe) tudzież o działaniu t. zw. środków ściągających (adstringentia).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XV. Nr. 4.

Guy L. Hunner: (Baltimore M. D.): *Co ginekolog powinien wiedzieć z zakresu urologji.* Artykuł niniejszy ma na celu zwrócenie uwagi tych ginekologów, którzy zapominają, że kobieta obok narządów rodnych posiada także i narząd moczowy. Autor przytacza przypadki, w których kobiety chore na narząd moczowy uważane były za nerwowe i odpowiednio leczone, inne znów musiały poddać się operacji woreczka żółciowego, który mylnie rozpoznawano jako przyczynę dolegliwości chorej. Podobnie wyrostek robaczkowy, jakoteż i inne narządy jamy brzusznej często uważane są za przyczynę cierpień kobiety chorej tylko na narząd moczowy. Autor zwraca uwagę ginekologów, że taką niejasną i najczęściej nierozpoznawaną przyczyną różnych cierpień jest zwężenie moczowodów.

Harold Bailey (New York): *Sprawozdanie z 5-letniej czynności drugiego oddziału (Cornella) zakładu położniczego w Szpitalu Bellevue.* Sprawozdanie obejmuje przeszło 5 i pół tysiąca przypadków położniczych, wraz ze sposobami i wynikami leczenia różnych powikłań, występujących w związku z ciążą, porodem i połogiem. W rzucawce porodowej np. od czasu zastosowania zmodyfikowanej metody Stroganoffa spadła śmiertelność z 30% na 7,1%. Gorsze wyniki miano po wstrzykiwaniach dożylnych roztworów cukru w przypadkach zatrucia ciążowego. W zakażeniu połogowem miano rzekomo dobre wyniki po stosowaniu wielowartościowej szczepionki i paciorkowcowej, zmniejsza jednak wartość tych wyników zbyt mała liczba wykonanych posiewów krwi, które jedynie mogłyby przekonać, że były to istotnie przypadki zakażenia połogowego.

W 58 przypadkach łożyska przodującego, 6 razy wykonano cięcie cesarskie. Jedna matka i 4 dzieci zmarły. Krwawienia w III okresie porodowym wystąpiły 66 razy, z czego 1 kobieta zmarła skutkiem zkrwawienia się, 4 inne zaś skutkiem zapalenia płuc, zakażenia i zatoru.

Śmiertelność dzieci (wraz z wcześniakami) wynosiła 4,8%. W czasie epidemji (impetigo contagiosus), chorowało 224 dzieci, lecz zmarły jedynie 3 pierwsze [1]).

John C. Hirst (Philadelphia, Pa): *Wartość kliniczna hormonu pęcherzyka jajnikowego ze szczególnem uwzględnieniem czynnościowej niepłodności.* Autor podaje wyniki lecznicze jakie otrzymał po wstrzykiwaniu hormonu pęcherzyka jajnikowego w 5 przypadkach zaburzeń miesiączkowych i w 12 przypadkach niepłodności. Używał on preparatu firmy Parke-Davis „Estrogen", który zawiera w 1 ccm 25 jednostek szczurzych. Ilości wstrzykiwane nie zawsze były takie same, najwyższa dawka wynosiła 750 jednostek. W 6 przypadkach niedostatecznej miesiączki leczenie to sprowadziło poprawę, a 3 kobiety zaszły w ciążę. Środek ten nie działa na prawidłowe miesiączki i nie daje żadnych powikłań. Bardzo skuteczny okazał się w przypadkach *frigiditas.* Autor poleca przed leczeniem badać krew odnośnych kobiet co do zawartości hormonów i według wyniku tych badań dopiero stosować dalsze leczenie.

Willard R. Cooke (Galveston, Texas): *Spostrzeżenia odnoszące się do niektórych objawów, przebiegu i leczenia tyłopochylenia macicy.* Zestawienie autora obejmuje 1153 przypadków tyłopochylenia macicy, w tem 44% nabytych skutkiem porodu. Ponieważ położnik ma więcej sposobności od ginekologa leczyć tyłopochylenia jeszcze niezadawnione, a nawet zupełnie świeże, powinien pamiętać o tem, że samo tyło pochylenie macicy, nawet bez szczególniejszych powikłań, może dawać niekiedy bardzo poważne objawy: Autor spostrzegł, że omawiane cierpienie występuje dość często u kobiet cierpiących na niedokrwistość. Z przypadków zestawionych przez autora, leczenie nieoperacyjne było często skuteczne i po odprowadzeniu macicy znikały różne przykre objawy, do których należy przedewszystkiem przekrwienie. Macica taka jest zwykle większa i ciemniejsza, często też występują krwawienia międzymiesiączkowe. Nadmierne krwawienia miesiączkowe są następstwem przerostu błony śluzowej macicy. O ile tyłozgięcie trwa dłużej, może mięsień macicy ulec zwyrodnieniu włóknistemu. Leczenie polega na unikaniu leżenia na grzbiecie i ćwiczeniach gimnastycznych w położeniu kolankowo-łokciowem. W przypadkach, w których tyłopochylenie było następstwem porodu, wystąpiła najczęściej poprawa pod wpływem tego leczenia. W przeciągu 1 roku zmniejszyła się bowiem liczba przypadków z 40% na 12%. Krążki zakładał autor do 6 tygodni po porodzie, lub o ile były nawroty po odprowadzeniu macicy, a także w ciąży, dopóki macica nie powiększyła się dostatecznie.

W przypadkach, które nadawały się do operacji, ale nie można było operować z różnych względów, zakładano kółko celem usunięcia dokuczliwych bolów. Zdaniem autora nie należy leczyć ani też operować te chore, które nie mają żadnych objawów, nie są bezpłodne ani też nie ronią. Nieregularne, a zwłaszcza zbyt obfite miesiączki mogą stanowić wskazanie do operacji.

Ogółem operowano 665 kobiet metodą Lee'go. Nawrotów było 8.

W. C. Danforth (Evanston, Hl): *Naprawa szyi macicy natychmiast po porodzie.* Dokładne i systematyczne oglądanie po porodzie pochwy i szyi macicy, pozwala często zauważyć liczne uszkodzenia, których nie należy lekceważyć gdyż pozostawione bez leczenia mogą w przyszłości stać się przyczyną różnych cierpień. Należy zatem natychmiast po porodzie naprawiać wszelkie zauważone uszkodzenia i pęknięcia szyi, nawet gdy z miejsc tych zupełnie nie krwawi. Zaniedbanie tego bowiem bywa przyczyną późniejszych nadżerek, wywinięć i nieżytów szyi i macicy, może też stać się podłożem dla nowotworów złośliwych.

Abraham F. Lash — William H. Welker (Chicago, Ill): *Trujące działanie ciał białkowych krwi w rzucawce porodowej.* Z krwi chorych na rzucawkę porodową otrzymano frakcje białkowe, które wstrzykiwano białym myszom. Pseudoglobuliny i albuminy okazały się jako nietrujące, raz tylko wywołały one śmierć zwierzęcia po dawce 62,5 mg. Podobnie i inne próby z różnemi stężeniami nie wwoływaży żadnych szkodliwych następstw. Autor uważa więc ciała białkowe krwi chorych na rzucawkę porodową jako nie trujące.

Samuel A. Wolfe (Brooklyn, N. Y.): *Krwistek ciałka żółtego.* Autor potwierdza zdanie Sobotty, Honore'go, Frankla i Schrödera, że podczas rozwoju ciałka żółtego nie występuje krwawienie do ciałka żółtego, natomiast w okresie unaczynienia krwawienia takie spostrzegano, zaś w okresie dojrzałości znów krwawień nie było. W okresie zanikania widziano krwawienia nawet w czasie zwyrodnienia ciałka żółtego i to podczas miesiączki, dopóki nie zanikły naczynia włosowate w ciałku białem. Autor sądzi więc, że pękaniu pęcherzyka nie towarzyszy nigdy krwawienie, a prawidłowe ciałko żółte może być powodem niedużych krwawień w okresie unaczynienia. Wtórne krwawienia mogą wystąpić dopiero z chwilą zanikania i to w czasie miesiączek dopóki nie wytworzą się ciałka białe. Krwistek ciałka żółtego różni się od fizjologicznego krwawienia ilością wylanej krwi. Nadmiernie duże krwawienia są wynikiem chorobliwego przekrwienia jajników w następstwie spraw zapalnych macicy, jajowodów, zmian ich położenia lub guzów (mięśniaki). Krwisteki w zanikających ciałkach żółtych rzadko są świeże, najczęściej są to zanikające już krwisteki z okresu unaczynienia. Oznaczenie czasu trwania w tych dawniejszych wylewach krwi napotyka na znaczne trudności.

C. B. Ingraham: *Przypadek włókniako-gruczolaka sutków.* Przypadek dotyczy 14-letniej dziewczynki, u której oba sutki w przeciągu 6-ciu miesięcy powiększyły się tak znacznie, że lewy ważył 15, a prawy 12 funtów. Pomimo iż sięgały one do spojenia łonowego, chora nie odczuwała żadnych bólów.

Operacja wykazała liczne guzy umiejscowione w tkance gruczołowej, a badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie.

Warburton Brown (London, Eng.): *Zaburzenia czynności płciowej kobiety na tle umysłowem.*

Carl G. Hartman (Baltimore, Md.): *Ciąża u małp (Macacus rhesus) i objawy towarzyszące jej.* Spostrzeżenia autora odnoszą się do 12-stofuntowej małpy, która urodziła w czasie podróży morskiej. Płód zmarł po 4 tygodniach. Autor badał następnie 11 cyklów miesiączkowych i oznaczał pojawianie się nabłonków i ciałek białych w pochwie. Obliczenia te naogół zgadzają się z cyframi Cornera. Miesiączki występywały co 26 dni i trwały do 5-ciu dni. Do coitus dopuszczano tylko w pewne dnie, tak że później można było dokładnie oznaczyć dzień zapłodnienia, który wypadł między 9 a 12 (cyklu mies.), gdy spadek liczby ciałek białych nie doszedł jeszcze do zera. Po trzech miesiącach można było wyczuć dotykiem płód, później słyszano też szmer łożyskowy. Poród wystąpił po 6 miesiącach księżycowych.

Edward Allen (Chicago, Ill.): *Rozbiór 32 przypadków rzeczywistej i 3 przypadków mniemanej ciąży zewnątrzmacicznej.* Autor sądzi, że w przypadkach trudnych, gdy mogą w grę wchodzić również i inne cierpienia, nie podobna zapomocą wywiadów i ba-

---

[1]) Na 93 operacyj cięcia cesarskiego zmarła jedna matka, a śmiertelność donoszonych dzieci wynosiła 8,6%. Śmiertelność dzieci po 430 zabiegach kleszczowych (z tego 71 wysokich) wynosi 10,9%.

dania klinicznego ustalić rozpoznania. Poleca on przeto nakłucie tylnego sklepienia pochwy i próbne wyskrobania macicy tuż przed otwarciem jamy brzusznej. W zestawionych przez autora przypadkach najczęstszym objawem było nieregularne krwawienie, natomiast ból nie występował we wszystkich przypadkach. Autor poleca i wykonuje operację przez pochwę, przez powłoki brzuszne operowano jedynie 4 przypadki.

Raphael Kurzrok (New York, N. Y.): *Krótki cykl miesiączkowy i spóźniony coitus jako przyczyna niepłodności.* Opis 2 przypadków, dotyczących żydówek, które skutkiem błędnego zrozumienia przepisów religijnych spółkowały dopiero w 14 dni po skończonej miesiączce. Były one niepłodne w ciągu wielu lat. Dopiero gdy doradzono im, aby spółkowały już po 8 dniach po ustaniu miesiączki, obie zaszły w ciążę w przeciągu krótkiego czasu. Rozważając powyższe przypadki sądzi autor, że u obu kobiet jajeczkowanie odbywało się przed spółkowaniem i że jajeczka tylko bardzo krótki czas były zdolne do zapłodnienia.

Leo Moskowitz (New York, N. Y.: *Przypadek zatrucia ergotyną w połogu.* Oprócz dawki trującej, której wysokości ściśle oznaczyć nie można, gdyż różne preparaty zawierają różne ilości środka, przyjmuje autor jako drugą przyczynę zatrucia także i pewną szczególną wrażliwość położnicy.

Joseph Kreiselmann, Howard F. Kane, Robert B. Swope (Washington, D. C.): *Nowy przyrząd do cucenia zamartwiczych płodów.* Opis i rysunek przyrządu, który pozwala na należyte dawkowanie ciśnienia gazu używanego do cucenia płodów, zapomocą wypełnienia płuc tlenem. Badania na świeżych zwłokach wykazały że posługując się tym przyrządem nie można uszkodzić pęcherzyków płucnych nawet używając nadmiernego ciśnienia.

Joseph T. Smith (Cleveland, Ohio): *Pelvimeter dla mierzenia sprzężnej prostej prawdziwej (diameter recta obstetrica s. conjugata vera).* Cztery fotografie przyrządu samego jakoteż na modelu wyjaśniają dostatecznie sposób jego użycia.

E. C. Steinharter, Samuel Brown (Cincinnati, Ohio): *Opis przypadku dwurożnej macicy.*

Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Münch. Med. Woch.

Nr. 23. 1928 r.

Kortzeborn: *Usunięcie kamieni nerkowych i moczowodowych przy pomocy podwodnych kąpieli jelitowych (Sudabad, Enterocleaner).* Próby usunięcia konkrementów moczu przez podawanie ciał chemicznych, któreby je rozpuściły, zawiodły zupełnie. Również nie przyjęła się metoda, zalecana przez Kalka i Schöndubego, przy pomocy stosowania hypofizyny wywołać kolkę. Dzisiaj praktyczną i teoretyczną podstawę posiada tylko taki sposób leczenia, którego główną zasadą jest zwiększenie diurezy. Tego w największej mierze osiągnąć można przez użycie podwodnej kąpieli jelita, która umożliwia przepłukanie jelita grubego ilością wody przekraczającą 30 litrów. Podwodna kąpiel jelita jest wynalazkiem wiedeńskiego anatoma docenta Broscha. W zasadzie jest to hegar, stosowany w ten sposób, że chory siedzi we wannie napełnionej wodą. Stosownie urządzone siedzenie umożliwia przy równoczesnym przypływie płynu i odpływ treści jelita grubego; *przypływ regulowany jest odpowiednim wentylem.* Autor miał sposobność badać działanie enterocleaneru na bogatym materjale klinicznym: na klinice (Payr, Lipsk) stosowano ponad 2000 kąpieli takich. Enterocleaner użyty został bądź do leczenia obstrukcji i różnych chorób przewodu pokarmowego, bądź do przygotowania chorych do badań radiograficznych i do operacji. Gdy zaś przy przygotowaniu osoby, chorej na nefrolitiazę, do zdjęć radiograficznych wyszedł do podwodnej łaźni jelita wielki kamień moczowy, zwrócono wielką uwagę na leczenie nefrolitiazy wprost kąpielami podwodnemi jelita. Autor sam widział 17 przypadków, u których kamień zrodził samowolnie po zastosowaniu jednej z 9 kąpieli jelitowych. Najczęściej wystarczały 2—3 kąpieli do usunięcia konkrementu. Przy rozbiorze mechanizmu działania kąpieli jelitowej przy nefrolitiazie należy uwzględnić te momenta: 1) kąpiel jelita wywołuje przez zwiększenie diurezy dokładne przepłukanie systemu moczowego. Przeciętne zwiększenie diurezy za 24 godzin wynosi 400—600 ccm. Podobnego uwodnienia ustroju nie można osiągnąć podawaniem płynów per os, przyczem sprawność tego leczenia zależy zawsze od woli chorego, 2) zwiększenie diurezy nie jest wywołane tylko wchłanianiem wody w jelicie grubem, lecz i procesem reflektorycznym. Ciepłe przepłukiwanie (40° C) działa przy przejściu zgięć i na dolny brzeg nerek, wywołując przekrwienie tego narządu i wzmożoną pracę, widoczną już na obniżeniu ciężaru właściwego, 3) płyn użyty do przepłukiwania którego ciśnienie można regulować, zmierza przy wypuszczeniu w kierunku przeciwnym do lewego moczowodu zaś w kierunku zgodnym do prawego, od których go dzieli tylko cienka warstwa tkanki. Przy wypuszczeniu idzie prąd w kierunku przeciwnym, działa jednak zawsze, jak masaż wewnętrzny, który często wystarcza w zupełności, aby kamień pobudzić do ruchu, 5) nie ulega wątpliwości, że ciepło działa spazmolytlcznie i na moczowody, 6) znaczne wahanie ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej wpływa na zwiększone pasywne wypełnianie moczowodów, 7) wyżej wspomniany wpływ skurczowy popierany jest działaniem Extract. Belladonnae dodanym do płynu.

Autor przekonał się przy pomocy badania skiagraficznego, że po każdej kąpieli konkrement był wtłoczony coraz dalej, aż ostatecznie dostał się do pęcherza. Ważnem jest, że kąpiel jelita wywiera bardzo korzystny wpływ i na obstypację odruchowo wywołaną kamieniem. W przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych wygojenie przebiegało rychlej; również w przypadkach pyelitis bez kamienia wskazane jest leczenie enterocleanerem. Nieprzyjemnych wypadków lub powikłań przy stosowaniu enterocleaneru nie zauważył, aczkolwiek jego doświadczenia oparte są na 2000 kąpielach (użytych też z innych wskazań).

U nas w Polsce metoda dotychczas nie była wprowadzona. W Czechosłowacji wprowadził ją J. Horak do swego instytutu i opisuje dobre wyniki tym sposobem leczenia osiągnięte.

Ungar (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia odbytego d. 18. II. 1929.

1. Kol. J. Arnsztajn przedstawia dwa przypadki zwężenia ujścia żylnego lewego i w związku z demonstracją omawia etjologję tej wady sercowej oraz cechy i sposoby powstawania szmerów sercowych.

2. Kol. E. Kowalski przedstawia chorego l. 52 z rozległemi owrzodzeniami na błonie śluzowej wargi dolnej i policzków. Owrzodzenia płytkie, zlewające się, o dnie nierównem, bardzo bolesne. W wydzielinie znaleziono prętki Kocha w dużej ilości. Pacjent zawsze był zdrów, choroba rozpoczęła się przed 6 miesiącami po wyjęciu zęba; należy zatem przypuszczać, że chodzi tu o zakażenie miejscowe.

3. Kol. W. Drożdż i Brzozowski referują przebieg choroby pacjenta szpitalnego, który przybył z parapiegią spastyczną dolnych kończyn i upośledzeniem czucia na kończynach d. i tułowiu. Odczyn Wassermanna z płynu mózgo-rdzeniowego ujemny, odczyn Nonne-Appelta dodatni; cukier — 0,8‰, 2 komórki w mm³. Lipjodol zatrzymał się na wysokości 4 kręgu piersiowego. Rozpoznano guz rdzenia kręgowego.

4. Kol. Szpiro przedstawia preparat operacyjny: torbiel jajnikową niezwykłych rozmiarów, która zawierała 16 l. płynu. Chora (l. 20) leczyła się poprzednio u kilku lekarzy — dwukrotnie wykonano jej punkcję i wypuszczano płyn z guza w przekonaniu, że chodzi tu o przesięk w jamie brzusznej.

5. Kol. Chromiński przedstawia preparat mikroskopowy jajka rzadkiej u nas odmiany tasiemca, częstej w krajach południowych, mianowicie taenia nana.

6. Dr. D. Modrzewski i Morozowa referują przypadek nowotworu w jamie brzusznej, którego ognisko pierwotne znajdowało się o ile przypuszczać można w jelicie, liczne zaś guzy przerzutowe rozsiane były w sieci i otrzewnej ściennej. Badanie histologiczne wykazało utkanie raka płaskokomórkowego, z wyraźnem rogowaceniem. Kol. Morozowa przedstawia preparat mikroskopowy.

7. Prezes Twa Dr. Modrzewski omawia zadania Twa apelując do Kolegów, aby w roku bieżącym przez wygłaszanie referatów i demonstracji, oraz zapisywanie się na członków współdziałali w pracach Twa, wspomina przytem o znajdujących się w opracowaniu Komisji odczytowej nowych projektach organizacji pracy w Twie Lekarskiem.

8. Odczytano protokół poprz. zebrania oraz spis książek ofiarowanych przez Dra C. Czerwińskiego dla Bibljoteki Twa, w liczbie 20-u.

9. Kol. E. Rupniewski odczytuje sprawozdanie z oddziału chirurgicznego Szpitala św. Jana Bożego za rok 1928.

10. Kol. M. Szafnicki wygłasza referat o operacji jaskry prostej, w którym nawiązując do poprzedniego swego obszernego

odczytu o jaskrze, omawia pokrótce istotę schorzenia, a następnie metody operacyjne Lagrange'a, Elliota, Holta, Szymańskiego i Wicherkiewicza, oraz używane do tych zabiegów narzędzia, wreszcie przedstawia model przyrządu, własnego pomysłu, którego pomysłowa i precyzyjna konstrukcja pozwala spodziewać się, że będzie on niezawodny i bezpieczny w użyciu.

Sprawozdanie z posiedzenia odbytego d. 4. III. 1929 r.

1. Po odczytaniu protokółu poprzedniego zebrania i załatwieniu spraw bieżących kol. J. Freytag i C. Chromiński referują przypadek zakażenia las. Banga. Chory l. 28, mieszkający stale na wsi, zachorował w grudniu r. ub. wśród objawów ogólnego rozbicia i bólów głowy, t° z początku wysoka, ciągła, po kilku dniach ranne spadki gorączki z potami. Wątroba i śledziona powiększone, język obłożony, tony serca głuche. Odczyn Widala ujemny, odczyn aglutynacyjny z las. Banga dodatni 1:200. Chory udał się do Krakowa, na Klinikę chor. wewn. U. J.; dalsze badania serologiczne przeprowadzone, przez Prof. Gieszczykiewicza potwierdziły również pierwotne rozpoznanie zakażenia las. Banga. W drugiej części sprawozdania kol. Chromiński omawia stronę serologiczną zagadnień związanych z rozpoznaniem tej choroby.

W dyskusji nad tym przypadkiem omawiano najnowsze badania autorów francuskich nad serologiczną djagnostyką różniczkową — oraz środki zapobiegawcze.

2. Następnie kol. C. Chromiński wygłasza referat p. t. Ultravirus gruźliczy i dziedziczenie gruźlicy", który wywołał ożywioną dyskusję nad zagadnieniem zakażenia płodu gruźlicą drogą łożyska.

3. Kol. W. Drożdż i Brzozowski omawiają przypadek obserwowany w Szpit. św. Wincentego à Paulo: Chora u której stwierdzono typowe objawy bezwładu postępującego, po dłuższym pobycie w szpitalu zmarła wskutek postępującego wyniszczenia ogólnego — przy sekcji znaleziono w lewej półkuli móżdżku otorbiony ropień wielkości orzecha włoskiego, który nie dawał za życia żadnych objawów. Badanie mózgu met. Spatza potwierdziło rozpoznanie bezwładu postępującego.

Sprawozdanie z posiedzenia odbytego d. 18. III. 1929.

1. Dr. M. Szafnicki przedstawia pacjentkę trzykrotnie operowaną z powodu jaskry. W r. 1918 wykonano we Lwowie irydektomję, w r. 1922 stwierdzono tylko 1/4 prawidł. bystrości wzroku oka lewego i 1/60 prawego, w Krakowie chora poddała się operacji sclerotomji obustronnej. W 1929 r. zgłosiła się do Dra S. — na pr. oko nie widziała wcale, w lewem pole widzenia było znacznie ograniczone. Obecnie w 10 dni po operacji Lagrange'a wykonanej przez Dra S. pole widzenia znacznie się powiększyło.

II. Dr. Modrzewski przedstawia chorego, chłopca lat 14, który przed 5 mies. spadł ze schodów doznając urazu w głowę. W 12 godzin po wypadku stwierdzono porażenie połowicze lewostronne, chory do tego czasu nie odzyskał przytomności. Rozpoznając wspólnie z Drem Biernackim pęknięcie a. miningeae mediae. Dr. Modzewski przystąpił do zabiegu, przy którym znalazł rozległy krwiak, zachodzący pod podstawę półkuli mózgowej. Po zabiegu porażenie stopniowo zaczęło ustępować, pozostała jednak ślepota; obecnie pacjent chodzi i czuje się dobrze, zaczął również odzyskiwać wzrok, jednakże pole widzenia jest znacznie ograniczone, wystąpił również zez, które to objawy przypisać należy uciskowi wolno resorbującej się krwi pozostałej w pochewce n. wzrokowego oraz koło n. okoruchowego.

III. Dr. Cywiński wygłasza referat p. t. Glossoptoza i mechaniczne warunki ssania, a rozwój dziecka". Przytaczając badania stomatologa paryskiego Dra Robin'a referent omawia przyczyny tego cierpienia, a więc niedorozwój szczęk, zwłaszcza szczęki dolnej, która cofnięta jest ku tyłowi, a wraz z nią i podstawa jamy ustnej wraz z językiem, który uciska gardziel i tamuje przejście powietrza z jam nosowych, powodując oddychanie dziecka przez usta i ucisk naczyń krwionośnych, chłonnych i nerwów, co w całości odbija się ujemnie na całym układzie organowegetatywnym. Dalej podaje referent sposoby rozpoznania i leczenia tego cierpienia. Drugą część odczytu poświęca referent zniekształceniu szczęk i nieprawidłowości uzębienia, które powstają wskutek używania nieodpowiednich smoczków, wreszcie omawia zalety nowego typu smoczka, pomysłu stomatologa Dreyfusa z Losanny. Smoczek ten posiada taką budowę, która upodabnia w możliwie najwyższym stopniu akt ssania sztucznego do ssania fizjologicznego i wymagając od dziecka pewnego wysiłku w czasie ssania, zapobiega osłabieniu mięśni i niedorozwojowi szczęk. Referent przedstawia również model smoczka pomysłu Dra Dreyfusa.

Dr. Morozowa, sekretarz. *Dr. Modrzewski,* prezes.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W sprawie czystości języka lekarskiego. (H. Higier, Warszawa). Obcą mi jest zgoła rola fanatycznego puryfikatora-lingwinisty, który nie uznaje w języku polskim i nie szanuje w nim powszechnie przez języki całego świata aprobowanych obcych wyrazów i wyrażeń, jak: komplikacja i konflikt, konsultacja i laboratorjum, anemja i funkcja. Nie należę również do tych skrajnych inkwizytorów-czyścicieli, którzy nie uznają natury lecz przyrodę, protoplazmy lecz zaródź, demonstracji lecz pokaz, akuszera lecz położnika i t. p. Ale stoję mimo to na stanowisku, że nie należy pod żadnym pozorem tolerować — nawet w piśmiennictwie naukowem, nigdy i nigdzie nie grzeszącem nadmierną kurtuazją wobec czystości językowej — zbyt daleko idącą nonszolancję i obojętność, zaniedbywanie i nieliczenie się z podstawami i elementami nomenklatury rodzimej, mianownictwa, przez ogół lekarski przyjętego.

Zwłaszcza postponowanie takie niemile uderza czytelnika-zawodowca, jeśli lekarz, skądinąd w piśmiennictwie naukowem znany, na którym się tu i ówdzie młodsze pokolenie specjalistów wzorować będzie, grzeszy zbytnio i niepotrzebnie w tym właśnie kierunku.

Jako przekonywającą ilustrację biorę z ostatniego numeru Polskiej Gazety Lekarskiej (Nr. 32, str. 605) kol. B(rzezickiego) z Krakowa autoreferat pokazu, dość ciekawego, z dziedziny dystonji nerwowej czyli zaburzeń w napięciu mięśni.

Streszczenie demostracji robi formalnie wrażenie, jakby autor świadomie, znęcając się nad językiem, naszpikował tekst obcojęzycznemi wyrazami. „Choroba infekcyjna (!) pacjenta, pawdopodobnie tyfus(!), nie był z całą pewnością encephalitis(!)". „Ręka w addukcji (!) i hyperpronacji (!), noga w hyperekstenzji (!), oprócz tego hyperfleksja(!) plantarna(!) stopy". Ta wyprostna aktywność (!) jest normaliter (!) hamowana przez formacje (!): nucleus ruber(!), drogę rubrospinalną(!), corticospinalną(!) i vermis(!) móżdżkowy". „Plikatura(!) i deficyt(!) tonusa(!) podstawnego i hypofunkcja (!) tego tonusa (!) wybijają się na pierwszy plan". „Ten przypadek możnaby zaliczyć również do plikatur(!) ciała, gdyby nie silna lordoza, podobna do opisthotonus(!)". „Jedne spasmy(!) torsyjne(!) prezentują nam się pod formą ułożeń reflektorycznych(!) w ekstenzji(!), w których mięśnie antygrawitacyjne(!) są w napięciu".

Przyznajmy, że i lepszy neurolog ledwie „w napięciu" i „w hyperekstenzji swojego tonusa duchowego" od biedy przy spasmach torsyjnych" odcyfruje te horrendalne hieroglify lingwinistyczne ciekawej pozatem demonstracji, ale nie potrafi tego w żaden sposób zwykły czytelnik pisma lekarskiego „osobnik bez plikatury i deficytu tonusa podstawnego", nawet taki tolerancyjny lewicowiec, który „normaliter" nie dostaje gęsiej skórki, gdy mu się przez zapomnienie zamieni położnika w akuszera i który nie dostaje ataku histerycznego na widok natury zamiast przyrody.

Dbajmy więcej o czystość języka nawet specjalistów! Tembardziej winien przestrzegać tej reguły Kraków, któremu mianownictwo polskie, lekarskie i przyrodnicze, od lat pięćdziesięciu tak wiele zawdzięcza i który zawsze nam wzorem na tem polu służył.

Z kraju.

Odznaczenie. Dr. Stefan Otolski, dyrektor Sp. Akc. Zakłady Przemysłowo - Handlowe Ludwik Spiess i Syn w Warszawie, otrzymał złoty Krzyż Zasługi za zasługi około rozwoju przemysłu wojennego.

Redakcja otrzymała.

Pięćdziesięcioletni Jubileusz Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego (1877 — 1927).

Seweryn Cytronberg: „Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej". Rzecz odznaczona przez Towarzystwo lekarskie Warszawskie nagrodą im. Mikołaja Rejchmana. Warszawa 1929.

Le monde médical, numero 754, 15 août 1929.

Nr. 37 i 38. 22. września 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

XIII-mu
Zjazdowi Lekarzy i Przyrodników Polskich

Wilno 26—29 września 1929

Ziemia, z którą wiązały się największe wydarzenia dziejowe Polski, która wydawała najszlachetniejszych synów Ojczyzny, skąd płynęły najgórniejsze natchnienia wieszczów, — ta ziemia była też w Polsce macierzą przyrodniczej myśli nowoczesnej, europejskiej. Zrodziła się ta myśl przed półtora wiekiem na ziemi wileńskiej, w Wilnie Śniadeckich.

Jakoby legendarny Znicz jest w tej ziemi tajemnicze, wiecznie niezgasłe zarzewie; raz wraz zapalają się od niego wybrane duchy płomieniem, daleko rozświetlającym drogi przyszłości.

Polską naukę trud czeka jeszcze niezmierny, zanim przeora resztę stuletniego ugoru, nim z niego snopy bogatemi pochlubi się przed światem, a swoich obdarzy. Gromadnego a długiego jeszcze trzeba znoju i wysiłku, by przygotować łany, godne genjalnych siewców.

Oby do tego wysiłku wielka i trwała wypłynęła dziś moc z tej ziemi, z której duch polski, ilokroć jej dotnął, czerpał jak Anteusz siłę do walki o najwyższe cele.

To życzenie składamy pierwszemu w Wilnie Zjazdowi polskich lekarzy i przyrodników (c)

REDAKCJA POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ

S. TRZEBIŃSKI Wilno

Notatka o nauczaniu przyrodoznawstwa i medycyny na dawnym uniwersytecie i akademji medyko-chirurgicznej w Wilnie.

Pomimo różnych niedokładności, które można zarzucić „Uniwersytetowi Wileńskiemu“ Józefa Bielińskiego, książka ta długo jeszcze zapewne pozostanie najważniejszym drukowanym zbiorem materjałów do historji uniwersytetu Wileńskiego wogóle, a jego wydziału lekarskiego w szczególności, podobnie jak tegoż autora „Stan nauk za czasów akademii medyko-chirurgicznej Wileńskiej“ do dziejów krótko trwałego zakładu, będącego dalszym owego wydziału ciągiem. Na wspomnianych obu książkach opiera się też przeważnie niniejsza notatka, którą pragnęła mieć redakcja P. G. L. do zjazdowego numeru swego tak bardzo zasłużonego pisma. W niektórych tylko miejscach uzupełniam względnie prostuję materjał Bielińskiego wiadomościami, zaczerpniętemi z dzieł innych autorów, albo z własnych źródłowych studjów. Z kilku możliwych sposobów uporządkowania treści, której jak najzwięźlejsze przedstawienie szczególnie mi leżało na sercu, wybrałem sobie podział według przedmiotów nauczania, mając nadzieję, że na tej drodze jeszcze najłatwiej mi będzie uniknąć powtarzania się w tak krótkiej pracy, jak niniejsza, podwójnie niepożądanego. Że wobec wielkiej obfitości faktów, o których przynajmniej wspomnieć wypada, cały mój eleborat nosić będzie charakter wyraźnej pobieżności, a niejedno zagadnienie, nasuwające się Czytelnikowi może mu się wydać niedostatecznie wyjaśnione, to sobie uświadamiam, na wstępie prosząc o pobłażliwość.

Dzieje akademii Wileńskiej i instytucyj, które były dalszym jej ciągiem, układają się według zewnętrznych warunków ich istnienia w 6 okresów. (L. Janowski „Wszechnica Wileńska“ (Wilno 1921).

1) Akademja jezuicka 1579 — 1773.
2) Akademja Wileńska 1774 — 1781.
3) Szkoła Główna W. Księstwa Litewskiego 1781 — 1796.
4) Szkoła Główna Wileńska 1797 — 1803.
5) (Cesarski) Uniwersytet Wileński 1803 — 1831.
6) (Cesarska) Wileńska Medyko-chirurgiczna Akademja 1832 — 1842[1]).

W pierwotnych aktach fundacyjnych jezuickiej akademii Wileńskiej (Przywilej króla Stefana z r. 1578 i bulla Papieża Grzegorza XIII z r. 1579) powiedziano wyraźnie, że prawo cywilne i medycyna, nie mają wchodzić w zakres nauczania tej instytucji. Wprawdzie w roku 1641 jezuici postarali się o nowy przywilej króla Władysława IV, uzupełniający ich odnośne prawa, w stosunku do medycyny jednak nie skorzystali z dodatkowych upoważnień i dzięki temu w chwili kasaty zakonu w roku 1773 medycyny na akademji Wileńskiej nie wykładano. Z działu nauk matematyczno-przyrodniczych wykazano krótko przedtem pewną troskę około podniesienia poziomu matematyki, sprowadzając z Nancy dwu jezuitów (Rossignolea i Fleurego) którzy wychowali kilku dobrych nauczycieli tego przedmiotu, a w roku 1753 X. Tomasz Żebrowski rozpoczął dzięki hojnej ofierze Elżbiety z Ogińskich Puzyniny, budowę obserwatorjum astronomicznego gdzie pracował z takim pożytkiem dla nauki później (od r. 1764) X Marcin Pozobut Odlanicki. Ale regularne nauczanie matematyczno-fizycznych przedmiotów w szybszem tempie rozwijać się zaczęło dopiero z reformą akademji, zamienionej przez komisję Edukacyjną na Szkołę Główną W. Ks. Litewskiego o dwu „collegiach“ nauk matematyczno-fizycznych (do którego należało też nauczanie medycyny) i moralnych.

Z matematyków wymienimy tymczasem X. Narwojsza, a potem Niemczewskiego, Polińskiego i Wyrwicza. Z astronomów Wileńskich po Poczobucie jaśnieje jako gwiazda pierwszej wielkości Jan Śniadecki. Ostatnim profesorem astronomji i obserwatorem był Piotr Sławiński. Fizykę za czasów akademji jezuickiej wykładano przeważnie według Arystotelesa. Za czasów szkoły głównej i długo jeszcze potem za uniwersyteckich aż do roku 1818 profesorem fizyki był X Józef Mickiewicz także exjezuita, długoletni dziekan wydziału matematyczno-przyrodniczego, którego zasługi teologiczne i administracyjne wyższe być się zdają od naukowych. Od 1797 r. był wiceprofesorem, a po powrocie z podróży zagranicznej rozpoczął na uniwersytecie 1804 r. lekcje publiczne fizyki Stefan Stubielewicz, człowiek wielkich talentów i niezwykłej pracowitości. Niestety przedwczesna śmierć (1814) nie pozwoliła na ziszczenie wszystkich nadziei w nim pokładanych. Późniejsi fizycy: Krassowski i Drzewiński (pierwotnie mineralog i autor podręcznika z tego przedmiotu, chwalonego przez Bielińskiego) niczem szczególnem się nie odznaczyli.

Chemję wykładał w szkole Głównej Litewskiej (1785—1793) Józef Sartoris z Turynu, po jego zaś powrocie do Włoch, od 1797 roku Jędrzej Śniadecki, młodszy brat Jana, którego nazwisko stanowi jedną z największych ozdób uczelni Wileńskiej. Główne jego zasługi, jako chemika, to pierwszy podręcznik chemiczny w języku polskim oryginalnie napisany, ustanowienie polskiej terminologii chemicznej i ćwierćwiekowa pedagogiczna praca w zakresie tego przedmiotu, tem owocniejsza, że Śniadecki był świetnym wprost prelegentem, co mu przyznają nawet ludzie niekoniecznie mu życzliwi, np. Józef Frank; wreszcie budowa i urządzenie instytutu chemicznego na zupełnie europejską miarę. Wiekopomną zaś zasługę jego na polu fizjologji stanowi jego „Teorja jestestw organicznych“. Co się tyczy wykrycia przezeń nowego pierwiastku chemicznego „Vestium“ 1808 roku, to profesor K. Sławiński przypuszcza na podstawie swych poszukiwań, że odkrycie to, uważane przez czas długi za przykrą omyłkę laboratoryjną, w rzeczy samej mogło omyłką nie być. Kontrolne doświadczenia w Paryżu mianowicie przeprowadzono wówczas na rudach platynowych pochodzenia Amerykańskiego, podczas, gdy rudy pochodzenia Uralskiego, które właśnie badał Śniadecki, zawierają jako domieszkę, wykryty znacznie później metal „Ruthenium“. Otóż reakcje, które daje to ciało, zgadzałyby się zupełnie z reakcjami „Vestium“, opisanemi przez Śniadeckiego. Po ustąpieniu Śniadeckiego z katedry w roku 1822 objął ją jego uczeń Ignacy Fonberg, dzielny chemik i dobry pedagog, który przeszedł po zwinięciu uniwersytetu do akademji med. chir. a następnie do Kijowa.

Historję naturalną zaczął wykładać 1781 roku przybyły do Wilna po zamknięciu Tyzenhauzowskiej szkoły lekarskiej Grodzieńskiej której był organizatorem Jan Emanuel Gilibert, doskonały botanik, zasłużony autor Flory Litewskiej, przytem dobry i poświęcony dla pacjentów lekarz. Z tej strony w Grodnie także jak najlepsze po sobie pozostawił on wspomnienie. Niestety działalność jego w Wilnie była równie krótka jak w Grodnie, bo skończyła się już r. 1783, kiedy G. postanowił wrócić do Francji dzięki niepowodzeniom domowym, oraz jak się zdaje też szykanom ze strony niektórych kolegów. Po nim sprowadzono sławnego już wówczas podróżnika, uczestnika wypraw Cooka, ale awanturniczego dosyć, Jerzego Forstera, który też niedługo popasał i wyjechał z Wilna, nie wywiązawszy się ze swych zobowiązań względem szkoły głównej. Miał on nadzieję wziąć udział w podróży naokoło świata, organizowanej przez rząd rosyjski. Wyprawa z racji wojny tureckiej wprawdzie do skutku nie doszła, ale Forster do Wilna nie wrócił a Szkoła Główna w r. 1787 znowu została bez profesora historji naturalnej na przeciąg lat kilku, bo dopiero w r. 1792 zaczął ją na nowo wykładać Ferdynand Spitznagel powołany z Wiednia. Podczas dłuższych przerw, dzielących poszczególne profesury niszczały dość już bogate zbiory tak, że w rezultacie cześć ich tylko weszła później w skład mineralogicznych i botanicznych gabinetów. Spitznagel wkrótce objął wykłady materji medycznej, i terapji ogólnej, na katedrze historji naturalnej zastąpił go zaś przybyły już 1797 roku po dłuższym pobycie zagranicą pijar Stanisław Bonifacy Jundziłł uczeń Gilberta i Forstera. Skoro po reorganizacji szkoły Głównej na uniwersytet, pomyślano o rozdzieleniu poszczególnych dyscyplin tego rozległego przedmiotu powierzono Jundziłłowi wykład botaniki. Dał się on był już poznać zaszczytnie na tem polu, wydając prócz szeregu innych pism z zakresu przyrodoznawstwa, zwłaszcza obszerniejsze dzieło pod tytułem: „Opisanie roślin w prowincyi W. Ks. Litewskiego naturalnie rosnących“, a dalsza jego działalność postawiła go w rzędzie tych, którymi uniwersytet Wileński słusznie się chlubił. Ogród botaniczny założony jeszcze przez Giliberta, przeniesiony przez Spitznagla, na nowe odpowiedniejsze miejsce, był ukochanem dzieckiem Jundziłła, strzegącym jego całości nieraz może zbyt nawet zazdrośnie, z czego wynikały różne konflikty z publicznością. Wytyka mu to w swych pamiętnikach Józef Frank[2]), który go szczerze nie lubił, odpłacając mu tem jego zasadniczą niechęć względem cudzoziemców. Jundziłł, który wykładał do r. 1823, pozostawił wspomnienia, zawierające wiele ważnych, aczkolwiek niezawsze bezstronnie podanych informacyj, dotyczących życia uczelni Wileńskiej. Wykłady botaniki prowadził następnie jego synowiec Józef, który też wydał „Opisanie roślin w Litwie“. Na akademji uczył botaniki

[1]) Jednocześnie z akad. med. chirurg. istniała jeszcze, jako dalszy ciąg Wileńskiego uniwersytetu, akademja duchowna, przeniesiona do Petersburga 1842 r.

[2]) Józef Frank; Pamiętniki. Tłum. Zahorskiego. I., str. 64.

uczeń Wolfganga, Stanisław Batys Gorski. Naukową jego działalność chwali w dziełach swych Eichwald, a jako o człowieku, Adam Bućkiewicz w rękopiśmie, traktującym o wyższych zakładach naukowych w Wilnie [3]), powiada, że „jemu jednemu los pozwolił pracować aż do śmierci na gruzach uniwersytetu pod godłem przez filaretów uświęconem: zamiłowania cnoty i nauki".

Zoologję i anatomję porównawczą reprezentował godnie od r. 1806 do 1824 Ludwik Henryk Bojanus, mąż europejskiej sławy, powołany do Wilna, zwłaszcza jako organizator studjum weterynaryjnego. Szanowany i lubiony przez studentów pozostawił on szereg zdolnych i pracowitych uczniów, zwłaszcza zaś przedwcześnie tragiczną śmiercią zmarłego Fortunata Jurewicza, późniejszych profesorów akademji: Adamowicza Adama Ferdynanda i Muyschela Karola Justusa, obu względem nauki dobrze zasłużonych. Od 1827 aż do zamknięcia uniwersytetu i potem w akademji do 1838 r. zoologiem był Edward Eichwald, również europejskiej sławy człowiek, późniejszy profesor akademji Petersburskiej.

Chociaż wykład wstępny Jundziłła (ogłoszony drukiem w r. 1798) jest rozprawą treści mineralogicznej osobne wykłady mineralogji rozpoczął dopiero później jako adjunkt, Roman Szymonowicz, o którego wybór na profesora w r. 1806 toczyła się zażarta walka w łonie profesorskiego ciała uniwersytetu, przyczyniając się w znacznej mierze do ustąpienia z rektoratu X. Stroynowskiego. Szymonowicz zdołał zebrać dość bogatą prywatną kollekcję minerałów, z której korzystał podczas wykładów. Umarł w r. 1813. Następcą jego był: Feliks Drzewiński, późniejszy profesor fizyki, potem jako adjunkt: Horodecki Jan, a wreszcie od 1824 r. do zamknięcia uniwersytetu i na akademji Ignacy Jakowicki, autor paru podręczników, którego pracowitość chwali Bieliński, ale któremu Bućkiewicz zarzuca prócz innych niedociągnięć pedagogicznych, także zupełne pomijanie w wykładach wzmianki o bogactwach mineralnych, objętych granicami dawnej Rzeczypospolitej.

W akademji medyko - chirurgicznej zachowano większość katedr przyrodniczych zwiniętego uniwersytetu w charakterze nauk pomocniczych dla medycyny, weterynarji i farmacji.

Pierwszy profesor anatomji opisowej w szkole głównej Litewsk. Stefan Bisi urodzony w Pawii, zaaklimatyzowany jednak w Polsce oddawna, bo od roku 1763 bywał poprzednio nadwornym lekarzem, najprzód Księżny Anny Jabłonowskiej w Siemiatyczach, potem Radziwiłłów na Nieświeskim dworze, wreszcie Jezuitów Wileńskich. Wówczas to miał on wykonać pierwszą w Wilnie sekcję. Jego pomocnikiem był przez czas dłuższy Francuz, Jakób Briötet, wykwalifikowany anatom i chirurg, a gorliwy i życzliwy dla kraju i akademji pracownik. Po wyjeździe do Włoch Bisia w roku 1787 powołano na jego miejsce Wiedeńczyka Andrzeja Lobenweina, który już poprzednio uczył w szkole chirurgicznej, założonej w Petersburgu przez Katarzynę II, w Wilnie zaś był profesorem anatomji aż do śmierci 1820 r. Miał on naogół opinję dobrego profesora, a Bućkiewicz, który go zresztą osobiście już nie znał, opowiada, że na jego wykłady uczęszczali nawet profesorowie uniwersytetu (Bojanus i Mikołaj Mianowski). Z drugiej strony czyni mu w kierunku pedagogicznym dość poważne i jak się zdaje nie pozbawione słuszności zarzuty Józef Frank [4]), który był przecie jego rodakiem, a również niebardzo go jako pedagoga chwali Karol Kaczkowski [5]). W chwili wybuchu wojny 1812 roku Lobenwein z Bojanusem i profesorem języka rosyjskiego Czerniawskim, wyjechali do Petersburga, gdzie siedzieli jeszcze czas dłuższy po ukończeniu wojny, pobierając pomimo to pensje uniwersyteckie. Lobenwein korzystał z tych przedłużonych wakacyj, aby intrygować przeciwko Janowi Śniadeckiemu, którego też udało mu się z rektoratu wysadzić, obejmując jego stanowisko prowizorycznie po powrocie do Wilna, dopóki rektorem z wyboru nie został Szymon Malewski. Stanowisko uprzywilejowane dzięki długoletniemu dziekanatowi lekarskiemu i zapachowi lojalności w Petersburskich sferach, umiał L. wyzyskać doskonale, kumulując różne intratne funkcje uniwersyteckie.

Po nim wykładał zastępczo anatomję profesor chirurgji Pelikan, zostawiając, jako ślad działalności, podręcznik myologji, a skoro on został rektorem, już do samego końca istnienia uniwersytetu i następnie, Adam Bielkiewicz, zręczny i niestrudzonej pracowitości anatom, który zastawszy w gabinecie anatomicznym nieco ponad pół tysiąca preparatów, pozostawił ich trzy tysiące, umierając w r. 1840. Anatomji patologicznej, jako osobnego przedmiotu, ani w szkole Głównej, ani na uniwersytecie nie wykładano, czemu zbyt dziwić się nie można, zważywszy, że pierwsza w Europie oddzielna katedra tego przedmiotu powstała w Strassburgu dopiero w roku 1817. Józef Frank zgromadził był dość znaczną, jak na ówczesne stosunki, kolekcję preparatów tego działu w swojej klinice, ale ją podobno zjedli zgłodniali żołnierze francuscy podczas odwrotu z Moskwy. Dopiero w roku akademickim 1833/34 parę lat po otwarciu akademji medyko - chirurgicznej, zaczął wykładać anatomję patologiczną Ludwik Siewrók (Siewruk) prosektor Bielkiewicza, a po jego powołaniu do Moskwy Leonow Jan, który według Bielińskiego wykładów prawie wcale nie miewał. Co się tyczy Siewruka, to Bieliński zdaje się go uważać za odpowiedniego swemu stanowisku profesora, podczas gdy Bućkiewicz twierdzi, że był to wprawdzie dobry anatom opisowy, ale że anatomji patologicznej niewiele swych uczniów nauczył. Który z nich ma słuszność, trudno dziś rozstrzygnąć to tylko wiadomo, że Bućkiewicz wogóle bywa nieraz sędzią dość surowym. Niezupełnie wiodło się w początkowych okresach Wilnu z nauczaniem fizjologji. Uczyli jej mimochodem anatomowie, czemu dziwić się nie będziemy, zważywszy, że pierwszy samodzielny instytut fizjologiczny powstał dopiero w końcu pierwszej ćwierci XIX wieku w Wrocławiu, a jeszcze sławny Johannes Müller powołany był do Berlina 1830 roku, jako profesor anatomji i fizjologji jednocześnie. Tem większe uznanie należy się Wileńskiej szkole Głównej za to, że wcześnie już pomyślała o odpowiedniem nauczaniu tego ważnego przedmiotu. wyznaczając osobnego repetytora do powtarzania fizjologji w języku polskim, Jana Czenpińskiego, którego inauguracyjne przemówienie z r. 1789 dotychczas w naszej bibljotece uniwersyteckiej się przechowało. Niestety Czenpiński zmarł, bawiąc na studjach w Wiedniu i dopiero w r. 1804 postanowiono wysłać zagranicę dotychczasowego patologa prof. Becu w celu zaznajomienia się z tym przedmiotem. Jednakże po powrocie z zagranicy Becu objął zwolnioną tymczasem dzięki różnym personalnym przesunięciom dawną katedrę patologji ogólnej, a fizjologję po nieudanej próbie powierzenia jej wykładu Alojzemu Vicinіemu, sprowadzonemu z Włoch, którego wypadło wkrótce usunąć, w dalszym ciągu wykładano dawnym trybem. Dopiero w r. 1810 powołano na nią adjunkta Mikołaja Mianowskiego, który też niedługo nią się zajmował, bo po wyjeździe Lobenweina w okresie wojennym i nadmiernie przedłużającej się jego późniejszej nieobecności, musiał zastępować go w wykładaniu anatomji opisowej, w roku 1816 zaś znowu za granicę wyjechał. Jednakże wówczas uniwersytet posiadał już młodego uczonego, który z pożytkiem wykładaniem fizjologji mógł się zająć, a mianowicie Michała Homolickiego. Okres jego nauczania stanowił też złoty okres fizjologji Wileńskiej (1816 — 1827). Niestety trwał on mało co dłużej nad 10-lecie. W r. 1827 Homolicki zapadłszy poważnie na zdrowiu, musiał zrzec się dalszej profesorskiej działalności. Był to jeden z najzdolniejszych i jednocześnie najpracowitszych profesorów wydziału. O wartości wykładów jego sądzić możemy nietylko z opowiadań jego uczniów, lecz też ze skryptów, których kilka z różnych czasów i przez różnych słuchaczów pisanych, się przechowało. Fizjologję ogólną wykładał on, zwłaszcza w latach początkowych trzymając się dość ściśle Śniadeckiego Teorji Jestestw Organicznych, część szczegółową według własnego kursu, ułożonego na podstawie dokładnej znajomości współczesnej literatury. Wiemy też, że wspólnie z Bielkiewiczem w pracowni Bojanusa sam licznych doświadczeń na zwierzętach dokonywał. Po Homolickim objął katedrę Felix Rymkiewicz. również zdolny i pracowity wychowanek Wileńskiego uniwersytetu, parę ostatnich lat (już na akademji) wykładał ten przedmiot Józef Mianowski.

Patologję ogólną za czasów szkoły Głównej, razem ze szczegółową medycyną praktyczną wykładał Wiedeńczyk Józef Langmajer [6]), ten sam, o którym Śniadecki pisze w jednym z listów, że „kaczkowatym głosem" odczytywał znudzonym studentom stare seksterny, a po nim August Becu, którego podczas jego naukowej podróży za granicę jakiś czas zastępował Józef Frank. Profesora Becu, uwiecznionego w sposób wysoce niepochlebny w 3-ciej części Dziadów, oceniano rozmaicie, nietylko, jako człowieka, lecz też jako nauczyciela. Zdolny on był bez wątpienia, a jeżeli tylko chciał, umiał i dobrze uczyć i pozyskać poważanie i życzliwość studentów. Z drugiej strony lubił żyć wygodnie, a uczeń jego Karol Kaczkowski [7]), powiada o nim, że, mając do wyboru wykład, albo dobre śniadanie, wybierał zwykle drugie. Z taką psychologją podczas śledztwa filareckiego, nic dziwnego, że bez większego oporu szedł za inspiracjami Nowosilcowa i Pelikana, a pomimo niezaprzeczonych talentów i całkiem dobrych kwalifikacyj nauko-

---

[3]) Rękopis znajduje się w Krakowskiej Akademji Umiejętności.

[4]) Józef Frank: Pamiętniki I., str. 68. Tłum. Zahorski.

[5]) Wspomnienie z papierów pozostałych po ś. p. Karolu Kaczkowskim... Lwów 1876. Gubrynowicz i Schmidt. Str. 77.

[6]) l. c., str. 79.

[7]) Frank: Pam. I. 69.

wych nie pozostawił wybitniejszych śladów naukowej działalności. Po jego tragicznej śmierci katedrę objął, prowadząc ją aż do końca Adolf Abicht, rozumny i dobry człowiek, a dzielny profesor, po którym zostały: kurs patologji ogólnej w litografowanem a terapji ogólnej w drukowanem wydaniu. Farmakologię, czyli, jak wówczas mówiono, materję medyczną, wykładał Ferdynand Spitznagel. Wiemy, że obdarzony on był fenomenalną pamięcią pozatem pod względem kwalifikacyj naukowych i nauczycielskich niczem szczególnem się nie wyróżniając. Potem razem z farmacją (Wilno kształciło też aptekarzy) od 1810 r. uczył farmakologji Jan Fryderyk Wolfgang badacz, a jednocześnie sumienny i surowy nauczyciel. Następnie za czasów akademji wykładał farmakologję Aleksander Woelck, a farmację Stanisław Batys-Gorski, o którym mówiliśmy z racji wykładów botaniki. Medycynę sądową, higjenę i policję lekarską, traktowane naogół, jako przedmioty drugorzędne, wykładali różnemi czasy różni nauczyciele, zaczynając od Becu, Lobenweina i Pelikana, a kończąc na Janie Bärkmanie. Niegdyś jeden z więcej obiecujących uczniów wydziału Wileńskiego, został on profesorem dzięki protekcji Nowosilcowa, nie pozostawiając żadnych dodatnich śladów działalności naukowej i pedagogicznej.

Historję medycyny wykładać zaczął Konstanty Porcyanko dopiero na kilka lat przed zamknięciem uniwersytetu, potem prowadzili dalej jej wykłady: Woelk, Abicht i Adamowicz, którego skrypta nawet zachowały się w bibljotece Wil. Tow. Lekarskiego. Propedeutykę lekarską, inaczej encyklopedję medycyny, wykładał czas jakiś Feliks Rymkiewicz, a łacińskie skrypta z jego wykładów również posiadamy.

Dotychczas nie wspomnieliśmy jeszcze o przedmiotach klinicznych. Zacznijmy od medycyny wewnętrznej. Pierwszym jej nauczycielem był ów, tak niepochlebnie przez Śniadeckiego Andrzeja scharakteryzowany Langmayer, potem od 1799 r. przez czas krótki były nadworny lekarz Księcia Macieja Radziwiłła, Jan O'Connor. Obaj oni obywali się bez kliniki, aczkolwiek jest rzeczą prawdopodobną, że mogli ilustrować wykłady okolicznościowemi demonstracjami chorych. Otworzył ją dopiero Jan Piotr Frank, w marcu 1805 roku. Po jego wyjeździe do Petersburga prowadził ją od 1805—1823 r. syn jego, Józef Frank. Pomimo tego, że szerokością objęcia nie dorównywał on ojcu, a nie był też wolny od pewnych uprzedzeń do których rzędu np. należała wiara w kołtun, jako odrębną dyskrazję, wpajana przezeń w uczniów z wytrwałością godną lepszej sprawy, wywarł on nietylko potężny, lecz też naogół bardzo dobroczynny wpływ na rozwój medycyny wileńskiej, kształcąc liczne zastępy dzielnych lekarzy. Stał się on też dzięki zdolnościom przewyższającym przeciętną miarę, pracowitości i sumienności w wypełnianiu obowiązków nauczycielskch, zawodowych i naukowych, oraz życzliwości, z jaką zachowywał się wobec społeczeństwa miejscowego, jedną z najpopularniejszych osobistości w Wilnie w pierwszej ćwierci XIX wieku, a już uwielbiała go poprostu większość jego uczniów, wspominając go z najwyższą wdzięcznością jeszcze dziesiątki lat po jego wyjeździe. Po nim przez 3 lata klinikę prowadził Wincenty Herberski, wychowaniec uniwersytetu wileńskiego, który w chwili wyjazdu Franka z Wilna powrócił tam właśnie z 6-cioletniego zagranicznego naukowego wojażu. Doskonały lekarz-praktyk, obeznany nietylko z nowemi metodami badania klinicznego (auskultacji uczył się u Laenneka) lecz też z chirurgją, zwłaszcza okulistyką, w której doskonalił się u sławnego Beera w Wiedniu, był on przecie miernym tylko profesorem. Po jego przedwczesnej śmierci klinikę objął, uważając to za spełnienie obowiązku względem społeczeństwa, profesor-emeryt chemji, Jędrzej Śniadecki, który podobnie, jak wszyscy inni ówcześni teoretycy, posiadający dyplomy lekarskie, od samego przybycia do Wilna praktykę lekarską uprawiał, jako jeden z najwięcej wziętych lekarzy wileńskich. Aż do śmierci w r. 1838, prowadził on też klinikę porządnie i umiejętnie, chociaż, nowszemi zdobyczami medycyny naogół mniej się interesował. Zamknął szereg klinicystów wileńskich Feliks Rymkiewicz, będąc w chwili jej objęcia już całkiem niemłodym człowiekiem, o którym już wspominaliśmy, a którego dzięki niezwykłej erudycji nazywano encyklopedją chodzącą.

Chirurgji z początku uczył w szkole Głównej Mikołaj Regnier a później tam i w pierwszych czasach na uniwersytecie, Jakób Briotet, niegdyś demonstrator anatomji w paryskim Hôtel Dieu. Wszyscy współcześni jednomyślnie stwierdzają wielką jego pilność w wykonywaniu obowiązków nauczycielskich, tym godniejszą uznania, że na razie zwłaszcza trzeba było walczyć z niemałemi trudnościami. Pierwsi bowiem jego uczniowie byli to przeważnie cyrulicy cywilni i wojskowi, którzy, pomijając już kwestję niedostatecznego ogólnego przygotowania, nie posiadali zwykle innego języka prócz polskiego, którym znowu Briôtet dostatecznie nie władał.

Że zaś po łacinie też umiał nie wiele, więc według świadectwa Franka, nawet później, kiedy miał już do czynienia z lepszym materjałem studenckim, niezawsze potrafił dać się zrozumieć słuchaczom, a od czasu założenia kliniki chirurgicznej(1808 r.) faktycznym jej kierownikiem był właściwie nie on, lecz raczej adjunkt jego, Jan Fryderyk Niszkowski, który, objąwszy ją wkrótce po ustąpieniu zestarzałego tymczasem Briôteta, już jako profesor, prowadził ją z wielkim pożytkiem dla chorych i studentów do śmierci w r. 1816 w wieku lat zaledwie 42. Wówczas to, oddano katedrę po nim młodemu adjunktowi Petersburskiej kliniki chirurgicznej, Wacławowi Pelikanowi który jako zdolny chirurg i dobry nauczyciel, w dalszym ciągu zupełnie odpowiednio ją prowadził, kształcąc szereg dzielnych uczniów takich, jak Porcyanko Konstanty, Gałęzowski Seweryn, Józef Korzeniowski. Niestety etyka jego nie stała na wysokości kwalifikacyj naukowych i zawodowych. Opanowany żądzą zrobienia za wszelką cenę karjery, poświęcił dla niej wszystkie inne względy, zostając od czasu sprawy filareckiej prawą ręką Nowosilcowa w niszczycielskiej jego robocie. Mianowany rektorem 1826 r., zaprowadził na uniwersytecie rządy szpiegowsko-policyjne, których złowroga pamięć do dziś dzień nierozerwalnie wiąże się z jego imieniem. To też w chwili wyjazdu z Wlna, w przeddzień zamknięcia uniwersytetu, który nibyto ocalić właśnie miały jego metody rządzenia, był on najbardziej może po Nowosilcowie znienawidzoną osobą w tem mieście, gdzie z początku bardzo wybitną się cieszył popularnością. Za czasów rektorstwa Pelikana, oraz później, na akademji, klinikę chirurgiczną prowadził kilkakrotnie wspomniany Porcyanko, mając do pomocy Józefa Korzeniowskiego. Bez szczególnych pretensyj do uczoności ale doskonały lekarz i zręczny operator, a przytem dobry i rozsądny człowiek, umiał on przecież nauczyć swych słuchaczów wszystkiego tego, co im w późniejszem życiu potrzebne było do niesienia najpotrzebniejszej chirurgicznej pomocy.

Do nauczania położnictwa w okresie organizowania się szkoły głównej wyznaczył biskup Massalski swego nadwornego chirurga Mikołaja Regnier, posiadającego wykształcenie chirurgiczno-położnicze jedynie tylko praktyczne. Jednocześnie (w r. 1785) Massalski ufundował w szpitalu Św. Rocha 10 łóżek dla położnic. Regnier pomimo niedostatecznych kwalifikacyj naukowych położył przecie znaczne zasługi około rozpowszechnienia na Litwie lekarskiej pomocy położniczej.

Pierwszym nauczycielem akuszerji z normalnem lekarskiem wykształceniem był Andrzej Matusewicz. Bieliński go chwali, również Bućkiewicz, który go zresztą osobiście znać nie mógł. Natomiast Frank wyraża się o nim całkiem ujemnie, nazywając go najgorszym profesorem całego wydziału. W bibljotece Wil. Tow. Lekarskiego zachowało się przemówienie Matusewicza o znaczeniu chirurgji, wygłoszone na jednej z uroczystości uniwersyteckich. Elaborat ten wodnisty i przepełniony ogólnikami, nie sprawia korzystnego wrażenia, co oczywiście jeszcze bynajmniej nie uprawnia do wydania ujemnego sądu o kwalifikacjach zawodowych, a nawet nauczycielskich jego autora. Pisał zresztą jeszcze o krupie i tłumaczył Plencka. Następcą Matusewicza był Mikołaj Mianowski. W chwili śmierci swego poprzednika wykładał on fizjologję. Według Franka upatrzono go na profesora akuszerji, głównie dzięki wpływom Niszkowskiego, który sam posiadając rozległą akuszeryjną praktykę, wolał widzieć profesorem tego przedmiotu Mianowskiego, niż kogoś takiego, ktoby z wyrobioną już w tym kierunku renomą do Wilna przyjechał. Mianowski z początku się wahał, ostatecznie jednak zgodził się i został wysłany zagranicę, aby się wydoskonalić w położnictwie [8]). Jakim on był profesorem i jakim akuszerem? Sądy o nim wypadają rozmaicie. Kaczkowski stawiając go wyżej od Augusta Becu, stwierdza przecie, że był on do niego duchowo podobny. Klinikę odwiedzał też podobno rzadko, zdając wszystko na starszą akuszerkę. Frank, który go uważał za człowieka rozumnego, nie widział w nim szczególnych kwalifikacyj na akuszera. Bućkiewicz, dość niepochlebnie sądząc go, jako człowieka i polaka, mało mówi o jego nauczycielskiej i zawodowej działalności, choć był jego uczniem w akademji. Bo Mianowski, po Lobenweinie długoletni dziekan wydziału lekarskiego, nietylko przeszedł po zwinięciu uniwersytetu do akademji medyko-chirurgicznej, lecz też występował poniekąd w roli, naprzód ojca chrzestnego, a potem grabarza tej instytucji, jako pierwszy i ostatni rektor prowizoryczny, przed objęciem prezydentury przez Kuczkowskiego i po jego ustąpieniu. Kursy dla akuszerek prowadził Woelck, o którym parokrotnie już wypadało nam mówić.

---

[8]) Pamiętniki Franka tłom. Zoh. III—127.

Kliniki ocznej ani na uniwersytecie, ani na akademji nie było, a jednym z powodów ustąpienia Franka miał być opór większości wydziału przeciwko jego projektom, zmierzającym właśnie do urządzenia takiej kliniki.

Według planu opracowanego przez Jana Piotra Franka, curriculum lekarskie powinno było trwać właściwie razem z rokiem przyrodniczym — lat 6. Jednakże pozwalano na składanie egzaminów ostatecznych już po ukończeniu lat pięciu — poczem wydawano dyplomy na stopień lekarza I, II lub III klasy. Pierwszy uprawniał do natychmiastowego ubiegania się o doktorat czego koniecznym warunkiem było napisanie i publiczna obrona dysertacji. Ci co dostali klasę drugą, nabierali do tego prawa po upływie lat 5-ciu, ewentualnie wcześniej, po otrzymaniu na służbie wojskowej rangi sztabslekarza, lub jej cywilnego ekwiwalentu. Trzecia klasa wogóle wykluczała możność otrzymania doktoratu. Egzaminy były teoretyczne i praktyczne, z niektórych przedmiotów składano egzaminy piśmienne. Ostateczny wynik ustalała tajnem głosowaniem konferencja wydziału. Oprócz tych egzaminów składano jeszcze corocznie egzaminy na prawo przejścia z kursu na kurs, czyli według ówczesnej terminologji, z klasy do klasy. Poprawek w zasadzie nie było, choć wiemy, że niekiedy zezwalano na nie wychowańcom instytutu studentów skarbowych, aby ich uchronić przed koniecznością oddania do wojska w charakterze felczerów, grożącej w razie pozostania na rok drugi w tej samej klasie. Trzystopniowe były też patenty, wydawane po ukończeniu kursu weterynarji, której uczono i na uniwersytecie i na akademji.

Rozmaity bywał język wykładowy. Za czasów szkoły głównej i uniwersytetu przeważnie łaciński albo polski, zależnie od uznania wykładającego. Cudzoziemcy wykładali albo po łacinie albo, jak się zdarzyło, a np. taki Briôtet, nie mówiąc już o słabo wogóle wykształconym Regnier wykładał według świadectwa Franka[9]), trudną do zrozumienia mieszaniną języków francuskiego i polskiego. Taki zaś znakomity przyrodnik i sławny podróżnik jakim był bez wątpienia Forster, też niebardzo sobie z łaciną, jako językiem wykładowym, umiał radzić. Andrzej Śniadecki chemję wykładał po polsku, a klinikę prowadził po łacinie. W akademji medyko - chirurgicznej wykłady z urzędu odbywać się musiały po łacinie, albo po rosyjsku, język polski dozwolony był tylko na wykładach dla akuszerek i weterynarzy.

Przepisy dyscyplinarne, obowiązujące studentów, były od samego początku istnienia uniwersytetu surowe, mniej więcej takie, jakie obowiązują dziś uczniów szkół średnich. Jednakże niebardzo ich przestrzegania pilnowano i dzięki temu student korzystał z wystarczającej wolności. Wszystko to się zmieniło, skoro, zostawszy rektorem, Pelikan zorganizował policję uniwersytecką, która cały swój spryt wytężała na to, aby studenta złapać na jakiejś czynności zabronionej. A zabronione było właściwie wszystko, bo nawet spacery za miasto bez specjalnego pozwolenia, albo odwiedzanie kolegów „bez dostatecznych powodów". Stąd ustawiczne kary dyscyplinarne, przeważnie areszty. Daleko cięższe następstwa groziły za przestępstwa o charakterze politycznym: służba wojskowa przymusowa w roli prostych żołnierzy, deportacja na Sybir, lub do odległych gubernij rosyjskich i t. p. kary drakońskie. Stosowanie ich larga manu zaczęło się w czasie sprawy filareckiej, ciągnąc się nieprzerwanem, żałobnem pasmem aż do zamknięcia akademji medyko - chirurgicznej. Szczególnie obfitował w nie naturalnie okres powstania listopadowego, a następnie spisku Konarskiego.

Jeżeli zechcemy dać odpowiedź na pytanie, jak Wileńskie instytucje lekarskie wypełniały zadanie nauczania zawodowego, to przyznać wypadnie, że w miarę środków wywiązywały się one ze swych obowiązków w sposób zadowalniający. Początki były trudne ale nielepiej działo się w tym samym czasie w Krakowie, a w Warszawie chyba jeszcze trudniej szła robota organizacyjna. W początku XIX wieku natomiast Wilno, znajdując się w znacznie od Krakowa korzystniejszych warunkach, zwłaszcza zaś rozporządzając bez porównania większemi środkami materjalnemi, zdystansowało go też i pod względem skompletowania katedr i zasobów pomocy naukowych, które w chwili zamknięcia uniwersytetu przedstawiały się zupełnie poważnie. Akademja medyko - chirurgiczna wszystko to wzięła w spadku, włączywszy jeszcze w zakres stanu swego posiadania szereg katedr wydziału fizyczno - matematycznego wraz z ich zbiorami. Studjum medycyny niezamożnej młodzieży znakomicie ułatwiał instytut skarbowych studentów medycyny, założony z inicjatywy Józefa Franka, w parę lat po jego do Wilna przybyciu, zapewniając swym wychowańcom całkowite utrzymanie w zamian za zobowiązanie odbycia pewnego okresu służby państwowej po ukończeniu studjów. W r. 1807 takich medyków skarbowych było 30, zaraz potem 50, w ostatnich latach egzystencji uniwersytetu — 100 a za czasów akademji po stu kilkudziesięciu. To też wydział lekarski Wileński, a potem akademja cieszyły się doskonałą opinją w imperjum, której wyraz dała pochlebna co do wartości uczelni opinja komisji, wydelegowanej przez cara Mikołoja I w celu zbadania stanu rzeczy na miejscu w chwili, w której zresztą los akademji był nieodwołalnie postanowiony. Co się tyczy dorobku naukowego, to nowe myśli wniósł do biologji w swej teorji jestestw organicznych Jędrzej Śniadecki, a zważywszy wszystkie okoliczności jego życia i pracy, nie my będziemy go winili o to, że ograniczył się do wypowiedzenia zasady zamiast starać się o położenie choćby fundamentów tylko pod budowę nauki o przemianie materji, do czego, jako profesor chemji, zdawał się posiadać i warunki i kwalifikacje. Na polu botaniki, zoologji, anatomji porównawczej i ludzkiej zasłużyli się dobrze nauce Gilibert Jundziłł, Gorski, Bojanus, Muyschell, Jurewicz, Eichwald, Bielkiewicz i Adamowicz, jeden z najpracowitszych wileńskich profesorów. W dziedzinie ogólnej i szczegółowej patologji i terapji mamy wprawdzie prace Józefa Franka zwłaszcza wielki jego podręcznik „Praxeos medicae universae praecepta", prace Śniadeckiego, np. o irytacji, oraz szereg streszczeń, przyczynków, tłómaczeń, albo nawet podręczników oryginalnych, jak np. Szymkiewicza podręcznik chorób dziecięcych, ale żadne z tych dzieł nie wnosi nowych płodnych myśli do medycyny ani też nie stwarza nowych metod badania, któreby do odsłonięcia nieznanych horyzontów myślowych doprowadzić mogły. Nie dziwmy się temu. Takie okresy twórczości zdarzają się w historji naukowych zakładów nie codzień, a nie sprzyjały bynajmniej rozbudzeniu się i utrzymaniu twórczych pierwiastków naukowego życia warunki krótkiej egzystencji uniwersytetu i akademji. Okres dzieciństwa i pierwsze lata młodzieńcze zreformowanej wyższej uczelni wileńskiej zbiegły się z ostatnim aktem dramatu dziejowego, który położył koniec samodzielności Polski, potem weszły w grę perturbacje, związane z Napoleońskiemi wojnami. Zaraz po ich ukończeniu, zaczął się od północy wynurzać groźny cień rosyjsko - polskich antagonizmów, z każdym rokiem przybliżając się i potężniejąc, aż wreszcie zagęścił się w czarną chmurę, z której posypał się grad Nowosilcowskich represyj. Adam Bućkiewicz, o którego rękopisie niejednokrotnie wspominałem, uważa śledztwo filareckie za chwilę poniekąd przełomową w dziejach uniwersytetu, nietylko dlatego, że pozbawiła go najzdolniejszych i najwięcej obiecujących uczniów, lecz też dlatego, że również w profesorach, patrzących na nastawanie ery szpiegowsko - policyjnych w nim rządów, podkopała aspiracje do twórczej pracy, zabijając w nich poczucie niezależności i bezpieczeństwa. Ci, co jaśniej patrzyli w przyszłość, musieli się domyślać, że sam byt uniwersytetu w podobnych okolicznościach jest bardzo niepewny, a świadomość takiego stanu rzeczy, godząc się od biedy z pełnieniem powszednich, ustawowo przewidzianych nauczycielskich obowiązków, nie usposabia przecie do pełnego rozwinięcia skrzydeł. Taką samą psychologją zaś żyli profesorowie akademji medyko - chirurgicznej. Oczywiście większa, czy mniejsza produktywność naukowa, to fenomen nader złożony, który trudno wytłómaczyć jednym tylko czynnikiem przyczynowym, że jednak Bućkiewicz, który był człowiekiem bardzo myślowym, a stosunki odnośne znał z własnego doświadczenia, wstąpiwszy na uniwersytet w r. 1827, a kończąc akademję w r. 1835, przecie może mieć trochę racji, to wydaje się rzeczą wcale prawdopodobną.

[9]) l. c. — I. 69.

Prof. Dr. Jan PILTZ. Kraków.

O bezpośredniem dziedziczeniu pewnych stanów psychopatologicznych [1]).

Z Kliniki neurologiczno - psychjatrycznej U. J. w Krakowie.

(Według odczytu wygłoszonego na VI Zjeździe psychjatrów polskich w roku 1926 w Krakowie).

W niniejszej pracy pragnę podkreślić pewien fakt z zakresu patogenezy zaburzeń psychicznych, który dotychczas mojem zdaniem nie jest dostatecznie wyraźnie uwzględniany — a mianowicie — fakt bezpośredniego przekazywania pewnych stanów psychopatologicznych z pokolenia na pokolenie jako takich — i to nieraz przez szereg generacyj.

Zanim przejdę do właściwego tematu, pozwolę sobie parę słów poświęcić omówieniu, chociażby tylko w ogólnych zarysach, przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych, pojęcia choroby psychicznej, pojęcia stanów psychopatologicznych i wreszcie dyspozycyj do zaburzeń psychicznych.

[1]) W pracy powyższej starałem się szerzej rozwinąć i bliżej uzasadnić zapatrywania wygłoszone na VI Zjeździe psychjatrów polskich w roku 1926 w Krakowie.

Bodźce chorobotwórcze dzieli się zwykle na zewnątrz i wewnątrz - pochodne, inaczej exo- i endogenne względnie konstelacyjne i konstytucyjne.

Do zewnątrz - pochodnych czyli exogennych zalicza się m. i. alkohol, lues, inne choroby zakaźne, uraz fizyczny lub psychiczny. O ile bodźce te działają na centralny układ nerwowy bezpośrednio, powstają *zaburzenia psychiczne bezpośrednie*, o ile zaś działają one na centralny układ nerwowy nie bezpośrednio, lecz pośrednio, a mianowicie przez inne narządy ustroju, wówczas powstają *zaburzenia ·psychiczne pośrednie*.

Do *pierwszych* należy zaliczyć np. zaburzenia psychiczne spotykane w ostrych stanach upicia się, w kile mózgu, w encephalitis epidemica, przy apopleksji lub tumorach mózgu.

Odnośnie do *drugich* należy podnieść co następuje: pomiędzy wszystkiemi narządami ustroju istnieje pewna łączność; nieraz już nieznaczne zmiany funkcji jednych narządów wywierają wpływ na funkcjonowanie drugich. Funkcjonowanie centralnego układu nerwowego nie od wszystkich narządów wewnętrznych jest zależne w równym stopniu. Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu czyli dokrewne są to właściwie te narządy, które i na rozwój i na funkcjonowanie wywierają największy wpływ. Otóż o ile owe zewnątrzpochodne czyli exogenne bodźce chorobotwórcze spowodują schorzenie lub uszkodzenie gruczołów dokrewnych, wówczas mogą powstać zaburzenia psychiczne pośrednie takie, jakie spotykamy np. przy chorobie Basedowa lub kretynizmie.

Rozważmy teraz nieco bliżej najpierw sprawę zależności zaburzeń psychicznych od bezpośredniego uszkodzenia mózgu a potem sprawę ich zależności od uszkodzenia gruczołów dokrewnych.

Exogenne czyli zewnątrz - pochodne bodźce chorobotwórcze mogą bezpośrednio zadziałać na centralny układ nerwowy w każdym okresie życia osobniczego a mianowicie albo na plazmę rozrodczą w chwili zapłodnienia i to na tę jej część, z której później rozwinie się centralny układ nerwowy [2]), albo na system nerwowy płodu, albo na system nerwowy osobnika już po jego urodzeniu. Odpowiednio do tego *bezpośrednie zaburzenia psychiczne* mogą być albo istotnie wrodzone, albo nabyte — i to albo w życiu płodowem albo pozapłodowem.

Jeżeli jednak przodkowie przez kilka pokoleń byli alkoholikami, to ten ich alkoholizm mógł wywołać taką zmianę ich protoplazmy rozrodczej, która następnie może być przekazywaną z pokolenia na pokolenie w postaci pewnej anomalji budowy lub funkcji mózgu. Otóż zaburzenia psychiczne, zależne od owych dziedzicznie przekazywanych anomalji mózgu, są bezpośredniemi zaburzeniami psychicznemi dziedzicznemi. Jako przykład takich zaburzeń mogą służyć zaburzenia psychiczne w przebiegu takiej dziedzicznej organicznej choroby jak chorea Huntingtoni.

Odnośnie do sprawy zależności zaburzeń psychicznych od gruczołów dokrewnych można powiedzieć właściwie to samo. Ponieważ exogenne bodźce chorobotwórcze mogą zadziałać albo na plazmę rozrodczą w chwili zapłodnienia a mianowicie na tę jej część, z której później rozwiną się gruczoły dokrewne [3]), albo na gruczoły dokrewne płodu, albo na gruczoły dokrewne osobnika już po jego urodzeniu, przeto w ten sposób powstające pośrednie gruczołowe zaburzenia psychiczne mogą być również albo istotnie wrodzone, albo nabyte — i to albo w życiu płodowem albo pozapłodowem. Jeżeli jednak takie zewnątrz - pochodne bodźce chorobotwórcze jak alkohol, lues lub inne, działające przez szereg pokoleń, wywołają taką zmianę protoplazmy rozrodczej, która w postaci pewnej anomalji gruczołów dokrewnych przekazywaną będzie z pokolenia na pokolenie, to psychiczne zaburzenia, które pośrednio zależeć będą od tych dziedzicznych anomalij gruczołów dokrewnych, musimy nazwać pośredniemi zaburzeniami psychicznemi gruczołowemi dziedzicznemi. Ale wtedy tego rodzaju dziedzicznie przekazywane anomalje gruczołów dokrewnych stanowią już nie exogenną ale endogenną czyli konstytucyjną podstawę dla gruczołowych zaburzeń psychicznych dziedzicznych.

Najlepszym przykładem takich dziedzicznych zaburzeń psychicznych gruczołowych są dziedziczne anomalje psychiczne np. w przypadkach dziedzicznej patologicznej otyłości.

Z powyższego wynika, że jedne i te same exogenne bodźce chorobotwórcze mogą albo stanowić exogenną przyczynę zaburzeń psychicznych gdy wywierają swój szkodliwy wpływ w życiu osobniczem, albo mogą prowadzić do powstawania endogennych konstytucyjnych podstaw dla zaburzeń psychicznych dziedzicznych — o ile one wywierały swój szkodliwy wpływ na protoplazmę rozrodczą poprzednich pokoleń.

Odnośnie do nasilenia tych bezpośrednich i pośrednich zaburzeń psychicznych podnieść należy co następuje:

Nasilenie wyżej określonych zaburzeń psychicznych bezpośrednich może być bardzo różne, z jednej strony w zależności od nasilenia i rozległości samej sprawy chorobowej w mózgu a z drugiej od tego, w jakim okresie życia osobniczego mózg danego osobnika uszkodzonym zostanie. Obszerne zniszczenia tkanki mózgowej w późniejszych okresach życia osobniczego wywołują defekty psychiczne w postaci demencji, we wczesnych zaś okresach życia — płodowego lub pozapłodowego — objawy niedorozwoju w postaci idjotyzmu. To samo odnosi się oczywiście i do zaburzeń psychicznych pośrednich, zależnych od uszkodzeń gruczołów dokrewnych. Przykładem tych ostatnich zaburzeń psychicznych pośrednich znacznego stopnia są np. zaburzenia w przypadkach kretynizmu.

Przy nieznacznem natomiast zadziałaniu sprawy chorobowej, a mianowicie przy mniej intenzywnem lub bardziej zlokalizowanem, mogą powstać w mózgu względnie w gruczołach dokrewnych: albo zmiany anatomiczne bez wyraźniejszych mikroskopowych cech uszkodzenia w postaci hyper — dys — albo hypoplazji albo tylko zaburzenia czynności bez mikroskopowo dostrzegalnych zmian, w postaci hyper-dys- lub hypo-funkcji.

Zarówno uszkodzenia anatomiczne rozległe i głębokie, jak i nieznaczne w postaci hyper-, dys- lub hypo-plazji a także i te, które manifestują się jedynie w postaci hyper-dys- lub hypo-funkcji są zazwyczaj stałe. Stąd też pochodzi, że objawy psychiczne od tych uszkodzeń zależne są zazwyczaj również stałe.

Wszystko co powyżej powiedziałem odnośnie do nasilenia i rozległości sprawy chorobowej dotyczy zarówno spraw chorobowych, nabytych w okresie życia osobniczego, jak przypadków anomalii (mózgowych i gruczołowych) dziedzicznych, przekazywanych z pokolenia na pokolenie. Dziedziczne bowiem anomalje mózgu czy gruczołów dokrewnych mogą również występować albo w postaci wyraźnych zmian anatomicznych, albo w postaci nieznacznych zmian anatomicznych w postaci hyper-, dys-, lub hypoplazji albo w postaci zaburzeń czynnościowych w postaci hyper- dys- lub hypo-funkcji.

Wyrazem tych ledwo dostrzegalnych stałych dziedzicznych zmian budowy mózgu czy gruczołów dokrewnych, względnie stałych zmian funkcji mózgu czy gruczołów dokrewnych w postaci hyper-, dys- czy hypofunkcji są dziedziczne stany psychopatologiczne, zaliczane do t. zw. *psychopatji konstytucjonalnej*, trwające u osobników dotkniętych niemi, zazwyczaj również przez cały czas ich życia.

I tu jednak istnieją wyjątki. Tak samo bowiem jak nie wszystkie zaburzenia psychiczne, spowodowane uszkodzeniem mózgu czy gruczołów dokrewnych, nabyte w życiu osobniczem, mają zawsze charakter zaburzeń stałych i niezmiennych, a bywają przemijające, jak np. zaburzenia psychiczne przy ostrem zatruciu alkoholem lub te, które występują przy meningitis, encephalitis a nawet te, które spostrzegamy w przebiegu paralysis progressiva, tak samo i nie wszystkie dziedziczne zaburzenia psychiczne, przekazywane z pokolenia na pokolenie, muszą mieć zawsze charakter stały. Niektóre z nich odznaczają się mianowicie tem, że występują albo w pewnych specjalnych okresach życia osobniczego, albo od tych okresów zupełnie niezależnie a mianowicie „perjodycznie".

Patogeneza tych dziedzicznych, w życiu osobniczem tylko w pewnych okresach życia albo „perjodycznie" występujących stanów psychopatologicznych należy do najciekawszych zagadnień nowoczesnej psychjatrji.

Do zaburzeń psychicznych dziedzicznych, powtarzających się nieraz przez szereg pokoleń, ale ujawniających się tylko w takich przełomowych, burzliwych i chwiejnych okresach życia osobniczego, jakimi są okres dojrzewania płciowego albo klimakterjum, należą m. i. pewne dziedziczne nerwice lękowe. Do dziedzicznych zaś zaburzeń psychicznych, powtarzających się nieraz przez szereg pokoleń, lecz występujących w życiu osobniczem niezależnie od owych przełomowych faz życia osobniczego a mianowicie „perjodycznie", należą stany psychopatologiczne wchodzące w zakres t. zw. psychozy maniakalno-depresyjnej.

Już a priori przyjąć można, że zarówno te pierwsze jak i te drugie, dziedziczne ale przemijające stany zaburzeń psychicznych, zależeć muszą od dziedzicznych „czynnościowych" zaburzeń centralnego układu nerwowego albo *gruczołów dokrewnych*.

A teraz kilka słów o dyspozycji do chorób psychicznych, o pojęciu choroby psychicznej i o pojęciu stanu psychopatologicznego.

---

[2]) Takie ujęcie sprawy w niczem nie przesądza zagadnienia, czy różnicujące się później tkanki pochodzą z pewnych ściśle określonych części protoplazmy rozrodczej czy nie.

[3]) Takie ujęcie sprawy tak samo znów w niczem nie przesądza zagadnienia, czy różnicujące się, później tkanki pochodzą z pewnych ściśle określonych części protoplazmy rozrodczej czy też nie.

Przez chorobę psychiczną rozumiemy stan psychiczny, powstały wskutek działania bodźców chorobotwórczych na ustrój, który w danej chwili znajdował się w stanie dyspozycji do skutecznego działania owego bodźca. Do tego więc, ażeby mogła powstać choroba psychiczna, potrzeba z jednej strony dyspozycji ustroju, a z drugiej bodźca wyzwalającego — analogicznie jak w innych działach medycyny.

Dyspozycją zaś do chorób psychicznych przyjęto nazywać gotowość do występowania stanów psychopatologicznych pod wpływem zadziałania bodźców chorobotwórczych — zewnątrz — lub wewnątrz-pochodnych, exo- lub endogennych, konstelacyjnych lub konstytucyjnych. Ponieważ jednak ani wspommiana gotowość do produkowania stanów psychopatologicznych, ani też nasilenie bodźców chorobotwórczych nie jest czemś stałem i niezmiennem — wprost przeciwnie i tu i tam spotykamy cały szereg stopniowań — przeto wskazanem jest wyjaśnienie, chociażby pobieżne, wzajemnego stosunku tych dwóch składników, warukujących powstanie choroby psychicznej.

Najtrafniej ujął to zagadnienie Kahn[4]), wykazując antagonistyczny naogół stosunek czynników konstelacyjnych do konstytucyjnych i odwrotnie. Obrazowo przedstawił on to w postaci długiego szeregu, na jednym końcu którego umieścił choroby psychiczne, uwarunkowane wyłącznie czynnikami zewnętrznemi-konstelacyjnemi, na drugim choroby psychiczne wyłącznie kostytucyjne, a więc uwarunkowane pewną wrodzoną lub silnie dziedzicznie zaznaczoną dyspozycją. Pomiędzy temi skrajnemi położeniami istnieje cały szereg stopniowych przejść. Środkowe miejsce w tym szeregu zajmowałyby psychozy, powstające mniej więcej w równej mierze pod wpływem czynników konstytucyjnych i konstelacyjnych np. zamroczenia histeryczne, występujące na tle histerycznej konstytucji w pewnych określonych warunkach konstelacyjnych.

W podobny sposób stara się rozwiązać to zagadnienie stosunku chorób psychicznych do dyspozycji Monchy[5]), odróżniając 2 zasadnicze grupy chorób psychicznych: t. zw. zespoły uszkodzeń mózgu „Gehirnsschädigungssyndrome" i zespoły wrodzone, zespoły podłoża *„Keimsyndrome"*, uwarunkowane dziedzicznością i konstytucją. Monchy zastrzega się, że podział jego ma znaczenie przedewszystkiem praktyczne, albowiem przy dokładniejszych dociekaniach co do pochodzenia poszczególnych chorób psychicznych mogą nastręczyć się poważne trudności, do jakiej grupy je zaliczyć, chodziłoby tu właśnie o te pośrednie środkowe przypadki chorób psychicznych, gdzie współdziałają czynniki zewnętrzne z konstytucyjnemi. Ale same nazwy Monchy'ego w plastyczny sposób przeciwstawiają jedną grupę drugiej, uwypuklając przytem zasadnicze cechy każdej grupy.

Dyspozycja do chorób psychicznych może być nabyta, wrodzona albo dziedziczna.

Jeżeli np. jakiś osobnik dotąd normalny, po przebyciu jakiejś choroby zakaźnej, staje się na stałe, albo nawet tylko na jakiś czas, chorobliwie wrażliwy na podniety zewnętrzne np. pod wpływem alkoholu lub wstrząsu psychicznego dostaje łatwo pewnych zaburzeń psychicznych, — czego przedtem nie było, to taki jego stan dyspozycji do zaburzeń psychicznych względnie do chorób psychicznych nazywamy stanem nabytym.

Wrodzony stan dyspozycji do chorób psychicznych spotykamy często u dzieci alkoholików lub luetyków.

O ile zaś stan dyspozycji do chorób psychicznych powtarza się przez kilka pokoleń, np. u dziadka, u ojca i u syna, lub ich rodzeństwa, to wówczas mówimy o dziedzicznem usposobieniu do chorób psychicznych. Taką dziedziczną postać dyspozycji do chorób psychicznych spotykamy w rodzinach neuro- i psycho-patycznych, nieraz przez szereg pokoleń.

Jeżeli np. kilka osobników, pochodzących z jednej i tej samej rodziny, ale należących do różnych pokoleń, nie znosi alkoholu i już po małych dawkach dostaje zaburzeń psychicznych, albo jeżeli i babka i matka i córka, lub ich rodzeństwo, na pewne wstrząsy moralne reagują w ten sposób, że dostają ataków histerycznych, albo jeżeli te osoby w przebiegu przebywanego przez nie tyfusu, zdradzają objawy psychozy infekcyjnej, albo jeżeli i dziadek i ojciec i syn, jak to nieraz się zdarza, zapadają, — z powodu przebytego przez nich w ich życiu osobniczem syfilisu, — na paraliż postępujący, to taki stan ich konstytucji nazywamy dziedzicznem usposobieniem do chorób psychicznych.

A teraz podkreślić pragnę, że takie dziedziczne usposobienie do chorób psychicznych, polegające na wzmożonej wrażliwości i zmniejszonej odporności układu nerwowego lub gruczołów dokrewnych, może albo istnieć w sposób utajony albo być tylko słabo zaznaczone albo też być silnie zaznaczone i manifestować się tak wyraźnie, że je nieraz już jako wyraźne zboczenie psychiczne uważać musimy, jakkolwiek takiego stanu, z teoretycznego punktu widzenia, za chorobę psychiczną uznać nie można.

Z powyższego wynika — i na to pragnę zwrócić szczególniejszą uwagę — że tego rodzaju stany psychopatyczne mogą albo stanowić dyspozycję dla powstawania chorób psychicznych, albo mogą same przez się, już jako takie, — o ile są silnie zaznaczone i manifestują się wyraźnie na zewnątrz, — przedstawiać zboczenia psychiczne, które w praktyce często przyjmuje się za „choroby psychiczne".

Doświadczenie kliniczne uczy nas, że gdy mamy do czynienia z takim stanem psychopatycznym, z taką naturą patologiczną, np. z osobnikiem od urodzenia chorobliwie wrażliwym, popędliwym i gwałtownym, zamkniętym w sobie, albo z osobnikiem amoralnym, to wówczas często u przodków takiego osobnika spotykamy również te same lub *podobne stany psychopatyczne.*

A ponieważ w tych przypadkach bardzo często prócz tego udaje się nam stwierdzić, że syn i wnuk zdradzali taką samą patologiczną naturę (co dziadek) już od najwcześniejszego dzieciństwa, przeto musimy przyjąć, że oni urodzili się nie z dyspozycją do powstania tej patologicznej natury (z dyspozycją, przy istnieniu której dopiero odpowiednie czynniki zewnętrzne tę patologiczną naturę wyzwoliły), lecz że oni urodzili się już, z taką a nie inną naturą, że przyszli już na świat z założeniem „Anlage" tych właśnie anomalji charakteru, uczuć i umysłowości, z tą właśnie „skłonnością" albo jak genetycy mówią z taką właśnie „reakcją".

Z tego wynika, że te anomalje psychiczne, podobnie jak np. rysy twarzy, kolor włosów lub barwa tęczówki, nie są w tych przypadkach nabyte, lecz bardzo często dziedziczne.

W piśmiennictwie już od dawna tu i ówdzie spotykamy się z takiem ujęciem poruszonego przez nas problemu. I tak np. Kehrer i Kretschmer[6]) w pracy swej pod tytułem „Die Veranlagung zu seelischen Störungen" piszą między innemi:

„Dziedzicznemi są" (i w tem leży dla praktyki niezwykła komplikacja) poszczególne cechy same przez się, a również zespoły tych cech, czy to w postaci wszelkich możliwych połączeń na podstawie obliczeń kombinacji matematycznych, czy też w postaci określonych związków cech zespolonych (Koppelungen). Takiemi są poszczególne rysy charakteru, złożone sylwetki charakterologiczne, dyspozycje do nastroju, rodzaje temperamentów, uczuciowości i umysłowości, ponadto morfologiczne fenotypy rysów poszczególnych jak „warga Habsburgów", barwa tęczówki oraz złożone typy — jak postawa, ogólny wygląd (habitus), budowa ciała oraz podstawy biologiczne tejże; kształty brózd mózgowych, różnica pomiędzy półkulami mózgowemi, wielkość gruczołów, właściwości sfery ruchowej, objawiające się w mimice, w gestach i trzymaniu się, również czynnościowe stygmata — tiki, maniery w okresie dojrzewania, wreszcie dyspozycje do chorób, odporność, osłabienie odporności, gotowość do specjalnych reakcyj i przebiegu chorób".

Przytoczone przeze mnie powyżej rozważania i zacytowane zapatrywania Kehrera i Kretschmera wskazują na to, że dla powstawania pewnych stanów psychopatji konstytucjonalnej nie koniecznie potrzeba z jednej strony istnienia dyspozycji wrodzonej, a z drugiej zadziałania w życiu osobniczem chorobotwórczych czynników ich wyzwalających. Stany takie w normalnych warunkach bytu, jako takie, mogą ujawniać się zupełnie samorzutnie i być przekazywane z pokolenia na pokolenie nieraz przez szereg generacji.

Fakt ten jednak, jak na początku zaznaczyłem, dotychczas mojem zdaniem nie jest jeszcze dostatecznie doceniany i dlatego pozwoliłem sobie go specjalnie podkreślić i bliżej omówić.

Konieczne są tu jednak pewne zastrzeżenia. Przedewszystkiem pamiętać należy o tem, że nie wszystkie stany psychopatji konstytucjonalnej są dziedziczne, że np. stan t. zw. moral insanity nie zawsze bywa dziedziczny, że może on być albo wrodzony, np. u dzieci alkoholików, albo nawet nabyty, jak to widzimy nieraz w przypadkach po przebytem śpiączkowem zapaleniu mózgu.

A teraz jak się przedstawia sprawa w przypadkach psychozy maniakalno-depresyjnej? Wydawaćby się mogło, że zupełnie wyraźnemi oznakami dyspozycji do psychozy maniakalno-depresyjnej jest cyklotymiczna konstytucja danego osobnika. Jednak tak nie jest, ponieważ z całego szeregu cyklotymików należących do jednej i tej samej rodziny tylko niektórzy zapadają na psychozę maniakalno-depresyjną.

---

[4]) Kahn Eugen: Konstitution. Erbbiologie u. Psychiatrie. Zeitschrift f. d. gesamt. Neurol. u. Psych. Bd. 57. 1920.

[5]) S. J. R. de Monchy: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosclerosis-cerebri. Beiheft zur Monatschrieft f. Psych. u. Neurolog. Nr. 17. 1922. Berlin.

[6]) Kehrer i Kretschmer: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Monographien aus d. Gesamtgebiete d. Neurologie u. Psych. Bd. 40. 1924. Berlin.

Hoffmann[7]) starał się wytłumaczyć zapomocą hypotezy homomerycznego dziedziczenia się psychozy maniakalno-depresyjnej na wzór dziedziczenia się w świecie roślinnym i zwierzęcym ustalonego przez Nillsona Ehle[8]): objawy psychozy maniakalno-depresyjnej miałyby być uwarunkowane całym zespołem genów, mniejsza zaś ilość tych genów dawałaby mniej wyraźną konstytucję maniakalno-depresyjną np. w postaci syntonji czy hypomaniakalnego stanu konstytucjonalnego i t. d. Charakterystycznym jest jednak fakt, że nie posiadamy dotąd żadnego kryterjum konstytucjonalnego, na podstawie którego moglibyśmy odróżnić cyklotymika zwykłego bez perjodów psychotycznych w konstytucji od cyklotymika z okresowemi stanami depresji lub manji. Jedynym pewnym wskaźnikiem dla nas jest dziedziczność. O ile w rodzinie takiego osobnika, zwłaszcza w szeregu generacyj, były przypadki psychozy maniakalno-depresyjnej, to jest możliwość, że i on tej psychozy dostanie, pewności jednak żadnej niema, gdyż jedni dostają, drudzy nie.

Wprawdzie niektórzy psychjatrzy występowanie np. stanów depresji odnoszą do zadziałania w życiu osobniczem jakichś czynników wyzwalających zewnętrznych w postaci wstrząsu moralnego np. z powodu utraty majątku, pożaru, który zniszczył cały dorobek życia, lub z powodu śmierci kogoś bliskiego. Doświadczenie jednak coraz bardziej przekonywa nas, że perjodyczne stany depresji (lub manji) prawie zawsze zjawiają się, w normalnych warunkach bytu, niezależnie od jakichkolwiekbądź wstrząsów moralnych, a często nawet występują w warunkach, czy to pod względem materjalnym i fizycznym czy to moralnym jaknajpomyślniejszych, a z drugiej strony nie występują w czasie nawet najcięższych przeżyć.

Za tem, że ujawnianie się tych stanów depresji (czy manji) nie zależy od czynników zewnętrznych — takich jak wstrząs moralny, że przyczyn powstawania tych stanów nie należy doszukiwać się w zadziałaniu w życiu osobniczem, jakichś czynników wyzwalających, lecz że patogenezy tych stanów należy szukać w samych genach a mianowicie w odziedziczonem założeniu („Anlage") albo, jak mówią genetycy w odziedziczonej „reakcji" — za tem przemawiają mojem zdaniem następujące fakty: 1-o że te stany psychopatologiczne występują bardzo często w tej samej postaci, w jakiej występowały u przodków np. w postaci depresji, 2-o że pierwszy napad takiej depresji występuje w przebiegu kilku generacyj mniej więcej w jednym i tym samym okresie życia osobniczego i 3-o że stany np. depresji, powtarzające się nieraz przez szereg pokoleń, w życiu osobniczem okresowo po kilka razy, mają pewną patobiologiczną tendencję trwania zazwyczaj mniej-więcej jednakowo długo[9]). Pragnę przytoczyć tu fakt, że miałem możność obserwowania i leczenia w jednej i tej samej rabinackiej rodzinie i babki, i matki, i córki, u których to osób a więc w trzech pokoleniach, pierwszy napad depresji wystąpił około 15 r. ż. a w drugiej około 35 r. ż. Przytem dodać muszę, że każdorazowy okres depresji u członków pierwszej z tych 2 rodzin trwał mniej-więcej jednakowo długo a mianowicie 6 do 8 miesięcy.

Oczywiście nie we wszystkich przypadkach depresji (lub manji) perjodycznej udaje się wykryć tego rodzaju homologiczne obarczenie ze wszystkiemi wyżej zaznaczonemi właściwościami. Lecz nic w tem niema dziwnego, gdyż przecież różne czynniki a nawet wewnętrzne i zewnętrzne mogą w przebiegu generacji wywierać na owe geny (w których założone są genetyczne uzasadnienia tych właściwości) najróżnorodniejszy wpływ i w ten sposób modyfikować i zacierać przejawianie się wyżej wspomnianych właściwości tej homologicznej dziedziczności. Z drugiej strony jednak podkreślić muszę że bardzo często udaje się nam obserwować przypadki, w których właśnie podkreślane przeze mnie tendencje patobiologiczne, w normalnych warunkach bytu, występują w sposób tak regularny, że powyższe cechy manifestowania się psychozy maniakalno-depresyjnej wydają się nam istotną właściwością tej psychozy.

Teraz pozostaje jeszcze do omówienia pytanie jak mamy wyobrażać sobie stan dyspozycji do psychozy maniakalno-depresyjnej?

Doświadczenie uczy nas jak już wspomniałem że nie wszyscy cyklotymicy, pochodzący z rodziny obarczonej dziedzicznie psychozą maniakalno-depresyjną, zapadają w ciągu życia osobniczego np. na depresję perjodyczną.

Do tego, ażeby u niektórych z nich przyszło do wybuchu depresji perjodycznej potrzeba oprócz owej dziedzicznej cyklotymicznej konstytucji jeszcze jakiegoś X, któreby depresję perjodyczną wywołało.

Ponieważ jednak czynniki exogenne na występowanie stanów psychozy maniakalno-depresyjnej, w normalnych warunkach bytu, wpływu nie mają, jesteśmy zmuszeni przyjąć, że owo X, które tylko u niektórych cyklotymików psychozę maniakalno-depresyjną wywołuje, musi występować endogennie.

Pewną analogię pomiędzy tem zjawiskiem patologicznem, jakiem jest psychoza maniakalno-depresyjna, znajdujemy w takiem zjawisku fizjologicznem, jakiem jest okres pokwitania, gdzie w związku z pewnemi zmianami hormonalnemi, z pewnemi zmianami przemiany materji występują pewne swoiste zmiany psychiki. O dziecku które ma dzisiaj np. dopiero trzeci rok, możemy powiedzieć, że ma ono w sobie dyspozycję do pubertas. Cecha ta jest częścią konstytucji, jest dziedzicznie zdeterminowaną cechą polegającą na tem, że w pewnym określonym roku życia dostaje ono fizycznych i psychicznych objawów tej właśnie pubertas.

Ażeby jednak te swoiste zmiany psychiki wystąpiły, muszą zajść w organizmie takie zmiany hormonalne, takie zmiany przemiany materji, któreby te zmiany psychiczne wywołały. Wiemy, że w okresie pubertas thymus zanika a na arenę życia biologicznego występują gruczoły rozrodcze; przestają działać hormony thymus natomiast zaczynają działać hormony gruczołów płciowych.

Ta zmiana roli gruczołów dokrewnych jest w danym wypadku, przy istniejącej dziedzicznej konstytucji, właśnie tym dziedzicznym endogennym czynnikiem wyzwalającym, który do wystąpienia owych swoistych zmian psychicznych i fizycznych prowadzi.

Ten czynnik wyzwalający występuje jednak w normalnych warunkach bytu, zupełnie samorzutnie i niezależnie od wpływów exogenicznych, a więc jest czynnikiem endogenicznym i dziedzicznym.

Jak widzimy analogja między zjawiskiem fizjologicznem jakiem jest pubertas a zjawiskiem patologicznem jakiem jest psychoza maniakalno-depresyjna staje się coraz wyraźniejsza.

Przy pojawianiu się pubertas za dziedziczną możemy uważać normalną konstytucję ustroju, za czynnik wyzwalający w tym okresie życia osobniczego występujące zmiany w gruczołach dokrewnych.

W przypadkach psychozy maniakalno-depresyjnej za dyspozycję należy uważać odziedziczoną patologiczną konstytucję cyklotymiczną.

Co należy tu przyjąć za czynnik wyzwalający?

Porównywując objawy psychiczne okresów pubertas i climacterium z objawami psychozy maniakalno-depresyjnej narzuca się przypuszczenie, że u pewnych cyklotymików w pewnym okresie życia występuje na arenę również jakiś dziedzicznie uwarunkowany endogeniczny agent provocateur, który psychozę maniakalno-depresyjną wyzwala.

Na czem polega ten endogeniczny i dziedzicznie uwarunkowany agent provocateur przy psychosis maniacalis-depressiva, nie wiemy. Czy są to również jakieś zmiany przemiany materji, spowodowane jakiemiś również dziedzicznie uwarunkowanemi zaburzeniami funkcji gruczołów dokrewnych lub zaburzeniami przemiany materji, tego oczywiście też nie wiemy.

Ale wszystko zdaje się przemawiać za tem, że tak jest.

Konstytucja każdego osobnika przed pubertas jest w normalnych warunkach bytu stanem względnie stałym.

Natomiast czynniki wyzwalające objawy psychiczne i fizyczne pubertatis mogą pod wpływem momentów exogenicznych ulegać wybitnym zmianom. I tak widzimy np. że u ludów północnych okres pubertas występuje znacznie później niż u ludów żyjących na południu. Tak samo różne choroby zakaźne nieraz przyspieszają albo opóźniają występowanie pubertas.

To samo widzimy i w psychozie maniakalno-depresyjnej.

Patologiczna cyklotymiczna premorbidna konstytucja osobników z okresami maniakalno-depresyjnej psychozy jest również stanem względnie stałym, który w normalnych warunkach bytu pod wpływem momentów exogenicznych znaczniejszym zmianom ulegać nie może.

Z doświadczenia klinicznego wiemy jednak że zdarzają się takie wypadki, że jeżeli osobnik cierpiący na depresję perjodyczną, w czasie depresji zapadnie na ciężką chorobę zakaźną, to depresja jego ustępuje, a mianowicie ustępuje przed terminem, do którego w porównaniu z poprzedniemi przebytemi już stanami depresji perjodycznej trwaćby miała. Na tem zresztą empirycznem do-

[7]) Cytuje Entres w rozdziale „Vererbung u. Keimschädigung" w Handbuch des Seiteskrankheiten — Bumheg'go. Bd. I. Allgg. Teil I. Berlin 1928.

[8]) Irresein: Zeitschr. f. d. gesamt. Neur. u. Psych. Bd. 49. 1919.

[9]) Piltz: Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresji i manji perjodycznej. Przegląd lekarski. 1918. Nr. 44. Revue Neurologique 1920. Nr. 8.

świadczeniu opiera się przecież stosowanie gorączkowej terapji w przypadkach psychozy maniakalno - depresyjnej.

A ponieważ przyjąć można, że pod wpływem choroby gorączkowej patologiczna cyklotymiczna konstytucja znaczniejszej zmianie prawdopodobnie nie ulega, przeto w tych wypadkach, gdy depresja ustępuje przedwcześnie można mojem zdaniem przyjąć, że choroba gorączkowa wywarła wpływ na dziedziczny endogeniczny czynnik wyzwalający psychozę, że przemiana materji, wywołana ową chorobą gorączkową zniosła szkodliwe działanie owego endogenicznego czynnika, który daną depresję wyzwolił i podtrzymuje.

Na podstawie tego wszystkiego co wyżej powiedziałem, należy mojem zdaniem przyjąć, że psychoza maniakalno - depresyjna, uwarunkowana z jednej strony premorbidną dziedziczną cyklotymiczną konstytucją a z drugiej strony również dziedzicznym endogenicznym dotychczas nam jeszcze nieznanym agent provocateur, jest uwarunkowana wyłącznie endogenicznie, że ta psychoza ze swoją zdeterminowaną powyższemi momentami dziedziczno - konstytucyjnemi tendencją do występowania w pewnym określonym stadjum życia osobniczego i do ustępowania również w zależności od powyższych dziedziczno - konstytucyjnych momentów, jest raczej jakąś głęboko w ustroju tkwiącą i swoistą patobiologiczną cechą, bezpośrednio przekazywaną z pokolenia, niż chorobą w zwykłem znaczeniu tego wyrazu, którą, przy istniejącej wrodzonej dyspozycji, zewnętrzne czynniki chorobotwórcze mają dopiero wyzwolić.

Stany perjodycznej depresji (lub manji) bywają jako takie przekazywane dziedzicznie a mianowicie występują endogenicznie wyrastając w normalnych warunkach bytu, z dziedzicznej patobiologicznej konstytucji ustroju zupełnie samorzutnie — tak jak, w warunkach fizjologicznych, kwiat róży wyrasta z krzaku róży, jak kłos wyrasta w pewnym okresie życia z pszenicy, albo jak swoiste psychiczne i fizyczne objawy pubertas występują samorzutnie w okresie pokwitania.

W każdym razie z tego wszystkiego co wyżej powiedziałem wynika, że zarówno stany psychopatji konstytucjonalnej jak i stany perjodycznej depresji czy manji nie są to stany, powstające wskutek zadziałania zewnętrznych czynników chorobotwórczych na osobnika, znajdującego się w odpowiedniej dyspozycji, lecz, że są to stany psychopatologiczne, które jako takie bywają przekazywane z pokolenia na pokolenie i to nieraz przez szereg generacji. Różnica polega tylko na tem, że stany psychopatji konstytucjonalnej są to stany stałe, a stany t. zw. psychozy maniakalno - depresyjnej występują okresowo i są przemijające.

Henryk HIGIER. Warszawa.

Wrodzone i we wczesnem dzieciństwie nabyte stany otępienia umysłowego oraz klasyfikacja ich *).

Rozdział nozograficzny, dotyczący „wrodzonych i we wczesnem dzieciństwie nabytych stanów otępienia umysłowego" i zajmujący bardzo rozległe pogranicze między interną i pedjatrją, neuropatologją i psychjatrją, rozrósł się i zgłębił poważnie, zdobył podstawy anatomopatologiczne i znaczenie praktyczne w ostatniem dwudziestopięcioleciu.

Im pogranicze to głębsze sobie wyżłobiło łożysko, im szersze kręgi w psychopatologji ogólnej stopniowo zatoczyło, im intenzywniej i ekstenzywniej rosło zainteresowanie, jakiem je ogół lekarzy obdarzał, tem natarczywiej się odczuwało dawniej i odczuwa obecnie potrzeba ustalenia racjonalnej klasyfikacji rozlicznych postaci otępienia, umożliwiającej dokładne segregowanie poszczególnych przypadków. Odczuwał ten brak na każdym kroku każdy specjalista, zaznajamiający się z tym przedmiotem. Odczuwałem i ja, dotykając się tego działu ongi mimochodem w monografji swojej „O rzadkich postaciach chorób rodzinnych i dziedzicznych mózgu i rdzenia" (Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896) oraz wygłaszając przed 20 laty t. j. w r. 1909 odczyt w tej materji pod tytułem „Klasyfikacja idjotyzmu" na I-szym Zjeździe Neurologów i Psychjatrów, pierwszym który się udało przy ówczesnych władzach rosyjskich urządzić w Kongresówce, w mieście stołecznem.

Nie zadawalniały mnie ani określenie ówczesne idjotyzmu przez młodą wówczas szkołę K r a e p e l i n a, ani uzależnienie definicji od poszczególnych pierwiastków inteligencji (pamięć, uwaga, orjentacja, kojarzenie), ani porównywanie stanu duchowego otępieńca zgrubsza z danym okresem umysłu normalnego osobnika (B i n e t) lub z konwencjonalnie przyjętą skalą (Z i e h e n) otępienia (*debilitas, imbecilitas, idiotismus*) lub mianowania według przeważającej cechy semiotycznej (*torpidus, erethicus, versalitis*), a już najmniej zadowalniał sam punkt wyjścia panujących metod klasyfikacyjnych, naogół niedostateczny i nie ustalony, zwłaszcza kliniczno - symptomatologiczny (W e y g a n d) lub anatomo - patologiczny (B o u r n e v i l l e).

Wyraziłem przeto zdanie nieco odmienne od powszechnie panującego, usiłując mu konkretną nadać formę przez własny schemat klasyfikacyjny.

„Właśnie w nauce lekarskiej rozumowałem wówczas (Zur Klassifikation der Idiotie und zur Pathologie ihrer seltenen Formen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde), sprawa klasyfikacji jest nie łatwa. Kto w medycynie oczekuje tak jednolitej klasyfikacji, jaką spotykamy w filozofji lub naukach przyrodniczych, ten może zgóry być przekonany, że go żadna nie zadowolni. Słynie wszak medycyna od setek lat jako nauka i sztuka. Jeśli klasyfikacje dawnych mistrzów, którzy kultywowali medycynę jako sztukę katexochen, noszą pieczęć sztuki leczenia, to nowoczesne próby klasyfikowania odznaczają się zbyt poważnie swoim charakterem ściśle naukowym. W rzeczywistości jednak medycyna dzisiejsza j u ż n i e j e s t więcej w praktycznem pojęciu c z y s t ą s z t u k ą, a j e s z c z e n i e j e s t w pojęciu filozoficznem n a u k ą ś c i s ł ą. Jej charakter mieszany najbardziej i najswoiściej się uwydatnia w zasadach, leżących u podstawy większości popularnych i przyjętych powszechnie metod klasyfikacyjnych".

„Lekarz - praktyk — dowodziłem w innem miejscu (str. 236) tejże pracy — życzy sobie mieć klasyfikację idjotyzmu o podłożu prognostyczno - terapeutycznem, którąby umożliwiła w praktyce szybką orjentację w kierunku rokowania i leczenia. Anatomicznie myślący psychjatra widzi zbawienie w anatomji patologicznej, obeznany bliżej z psychofizjologją eksperymentalną marzy o psychologji jako przyszłej kierowniczce w segregowaniu poszczególnych postaci otępienia, matołkowatości, niedołęstwa, kretynizmu, głuptacwa, idjotyzmu. W obecnym stanie neuropsychjatrji uważam za jedynie nadającą się zasadę e t j o l o g i c z n o - p a t o g e n e t y c z n ą i na tej budując, chcę schemat swój w krótkości uzasadnić.

A n a t o m i c z n o - k l i n i c z n y punkt widzenia mniej się w celach dydaktycznych obecnie nadaje, mimoto, jako najbardziej interpretowany i wyzyskany, chcę go w końcu swego odczytu w odpowiedniej modyfikacji również przytoczyć przy omawianiu podstaw klinicznych oraz różniczkowania klinicznego poszczególnych obrazów i jednostek chorobowych".

Nie będę się dłużej zastanawiał w poważnem gronie znawców tej kwestji nad definicją otępienia umysłowego, nad określeniem idjotyzmu, nie będę dowodził, że co innego rozumie pod tem laik, co innego lekarz praktyk, a czasem co innego specjalista neuropsychjatra. Nie będę uzasadniał bliżej, com przed laty żartobliwie w krótkiem zdaniu sformułował, że gdy dobrego towarzysza swego, popełniającego czasem przez nieuwagę faux pas lub nawet kapitalne głupstwo, nazywamy w złym humorze, acz po przyjacielsku, idjotą, to w większości wypadków djagnoza ta jest zupełnie błędna.

Ta rozległa grupa chorobowa, jednakowo teoretycznie i praktycznie ważna, stanowi sztuczny konglomerat, pstry kompleks somatycznych i psychicznych zachorowań rozwojowych, tem trudniej dających się rozwikłać, im wcześniej w życiu osobniczem napastują dane indywiduum.

Nawiązując do tegoż tematu mimochodem dwukrotnie w ostatnich latach (1924 i 1926), raz z racji omawiania rzadkich postaci sklerotycznych zachorzeń mózgowia (Die gegenseitige Stellung in klinischer, pathogenetischer und anatomisch-pathologischer Hinsicht der selteneren Formen der entzündlichen, degenerativen und blastomatösen Hirnsklerosen im Lichte der neuesten Forschungen. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 79. H. Z. 1924), drugi raz z racji klasyfikowania trudno rozpoznawalnych cerebropatji z pogranicza neurologji i psychjatrji (Zur Diagnostik und klinischen und pathologisch-anatomischen Klassifikation der selteneren, schwer erkennbaren Hirnkrankheiten aus dem Grenzgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Bd. 10 H. 4. 1926) [1]), zmodyfikowałem nieco myśl powyższą, wystawiając dezyderat, iż „w trudno dających się klasyfikować (str. 560) jednostkach cerebropatji chronicznych należy sobie przy dążeniu do ścisłego mianownictwa rozpoznawczego uprzytomnić, że te ostatnie muszą sobie obrać punkt wyjścia kliniczny lub anatomo-patologiczny, patogenetyczny lub etjologiczny.

---

*) Odczyt zapowiedziany na Zjazd Internistów Polskich w Wilnie (26—29 września 1929 r.).

[1]) Odczyt wygłoszony w Warszawskiem Tow. Psych. w roku 1926: „W sprawie klasyfikacji i djagnostyki pewnych rzadszych postaci przewlekłych chorób mózgowych".

Jako ideał w djagnostyce uważam oddawna takie rozpoznanie, które jednocześnie uwzględnia wszystkie powyższe punkty widzenia, jak to ma miejsce n. p. z djagnozą choroby *Heine-Medina* i choroby *Economo*, z *Poliomyelitis anterior* i *Encephalitis lethargica*, gdzie już samo miano rozpoznawcze poucza i orjentuje nas co do pochodzenia, lokalizacji i anatomji patologicznej, etjologji i patogenezy, przebiegu i prognozy cierpienia. Gdzie to trudno osiągalnem jest, tam wystarczyć musi wysuwanie *jednego* zasadniczego czynnika, ale nie można i nie należy przy różniczkowaniu dwu, zwłaszcza rzadszych jednostek nozologicznych, raz brać pod uwagę i podkreślać obraz kliniczny, drugi raz tło histopatologiczne; u jednego uwzględniać podłoże etjologiczno-patogenetyczne, u drugiego akcentować punkt widzenia charakterologiczno-fenomenologiczny. W tem właśnie tkwi poważna część dawnych dysonansów między różnemi szkołami, między poszczególnymi autorami.

Względnie największe trudności odczuwamy właśnie przy klasyfikowaniu pewnych wrodzonych, endogennie konstytucjonalnych, tu i ówdzie dziedziczno-rodzinnych cerebropatji wieku niemowlęcego i dziecięcego, do grupy psychozy degeneracyjnej należących".

Mój szkic klasyfikacyjny brał też w tej, przed chwilą wymienionej grupie niedorozwojów umysłowych za punkt wyjścia w pierwszym rzędzie czynnik patogenetyczno-etjologiczny, w drugim dopiero anatomiczno-kliniczny, który w tem miejscu pomijam.

Wypada — mniemam — po blisko ćwierćwieczu rozejrzeć się, poddać rewizji i kontroli, czy myśl ta była praktyczną, czy się okazała zdrową, owocodajną, czy i gdzie wymaga *a posteriori* korektywy. Miarodajnemi będą dla mnie jedynie poważniejsze prace, podręczniki i monografje bardziej doświadczonych autorów, dawnych i nowych, klinicystów par excellence.

W tej dziedzinie należy dopuścić do głosu także starszych neurologów i psychjatrów, jak właśnie podkreśla Kronfeld, jeden z nowszych monografistów tego działu, mówiąc: „Nie zawsze w wielobarwnej dziedzinie psychopatologji dziecięcej jest najnowsze najlepsze, niestety, nader często leżą zapomniane źródła, które ongi zasilały grunt i dotąd obficie owoce dają".

Dla umożliwienia orjentacji przytaczam końcowe tablice dawnego swego odczytu, które ulec właśnie mają rewizji i korekcie.

* * *

Klasyfikacja patogenetyczno-etjologiczna idjotyzmu[2]).

I. Endogenny czyli wrodzony idjotyzm. *Obciążenie* dziedziczne *in ovo* czynne. *Usposobienie* utajone. *Niezgodność generacyjna* (różnica wieku, podeszłość i pokrewieństwo rodziców). *Malowartościowość zarodka* (wadliwy, spaczony, niedostateczny zalążek układu nerwowego, dokrewno-gruczołowego, naczyniowego).

A) *Wrodzone anomalje układu nerwowego:*

1) Brak embrjonalny, zatrzymanie rozwojowe, twór atawistyczny, potworność poszczególnych odcinków *mózgowia* lub *narządów zmysłowych* ośrodkowych względnie obwodowych (defekty intellektualne i moralne).

2) Aplazja czyli niedorozwój pewnych specyficznych *pierwiastków* nerwowych: ogólny, umiejscowiony, elektywny.

a) *Włókien nerwowych* (np. idjotyzm we wrodzonych zachorzeniach mózgu lub móżdżku, Nonne).

b) *Komórek zwojowych* (np. idjotyzm w chorobie Tay-Sachsa układu ośrodkowego Tay-Sachsa. Schaffer).

c) *Cylindrów osiowych* (np. idjotyzm w *diplegia infantilis extracorticalis* Merzbacher).

B) *Wrodzony niedorozwój anatomiczny lub funkcjonalny gruczołów o sekrecji wewnętrznej. Dysglandulismus (myxoedema foetale, cretinismus, dyspinealismus, mongolismus),*

C) *Wrodzone zaburzenia rozwojowe naczyniowo-sercowe:*

1) ogólne: idjotyzm anangioplastyczny i kardiodystroficzny (Digaspero).

2) umiejscowione: idjotyzm w angiodystrofji mózgowej (Ranke).

II. Egzogenny czyli nabyty idjotyzm wskutek działania czynnika:

1) mechanicznego, 2) infekcyjnego, 3) zakaźnego w okresie
a) wewnątrzmacicznym, b) zewnątrzmacicznym i c) porodowym.

A) *Wrodzone, pozornie wewnątrzustrojowo powstałe anomalje układu nerwowego, dokrewnego i naczyniowego:*

1) *Upośledzenie zarodka* czyli *blastoftorja* w następstwie głębokich zboczeń w przemianie materji i zmian w zarodzi komórki płciowej przy syfilisie, gruźlicy i alkoholiźmie rodziców *(intoxicatio germinalis).*

2) *Uszkodzenie płodu* wskutek czynników fizycznych lub psychicznych, oddziaływających na matkę w okresie ciąży(niedostateczne odżywianie, uporczywe wymioty, ciężkie zmartwienia, uraz brzucha).

3) *Procesy zakaźne, toksyczne i zapalne* o przebiegu ostrym lub przewlekłym *w życiu płodowem, łożyskowem* z uszkodzeniem następczem:

a) *układu ośrodkowo-nerwowego (meningoencephalitis foetalis, hydrocephalia, porencephalia, microcephalia, microgyria, sclerosis cerebri lobaris, diffusa, marginalis),*

b) *układu dokrewnego* (aplazja pozapalna jąder, jajników, tarczycy i t. p. z następczym płodowym dysglandulizmem, odosobnionym lub ogólnym, bamującym rozwój mózgu);

c) *aparatu sercowo-naczyniowego (endocarditis et endarteritis cerebri foetalis).*

B) *Zboczenia porodowe z następczemi wylewami oponowemi i uszkodzeniem ośrodków korowych i podkorowych w:*

1) porodzie ciężkim,
2) porodzie asfiktycznym,
3) porodzie kleszczowym,
4) porodzie przedwczesnym.

C) *Zewnątrzmaciczne, wcześnie nabyte zachorzenia somatyczne* wskutek:

1) ogólnego upośledzenia odżywiania *(dystrophia generalis, athrepsia),*
2) chorób zakaźnych,
3) chorób toksycznych (intoksykacja, autointoksykacja),
4) uszkodzeń mechanicznych.

Klasyfikacja kliniczno-anatomiczna idjotyzmu (Rodzaj, stopień, obraz, początek, przebieg, podłoże i zejście choroby).

I. 1) Idjotyzm *ogólny,*
2) Idjotyzm *częściowy,*
3) Idjotyzm *poronny.*

II. 1) Idjotyzm ze zboczeniami przeważnie *ilościowemi* czyli infantylizm i juwenilizm psychiczny.
2) Idjotyzm ze zboczeniami przeważnie *jakościowemi* czyli idjotyzm *sensu strictiori:*
a) *Idiotismus,*
b) *Imbecilitas,*
c) *Debilitas*

III. 1) Niepowikłana postać idjotyzmu *(Idiotismus purus).*
2) Idjotyzm powikłany objawami natury troficznej i mózgowej *(Idiotismus complicatus):*
a) *myxoedema, adipositas, acromegalia, achondroplasia, dystrophia adiposo-genitalis* i t. d.
b) zez, jąkanie, bełkotanie, bezwład, ślepota, współruchy i t. d.
3) *Psychoinfantylizm czysty,*
4) *Psychoinfantylizm powikłany* (karlictwo).

IV. 1) Idjotyzm *wrodzony,*
2) Idjotyzm *wczesno-dziecięcy,*
3) Idjotyzm *późno-dziecięcy,*
4) Otępienie *młodzieńcze (Pseudohebephrenia, Pseudoschizophrenia),*
a) *Dementia praecocissima* (Ricci, de Sanctis),
b) *Dementia infantilis* (Weygand, Heller),
c) *Pseudodementia praecox,*
d) *Dementia virilis catatonica,*
e) *Dementia senilis non arteriosclerotica s. senium praecox.*

V. 1) Idjotyzm z *nieznacznemi* lub żadnemi widocznemi (autointoksykacyjnemi) zmianami w mózgu przy dysglandulizmie z zajęciem gruczołu tarczowego, przytarczycy, grasicy, nadnerczy gruczołów płciowych, trzustki, przysadki, szyszynki.

---

[2]) Patrz „Gazeta Lekarska" 1909 i „Deutsche Zeitschrift f. Nerwenheilkunde' 1909.

2) Idjotyzm z *poważnem uszkodzeniem* i defektami w mózgu:
a) Potworności makro- i mikroskopowe *(porencephalia, microcephalia, microgyria,* brak spoidła, heterotypja, niedorozwój móżdżku, hypoplazja lub zwyrodnienie komórek zwojowych lub włókien nerwowych górnych warstw kory),
b) Urazowe,
c) Zapalne *(Meningoencephalitis, Hydrocephalus congenitus et acquisitus),*
d) Porażenie mózgowe dziecięce (choroba Little, obustronna *hemiplegia* dziecięca, porażenie wrzekomo-opuszkowe, obustronna atetoza i pląsawica),
e) *Diplegia chronica progressiva* (wczesno- i późno-dziecięca — Higier, Freud, Vogt, Spielmeyer, Merzbacher),
f) *Idiotismus familiaris amauroticus* czyli choroba Tay-Sachsa,
g) Stwardnienie mózgu przerostowe i guzowate *(Sclerosis cerebri hypertrophicans et tuberosa),*
h) Stwardnienie mózgu zanikowe, rozsiane i płatowe *Sclerosis cerebri atrophica, diffusa et lobaris),*
i) Idjotyzm przy padaczce samoistny, degeneracyjny,
j) Idjotyzm przy tężyczce, spazmofilji, rodzinnej myoklonji, pląsawicy dziedzicznej, bezwładzie Friedreicha i Mariego, postępującej dystrofji i amyotrofji,

VI. 1) Idjotyzm z przewagą upośledzenia *sfery intellektualnej:*
a) Anomalje rozwoju mowy,
b) Anomalje świadomości i wyobraźni,
c) Anomalje pamięci,
d) Anomalje czynności kojarzeniowej,
e) Anomalje zdolności rozumienia, sądzenia i wnioskowania.
f) Anomalje uwagi i spostrzegania.

2) Idjotyzm z przewagą upośledzenia *sfery etyczno-moralnej:*
a) Anomalje charakteru moralnego,
b) Anomalje instynktu społecznego,
c) Anomalje życia wzruszeniowo-uczuciowego,
d) Anomalje przejawów woli.

VII. Idjotyzm o *różnym przebiegu:*
1) postępujący (endogenny),
2) wsteczny (z zewnątrz pochodny).
3) stacjonarny (psychoinfantylizm).

VIII. Idjotyzm o *różnem zejściu:*
1) uleczalny (jod, rtęć, organoterapja, chirurgja),
2) nieuleczalny (zakłady dla chroników),
3) dający się poprawić (szkoły pomocnicze, zakłady wychowawcze, przytułki poprawcze, opieka społeczna i rodzinna).

* * *

Już w roku ukazania się w czasopiśmie „Erb-Strümpla“ [1]) artykułu mojego w sprawie klasyfikacji otępienia dziecięcego zabiera głos w sprawie idjotyzmu prof. K. Schaffer w monografji podstawowej, dotąd klasycznej o rzadkiej postaci otępienia dziecięcego, z ślepotą przebiegającego, którą to postać ze względów historycznych powszechnie później aprobowanem mianem choroby Tay-Sachsa ochrzciłem.

Uważa ów autor za stosowne rozprawiać się z punktem widzenia, wyrażonym przezemnie o chorobach rodzinnych i wrodzonych wogóle, uznając go w głównych zarysach za słuszny, zwłaszcza zasadniczą różnicę między „wrodzonem“, „dziedzicznem“ i „rodzinnem“. „Już przed laty 12-tu — powiada autor — poruszył Higier w swojej pracy z r. 1896 „O rzadkich postaciach chorób rodzinnych i dziedzicznych mózgu i rdzenia“ sprawy dziedziczenia i... aczkolwiek tą drogą *(heredodegeneratio)* poszczególne formy chorób rodzinnych otrzymały specyficzne zabarwienie, to jednak podnoszą zarówno Higier, jak później Jendrassik, swoistość tych cierpień, przez którą między pojedyńczemi grupami dzięki postaciom mieszanym, wykazującym cechy dwu odrębnych kategorji, stwierdza się płynne i stopniowe przejścia“.

W innem miejscu akcentuje tenże autor, tłomacząc aplazję pewnych dróg nerwowych, że „według Higiera powstawanie tej grupy chorób jest uwarunkowane przez jasno określone wrodzone, konstytucjonalne czynniki i że dzięki tej małowartościowej organizacji pewnych układów i torów nerwowych ich czynność jest skazana na przedwczesny zanik i zmierzch“. Uważa Schaffer, przechodząc do kreślenia budowy histopatologicznej tych chorych mózgów, że, „o ile zrozumienie kliniczne może dostarczyć wgląd w istotę cierpienia, to Higier jak również Jendrassik, ustalili na zasadzie doświadczenia i obserwacji szpitalnej ściśle wnioski co do patogenezy i istoty tych zachorzeń“.

Wr. 1914 prof. Weygandt z Hamburga w swojej monografji „Idiotie und Imbezillität. Die Gruppe der Defektzustände im Kindesalter“, stanowiącej rozdział wielkiego zbiorowego „Handbuch der Psychiatrie“, przytacza swoją klasyfikację, z której widać, że wprowadza do mojego schematu jeno drobne i drugorzędne zmiany, wysuwa natomiast zbyt manifestacyjnie stanowisko kliniczne. Doprowadza go to do zbytniej, praktycznie absolutnie niezastosowalnej drobiazgowości w różniczkowaniu form (49 postaci) i naraża siebie na słuszny zarzut ze strony takich znawców tej kwestji, jak Strohmayer i Bourneville, że „każda nowo oddzielona grupa Weygandta rozszerza wprawdzie ogrom doświadczenia, odsuwa nas atoli jednocześnie od rozwiązania istotnego problematu i ujednostajnienia tegoż“.

W rok później Kraepelin, twórca psychjatrji nowoczesnej, który dotąd w swoim podręczniku, rozróżniającym 10 odrębnych postaci idjotyzmu, namiętnie pod wpływem prac anatomicznych Bournevillea bronił tezy, iż „przez chaos i labyrint różnorodnych postaci otępienia może nam służyć jako przewodniczka jedynie anatomja patologiczna“, zmienia zasadniczo swój pogląd. W 8-mem wydaniu swojej czterotomowej Psychjatrji z r. 1915 rzuca on to stanowisko i w obszernym rozdziale o niedorozwoju umysłowym uważa za stosowne wciągnąć moją tablicę klasyfikacyjną, odsuwającą na plan drugi podłoże anatomiczno-histologiczne, dotąd dla kliniki mało owocodajne.

„Wielka rola nauki o przyczynowości — powiada Kraepelin (str. 2192) — stała się coraz zrozumialszą przy zgłębianiu tych stanów chorobowych...

„W bardzo wyczerpujący sposób Higier (1909) przeprowadził grupowanie etjologiczne postaci otępienia, a podstawowe jego wyniki przytoczyć i wnioski powtórzyć wypada. Higier wychodzi z zasadniczej potrzeby odróżniania wewnątrz- od zewnątrzpochodnych form, rozróżnia podłoże upośledzone i zalążek niedostateczny, które się przejawiają raz w niedorozwoju lub potworności poszczególnych części mózgowia lub narządów zmysłowych, innym razem w zahamowaniu rozwoju lub małej odporności i małowartościowości pojedyńczych części składowych tkanki mózgowej, komórek, włókien, cylindrów osiowych. Innym razem może się to wszystko według Higiera przejawiać skutkiem wadliwej budowy i czynności gruczołów dokrewnych, a nawet serca i naczyń“.

Przechodząc do drugiej części mojej tablicy klasyfikacyjnej, Kraepelin dodaje „że w grupie egzogennej Higier ściśle rozróżnia formy nabyte wewnątrzmacicznie i późniejsze. Do pierwszych on zalicza uszkodzenie zarodka *(blastoftorja)* przez czynniki, które oddziaływają pierwotnie na matkę podczas ciąży, przez zatrucia i choroby płodowe i wciągają w wir patologiczny to tkankę nerwową, to tkankę dokrewno-gruczołową, to tkankę sercową i naczyniową. W drugiej grupie Higier umieszcza urazy śródoponowe, w trzeciej wreszcie ogólne zaburzenia odżywcze, infekcyjne, zatrucia i urazy, które w latach dziecięcych grożą mózgowi“.

Te linje kierownicze i wytyczne, biorące za punkt wyjścia czynniki etjologiczno-patogenetyczne, które w swoim czasie bliżej omówiłem i umotywowałem, kładzie więc również Kraepelin w swojej „Psychjatrji“ jako podstawę dla ogromnego rozdziału o oligofrenjach (2017—2357), w którym góruje, dawniej przezeń lekceważona Ursachenlehre. Taż klasyfikacja powtarza się i w najnowszem wydaniu.

W r. 1921 Dollinger, znany pedjatra, prof. kliniki dziecięcej w Berlinie, porusza tę samą sprawę ze stanowiska pedjatrycznego w obszernej książce, wyszłej nakładem J. Springera pod tytułem: Beiträge zur Aetiologie und Klinik der schweren Formen angeborener und früh erworbener Schwachsinnzustände. Autor zastosowuje — pozornie jako własną oryginalną — moją dawną klasyfikację, już przez wielu innych, wprawdzie nie pedjatrów, przedyskutowaną, krytykowaną i w głównych zarysach za słuszną uznaną. Zestawiając jego 13 rozdziałów z moją tablicą, Strohmayer (str. 5) kończy: „Z porównania wynika, że najnowszy podział prof. Dollingera zasadniczo nie różni się niczem od dawnego Higiera, wykazując drobne jeno uchylenia, nie świadczące bynajmniej o godnym uwagi postępie“.

W ostatnich latach prof. Bumke, następca Kraepelina na klinice monachijskiej, w swoim dużym „Lehrbuch der Geisteskrankheiten“ z r. 1924 w rozdziale „O wrodzonych i we wczes-

[1]) H. Higier: Zur Klassifikation der Idiotie und zur Pathologie ihrer selteren Formen. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 39. 235—358.

nem dzieciństwie nabytych stanach otępienia, czyli oligofrenjach" rozprawia się wprawdzie krytycznie z klasykikacją, przytoczoną u Kraepelina, ale przyznaje, że zrodziła się w nauce psychjatrycznej „gwałtowna potrzeba segregowania działu otępień według stanowiska etjologicznego, anatomicznego i klinicznego, mimo iż zadanie to dotąd nie zostało definitywnie rozwiązane". Atoli, kto uważnie przeczyta ten rozdział (str. 968—988), przekona się łacno, że Bumke posługuje się podświadomie przedewszystkiem tymże schematem Kraepellinowskim, czyli moim, wysuwając na plan pierwszy punkt etjologiczno - patogenetyczny z formalnem lekceważeniem różniczkowo - rozpoznawczych cech semiotycznych, a jeszcze bardziej anatomo - patologicznych.

Usuwa on jedynie moją ostatnią podgrupę oligofrenji wskutek wrodzonych spraw naczyniowych, prawdopodobnie jako stanowiącą praktycznie rzadki istotnie, trudno rozpoznawalny i drobny dział otępień.

Wreszcie klasyczny, dotąd przez swoje zgłębienie i krytykę materjału literackiego niedościgniony, podręcznik dwutomowy Oppenheima „Lehrbuch der Nervenkrankheiten" w ostatniem swem wydaniu z r. 1923 podnosi również usiłowania moje w kierunku uporządkowania i usystematyzowania w mowie będącej sprawy, sam bliżej nie tykając się jej, jako jeno pogranicznej z czystą neuropatologją, a stwierdzając jedynie, że klasyfikacja ta, obejmując wszystkie odmiany, czyni najzupełniej zadość potrzebie kliniki.

„Beachtenswert (str. 1590) ist der Einteilungsversuch von Higier, der allen Formen gerecht wird", mówi autor w jednem miejscu, a wraca do tegoż tematu w innem miejscu, gdzie zgodnie z Schafferem akcentuje mój pogląd na odrębność pewnych, pozornie tylko identycznych otępień wieku wczesnego dzieciństwa i wczesnego chłopięctwa, „dass Higier die Verschiedenartigkeit der infantilen und jugendlichen Idiotieform betont und möglichst zu differenzieren versucht" (str. 1339).

W ostatnim wreszcie roku prof. Strohmayer z Jeny, znany zaszczytnie z klasycznego dzieła „O psychopatologji wieku dziecięcego", pisząc wyczerpującą blisko dwustostronicową monografję: Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnzustände, wchodzącą jako część składową w zbiorowy kilkunastotomowy „Handbuch der Geisteskrankheiten" (1929), bierze również za punkt wyjścia, jak w powyższem swem dziele, moją klasyfikację, którą na samym wstępie w skróceniu przytacza i zużytkowuje od pierwszej do ostatniej stronicy w swoim podręczniku. Po ścisłym przeglądzie ogromem przytłaczającego piśmiennictwa odnośnego, uznaje on ją za wzorową, mówiąc dosłownie we wstępie (str. 4): „Jako najlepsza zasada klasyfikacyjna pozostaje po dziś dzień proponowana przez Higiera etjologiczna, raczej patogenetycznie - etjologiczna. Jak dotąd, nie wyszliśmy poza podstawowe linje wytyczne i kierownicze, które nam w swoim czasie Higier nakreślił".

Jak więc z tego, wprawdzie dość pobieżnego przeglądu, wnioskować mogę, zasadnicze przesłanki mojego rozumowania i główna myśl, tkwiąca w proponowanej klasyfikacji, nie uległy w następnych latach poważnym lub zasadniczym modyfikacjom, sądząc choćby po tych kilku przykładach, jakie przytoczyłem z piśmiennictwa najpoważniejszych znawców omawianej sprawy, neurologów i psychjatrów, pedjatrów i anatomopatologów. Z rozmysłem ograniczyłem się z łatwo zrozumiałych względów do literatury zagranicznej z ostatniego dwudziestolecia w tym tylko języku, w jakim obok rodzinnego ogłosiłem swoją pracę, tembardziej, iż u nas poza dyskusją, towarzyszącą odczytowi, nikt specjalnego głosu w tej sprawie dotąd nie zabierał.

Jeśli słusznem i z prawdą zgodnem jest, co ongi w krytyce kierunków medycyny wypowiedział wielki mistrz w medycynie, Virchow, nietylko słynny patolog, ale lekarz filozof i historjograf, że w naszej rozległej nauce i sztuce naogół klasyfikacje są niezbędne, acz wartości przemijającej, przelotnej i krótkotrwałej, że wyjątkowo się dłużej utrzymują, że one nigdy prawie nie przeżywają swoich twórców, to wypada właśnie przed nastaniem nieuniknionej chwili zapadnięcia się danej myśli w wieczną niepamięć, rozpatrzeć i zastanowić się, coby się dało ocalić, dodać, ująć, zmienić, uzupełnić, aby żywotność jej przedłużyć, opierając się na olbrzymim materjale, jaki zarówno klinika jak anatomja patologiczna, fizjopatologja i terapja w tej właśnie dziedzinie w ciągu szeregu ostatnich lat obficie nagromadziły.

Mam wrażenie, że główny podział na:

I.) wewnątrzpochodne i II.) zewnątrzpochodne otępienia jeszcze jest dotąd najprostszy, najdalej idący, wszechobejmujący, aczkolwiek tu i ówdzie zacierają się granice, gdy oba rodzaje konkurują ze sobą u jednego i tegoż indywiduum.

Również i dotąd, mniemam, obowiązuje podział na pierwotne zajęcie przez proces chorobowy — endogenny lub egzogenny — substancji:

A) nerwowej (n. b. poszczególnych jej histologicznych części składowych), B) dokrewno-gruczołowej i C) sercowo-naczyniowej.

Przy obecnym stanie wiedzy naszej nie widzę też wskazania do wprowadzenia zmiany w dzieleniu egzogennych oligofrenij na:

a) wrodzone, czyli istotnie lub pozornie endogennie powstałe anomalje układu nerwowego, wewnątrz - wydzielniczego i naczyniowego, b) porodowe i c) we wczesnem dzieciństwie nabyte.

Narazie więc — powtarzam za wspomnianym wyżej autorem ostatniej monografji z r. 1929 — klasyfikacja ta dotąd jeszcze praktycznie najbardziej odpowiada potrzebom klinicysty, który każdy nasuwający mu się przypadek niedorozwoju umysłowego, somatyczno - psychicznego lub etyczno - moralnego w postaci infantylizmu duchowego, niedołęstwa, moral insanity, głuptactwa i idjotyzmu potrafi umieścić w odpowiedniej rubryce, tembardziej iż nowozdobyte doświadczenie nie upoważnia dotąd do głębszych lub zasadniczych zmian. A umiejętne rozklasyfikowanie materjału zawsze i wszędzie ułatwiało i ułatwnia pracę nietylko naukowo pracującemu lekarzowi ale i zwykłemu praktykowi.

Do bardziej gruntownej korektywy nadawałaby się może druga tablica, kliniczno-anatomiczna, której w artykule niniejszym nie dotykałem i bliżej w tem miejscu roztrząsać nie zamierzam, tembardziej iż ów schemat klasyfikacyjny niechcąco wkraczać musiałby z dziedziny neuropsychopatologji w rozległy teren wewnątrzwydzielniczych anomalji budowy kośćca, aparatu mięśniowego i przemiany materji, towarzyszących zazwyczaj licznym postaciom idjotyzmu, infantylizmu i juwenilizmu *(achondroplazja, dystrophia adiposogenitalis, acromegalia)*. Zresztą w obszernych uwagach, jakie załączyłem w swoim czasie do tegoż schematu (str. 249—258), przewidziane poniekąd zostały oraz zakreślone ramy segregacyjne i przyszłego rozwoju nauki klinicznej i anatomicznej o niedorozwoju umysłowym.

W. KOSKOWSKI i P. KUBIKOWSKI. Lwów.

O właściwościach dynamicznych krwi w czasie trawienia.

Z Instytutu famakologji doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Koskowski.

W dzisiejszym stanie nauki nikt, zdaje się nie kwestjonuje już możliwości rozszczepienia pokarmów białkowych w jelicie aż do ich ostatecznych składników. Inna rzecz czy w warunkach fizjologicznych wchłanianie zaczyna się dopiero po tak daleko posuniętem rozszczepieniu. Istnieje bowiem kilka możliwości, które w procesie wchłaniania mogą być brane pod uwagę.

Możnaby myśleć o wchłanianiu albumoz i peptonów, pewne bowiem fakty na to wskazują. Znaleść można białko rodzime lub wysokodrobinowe produkty rozpadu białka we krwi przez zastosowanie metody precypitynowej względnie metod używanych w dziale anafilaksji, dzięki którym niewielkie nawet ilości białka obcego można wykryć we krwi. W opinji wielu badaczy wyniki te jednak przemawiają raczej za istnieniem stanów patologicznych względnie konstytucjonalnych i ewentualnie służyć mogą za podstawę w tłumaczeniu zjawisk idjosynkrazji białkowej.

Nie ulega dzisiaj, wątpliwości, że główna ilość produktów trawienia białka ulega wchłanianiu po poprzedniem zupełnem rozszczepieniu w jelicie. Produkty rozpadu białka wchłaniają się do krwi jako takie lub ulegają może częściowo w ścianie jelit resyntezie na wysokodrobinowe pochodne białkowe.

Szukano we krwi naczczo i po na karmieniu kwasów aminowych metodami chemicznemi. Znajdowano ilości niejednokrotnie różniące się znacznie od siebie, zależnie od wyboru metody.

Zastosowawszy dopiero najnowsze metody analityczne zaczęto stwierdzać różnice w ilości azotu aminowego naczczo i po nakarmieniu; mimo to jednak inni badacze po podaży białka nie spostrzegali zupełnie lub jedynie bardzo słaby wzrost azotu aminowego [1].

Wobec niewystarczalności metodyki chemicznej w dokładnej ocenie zmian jakie zachodzą we krwi w czasie trawienia pokarmów białkowych oraz wobec panujących niekiedy sprzeczności, postanowiliśmy obrać metodykę inną, a mianowicie badania na narządach izolowanych.

Skłoniły nas do tego jeszcze inne względy. Czułość metod chemicznych ustępuje znacznie czułości odczynów, które dają narządy używane do badań biologicznych a poza tem praktyczność

---

[1]) Szczegółowe omówienie tej kwestji znajduje się w podręczniku O. Fürtha T. II. 1927 i w V-tym tomie podręcznika fizjologji Behego i Bergmanna 1928.

metodyki jest znacznie większa i metodyka dostępniejsza w wypadku drugim.

Tutaj pobieranie krwi kilkanaście lub kilkadziesiąt razy na dobę może być łatwo dokonane i krew może być zbadana, a to tembardziej, iż do jednego określenia wystarcza kilka dziesiętnych centymetra sześciennego krwi odwłóknionej. Jasnem jest że w badaniu seryjnem te zalety techniki mają również swe duże znaczenie.

* * *

W metodyce naszej wybraliśmy jako kryterjum dla określenia zmian, które zachodzą lub mogą zjawiać się we krwi w czasie trawienia, wpływ krwi na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

Postępowaliśmy tutaj według techniki ustalonej, umieszczając jeden róg świeżo wyjętej macicy świnki morskiej, wagi od 250 do 300 g, w naczyniu szklanem, zawierającem płyn Ringera - Locke'a, o cieplocie 38° C i z odpowiednim dopływem powietrza. Na walcu okopconym zapisywano krzywą skurczu macicy zapomocą odpowiedniego pisaka. Krew brano zwierzętom z żyły odstrzałowej *(v. saphena ext.)* zaś ludziom z żyły łokciowej *(v. cubitalis)* i natychmiast ją odwłókniano. Odwłóknioną krew wprowadzano do naczyńka zawierającego macicę w płynie odżywczym i zapisywano krzywą skurczu powstającą po zadziałaniu ciał znajdujących się we krwi odwłóknionej.

Doświadczenia nasze zgrupowaliśmy w rozdziały, przyczem nie ograniczyliśmy się jedynie do badania wpływu dynamicznego krwi w czasie trawienia ciał białkowych, lecz także obserwowaliśmy te zjawska po zastosowaniu pokarmów tłuszczowych i węglowodanowych, badaliśmy zmiany po zastosowaniu różnych substancyj mogących odgrywać rolę w procesach trawienia, oraz po zastosowaniu substancyj o znaczeniu leczniczem.

Przyjęliśmy zatem ten sposób badania właściwości dynamicznych krwi i ich zmian, opierając się na dużej wrażliwości macicy dziewiczej świnki morskiej na działanie pewnych substancyj, które zetkną się bezpośrednio z mięśniem macicy.

Metody inne, jak np. oznaczanie działania dynamicznego specyficznego białka (Rubner, Lusk), przy zastosowaniu do badania działania dynamicznego kwasów aminowych narządów izolowanych takich, jak przepłukiwana wątroba krwią odwłóknioną, już samą przez się mogącą zawierać ciała czynne, albo przez oznaczenie tlenu na wyciętych kawałkach wątroby albo wreszcie badanie zużycia tlenu przez kończyny izolowane zwierząt pod wpływem badanych czynników wydały nam się mniej odpowiednie a bardziej kłopotliwe.

Wpływ pokarmów białkowych na właściwości dynamiczne krwi.

W tej serji rozpoczęliśmy doświadczenia nasze od karmienia zwierząt pokarmami białkowemi i następnie w różnych okresach czasu oznaczaliśmy właściwości dynamiczne krwi. Badania te przeprowadzaliśmy na psach, u których oznaczaliśmy najpierw własności dynamiczne krwi, pobieranej naczczo (po 1 — 3 dniach), a następnie dopiero po podaniu mleka określaliśmy w różnych odstępach czasu wpływ spożycia mleka na te właściwości. Nie przedstawiamy tutaj, ze względu na brak miejsca, krzywych obrazujących zmiany w dynamice krwi po spożyciu mleka [2]). Krew wzięta naczczo niema żadnego wpływu na skurcze macicy izolowanej. Wpływ ten zaczyna się zaznaczać dopiero wtedy, gdy do krwi przechodzić zaczynają ciała czynne, powstające w czasie trawienia. Efekt dynamiczny zjawia się po spożyciu mleka już po pierwszej godzinie od chwili nakarmienia. Mleko więc jako pokarm białkowy wykorzystywany jest szybko przez ustrój. Wiemy zresztą z doświadczeń Rubnera, iż jest ono wykorzystywane prawie zupełnie; przy wyłącznem karmieniu dorosłych mlekiem strata azotu w kale wynosi od 5 — 13% u dzieci zaledwie 6%.

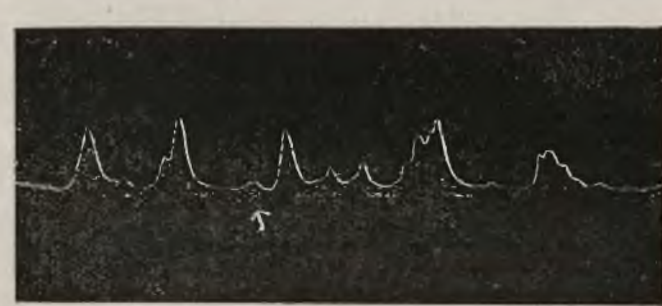
Następnie przeszliśmy do oznaczenia własności dynamicznych krwi u zwierząt w czasie karmienia mięsem. U psów będących naczczo od kilku dni, oznaczaliśmy wpływ krwi odwłóknionej na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

Jeżeli pies jest naczczo w całem tego słowa znaczeniu to krew odwłókniona nie wywiera najmniejszego wpływu na skurcze macicy izolowanej.

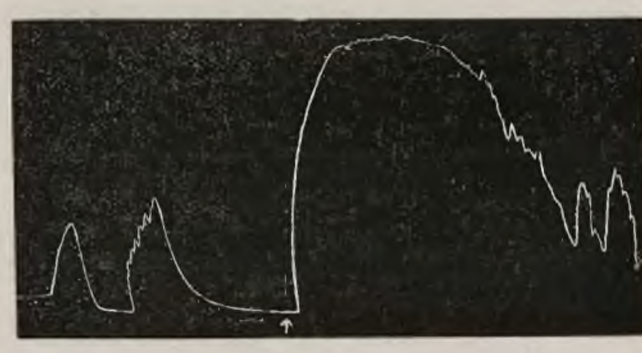
Krzywa Nr. 1 przedstawia skurcze macicy izolowanej świnki morskiej po dodaniu 0,4 ccm krwi odwłóknionej, wziętej z żyły psa będącego naczczo od paru dni. Charakter krzywej nie ulega żadnym zmianom.

Następnie psu temu podano do zjedzenia 1 kg świeżego mięsa końskiego. Efekt działania krwi odwłóknionej zaczyna się po kilku godzinach i przedstawia się w postaci silnego skurczu tężcowego macicy (Krzywa Nr. 2).

Krzywa Nr. 2 przedstawia wpływ mięsa końskiego, spożytego przed 6-ma godzinami, na własności dynamiczne krwi. Widoczny jest wyraźny wpływ krwi odwłóknionej wziętej z żyły psa na skurcze macicy izolowanej dziewiczej świnki morskiej. Z doświadczenia niniejszego, wybranego jedynie jako przykład, wynika, że po nakarmieniu zwierząt pokarmami białkowemi zaczynają się zjawiać po pewnym czasie we krwi tych zwierząt właściwości dynamiczne, których miarą jest wpływ na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. Substancje te, których miarą obecności i działania jest właśnie wpływ na macicę, znajdują się we krwi przez kilkanaście a nawet kilkadziesiąt godzin po jednorazowem nakarmieniu, a następnie ze krwi znikają. Różne tutaj wchodzą w grę wpływy, które przyczyniają się do szybkiego ich znikania ze krwi lub które tę czynność opóźniają. Omówimy je jednak w dalszej części artykułu.



Krzywa Nr. 1.



Krzywa Nr. 2.

Wpływ pokarmów węglowodanowych na właściwości dynamiczne krwi.

W dalszej serji doświadczeń badano wpływ pokarmów węglowodanowych na właściwości dynamiczne krwi w czasie trawienia. Wprowadzaliśmy zatem psom roztwory cukru trzcinowego lub gronowego do żołądka, w ilości przeciętnej 50 g cukru i badaliśmy, w różnych odstępach czasu, krew odwłóknioną na jej własności dynamiczne. W doświadczeniach wszystkich zaznaczał się wybitny wpływ cukru podawanego per os na właściwości dynamiczne krwi. Oczywiście odrazu nasuwało się przypuszczenie, że odgrywa tutaj rolę nie sam cukier, lecz przypuszczalnie zanieczyszczenia substancjami, które mogą wywołać efekt podobny jak produkty rozpadu ciał białkowych. Przekonamy się później, że właśnie ciała tej grupy posiadają największy wpływ na macicę izolowaną.

Staraliśmy się zatem przedewszystkiem przekonać czy wchodzą tutaj w grę zanieczyszczenia. Wiadomo jest, że w melassie znajduje się pewna ilość ciał azotowych a w pierwszym rzędzie betaina, która jak przekonaliśmy się, ma pewien wpływ na macicę izolowaną.

Jeżeli więc współczynnik czystości cukru badanego wskazuje na zawartość domieszek produktów ubocznych przy niedostatecznem oczyszczeniu cukru, to należy się spodziewać wpływu dynamicznego na macicę. Mając to na uwadze użyliśmy do doświadczeń cukru gronowego Mercka *„pro analisi"*, uważając ten preparat za praktycznie wolny od ewentualnych domieszek.

Psu będącemu naczczo wprowadziliśmy, jak zwykle, 50 g cukru w roztworze wodnym do żołądka, i badaliśmy następnie w różnych okresach czasu efekt chemiczny krwi. Z określeń wynika, że cukier gronowy oznaczony jako chemicznie czysty i prze-

---

[2]) Doświadczenia te jak i następne zostaną omówione szczegółowo w jednym z pism archiwalnych.

znaczony do badań analitycznych wywiera, po kilku godzinach słaby wpływ dynamiczny na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej (Krzywa Nr. 3).

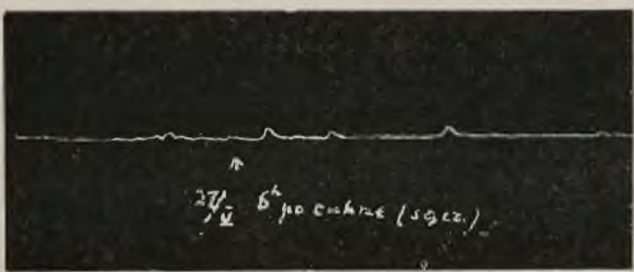
Szukając przyczyny tego działania postanowiliśmy spróbować oczyszczenia przez przepuszczenie roztworu tego cukru przez sączek hartowany. Okazało się, że jeżeli roztwór cukru gronowego



Krzywa Nr. 3.

chemicznie czystego przepuścić kilkakrotnie przez hartowany sączek, to wówczas właściwości dynamiczne w stosunku do macicy izolowanej, które poprzednio zaznaczały się wyraźnie znikają (Krzywa Nr. 4).

Krzywa Nr. 4 przedstawia wpływ działania krwi odwłóknionej wziętej z żyły psa, któremu wprowadzono per os 50 g cukru



Krzywa Nr. 4.

gronowego chemicznie czystego w roztworze wodnym. Cukier był poprzednio kilkakrotnie przesączony przez sączek hartowany „Schleicher - Schüll Nr. 575".

Na krzywej nie zaznacza się żaden efekt działania, a ten brak efektu działania utrzymuje się w ciągu kilkunastu godzin w seryjnem badaniu krwi.

Z doświadczenia powyższego, wielokrotnie zresztą kontrolowanego, okazuje się, że właściwości dynamiczne krwi po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego roztworów cukru, zależą od domieszek substancyj, które zatrzymują się na sączku hartowanym. Z doświadczeń tych wynika też pewien wniosek praktyczny a mianowicie, iż zapomocą metody biologicznej odpowiednio zastosowanej możnaby wykryć w cukrze „chemicznie czystym" obecność innych ciał, których istnienie tamże we względnie łatwy sposób daje się wykazać. Wynika też z tego, że cukry jako takie nie wywierają takiego wpływu na skład krwi, któryby mógł się wyrazić zmianą jej właściwości dynamicznych określanych wpływem na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

Wpływ pokarmów tłuszczowych na właściwości dynamiczne krwi.

Z kolei przeszliśmy do badania wpływu tłuszczów zwierzęcych i roślinnych wprowadzonych do przewodu pokarmowego na właściwości dynamiczne krwi zwierzęcia. Zaczęliśmy od badania wpływu słoniny. Metodyka postępowania była zupełnie taka sama, jak poprzednio. Oznaczaliśmy zatem wpływ krwi odwłóknionej, branej z żyły psa naczczo i po nakarmieniu słoniną na skurcze macicy izolowanej. Z doświadczeń tych przekonaliśmy się, że słonina może dostarczyć pewną ilość tych substancyj, które wywierają efekt dynamiczny na macicę świnki morskiej i to w następstwie trawienia domieszek białkowych.

W dalszym ciągu badań w tej serji wprowadzaliśmy psu przez przetokę żołądkową 500 g smalcu wieprzowego przetopionego i odcedzonego i badaliśmy wpływ działania krwi odwłóknionej na macicę. W przeciągu kilkunastu godzin nie zaznacza się żaden wyraźniejszy wpływ dynamiczny na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. Jeżeli niekiedy można zauważyć drobne efekty działania, występujące mniej więcej po 10 godzinach od chwili nakarmienia to w każdym razie są one znikome w porównaniu z efektami występującemi po nakarmieniu mlekiem, mięsem lub nawet słoniną.

Z tłuszczów roślinnych badaliśmy wpływ podawania oleju kokosowego. Okazuje się z doświadczeń, że olej kokosowy podawany do wewnątrz, nawet w dużych ilościach (500 g), nie wywiera żadnego wpływu na właściwości dynamiczne krwi.

Rozdział właściwości dynamicznych krwi wśród składników prawidłowych krwi.

Z doświadczeń dawniejszych wiadomo, że niektóre ciała krążące we krwi są zabierane bardzo chciwie przez tkanki. Kwasy aminowe np. chwytane są przez mięśnie w takim stopniu, że na 100 g mięsnej tkanki przypada 80 mg kwasów aminowych. Wątroba czyni to samo w jeszcze wyższym stopniu około 150 g kwasów aminowych na 100 g tkanki.

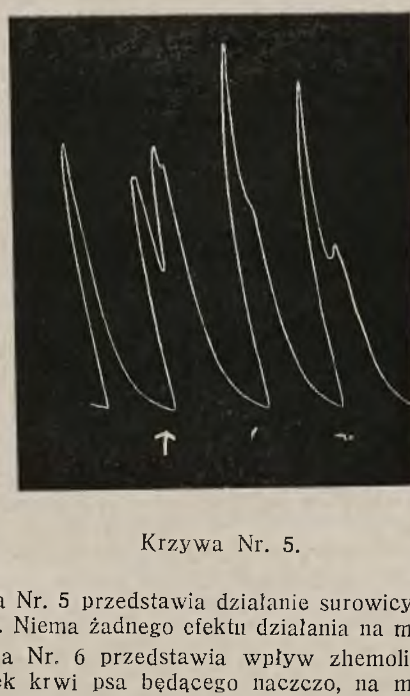
Poza tkankami wymienionemi tutaj przykładowo zwrócono również uwagę na czerwone ciałka krwi. Constantino, Folin, Berglund, Andresen, Kazama, Miyamoto, Hiruma i inni przekonali się, że wielka część wędrujących kwasów aminowych we krwi zostaje zatrzymana przez absorbcję w czerwonych ciałkach krwi. Azot aminowy dzieli się więc pomiędzy plazmę i czerwone ciałka krwi. Constantino (1913)[3]) oznaczając azot metodą formolową znalazł więcej azotu aminowego w czerwonych ciałkach krwi, aniżeli w płynnych jej składnikach. Inni badacze potwierdzili odkrycie Constantino. I tak György znalazł w plazmie psa 1,8 — 3,9 mg, gdy tymczasem w czerwonych ciałkach krwi 7,2 — 8 mg %. Oczywiście kwasy aminowe mogą wejść do czerwonych ciałek tylko do pewnej maksymalnej ilości. Analogję znajdujemy również w zdolności absorbcyjnej czerwonych ciałek krwi w stosunku do niektórych środków farmakologicznych. Znaną jest rzeczą, że chinina w tem stężeniu w jakiem znajduje się w plazmie nie wystarczyłaby do działania niszczącego na pasorzyty malarji. Właśnie w czerwonych ciałkach krwi następuje dzięki właściwościom absorbcyjnym nagromadzenie się chininy w takiej ilości, która wystarcza do wywołania wpływu chemjoterapeutycznego na usadowione tutaj plazmodja.

Na tem tle szukaliśmy analogji w działaniu dynamicznem składników krwi a przedewszystkiem czerwonych ciałek i surowicy. Przyjęliśmy tą samą metodykę badania, oznaczając wpływ czerwonych ciałek krwi na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

Psom, które były naczczo kilka dni brano krew z żyły, odwłókniano ją, a następnie odwirowywano czerwone ciałka krwi od reszty składników. Na macicy izolowanej badano oddzielnie wpływ surowicy krwi, przyczem bacznie zwracano uwagę, by surowica nie była zhemolizowana.

Osobno też określano wpływ dynamiczny czerwonych ciałek krwi. W tym celu przemywano je kilkakrotnie fizjologicznym roztworem soli kuchennej, odwirowywano a następnie poddawano hemolizie.

Jako przykład przytaczamy doświadczenie, w którem oznaczano najpierw u psa własności dynamiczne krwi w surowicy i w czerwonych ciałkach, a następnie po nakarmieniu surowem mięsem końskiem.



Krzywa Nr. 5.

Krzywa Nr. 5 przedstawia działanie surowicy krwi psa będącego naczczo. Niema żadnego efektu działania na macicę izolowaną.

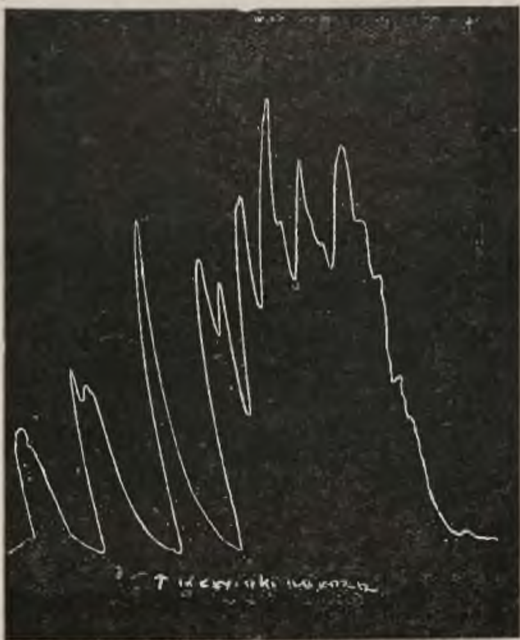
Krzywa Nr. 6 przedstawia wpływ zhemolizowanych czerwonych ciałek krwi psa będącego naczczo, na macicę izolowaną świnki morskiej.

---

[3]) Bioch. Zeitschrift 55. 402. 1913.

Na krzywej tej zaznacza się lekki wpływ dynamiczny wskutek długotrwałego zamagazynowania pewnej ilości czynnych substancyj.

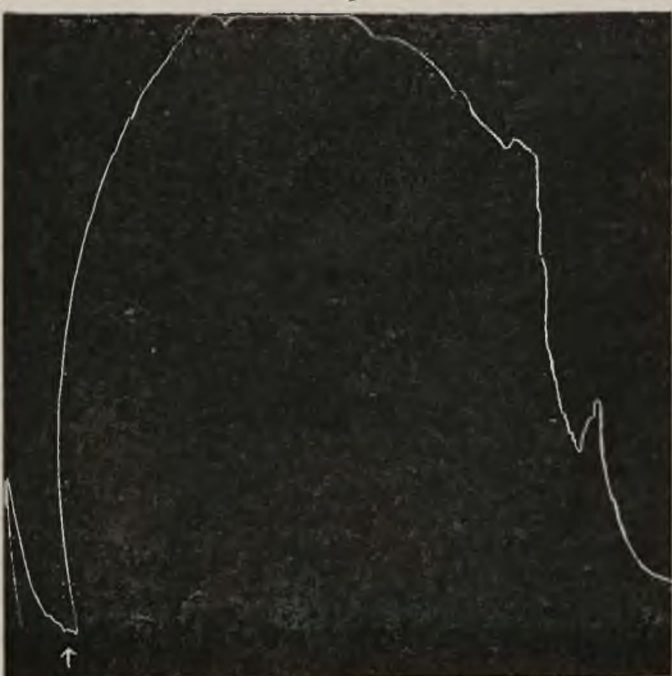
Psu podano 1 kg świeżego mięsa końskiego, a następnie w różnych okresach czasu określano wpływ dynamiczny i to oddzielnie dla surowicy krwi i dla czerwonych ciałek. Otóż w kilkunastogodzinnej obserwacji w surowicy krwi nie stwierdzono żadnych zmian.



Krzywa Nr. 6.

Krew brana po 3-ch, po 6-ciu i po 10 godzinach przedstawia taki sam efekt działania jak na krzywej Nr. 5. Niema najmniejszych odchyleń w kierunku zwiększania skurczów macicy izolowanej.

Inaczej natomiast przedstawia się stan dynamiczny w czerwonych ciałkach krwi. Już po 3-ch godzinach od chwili spożycia mięsa zachodzą olbrzymie zmiany w stanie dynamicznym krwi. Czer-



Krzywa Nr. 7.

wone ciałka krwi po zhemolizowaniu dodane do płynu Ringera-Locke'a, w którym znajduje się macica, powodują silny tężcowy skurcz tejże trwający kilka minut. Po 6-ciu godzinach efekt jest bardzo silny podobnie zresztą jak i po 10-ciu godzinach (Krzywa Nr. 7).

Krzywa Nr. 7 przedstawia wpływ czerwonych ciałek krwi w 6 godzinach po nakarmieniu psa mięsem. Widoczny jest wpływ dynamiczny czerwonych ciałek na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. Jednocześnie badana surowica krwi z tej samej porcji krwi nie posiada efektu działania (analogja do krwi Nr. 5).

Z powyższych doświadczeń okazuje się, że po nakarmieniu psa mięsem, podobnie zresztą jak i po mleku, następuje zamagazynowanie częściowe ciał czynnych w czerwonych ciałkach krwi. Substancje te nie znajdują się w surowicy krwi przez czas dłuższy. Jeśli je tam spotykamy to jedynie przejściowo. Zależnie od czasu po przyjęciu pokarmów i od fazy trawienia ciała czynne wędrują szybko do czerwonych ciałek krwi.

Wpływ niektórych środków utrudniających wchłanianie na właściwości dynamiczne krwi.

Celem przekonania się, czy istnieje wpływ niektórych substancyj utrudniających wchłanianie w jelicie na właściwości dynamiczne krwi w czasie trawienia, użyliśmy węgla drzewnego aktywnego, kaolinu i wreszcie preparatów tanninowych, wprowadzając je do przewodu pokarmowego przed podaniem pokarmów białkowych względnie razem z niemi.

Wpływ na macicę świnki morskiej był tutaj również miernikiem własności dynamicznych krwi w różnych fazach trawienia.

Psom podawano mleko a jednocześnie 50 g węgla drzewnego aktywnego i w różnych fazach trawienia określano wpływ krwi odwłóknionej na macicę świnki morskiej. Okazało się z wielu doświadczeń, że podanie węgla drzewnego powoduje zniesienie właściwości dynamicznych krwi w czasie trawienia. Jeżeli podamy psu 1 litr mleka i badamy krew na jej właściwości dynamiczne to przekonywujemy się, że już po godzinie zaczynają się zjawiać te właściwości a po kilku godzinach zaznacza się bardzo wyraźny wpływ krwi odwłóknionej na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej.

Jeżeli jednak podamy psu 1 litr mleka a jednocześnie 50 g węgla drzewnego aktywnego to wówczas nie otrzymamy żadnego wpływu dynamicznego krwi (Krzywa Nr. 8).



Krzywa Nr. 8.

Krzywa Nr. 8 przedstawia wpływ krwinek pochodzących ze krwi odwłóknionej wziętej z żyły psa, który spożył 1 litr mleka a jednocześnie otrzymał per os 50 g aktywnego węgla. Na krzywej, która przedstawia wpływ krwinek wziętych w 4 godziny po spożyciu mleka na macicę nie można zauważyć żadnego wyraźnego efektu działania. Taki sam obraz przedstawia się po 8 — 12 godzinach.

Jeżeli psu podamy mięso i jednocześnie węgiel drzewny otrzymamy wyniki analogiczne jak w doświadczeniach z mlekiem i węglem. Ani surowica krwi ani czerwone ciałka nie okazują najmniejszych efektów działania na macicę.

Doświadczenia powyższe wskazują, że obecność węgla aktywnego w przewodzie pokarmowym powoduje zatrzymanie przez absorbcję wytworzonych tam z pokarmów białkowych substancyj czynnych i wskutek tego uniemożliwia ich wchłanianie. Wynikiem tego jest brak zupełny efektów dynamicznych krwi w stosunku do macicy izolowanej dziewiczej świnki morskiej.

Podobnie jak po nakarmieniu mlekiem także i po podaniu mięsa niema wpływu na właściwości dynamiczne krwinek i surowicy wówczas, jeżeli jednocześnie zostanie wprowadzony do przewodu pokarmowego węgiel aktywny. Podobne własności hamujące posiada też kaolin i preparaty tanninowe. Tannalbina np. wprowadzona do żołądka w ilości 10 g w zawiesinie wodnej nie dopuszcza do wytworzenia się własności dynamicznych krwi. Tannalbina bowiem ulega rozszczepieniu w jelicie i uwalnia taninę, która działa na błonę śluzową ściągająco, łącząc się z jej ciałami białkowemi i śluzowemi. Powstała wskutek tego warstwa ochronna ściany jelita utrudnia wchłanianie ciał czynnych.

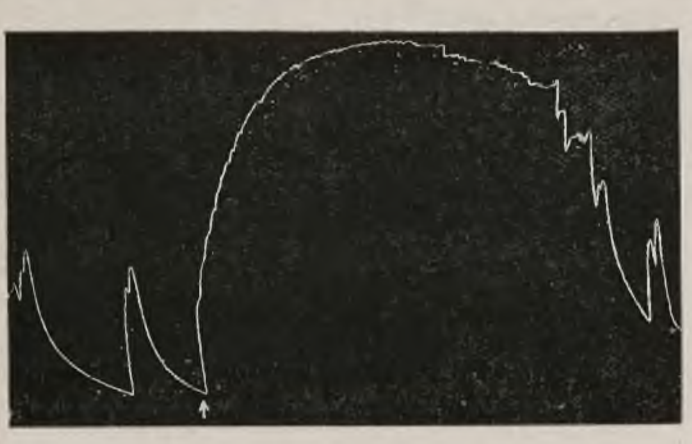
Dla porównania zastosowaliśmy węgiel drzewny zwietrzały. W tym stanie węgiel drzewny nie posiada najmniejszego efektu

hamującego a produkty rozpadu białka nie zaabsorbowane w jelicie powodują zwykłe odczyny dynamiczne.

Wpływ ewakuacji jelit na właściwości dynamiczne krwi.

Ewakuacja jelit posiada olbrzymi wpływ na zachowanie się właściwości dynamicznych krwi. Samoistne oddanie stolca u zwierząt badanych ma już wpływ na powstawanie zmian w dynamice krwi. To samo można zaobserwować u ludzi. Wpływ na właściwości dynamiczne krwi posiada też opróżnienie przewodu pokarmowego po zastosowaniu środków przeczyszczających. Przytaczamy na tem miejscu jedno z doświadczeń wykonanych na psie, z którego jasno wynika, że skuteczne stosowanie środka przeczyszczającego ma nie tylko swój efekt lokalny, w przewodzie pokarmowym, ale, że następują znaczne zmiany w dynamice krwi.

Psu wagi 14 kg wzięto krew naczczo a następnie podano do zjedzenia 500 gr. mięsa końskiego. Po paru godzinach zjawiły się jak zwykle, zmiany w dynamice krwi. Działanie na macicę izolowaną było bardzo wybitne. Ostatni raz wzięto jako krew kontrolną i zbadano jej działanie na macicy izolowanej w 25 godzin po spożyciu mięsa końskiego. (Krzywa Nr. 9.)



Krzywa Nr. 9.

Krzywa Nr. 9 wskazuje efekt działania krwi odwłóknionej wziętej z żyły psa w 25 godzin po spożyciu 500 gr mięsa końskiego. Efekt działania na macicę jest bardzo wyraźny.

Następnie psu temu podano sól morszyńską celem wywołania działania przeczyszczającego. W pół godziny po przeczyszczeniu wzięto krew i po odwłóknieniu zbadano jej wpływ na macicę izolowaną świnki morskiej. (Krzywa Nr. 10.)



Krzywa Nr. 10.

Z krzywej Nr. 10 okazuje się, że krew wzięta w pół godziny po wystąpieniu działania przeczyszczającego nie posiada już żadnych efektów dynamicznych wobec macicy świnki morskiej.

Doświadczenia te powtarzane wielokrotnie dawały zawsze jednakowe wyniki, świadczące o szybkiem znikaniu ze krwi ciał czynnych w stosunku do macicy izolowanej świnki morskiej po zastosowaniu środków przeczyszczających. Niezupełne oddanie stolca lub efekt przeczyszczający niedokładny znajdują swój wyraz w częściowem zachowaniu właściwości dynamicznych krwi.

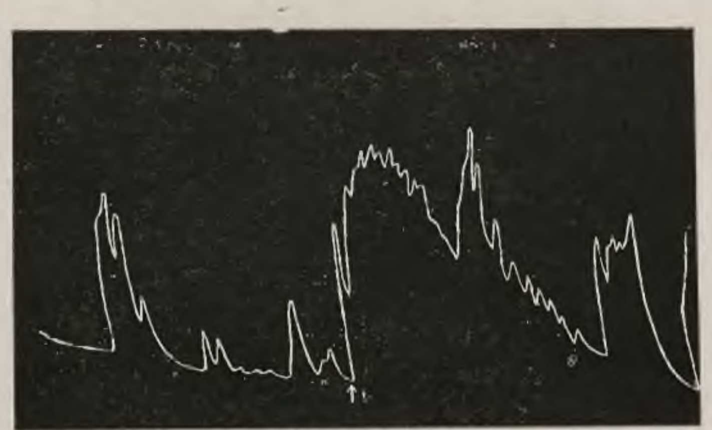
Właściwości dynamiczne krwi u ludzi z nawykowem zaparciem stolca.

Krew ludzka przedstawia również zmiany w swych właściwościach dynamicznych w czasie utrudnionej ewakuacji jelit z powodu nawykowych zmian utrudniających prawidłowe ruchy przewodu pokarmowego. Doświadczenia nasze wykonane zostały na studentach cierpiących na nawykowe zaparcie stolca.

Analogicznie jak w doświadczeniach na zwierzętach brano krew naczczo i po odwłóknieniu, badano natychmiast jej wpływ na skurcze izolowanej macicy dziewiczej świnki morskiej, a następnie powtarzano to samo badanie z krwią odwłóknioną, braną po zastosowaniu środka przeczyszczającego.

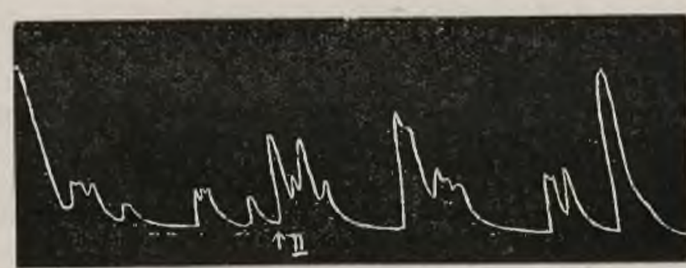
Przytaczamy tutaj dwa doświadczenia jako przykłady zachowania się krwi w czasie nawykowego zaparcia stolca i efektów działania środków przeczyszczających.

Studentka X. Y. podaje, że od 6-ciu dni nie miała stolca. Cierpi na silne bóle i zawroty głowy. Od dnia poprzedniego — wskutek polecenia — pije jedynie herbatę z cukrem. W dniu brania krwi zupełnie naczczo. Wzięto krew z żyły i po odwłóknieniu zbadano jej wpływ na świeżą macicę izolowaną świnki morskiej. Na krzywej wyraźny jest efekt skurczowy macicy pod wpływem krwi. (Krzywa Nr. 11.)



Krzywa Nr. 11.

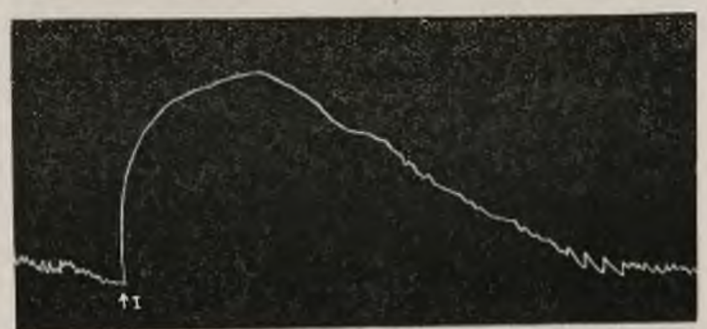
Następnie studentce zalecono wypicie szklanki zimnej wody oraz wysokie wlewanie z oliwy. Nastąpiło obfite wypróżnienie. W godzinę po wypróżnieniu wzięto krew po raz drugi i natychmiast po odwłóknieniu zbadano. (Krzywa Nr. 12.)



Krzywa Nr. 12.

Krzywa Nr. 12 przedstawia wpływ działania krwi odwłóknionej wziętej z żyły w godzinę po sztucznem wypróżnieniu u człowieka cierpiącego na nawykowe zaparcie stolca. Krew badana nie wywiera żadnego efektu skurczowego na macicę. Na podstawie tego wyniku należałoby przyjąć z całem prawdopodobieństwem, że ewakuacja jelit była w tym wypadku zupełna.

Przykład II. Student X. Y. podaje, że od tygodnia nie miał wypróżnienia pomimo stosowania środków przeczyszczających.



Krzywa Nr. 13.

Skarży się na bóle głowy od tego czasu. Zastosowano głodówkę zupełną przez 24 godzin. Drugiego dnia rano wzięto krew i po odwłóknieniu zbadano jej wpływ na świeżej macicy dziewiczej świnki morskiej. (Krzywa Nr. 13.)

Krzywa Nr. 13 przedstawia wpływ działania krwi odwłóknionej osobnika z nawykowem zaparciem stolca na macicę izo-

lowaną dziewiczej świnki morskiej. Na krzywej zaznacza się wyraźnie wpływ skurczowy na macicę.

Następnie osobnikowi badanemu wstrzyknięto peristaltynę i zalecono wysokie wlewanie wody z oliwą. Nastąpiło obfite wypróżnienie. W godzinę po oddaniu stolca wzięto krew z żyły i ponownie zbadano jej wpływ na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. (Krzywa Nr. 14.)



Krzywa Nr. 14.

K r z y w a Nr. 14 przedstawia wpływ działania krwi odwłóknionej wziętej z żyły osobnika cierpiącego na przewlekłe zaparcie stolca w godzinę po przeczyszczeniu. Efekt działania na macicę występuje tutaj w słabym stopniu jednak w porównaniu z krzywą poprzedzającą wynik działania przeczyszczającego zaznacza się bardzo wybitnie.

Powyższe doświadczenia wskazują, że 1) w czasie obfitego nagromadzenia się treści w przewodzie pokarmowym dochodzi do znacznego wchłaniania produktów trawienia i gnicia i wskutek tego zwiększa się we krwi ilość substancyj. których działanie tworzy właściwości dynamiczne krwi.

2) Objawy towarzyszące zaparciu stolca jak bóle głowy i zawroty są najprawdopodobniej skutkiem gromadzenia się we krwi ciał obficie powstających przy trawieniu i gniciu i zasilanych stale z nieusuwanej treści.

Przekonamy się później, że jednem z takich ciał powstających właśnie w dużych ilościach w czasie trawienia w jelicie i w czasie gnicia w kiszce grubej jest histamina, posiadająca właśnie najwybitniejsze działanie na macicę świnki morskiej. Histamina wchłania się doskonale w przewodzie pokarmowym, a po podskórnem wstrzyknięciu u ludzi krążąc przez pewien czas we krwi powoduje przejściowy, silny ból głowy. Rozszerzanie naczyń krwionośnych skóry jest zresztą również sprawdzianem działania ubocznego histaminy po jej wstrzyknięciu podskórnem u ludzi.

3) Za pomocą tej metody możnaby określić stopień zaparcia i jego konsekwencje dynamiczne we krwi oraz oceniać ściśle efekt działania zastosowanych środków przeczyszczających.

Wreszcie przytaczamy badanie biologiczne krwi na jej właściwości dynamiczne u chorego cierpiącego na tężyczkę. Obserwacja kliniczna tego chorego pochodzi z 2-giej Kliniki wewnętrznej. Za skorzystanie z niej pozwalamy sobie wyrazić prof. Renckiemu głębokie podziękowanie.

Do badania właściwości dynamicznych krwi chorego na tężyczkę skłoniły nas doświadczenia Luckhardta¹) i Ivy'ego z Chicago.

Luckhardt dopatruje się ścisłego związku pomiędzy występowaniem objawów tężyczkowych a procesami odbywającemi się w przewodzie pokarmowym. Intoksykacja, której źródło leży w przewodzie pokarmowym, jest przyczyną objawów. Schorzałe gruczoły przytarczyczne nie mają możności odtruwania ustroju i stąd wynika schorzenie. Brak gruczołów wskutek wycięcia ich również uniemożliwia odtruwanie ustroju, zatruwanego ciałami powstającemi w przewodzie pokarmowym. Doświadczenia Ivy'ego wykazują, że u psów z wyciętą kiszką grubą nie można wywołać objawów tężyczkowych po usunięciu gruczołów przytarczycznych.

Na tle tych doświadczeń staraliśmy się przekonać, czy istotnie zachodzą u chorych na tężyczkę takie zmiany, któreby znalazły swój wyraz i we właściwościach dynamicznych krwi. Trudno było a priori przypuszczać, by tak daleko posunięte zaburzenia nie znalazły w tym kierunku pewnego oddźwięku.

Doświadczenie zostało wykonane na chorym w okresie bez napadów od kilkunastu dni. Chory miał przepisaną dietę mięsną i jaja. Nie brał żadnych środków leczniczych od kilku dni. Oddawał stolec raz na dobę. Stolec był twardy, oddawany z trudnością i bólami. Stan ogólny dobry. Napadów nie było. Naczczo wzięto u chorego krew po kilku dniach postępowania, jak podano. Krew odwłókniono i zbadano jej wpływ na izolowaną macicę świnki morskiej. (Krzywa 15.)

K r z y w a Nr. 15 przedstawia wpływ krwi odwłóknionej wziętej z żyły chorego na tężyczkę, będącego na diecie mieszanej z codziennemi wypróżnieniami samoistnemi. Krew wzięto naczczo. Na krzywej wyraźny jest wpływ na macicę świnki morskiej.

Następnie u chorego tego zastosowano zmianę diety na kaszkowo-jarzynowo-owocową z dodatkiem kefiru oraz podawano Natr. salicylicum (10/200) w ilości 4 łyżek dziennie. W małych ilościach też podawano sól gorzką.



Krzywa Nr. 15.

Czwartego dnia od chwili zastosowania wyżej wymienionego postępowania wzięto choremu będącemu naczczo krew i po odwłóknieniu zbadano na właściwości dynamiczne na macicy świnki morskiej. (Krzywa Nr. 16.)



Krzywa Nr. 16.

K r z y w a Nr. 16 przedstawia wpływ krwi odwłóknionej osobnika cierpiącego na tężyczkę w okresie bez napadów po trzydniowej diecie kaszkowo-jarzynowo-owocowej z dodatkiem kefiru. Na krzywej nie zaznacza się żaden efekt działania skurczowego na macicę.

Przypadek przytoczony nie może oczywiście służyć bezwzględnie jako dowód na poparcie tezy Luckhardta. Brak jest obserwacji z okresu napadów i różnic w dynamice krwi w czasie napadów i w okresie spokoju.

Nie mniej jednak okazuje się, że dieta odpowiednio unormowana wpływa tutaj wybitnie na właściwości dynamiczne krwi, zmieniając całkowicie jej wpływ na macicę. Być może, że na tej drodze będzie można określić na podstawie bardziej wyczerpujących doświadczeń ścisłą zależność procesów odbywających się w przewodzie pokarmowym i objawów tężyczki oraz ustalić postępowanie dietetyczno-lecznicze.

* * *

Niejednokrotnie w trakcie rozważań nad właściwościami dynamicznemi krwi w czasie trawienia była mowa o możliwościach odgrywania tutaj ważnej roli przez substancje, które powstają w przewodzie pokarmowym jako prawidłowe składniki jego treści w następstwie przemian trawiennych lub gnilnych.

Chodziło zatem o stwierdzenie, które ze znanych substancyj mogłyby tutaj być brane pod uwagę. Do wyjaśnienia tego zagadnienia mogła doprowadzić droga badań porównawczych i kolejne określenie wpływu różnych ciał na czynność izolowanej macicy dziewiczej świnki morskiej.

Zaczęliśmy określenia wpływu na macicę izolowaną od badania wyciągu mięsnego Liebiega i peptonu Wittego i przekonaliśmy się, że obydwa te ciała posiadają wybitny wpływ na macicę nawet w rozcieńczeniu 1:45.000. Gdyby więc wytworzyły się warunki do przechodzenia peptonu z jelita do krwi jak to prawdopodobnie ma miejsce w niektórych stanach patologicznych względnie konstytucjonalnych, to wtedy oczywiście i pepton musi być brany pod uwagę w ocenie właściwości dynamicznych krwi. Cholina uważana za prawidłowy hormon jelita też ma wpływ na skurcze macicy izolowanej w rozcieńczeniu 1:45.000.

---

¹) Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. Vol. XIX. 3. 1921.

Wreszcie przeszliśmy do badania szeregu kwasów aminowych i zasad organicznych, nie wyczerpując oczywiście wszystkich, a przytaczając raczej przykładowo te, które mogą mieć znaczenie praktyczne i te które były dla nas dostępne w czasie badania.

1) Glikokol w rozcieńczeniu od 1:45.000 do 1:8.000 nie wywiera żadnego widocznego wpływu na skurcze macicy izolowanej.

2) α- alanina wywiera nawet w rozcieńczeniu 1:45.000 wpływ skurczowy na macicę świnki morskiej, zwiększając przytem amplitudę skurczu.

3) β- alanina w rozcieńczeniu 1:45.000 nie działa. W większych stężeniach też nie wywiera wpływu skurczowego na macicę.

4) Leucyna w tych samych rozcieńczeniach również nie wywiera żadnego wpływu skurczowego.

5) Asparagina w rozcieńczeniu od 1:45.000 do 1:8.000 nie wywiera wpływu na skurcze macicy świnki morskiej.

6) Kwas glutaminowy wywiera w rozcieńczeniu od 1:45.000 do 1:8.000 pewien wpływ i to szczególnie na zwiększenie amplitudy skurczu izolowanej macicy świnki morskiej.

7) Phenylalanina w rozcieńczeniach mniejszych (1 : 45.000) nie działa w stężeniach większych np. 1:8.000 wywiera pewien wpływ na macicę, bardzo jednak nieznaczny.

8) Tyrozyna w dużych rozcieńczeniach jest bez wpływu.

9) Tyramina w rozcieńczeniu 1:45.000 posiada słaby wpływ na macicę jednak w stężeniach większych np. 1:20.000 wpływ ten zaznacza się wyraźnie i to przedewszystkiem w postaci skurczu tężcowego. Tainter[1]) w doświadczeniach swoich przypisuje też tyraminie wpływ na macicę, jednak rozcieńczenia, które w doświadczeniach jego wywierały wpływ są nieco większe. W praktycznem ujęciu różnice te oczywiście nie mają żadnego znaczenia W każdym razie w ocenie właściwości dynamicznych krwi w czasie trawienia należy mieć wpływ tyraminy na uwadze.

10) Tryptofan w rozcieńczeniach 1:45.00 do 1:16.000 też nie wywiera wpływu widocznego.

11) Histydyna jest bez wpływu w rozcieńczeniach mniejszych, może dawać słaby efekt skurczowy przy zastosowaniu większych stężeń.

12) Cystyna i tauryna są też bez efektu działania w rozcieńczeniach znacznych.

13) Kreatynina wywiera w dużych rozcieńczeniach pewien wpływ na macicę.

14) Methylguanidyna wywiera wyraźny wpływ na sam skurcz macicy i jego amplitudę.

15) Izoamylamina w dużych rozcieńczeniach jest bez wpływu.

16) I wreszcie podajemy efekt działania histaminy.

Znaną jest rzeczą, że substancja ta przy bezpośredniem zetknięciu z macicą izolowaną powoduje jej skurcz i to nawet wtedy, gdy rozcieńczenia histaminy są bardzo znaczne. Krzywa, którą poniżej załączamy (Nr. 17) nie przedstawia działania histaminy wprost, lecz efekt działania krwi odwłóknionej psa, któremu wprowadzono do przetoki stałej kiszki grubej histaminę w ilości 0.05 gr. Krzywa skurczu odpowiada działaniu czystej histaminy w rozcieńczeniu mniej więcej 1:10.000.000.

Przytoczone powyżej substancje nie wyczerpują wszystkich ciał mogących wchodzić w grę, wystarczają jednak dla orjentacji ogólnej przy ocenie dynamiki krwi w czasie trawienia i powstawania tych możliwości, które składają się na mechanizm tej dynamiki. Niewątpliwie ciała działające na macicę i przez ten wpływ wyrażające swą obecność we krwi w czasie trawienia, przedewszystkiem zaś histamina, w szeregu czynnych ciał stoją na pierwszem miejscu.

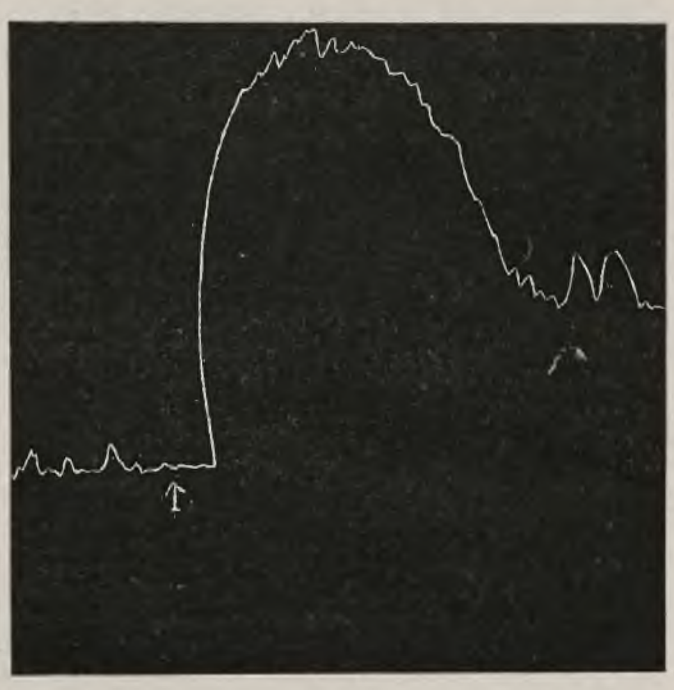
Rozcieńczenia, których używaliśmy w doświadczeniach odpowiadają mniej więcej tym rozcieńczeniom, które mogą powstać we krwi, o ile sądzić można z ilości obliczonego azotu aminowego.

Doświadczenia wykonane dotychczas celem poznania znaczenia kwasów aminowych w związku z procesami trawienia pozwoliły na poznanie właściwości sekretorycznych niektórych z tych substancyj i to głównie na gruczoły żołądkowe.

Jeżeli będziemy porównywali wpływ tych substancyj na wydzielanie gruczołów z wpływem ich na macicę izolowaną świnki morskiej to przekonamy się, że nie zawsze można tutaj dopatrywać się ścisłej analogji pomiędzy działaniem tych ciał na macicę i na wydzielanie gruczołów, chociaż niejednokrotnie taka analogja istnieje. Świadczą o tem niektóre przykłady.

Cholina działa i na wydzielanie gruczołów i na macicę izolowaną. Jelito jest właśnie według badań Ivy'ego i Javois [1]) tem miejscem, z którego działa cholina na wydzielanie soku żołądkowego. Ponieważ cholina znajduje się w błonie śluzowej jelit mogłaby też wchodzić w rachubę jako ciało współdziałające w dynamice krwi w czasie trawienia. Asparagina nie daje żadnego efektu wydzielniczego, nie ma też wpływu na macicę. Jej powstanie w ustroju w czasie trawienia jest z tego punktu widzenia bez znaczenia. Leucyna wprowadzona do żołądka w dawkach od 1—2 g powoduje wydzielanie soku żołądkowego, jednak nie stale. Na macicę dziewiczej świnki morskiej nie wywiera wyraźnego wpływu.

Tryptofan działa na wydzielanie soku żołądkowego po użyciu dużych dawek, działania na macicę izolowaną nie wywiera. Tyrozyna według Ivy'ego i Mc Ilvaina [2]) wprowadzona w ilości



Krzywa Nr. 17.

0,5 g do przetoki dwunastnicowej powoduje wydzielanie soku żołądkowego. Wprowadzona zgłębnikiem do żołądka powoduje efekt wydzielniczy jednak dopiero po upływie godziny. Na macicę izolowaną nie działa. Tyramina powoduje wydzielanie gruczołu podszczękowego, wydzielanie trzustki natomiast zostaje zahamowane. Wpływ jej na macicę izolowaną istnieje; powstaje efekt tężcowy.

Glikokol, kwas glutaminowy, histydyna, fenylalanina, izoamylamina, cystyna, tauryna, kreatynina, w stosunku do wydzielania soku żołądkowego i wobec izolowanej macicy świnki morskiej są bądź bez wpływu bądź też wywierają efekty nieznaczne. Rozbieżność w działaniu na wydzielanie soku żołądkowego i na macicę zaznacza się wyraźnie przy zastosowaniu α- i β-alaniny. β-alanina działa wyraźnie na wydzielanie soku żołądkowego po wprowadzeniu per os i pod skórę. Trzeba jedynie użyć dużych dawek. by uzyskać efekt wyraźny. Wstrzykiwanie dożylne jest bez wyniku. Na macicę izolowaną nie wywiera wpływu wyraźnego. α-alanina po wstrzyknięciu podskórnem nie daje efektu wydzielniczego dla soku żołądkowego, wprowadzona per os działa dopiero w dawkach bardzo dużych, powodując wydzielanie soku żołądkowego znacznie jednak słabsze, aniżeli β-alanina. Na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej działa natomiast α-alanina wyraźnie.

Methylguanidyna jest ciałem toksycznem. Na wydzielanie gruczołów trawiennych działa w słabym stopniu, zaś na macicę izolowaną działa wyraźnie nawet w dużych rozcieńczeniach.

Histamina jest najbardziej czynną substancją, jeśli chodzi o właściwości pobudzające wydzielanie soków trawiennych (soku żołądkowego i jelitowego), a jednocześnie też działa niezwykle silnie na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. Rola histaminy powstającej w przewodzie pokarmowym prawidłowym i w stanach patologicznych nie ulega wątpliwości w procesach, które próbujemy określać jako właściwości dynamiczne krwi w czasie trawienia. Wchłania się dobrze w jelicie cienkiem i w kisz-

---

[1]) The Journal of Pharm. and exp. Therap. Tom XXX., str. 163. 1927.

[1]) The Amer. Journ. of Physiol. T. 71. 3. 1925, str. 591. 604.
[2]) Ibidem Vol. 67. 124. 1923.

ce grubej, a na podstawie określeń porównawczych przypuszczać należy, iż krąży we krwi w czasie trawienia w rozcieńczeniu mniej więcej 1:10.000.000. W tem rozcieńczeniu pobudza wydzielanie soku żołądkowego (faza jelitowa wydzielania soku żołądkowego) i oczywiście w tem rozcieńczeniu znajdując się we krwi wywiera bardzo silny wpływ na macicę izolowaną świki morskiej. Znikanie jej z krwi powoduje zatrzymanie wydzielania soku żołądkowego w wypadkach, gdy działa tylko ten bodziec. W doświadczeniach wykonanych poprzednio mieliśmy możność przekonać się, że wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem histaminy wprowadzonej podskórnie, albo do przetoki jelita cienkiego lub kiszki grubej, trwa tak długo, jak długo we krwi ona krąży. Zgodny jest ten fakt z doświadczeniami Gutowskiego [3]) który wykazał, że wstrzykiwanie dożylnie histaminy w bardzo niewielkich dawkach powoduje wydzielanie soku żołądkowego. Z przytoczonych danych wynika, że wpływ pewnych kwasów aminowych i niektórych zasad odgrywa ważną rolę przy ocenie wpływu procesów trawienia na wydzielanie gruczołów i na właściwości dynamiczne krwi. Nie we wszystkich wypadkach te dwie właściwości idą w parze. Niekiedy jednak substancje tutaj w grę wchodzące działają w kierunkach obydwuch umożliwiając przez to podwójny sprawdzian ich obecności.

* * *

Doświadczenia przytoczone pokrótce wskazują, że za pomocą techniki badania biologicznego można określać dokładnie stan dynamiczny krwi. Zmiany jakie powstają w krwi w czasie trawienia wywierają wpływ na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej, co może być niezwykle czułym sprawdzianem dynamicznego stanu krwi. Czułość metody biologicznej przekracza znacznie granice wykrywalności ciał tutaj w grę wchodzących za pomocą metod chemicznych. Oczywiście dokładność ilościowego oznaczenia nie może równać się z ilościowem badaniem chemicznem jednak ta strefa stężeń jest już niedostępna dla metody chemicznej. Oznaczenie histaminy metodą biologiczną, dla której granicę działania tworzą rozcieńczenia miljardowe są chyba tego najlepszym przykładem. Poza tem technika chemiczna przedstawia w badaniach tego rodzaju duże trudności. Trudno ją zastosować do serjowych doświadczeń, gdzie nawet kilkunastokrotne branie krwi w ciągu doby może mieć miejsce. Metodyka biologiczna jest prosta i łatwa w zastosowaniu. Wyniki daje szybkie i pewne. Krew jest jedynie odwłókniana poza tem żadnemu działaniu nie podlega. Działa w warunkach fizjologicznych, bo w odpowiedniej ciepłocie, w płynie Ringera-Locke'a, przy dostatecznym przypływie powietrza.

Właściwości dynamiczne krwi w czasie trawienia są jednym z objawów zmian, jakie krew przechodzi w czasie trawienia w swym składzie chemicznym i w niektórych własnościach fizjologicznych. Podstawą do określenia tych właściwości dynamicznych staje się sprawdzian pewny i łatwy do zastosowania. Oczywiście nie jest on sprawdzianem zupełnie wyczerpującym, jeśli chodzi o indywidualną klasyfikację ciał tutaj działających, nie wszystkie bowiem substancje czynne oddziaływują na odczynnik biologiczny, jakim jest izolowana macica dziewiczej świnki morskiej. Na plan pierwszy w doświadczeniach wysuwają się jednak kwasy aminowe, dzięki podobieństwu jakie zachodzi pomiędzy ich działaniem na macicę, a wpływem krwi branej w czasie trawienia. Jeżeli przyjmiemy fakt uwzględniany przez wielu poważnych badaczy, że główna ilość produktów trawienia ulega wchłanianiu po poprzedniem zupełnem rozszczepieniu, dalej że białko ulega zupełnej resorbcji u zwierząt karmionych wyłącznie mięsem (Rubner, Müller, Kermauner wedł. Fütha), że mleko jest zupełnie wykorzystywane, iż wzrasta azot aminowy we krwi w czasie trawienia, to przyznać trzeba, iż przynajmniej w znacznej mierze, jeśli nie zupełnie, dynamika krwi zależna jest od tych właśnie produktów rozpadu białka. Fakt odczynów sekretorycznych szczególnie w związku z obecnością histaminy we krwi i ścisła zależność pomiędzy jej obecnością we krwi, a wydzielaniem soku żołądkowego też przemawia za znaczeniem dynamicznem tych właśnie substancyj.

Azot aminowy dzieli się pomiędzy plazmę i czerwone ciałka krwi. Constantino znalazł w roku 1913 więcej azotu aminowego w czerwonych ciałkach krwi, aniżeli w płynnych jej częściach. Przez absorbcję wchodzą więc kwasy aminowe do czerwonych ciałek i gromadzą się do pewnej maksymalnej ilości. Zresztą z krwi są kwasy aminowe zabierane bardzo skwapliwie przez tkanki. Ilość leukocytów jest za mała, ażeby mogły mieć znaczenie przy transporcie produktów rozkładu białka.

Przebywanie zatem ciał czynnych (dynamicznych w znaczeniu poprzednio przedstawionem) w płynnych składnikach krwi jest krótkotrwałe. Znikają one w czerwonych ciałkach krwi, względnie w tkankach. Z czerwonych ciałek najprawdopodobniej znów przechodzą do części płynnych, gdy zmniejszy się tam ich stężenie. Części płynne krwi więc przedstawiają jedynie pasaż dla składników dynamicznych krwi w czasie trawienia. Surowica krwi, jak okazuje się z wielu doświadczeń naszych, niema zdecydowanego działania dynamicznego w czasie trawienia na macicę izolowaną świnki morskiej. Czy odgrywają tutaj też pewną rolę zasady organiczne w stanach prawidłowych ustroju, trudno jest orzec. Rola ich wzrasta niewątpliwie w pewnych procesach patologicznych.

Jak wyżej wspomniano, doświadczenia nasze nie są jeszcze wystarczające do indywidualnej segregacji ciał, które mogą być brane pod uwagę przy ocenie dynamicznych właściwości krwi w czasie trawienia. Wskazują jednak na pewne fazy trawienia, dają możność kontroli procesów wchłaniania (przyśpieszenie, zwolnienie lub zahamowanie wchłaniania), dają możność oceny działania poszczególnych składników pokarmowych, a nawet efektów działania niektórych środków leczniczych. Mogą służyć jako metoda pomocnicza do oceny czystości tych preparatów, które w czystym stanie nie wywierają wpływu dynamicznego na mięsień gładki macicy (np. cukry).

Ocena stanu przewodu pokarmowego u chorych w klinice może również tutaj znaleźć pewne podstawy metodyczne. Chodzi oczywiście przedewszystkiem o osobników z zaparciem stolca i o ocenę efektów działania środków ewakuujących. Czy i dla innych schorzeń znajdzie się tutaj droga do oceny intoksykacji, której wyrazem może być też zmiana stanu dynamicznego krwi w stosunku do macicy izolowanej dziewiczej świnki morskiej, trudno jest dzisiaj rozstrzygnąć. Zagadnienia te wymagają bardziej szczegółowego opracowania.

W czasie trawienia więc zachodzą we krwi zmiany, które charakteryzują się wpływem pobudzającym na macicę izolowaną świnki morskiej . Czy ten stan fizjologiczny, zjawiający się stale po przyjęciu pokarmów i to szczególnie białkowych ma pewien wpływ na narządy o mięśniach gładkich w ustroju, trudno jest dzisiaj rozstrzygnąć.

Stwierdzenie tego faktu drogą eksperymentalną miałoby niewątpliwie ważne znaczenie fizjologiczne, a może też stanowiłoby podstawę do oceny niektórych zjawisk z patologji ludzkiej.

Wnioski: 1) W czasie trawienia pokarmów białkowych występują we krwi właściwości dynamiczne, charakteryzujące się wpływem na macicę izolowaną dziewiczej świnki morskiej. Krew brana naczczo u zwierząt i ludzi nie posiada tych własności. Stan „naczczo" nie wyraża się jednak faktem nieprzyjęcia pokarmu w pewnym okresie czasu, lecz charakteryzuje się brakiem stanu dynamicznego krwi. W tem ujęciu osobnik może być naczczo po kilkunastu godzinach od chwili przyjęcia pokarmu o ile zastosowane zostaną środki przeczyszczające lub o ile odda samoistny stolec, a może nie być naczczo nawet po kilku dniach zupełnego głodu, o ile nie było należytej ewakuacji przewodu pokarmowego.

2) Ciała powodujące zmiany dynamiczne krwi gromadzą się przedewszystkiem w czerwonych ciałkach krwi. Surowica zawiera je tylko przejściowo.

3) Substancje absorbujące, jak węgiel drzewny aktywny, kaolin lub zmieniające stan błony śluzowej jelita jak tannina uniemożliwiając wchłanianie, nie dopuszczają do wytworzenia się dynamiki krwi.

4) Środki przeczyszczające uwalniają też krew z substancyj, które właśnie wywołują zmiany dynamiczne krwi.

5) Ciała czynne powstają przedewszystkiem z pokarmów białkowych, wyzwalanie się ich w czasie trawienia pokarmów węglowodanowych lub tłuszczowych jest najprawdopodobniej wynikiem domieszki ciał białkowych.

6) Badania porównawcze wskazują, że niektóre ze znanych kwasów aminowych i zasad organicznych posiadają wpływ podobny na macicę izolowaną świnki morskiej jak krew odwłókniona wzięta z żyły w czasie trawienia.

7) Metoda powyższa służyć może do badania biologicznego zanieczyszczeń niektórych preparatów domieszką białkową. Może też być użyta dla określenia efektu i siły działania środków przeczyszczających i naodwrót środków absorbujących wprowadzonych do przewodu pokarmowego.

---

[3]) Med. dośw. i społ. T. V. Z. 1—2, 1925.

J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

Białko pod względem ilościowym w surowicy zdrowych i chorych.

Ująć pewnie i dokładnie, przedstawić jasno i treściwie, zachowanie się ilościowe białka w krwi, jest zdaniem — o ile możliwem — to bardzo trudnem. Przyczyna tego leży w samej istocie przedmiotu.

Po tej uwadze rozpatrzmy naprzód stosunki u zdrowego.

Surowica zawiera pewną stałą i osobniczą ilość białka.

Stałą — bo się nie zmienia, a osobniczą — bo nie u każdego bywa tą samą. Czyli w ilości białka między jednym a drugim, spotyka się różnice i to nieraz znaczne, ale zarówno u jednego jak i drugiego, ta ilość białka jeśli waha, to nie wiele i zawsze tylko około tego samego poziomu. Osobnicze wartości białka we krwi zdrowych przyjmuje się naogół między 7—9%. Ale są badacze, którzy podają je jużto wyżej więc 7.4—9,4%, jużto niżej, i to znacznie niżej, bo 6,2—7,3% (1). Mówiąc że osobnicza ilość białka jest wielkością stałą, mamy na myśli własności, jakie posiada krew, pobrana do badania w pewnych warunkach. Przestrzeganie tych warunków ma na celu uchylenie czynników wywierających wpływ na wahania własności krwi. Wzorowe warunki stwarzamy wtedy, kiedy krew czerpiemy od osoby co dopiero zbudzonej rano, i na czczo będącej. Zazwyczaj trudno o próbki krwi w ten sposób uzyskane. Zadawalniamy się najczęściej krwią pobraną rano, osób leżących spokojnie w łóżku od czasu przebudzenia, i będących naczczo. Na zawartości białka w ten sposób pobranej krwi, mogły się odbić wpływy nerwowe i psychiczne, które znosimy względnie staramy się znosić stwarzając warunki wzorowe. Pierwszorzędnego znaczenia jest wykluczenie wysiłku fizycznego. Co do tego znowu czy i jaka zależność istnieje między spożyciem miernej ilości zazwyczaj używanych pokarmów a zawartością białka, nic pewnego nie wiemy. Mimo to przyjętem jest, oznaczanie białka u osób będących na czczo. Przy pobieraniu krwi do badania, idzie więc o zachowanie pewnych stanów, względnie o wykluczenie pewnych czynności fizjologicznych.

W jaki sposób mogą one wpływać na wahania zawartości białka?

Stany nerwowe i psychiczne w ten sposób i zawsze wtedy, ilekroć prowadzą do zmiany ciśnienia śródnaczyniowego. Każde wzmożenie ciśnienia powoduje zagęszczenie, każde obniżenie rozrzedzenie surowicy. W pierwszym przypadku przychodzi do wzrostu, w drugim do spadku zawartości białka. Zawartość białka wzmaga się lub się zmniejsza, zależnie od tego czy woda przechodzi z wnętrza na zewnątrz, czy z zewnątrz do wnętrza światła naczyń krwionośnych. W tak prosty, pojedyńczy sposób — wedle naszych pojęć — zagęszczają lub rozrzedzają surowicę wpływy nerwowe i psychiczne. Poważniej z nimi liczymy się nie u wszystkich (B ö h m e (2) jednak większość swych badań przeprowadzał u osób przyzwyczajonych do pobierania krwi, licząc się z tem, że sam zabieg pobierania krwi może za pośrednictwem nerwów naczynioruchowych, powodować zmiany w stężeniu surowicy).

Inaczej się rzecz ma jeśli idzie o pracę fizyczną. Inaczej dlatego, bo już niewielki wysiłek mięśniowy wzmaga znacznie u każdego zawartość białka. Ten wzrost zawartości białka jest według jednych następstwem wzmożonego ciśnienia śródnaczyniowego, które towarzyszy pracy mięśniowej. Według innych chodzi tu nietylko o stosunki panujące w obrębie układu krwionośnego. Istota zjawiska leży raczej po za obrębem naczyń. Bo kiedy mięśnie pracują, w komórkach ich odbywa się wzmożona przemiana materji. W czasie tego drobiny większe rozpadają się na mniejsze i wzrasta ciśnienie osmotyczne. W następstwie zaś wzrostu ciśnienia osmotycznego woda przechodzi z surowicy krwi do tkanek. W tym stanie rzeczy tkanki nie biernie chłoną, ale czynnie czerpią wodę z surowicy krwi. Wahania zawartości białka w surowicy, pod wpływem wymienionych jakoteż innych o których będzie mowa dalej, stanów i czynności fizjologicznych, są czasowe, przemijające. Z chwilą ustania ich, zjawia się powrotna fala wody, krew odzyskuje pierwotne stężenie, a białko wraca do właściwego poziomu.

Zmienia się ściśle mówiąc, nie ilość, lecz odsetka białka. Nie białka we krwi przybywa lub ubywa, lecz wody. O rozmieszczeniu zaś wody rozstrzyga przedewszystkiem stan i czynności tkanek. Tkanki wiążąc lub zwalniając wodę wpływają na odsetkę białka w surowicy. W ten sposób w przeważnej ilości wypadków, odsetka białka w surowicy krwi, jest wyrazem fizyko-chemicznego stanu komórek, — komórek leżących zewnątrz światła naczyń krwionośnych.

W związku z wymianą toczącą się między krwią a tkankami, wróćmy jeszcze do sprawy zależności białka od spożywanych pokarmów. Zagadnienie to samo się nasuwa, skoro składniki odżywcze dostają się do tkanek drogą krwi. Do tego co wyżej powiedziano o wzajemnym stosunku ilości białka i pożywienia, dodam: w licznych badaniach przekonano się, że wahania ilości białka po spożyciu różnych pokarmów były albo tak nieznaczne, albo tak niestałe, że się w nich nie można dopatrywać jakiegokolwiek wpływu pożywienia na wahania ilości białka. Nie wiem dokładnie jak się przedstawiają doświadczenia, które doprowadziły do tych wniosków, bo jedne i drugie znam tylko z artykułu A l d e r a (3). Zwracam zaś dlatego uwagę na to, bo na myśl przychodzi czy, względnie w jakim stopniu, pokarmy i podawanie ich w doświadczeniach odbiegały od warunków codziennych? Z doświadczeń B e n z e'g o i B e n z u r'a wiadomo, że spożycie soli kuchennej powoduje wahania odsetki białka. Domyślamy się o co tu chodzi. Sól wpływa na gospodarkę wodną, gospodarka zaś wodna na odsetkę białka krwi. Podanie soli naczczo powoduje naprzód zwiększenie (utrzymujące się kilka godzin), a potem obniżenie odsetki białka. Rozumujemy tak: Zrazu surowica ulega zagęszczeniu tracąc wodę potrzebną do rozpuszczenia soli w żołądku, później zaś przychodzi do rozwodnienia surowicy, bo we krwi krąży większa ilość soli, rozpuszczona w wodzie, którą przyciągnęła z tkanek. V e i l (4) skąpiąc soli kuchennej w pożywieniu otrzymywał zagęszczenie, a dodając jej następnie obficie do jedzenia widywał rozrzedzenie surowicy. W pierwszym wypadku ustrój tracił sól i wodę — stąd ubytek wagi; w drugim gromadził sól i wodę — skutkiem czego waga wzrastała. Kiedy zaś obok pożywienia podawał 2 litry wody, widywał zagęszczenie krwi. To opaczne zjawisko tłumaczy zubożeniem surowicy w sól, którą wypłukała woda opuszczając ustrój, wprowadzona dnń w nadmiernej ilości.

Nie zawsze w zachowaniu się ciśnienia osmotycznego dopatrujemy się przyczyny wahań odsteki białka. I tak — o tem już wiemy — stany względnie czynności psychiczne i nerwowe powodujące skurcz i rozkurcz naczyń krwionośnych, wywołują zagęszczenie lub rozrzedzenie surowicy. Także nie w czem innem, tylko w skurczu i rozkurczu naczyń, zdaje się leżeć źródło wahań odsetki białka, do jakich przychodzi pod wpływem wstrzykiwań niektórych środków (adrenalina, atropina), pod wpływem zabiegów (kąpiel zimna, kąpiel ciepła).

Taki sposób pojmowania zachowania się odsetki białka, pozwala nam zrozumieć niejedno zjawisko. Nie zawsze jednak możemy być pewni, o co w danym razie chodzi, czy o skutek ciśnienia osmotycznego, czy o wyraz jednego i drugiego. Mówiliśmy o tem wyżej, zastanawiając się wtedy nad wzrostem białka pod wpływem pracy fizycznej.

A teraz rozpatrzmy przyczynę wzrostu zawartości białka pod wpływem czynnika, z którym się zawsze liczyć musimy przy braniu krwi. Myślę o ucisku. Założenie opaski na ramię, powoduje poniżej niej, zagęszczenie surowicy. Dzieje się to w myśl naszych poglądów: raz, wskutek wzmożonego ciśnienia śródnaczyniowego. Wypiera ono ubogą w białko ciecz do sąsiednich tkanek. Po drugie, mamy tu do czynienia z następstwem nadmiaru CO_2. Powoduje on, przesunięcie jonów z surowicy krwi, do krwinek czerwonych (czy tylko do krwinek czerwonych, czy do komórek poza obrębem światła naczyń krwionośnych, nie?). Zmienia się wobec tego ciśnienie osmotyczne, a w związku z tem surowica traci wodę na rzecz krwinek czerwonych. Chodzi więc w tym wypadku o współdziałanie dwu procesów. Z pośród nich większe znaczenie przypisujemy ciśnieniu śródnaczyniowemu. Wzrost białka pod wpływem ucisku jest bardzo wielki (aczkolwiek znika wkrótce, po nastaniu prawidłowych warunków krążenia). Stąd wniosek, że wszelkie spostrzeżenia mają znaczenie tylko wtedy, o ile zebrano je w takich warunkach, w których ucisk nie wchodził w rachubę.

Zjawisko spostrzegane pod wpływem ucisku, jest tylko spotęgowaniem i utrwaleniem na pewien czas, zjawisk, które się ciągle w życiu codziennem powtarzają. Przychodzi do nich w związku z nieustanną zmianą ciśnienia w obrębie żył. A ponieważ nie we wszystkich żyłach i nie zawsze panuje to samo ciśnienie, i ponieważ krew nie we wszystkich żyłach i nie zawsze zawiera tąsamą ilość CO_2, wobec tego jest rzeczą zrozumiałą, że ilość białka w tymsamym czasie w różnych żyłach może być różna.

Nie zawsze umiemy sobie wytłumaczyć w jaki sposób przychodzi do zmian w zawartości białka. Nie wiemy dlaczego u ludzi przesiedlających się z nizin w okolice wysokogórskie zmniejsza się zawartość białka w surowicy. Niezależnie znowu od stanów, czynności i czynników o których była mowa, mają — co prawda nieznaczne tylko — powtarzać się w ciągu doby wahania zawartości białka. Najuboższą w białko ma być surowica nad ranem. M e y e r-B i s c h (5) twierdzi, że najwięcej białka zawiera surowica pod wieczór. Okresowe wahania zawartości białka w ciągu doby, przypominają podobne zachowanie się wagi ciała. Wzrasta od rana do wieczora o 500—1500 g, a w tejsamej mierze spada od wieczora

do rana. B ö h m e (2) zastanawia się czy zima i lato nie wpływa na zawartość białka w surowicy? Gdyby badania rozstrzygnęły to zapytanie w znaczeniu dodatniem, mielibyśmy pod tym względem do czynienia z faktem w fizjologji człowieka nieodosobnionym. Wiadomo bowiem (6), że ośrodek regulacji ciepła, i ośrodek regulacji przemiany materji, okazują różną wrażliwość, zależnie od pory roku.

Kończąc nasze wywody co do ilościowego zachowania się białka we krwi zdrowych powiemy: Osobnicza ilość białka jest wielkością stałą. Nie przeczą temu, zachodzące w codziennem życiu nieustanne odchylenia w zwyż i w zniż od poziomu. Zachodzą one pod wpływem stanów i czynności fizjologicznych. Odchylenia te są przemijające i krótkotrwałe. Ta cecha, ta właściwość odchyleń dowodzi, jak wielce dba i jak sprawnie działa ustrój, aby białko zawsze utrzymać na tymsamym poziomie. Zadanie to spełniają tkanki, które są zbiornikiem wody i regulatorem gospodarki wodnej. Odchylenia w zawartości białka u zdrowego, tłumaczymy sobie wymianą wody między krwią a tkankami. Ze wzrostem lub spadkiem rzeczywistym białka, więc z wahaniem ilości'a nie odsetki jego, nie spotkaliśmy się ani razu.

Inaczej u chorych. U nich krew się zmienia nie chwilowo lecz na stałe. Choroba prowadzi do zwichnięcia równowagi w gospodarce bądź wody, bądź białka, bądź zachwiania się gospodarki jednej i drugiej. W pierwszym przypadku przychodzi do zagęszczenia lub rozrzedzenia krwi, w drugim do niedostatku lub nadmiaru białka w surowicy, w trzecim zachodzą obok siebie odchylenia w zawartości i wody i białka. Nie zawsze jednak jesteśmy w stanie odróżnić, które z zaburzeń odbija się na własnościach krwi.

Zdając sobie z tego sprawę, rozpatrzmy naprzód nieprawidłowe właściwości krwi, których przyczyna leży w wadliwej gospodarce wodnej. Ilekroć przychodzi do zatrzymania wody w ustroju, czy to w chorobach nerek, czy w stanach charłaczych (nowotwory, cukrzyca, puchlina głodowa i t. d.) surowica ulega zawsze rozwodnieniu. Rozwodnienie surowicy przy wzroście wagi ciała, jest najczulszym wskaźnikiem dodatniego bilansu wody. Najczulszym, bo rozwodnienie surowicy i przyrost wagi ciała, stwierdzamy dużo wcześniej, zanim przyjdzie do śladu obrzęków. Rozwodnienie surowicy i obrzęki zazwyczaj sobie towarzyszą. Jednak nie zawsze. Przy niedomodze serca chociaż przychodzi do obrzęków, to surowica rozwodnieniu nie ulega, a jeśli czasem ulega to tylko nieznacznie.

O wiele mniej często niż z rozwodnieniem spotykamy się z zagęszczeniem surowicy.

Przychodzi do niego w razie obfitych biegunek, przychodzi także przy nowotworach przełyku. W czasie biegunek dlatego, bo ustrój traci dużo wody, a przy zwężeniu przełyku z tego powodu, bo ustrój niema możności przyswajania sobie wody. Zagęszczenie krwi ma być jednym z objawów składających się na całość obrazu klinicznego nerki miażdżycowej. U chorych dotkniętych tem cierpieniem, rozwodnienie krwi wywołane upustem, utrzymuje się według V e i l a (7) nieraz przez kilka tygodni. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się V e i l w zmienionym stanie ścian naczyniowych. Ściany nie wpuszczają do wnętrza naczyń krwionośnych ani wody, ani białka. Zgoła odrębnie rzecz się przedstawia u innych chorych względnie zdrowych. Rozwodnienie surowicy wywołane utratą krwi jest krótkotrwałe. Mija w ciągu kilku godzin, bo ściany naczyniowe nie przeszkadzają napływowi do krwi z tkanek i wody i białka.

Rozpatrując wahania własności krwi, mówiliśmy dotychczas tylko o wymianie wody między krwią a tkankami. Obecnie dowiadujemy się o przechodzeniu także białka i tkanek do krwi. Z doświadczeń zaś i spostrzeżeń M a g n u s'a i M o r a w i t z'a wiemy, że białko może przenikać i to szybko ściany naczyń krwionośnych w jedną i drugą stronę.

Z kolei przechodzimy do nieprawidłowej gospodarki białka. Spotykamy się z nią w różnych chorobach, przedewszystkiem w ostrych zakaźnych. Rzadko jednak występuje samoistnie, a najczęściej towarzyszą jej zaburzenia w gospodarce wodnej. Jeśli w ostrych chorobach zakaźnych krew ubożeje w białko, to chodzi tu z jednej strony o nadmierny rozpad i niedostateczną odnowę białka, z drugiej zaś o zatrzymanie wody w ustroju. Zmienia się skutkiem tego i ilość i odsetka białka. Odchylenia własności surowicy nie zależą od przyrody schorzenia, ale pozostają w ścisłym związku ze stopniem nasilenia i długością trwania choroby. Czy w czasie choroby przychodzi do wzniesień ciepłoty i w jakiej mierze, jest rzeczą drugorzędną. Bo zubożenie surowicy w białko jest wyrazem głęboko sięgających zaburzeń w przemianie materji, a nie oznaką tylko podniesionej ciepłoty ciała. Ponieważ zaburzenia w gospodarce białka i wody, mogą się wobec siebie różnie układać, przeto krew czasami przybiera własności na pozór opaczne. Jako przykład niechaj posłuży uboga nieraz w białko surowica dotkniętych biegunką na tle zakaźnem. Objaw ten jest jednak zupełnie zrozumiałym, skoro przyjmiemy, że w danym razie nadmierny rozpad białka, względnie niedostateczna odnowa białka, przewyższają utratę wody.

Z powrotem do zdrowia po ostrej chorobie zakaźnej, wzrasta ilość białka we krwi. Wzrost odbywa się stopniowo, w miarę tego jak nastają stosunki prawidłowe w gospodarce wodą i białkiem. Nieraz u ozdrowieńców stwierdza się nadmiar białka. Nadmierna ilość białka utrzymuje się jakiś czas, dłuższy lub krótszy, by następnie opaść do granic prawidłowych.

Z pośród przewlekłych chorób zakaźnych, najlepiej znamy zachowanie się krwi w gruźlicy płuc. W początkach jej, krew zawiera białka mniej niż w warunkach zdrowia, później ilość białka bywa prawidłowa lub wzmożoną, a dopiero w okresach końcowych zjawia się ubytek białka. Według M e y e r - B i s c h'a (8) surowica chorych na gruźlicę płuc, okazuje największe stężenie rano, a nie wieczorem. Tymczasem waga ciała u nich zachowuje się taksamo jak u zdrowych, t. zn. wzrasta w ciągu dnia. Niewłaściwe zachowanie się stężenia surowicy krwi chorych na gruźlicę płuc, uważa M e y e r - B i s c h za następstwo innego rozmieszczenia wody między krwią a tkankami, niż to bywa u zdrowych. M e y e r - B i s c h wstrzykując chorym na gruźlicę płuc tuberkulinę stwierdzał: 1) że jedni z nich tracą na wadze, a surowica ich ulega zagęszczeniu, 2) że drudzy zyskują na wadze, a surowica ich ulega rozwodnieniu — na czas dłuższy lub krótszy, 3) że są tacy, którzy zyskują na wadze, a surowica ich ulega rozrzedzeniu na stałe. Przy takiem zachowaniu się wobec siebie wagi ciała i stężenia surowicy, nie trudno odgadnąć, że u chorych grupy pierwszej chodzi o utratę wody, u chorych grupy drugiej i trzeciej o zatrzymanie wody, u tych przejściowe, u tamtych trwałe. Tego rodzaju wpływ na gospodarkę wodną u chorych na gruźlicę płuc, nie jest wyłączną własnością tuberkuliny. Tosamo widzi się po wstrzykiwaniach arszeniku. Tuberkulina jednak działa tylko u gruźliczych, arszenik natomiast także u zdrowych. Podobny skutek do arszeniku wywiera u zdrowych, cały szereg przetworów białkowych (używanych w proteinoterapji), dalej siarka, kollargol i t. d. Wpływ tych środków na gospodarkę wodną, jest niezależny od wzniesień ciepłoty ciała.

Tak się przedstawiają w ogólnych zarysach wiadomości nasze, dotyczące zachowania się surowicy w warunkach patologicznych. Streszczając je (bez uwzględniania szczegółów) powiemy: odchyleń w zawartości białka w surowicy nie można rozpatrywać ze stanowiska tej lub innej choroby. Nie można dlatego, bo czy w tej czy w innej chorobie, natrafiamy na tosamo źródło odchyleń zawartości białka. Nie stanowią pod tym względem wyjątku pierwotne schorzenia krwi. Przebiegają zasadniczo bez odchyleń w zawartości białka, a do zmian własności surowicy w tym kierunku przychodzi dopiero wtedy, kiedy choroba krwi podobnie jak którakolwiek inna, wywoła zaburzenia w stanie i czynnościach tkanek i narządów. Mowa o zaburzeniach prowadzących do zwichnięcia równowagi w gospodarce wody lub białka, względnie jednej i drugiej. Zwichnięcie zaś równowagi w gospodarce wody lub białka, albo jednej i drugiej, odbija się na własnościach surowicy krwi. Innemi słowy niedostatek lub nadmiar wody lub białka, względnie i wody i białka w surowicy jest tylko następstwem zaburzeń toczących się w tkankach i narządach.

Wreszcie dochodzimy do wniosku, że tak u chorych jak zdrowych, o własnościach surowicy rozstrzygają tkanki.

* * *

W pracowniach klinicznych, przy badaniach ilości białka w surowicy, posługujemy się najchętniej refraktometrem. Przyrząd ten, mający szerokie zastosowanie w różnych dziedzinach, znany jest nie od dzisiaj. O nim nie mówię. Podam tylko kilka uwag, dotyczących zastosowania refraktometru w klinice.

Jak wiadomo stwierdzone na skali przyrządu jednostki P u l f r i c h a możemy podać w stopniach załamania, lub możemy odczytać w odsetkach białka. Nie nastręcza to najmniejszych trudności, bo te trzy wielkości mamy zestawione w tablicy R e i s s a. Ale podając siłę załamania surowicy w odsetkach białka, — pamiętać musimy — że jesteśmy mniej dokładni, aniżeli wtedy, kiedy zapisujemy tylko stopień załamania, lub stwierdzamy jednostki P u l f r i c h a. Własność załamania surowicy jest wielkością złożoną. Składają się na nią obok białka, własności całego szeregu ciał niebiałkowych, zawartych w surowicy, nie wyłączając wody. R e i s s w swych obliczeniach przyjął dla załamania ciał niebiałkowych, pewną wielkość stałą. Aczkolwiek tak zazwyczaj bywa, to jednak nieraz może być inaczej. Ale przypuśćmy, że współczynnik załamania dla ciał niebiałkowych nie ulega wahaniom, to obliczenia od-

setki białka według Reissa odpowiadają rzeczywistości tylko wtedy, o ile stosunek globulin i albumin w surowicy jest prawidłowy, więc wynosi 1/3 globulin a 2/3 albumin. Inaczej bowiem łamie surowica przy tejsamej ilości białka, zależnie od większej lub mniejszej zawartości w niej, silnie łamiących globulin, względnie słabo łamiących albumin. I wreszcie współczynnik załamania dla 1% białka Reiss obliczył zbyt wysoko, tak że z tablicy odczytywana ilość białka jest większą od istotnej. Nie brak pomysłów i usiłowań, aby uchylić te ujemne strony. A więc bada się oddzielnie w surowicy, z jednej strony załamanie pochodzące od białka, a z drugiej strony załamanie spowodowane ciałami niebiałkowemi. Dalej oznacza się ile z białka surowicy przypada na globuliny, a ile na albuminy. Jedni się przy tem posługują sposobem chemicznym, inni fizycznym. Pierwsi wysalają odpowiednie postacie białka, drudzy uwzględniają różnicę w lepkości, jaką wykazują między sobą globuliny i albuminy. Ale tak rozszerzone, uzupełnione badania refraktometryczne wymagają znowu licznych zastrzeżeń. Bo łatwo się jeszcze przedstawia sprawa z odbiałczeniem surowicy i oznaczeniem współczynnika załamania ciał niebiałkowych. Ale ustalenie wzajemnego stosunku globulin i albumin w surowicy, jest nie tyle żmudnem, ile bardzo wątpliwem. Wobec tego nie jesteśmy pewni, jakie wartości składają się na taką lub inną łamliwość badanej surowicy.

Jeszcze większe wątpliwości nasuwają się nam, przy rozważaniu na czem polega większa lub mniejsza zawartość białka w krwi zdrowego czy chorego? Wyjaśniam: Wiemy jak łatwo i często woda odpływa z krwi do tkanek, i z tkanek do krwi napływa. Dlatego przy oznaczaniu zawartości białka, powinno się równocześnie uwzględniać ilość wody w surowicy. Tylko w ten sposób można ocenić czy wahania w zawartości białka są istotne czy pozorne? Istotne nie zależą od stopnia nawodnienia surowicy. Pozorne natomiast są wyrazem jej rozwodnienia lub zagęszczenia. Pierwsze stanowią o ilości, drugie o odsetce białka. Aby odróżnić czy chodzi o wahania w ilości, czy o wahania w odsetce, należy obok zawartości białka, badać równocześnie zachowanie się hemoglobiny, albo ilości krwinek czerwonych, albo zachowanie się jednego z objawów pozwalających na wgląd w gospodarkę ustroju. Nie brak jednak zastrzeżeń co do wartości wniosków, opartych na wynikach w ten sposób przeprowadzonych badań. I tak Siebeck (9) pisze: „Wobec tak wielkich różnic w badaniach refraktometrem (7,3 — 8,0) przy równych ilościach hemoglobiny, i wobec tak wielkich różnic w hemoglobinie (97 — 85) przy równych wartościach uzyskanych refraktometrem, musi się przyjąć — o ile oznaczania są dobre, — że jedna z tych dwu wielkości jest bez znaczenia, dla oceny wymiany wody między krwią a tkankami". Nonnenbruch (10) przytacza: „W ten sposób może ilość białka to opadać, to szybko się podnosić, przy tej samej a nawet zwiększonej ilości krwinek czerwonych... albo ilość krwinek czerwonych może szybko się zmieniać przy niezmienionej ilości białka". Böhme (2) twierdzi: „Fakty te dowodzą, że ilość krwinek czerwonych i stężenie surowicy nie zawsze idą w parze..." a dalej: „Tak więc naogół wahaniom stężenia surowicy większe należy przypisać znaczenie w wymianie wody między krwią a tkankami, niż wahaniom ilości krwinek czerwonych". Kierując się myślą przewodnią zastrzeżeń, można przytoczyć jeszcze zmiany, jakie zachodzą z jednej strony w surowicy, a z drugiej w ilości krwinek czerwonych pod wpływem klimatu wysokogórskiego, i przy niedomodze serca. W jednym i drugim wypadku surowica ulega lub może czasami ulec nieznacznemu rozwodnieniu, podczas gdy ilość krwinek czerwonych z reguły wzrasta. Wiemy także że zubożenie surowicy w białko zjawia się dopiero w końcowym okresie pierwotnych schorzeń krwi i wiemy że te zmiany w surowicy nie należą do istoty tych chorób. Podobnej treści uwagi dotyczą znaczenia wyników badań gospodarki ustroju w odniesieniu do stężenia surowicy (badanie azotu, chlorków, wagi ciała). A to dlatego, bo stosunek między oznaczanemi wielkościami może często ulegać wahaniom, pod wpływem różnych nieraz przypadkowych czynników (Reiss (11). Mimo te zastrzeżenia, jak wyżej wspomniano, jest zasadą w postępowaniu, obok białka, uwzględniać równocześnie jeden z objawów, który w połączeniu z własnościami surowicy, pozwala wglądnąć w zachowanie się gospodarki wodnej. Niedoskonałość jednak postępowania przy odróżnianiu wahań ilości, od wahań odsetki białka, jest oczywistą. A jasnem jest znaczenie tego faktu dla wniosków, dotyczących przyczyny większej lub mniejszej zawartości białka w surowicy.

Krytyczne uwagi odnoszące się do sposobu badania ilości białka w surowicy, zajęły niestosunkowo dużo miejsca. Stało się to dlatego, ponieważ uwzględniają strony zasadnicze postępowania w badaniu. I także dlatego, ponieważ pozwalają ocenić w jakim stopniu przy dzisiejszym sposobie postępowania, możemy być pewni ścisłości naszych wniosków, co do wahań ilości względnie odsetki białka w surowicy krwi.

Piśmiennictwo.

1) E. Reiss: Refraktometrische Blutuntersuchungen w Handb. der biolog. Arbeitsmeth. von Abderhalden. Abt. IV. Teil 3. H. 2. — 1923. — 2) A. Böhme: Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 103. — 3) A. Alder: Die refraktometrische Blutuntersuchungen w Handb. der norm. und patholog. Physiologie. Bethe, Bergmann, Embden, Ellinger. Bd. VI. I Hälfte. — 4) W. H. Veil: Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 113. — 5) R. Meyer-Bisch: Deutsch. Arch f. klin. Med. T. 134. — 6) Nonnenbruch: Neue Deutsche Klinik 1929. Lief. 13., str. 331. — M. H. Veil: Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 112. — 8) R. Meyer-Bisch: Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 134. — 9) Siebeck: Physiologie des Wasserhausthaltes w Handb. der norm. und patholog. Physiologie. Bethe, Bergmann, Embden, Ellinger. Bd. XVII. — 10) Nonnenbruch: Pathologie und Pharmakologie des Wasserhaushaltes einschliesslich Oedem und Endzündung w Handbuch der norm. und patholog. Physiologie Bethe, Bergmann, Embden, Ellinger. Bd. XVII. — 11) E. Reiss: Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 117.

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Warszawa.

O bezsoku żołądkowo - trzustkowym (achylia gastro - pancreatica).

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Niedomoga wydzielania zewnętrznego trzustki polega na upośledzeniu wytwarzania zaczynów trawiennych. Zaburzenia te polegać mogą bądź na zmniejszeniu ilości wzgl. stężenia poszczególnych zaczynów trzustkowych — jest to t. zw. *hypochylia pancreatis*, zwana inaczej *hyposecretio pancreatica*, a przez niektórych autorów francuskich *„hypopancréatie"*, bądź też sprowadzać się mogą do całkowitego bezsoku trzustkowego, t. zw. *achylia pancreatica*. Oznaczenie sprawności czynnościowej trzustki zapomocą metody bezpośredniego określania poszczególnych zaczynów trawiennych w soku dwunastniczym pozwala obecnie na dokładniejszy wgląd w istotę tych stanów chorobowych.

Niedomoga wydzielnicza trzustki współistnieć nieraz może z bezsokiem żołądkowym, jak na to zwracali już uwagę Schmidt, Gross oraz Matko, Wiener i v. Kern (1) na zasadzie charakterystycznych objawów koprologicznych. Einhorn (2), badając zaczyny trzustkowe w treści dwunastniczej u chorych z bezsokiem żołądkowym, stwierdzał tutaj nieraz brak poszczególnych zaczynów trawiennych trzustki. Podczas gdy zaburzenia czynnościowe trzustki nieznacznego stopnia są zjawiskiem względnie powszedniem i spotyka się je w różnych stanach chorobowych trzustki i szeregu schorzeń narządów, z nią sąsiadujących (pęcherzyka i przewodów żółciowych, żołądka, dwunastnicy i t. d.), to całkowity bezsok trzustkowy jak to podkreślają Roth i Sternberg (3), jest sprawą rzadką.

Wr. 1914 Landau i Rząśnicki (4) podali przypadek ciężkiej niedokrwistości i bezsoku żołądkowego, w którym zgłębnikowanie dwunastnicy wykazało zupełny brak zaczynów trzustkowych. Dwa lata temu Landau, Cygielstreich i Fejgin (5) opisali 4 przypadki t. zw. przez nich bezsoku żołądkowo - trzustkowego *(achylia gastro - pancreatica)*, towarzyszącego stanom niedokrwistości złośliwej.

Zespół bezsoku żołądkowo - trzustkowego, który, jak sama nazwa wskazuje, składa się z dwu zasadniczych objawów: 1) bezsoku żołądkowego i 2) bezsoku trzustkowego — jest zjawiskiem, z którem w klinice spotkać się można niezbyt często. Wśród całego naszego bardzo znacznego materjału szpitalnego, gdzie zgłębikowanie dwunastnicy i żołądka dokonywane jest codziennie od szeregu lat, zespół ten w ciągu 5-iu lat stwierdzono jedynie (nie licząc przypadku opisanego poprzednio przez Landaua i Rząśnickiego) w 8 przypadkach.

Opis przypadków:

1) [1]) Chory l. 29 przybył wskutek silnego osłabienia, bólów brzucha i uporczywych biegunek (6 — 8 wypróżnień dziennie). Choruje od 2-ch miesięcy. Badanie przedmiotowe: poza wybitną bladością chorego nic nieprawidłowego w narządach wewnętrznych się nie stwierdza. W moczu — składników patologicznych się nie wykrywa. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 55%, czerw. ciałek —

---

[1]) Przypadek opisany przez Landaua i Rząśnickiego, Medycyna i Kronika Lek., 1914.

1600 tysięcy, wskaźnik barwny — 1,7, białych ciałek — 8600; w preparatach barwionych anisocytoza, pojkilocytoza nieznacznego stopnia. Zgłębnikowanie żołądka: naczczo wydobyto nieco zawartości jasno-szarej, wolny HCl i kwasota ogólna — 0; po śniadaniu próbnem Ewald-Boasa wydobyto 50 cm³ zawartości źle strawionej, wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 0. Zgłębnikowanie dwunastnicy wykonano trzykrotnie: 1) trypsyny — 0, diastazy — 5 jednostek; 2) trypsyny — 0, diastazy — 5 jedn.; 3) badanie wykonane w okresie poprawy klinicznej, po ustąpieniu biegunek: trypsyny — 1 jedn., lipazy — 2,9 cm³ NaOH $^1/_{10}$ N. Badanie na cukromocz pokarmowy (po podaniu naczczo 150 g cukru gronowego) — dało wynik ujemny. Pod wpływem kwasu solnego i diety zaczął chory się poprawiać, biegunka ustała.

W przypadku tym miało miejsce skojarzenie znacznego zaburzenia wydzielania zewnętrznego trzustki, bezsoku żołądkowego i stanu niedokrwistości.

2) [2]) Chora R. M., lat 60, przybyła z powodu znacznego osłabienia ogólnego i bólów głowy. Badanie przedmiotowe: wybitna bladość powłok skórnych i błon śluzowych, charakterystyczne zmiany Huntera na języku *(glossitis)*, szmer skurczowy nad koniuszkiem i u podstawy serca, nie przenoszący się do pachy, 2-gi ton nad tętn. główną nieco wzmożony, śledziona i wątroba niewyraźnie macalne na palec, zniesienie obustronne odruchów kolanowych i Achillesowych. W moczu — ślad urobilinogenu, pozatem nic nieprawidłowego. Badanie morfologiczne krwi — hemoglobiny — 25%, czerwonych ciałek — 600 tysięcy, leukocytów — 6.400, o wzorze następującym: neutr. — 40%, limf. — 54%, monoc. i przejść. — 3%, myelocytów — 3%; wybitna anizocytoza, pojkilocytoza, polichromatofilja, ciałka Jollyego, pojedyncze normoblasty na preparacie. Dno oczne: obie tarcze bladawe z granicami wyraźnemi; tętnice wąskie; nakoło tarczy i na obwodzie wybroczyny różnej wielkości i postaci. Bilirubina w osoczu: — 3 jedn. v. d. Bergha (15 mg w litrze) przy zwolnionej próbie bezpośredniej. W kale (na diecie kleikowo-mącznej) nic szczególnego. Zgłębnikowanie żołądka: naczczo wydobyto 10 cm³ treści żółtawej, jednowarstwowej; wolny HCl — 0, ogólna 4, kwas mlekowy — nieobecny, próby na krew utajoną — ujemne. Po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa wydobyto nieco zawartości żółtej gęstej; wolny HCl — 0, kwasota ogólna — 12, kwas mlekowy — 0, Zgłębnikowanie dwunastnicy: — odczyn zawartości zasadowy, trypsyny — 0, diastazy — 5 jednostek, lipazy — 0,2. Jednem słowem typowy obraz niedokrwistości złośliwej hemolitycznej z zespołem bezsoku żołądkowo-trzustkowego.

Kilkakrotne przelewanie krwi, podawanie dużych dawek arszeniku i tyreoidyny spowodowało tylko krótkotrwałe i przemijające remisje, po 4-miesięcznym pobycie w szpitalu chora zmarła.

Na autopsji stwierdzono, poza zmianami typowemi dla niedokrwistości złośliwej, zanik błony śluzowej żołądka i wybitne zwyrodnienie łącznotkankowe trzustki.

3) Chora S. A., lat 48, przybyła do szpitala z powodu ogólnego osłabienia, obrzęków stóp, bólów w lewej połowie klatki piersiowej i kaszlu. Badanie przedmiotowe: bladość powłok skórnych i błon śluzowych, glossitis, przytłumienie z osłabieniem drżenia piersiowego i oddechu w dole lewego płuca, nieznaczne powiększenie wątroby, osłabienie prawego odruchu Achillesa.

Mocz: nic szczególnego. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 60%, czerwonych ciałek — 3.450 tys., leukocytów — 6.200. o wzorze następującym: neutrof. 68%, limfocytów 30%, monocytów 1%, eozynofilów 1%. Anisocytoza, pojkilocytoza, polichromatofilja; wskaźnik barwny — 1,1. Odporność erytrocytów: H_1 — 0,45%, H_3 — 0,35%. Bilirubina w osoczu: 2 jedn. (10 mg w litrze) przy odczynie bezpośrednim zwolnionym. Odczyn Wassermana — ujemny. Z lewej jamy opłucnej wydobyto płyn jasny, przejrzysty, o cięż. wł. 1009, odczynie Rivalty ujemnym, zawartości białka 0,6%.

Zgłębnikowaniem żołądka: naczczo nic nie wydobyto; po próbnem śniadaniu wydobyto 50 cm³ zawartości źle strawionej; wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 20, kwas mlekowy — 0, próby na krew utajoną — ujemne. Zgłębnikowanie dwunastnicy: odczyn obojętny, trypsyny — ślad, diastazy — 2 jednostki, lipazy — 0,6. Kał: pod mikroskopem liczne kulki tłuszczów obojętnych i b. liczne włókna mięsne poprzecznie prążkowane.

W przypadku tym rozpoznano: *anaemia haemolityca (perniciosa), achylia gastropancreatica, hydrothorax sinister.* Podawanie kwasu solnego, arsenu i żelaza wywołało znaczną poprawę, stolce, które podczas dwumiesięcznego pobytu chorej w szpitalu były stale prawie wolne i po kilka razy na dobę, również unormowały się pod koniec pobytu szpitalnego.

4) Chory S. P., lat 62, przybył na odział ze skargami na bóle i szum w głowie, osłabienie ogólne oraz na bóle w klatce piersiowej i kończynach dolnych, i kaszel uporczywy. Badanie przedmiotowe: wybitna bladość powłok skórnych i błon śluzowych, nieznaczne zmiany Hunterowskie na języku *(glossitis)*, drobne rzężenia wilgotne w dole obydwóch płuc, liczniejsze po stronie prawej, niestały szmer skurczowy na koniuszku i u podstawy serca. Mocz: żadnych składników patologicznych. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 50%, czerw. ciałek — 2100 tysięcy, wskaźnik barwny — 1,2, leukocytów — 4100, o wzorze następującym: neutr. 56%, limf. 32%, monoc. i przejść. 12%. Nieznaczna anisocytoza (makrocytoza przeważnie) i pojkilocytoza. Odporność erytrocytów: H_1 — 0,48%, H_3 — 0,36%. Odczyn Wassermanna — ujemny.

Zgłębnikowanie żołądka: Naczczo wydobyto 4 cm³ płynu; wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 0, kwas mlekowy — 0. Po próbnem śniadaniu wydobyto 15 cm³ zawartości, ciągnącej się, szarej; wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 0. Kał — papkowaty, pod mikroskopem: spora ilość ziaren niestrawionej skrobji oraz liczne kulki tłuszczów obojętnych.

Zgłębnikowanie dwunastnicy: odczyn zawartości zasadowy, trypsyny — 2 jedn., diastazy — 10 jedn., lipazy — 1,3 jednostek.

Po kuracji kwasem solnym, żelazem i arszenikiem chory wypisał się wkrótce z oddziału z poprawą. Rozpoznanie: *Anaemia perniciosa. Achylia gastro-pancreatica. Bronchiolitis duplex.*

5) Chora K. R., lat 36, przybyła z powodu osłabienia, bólów oraz zawrotów głowy i braku łaknienia. Badanie przedmiotowe: Bladość powłok skórnych i błon śluzowych, *glossitis*, powiększenie miernego stopnia prawych gruczołów pachwinowych, przytłumienie nad prawym szczytem, drobne rzężenia wilgotne w dole obywóch płuc, szmer skurczowy na koniuszku i u podstawy serca, nie przenoszący się do pachy, *„bruit de diable"* nad żyłami szyjnemi; macalny rąbek śledziony, wątroba znacznie powiększona (prawie do poprzecznej linji pępkowej).

Mocz: ślad białka, wybitnie zwiększona urobilina. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 30%, czerw. ciałek — 848 tysięcy, wskaźnik hemoglobinowy — 1,8, leukocytów — 7000, o wzorze następującym: neutr. 60%, limf. 34%, monoc. i przejściowych 5%, eozyn. 1%; anisocytoza, pojkilocytoza oraz polichromatofilja. Odporność erytrocytów: H_1 — 0,50%, H_3 — 0,35%. Bilirubina w osoczu: 1,5 (7,5 mg w litrze) jednostek przy zwolnionej próbie bezpośredniej. Odczyn Wassermanna — ujemny.

Zgłębnikowanie żołądka: naczczo wydobyto 6 cm³ zawartości jasno szarej; wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 1, kwas mlekowy — 0. Po śniadaniu próbnem wydobyto około 60 cm³ zawartości gęstej, żółtawej; wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 12. Kał: papkowaty, barwy jasno-żółtej, pod mikroskopem liczne włókna mięsne niestrawione oraz igły kwasów tłuszczowych i skupienia tłuszczów obojętnych. Zgłębnikowanie dwunastnicy: odczyn zawartości zasadowy, trypsyny — 0, diastazy — 0, lipazy — 0,1 jedn.

Rozpoznanie: *Anaemia perniciosa, Achylia gastro-pancreatica. Bronchiolitis duplex.* Pod wpływem zwykłej terapji chora zaczęła się poprawiać; z powodu remontu szpitala została jednak wkrótce wypisana.

6) Chora E. W., lat 46, przybyła do szpitala wskutek osłabienia ogólnego, bólów w okolicy serca i w dolnych kończynach oraz pieczenia języka. Badanie przedmiotowe: powłoki skórne z odcieniem podżółtaczkowym, białkówki zlekka żółtawe, na podniebieniu drobne wybroczynki, bolesność opukowa kości podudzi, mostka i miednicy. W żyłach szyjnych *„bruit de diable"*; II-gi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Lewy odruch Achillesowy słabszy niż prawy. Mocz: silnie zwiększony urobilinogen i urobilina. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 33%, czerw. ciałek 1430 tys., wskaźnik barwny — 1,4, leukocytów — 6900, o wzorze następującym: neutr. 59%, limf. 39%, monoc. 1%, bazofilów 1%; makrocytoza, pojkilocytoza, polichromatofilja, 1 normoblast na 250 czerw. ciałek. Skaza krwotoczna: objaw opaskowy wybitnie dodatni, czas krwawienia — 3 min, czas krzepnięcia — 12 minut, ilość płytek — 25 tysięcy w 1 mm³. Bilirubina w osoczu: odczyn bezpośredni v. d. Bergha zwolniony, dwufazowy, odczyn pośredni — 1,6 jedn. (8 mg w litrze). Odporność etrytrocytów: H_1 — 0,46%, H_3 — 0,34%. Dno oczne: obie tarcze bladawe, na dnie oka prawego w obrazie odwrotnym, od dołu i wewnątrz, niewielka wybroczyna o konturach nieprawidłowych. Odczyn Wassermanna — ujemny.

Zgłębnikowanie żołądka: naczczo nic nie wydobyto; po śniadaniu próbnem E.-B. wydobyto 25 cm³ zawartości niestrawionej, wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 10, kwas mlekowy — 0.

---

[2]) Przypadki Nr. 2, 3, 4, 5 — opisane przez Landaua, Cygielstreicha i Fejgina, Med. Dośw. i Społ., Nr. 3—4, 1924.

Kał: papkowaty, jasno-żółty, obfity, liczne oczka śluzu na powierzchni, z domieszką niestrawionych resztek roślinnych. Pod mikroskopem: liczne włókna mięsne o wyraźnie zachowanem prążkowaniu poprzecznem, bardzo liczne skupienia tłuszczów obojętnych. Zgłębnikowanie dwunastnicy: odczyn obojętny, trypsyny — 2 jedn., diastazy — 12 jedn., lipazy — 0,3 jedn.

Dalszego przebiegu sprawy chorobowej podać nie możemy, gdyż po 10 dniach pobytu szpitalnego chora na własne żądanie została wypisana z oddziału. Rozpoznanie: *Anaemia perniciosa haemolytica. Achylia gastro-pancretica.*

7) Chory R. Ł., lat 36, choruje od lat 2-ch (uporczywe rozwolnienia do 6 na dobę, bóle w dolnej połowie brzucha, zawroty głowy, osłabienie ogólne). Wychudł znacznie. Badanie przedmiotowe: odżywienie liche, brzuch zapadnięty, nieznaczna bolesność przy obmacywaniu obu dołów biodrowych. Pozatem przedmiotowo nic się nie stwierdza. Mocz: ślad białka, pozatem nic szczególnego. Kał. pół-płynny, pół-papkowaty, barwy szaro-żółtawej, silnie cuchnący. Liczne oczka śluzu na powierzchni, próby na krew utajoną — ujemne, prątków Kocha met. homogenizacyjną nie wykryto. Próby na jaja pasożytów ujemne. Próba Schmidta — zielona (biliwerdyna). Pod mikroskopem: liczne włókna mięsne niestrawione o zachowanem prążkowaniu poprzecznem, ilczne kulki tłuszczów obojętnych i włókna roślinne.

Zgłębnikowanie żołądka: Naczczo wydobyto 8 cm^3 zawartości szarej, wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 0, kwas mlekowy — 0; po próbnem śniadaniu E.-B. wydobyto 40 cm^3 zawartości źle strawionej; wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 2. Zgłębnikowanie dwunastnicy: odczyn obojętny, trypsyny 10 jedn., diastazy — 0, lipazy — 1,7 jedn.

Obraz kliniczny łącznie z wynikiem badań pomocniczych wskazywał w przypadku tym przewlekły nieżyt jelita cienkiego, zależny najpewniej od bezsoku żołądkowo-trzustkowego. Dalszy przebieg sprawy chorobowej jest nam nieznany, gdyż po tygodniu pobytu szpitalnego chory na własne żądanie został wypisany z oddziału, z rozpoznaniem: *Enteritis chronica. Achylia gastro-pancreatica.*

8) Chora G. W., lat 45, przybyła na odział ze skargami na wybitne osłabienie, bóle głowy i brak łaknienia. Choruje od lat 2-ch. Badanie przedmiotowe: Stan podgorączkowy (37,2°—37,4°), wybitna bladość powłok skórnych z odcieniem podżółtaczkowym; białkówki zlekka żółtawe. Głośny *„bruit de diable"* nad żyłami szyjnemi. Śledziona na ½ palca wystaje z pod łuku żebrowego. Mocz: ślad białka, wybitnie zwiększony urobilinogen, poza tem nic szczególnego. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 32%, czerw. ciałek — 1200 tysięcy, wskaźnik barwny — 1,3, leukocytów — 5600 o wzorze następującym: neutr. 60%, limfocytów 30%, monocytów 2%, myelocytów 2%. Megalocytoza, pojkilocytoza, polichromatofilja, ciałka Jolly'ego w erytrocytach. Bilirubina w osoczu: 2,4 jedn. (12 mg w litrze), przy odczynie bezpośrednim wybitnie zwolnionym. Odporność erytrocytów: H_1 — 0,43% — H_3 — 0,30%.

Zgłębnikowanie żołądka: naczczo nic nie wydobyto; po śniadaniu próbnem E.-B. wydobyto kilka cm^3 zawartości, wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 12, kwas mlekowy — nieobecny, pepsyny — 1 jedn. Kał: żółto-brunatny, papkowaty, pod mikroskopem: b. liczne włókna mięsne niestrawione, o zachowanem prążkowaniu poprzecznem, oraz liczne skupienia kulek, tłuszczów obojętnych. Zgłębnikowanie dwunastnicy: zawartość ciemno-żółta, gęsta (pleiochromja). Trypsyny — 0, diastazy — 5 jedn., lipazy — 0,2 jedn.

Chora, leczona stopniowo wzrastającemi dawkami arszeniku, wypisała się ze szpitala wkrótce z poprawą znaczną.

Rozpoznanie: *Anaemia perniciosa. Achylia gastro-pancreatica.*

9) Chora K. H., lat 67, przybyła na odział skarżąc się na wybitne osłabienie, zawroty i bóle głowy, palenie języka oraz zupełny brak łaknienia. Choruje od roku. Badanie przedmiotowe: Stan podgorączkowy (36,7°—37,4°), zabarwienie powłok wybitnie blade z odcieniem woskowym; błony śluzowe wybitnie blade; białkówki z odcieniem podżółtaczkowym. Nieznaczne obrzęki na stopach i krzyżu. Język Hunterowski *(glossitis)*. Na podniebieniu i błonie śluzowej jamy ustnej — punkcikowate wybroczyny. Nad wszystkiemi ujściami serca wysłuchuje się słaby szmer skurczowy, II-gi ton nad tętn. główną z odcieniem dźwięcznym. Nad żyłami szyjnemi głośny *„bruit de diable"*. Brzeg wątroby wystaje na palec z pod łuku żebrowego, miękki, gładki. Odruchy kolanowe — obustronnie słabe, Achillesowe — nieobecne. Opukiwanie mostka i obojczyków — bolesne. Mocz: wybitnie zwiększony urobilinogen i urobilina, pozatem — nic szczególnego. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny — 45%, czerw. ciałek — 1500 tysięcy., wskaźnik barwny — 1,5; leukocytów — 4800 o wzorze następującym: neutrofilów 52%, limfoc. 43%, monocyt. 3,5%, eozyn. 0,5%, myelocytów neutr. 2%. Wybitna pojkilocytoza, megalocytoza, polichromatofilja; pojedyńcze normoblasty i megaloblasty na preparacie. Badanie na skazę krwotoczną: płytek — 75 tys., objaw opaskowy ujemny, czas krwawienia — 3 minuty, czas krzepnięcia — 2 min. Odczyn Wassermanna — ujemny. Odporność erytrocytów: H_1 — 0,44, H_3 — 0,34%. Bilirubina w osoczu: 1,5 jedn. (7,5 mg w litrze) przy odczynie bezpośrednim wybitnie zwolnionym (po 2 godz.). Dno oczne: obie tarcze blade, tętnice silnie zwężone, nieco nazewnątrz od lewej tarczy w kierunku skroniowym — wybroczynka wielkości ⅛ tarczy.

Zgłębnikowanie żołądka: naczczo kilka cm^3 zawartości mętnej z domieszką śluzu, wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 0, kwas mlekowy — nieobecny, pepsyny — 0. Po próbnem śniadaniu E.-B. w godzinę wydobyto 20 cm zawartości źle strawionej, wolny HCl — 0, ogólna kwasota — 6, pepsyny — 0. Badanie serjowe żołądka po śniadaniu alkoholowem oraz po zastrzyknięciu 1 mg histaminy — wykazało również zupełny brak wolnego kwasu solnego oraz liczby kwasoty ogólnej, dochodzące ledwie do 8.

Zgłębnikowanie dwunastnicy (wykonane 4-krotnie) zarówno przed, jak i po zastrzyknięciu 30 cm^3 30% magn. sulfur., wykazało liczby zaczynów trzustkowych następujące: trypsyny 0—0—0—0, diastazy 5—5—5—7 jedn., lipazy 0,3—0,6—0,8—0,3 jedn. Zawartość bilirubiny w treści dwunastniczej — 35 jedn. (pleiochromja).

Przypadek powyższy z wielu względów ciekawy opisany jest dokładnie w pracy Landaua i Helda (28) „O niedokrwistości złośliwej". Tutaj zaznaczymy jedynie, że chora ta, po blisko rocznym pobycie na oddziale, znajdując się w okresie zupełnej remisji, uzyskanej leczeniem wątrobowem, dostała ciężkiej anginy septycznej z zapaleniem prawego ucha środkowego i wyrostka sutkowego — co piorunująco szybko doprowadziło chorą do śmierci. Na autopsji stwierdzono obok zmian w uchu środkowem prawem i wyrostku sutkowym — zanik i zwyrodnienie łącznotkankowe trzonu i ogona trzustki oraz niewielki guz nowotworowy, zajmujący część głowy trzustki.

Uporczywy i stały bezsok trzustkowy, który w przypadku tym stwierdzaliśmy, zależny był więc od zmian anatomicznych w trzustce.

Przypadki powyższe, które posiadają szereg cech wspólnych, zestawione są w tablicy I-ej. Zaznaczyć tu należy, że określanie

TABLICA I.

Bezsok żołądkowo-trzustkowy.

Nr. przyp.	Rozpoznanie	Zawartość żołądkowa					Zacz. trzustk.		
		Naczczo		Po śniad. E.-B.					
		HCl	Og. kw.	HCl	Og. kw.	Pepsyna	Trypsyna	Diastaza	Lipaza
1	Anaemia perniciosa. Achylia gastr. pancr.	0	0	0	0		0	5	2.9
2	Anaemia perniciosa hemolytica. Achylia gastr. pancr.	0	4	0	12		0	5	0.2
3	Anaemia perniciosa hemolytica. Achylia gastr. pancr.	—	—	0	20		ślad	2	0.6
4	Anaemia perniciosa. Achylia gastr. pancr.	0	0	0	0		2	10	1.3
5	Anaemia perniciosa hemolytica. Achylia gastr. pancr.	0	1	0	12		0	0	0.1
6	Anaemia perniciosa hemolytica Achylia gastr. pancr.	—	—	0	10		2	12	0.3
7	Enteritis chronica. Achylia gastr. pancr.	0	0	0	1		10	0	1.7
8	Anaemia perniciosa hemolytica. Achylia gastr. pancr.	—	—	0	12	1	0	5	0.2
9	Anaemia perniciosa. Ca. pancreatis. Achylia gastr. pancr.	0	0	0	6	0	0	5	0.6

zaczynów trzustkowych wykonywano w zawartości dwunastniczej, wydobytej naczczo zgłębnikiem Einhorna. Trypsynę oznaczano metodą Fuld - Grossa, diastazę — met. Wohlgemuta, lipazę zmodyfikowaną metodą Bondi - Chiraya.

Przypadki opisane wyżej i podane w tablicy 1-ej, wykazują szereg cech wspólnych, a mianowicie całkowite upośledzenie zdolności trawiennej żołądka, wybitne zmniejszenie zaczynów trzustkowych w soku dwunastniczym oraz (z wyjątkiem przyp. Nr. 7) zespół niedokrwistości złośliwej.

O ile chodzi o zawartość żołądkową, to we wszystkich przypadkach, zebranych tutaj, istniał zupełny brak wolnego kwasu solnego, zarówno naczczo jak i po śniadaniu próbnem (anachlorhydria). W dwóch przypadkach, gdzie oznaczono pepsynę (Nr. 8 i 9), stwierdzono zupełny brak zaczynu tego w soku żołądkowym. Jeśli dawniej odróżniano teoretycznie stany takie jak „anachlorhydria“, „anaciditas“, „achylia gastrica“, to obecnie, praktycznie rzecz biorąc, jak to słusznie zwraca także uwagę Katsch (6), stany te pokrywają się ze sobą. Jeśli nawet w przypadkach tych, gdzie pepsyny nie oznaczono, wydzielanie jej nie było upośledzone, to i tak przy braku kwasu solnego trawienie pierwotne żołądkowe nie może się odbyć. To też w tem klinicznem znaczeniu, mimo że jest to teoretycznie nieścisłe, mamy prawo użyć nazwy „bezsoku żołądkowego“ dla naszych przypadków.

Obok bezsoku żołądkowego w przypadkach powyższych uderza znikoma wprost ilość zaczynów trzustkowych w soku dwunastniczym. Przy metodach, używanych przez nas, wartości normalne zaczynów tych, jak to mieliśmy możność przekonać się na materjale szpitalnym, wykonując tak często te oznaczenia, są następujące: dla trypsyny — powyżej 100 jednostek, dla diastazy około 200 jednostek, dla lipazy wreszcie — około 30 jednostek. Chiray (7) podaje tu liczbę 50 — 60 cm^3 NaOH $^1/_{10}$ N; przy modyfikacji używanej przez nas wartości przeciętne są niższe). Liczby podane w tablicy 1-ej, w zestawieniu z wartościami prawidłowemi, świadczą o wybitnem upośledzeniu sprawności czynnościowej trzustki we wszystkich przypadkach tu podanych. W szeregu przypadków oznaczenie zaczynów wykonano wielokrotnie (przyp. Nr. 1, 8, 9) liczby otrzymane były mniejwięcej te same. Liczby trypsyny wahały się w naszych przypadkach między 0 a 2 jedn. (w jedynym przyp. Nr. 7 — 10 jedn.). Wartości diastazy wynosiły tu od 0 do 12 jedn., cyfry lipazy wreszcie, które są dla oceny niedomogi trzustkowej najmiarodajniejsze, były na poziomie od 0:1 do 1:7 (w jedynym przypadku 1-ym ilość lipazy wynosiła nieco więcej — 2,9 cm^3 NaOH $^1/_{10}$ N.).

Zaznaczyć tu należy, że zaczyny, które określamy metodami powyższemi są nietylko fermentami trzustkowemi. Oznaczając diastazę soku dwunastniczego, określa się jednocześnie ptyaline ślinową, która przechodzi tranzytem przez żołądek, aktywując się ponownie dzięki zasadowości środowiska dwunastniczego (Landau i Rząśnicki (8), Roger i Simon (9), oraz zaczyny amylolityczne flory bakteryjnej jelitowej (Duclaux (10). Obliczając trypsynę, oznaczyć jednocześnie musimy erepsynę jelitową, zaczyny proteolityczne leukocytowe, a także pepsynę nawet, uczynnioną przez słabo kwaśny nieraz sok dwunastniczy. Niema dotychczas metody, któraby pozwoliła zaczyny trzustkowe ściśle wyosobnić. O ile lipaza uchodzi już za najmiarodajniejszy zaczyn trzustkowy (Chiray-Lebon), to zapominać jednak nie należy, że istnieje w małych coprawda ilościach i lipaza żołądkowa (Contejan, Volhardt) oraz zaczyny lipolityczne jelitowe Schiff, Bołdyrew, Frouin (11) oraz Roger i biorąc to pod uwagę, mówić możemy w naszych przypadkach o bezsoku trzustkowym, a minimalne ilości fermentów odnieść zapewne należy do zaczynów wyżej wymienionych, pochodzenia nietrzustkowego. Liczby otrzymane przez nas tutaj, są tak znikome, że upoważniają do rozpoznania bezsoku trzustkowego, t. zw. achylia pancreatica, co łącznie z bezsokiem żołądkowym składa się na zespół bezsoku żołądkowo-trzustkowego, t. zw. achylia gastro-pancreatica.

O upośledzeniu wydzielania zewnętrznego trzustki, poza nikłą ilością zaczynów w soku dwunastniczym, świadczyły także charakterystyczne stolce naszych chorych. Wprawdzie dokładne bilanse zużytkowania tłuszczów i ciał azotowych nie były tu wykonywane, to jednak obecność pod mikroskopem licznych skupień tłuszczów obojętnych oraz znacznych ilości niestrawionych, poprzecznie prążkowanych włókien mięsnych, były tu odbiciem bezsoku żołądkowo-trzustkowego. Typowych stolców tłuszczowych w przeważającej ilości przypadków nie widzieliśmy, zresztą jest to objaw wielce rzadki, jak na to zwracają uwagę Körte (12) i Fr. Müller.

Stwierdzając zespół powyższy, zastanowić się należało przedewszystkiem czy bezsok trzustkowy jest skutkiem bezpośrednim bezsoku żołądkowego, czy też obadwa te stany są zjawiskiem współrzędnem. W pracach dawniejszych, wykonywanych coprawda nie przy pomocy metody bezpośredniego oznaczenia zaczynów trzustkowych w soku dwunastniczym, niektórzy autorzy A. Schmidt (13a) Wohlgemuth, Glaessner (13) przyjmowali, że bezsok trzustkowy zależy od bezsoku żołądkowego a przyczynę tego upatrywali w braku kwasu solnego, który jest bodźcem chemicznym dla wydzielania zewnętrznego trzustki. Wszystkie nowsze badania jednak świadczą o tem, że oba te stany są zjawiskiem od siebie naogół niezależnem.

Bezsok żołądkowy nie pociąga za sobą koniecznie bezsoku trzustkowego. Isaac-Krieger (14) na 30 przyp. podkwaśności żołądka w ani jednym nie widział zmniejszenia zaczynów trzustkowych, a Katsch i v. Friedrich (15) na 20 przyp. bezsoku wzgl. podkwaśności żołądka ani w jednym nie stwierdzali braku wydzielania trzustki. Chiray i Lebon, Schoppe oraz Parmentier i Chabrol (16) są tego samego zdania, a Mc. Clure, Montague i Mortimer (17) stwierdzając normalne liczby zaczynów w dwunastnicy w stanach bezsoku żołądkowego, twierdzą, że kwas solny nie jest bynajmniej konieczną podnietą dla wydzielania zewnętrznego trzustki. Niektórzy badacze nawet jak Volhard, Ehrmann i Lederer (20) oraz Deloch (18), Garofianu (18 a) i Martin (19) znajdowali nawet często zwiększenie ilości zaczynów trzustkowych w tych stanach i tłómaczą to zjawisko dążnością trzustki do zastępczego wyrównania braków w trawieniu, wywołanych bezsokiem żołądkowym. Jak to wynika z nowszych badań Goldsteina (21) z kliniki Gubergritza w Kijowie chodzi tu raczej o zwiększenie pozorne stężenia zaczynów wywołane zmniejszeniem ilości produkowanego soku trzustkowego.

W celu wykazania niezależności obu tych stanów, przytoczymy tu szereg przypadków odosobnionego bezsoku żołądkowego, któremu nie towarzyszył bezsok trzustkowy, z drugiej zaś strony kilka przypadków odosobnionego bezsoku trzustkowego, przebiegającego bez znaczniejszych zaburzeń wydzielniczych żołądka.

TABLICA II.

Bezsok żołądkowy odosobniony.

Nr. przyp.	Rozpoznanie	Zawart. żołądkowa				Zacz. trzustk.		
		Naczczo		Pośn. E.B.		Trypsyna	Diastaza	Lipaza
		HCl.	Og. kw.	HCl.	Og. kw.			
10	Anaemia secundaria. Achylia gastrica.	—	—	0	5	100	120	8.0
11	Helminthiasis. Achylia gastrica.	0	10	0	15	200	100	10.0
12	Anaemia simplex. Achylia gastrica.	—	—	0	6	40	50	31.0
13	Diabetes mellitus. Cholecistitis chr. Achylia gastrica.	—	—	0	12	200	100	10.0
14	Cholecystitis exac. Gastroptosis. Achylia gastrica.	0	8	0	15	200	120	35.0
15	Cholecystitis c. Pericholecystitide. Achylia gastrica.	0	10	0	14	200	100	34·0

W żadnym z przypadków bezsoku żołądkowego, podanych w tablicy 2-ej, nie stwierdza się bezsoku trzustkowego. Wprawdzie poszczególne zaczyny trzustkowe są tu zmniejszone, (jest to t. zw. dyspancreatismus), co pokrywa się ze spostrzeżeniem Einhorna oraz Marczewskiego (40), który drogą prób czynnościowych stwierdził w przebiegu bezsoku żołądkowego zboczenia wydzielania trzustkowego, to jednak widać z tablicy powyższej że nawet przy braku zupełnym kwasu solnego, tego ogniwa fizjologicznego między czynnością wydzielniczą żołądka a czynnością trzustki, wydzielanie zewnętrzne trzustki odbywać się może względnie sprawnie.

W przypadkach, podanych w tablicy 3-ej mamy do czynienia ze zjawiskiem odwrotnem. Stwierdzono tu brak wzgl. zmniejszenie zaczynów trzustkowych, przy zachowanej czynności wydzielniczej żołądka. Zaburzenia powyższe w wydzielaniu trzustki odnieść zapewne tu należało do zmian jej zapalnych, tak częstych w prze-

biegu stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego (Mayo Robson (22), Judd, Katsch, Okinczyc). Na zmniejszenie zaczynów trzustkowych w tych stanach pierwsi zwrócili uwagę Piersol i Bockus (23) oraz Morris. Ostatnio u nas A. Landau, B. Glass i J. Bauer (24) stwierdzili na 46 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego w 25 przyp. a więc w 55% zmniejszenie lipazy w soku dwunastniczym.

TABLICA III.
Bezsok trzustkowy odosobniony.

Nr. przyp.	Rozpoznanie	Zawart. żołądkowa				Zacz. trzustk.		
		Na czczo		Po śn. E.B.				
		HCl	Og. kw.	HCl	Og. kw.	Trypsyna	Diastaza	Lipaza
16	Cholangia. Achylia pancreatica.	0	15	15	45	0	0	0.6
17	Sigmoiditis et perisigmoiditis. Achylia pancreatica.	8	12	8	32	0	0	0.1
18	Cholelithiasis. Achylia pancreatica.	0	12	19	49	0	4	2.4
19	Cholecystitis chron. Cholelithiasis. Achylia pancreatica.	—	—	12	20	0	ślad	7.8

Ze wszystkiego tego, cośmy tu wyżej pisali, wynika, że bezsok żołądkowy i achylia pancreatica są sprawami nie stojącemi w zbyt ścisłym związku wzajemnym i występować mogą niezależnie jedna od drugiej. Jak to poprzednio już podkreślali Landau Cygielstreich i Fejgin, zarówno brak kwasu solnego w żołądku nie pociąga za sobą koniecznie bezsoku trzustkowego, jak i odwrotnie, zdeklarowany bezsok trzustkowy iść może w parze z względnie dobrze zachowaną czynnością trawienną żołądka.

Zespół więc bezsoku żołądkowo-trzustkowego jest zjawiskiem zupełnie odrębnem i niezależnem od każdej ze swych części składowych.

W jakich stanach chorobowych spotyka się zespół bezsoku żołądkowo-trzustkowego?

Wielce uderzającem jest, że na 9 naszych przypadków bezsoku żołądkowo-trzustkowego w 8-miu przyp. zespół ten towarzyszył niedokrwistości złośliwej (anaemia perniciosa): dziewiąty zaś przypadek (Nr. 7) dotyczył chorego u którego przeprowadzenie odpowiednich badań było niemożliwe ze względu na jego krótkotrwały pobyt na oddziale. W przytłaczającej więc większości przypadków zespół bezsoku żołądkowo-trzustkowego jest ściśle związany z niedokrwistością złośliwą typu Biermera i w tem współistnieniu szukać należy, zdaniem naszem, istoty tej sprawy.

Bezsok żołądkowy w przebiegu niedokrwistości złośliwej jest zjawiskiem tak stałem i tak powszechnie znanem, że nie zamierzamy nad tą sprawą dłużej się rozwodzić. Tak np. Ewald, Zadek (25), i Weinberg (25a) i inni — podają, że niema przypadku niedokrwistości złośliwej bez objawu tego. Levine i Ladd (26) na 150 przyp. stwierdzili go w 147. Hurst i Bell (27) na 66 przyp. w 64. Ostatnio u nas Landau i Held (28) na przeszło 30 przyp. niedokrwistości Biermerowskiej bezsok żołądkowy znaleźli we wszystkich tych przypadkach.

O ile chodzi o zmiany trzustkowe w przebiegu niedokrwistości złośliwej, to w piśmiennictwie znaleźć można jedynie luźne wzmianki, tyczące się tej sprawy. Barbier i Josserand (29) opisują przypadek niedokrwistości ciężkiej, w którym na autopsji nie znaleziono żadnych zmian, poza zwyrodnieniem łącznotkankowem, nienowotworowem trzustki, autorzy ci sądzą, że niedomoga trzustki mieć może znaczenie w powstawaniu niedokrwistości złośliwej. Chwostek (30) opisuje 3 przypadki przewlekłego zapalenia trzustki, przebiegające z niedokrwistością, przyczem w jednym z nich istniała niedokrwistość ciężka, która przed śmiercią przeszła w niedokrwistość złośliwą; autor ten sądzi, że zmiany trzustkowe mogą być przyczyną niedokrwistości, która przybierać nawet może charakter niedokrwistości Biermerowskiej. Tego samego zdania jest także Mayo-Robson (31). Dalej Walko (32) podaje przypadek ostrego zapalenia trzustki, któremu towarzyszyła niedokrwistość o wysokim wskaźniku hemoglobinowym. Umber (33) przytacza przypadek ciężkiej niedomogi trzustkowej, połączonej z postępującem wyniszczeniem, w którym po pewnym czasie dołączała się anemja aplastyczna; na autopsji zmian żadnych w trzustce nie stwierdzono. Wreszcie Rosnowski i Marczewski (35) w pracy swej o bezsoku żołądkowym opisują między innemi przypadek niedokrwistości złośliwej, przebiegający z bezsokiem żołądkowym i z niedomogą wydzielniczą trzustki. O związku między zmianami anatomicznemi trzustki a układem krwiotwórczym świadczą badania Hollera i Kudelka (34), którzy w 15 przyp. pancreatitis chronica interstitialis stwierdzili charakterystyczną makrocytozę czerwonych ciałek krwi.

Minkowski wspomina, że w przebiegu niedokrwistości złośliwej spotyka się zmiany anatomiczne trzustki, które mogą być podłożem bezsoku trzustkowego. Wreszcie Karcher, zalecając podawanie pankreonu w przypadkach niedokrwistości, mówi o tem, że w schorzeniu tem istnieć mogą zaburzenia czynnościowe trzustki; nie przytacza jednak żadnych badań w tym względzie.

Tak więc, choć poszczególni autorzy opisują zmiany anatomiczne bądź czynnościowe trzustki, będące w związku ze stanami niedokrwistości, to jednak na zjawisko to nie zwrócono, zdaniem naszem, dotychczas należytej uwagi. Zmiany w wydzielaniu zewnętrznem trzustki, które dają się uchwycić za pomocą metody bezpośredniego oznaczania zaczynów trzustkowych w soku dwunastniczym, świadczą o tem, że zaburzenia te bynajmniej nie są zjawiskiem tak wyjątkowem.

O ile poprzednio mówiliśmy o tem, że zespół bezsoku żołądkowo-trzustkowego jest zjawiskiem wogóle w klinice względnie rzadkiem, to jeśli badać systematycznie zaczyny trzustkowe w przebiegu niedokrwistości złośliwej, okaże się że odsetek tych zmian jest tu dość znaczny.

Jaka jest przyczyna bezsoku żołądkowo-trzustkowego w przebiegu niedokrwistości złośliwej — odpowiedzieć trudno. Jeśli po dziś dzień niema jeszcze zgodności co do istoty i znaczenia w anaemia perniciosa objawu nawet tak stałego, jak bezsok żołądkowy to sądzimy, że przedwczesnem jest starać się oznaczać stosunek bezsoku żołądkowo-trzustkowego do tego schorzenia.

Co się tyczy bezsoku żołądkowego, to po dziś dzień ścierają się tu dwa poglądy. Według jednego z nich, podtrzymywanego przez Martiusa, (36) Morawitza, Cobeta (37) achylia gastrica jest zboczeniem ustrojowem, poprzedzającem zjawienie się niedokrwistości, co może być wg. niektórych autorów (Knud Fabera (38), Hursta, Fenwicha i innych) czynnikiem predysponującym wzgl. przyczyną tego schorzenia. Zgodnie zaś z drugą koncepcją, podtrzymywaną przez Blocha, Lazarusa, Grinkera (39) i t.d. bezsok żołądkowy i zespół niedokrwistości są zjawiskami równoległemi, zależnemi od tego samego czynnika chorobotwórczego.

W stosunku do bezsoku trzustkowego zachodzą tu te same dwie możliwości. Za przyjęciem pierwotnego zboczenia ustrojowego, będącego czynnikiem predysponującym, przemawiać mogą, wyżej podane przypadki Barbiera-Josseranda i Umbera. Jeśli stanąć na gruncie teorji intoksykacji, jest rzeczą oczywistą, że zespół bezsoku żołądkowo-trzustkowego stwarza jeszcze podatniejsze podłoże do procesów samozatrucia jelitowego, białkowego i lipoidowego co wg. Cederberga i innych jest przyczyną niedokrwistości złośliwej. Podobnie Rosnowski i Marciczewski (35) przypuszczają, że w przypadku ich o którym była mowa wyżej, stan samozatrucia jelitowego, wywołany przez bezsok żołądkowy i niedomogę wątroby i trzustki, doprowadził do wystąpienia niedokrwistości. Autorzy ci sądzą, że bezsok żołądkowy, prowadząc do wzmożenia procesów rozkładowych w jelitach, powoduje niedomogę czynnościową wątroby, zaburzenia w przemianie żółcianów, co pociągnąć za sobą może zaburzenia przemiany cholesterynowej; a zaburzenia powyższe łączyć się mogą w związek przyczynowy z wystąpieniem niedokrwistości.

Jeśli wziąć jednak pod uwagę niestałość zespołu tego w przebiegu niedokrwistości Biermerowskiej, wydaje się nam słuszniejszem, aby uważać bezsok żołądkowo-trzustkowy za zjawisko współrzędne ze stanem niedokrwistości. za wyraz tego samego zadziałania nieznanego czynnika chorobotwórczego na szpik kostny, błonę śluzową żołądka i miąż trzustkowy.

O ile chodzi o podłoże anatomiczne czy czynnościowe bezsoku trzustkowego w przebiegu zespołu bezsoku żołądkowo-trzustkowego, to jest to również sprawa jeszcze niejasna. Wśród 9-ciu przyp. spostrzeganych jedynie 2 (Nr. 2 i 9) doszły do autopsji. W obu tych przypadkach stwierdzono zmiany anatomiczne, polegające na zaniku i zwyrodnieniu łącznotkankowem miąższu trzustkowego, a w jednym z nich (Nr. 9) prócz tego niewielki nowotwór (carcinoma) zajmujący część głowy trzustki. Oczywiście przy-

puszczać można, że tak jak w tych obu przypadkach, tak i w pozostałych, przyczyną bezsoku trzustkowego były zmiany anatomiczne. Jednak jeśli wziąć pod uwagę częstość zmian czynnościowych trzustki, która jak każdy inny narząd wydzielniczy pozostaje w ścisłym związku z układem wegetacyjnym (o czem świadczą nowsze badania Goldsteina (21) — sprawy tej oczywiście rozstrzygnąć nie możemy. Sprawa patogenezy bezsoku żołądkowo-trzustkowego w przebiegu niedokrwistości złośliwej wymaga dalszych badań i spostrzeżeń klinicznych.

Wreszcie zaznaczyć należy, że bezsok żołądkowo-trzustkowy, jeśli wziąć pod uwagę ogromne znaczenie wydzieliny żołądka i trzustki dla procesu trawienia, jest zespołem bynajmniej nieobojętnym dla chorego. Zaburzenia w trawieniu ciał białkowych i tłuszczów prowadzą do ich złej resorbcji, do niewykorzystania dowozu tych ciał, co odbija się na stanie odżywienia tych chorych. Nierozłożone ciała białkowe ulegają procesom gnilnym w jelitach, co może być przyczyną wtórnych, uporczywych nieżytów jelitowych(patrz przyp. Nr. 7) uszkodzenia miąższu wątrobowego i wreszcie stanów samozatrucia białkowego.

Piśmiennictwo.

1), 2) cyt. J. Bauer: Konstitutionelle Disposition zu inn. Krankheiten, Springer, 1921. — 3) Roth u. Sternberg: Deutsch. Med. Woch., s. 1207, 1922. — 4) Landau i Rząśnicki: Medycyna i Kronika Lekarska, 1914. — 5) Landau, Cygielstreich i Fejgin: Med. Dośw. i Społ., 3/4, 1926. — 6) Katsch: Achylia gastrica, Handbuch d. inn. Med., Mohr-Staehelin, B. III, T. I. — 7) Chiray et Lebon: Les insuffisances pancréatiques, Masson, 1926. — 8) Landau i Rząśnicki: Studja nad nad sprawnością trzustki, doniesienie 2, Med. i Kron. Lek. 1914. — 9), 10, 11) cyt. Chiray-Lébon. — 12) Körte: Die Chirurgie des Pankreas, Ergebn. d. ges. Med., Bd. XII, 1928. — 13) Glaessner u. Kreuzfuchs: Münch. med. Woch., 11, 1913. — 13a) Schmidt: Med. Klinik, s. 595, 1912, D. Arch. f. klin. Med., Bd. 87, s. 456. — 14) Isaac Krieger: cyt. Katsch. — 15) Katsch u. v. Friedrich: cyt. Katsch, Achylia gastrica. — 16) Parmentier et Chabrol: Nouveau Traité de Medecine, Fasc. XV, 1926. — 17), 19) Mac Clure, Montague a. Mortimer: cyt. Martin: Arch. of int. Med., Nr. 3, vol. 39, 1927. — 18) Deloch: Mitt. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 35, 1922. — 18a), 22), 23) cyt. Chiray-Lébon. — 20) Ehrmann u. Lederer: D. Med. Woch., 1909 — 21) cyt. Gubergrütz: Med. Klinik, Nr. 52, 1928. 24) Landau, B. Glass u. Bauer, w druku. — 25) Zadek, Schweiz. Med. Woch., s. 1087, 1921. — 25a) Weinberg: D. Arch. f. klin. Med., Bd. 124, s. 447, 1918. — 26) Levine a. Ladd: Bull. Johns Hopkin's Hosp., Bd. 22, August, 1921. — 27) Hurst a. Bell: cyt. Grinker, Arch. of int. Med., Nr. 3, vol. 38, 1926. — 28) Landau i Held: Warsz. Czas. Lek., 1929. — 29) Barbier et Josserand: Lyon med., 24 févr. 1926. — 30) Chwostek: Wien. Klin. Woch., Nr. 5, 1918. — 31), 32) cyt. Thaysen: Arch. of int. Med., Nr. 3, vol. 42, 1928. — 33) Umber: Erkrankungen des Pankreas, Handb. d. inn. Med., Bergmann-Staehelin, Bd. III, T. 2. 34) Holler u. Kudelka: Wien. Klin. Woch., Nr. 26, 1927. — 35) Rosnowski i Marczewski: P. Arch. Med. Wewn., T. VII, z. 1, 1929. — 36) Martius: cyt. Katsch. — 37) Cobet u. Morawitz: Z. f. angew. Anat., Bd. 6, S. 244, 1920. — 38) Knud Faber u. Nyfeld: Anämie u. Intestinaltractus, Ergebn. d. ges. Mes., Bd. XI, 1928. — 39) Grinker: Arch. of int. Med., Nr. 3, vol. 38, 1926. — 40) Marczewski: Lekarz Wojskowy, 1929.

Prof. Jan SZMURŁO. Wilno.

Przypadek guza wodociągu Sylwjusza z objawami guza kąta móżdżkowo-mostowego.

Do cierpień mózgowych, przedstawiających wielkie trudności rozpoznawcze, należy bezpornie zaliczyć guzy mózgu. Cierpliwie i nieustanne poszukiwania licznych i niestrudzonych badaczów wszystkich narodów ustaliły, co prawda, szereg objawów, stwierdzających istnienie guza mózgowia; jednakże zdobyte dane nie pozwalają w klinice z całą pewnością określić ścisłego umiejscowienia nowotworu, co powoduje, że pod tym względem bardzo często spotykamy się z błędami rozpoznawczemi.

W klinice usznogardlanej guzy mózgu nie są zjawiskiem częstem. Wprawdzie, pewien rodzaj tych guzów, mianowicie guzy nerwu słuchowego i kąta móżdżkowomostowego, oddziaływujące bezpośrednio na nerw słuchowy i towarzyszący mu w przewodzie słuchowym wewnętrznym nerw twarzowy, dają zespół objawów słuchowych i statycznych, które każą szukać rady otolaryngologa. Jednakże obok objawów ze strony nerwu słuchowego i twarzowego występują wcześnie tak ciężkie i groźne objawy ogólne, że chorzy tacy w przeważającej liczbie przypadków trafiają przedewszystkiem do neurologa albo internisty i dopiero później są niekiedy badani przez otolaryngologa, albo nawet zupełnie wymykają się z pod jego obserwacji. I dlatego chociaż liczba nowotworów mózgu jest wielka i każdy neurolog może się pochwalić dziesiątkami spostrzeganych przez siebie przypadków, w klinice otolaryngologicznej chorzy z guzami nerwu słuchowego należą do rzadkości. Istnieją bądź co bądź w klinice otolaryngologicznej dość liczne dokładnie zbadane opisane i operowane przypadki takich guzów, jak to widać z prac Uffenrodego w Handbuch der Chirurgie der oberen Luftwege, Katza i Blumenfelda — i Manna w podręczniku Denkera i Kahlera.

Guzy te, wychodzące pierwotnie z wewnętrznego przewodu słuchowego i stąd szerzące się na wewnątrz ku kątowi móżdżkowomostowemu, wobec istnienia stałego umiejscowienia powinny posiadać cechy swoiste zupełnie je odróżniające od innych guzów mózgowia i pozwalające postawić zupełnie pewne rozpoznanie. Objawy te powinny dotyczyć przedewszystkiem nerwu słuchowego, zarówno jego gałęzi ślimakowej, jak i przedsionkowej, potem nerwu twarzowego, wreszcie nerwu trójdzielnego który opuszcza mózg niedaleko od dwóch pierwszych nerwów, i choćby nieznaczny rozrost guza poza granice wewnętznego otworu słuchowego może na nerw ten oddziaływać i objawy chorobowe z jego strony spowodować. Jednakże objawy ze strony VII i VIII-ego nerwu mogą być wywołane nie tylko guzem nerwu słuchowego i kąta móżdżkowomostowego. I inne okolice mózgowia, znajdujące się, co prawda, w pobliżu wyżej wymienionych okolic, mogą spowodować zupełnie, albo przynajmniej, — bardzo podobne objawy. Na okoliczność tę w naszem piśmiennictwie zwrócił uwagę Higier[1]), podając opis spostrzeganego przez siebie przypadku, *endothelioma psammosum* na dnie III-ej komory i torbieli międzyszypułkowej.

W przypadku tym u chorej 13-letniej oprócz ogólnych objawów: wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, bólów głowy wystąpiły objawy osłabienia słuchu, szum w prawem uchu, niedowład i obniżenie pobudliwości galwanicznej we wszystkich trzech gałęziach nerwu twarzowego, wrażliwość przy opukiwaniu prawego wyrostka sutkowego, zataczanie się podczas chodzenia w stronę lewą, słabe zaburzenia równowagi podczas siadania i wstawania, asynergja, adiadochokinesis, oprócz tego szereg zaburzeń czuciowych w twarzy, wskazujących na udział w cierpieniu i nerwu trójdzielnego, pozatem wybitne zmiany w obu oczach. Na podstawie tych objawów autor czuł się upoważnionym do rozpoznania guza kąta móżdżkowo-mostowego. Ponieważ zaś guzy te są zwykle dobrotliwe i dają się względnie łatwo i dobrze usuwać, przeto zalecił zabieg operacyjny. Zabieg ten w istocie został dokonany, guza wszakże we wskazanym przez Higiera miejscu nie znaleziono i dopiero na sekcji zwłok okazało się, że nowotwór znajduje się na dnie III-ej komory.

Spotykamy w piśmiennictwie i przypadki odwrotne, kiedy na podstawie niejasnych objawów miejscowych guz kąta móżdżkowomostowego rozpoznaje się jako nowotwór innej jakiej okolicy. Tak O. Marburg[2]) z Wiednia podaje opis przypadku dotyczącego 47-letniej kobiety, u której wystąpiły napady skurczów, zwłaszcza w prawej nodze, bóle głowy i lekkie zawroty, tarcza zastoinowa. Czaszka była wrażliwa na opukiwanie w okolicy czołowej, niedowład spojrzenia (Blickparese) w stronę prawą i lekkie porażenie kąta ust po stronie prawej. Ze strony uszu zmiany były minimalne. Autor rozpoznał guz w pobliżu lewej okolicy ruchowej. Tymczasem autopsja później wykazała obecność guza wielkości wiśni wychodzącego z prawego nerwu słuchowego.

Pomyłki rozpoznawcze, które zanotowali dwaj wybitni neurolodzy, a które napewno nie ominęły nikogo, kto miał do czynienia z nowotworami mózgu, dowodzą, jak trudne jest wogóle dokładne rozpoznanie umiejscowienia guza w mózgu i wskazują na konieczność skrzętnego notowania wszystkich przypadków takich nowotworów, zwłaszcza z mylnem rozpoznaniem umiejscowienia. To mnie upoważnia do podania historji spostrzeganego przez siebie przypadku w klinice Otolaryngologicznej w Wilnie w lutym roku ubiegłego.

---

[1]) H. Higier: Śródbłoniak-Piaszczak *(Endothelioma psammosum)* na dnie III-ej komory i torbiel między-szypułkowa *(cystis interpeduncularis)* na podstawie mózgu, naśladujące nowotwór kąta móżdżkowo-mostowego. „Gazeta Lekarska" 1913 r.

[2]) O. Marburg: Die Tumoren im Bereiche des Vestibular-Cochlearissystem und Kleinhirns. Neurologie des Ohres T. III., str. 53.

Pasz-wicz Bolesław, rolnik, lat 23-ch, przybył do kliniki dnia 12 lutego 1928 r. ze skargami na mocne bóle głowy, które wystąpiły przed 6-ciu tygodniami i stopniowo się wzmagały. Przedtem były krótkie przerwy; obecnie ból, obejmujący całą głowę nie ustaje ani na chwilę. Do tego czasu chory był zawsze zdrów. Przed 9-ciu laty przechodził hiszpankę. W roku ubiegłym, jesienią miał na ciele jakąś wysypkę, nadużyć płciowych nie popełniał, napojów wyskokowych nie nadużywał, na przymiot nie chorował. Ojciec chorego umarł na hiszpankę, matka zaś na jakąś długotrwałą chorobę. *St. praesens.* Chory robi wrażenie, jak gdyby znajdował się w stanie lekkiego zamroczenia, chociaż na pytania odpowiada logicznie, wyraźnie, ale wolno, ciągle mruży lewe oko, skarży się na podwójne widzenie, często miewa czkawkę. Chód niepewny, stojąc chwieje się zlekka. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Na skórze przedniej i tylnej powierzchni szyi widać niewielkie okrągłe plamki, pozbawione barwika, przypominające *leucoderma syphiliticum*, gruczoły chłonne pachowe powiększone, twarde, ruchome, w innych okolicach niewyczuwalne. Tętno 60 uderzeń na minutę, pełne, miarowe. Płuca i serce normalne. Narządy brzuszne bez zmian. Mocz o ciężarze gatunkowym 1013, oddziaływa kwaśno, cukru i białka nie zawiera. Krew: ciałek czerwonych 4,800.000, białych 8.000. Hemoglobiny 80%: wskaźnik 0,9. W nosie zmian nie znajdujemy. Gardło: śluzówka czerwona, migdałki powiększone. Krtań: bez zmian. Uszy: Prawe, błona bębenkowa mętnawa, wciągnięta. Słuch: szept 4 m. niskie tony (oko) 2,5-wysokie (siedem dziesięć). Gr. dolna C-32. Gr. górna — norma. Lewe: Bł. bęb. mętna, wciągnięta. Szept: niskie i wysokie dźwięki *ad concham*. Gr. dolna C-64. Gr. górna — norma. Weber lateralizuje na prawo. Przewodnictwo kostne w lewem uchu zniesione. Schwabach — 17 sek. Objaw przetokowy — brak. Oczopląs samoistny II stopnia w stronę prawą. Próby obrotowej chory nie pozwala wykonać. Próba cieplikowa (20 cm³ 20° C dała z obu stron bardzo słabe drżenie gałek ocznych. Wyraźny objaw omijania. Badanie oka w klinice ocznej (Doc. Abramowicz) dało wynik następujący: „Oczopląs występujący przy patrzeniu wprost i przy krańcowych ruchach szczególnie zaś przy patrzeniu w stronę prawą. Oddziaływanie źrenic na światło i akomodację bardzo upośledzone. Na dnie oka tarcza zastoinowa z wylewami krwawemi i wysiękowemi ogniskami. Wzięto krew do dokonania próby Wassermanna.

14. II. Chory uskarża się wciąż na silne bóle głowy; niespokojny. Badanie układu nerwowego. Chód chorego niepewny, chory chwieje się w pozycji stojącej z otwartemi i zamkniętemi oczami. Lewy kąt ust opuszczony, fałd nosowo-wargowy zgładzony (porażenie dolnej gałązki nerwu twarzowego), mrużenie lewego oka (podrażnienie jego górnej gałązki?). Odruchy brzuszne zniesione, odruchy kolanowe ścięgna Achillesa — osłabione, również osłabione nieco są odruchy: spojówkowy, rogówkowy, gardłowy i nosowy. Odruchu Babińskiego — brak. Czucie dotykowe i bólowe zachowane, adiadochokinesis — brak. Ze względu na pewne objawy wskazujące na możliwość natury przymiotowej przypuszczalnego guza mózgu, po pobraniu krwi do próby Wassermanna choremu zaordynowano miksturę Bieta.

15. II. Chory leży senny, skarży się na mocny ból głowy, były wymioty, czkawka, objawy ze strony narządów słuchowych jak wyżej, T° 36,5 — 36 C, tętno 70—75.

16. II. Chory na ogół leży senny. Kiedy się zwracać do niego, staje się niespokojny, żąda, żeby go wypisać. Były wymioty, czkawka, T° 36,2—36,6 C, tętno — 56 — 62. Próba Wassermanna dała wynik ujemny.

17. II. Stan ten sam. T° 36,4, tętno 64,0. Rano wykonano przekłucie lędźwiowe, wypuszczono 20 cm płynu klarownego pod ciśnieniem 72 mm manometru Boulitte'a, po wypuszczeniu tętno 52, wyraźny oczopląs II-go stopnia w stronę prawą. Bóle głowy nieco mniejsze. W półtory godziny po przekłuciu chory stracił przytomność, tętno podniosło się do 120, oddech przerywany, typu Cheyne-Stokesa, 10 na minutę. Wkrótce wystąpiła sinica, rozszerzenie źrenic i zatrzymanie oddechu. Po zastosowaniu sztucznego oddychania wrócił oddech normalny, chociaż bardzo powierzchowny, po kilkunastu jednak minutach ustał ponownie, tętno stało się bardzo nikłe i częste. Przystąpiono ponownie do sztucznego oddychania, zastrzyknięto podskórnie adrenalinę, potem kamforę, a wreszcie, kiedy tętno znikło, koraminę do mięśnia sercowego. Jednakże, mimo wszystkich zabiegów, chorego nie udało się przywrócić do życia: po dwóch godzinach sztucznego oddychania i bezowocnych zabiegów działalność serca ustała.

Badanie pośmiertne dokonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu St. B. przez adjunkta Dra Jakubowskiego wykazało co następuje: *Oedema cerebri, hydrocephalus externus, et internus, Dilatatio ventriculorum I, II, et III. Haemorrhagia in cavo ventriculi lateralis, obliteratio cavi Aqueductus Sylvii. Tumor cerebri regionis laminae parietalis dextrae aquaeductus Sylvii. Thymus persistens. Status thymico-lymphaticus. Adhaesiones pleurales ambilaterales. Oedema pulmonum. Hypoplasia substantiae medullaris glandulae suprarenalis dextrae. Tumor lienis venostaticus. Hyperaemia hepatis et renum. Tuberculosis caseosa nodorum lymphaticorum peribronchialium. Hyperaemia mucosae ventriculi et intestinorum. Hyperaemia venosa vasorum cavi peritonei.*

Badanie drobnowidowe dało rozpoznanie *glejaka.*

* * *

W opisanym powyżej przypadku mieliśmy ze strony nerwowej dwie grupy objawów: ogólne i miejscowe. Ogólne — ból głowy, senność, lekkie zamroczenie umysłu, wymioty, czkawka, zwolnienie tętna, wreszcie tarcza zastoinowa wraz ze zjawiskami wysiękowemi i wylewami krwawemi w głębi oka wskazywały na zwiększenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, które wobec braku ropienia z ucha środkowego i zatok bocznych nosa, mogących budzić podejrzenie ropnia mózgowego, kazało przypuszczać tworzenie się guza mózgu. Z objawów miejscowych zauważyć się dały: chód chwiejny i niepewny, lekko chociaż wyraźnie zaznaczony objaw Romberga, oczopląs II stopnia w stronę prawą, objaw omijania, wybitne osłabienie słuchu po stronie lewej, zniesienie przewodnictwa kostnego z tej samej strony, porażenie dolnej gałązki nerwu twarzowego oraz przypuszczalne podrażnienie jego gałązki górnej, powiekowej, wreszcie znaczne osłabienie źrenic na światło i akkomodację. Wszystkie te objawy z wyjątkiem ostatniego przemawiały za wciągnięciem w sprawę chorobową nerwów słuchowego i twarzowego, a objaw omijania za udziałem w cierpieniu i móżdżku, jednem słowem za umiejscowieniem jej w tylnym dole czaszkowym, specjalnie w kącie móżdżkowo-mostkowym. Do całości obrazu brak było objawów ze strony nerwu trójdzielnego, jednakże brak ten można było usprawiedliwić początkowym okresem choroby, zarówno bowiem sam chory, jak i brat jego, który go przywiózł do kliniki, zgodnie podkreślali, że cała choroba trwa nie dłużej jak 6 tygodni. Zresztą z prac Cusshinga, Henschena, Marburga i innych wiemy, że udział tego nerwu, jakkolwiek naogół częsty, jednak bynajmniej nie we wszystkich spostrzeganych przypadkach występował. Osłabienie odruchu na światło i akkomodację objaśnialiśmy objawami z sąsiedztwa powstałemi pod wpływem wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Po szczegółowej więc analizie wszystkich objawów zatrzymałem się na powyższem umiejscowieniu, przypuszczając nawet, że guz ten powinien być dostępnym do zabiegu operacyjnego i że zabieg taki należy mieć na względzie.

Tymczasem badanie pośmiertne w zupełności zaprzeczyło moim przypuszczeniom. Guz wielkości wiśni w istocie został stwierdzony, ale bynajmniej nie w kącie móżdżkowo-mostowym lewym, lecz w tylnej części wodociągu Sylviusza, z którego prawej bocznej ściany wychodził, zamykając całkowicie jego światło i odcinając w ten sposób komorę trzecią od czwartej. Na dnie wodociągu Sylvjusza znajdują się, idąc od przodu ku tyłowi, ośrodki nerwu okoruchowego, bloczkowego i odwodzącego. Powinniśmy więc byli mieć zaburzenia ze strony tych nerwów, w postaci opadnięcia powieki prawej, dwojenia, braku reakcji na światło i akkomodację. W istocie chory początkowo skarżył się na dwojenie. Jednakże badanie oczu w klinice ocznej, oprócz zmian na dnie oka wykryło tylko osłabienie odruchu na światło i akkomodację, nie było również opadnięcia powieki, występowało natomiast mrużenie powiek, które wszakże objaśnialiśmy raczej podrażnieniem powiekowej gałązki nerwu twarzowego. W całym obrazie klinicznym poza objawami ogólnemi górowały objawy ze strony lewego nerwu słuchowego, zarówno jego gałęzi ślimakowej jak i przedsionkowej oraz zaburzenia równowagi, które kazały mylnie poszukiwać cierpienia w kącie móżdżkowo-mostowym. Widzimy więc że wyraźne objawy ze strony nerwu słuchowego i twarzowego bynajmniej nie dają pewności, że mamy zaburzenia w okolicy tych nerwów, jak zresztą widać i w przypadku Higiera. Z drugiej znów strony słabe objawy ze strony pewnych nerwów, okoruchowych w naszym przypadku i słuchowych w przypadku Marburga, mogą mieć znaczenie decydujące w sprawie umiejscowienia guza mózgowego.

Siłą rzeczy rodzi się pytanie skąd powstały wyżej opisane objawy ze stron nerwu słuchowego, które tak wybitnie wystąpiły w naszym przypadku, odsuwając inne objawy miejscowe na plan dalszy. W pierwszej chwili nasuwa się myśl, że spowodował je ucisk wskutek nadmiernego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego na najbliżej leżące ośrodki i pnie nerwowe. Jednakże w takim razie powinny były również wystąpić objawy i ze strony nerwu

trójdzielnego położonego jeszcze bliżej od miejsca guza. Pozwoliłbym sobie więc na przypuszczenie, że mieliśmy tu raczej bezpośredni ucisk guza na włókna nerwowe, zarówno z ośrodka nerwu ślimakowego, jak i ośrodków nerwu przedsionkowego, a biegnące z ośrodka n. ślimakowego do ciał czworaczych, a z ośrodków n. przedsionkowego, do ośrodków okoruchowych strony przeciwnej. Tem się daje tylko objaśnić, że objawy zarówno słuchowe, jak i przedsionkowe wystąpiły po stronie lewej, podczas gdy guz wychodził z prawej bocznej ściany wodociągu Sylvjusza. Jak wiadomo włókna n. przedsionkowego, po wyjściu z jądra Deitersa, przechodzą linję środkową i w pączku podłużnym tylnym biegną do jądra n. okoruchowego, włókna zaś n. ślimakowego po wyjściu z ośrodka i przekroczeniu linji środkowej w głównej swej masie biegną do ciał czworaczych w bocznej wstędze Reila.

W zakończeniu należy jeszcze zwrócić uwagę na szybkie zejście śmiertelne, jakie nastąpiło po przekłuciu lędźwiowem w naszym przypadku, chociaż płynu mózgowego, wydobytego w celach rozpoznawczych wypuszczono niecałe 20 cm³. Znany jest fatalny wpływ przekłucia lędźwiowego w przypadku guzów umiejscowionych w tylnej jamie czaszkowej. Trocmé[3]) zebrał do r. 1909 57 przypadków śmierci po przekłuciu lędźwiowem, z nich 19 tego samego dnia, w którym zostało wykonane przekłucie. Pette[4]), cytowany przez Marburga, miał zejście śmiertelne z tego powodu w dwóch przypadkach guza tylnego dołu czaszkowego. Śmierć w naszym przypadku nastąpiła przy objawach porażenia ośrodka oddechowego, podczas gdy serce pracowało jeszcze po ustaniu oddychania w ciągu 1,5 godziny. Według Roussy i Cornilla[5]) zaburzenie, powodujące zejście śmiertelne zależy albo od opuszczenia masy środkowej mózgu i wklinowania się migdałków móżdżkowych do jamy potylicznej, wreszcie wskutek wklinowania się śródmóżdżka do jamy Pacchiona. W naszym przypadku zejście śmiertelne, sądzę, należy przypisać odcięciu połączenia pomiędzy III-cią, a czwartą komorą. Wypuszczenie nawet niewielkiej ilości płynu było powodem opadnięcia rozciągniętego nadmiernie płynem mózgowym wodociągu Sylvjusza i zupełnego zaczopowania wodociągu guzem, wskutek tego dopływ płynu do komory czwartej został przerwany, co spowodowało w następstwie porażenie położonego na dnie tej komory ośrodka oddechowego.

Dr. Roman LESZCZYŃSKI. Lwów.

Wpływ nagrzewań rdzenia na hyperidrosis i dysidrosis manuum.

Z oddziału skórnego kobiecego Państw. Szpitala Powszechnego. Prymarjusz: Dr. Roman Leszczyński.

Słowo „hyperidrosis" oznacza nadmierne pocenie się i w terminologji dermatologicznej nie budzi żadnych sporów, ani wątpliwości. Inaczej z mianem „dysidrosis". Stworzył je T. Fox w roku 1873 dla oznaczenia pewnej jednostki chorobowej, mającej polegać na retencji zbyt szybko i obficie wydzielanego potu. I byłoby wszystko w porządku, gdyby z biegiem lat nazwy tej nie zaczęto używać dla schorzeń podobnych, które jak się to z czasem okazało, były pochodzenia pasożytniczego. Zwięzły zarys historyczny przedstawiający drogi i manowce, jakiemi szedł rozwój pojęcia dysidrosy znajdujemy w pracy Sicoli'ego (Ann. de Dermat. 1924 p. 69, Piśmiennictwo). W 3 lata po publikacji Foxa wystąpił J. Hutchinson z nową nazwą „cheiropompholyx" pojmując przytem całą sprawę, jako neurosę. Równocześnie Cumming (1876) uważał znów affekcję poprostu jako jeden z objawów dny.

Gdy nastała doba bakterjologiczna wystąpił Unna (1892) z twierdzeniem, że dysidrosis jest schorzeniem pasorzytniczem, jest zakażeniem skóry. Od tej chwili mnożyły się opisy autorów, którzy znachodzili bądźto, grzybki, jak epidermophyton, trichophyton, blastomycety, bądźteż drobnoustroje ropotwórcze (Rajka) w schorzeniu rąk, które niesłusznie nazywali dysidrosą. Z pośród wielu autorów, którzy wypowiadali się za mykotyczną naturą dysidrozy, wymienię tylko Dariera, który aż w 80% znachodził grzybki. I on przecież przyznaje, że obok pasorzytniczych postaci istnieją i niepasorzytnicze. Zawsze jednak znajdowali się autorowie, którzy występowali w obronie dysidrozy, takiej, jak ją pojmował T. Fox. Rzecz ciekawa, że przeciw nadużywaniu nazwy dysidrosis dla zakażeń mykotycznych rąk wystąpił właśnie tak wybitny mycolog jak Sabouraud. *(Il est certain, que certains cas qualifiés dysidrose sont mycotiques, puisque autrefois toutes les mycoses des doigts etaient qualifiées dysidrose).* Z jego inicjatywy i z jego pracowni wyszła wyborna praca Sicoli'ego, popierająca ten pogląd. Ostatecznie godzono się na a) dysidroses pasorzytnicze (myecotyczne, drożdżowe, ropne), b) dysidrosy pochodzenia lekowego (Sicoli, Lortat-Jacob), c) dysidrosis typu T. Foxa, którą w przeciwstawieniu do pseudodysidroz, czyli dysidroz rzekomych (a i b) nazywano dysidrozą prawdziwą *D. vraie)*.

* * *

Studjum piśmiennictwa, jak i własne doświadczenia doprowadziły mnie do wniosku, że należy zupełnie oddzielić wszelkie dermatoses dysidrosiformes, wszelkie zapalenia skóry podobne do dysidrozy a wywołane przez pasorzyty (grzybki, drożdże, bakterje ropne) od właściwej dysidrozy. Wszelkie Epidermophytie, Trichophytie, Blastomykozy, Saccharomykozy, Pyodermie rąk i nóg należy nazywać właściwem imieniem a więc *Dermatitis trichophytica, saccharomycetica* i t. d. a nie dysidrozą, która jest zaburzeniem wydzielniczem. Dlatego pomijam zupełnie piśmiennictwo odnoszące się do pseudodysidroz. W ciągu dalszym zajmować się będziemy wyłącznie patologicznem poceniem się, więc hyperidrozą, czyli nadmiernem wydzielaniem potu i dysidrozą, wadliwem poceniem się, czyli anomalją potową.

* * *

Obraz kliniczny hyperidrozy rąk jest dobrze znanym. Mamy do czynienia z osobnikami neuropatycznymi, mającymi skłonność do hyperthyreozy i do gruźlicy, a o ile idzie o kobiety do zaburzeń w miesiączkowaniu *(dysmenorrhoea)*. Ręka jest najczęściej sina, wilgotna, chłodna, Vagotonja. Pod wpływem afektów pocenie wzmaga się. Brak świądu. Niekiedy przyłączają się z czasem stany zapalne skóry szczególnie na palcach, chociaż mogą się pojawić na tenar i antitenar. *Stan ten jest dość trwałym.* W zależności od stanu ogólnego przychodzą okresy pogorszenia i polepszenia. Pocenie *nie jest zawisłem od temperatury*, niejednokrotnie właśnie w lecie można obserwować polepszenie.

Obraz dysidrozy jest nieco odmiennym. Przedewszystkiem nie jest to stan stały, owszem *schorzenie przychodzi atakami*, w szczególności *w miesiącach ciepłych*. Pojawiają się drobne kopułkowate pęcherzyki z treścią przejrzystą. Poprzedza je i towarzyszy im nieraz *silny świąd*. Pęcherzyki te spotykamy przedewszystkiem na palcach, ale także na grzbietnej stronie palców i rąk. Na dłoniach obraz nieco inny. Wskutek grubszego przyskórka drobne pęcherzyki nie wychodzą nad powierzchnię, a tylko przeświecają. Dopiero, gdy są nieco większe, wypuklają przyskórek ku górze, tworząc przeświecające jakby guzki, porównywane do ziarn sago, wypełnione jednak treścią płynną. Pęcherzyki te mogą rosnąć i dochodzą nieraz do wielkości bobu, nawet małego jaja. Drobne wspomniane wyżej pęcherzyki na palcach mogą przyschnąć i złuszczyć się lub też przychodzi do powierzchownych lekkich zmian zapalnych. Pęcherze na dłoniach też mogą przyschnąć, wtedy zgrubiały przyskórek naśladuje modzele. W innych razach treść pęcherzyków mętnieje (zakażenie wtórne) i przyłączają się wydatne objawy zapalne *(eczema dysidroticum)*. W takich razach po usunięciu powłoczki pęcherzy widzimy podstawę zaczerwienioną i sączącą. O ile treść nie zostanie usuniętą, następuje rozkład i silne cuchnienie. Wytwarza się przykra i dość uporczywa dermatitis (następowa!), zaostrzenia powtarzają się, sprawa przeciąga się nieraz wiele tygodni. Ataki takie występują już wczesną wiosną i mogą w ciągu lata kilkakrotnie się pojawić.

Podłoże dla dysidrozy jest nieco innem niż dla zwyczajnej hyperidrozy. Gdy tam ręka przedstawia zwyczajnie obraz mniej lub więcej wydatnej akrocyanozy, obok ogólnej wagotonji, to tutaj zupełnie akrocyanozy nie spotykamy. Ręka przed atakiem nie bywa siną. Często natomiast widzimy, że palce są pogrubiałe, takie, jakie widujemy u artretyka (Cumming) a dłoń nie pocąca się. Obok innych objawów dny stwierdzamy u takich chorych nierzadko *plethora abdominalis, haemorrhoidy*, lub objawy niedomogi wątrobowej *(subicterus)*. Są to także indywidua neuropatyczne, jednak o typie odmiennym niż spotykany przy zwyczajnej hyperidrozie. W końcu nadmienić muszę, że gdy hyperidroza jest częstą u kobiet, to dysidrozę widzimy częściej u mężczyzn.

Nie należy jednak zapominać, że obrazy dysidrozy spotyka się także u chorych typu jaki wyżej przy hyperidrozie podnosiłem (vagotoników, ze skłonnością do hyperthyreozy). Dalej pamiętać musimy, że pomiędzy czystemi, skrajnemi typami jakie opisałem istnieją w życiu liczne typy pośrednie. Dlatego widujemy nader

---

[3]) Cyt. Nouveau Traité Médecine T. XIX. Cevveau et Cervelet. Artykuł Roussy'ego i Cornila p. t. Tumeurs cérebrales str. 540.

[4]) O. Marburg l. c. str. 58.

[5]) Nouveau Traité de Medecine l. c.

często przejścia między czystą hyperidrozą a dysidrozą, a postacie te nierzadko przedstawiają się nam jako *eczema dysidroticum*.

Różnice jakie widzimy między obrazem hyperidrozy a dysidrozy tłumaczyć można patologicznie zmienionym, wadliwym składem potu. Jest jednak tylko przypuszczenie, bez dowodów. Pewnem natomiast jest dla mnie, że *różnice między hyper- a dysidrozą wynikają z różnic podłoża, z różnic konstytucjonalnych, dotkniętych osobników*. Powtarzam raz jeszcze: hyperidrozę, zjawisko stałe spotykamy u indywiduów neuropatycznych, skłonnych do hyperthyreozy i gruźlicy, dysidroza przychodzi atakami u ludzi również neuropatycznych, z wyraźną skłonnością do osłabionej przemiany materji, do dny.

* * *

Czynność gruczołów potnych jest jak wiadomo zależną od nerwów współczulnych. Ośrodki potne rdzeniowe znajdują się w sąsiedztwie komórek motorycznych w rogach przednich. Stąd biegną włókna potne przez *rami communicantes albi* do zwojów sympatycznych, przyłączają się do nerwów rdzeniowych i z niemi podążają ku obwodowi, ku gruczołom potnym. Pogląd o przebiegu włókien potnych z nerwami współczulnymi okołonaczyniowymi (periwaskularnie) nie znajduje już dzisiaj zwolenników (p. C a s s i r e r). Przytoczę tutaj kilka ciekawych spostrzeżeń z ostatnich czasów. S o u q u e s (Zentrbl. f. H. u. G. XXVI. 393) widział po zwichnięciu kręgu hyperidrosis segmentu wyżej położonego, zaś anidrosis odcinka niższego. K o t z o r o f f (Zentrbl. VIII. 30) wykonał częściową resekcję pnia głównego *sympaticus cervicalis* po stronie prawej u kobiety 46-letniej z powodu hyperidrosis prawostronnej i wynik był dobry. Po operacji L e r i c h e'a którą przy *hyperidrosis localis* zalecano, efekt bywał tylko przejściowym. Ważnem jest spostrzeżenie B r a e u c k e r a (Zentrbl. XXXIV, 308 oraz H a b e r m a n n i Br. Zentrbl. XXIV, 592). Chora 21-letnia cierpiała na silną hyperidrozę rąk i nóg. Po przecięciu obu *rami communicantes* C/8 i D/1 po stronie lewej osuszenie ręki lewej, trwające już 5 miesięcy, podczas gdy ręka prawa poci się jak dawniej. Piśmiennictwo dotyczące jednostronnej hyperidrozy jest bardzo obszerne i dowodzi niezbicie zależności hyperidrozy od wpływów nerwowych.

Trudniejszą jest odpowiedź na pytanie, czy mamy tutaj do czynienia z zaburzeniem funkcjonalnem ortosympathici, czy też parasympathici? K a p o s i pisze: hyperidrosis jest zdaje się zawisłą od podrażnienia nerwów cerebrospinalnych lub też porażenia nerwu współczulnego. E i s n e r (Z. XXIV, 481) przyjmuje dla hyperidrozy zaburzenie układu parasympatycznego. A r t o m (Z. XXV, 202) w przypadku napadowych potów na grzbiecie ręki lewej mówi o „Hyperaktivität" ortosympathici.

Już w pierwotnym podziale E p p i n g e r a i H e s s a tworzyły gruczoły potne pewien wyłom. Będąc bowiem zaopatrzone przez nerwy sympatyczne zachowały się pod wpływem atropiny i pilokarpiny tak, jak gdyby należały do grupy parasympatycznej. Dla wytłumaczenia tej anomalji przypuszczano, że przecież dochodzące do gruczołów potnych włókna należą do układu parasympatycznego, chociaż przebiegają łącznie z ortosympatycznemi. L a n g l e y (cyt. wedle Grumach Zentr. X. 1.) omawiając wyjątki, czy odstępstwa w działaniu leków używanych przy badaniu układu autonomicznego pisze: „istnieje tylko jeden p.zykład, gdzie wywiera działanie podrażnienie sympatici, zaś adrenalina nie działa, a to są gruczoły potne „craz" działanie pilokarpiny nie ogranicza się do tkanek unerwionych przez parasympaticus".

Trudno z powyższego nabrać pewnego przekonania o przynależności nerwów zaopatrujących gruczoły potne do orto lub też parasympathicus. Niezbitym pewnikiem pozostaje jedynie, że pilokarpina wzmaga pocenie się a atropina je powstrzymuje, zatem mamy odczyny właśnie dla układu parasympatycznego. Godzi się podnieść i to, że hyperidrosis localis manuum widzimy zwyczajnie u osobników okazujących ponadto i inne objawy wagotonji. Mogłaby się jeszcze nasunąć wątpliwość, czy rzekoma przewaga miejscowa parasympatici, nie jest pozorną, nie jest jeno następstwem zmniejszonego tonus ortosympatici. Jak zobaczymy niżej i ta możliwość nie jest pozbawioną podstaw (Kaposi, Artom).

Ze względu na patogenezę cierpienia zasługują na uwagę wyniki lecznicze otrzymane przez rozmaitych autorów różnymi drogami. M i l i a n opisał cały szereg przypadków, gdzie wyleczenie hyper i dysidrozy otrzymywał stosując leczenie swoiste przeciwkiłowe. Wnosi stąd o kiłowej naturze schorzenia. Naturalnie rozumieć tu trzeba kiłową afekcję układu nerwowego. Tonianc (Russ. Wiest. Derm. 1925 p. 598) miał dobry wynik w 9 przypadkach na 11, stosując przy dysidrozie dożylne wlewania bromu. U l l m a n n wyraża się następująco: które części sympatycznych pni nerwowych w tym przebiegu bywają najsilniej zaatakowane i schorzałe, wymaga dalszych badań. W żadnym jednak razie nie udaje się przez pośrednie naświetlanie (sc. Roentgenem) rdzenia przedłużonego lub górnych odcinków rdzenia szyjnego i piersiowego uzyskać wyników przy tej nerwowej postaci hyperidrozy. (Zentr. XXIV, 748). Ostatnio jednak podaje O. V a l e n t o v a (Ceska Derm. T. X. Nr. 2. ref. Ann. d. Derm. 1929. p. 562) że naświetlając rdzeń między łopatkami metodą Gouina otrzymywała bądźto zwiększenie, bądź też zmniejszenie pocenia się. W szczególności pot zmniejszał się, gdy naświetlała górny odcinek szyjny i dolny lędźwiowy rdzenia. Zdaniem autorki odczyn potny jest zawisłym od zaburzeń równowagi układu neurowegetatywnego.

Tutaj jeszcze mała dygressja anatomiczna. Sympaticus ciągnie się od pierwszego kręgu piersiowego do czwartego lędźwiowego i tworzy anatomicznie dobrze odgraniczoną całość. Parasympaticus nie jest tak jednolitym. Składa się z trzech odrębnych jąder w śródmóżdżu, rdzeniu przedłużonym i części sakralnej rdzenia Odróżniamy więc odcinek cranialny, bulbarny i sakralny tegoż.

Jak z przytoczonych urywków widać daleko jeszcze do jednolitego, ugruntowanego poglądu na patogenezę hyper i dysidrozy. Zachęcony doskonałymi wynikami jakie miałem przy lichen ruber planus (univers.) po naświetlaniach rdzenia metodą Gouina, postanowiłem mimo wszelkich wątpliwości (z wiosną 1928) również przy hyper i dysidrozie spróbować wpłynąć leczniczo przez rdzeń. Jako środek podrażniający wybrałem diatermię. Dałem jej pierwszeństwo przed roentgenem ponieważ: a) zupełnie nie jest niebezpieczną, b) dozowanie jej jest łatwiejszem, jak również możliwem jest stopniowanie działania, c) przy stosowaniu nagrzewań nie może powstać wątpliwość czy mamy do czynienia z działaniem podrażniającem, czy porażającem, jak się to przy roentgenie zdarzyć może.

Technika nagrzewań była następująca: Czynna elektroda wielkości 6 × 8 cm na kręgosłup w wysokości C/6 D/2, bierna wielkości 9 × 14 cm nad mostkiem poniżej incisura jugularis. Czas nagrzewania 20 minut, natężenie prądu 500 — 700 MA, posiedzenia codzienne.

W ten sposób nagrzewaliśmy 32 przypadki bądźto hyper, bądź też dysidrozy, względnie przypadki, które kwalifikowaliśmy jako eczema dysidroticum. We wszystkich otrzymaliśmy wynik mniej lub więcej korzystny. Wyrażał się on stopniowem zmniejszaniem pocenia się rąk, aż do zupełnego powstrzymania, nowe pęcherzyki przestawały się pojawiać, dawniejsze przysychały i złuszczały się. Zmiany zapalne po ustaniu pocenia się ustępowały w krótkim czasie i to zwyczajnie bez osobnego leczenia. W rzadkich tylko razach, gdy zmiany zapalne były dalej posunięte musieliśmy osobno wykańczać leczenie wyprysku, w dwu przypadkach nawet miejscowem naświetlaniem roentgenem. O ile ręka była sina, to widzieliśmy, że akrocyanoza zmniejszała się, nie ustępując jednak zupełnie. Jako środki wspomagające leczenie stosowałem chętnie u odpowiednich chorych przy atakach dysidrozy atophan, wody alkaliczne i odpowiednią dietę. Jako następowe leczenie hyperidrozy i dysidrozy podawałem efetoninę.

Zauważyliśmy, że przypadki z czystą dysidrozą potrzebowały mniej nagrzewań (6 — 10), natomiast przypadki hyperidrozy, w szczególności połączonej z akrocyanozą wymagały więcej posiedzeń (10 — 20). Pocenie się rąk u takich chorych ustępowało wcześniej, później dopiero zaczynała się poprawiać sinica.

Przytoczę dla przykładu pokrótce niektóre charakterystyczne przypadki. R. B. lat 29 *eczema dysidroticum manus utriusque*. Od 2 lat zmiany na ręce lewej, które pod wpływem leczenia były ustąpiły na pewien czas i pojawiły się później na obu rękach. 9. II. 1928 zmiany na obu rękach pod postacią pęcherzy rozmaitej wielkości, dobrze napiętych, wypełnionych treścią surowiczą. Obok resztki starszych pęcherzy pękniętych i częściowo złuszczonych. Zastosowano nagrzewania j. w. Już po trzeciem nagrzewaniu brak świeżych pęcherzy i cofanie się dawnych, po 6 sprawa zupełnie ustąpiła.

K. Ż. lat 18. Od 8 lat zauważyła chora pocenie się rąk i drobne pęcherzyki między palcami, głównie ręki prawej. Przy oglądaniu (23. VI 1928) skóra obu rąk wilgotna, między palcami drobne pęcherzyki, szczególnie między 4 — 5 ręki prawej. Po 8 nagrzewaniach wykwity i pocenie się ustąpiły zupełnie.

G. G. lat 15 *Eczema dysidroticum*. Od kilku lat zmiany na skórze dłoni, ręce pocą się a przyskórek złuszcza, leczyła się dotąd bezskutecznie. Przy oglądaniu znaleźliśmy zmiany na obu rękach zarówno na dłoniach, jak i po stronie grzbietnej, liczne drobne pęcherzyki stojące na skórze niezmienionej, Obok nich pęcherzyki surowiczo-ropne, i czysto ropne z rąbkiem zapalnym, żywo czerwonym dookoła. Obok drobnych, większe nagromadzenia ropy pod nieregularnie uniesionym przyskórkiem. Niektóre pęcherze pę-

knięte i powierzchnia sącząca. Palce są obrzękłe, sztywniejsze, skóra gorąca, we fałdach strupy. Już po 7 nagrzewaniach wydatne znikanie zmian zapalnych i przysychanie pęcherzyków, brak świeżych erupcji. Po 11 nagrzewaniach chora odchodzi do domu na własne żądanie. Znaczne przedtem pocenie się dłoni ustąpiło zupełnie. Na skórze rąk widać resztki zaschniętych pęcherzy, łuszczenie się i narosły młody przyskórek w miejscach przedtem sączących.

K. St. lat 56. *Dysidrosis, diathesis urica.* Zmiany powtarzające się od szeregu lat w miesiącach letnich. Dziś widoczne pęcherzyki surowicze od wielkości prosa do wielkości grochu w wielkiej ilości rozrzucone na grzbiecie rąk i na palcach, mniej na dłoniach, dokuczliwy świąd. Po 5 nagrzewaniach pęcherzyki przysychają i złuszczają się, nowych niema. Chory zadowolony z wyniku odjechał.

M. S. lat 20. *Dysidrosis.* Od 2 tygodni zmiany na rękach. Stwierdziliśmy wiele drobnych pęcherzyków, niektóre pęknięte i sączące, dalej drobne złuszczenia. Po 7 nagrzewaniach sprawa została zahamowaną, nowe pęcherzyki przestały pojawiać się, dawne przyschły, przyskórek łuszczy się, w miejscach exfoliowanych narósł świeży.

Zaznaczyć muszę, że wyniki otrzymywane przy hyperidrosis przez nagrzewanie nie są trwałe. Po pewnym czasie pocenie rąk wraca. Jednak okresy polepszenia są znacznie dłuższe niż przy leczeniu atropiną. Jest to zrozumiałem, gdyż i stany vagotonji, są przeważnie stanami trwałymi. Szczególnie przydatnem wydaje mi się stosowanie nagrzewań rdzenia w przypadkach hyper i dysidrozy powikłanych zmianami zapalnemi. (Eczema dysidroticum). Z doświadczenia wiemy, jak uporczywe są i jak trudno poddają się leczeniu wypryski rąk na podłożu zaburzeń wydzielania potu. W przypadkach takich uciekamy się zazwyczaj do naświetlań roentgenem, możliwem jest to jednak dopiero po przejściu objawów ostrych. Trudność leczenia takich postaci wyprysku pochodzi stąd, iż przyczyna drażniąca, t. j. anomalja sekrecji trwa nieprzerwanie. Przy nagrzewaniach rdzenia już po kilku dniach otrzymywaliśmy zahamowanie pocenia się dostateczne, żeby zmiany zapalne samoistnie cofały się, lub też ustępowały przy obojętnem leczeniu. W tem leży przedewszystkiem praktyczna wartość tego sposobu.

Spostrzeżenia opisane mają również pewne teoretyczne znaczenie. Wyżej cytowałem zdanie Ullmanna, że przez naświetlanie rdzenia przedłużonego i górnych odcinków rdzenia nie udaje się opanować postaci nerwowej pocenia się rąk. Tymczasem nagrzewając ten właśnie odcinek rdzenia otrzymywaliśmy zupełnie pewnie zahamowanie, przynajmniej czasowe pocenia się obu rąk. Uwzględniając tę okoliczność, że w nagrzewanym odcinku C/6 — D/2 nie ma parasympathicus, a tylko jądra sympathici, oraz, że nagrzewanie wywołując przekrwienie, działa pobudzająco, musimy przyjąć, że skutek t. j. powstrzymanie pocenia się rąk zostaje uzyskanym przez podniesienie tonus sympathici.

Tutaj zaś mogą zachodzić dwie możliwości. Albo istnieje hyposympatocotonia, która przez nagrzewanie zostaje wyrównaną do poziomu tonus normalnie funkcjonującego parasympaticus, albo też tonus normalnego ortosympaticus zostaje podwyższonym do poziomu patologicznej wagotonji. Wydaje mi się, że oba stosunki są możliwe np. pierwszy przy dysidrozie, drugi przy hyperidrozie. Być może, iż dlatego przy dysidrozach, gdzie nie ma tak wyraźnej wagotonji, mniejsza ilość nagrzewań dawała już wyniki. Zatem jak widzimy nie wolno nam wnioskować, jakoby wzmożona czynność gruczołów potnych była wyłącznie następstwem hypotonji sympatici lub też hypertonji parasympatici. Możemy jedynie przypuszczać, że stosunek równowagi obu układów został naruszonym na korzyść przewagi układu parasympatycznego.

Jakób EISENFARB. Warszawa.

Badania porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych [1]).

Z Oddziału III. B. Szpitala Dz. Jezus.
Ordynator: Dr. Wł. Starkiewicz.

I.

Mając możność spostrzegania przypadku przełomów naczyniowych w związku z kolką wątrobową u młodej osoby z wyraźnemi zmianami w wydzielaniu wewnętrznem, przeprowadziłem szereg badań porównawczych układu roślinnego podczas nadciśnienia i podczas ciśnienia prawidłowego. Badania te rzuciły pewne światło na wiele zjawisk, zaobserwowanych przez różnych autorów w „nadciśnieniu samoistnem", pozwalając przytem wejrzeć nieco konkretniej, niż to miało miejsce dotychczas, w mechanizm powstania niektórych nadciśnień.

Kwestja powstawania nadciśnienia, w szczególności zaś t. zw. „nadciśnienia samoistnego" daleką jest jeszcze od jednolitego wyjaśnienia, zarówno pod względem przyczyn, jak mechanizmu powstawania. Omówienie wszystkich teoryj istniejących, za dużo zajęłoby miejsca. Zmuszony jednak jestem, dla jasności obrazu i uwypuklenia właściwego znaczenia wyników badań, przeprowadzonych u naszej chorej, zatrzymać się pokrótce nad niektóremi momentami w rozwoju naszych pojęć o przyczynach i mechaniźmie powstawania nadciśnienia.

Są jeszcze zwolennicy teorji powstawania nadciśnienia wszelkiego rodzaju wyłącznie na tle zmian anatomicznych, mniej lub więcej jawnych, w nerkach. Jednak poglądy, uzależniające nadciśnienie od jednej tylko przyczyny, tracą coraz więcej na znaczeniu. Dzięki pracom całego szeregu wybitnych autorów, jak Pal, Vaquez, Kylin, Munk, Volhardt, Laubry i inni, istnienie postaci nadciśnienia, niezależnej od zmian anatomicznych czy to w nerkach, czy w naczyniach krwionośnych, zaczyna nabierać coraz więcej cech prawdopodobieństwa. Dużo przyczyniły się do ugruntowania tej postaci nadciśnienia spostrzeżenia przełomów naczyniowych.

Jeszcze w r. 1909 Pal opisuje postać nadciśnienia, którą nazwał „nadciśnieniem stałem pierwotnem". E. Frank nazwał później to nadciśnienie *„hypertonia essentialis"*, a F. Munk *„hypertonia genuina"*. W roku 1920 Kylin uznaje za konieczny podział wszystkich postaci nadciśnienia na dwie grupy. Do pierwszej grupy zalicza nadciśnienia, powstałe na skutek zmian czynnościowych w układzie roślinnym, do drugiej zaś powstałe na skutek rozlanego schorzenia naczyń włoskowatych — *„capillaropatia universalis"* — przyczem zmiany w nerkach miałyby być przejawem miejscowym schorzenia ogólnego. Mniej więcej analogicznie wypowiedzieli się w trzy lata później na Kongresie internistów w Wiedniu — Volhardt i During. Jeszcze dalej poszedł Siebeck, uważając, że nawet w ostrem, lub przewlekłem schorzeniu nerek nadciśnienie powstaje tylko u osobników skłonnych do tego wskutek wieku, dziedziczności i t. p. i że przynajmniej w początku jest ono powodowane przez ustawienie nienormalne napięcia naczynio-ruchowego natury czynnościowej, nie zaś przez zmiany anatomiczne w naczyniach krwionośnych.

Teorje, wypowiedziane w r. 1923 na Kongresie w Wiedniu, doznały szerokiego rozpowszechnienia. Przyczem, gdy Volhardt i jego zwolennicy skłonni są przypisywać największe znaczenie skurczowi ogólnemu naczyń, Münzer, Munk i inni stawialiby na pierwszem miejscu arteriosklerozę. Laubry i Doumer uważają słusznie te nowe poglądy niemieckich autorów za wznowienie starej teorji naczyniowej, podlegającej silnym zarzutom i niewyjaśniającej całokształtu sprawy. Autorzy ci są zdania, że nadciśnienie uważać należy za odczyn naczyniowy, powstający pod wpływem bardzo wielu różnych bodźców etjologicznych, jak zatrucia, kiła, zaburzenia wydzielania wewnętrzego i inne. Znajomość niektórych momentów etjologicznych tego nadciśnienia objawowego nie wyjaśnia nam jednak samego sposobu wyzwolenia tego nadciśnienia ani przyczyn jego utrzymywania się.

Istnieją w tym względzie liczne teorje, często sprzeczne, że wspomnę tylko teorję adrenalinową Vaqueza, teorję Pala o czynnościowem ustawieniu hypertonicznem mięśniówki tętnic („nerwica angiotoniczna"), wreszcie teorję Kylina, który na podstawie objawów klinicznych takich, jak nerwowość, uczucie niepokoju i t. p., a szczególnie na podstawie odwróconej krzywej adrenalinowej, zmniejszenia ilości wapnia i zwiększenia ilości potasu we krwi, uważa „nadciśnienie samoistne" za „nerwicę roślinną", przedewszystkiem w zakresie układu przywspółczulnego. Przyczynę zaś tej nerwicy uważa Kylin za równie nieokreśloną, jak przyczyny innych nerwic roślinnych.

Ze względu na wielką rolę, jaką nerwy roślinne odgrywają w regulacji krążenia, najsłuszniejszem też byłoby poszukiwanie przyczyn „nadciśnienia samoistnego" właśnie w zaburzeniach tych nerwów, ewentualnie ich ośrodków, bądź też w zaburzeniach układu roślinnego, jako całości, jeżeli przyjąć pod uwagę wzajemną zależność i wielorakie oddziaływanie wzajemne różnych jego części składowych. Siebeck, uznając udział układu roślinnego w powstawaniu nadciśnienia za rzecz zupełnie zrozumiałą, nie uważa jednak, by określenie „nerwica roślinna" dało coś konkretnego dla wyjaśnienia mechanizmu powstawania niektórych postaci nadciśnienia. Opieranie się poza tem na próbach farmakologicznych uważa Siebeck za niezupełnie przekony-

[1]) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu klinicznem w szpitalu Dzieciątka Jezus dnia 2 kwietnia 1929 r.

wające, gdyż przejawy układu roślinnego są bardzo zawiłe, a w dziedzinie regulacji ciśnienia istnieje jeszcze sporo niejasności.

W sposób analogiczny wypowiada się Bard o poglądzie wielu autorów francuskich, że „nadciśnienie samoistne" *(hypertension solitaire)* jest następstwem zaburzeń wydzielania wewnętrznego oraz układu współczulnego *(„affection endocrinosympathique")*. Skrytykowawszy różne teorje powstania „nadciśnienia samoistnego" (teorję adrenalinową, teorję dysregulacji napięcia naczyń i tp.), podaje Bard własną, według której stałe „nadciśnienie samoistne" miałoby być chorobą diatetyczną *hypertension diathésique"* na tle zaburzeń w przemianie materji, wywołanych czynnikami patogenetycznemi stanu diatetycznego. Dla wyjaśnienia zaś mechanizmu powstania nadciśnienia na tle diatezy wprowadza on pojęcie „poziomu ciśnienia" *niveau tensionnel* który zapewnia życiu komórek właściwe „środowisko ciśnienia" *milieu tensionnel*, tak samo niezbędne dla ustroju, jak środowisko chemiczne lub środowisko ciepłoty. Według Bard'a należałoby „nadciśnienie samoistne" rozpatrywać jako zjawisko wtórne, wyrównawcze i w zasadzie korzystne. Miałoby ono odgrywać rolę poważną w przystosowaniu ustroju do zaburzeń przemiany materji na tle diatetycznem. W powstaniu przełomów naczyniowych „środowisko ciśnienia" nie odgrywa jednak roli zasadniczej i Bard objaśnia je raczej pewnem osłabieniem (dysregulacją) mechanizmu, regulującego ciśnienie. W ten sam sposób objaśnia Bard duże wahania ciśnienia w pewnych okresach „nadciśnienia samoistnego". Tak więc Bard sam wprowadza objaśnienia analogiczne do tego, które na początku skrytykował, stwarzając przytem dualizm w tłomaczeniu właściwie jednego zjawiska.

Jeżeli podział nadciśnienia na: stałe i napadowe, wprowadzony oddawna przez wielu autorów, jak Pal, Vaquez i innych, ma pewne znaczenie kliniczne, to z punktu widzenia fizjologji patologicznej bardzo wątpliwem jest, czy taki podział jest słuszny i potrzebny. Biorąc pod uwagę, że na początku „nadciśnienia samoistnego" istnieją znaczne wahania ciśnienia, że i w nadciśnieniu stałem bywają przełomy naczyniowe (udary mózgowe, ostry obrzęk płuc i td.), że nadciśnienie przełomowe à la longue przechodzi często w nadciśnienie stałe (Pol, Vaquez i inni), nasuwa się myśl, że w większości przypadków mamy raczej do czynienia w obydwu postaciach z tym samym mechanizmem powstawania nadciśnienia i z temi samemi zmianami ustroju. Co się tyczy wprowadzonych przez Bard'a pojęć „diatezy" i „środowiska ciśnienia", to wydają się one nie więcej jasne i ścisłe, niż skrytykowane przez niego wyżej wspomniane teorje i należy wątpić, czy teorja Bard'a była właśnie tem ostatniem słowem w kwestji mechanizmu powstawania „nadciśnienia samoistnego", na które z upragnieniem czekamy.

Ze względu na możliwość powstawania nadciśnienia przez zadziałanie czynnika wywoławczego na różne miejsca układu regulującego krążenie wprowadza Kähler, na podstawie oceny szeregu zabiegów leczniczych jako też prób farmakologicznych, podział nadciśnienia na postacie: ośrodkowo-psychiczne, ośrodkowo-mechaniczne, ośrodkowo-uszkodzeniowe, ośrodkowo-toksyczne, ośrodkowo-odruchowe, obwodowo-toksyczne, obwodowo-odruchowe i anatomiczne. Wobec niedokładnej jeszcze znajomości mechanizmu fizjologicznej regulacji ciśnienia, oraz braku dostatecznie wypróbowanych odnośnych metod klinicznych, trudno według Kylina pogodzić się narazie z takim podziałem w zupełności. Istotnie, jeżeli z punktu widzenia dydaktycznego schemat Kahlera posiada być może, pewne znaczenie, to trudno sobie wyobrazić, by w żywym organizmie podnieta i odczyn nadciśnieniowy mógł się ograniczyć do jednego wyłącznie punktu. Bloch i Lappas, a za nimi Villaret, Bariéty i Justin-Besançon, opierając się na dwóch przypadkach duszności napadowej z jednoczesnem nadciśnieniem napadowem, wypowiadają przypuszczenie, że nadciśnienie może powstać wskutek podrażnienia odcinka dośrodkowego nerwu błędnego. Ma to być odruch, którego drogą dośrodkową byłby nerw błędny, ośrodkiem mózg przedłużony, a drogą odśrodkową — nerw współczulny, przyczem nadciśnienie powstawałoby albo przez działanie bezpośrednie nerwu trzewiowego, lub też pośrednio — przez hyper-adrenalinemję. Z dwóch tych przypadków w jednym, opisanym przez wyżej wspomnianych autorów, prawy nerw błędny był wciągnięty w guz śródpiersia, w drugim, zaś opisanym przez Harviera i Bariéty'ego, guz otaczał splot krtaniowy. Teorję swoją Villaret, Blech i Lappas opierają na zjawisku nadciśnienia, otrzymanem u królików drogą silnego drażnienia końca dośrodkowego nerwu błędnego, na braku spadku ciśnienia mimo ustąpienia duszności w jednym z wyżej wspomnianych przypadków pod wpływem $^1/_2$ mlgr atropiny, oraz na doświadczeniu Tournada i Chabrola, którzy wywoływali hyperadrenalinemję przez drażnienie końca dośrodkowego nerwu błędnego. Powstawanie przełomów naczyniowych w kolce żółciowej ma również zależeć według tych autorów od drażnienia zakończeń nerwu błędnego.

Sprawa przełomów naczyniowych w kolce żółciowej naogół była dotąd, o ile mi wiadomo, traktowana dość pobieżnie. W piśmiennictwie znajduje się przeważnie wzmianki o nich, jako o zjawisku znanem (Kahler, Kylin, Vaquez, Bloch i Lappas i td.). Jedynie u Pala w książce o przełomach naczyniowych z roku 1905 opisanych jest kilka przypadków, przyczem autor poza badaniami ciśnienia żadnych innych badań, a tem bardziej badań w zakresie układu roślinnego, nie przytacza. Badania tego układu, przeprowadzone dopiero od niedawna w przypadkach „nadciśnienia samoistnego", wykazały podług Kylina zmniejszenie zawartości wapnia zwiększenie zawartości potasu, zwiększenie ilości cukru we krwi, poza tem paradoksalny odczyn adrenalinowy, monukleozę i zwiększoną przemianę podstawową. Według Pellissier'a zaś jeszcze przyśpieszone opadanie krwinek. Wapna zaś znalazł Pellissier zawartość wzmożoną, a cukru zawartość zmniejszoną. Poza tem w zakresie nerwów roślinnych stwierdził Pellissier na podstawie odruchu okosercowego i próby Danielopolu „dystonję" tych nerwów. Wszystkie te dane według Pellissiera nie wyjaśniają nam jednak mechanizmu powstawania „nadciśnienia samoistnego". Rzeczywiście, wobec przeprowadzenia tych badań w stanie już istniejącego nadciśnienia trudno rozstrzygnąć czy te zmiany częściowo lub w całości istniały już w organizmie przed powstaniem nadciśnienia, czy też są jego skutkami, czy napięcie nerwów roślinnych zmienia się i w jakim kierunku i td. Te i temu podobne kwestje można byłoby rozstrzygnąć jedynie na drodze badań porównawczych układu roślinnego w stanie normalnego ciśnienia i w stanie nadciśnienia napadowego w jednym i tym samym przypadku.

Takie właśnie porównawcze badania miałem możność przeprowadzić w przypadku niżej opisanym.

II.

Dotyczy on chorej R. W. lat 25, panny, służącej. Przybyła na oddział dnia 16. III. r. b. podając, że przed tygodniem zasłabła przy objawach rozstroju żołądkowo-kiszkowego. Straciła łaknienie, miała silne rozwolnienie (do 6 razy na dobę), na początku bez bólów, następnie z bólami przed stolcami i odbijania zgniłemi jajami. Po dwukrotnem przeczyszczeniu olejem rycynowym nastąpiło zaparcie. Na 5-ty dzień choroby chora dostała o świcie silnego ściskania w dołku z promieniowaniem pod prawy łuk żebrowy i do pleców. Jednocześnie wystąpiła silna bladość, poty, suchość w ustach, mdłości, silny ból głowy i uczucie bicia serca (mocne uderzenia). Atak trwał około 2 godz. i przeszedł po zastosowaniu gorczycy i gorących okładów. Nazajutrz i w 4 dni następne podobne napady boleści, lecz o przebiegu o wiele dłuższym i gwałtowniejszym, raz — dwa razy dziennie, przeważnie po spożyciu pokarmów. Podczas jednego z tych ataków została przewieziona do szpitala. Nie wymiotowała, nie gorączkowała, moczu oddaje mniej niż zwykle o barwie ciemnej.

Przed 6-ciu laty przechodziła czerwonkę. Często zapadała na krótkotrwałe dolegliwości gardła. Dwa lata temu przebyła grypę, odtąd osłabienie ogólne, łatwiejsze męczenie się przy chodzeniu po schodach i większych wysiłkach, zadyszka, czasami bicie serca, często bóle głowy. Obrzęków nigdy nie zauważyła. Apetyt przed obecną chorobą był dobry. Stolce regularne. Pierwszy perjod w 19 roku życia. Po pierwszym razie przerwa roczna, a następnie regularne, niebolesne, dość obfite, o typie 3 dni co 4 tygodnie. Od grudnia 1927 r. ciąża i prawidłowe rozwiązanie we wrześniu r. z. Poronień nie było. Dwa tygodnie przed przybyciem na oddział przerwała karmienie.

Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Badanie przedmiotowe wykazało: chora budowy prawidłowej, wątłej, odżywianie mierne, śluzówki blade, skóra wilgotna, blada z odcieniem żółtawym, spojówki również podbarwione nieco na żółto. Wytrzeszczu, objawu Graefego ani Moebiusa nie stwierdzono. Gruczoły chłonne, szyjne, pachowe i pachwinowe macalne. Gruczoł tarczowy niemacalny. Owłosienie pod pachami i na organach rodnych dość skąpe. Język lekko obłożony, wilgotny; uzębienie marne, obwódki na dziąsłach nie stwierdzono. T° 37,5, oddechów 24', waga 48 kg, wzrost 152 cm. Tętno 42', nierówne, nie wszystkie uderzenia serca dochodzą do obwodu. Ciśnienie w dniu przybycia i podczas ataku, podług Riva-Rocciego Mx. 223, Min. 80 mm rtęci. PP. — 143. Po ustąpieniu ataków w ciągu 2-ch dni ciśnienie spadło do normy, a przy wystąpieniu świeżych ataków kolki żółciowej znów dawało wahania wysokie (o czem obszerniej niżej). Budowa klatki piersiowej prawidłowa, kąt międzyżebrowy

ostry. Granice dolne płuc prawidłowe, ruchome. Wypukowo i osłuchowo zmian patologicznych w płucach nie stwierdzono.

Serce: Uderzenie koniuszkowe mocne, widoczne, wymacuje się w 5-tej przestrzeni międzyżebrowej 3 palce w lewo od lewej linji sutkowej, nieco rozlane. Wypukowo: granica lewa — 3 palce w lewo od linji sutkowej lewej, górna w III-ej przestrzeni międzyżebrowej, prawa (bezwzględna) ½ palca wprawo od linji mostkowej prawej. Lekkie stłumienie nad mostkiem i tętnienie w dołku jarzmowym. Wysłuchowo: szmer telesystoliczny nad wierzchołkiem i nieco słabszy nad ujściami tętnic; wzmożenie II-go tonu nad tętnicą płucną, a szczególnie nad główną.

Badanie roentgenologiczne klatki piersiowej wykazało: nieznaczne powiększenie wymiaru serca i tętnicy wstępującej. Cienia grasicy nie widać. Wyraźnych zmian w płucach nie stwierdzono.

Badanie elektrokardrograficzne (dnia 5. IV r. b. przeprowadzone przez koleżankę Wasilkowską-Krukowską) przy ciśnieniu Mx 135, Min. 80 wykazało: P w I-em i IIiem odprowadzeniu dodatnie, prawidłowe, w III-ciem ujemne. Zespół komorowy we wszystkich trzech odprowadzeniach prawidłowy. Ilość skurczów na minutę — 53. Po wykonaniu odruchu okosercowego ilość skurczów zmniejszyła się do 37 (RR = 0.16"). Kompleks komorowy został bez zmiany. Wyraźne zmiany wystąpiły natomiast w wychyleniu przedsionkowem P, a mianowicie: przy większości skurczów P znika zupełnie, pod koniec zaś ucisku występowało naprzemian P dodatnie i P ujemne. Odległość P-R przy P dodatniem i przy P ujemnem była prawie jednakowa. Tu wspomnę, że w przypadku napadowego nadciśnienia z bradykardją otrzymywał Ulenbruck analogiczną krzywą elektrokardjograficzną ze zniknięciem P. Dochodzi on do wniosku, że bradykardia w jego przypadku powstała na tle ujemnego działania chronotropicznego nerwu błędnego. Podobne tłumaczenie nasuwa się i w naszym przypadku. Poza tem nasza krzywa świadczy o prawdopodobnem naprzemiennem wychodzeniu impulsów skurczowych serca tak z węzła zatokowego, jak z węzła przedsionkowo-komorowego.

Wyliczenia krzywej tętna metodą Janowskiego wykazały podczas nadciśnienia (29. III. Mx 200, Min 100) znaczne przyśpieszenie tętna i współczynnika szybkości tętna, tj. CAP = 12,5 (norm. 6) i CCP = 7,3 (norm. 3.5). W czasie ciśnienia normalnego (I. IV) Mx 125, Min. 65 — krzywa tętna wykazała liczby normalne, tj. CAP = 7,3, CCP = 3.2. Kapilaroskopia wykazała wydłużone, nieco pokręcone pętle, część żylna nieco mniej szeroka niż normalnie.

Brzuch: wypuklony nieco w dolnej części, wykazuje przy obmacywaniu silną bolesność w dołku podsercowym i w okolicy wątroby, przeważnie zaś w okolicy pęcherzyka żółciowego. Wątroba powiększona, wystaje na 3½ palca z pod łuku żebrowego, brzeg ostry, dość spoisty. Objawy Murphy'ego i Chełmońskiego wybitnie dodatnie, punkty Chauffard'a i nerwu przeponowego bolesne, śledziona niemacalna.

Badanie ginekologiczne wykazało: macica w przodozgięciu, normalnej wielkości, przydatki niepowiększone, przymacicza wolne.

Układ nerwowy: Odruchy i czucie w granicach normy. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływują prawidłowo na światło i przystosowanie.

Badanie moczu w dniu przybycia: koloru mahoniowego, kwaśny, o C. G. 1020, minimalny ślad białka i cukru: Urobilina i Urobilinogen mocno zwiększone; bilirubiny nie stwierdzono. W osadzie dużo śluzu i nieliczne leukocyty na preparacie.

Badanie krwi i układu roślinnego.

Dzięki przeszło 2 miesięcznemu pobytowi chorej na oddziele miałem sposobność wielokrotnego zbadania u niej układu roślinnego, przyczem udało mi się uchwycić zachowanie się wielu jego składowych części zarówno podczas ciśnienia normalnego, jako też podczas okresu nadciśnienia. Szczególnie ciekawie wypadły badania napięcia nerwów roślinnych, krzywej adrenalinowej, zawartości wapnia i cholesteryny we krwi.

Próba atropinowa Danielopolu.

Przeprowadzona przy ciśnieniu Mx 118, Min 65 (21. III.) dała: napięcie nerwu błędnego V = 36 (norm. 48 — 58), napięcie nerwu współczulnego — S = 108 (norm. 116 — 128), czyli obniżenie napięcia obu nerwów, tj. hypoamfotonja. Wzajemny stosunek tych liczb był 108 : 36 = 3 : 1. Przeprowadzona przy nadciśnieniu Mx. 188, Min. 94 (2. IV.) dała: V = 96, S = 144, a więc znaczne wzmożenie napięcia obu nerwów, t. j. hyperamfotonję; wzajemny stosunek tych liczb był obecnie 144 : 96 = 3 : 2, czyli we wzajemnym stosunku liczb absolutnych, napięcie nerwu błędnego wzrosło dwukrotnie, przyczem wtedy, gdy liczba napięcia S wzrosła o ⅓ liczby przy ciśnieniu normalnem, liczba napięcia V wzrosła o ⅔ liczby przy ciśnieniu normalnem.

Przeprowadzona po raz trzeci po 12 zastrzykach wyciągu jajnikowego, przy ciśnieniu Mx — 135, Min 80 (3. V.) dała: V = 34, S = 126, tj. normalne napięcie nerwu współczulnego ze zmniejszonem napięciem nerwu błędnego, czyli hypovagotonję ze względną przewagą nerwu współczulnego. Wzajemny stosunek tych liczb przedstawiał się jak 126:34 = 3,7:1.

Próba okosercowa przeprowadzona na szczycie działania atropiny w próbie Danielopolu podczas nadciśnienia (2. IV) dała zamiast zwolnienia tętna, lekkie przyśpieszenie ze 132' do 136' i podniesienie ciśnienia z Mx. 170, Min. 130 [1]).

Próba adrenalinowa zapomocą podskórnego zastrzyku jednego cm³ adrenaliny „Richter".

Przeprowadzona podczas ciśnienia normalnego dała (23. III.) stałe wzniesienie się ciśnienia Mx ze 118 do 145 i przyspieszenie ilości uderzeń tętna na minutę z 56 do 88 z jednoczesnym spadkiem ciśnienia minimalnego do zera. Druga próba, przeprowadzona w czasie nadciśnienia Mx 165, Min 85 przy tętnie 66, dała na początku stopniowy spadek Mx do 145 i podniesienie Min do 100, jako I-szą fazę, a następnie w drugiej fazie podniesienie Mx do 182 z obniżeniem Min. do 60 z przyspieszeniem tętna wpierw do 87, a następnie do 111. Otrzymałem więc podczac nadciśnienia t. zw. krzywą „adrenalinową wagotoniczną", charakterystyczną według Kylina dla nadciśnienia samoistnego".

Ilość wapnia w surowicy (27. III) podczas nadciśnienia (Mx 180, Min. 85) wynosiła 92 mg ‰, a podczas ciśnienia normalnego Mx. 125, Min. 75 (17. IV.) wynosiła 110 mg ‰ (met. Clarka). Podczas nadciśnienia mieliśmy więc zmniejszoną ilość wapnia.

Cholesteryny podczas nadciśnienia było 750 mlgr. na L., a w czasie ciśnienia normalnego 500 mlgr. na L. więc hypocholesterynemja ze względnem zwiększeniem podczas nadciśnienia.

Przeprowadzona 5-krotnie przemiana podstawowa wykazywała zawsze wzmożenie niezależnie od podniesienia, czy spadku ciśnienia.

Mianowicie: dnia 26. III. przy ciśnieniu Mx 160, Min 80 + 27,7% dnia 9. IV przy ciśnieniu Mx 155, Min 74 + 18,35%, dnia 24. IV przy ciśnieniu Mx 160, Min 105 + 16,8%, po 6-ciu zastrzykach domięśniowych wyciągu jajnikowego, dnia 6. V (po 12 zastrzykach wyciągu jajnikowego) przy ciśnieniu Mx 142, Min 90 + 24%, dnia 24. V, przy ciśnieniu Mx 135, Min 80 po 25 zastrzykach wyciągu jajnikowego i 5 zastrzykach antithyreoidyny Moebiusa, w 3 dni po zakończeniu pierwszego od 1½ roku nieobecnego perjodu + 25,2.

Próba okosercowa (20. III) przy lekkim ucisku na gałki oczne dała zwolnienie tętna z 72 do 60, jednocześnie mierzone ciśnienie wykazało podniesienie się z Mx 112, Min 60 do Mx 130, Min 80. Silniejszy ucisk wywołał zwolnienie tętna do 51 i podniesienie ciśnienia do Mx 160, Min 80. Przeprowadzona dnia 2. IV w czasie nadciśnienia Mx 188, Min 94, przy tętnie 48 dała wynik ujemny.

Badanie morfologiczne krwi wykazało:

Hb = 76 (Sahli) = 96%, erytrocytów — 3.510.000. Wskaźnik = 1, leukocytów — 8550.

Na rozmazie obraz leukocytów przedstawiał się podług schematu Schillinga, jak następuje:

Eos. 1; Bas. pół; Myel. 0; Met. 0: Pał. 0; Seg. 54 i pół; L. 40; Mon. 4; a więc znaczne wzmożenie ciałek jednojądrzastych. Obraz erytrocytów nie przedstawiał odchyleń patologicznych. Ilość białka w surowicy (refraktometrycznie) = 7,63%. Odczyn Wassermanna — ujemny. Rezerwa alkaliczna = 62,4% (w granicach normy).

Opadanie krwinek wykazało znaczne przyśpieszenie — 30 (norm. 7).

Chlorków w osoczu otrzymano 0,62% (nieco wzmożone), a w krwinkach — 0,28% (norma).

Mocznika — 230 mlg ‰;

Próba ksantoproteinowa i Indykan w granicach normy.

Kwasu moczowego 70 mlgr, a więc nieco wzmożony.

Cukru we krwi 880 mlg ‰ (met. Paviego).

Dla ustalenia udziału, jaki tu przypada w powstawaniu nadciśnienia ośrodkom i obwodowi, przeprowadzono próbę kofeinową, podług Kahlera (0,25 kofeiny pod skórę) i próbę nitroglycerynową, podług Goldfeila (2 mlgr nitroglyceryny per os).

W pierwszym wypadku otrzymano przejściowy jednorazowy spadek Mx ze 175 do 150, z następnem podniesieniem się ciśnienia do pierwotnej wysokości.

W drugiej próbie otrzymałem w ciągu 10 minut po zażyciu nitroglyceryny spadek ciśnienia ze 160/80 do 126/75, a po go-

[1]) Nie wdając się w wyjaśnienia, chciałem tylko odnotować ciekawe zachowanie się minimum w próbie atropinowej u naszej chorej. We wszystkich 3-ch razach po dożylnym zastrzyku atropiny znacznie się podniosło: z 65 do 105 z 85 do 125 i z 80 do 115, wtedy gdy maksimum jednocześnie spadało.

dzinie powrotne podniesienie się. Drugiego okresu spadku ciśnienia, który Goldfeil objaśnia obwodowem działaniem nitrogliceryny i który otrzymał w przypadkach z normalnem ciśnieniem, w naszym przypadku nie otrzymano. Badanie to wskazałoby, że mamy do czynienia w naszym przypadku z dość dużym czynnikiem ośrodkowym. Odruch bólowy (przez uszczypnięcie lub ukłucie) dawał tu niewielkie wahania ciśnienia od 5—10 mm natomiast strach przed ukłuciem dał podniesienie o 25 mm.

Próba Ergotaminowa (0,5 mlgr Ergotaminy „Sandos" pod skórę). Spadek pierwotny w ciągu pierwszych 4 minut ciśnienia z 155/75 do 145/75 ze zwolnieniem tętna z 66' do 56'. Następnie stopniowe podniesienie się ciśnienia do 175/90 z dalszem zwolnieniem tętna do 48'.

Próba pituitrynowa (1 cm³ Pituglandol Henning domięśniowo) dała podniesienie ciśnienia ze 155/75 do 185/100 z jednoczesnem zwolnieniem tętna z 60 do 45. Po podaniu 2 mlgr nitroglyceryny doustnie spadek ciśnienia do 135/90 z przyśpieszeniem tętna do 60.

Próba wysiłkowa 1) przy powolnem ciśnieniu (chodzenie na 2 piętra) podniesienie się ciśnienia Mx z 145 do 165 i spadek Min z 75 do 60; 2) Przy dużym wysiłku (szybkie chodzenie na 2 piętra) podniesienie Mx do 175 i Min do 90.

Przebieg:

Najciekawsze, co zwróciło naszą uwagę w przebiegu choroby u opisanej chorej i co pobudziło nas do bliższego zajęcia się nią, to było zachowanie się jej ciśnienia i tętna.

Po przybyciu na oddział chora dla uspokojenia bólów otrzymała czopki z atropiny i pantoponu, brom i okłady. Pod wpływem tego leczenia, jako też surowej diety ataki ustąpiły, a wraz z nimi spadło i ciśnienie. Nazajutrz po przybyciu stwierdzono już 150/75, zamiast 223/80 w dniu przybycia, a na drugi dzień ciśnienie normalne 115/70, tętno odpowiednio się przyśpieszyło z 42 do 48, a następnie do 72. Dla czystości obrazu klinicznego odstawiono wtedy po dwóch dniach wszelkie leki, mogące wpłynąć na ciśnienie, zostawiając okłady, urotropinę i djetę. Do chwili wystąpienia ponownych ataków kolki żółciowej chora w przeciągu 7 dni czuła się zupełnie dobrze i ciśnienie jej wahało się w granicach normalnych (od 112/60 do 125/70), ilość uderzeń tętna — od 62' do 80'. Pod wpływem błędów dietetycznych wystąpiła na 8-my dzień pobytu chorej w oddziale serja świeżych ataków kolki wątrobowej. Każdemu atakowi towarzyszyło znaczne podniesienie się ciśnienia i zwolnienie tętna nietylko podczas ataku, lecz o ile atak miał miejsce popołudniu, to i nazajutrz. Tak więc dnia 26 marca po ataku dnia poprzedniego ciśnienie z 115/60 podniosło się do 160/80, a ilość uderzeń tętna zmniejszyła się z 66 do 52; 27 marca podniosła się do 180/85, a po spadku dnia 28 marca do 158/80 i znów skoczyła dnia 29 marca podczas silnego ataku do 200/100. Wskutek szczególnej siły i długotrwałości ostatniego ataku, chora znów dostała narkotyki: pantopon w kroplach i 2 razy w zastrzykach. Przez dni 30—31 marca i 1 kwietnia ciśnienie było normalne, lecz wskutek świeżego ataku podskoczyło dnia 2 kwietnia do 188/90, a ilość uderzeń tętna zmniejszyła się do 48.

Po tym ostatnim ataku ciśnienie Mx już nie spadło tak nisko, jak po pierwszych atakach. Od dnia 3 do 27 kwietnia było ono wszystkiego czterokrotnie na wysokości 120—125, przeważnie zaś liczby wahały się w granicach 135—155, jedynie trzy razy skoczyły wskutek zdenerwowania do 180—160. W czasie dalszego pobytu chorej w oddziale aż do wypisu dnia 24 maja ciśnienie przeważnie waha się w granicach od 130 do 145 ze skokiem w drugim dniu perjodu do 150. Ciśnienie minimalne na początku wahało się przeważnie w granicach 80—85, a w końcu w okresie zastrzyków wyciągu jajnikowego w granicach od 85—95.

Tętno na początku w granicach od 60 do 78 uderzeń na minutę, w okresie zastrzyków wyciągu jajnikowego było stale przyspieszone w granicach od 85—96, pomimo równoczesnego stosowania antithyreoidyny. Granice serca stopniowo się zmniejszyły tak, że lewa granica przed wypisem była przesunięta tylko o 1 i pół palca w lewo od linji sutkowej. Stłumienie na mostku i tętnienie w dołku jarzmowym znikły. Szmery się utrzymują. Roentgenologicznie (24. IV) już nie można było stwierdzić pierwotnego rozszerzenia wstępującej tętnicy głównej.

Podczas pobytu w oddziale stan wątroby chorej znacznie się poprawił. Po ostatniej serji ataków był tylko jeszcze jeden — dnia 5. V po zsiadłem mleku, przyczem tym razem ani bólu głowy ani bicia serca, ani blednięcia nie było. Czy ten brak mocniejszych odczynów naczynioruchowych można przypisać działaniu wyciągu jajnikowego na zmniejszenie pobudliwości nerwów roślinnych — trudno powiedzieć. Wątroba stopniowo znacznie się zmniejszała i przed wypisem chorej można było ją wymacać zaledwie pół palca pod łukiem żebrowym. Bolesność również znikła, utrzymując się tylko w bardzo nieznacznym stopniu w okolicy pęcherzyka żółciowego.

Mocz, badany wielokrotnie, nigdy już więcej nie wykazał ani białka, ani cukru, nawet po próbie adrenalinowej. Poza urobiliną i urobilinogenem, które się zwiększały podczas ataków, nigdy nic patologicznego nie stwierdzono. Przed wypisem urobilinogen również znikł.

Stolce po zastosowaniu tannalbiny unormowały się. Podczas serji ataków znów zjawiło się rozwolnienie, ale od półtora miesiąca stolce zupełnie normalne.

Zchowanie się temperatury: normalna prawie przez cały czas, dała podczas serji ataków wątrobowych raz jeden skok do 37.8° a w czasie domięśniowych zastrzyków wyciągu jajnikowego częste stany podgorączkowe.

Leczenie. Dla czystości obrazu klinicznego dostawała chora narkotyki tylko w wyjątkowo ciężkich atakach, a więc przez półtora dnia zaraz po przybyciu do szpitala i przez dwa dni podczas serji ataków wątrobowych. Lżejsze ataki przechodziły po gorących okładach. Ciśnienie wraz z ustąpieniem ataków spadało, szczególnie po pantoponie. Zasadnicze zaś leczenie polegało na podawaniu urotropiny, okładach na brzuch i ścisłej (na początku płynnej) djecie. Stan chorej bardzo się poprawił podczas pobytu na oddziele i na wadze jej przybyło 5 kg.

Wychodząc z założenia, że przyczyną tej nadmiernej pobudliwości układu naczynioruchowego u naszej chorej są zaburzenia wewnątrzwydzielnicze na tle wrodzonej mniejszej wartości i następnego wypadnięcia czynności jajnikowej, wskutek ciąży i laktacji, zastosowałem 25 zastrzyków domięśniowych wyciągu jajnikowego (22 Extrait Ovarien „Choay" i 3 Ovarial Panhormon „Hennig"). O wpływie tych zastrzyków na tętno, ciśnienie i temperaturę podałem w odnośnych miejscach wyżej. Chcąc wpłynąć na wzmożoną przemianę podstawową, podawałem chorej antithyreoidynę Moebiusa „Merck" (20 tabl. i 5 zastrzyków domięśniowych), ale skutku żadnego nie otrzymałem.

III.

Opisany przypadek dotyczy więc osoby młodej z mniejszą wartościowością jajników i zaburzeniami wewnętrznego wydzielania na tle wypadnięcia pewnych czynności jajnikowych, zależnie od ciąży i karmienia, przedstawiającej poza tem napadowy zespół objawów bólów górnej części brzucha z jednoczesnemi podniesieniami ciśnienia i zwolnieniem tętna. Wobec występowania tych napadów po błędach dietetycznych, wobec powiększenia wątroby, bolesności w dołku podsercowym i okolicy pęcherzyka żółciowego, jako też i we wszystkich innych punktach typowych dla kamicy żółciowej, wobec obecności urobiliny i urobilinogenu w moczu i lekkiej żółtaczki — można z całą pewnością powiedzieć, że napady te, powodujące przełomy naczyniowe, były napadami kolki żółciowej. Wszystkie inne napady bólowe brzucha z przełomami naczyniowemi należy wykluczyć. A więc Crise tabétique (Wassermann ujemny, brak wszelkich objawów kiły nabytej lub dziedzicznej); kolka ołowiowa (brak obwódki na dziąsłach, zmian we krwi i odpowiednich wywiadów). Nie było również danych do przypuszczenia nowotworu rdzeniowej części nadnercza t. zw. „Surrenalom", opisanych przez M. Labbé, Tinel i Doumer'a, Vaquez'a, Donzelot'a i innych. Zachowanie się moczu, oraz krwi pod względem próby ksantoproteinowej, zawartości mocznika i indykanu wykluczają czynnik nerkowy w powstawaniu nadciśnienia u naszej chorej.

Być może nie jest rzadkiem zjawisko podniesienia ciśnienia w atakach kolki żółciowej, jednak konkretnie znane mi są tylko liczby podane przez Pala. Autor ten podaje, że w wielu przypadkach kolki żółciowej mierzył ciśnienie, ale znaczniejsze, warte odnotowania podniesienie ciśnienia stwierdzał tylko w nieznacznej liczbie przypadków. W większości przypadków albo wcale nie stwierdzał podniesienia ciśnienia, albo minimalne. Z przytoczonych przez niego 4-ch przypadków tylko w 2-ch ciśnienie wykazało podniesienie z 75 ewentualnie 85 do 155 (Tonometr Gärthnera) podczas ataku. Po morfinie z atropiną spadało; wziewanie Amylii nitrosi obniżało ciśnienie, ale bólów nie usuwało. Przytacza przytem 2 przypadki Conty'ego, gdzie Mx podczas ataku podniosło się do 128 i 135 mm Hg, po napadzie zaś spadło odpowiednio do 80 i 105.

W przełomach wiądowych i kolce ołowiowej Pal przytacza jednak liczby o wiele wyższe, dochodzące nawet do 220.

Mając zwyczaj mierzenia ciśnienia u każdego bez wyjątku chorego, nie przypominam sobie bym widywał często duże podniesienia ciśnienia w napadach kolki żółciowej. Przeważnie nie

przekraczały one dla Mx 140—150. Natomiast obserwowałem niedawno hypertonika F. lat 52 o stałem nadciśnieniu Mx w granicach 190—220, u którego na kilka dni przed typowym atakiem kolki żółciowej stwierdziłem ciśnienie 190/100, a podczas ataku 240/120. Atak ustąpił pod wpływem zastrzyków morfiny, atropiny i papaveryny. Nazajutrz przy ciepłocie 38,6° stwierdziłem ciśnienie 140/80, lecz w dwa dni później, podczas świeżego ataku ciśnienie podskoczyło do 240/130 z następowym spadkiem po morfinie do 160/95. Nasuwa się myśl, że bardzo wysokie wahania ciśnienia podczas kolki występują albo w przypadkach, stałego nadciśnienia, albo w przypadkach gdzie podobnie jak w *Crises tabétiques* i kolce ołowiowej istnieje uczulenie aparatów regulujących ciśnienie.

Podobnie jak w przypadkach nadnerczaka rdzennego — „Surrenalome" Vaqueza, Donzolota i Géraudela'ta ta sama przyczyna, prawdopodobnie zapomocą tego samego mechanizmu, dała wpierw przełomy naczyniowe, a następnie nadciśnienie stałe, takie zjawisko mogłoby mieć miejsce w różnych innych przypadkach. Tak samo zapewne było i w naszym przypadku. Zatem przyczynę nadciśnienia w przełomach naczyniowych można w pewnych przypadkach upatrywać w nadciśnieniu stałem.

Zanim przejdę do szczegółowego omówienia otrzymanych danych i do wniosków z nich wynikających, pozwolę sobie przypomnieć krótko niektóre najpewniejsze, oparte na doświadczeniach, dane fizjologiczne i farmakologiczne z dziedziny regulacji ciśnienia.

Regulacja ciśnienia jest zjawiskiem bardzo złożonem i biorą w niem udział, oraz wzajemnie na siebie oddziaływują w sposób wielostronny i zawiły czynniki zarówno ośrodkowe, jak obwodowe. Znaczenie akcji serca dla regulacji świadomie pomijam dla braku miejsca; ograniczę się tylko do zjawisk naczynioruchowych.

W zależności od czynności organów ciśnienie podlega mniejszym lub większym wahaniom około pewnej średniej. Przy krótko trwałych zmianach krążenia na niewielkim obszarze krążeniowym regulacja może się odbyć na miejscu zapomocą odruchów naczyniowych, nie odbijając się na ogólnym mechanizmie regulującym. Przy wciągnięciu w grę większych obszarów krążeniowych muszą nastąpić zjawiska regulacyjne na odległość i ogólne. Wogóle zwężenie naczyń na jednym obszarze wywołuje rozszerzenie zastępcze na drugim i odwrotnie. Szczególnie wielkie znaczenie w tej regulacji posiada, jak dowiedli Dastre i Morat (l. c.) antagonistyczne zachowanie się naczyń brzusznych, podlegających nerwom trzewnym, oraz naczyń obwodowych (skóry, mięśni, mózgu). Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że drażnienie *nervi depressoris* wywołuje spadek ciśnienia, przyczem stwierdza się rozszerzenie naczyń brzusznych i opróżnienie się naczyń obwodowych; drażnienie natomiast nerwu trzewnego wywołuje silne podniesienie ciśnienia, przyczem stwierdza się zwężenie naczyń brzusznych i jednoczesne rozszerzenie naczyń skórnych. W analogiczny sposób przez nerw trzewny podnosi ciśnienie drażnienie nerwów czuciowych, uduszenie, strychnina, adrenalina i t. p. Farmakologja doświadczalna dowiodła, że strychnina, CO_2, kofeina, pikrotoksyna i t. p. podnoszą ciśnienie przez działanie na ośrodki naczynioruchowe; adrenalina, hypofisyna natomiast przez działanie obwodowe. Widzimy więc, że jak podniety nerwowe, działające po przez ośrodek, lub przez obwód, tak też ciała toksyczne, ewentualnie hormonalne, działające ośrodkowo, lub obwodowo, mogą powodować regulację ciśnienia drogą naczyń brzusznych. Nerw trzewny należy więc uważać za najważniejszy regulator zjawisk wyrównawczych krążenia. Aparat wyrównawczy działa automatycznie, dzięki samym już zmianom w ciśnieniu. Dowodem tego są doświadczenia Chabrola i Tournada (l. c.), którzy na połączonem krążeniu mózgowem dwóch psów otrzymali spadek ciśnienia u jednego, kiedy u drugiego zostało ono podniesione. Wielkie znaczenie poza tem mają zmiany w składzie chemicznym krwi (CO_2, adrenalina), jakoteż działanie ośrodkowo-odruchowe nerwów czuciowych sercowo-naczyniowych.

Na podstawie tych danych nadciśnienie przedstawiałoby się w ogólnych zarysach jako skutek skurczu naczyniowego na dużym obszarze bez kompensacyjnego rozszerzenia na innych obszarach. Ten brak działania wyrównawczego można sobie wytłumaczyć albo przez ograniczone możliwości tego aparatu wyrównawczego, tak, że silniejsze podniesienie ciśnienia nie może być przez niego przezwyciężone, albo przez porażenie, lub też opaczne działanie tego aparatu wskutek zadziałania na niego tych samych czynników, które powodują nadciśnienie. Dla ilustracji pierwszej możliwości możnaby przytoczyć działanie adrenaliny pituitryny i td. na drugą zaś możliwość wskazują znane doświadczenia, gdzie drażnienie tego samego nerwu daje różne wyniki zależnie od tego, w jakim stanie znajduje się organ lub część organu przez niego unerwiona. Tak więc drażnienie *nervi hypogastrici* macicy kociej ciężarnej wywołuje skurcz, a macicy nieciężarnej zwiotczenie: drażnienie *nervi pelvici* wywołuje skurcz mięśni pęcherza i jednocześnie — rozkurcz zwieracza. Nie jest więc wykluczone, że te same czynniki, które uczulają na pewne podniety aparaty podnoszące ciśnienie, odwracają czynność aparatów hamujących, lub je wręcz paraliżują względem tych samych podniet. Co się tyczy wyzwolenia nadciśnienia, to doświadczenia fizjologiczne, oraz obserwacja kliniczna dowodzą, (nie wchodząc w to, czy wyzwolenie to występuje wyłącznie przez nerwy naczynioruchowe, lub hormony, lub też przez jedne i drugie), że może ono nastąpić albo przez działanie podniety wyłącznie na 1) ośrodki naczynioruchowe, albo 2) na obwodowe aparaty, albo 3) i na jedne i na drugie. Istnienie pierwszej możliwości potwierdza znane z fizjologji doświadczenie Conty'ego i Charpentier'a. Mierząc ciśnienie w carotis u psa, który słyszy ujadanie drugiego psa w sąsiednim pokoju, otrzymuje się szereg skoków i spadków ciśnienia. Spadki ciśnienia występują podczas przerw w tętnie, które należy przypisać podrażnieniu nerwu błędnego. Przeprowadzenie tego doświadczenia po przecięciu nerwów błędnych daje tylko podniesienie ciśnienia bez spadków. Doświadczenie to wskazuje więc, że afekty (w danym wypadku strach) wywołują ośrodkowo nadciśnienie, przyczem jednocześnie ulega podrażnieniu i ośrodek naczynioruchowy i ośrodek nerwu błędnego. Poza tem wskazuje ono na doniosłe znaczenie hamujące nerwu błędnego w regulacji ciśnienia. Co się tyczy faktów klinicznych, to przytoczę przypadek O. Müllera, podany przez Goldfeila, gdzie pod wpływem silnego zmartwienia wystąpiło ciśnienie, dochodzące do 280 Hg, które, po ustąpieniu zmartwienia, spadło do normy. U naszej chorej pod wpływem obawy ukłucia następowało podniesienie ze 150 do 175. U chorej z „nadciśnieniem samoistnem", którą jednocześnie obserwowałem, zapowiedź doświadczenia podniosła ciśnienie Mx z 220 do 245, a podczas wyczekiwania tego doświadczenia podskoczyło do 270. Przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych z przełomami naczyniowemi, opisany przez Clément Webera, gdzie nadciśnienie musiało powstać przez podrażnienie ośrodkowych aparatów lub centralnych dróg naczynioruchowych pod wpływem wzmożonego ciśnienia płynu mózgo-rdzeniowego, lub zapalenia. Za ilustrację drugiej możliwości można uważać wyżej podane przypadki nadnerczaka rdzennego, opisane przez Vaqueza, Donzelota, M. Labbé i td. Co się tyczy trzeciej możliwości, to, jak zobaczymy niżej, może ona mieć miejsce w przełomach naczyniowych, związanych z atakami bólów, jak kolka nerkowa, kolka żółciowa i td.

Pal ogranicza się do zaznaczenia, że nadciśnienie w kolce żółciowej powstaje odruchowo. Według Kylina również mamy do czynienia z odruchem, jako bezpośrednim skutkiem bólu. Kahler zalicza nadciśnienie w kolce żółciowej do postaci odśrodkowo - odruchowej. Bloch, Lappas, Villaret, Barréry i Justin - Besançon, jak widzieliśmy wyżej, wypowiadają się za odruchem, wychodzącym z nerwu błędnego. Otóż z punktu widzenia badań fizjologji patologicznej, jak podają Chiray i Pavel i jak wynika z ich własnych badań, kolka żółciowa jest spowodowana przez bolesny skurcz pęcherzyka żółciowego, wywołany stanem podniecenia nerwu błędnego, jako nerwu ruchowego. Nerwem czuciowym zaś dla pęcherzyka żółciowego jest nerw trzewny. Badanie doświadczalne całego szeregu autorów, jak Foerstera, L. R. Müllera, A. Neumanna i t .d. wykazały niezbicie, że powstawanie bólu w jamie brzusznej łączy się bardzo ściśle z czynnością układu współczulnego (w danym przypadku nerwu trzewnego) i że nerw błędny nie ma nic wspólnego z przeprowadzeniem bólu. Poza tem, jako zjawisko psychiczne, jest ból wogóle uczuciem przykrem, działającem, poza szeregiem zaburzeń w całym układzie roślinnym, podniecająco i na ośrodki naczynioruchowe (blednięcie i td.) Mamy więc w napadzie kolki żółciowej niewątpliwie do czynienia ze współdziałaniem i ośrodka i obwodu w powstawaniu nadciśnienia. Znaczenie nerwu błędnego w sensie, jakby to chcieli wyżej wspomniani francuscy autorzy, traci na mocy tych danych, dużo na swem znaczeniu.

Zastanawiając się nad danemi klinicznemi, oraz doświadczeniami, na mocy których ci autorzy opierają swą teorję, zobaczymy, że nie są one bez zarzutów i że można je wytłumaczyć w sposób zgoła odmienny. Otóż podniesienie ciśnienia w związku z dusznością przy zwężeniach dróg oddechowych, lub astmie jest zjawiskiem znanem i występuje, jak podaje Cobot, przez drażnienie ośrodków naczynioruchowych bezpośrednio wskutek braku tlenu i na drodze hematogennej wskutek nadmiaru CO_2. Według

Klewitz'a (l. c.) psychiczne podniecenie ośrodka naczynioruchowego wskutek obawy uduszenia się i inne wpływy odruchowe odgrywają również rolę w podniesieniu ciśnienia. Więc niekoniecznie musi ono być skutkiem drażnienia nerwu błędnego. Przyjmując w jednym ze swych przypadków, że guz uciskający nerw błędny, przez drażnienie dośrodkowe wywołuje nadciśnienie, a przez drażnienie odśrodkowe duszność, autorzy ci tłumaczyli sobie nieznaczne zmniejszenie ciśnienia (liczb nie podają), przy ustąpieniu duszności po pół mlgr atropiny, dalszem drażnieniem odcinka ośrodkowego nerwu błędnego. Pewności jednak żadnej w tym względzie mieć nie można, wiadomo bowiem, że przełomy naczyniowe często się przedłużają, w naszym przypadku mogliśmy je stwierdzać i nazajutrz po ataku kolki żółciowej, a więc dawno po przejściu podrażnienia nerwu błędnego wskutek ataku. Stan podrażnienia nerwu błędnego i tym razem nie okazał się koniecznym dla wytłumaczenia utrzymującego się nadciśnienia. Co się tyczy otrzymanego przez tych autorów nadciśnienia przy drażnieniu końca centralnego nerwu błędnego u królików, to należy, zdaje się, uważać je raczej za odruch czuciowy (ewentualnie bólowy), wywołany drażnieniem włókien czuciowych, w tym nerwie przebiegających. Utrzymać nas może w tem mniemaniu fakt, że podnieta, niezbędna dla otrzymania w tem doświadczeniu nadciśnienia musi być bardzo silna.

Stwierdzone prze nas podczas nadciśnienia szczególne zwiększenie napięcia nerwu błędnego na pierwsze wejrzenie potwierdzałoby teorję francuskich autorów. Bliższe jednak rozpatrzenie mechanizmu powstawania tego napięcia wskazuje raczej na możliwość wtórnego powstawania jego z powodu nadciśnienia, a nie na to, że to wzmożone napięcie było przyczyną powstawania nadciśnienia. Wyżej wspomniałem już, że wzmożone ciśnienie tętnicze stwierdzałem nietylko podczas ataku, a często nazajutrz, przy dobrem samopoczuciu chorej, więc napięcie nerwu błędnego, zależne od ataku, napewne już nie istniało. Poza tem badania fizjologji i farmakologji doświadczalnej wykazały, że wiele ciał, pikrotoksyna, CO_2 i t. d., podnoszące ciśnienie, podniecają jednocześnie i ośrodek naczynioruchowy i ośrodek nerwu błędnego, że adrenalina, podnosząca ciśnienie przez działanie obwodowe, podniecа, między innemi i ośrodek nerwu błędnego. Bernstein i Verworn zaś dowiedli, że podniesienie ciśnienia zapomocą sztucznego przepełnienia układu naczyniowego również podnieca ośrodek nerwu błędnego, dając zwolnienie tętna w zależności od wysokości ciśnienia i że upust krwi, który obniża ciśnienie, przyspiesza tętno. S. Mayer i W. Filehne stwierdzili w sposób bardzo precyzyjny analogiczne działanie na ośrodek nerwu błędnego podniesienia lub obniżenia ciśnienia zapomocą ciał działających tylko na ośrodki naczynioruchowe, jak strychnina i *Amylium nitrosum*. W sensie podrażnienia ośrodka nerwu błędnego przez nadciśnienie przemawia również wspomniany wyżej przypadek Uhlenbrucka nadciśnienia napadowego na tle afektów psychicznych z jednoczesnem zwolnieniem tętna. W tym samym sensie przemawiają i doświadczenia przeprowadzone przezemnie. Próba okosercowa wykazała u naszej chorej, jak widzimy, jednocześnie zwolnienie tętna i podniesienie ciśnienia. Nie można tego jednak wytłumaczyć jako odruch nerwu błędnego, gdyż, jak wykazały badania Barré, Laignel-Lavastine'a, Papilliana i Cruceanu, odruch okosercowy nie jest wyłącznie odruchem trójdzielno-błędnym ale też i współczulnym poprzez nerwy współczulne gałki ocznej. Z drugiej strony, jak widzieliśmy, podniesienie ciśnienia zapomocą pituglandolu dało nam zwolnienie tętna, a obniżenie tego ciśnienia zapomocą działającej na ośrodek naczynioruchowy nitroglyceryny, dało nam przyspieszenie tętna. Otrzymałem więc zmiany w napięciu nerwu błędnego wyłącznie przez zmianę ciśnienia.

Przytoczone wywody i doświadczenia wskazują, że otrzymane wzmożenie napięcią nerwu błędnego można uważać za wtórne. Mogło ono tem łatwiej i tem mocniej się przejawić, że wypadnięcie czynności jajnikowej stwarza, jak podaje Bernhardt, pewną skłonność do odczynów wagotonicznych.

IV.

Przechodząc obecnie do danych, otrzymanych u naszej chorej, widzimy, że przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę zmiany ze strony gruczołów wewnętrznego wydzielania. Zaburzenia te wystąpiły z tem większą jaskrawością, że zdarzyły się u osoby z wrodzoną mniejszą wartościowością jajników. Przejawiły się one szczególnie w zachowaniu się przemiany podstawowej, w opadaniu krwinek i w zmianach krwi. Stale stwierdzane (5-krotnie) duże przyspieszenie przemiany podstawowej u naszej chorej, wobec braku wszelkich cech choroby Basedowa, wskazuje na znaczne zaburzenia w korelacji gruczołów wewnętrznego wydzielania. Fakt stałego utrzymywania się tych zaburzeń, p o m i m o z m i e n n e g o z a c h o w a n i a się nerwów roślinnych, jonów i koloidów w zależności od zmiany ciśnienia, upoważnia nas do przypuszczenia, że zmiany te należy uważać za pierwotne, że one właśnie mogły stworzyć podłoże dla zmienności napięcia nerwów roślinnych, jonów i td. Według Mannaberga, cytowanego przez Kylina, przemiana podstawowa w „nadciśnieniu samoistnem" jest naogół zwiększona, a według Maranona i Carasco (l. c.) w okresie przekwitania większości kobiet okazuje wzmożoną przemianę podstawową (w granicach od 20 do 90%). Poza tem Kerppola znajduje powiększenie gruczołu tarczowego u 25% przypadków „nadciśnienia samoistnego", w połowie zaś tych przypadków miał wyraźny obraz zespołu Basedowa.

Znaczne przyśpieszenie opadania krwinek stwierdzone u naszej chorej, jak wynika z badań Fähreusa, należy uważać za przejaw zaburzeń wewnątrzsekrecyjnych. Czernosatonskaja zaś z instytutu doświadczalnej endokrynologji w Moskwie stwierdza na dużym materjale doświadczalnym i klinicznym przyśpieszenie opadania krwinek prawie we wszystkich przypadkach hypertyreozy. Z drugiej strony Pellissier stwierdza zwiększenie opadania krwinek we wszystkich badanych (10) przypadkach „nadciśnienia samoistnego". Co się tyczy stwierdzonej u naszej chorej mononucleozy (44 i pół proc. to, według H. Bernhardta, wskazuje to na wypadnięcie czynności jajnikowej, a według Kylina i Pellissiera jest jedną z cech „nadciśnienia samoistnego".

Widzimy więc, że jak w przypadkach „nadciśnienia samoistnego", tak i w przypadkach zaburzeń wewnętrznego wydzielania na tle wypadnięcia czynności jajnikowej, mamy do czynienia z temi samemi objawami humoralnemi, co przemawiałoby za dużem znaczeniem etjologicznem tych zmian w powstawaniu nadciśnienia. Kwestja ta jednak nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Wtedy gdy jedni autorzy, jak Kylin, Kerppola, Perrin, Hopkins, Faber i td. stoją na bezwzględnem stanowisku wielkiego znaczenia etjologicznego gruczołów wewnętrznego wydzielania wogóle, a przekwitania w szczególności, inni, jak Kahler, Laubry Doumer, Pellissier nie wypowiadają się z taką stanowczością. Laubry i Doumer uważają, że liczba osób z „nadciśnieniem samoistnem" przedstawiających zaburzenia wewnętrznego wydzielania jest stosunkowo mała. Według Kahlera nadciśnienie okresu przekwitania należy uważać za rzadkie, gdyż u większości chorych nadciśnieniowych z tego okresu można wykryć inne przyczyny nadciśnienia. Wobec niestałości nadciśnienia w przypadkach kastracji oraz niestałości działania opoterapji jajnikowej w nadciśnieniu Laubry i Doumer uważają wypadanie czynności jajnikowej za sprawę podrzędną. O wynikach leczenia opoterapeutycznego u naszej chorej trudno coś konkretnego powiedzieć, gdyż trwało ono za krótko, a w 3 dni po perjodzie chora się wypisała. Jednakże pewne zmiany mogliśmy wyżej odnotować. Przyjmując pod uwagę jeszcze wielką niepewność naszych obecnych wiadomości z dziedziny endokrynologji, szczególnie dotyczącej jajników, oraz wobec braku odpowiednich i pewnych preparatów jajnikowych (skoro fabrykacja przeważnie niszczy hormony) i wobec braku dokładnego dawkowania, należy wszelkie ujemne rozstrzyganie kwestji uważać za przedwczesne.

Przypadek nasz, ze względu na niewątpliwe zmiany wewnętrznego wydzielania w związku z wypadaniem czynności jajnikowej i wobec kolejności zjawisk, jakie miały miejsce przy powstawaniu nadciśnienia, przemawia raczej za poglądem pierwszej grupy autorów. Muszę jeszcze dodać, że nie bez wpływu na uczulenie aparatów naczynioruchowych u naszej chorej w początku była może przerwa w karmieniu. Adler, według Scheffera, otrzymywał nadciśnienie, wstrzykując wyciąg z gruczołu sutkowego.

Z innych badań układu roślinnego, przeprowadzonych u naszej chorej, najbardziej imponująco wypadły badania porównawcze napięcia nerwów roślinnych. W każdem z 3-ch badań otrzymaliśmy różne dane: w okresach niskiego ciśnienia obniżenie ich napięcia, a w okresie nadciśnienia znaczne wzmożenie ich napięcia. Taka niejednolitość otrzymanych wyników świadczy o „dystonji" nerwów roślinnych w sensie Pellissiera. Autor ten bowiem, badając 10 przypadków „nadciśnienia samoistnego", otrzymał bardzo różnolite wyniki, przeważnie zaś obniżenie napięcia nerwów roślinnych. Krauze, badając zachowanie się próby Danielopolu w różnych stanach chorobowych, wykazał jeszcze w r. 1926 na 100 przypadkach z naszego oddziału, że u starszych osobników spotykamy przeważnie obniżenie napięcia nerwów roślinnych, przyczem wypadki nadciśnienia, bez specjalnego uwzględnienia „nadciśnienia samoistnego", wykazały przeważnie Hy-

poamfotonję, hypovagotonję, ewentualnie hypersympatykotonję. Co się tyczy zmiany, jaka zaszła w napięciu nerwów roślinnych naszej chorej w czasie nadciśnienia, to wobec faktu, że wzmożone napięcie nerwów współczulnych wywołuje zwężenie naczyń, nie może chyba ulegać wątpliwości, że powstałe wzmożone napięcie nerwów roślinnych było bezpośrednią przyczyną tego nadciśnienia. Przechodząc dalej do odmiennego zachowania się wapnia, cholesteryny i próby adrealinowej w zależności od stanu ciśnienia, widzimy, że zmiany, które zaszły podczas nadciśnienia, jak zmniejszenie wapnia, zwiększenie cholesteryny i odwrócenie krzywej adrenalinowej odpowiadają zmianom, stwierdzonym przez Kylina w „nadciśnieniu samoistnem". Nie można ich więc uważać za przyczynę powstawania nadciśnienia skoro ich przedtem nie było. Prace S. G. Zondeka, Krausa i jego szkoły, Dresela, Wollheima i in. dowiodły w jak ścisłym wzajemnym stosunku znajdują się nerwy roślinne i jony metaliczne, z badań zaś Dresela i Sternheimera — nerwy roślinne i koloidy, jak lecytyna cholesteryna. Przeto wyżej wspomniane zmiany należy uważać za skutki zmiany napięcia nerwów roślinnych.

Przeprowadzone przezemnie jednoczesne badanie napięcia nerwów roślinnych i próby okosercowej wskazują, że dla jej dodatniego wyniku nie ma znaczenia wielkie napięcie nerwów roślinnych, a raczej zwiększona ich pobudliwość.

Przytoczone przezemnie badania porównawcze układu roślinnego stanowiły przyczynek do wyjaśnienia wielu zjawisk, zachodzących w powstawaniu niektórych nadciśnień. Wiele z tego, co dotychczas można było wypowiedzieć w domysłach o udziale nerwów roślinnych i gruczołów wewnętrznej sekrecji zaczyna nabierać kształtów realnych. Te zmiany układu roślinnego, które dotychczas uchodziły za przyczyny powstawania niektórych nadciśnień okazały się jego skutkami, ewentualnie skutkami zmian w napięciu nerwów roślinnych.

Na mocy wszystkiego, co było wyżej powiedziane, mechanizm powstawania nadciśnienia w naszym przypadku i w przypadkach analogicznych konkretnie przedstawiałby się w ten sposób, że uczulony wskutek zmian wewnętrznego wydzielania aparat naczynioruchowy (zarówno ośrodkowy, jak i obwodowy z nerwami roślinnemi, splotami naczyniowemi, a może nawet mięśniówka naczyń), pod wpływem właściwego bodźca wyzwala nadciśnienie drogą zmian w napięciu nerwów roślinnych, bez zależności od tego, czy ten bodziec działa centralnie, czy obwodowo, czy też jednocześnie obwodowo i centralnie.

Wobec wyżej wypowiedzianego przypuszczenia, że przełomy naczyniowe o dużych wahaniach spotykamy albo w przypadkach nadciśnienia już istniejącego, albo u osób z uczulonym układem naczynioruchowym, nasuwa się myśl, że z chwilą większego uczulenia tego aparatu stają się zbyteczne silne bodźce niezbędne na początku dla wywołania przełomu naczyniowego i że nadciśnienie napadowe, lub nawet stałe może wystąpić już pod wpływem bodźców słabszych, a nawet fizjologicznych. Analogicznie poniekąd wypowiedział się Kylin. Jako potwierdzenie mógłby posłużyć podany przez autora fakt, że w przypadkach „nadciśnienia samoistnego" we śnie ciśnienie spada, dochodząc nawet do normy.

Daleki jestem, oczywiście, od tego by na mocy jednego tylko chociażby najdokładniej zbadanego, przypadku rozstrzygnąć kwestję powstawania „nadciśnienia samoistnego". Regulacja ciśnienia, wzajemny stosunek między sobą nerwów roślinnych, jonów, koloidów i hormonów są zjawiskami tak zawiłemi i wielostronnemi, że znane nam dotychczas fakty są może tylko słabym, zanadto może schematycznym odblaskiem tego, co się rzeczywiście dzieje w ustroju. Sądziłbym jednak, że dalsze badania, prowadzone w tym kierunku, przyczynią się do wyświetlenia tej tak palącej kwestji „nadciśnienia samoistnego".

Piśmiennictwo:

Adlesberg i Porges: Klin. Woch. N. 31. 1925 r. — Ch. Aubertin: Jour. Méd. français N. 2. 1927 r. — Barrieu: Le Monde Méd. N. 717. 1927. — L. Bard: — Arch. malod. Coeur N. 11. 1928. — L. Bard: Arch. malad. coeur N. 4. 1929. — H. Bernhardt: Klin. Woch. N. N. 16 i 17. 1926. — Bahsi: Klin. Woch. N. 9. 1925. — J. A. Barré i L. Crusen: Aute de Méd. T. X. N. 4. 1921. — S. Bloch: Le monde méd. N. 722. 1928. — S. Bloch i B. J. Lappas: Le monde méd. N. 696. 1926. — Chiray i Pavel: La vesicule biliaire, Paris, Masson, 1927. — Cobet: Karlsbader ärztliche Vorträge T. 1928. — D. Danielopoln i A. Carniol: Annales de Méd. T. XII. N. 1922. — D. Danielopolu: Pr. Méd. N. 59. 1923. — D. Danielopolu i A. Carniol: Arch. mal. coeur N. 3. 1923. — D. Danielopolu i A. Carniol: Ibidem. — D. Danielopolu: Pres. Méd. N. 40. 1925. D. Danielopolu: Bul. et Mem. Soc. méd. hôp. Paris. N. 6. 1925. — E. Donzelot: Paris Médic. 7 juillet 1928. — E. Donzelot: Le monde méd. N. 747. 1929. — Dresel: Klin. Woch. N. 22. 1925. — Dresel i Sternheimer: Klin. Woch. N. 17. 1925 M. Duvoir: Le journal méd. français N. 11. 1928. — Eppinger, Kisch i Schwarz: Klin. Woch. N. 23. 1925. — Józef Goldfeil: Pol. Arch. med. wewn. T. IV. zesz. 3. 1926. — Józef Goldfeil: Pol. Arch. med. wewn. T. VI. zesz. 3. 1928. — Józef Goldfeil: Warsz. Czasop. lekarskie N. 12. 1925. — Goldman Miecz.: (sen.) Pol. Arch. med. wewn. T. VII. zesz. 1. 1929. — Goldman Miecz.: (sen.) Warsz. czas. lek. N. 2, 1928. — Goldman Miecz.: (jun.) Pol. arch. med. wew. T. V. zesz. 4. 1927. — Goldman Miecz.: (jun.) Pol. Arch. med. wew. T. VI, zesz. 2. 1928. — Guggenheimer i Fischer: Deut. Med. Woch. N. 5. 1929. — A. G. Guillaum: Le Sympatique, Paris, Masson. 1925. — P. Harvier i M. Bariéty: Bul. et Mem. Soc. méd. Hôp. Paris. N. 5. 1925. — Handovsky i Fong: Klin. Woch. N. 23. 1925. —F. Heimann: Karlsbad. ärztl. Vorträge, T. 10. 1929. — K. J. Hoffmann: Ther. der Gegen. H. 3. 1929. — Jendrassik i Czike: Klin. Woch. N. 32. 1927. — W. Janowski: Gaz. Lek. 1907. N. N. 8—10. — W. Janowski: Gaz. Lek. 1914. N. N. 10—12. H. — Kahler: Wien. Klin. Woch. N. 14—15. 1923. — Koehler: Klin. Woch. N. 11. 1929. — A. Krauze: Pol. gaz. lek. N. 3-4. 1926. — A. Krauze: Bul. Soc. méd. Hôp. Paris. N. 3. 1926. — N. Kudrjawcew i A. Worobiew: Zeitsch. für die Ges. exp. Med. T. 48. H. 1-2. — E. Kylin: Klin. Woch. N. 6. 1925. — E. Kylin: Klin. Woch. N. 11. 1925. — E. Kylin: i Myhrman: Klin. Woch. N. 19. 1925. — E. Kylin: Klin. Woch. N. 17. 1925. — E. Kylin: Acta med. Scandin. T. T. LXI N. 4-5. 1925. cyt. w Pres. Med. N. 65. 1925. — E. Kylin: Die Hypertoniekrankheiten, Berlin, J. Springer. 1926. — Hess: Klin. Woch. N. 30. 1926. — M. Laignel-Lavastine: Pathologie du Sympathique. Paris Felix Alcan. 1924. — Gui Laroche: Opothérapie endocrinienne. Paris, Masson. 1925. — L. Lichtwitz: Die Praxis der Nierenkrankheiten. Berlin, J. Springer 1925. — Ch. Laubry i Ed. Doumer: Pres. méd. N. 52. 1926. — M. Labbé, J. Tinel et Doumer: Bul. Soc. méd. Hôp. Paris N. 22, 1922. — E. Leschke: Karlsbad. ärztl. Vorträge, T. 9, 1928 r. — 59 Loewy: Klin. Woch. Nr. 17, 1925 r. — 60) Lutringer: Journ. méd. de Lyon 5 fevrier 1927 r. — 61) Mathei: Pres. Méd. Nr. 60, 1926 r. — 62) Magniel: Bul. Soc. Méd. Hôp., Paris Nr. 6, 1924 r. — 63) B. Merklen i J. Chaumerliac: Bul. Soc. Méd. Hôp., Paris Nr. 13, 1929 r. — 64) Meyer i Gotlieb: Experiment. pharmakologie. Urban i Salcwarzenberg 1921 r. — 65) B. Molnar jun: Ther. der Gegenwart. Nr. 4, 1929 r. — 66) H. R. Oliwer: Journ. méd. français, Nr. 2, 1927 r. — 67) P. Oury: Pres. Méd. Nr. 76, 1926 r. — 68) H. Paillard: Journ. méd. français, Nr. 2, 1927 r. — 69) J. Pal: Gefässkrisen. Leipzig, S. Hirzel 1905 r. — 70) Tenże: Klin. Woch. Nr. 42, 1925 r. — 71) Tenże: Klin. Woch. Nr. 25, 1923 r. — 72) Tenże: Med. klin. Nr. 1, 1929 r — 73) G. W. Parade: Ther. der Gegenw. Nr. 4, 1929 r. — 74) L. Pellissier: L'Hypertension artérielle solitaire. Paris, Masson 1927 r. — 75) Erw. Pulay i Mar. Richter: Zeitschr. f. die Gesam. exp. Medic. T. 48, H. 3—5. — 76) Raab: Klin. Woch Nr. 24, 1929 r. — 77) Rothlin: Klin. Woch. Nr. 30, 1925 r. — 78) K. Rożkowski: Pol. arch. med. wew. T. VI, zesz. 1. 1928 r. — 79) A. R. Salmon: Le jour. méd. français Nr. 8, 1928 r. — 80) Schilf: Klin. Woch. Nr. 5, 1927 r. — 81) Siebeck: Klin. Woch. Nr. 5, 1925 r. — 82) Simon: Klin. Woch. Nr. 40, 1925 r. — 83) Tenże: Klin. Woch. Nr. 40, 1926 r. — 84) Stahnke: Klin. Woch. Nr. 1, 1928 r. — 85) H. Strauss: Die Nephritrien Urban und Schwarzenberg 1920. 86) E. A. Schafer: Les Glandes à Sécrétion interne. Paris, Octave Doin 1920 r. — 87) St. Sümegi i St. Liebmann: Zeitsch. f. die Ges. exp. Med. T. 48, zesz. 1—2. — 88) A. Tournad et M. Chabrol: Compt rend Soc. Biol. Nr. 6, 1925 r. — 89) Tschernosatonskaja: Klin. Woch. Nr. 17, 1929 r. — 90) Uhlenbruck: Klin. Woch. Nr. 3, 1929 r. — 91) H. Vaquez: Maladies du coeur. Paris, Baillière et fils, 1921 r. — 92) Vaquez et E. Donzelot: Pres Méd. Nr. 11, 1929 r. — 93) H. Vaquez, E. Donzelot et E. Géraudel: Pres. Méd. Nr. 11, 1929 r. — 94) Viale: Klin. Woch. Nr. 2, 1929 r. — 95) M. Vernet: Bul. de l'acad. de méd. Nr. 38, 1924 r. — 96) M. Villaret et L. Justin-Besançon: Bul. Soc. Méd. Hôp. Paris. Nr. 11, 1926 r. — 97) M. Villaret, S. Bloch, M. Bariéty et Lappas: Bul. Soc. Méd. Hôp., Paris Nr. 25, 1926 r. — 98) M. Villaret, M. Bariéty et Justin-Besançon: Bul. Soc. Méd. Hôp., Paris Nr. 28, 1926 r. — 99) M. Villaret, M. Bariéty et L. Justin-Besançon: Le Journal méd. français Nr. 2, 1927 r. — 100) M. Villaret: Le monde méd. Nr. 746, 1929 r. — 101) Volmer:

Klin. Woch. Nr. 13, 1923 r. — 102) Tenże: Klin. Woch. Nr. 33, 1925 r. — 103) Clément Weber: Arch. du coeur, Septembre 1927 r. — 104) S. G. Zondek i Benat: Klin. Woch Nr. 17, 1925 r. — 105) H. Zondek i H. Ucko: Klin. Woch. Nr. 1, 1925 r. — 106) H. Zondek i H. Bernhardt: Klin. Woch. Nr. 31, 1925 r. 107) H. Zondek i H. Ucko: Klin. Woch. Nr. 40, 1926 r. — 108) H. Zondek i Aschheim: Klin. Woch. Nr. 22, 1926 r. — 109) S. G. Zondek: Klin. Woch. Nr. 17, 1925 r. — B Zondek: Klin. Woch. Nr. 27, 1926 r. — 111) Zorn: Klin. Woch. Nr. 5, 1927 r. — 112) N. Zunz i A. Loewy: Lehrb. der Physiol. des Menschen, Leipzig. Vogel 1920 r.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt Kliniki Lwów.
Dr. Mieczysław SZAJNA, asystent Zakładu.

O zawartości ciał tłuszczowych i tłuszczowatych w nowotworach złośliwych i jej znaczeniu dla rokowania (prognostyki chemicznej).

Z kliniki chirurgicznej (Dyr. Prof. Dr. H. Schramma) i z Zakładu Fizjologji (Dyr. Prof. Dr. A. Beck) Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

Ustalenie rokowania przy nowotworach złośliwych zwłaszcza o ile chodzi o rokowanie pooperacyjne, ma niewątpliwie wielkie znaczenie tak dla chorego i jego rodziny, jak dla lekarza i operatora. To też w ostatnich czasach zwrócono pilniejszą uwagę na cechy nowotworów któreby pozwoliły określić dalszy ich rozwój i przebieg choroby. Prace te posuwają się prawie wyłącznie w kierunku tz. prognostyki histologicznej tj. możliwości oznaczenia rokowania na podstawie obrazu drobnowidowego, czego zazwyczaj żąda się od anatomo-patologa.

Zdania jednak o wartości wniosków takich są nader podzielone, przynajmniej o ile chodzi o pewne rodzaje, względnie umiejscowienia nowotworów. Zazwyczaj przypisują duże znaczenie stwierdzeniu stopnia zróżnicowania komórek nowotworowych w porównaniu z podłożem; i tak Broders podzielił guzy wargi i skóry, Martzloff raki szyjki macicznej według stopnia zróżnicowania, przyczem obydwaj autorzy stwierdzili tem dłuższy okres wyleczenia im wyższym był stopień zróżnicowania. Przy innych nowotworach zawodzi jednak ta zasada jak np. przy raku sutka, na co zwrócili uwagę Fischer, Siemens, podkreślając różnicę zdań dotyczące rokowania przy raku sutka na podstawie obrazu drobnowidowego (Halstedt, Boss, Salomon, Feist i Bauer, Lindenberg, Iselin, Wiesmann). Duże znaczenie przypisywano odczynowi w częściach przylegających do nowotworu, lecz i tu zachodzą różnice zapatrywań; jedni cenią wartość reakcji leuko- i limfocytarnej na granicy nowotworu jako objawu samoleczenia się, który może posiadać znaczenie dla prognostyki, inni jak Renaud i Masson uważają ten odczyn za skutek rozpadu tkanki nowotworowej i jako taki za wtórny.

Podobnie rozbieżne są i zdania o znaczeniu zmian włóknistych i szklistych na granicy guzów. Próby oznaczenia rokowania przy raku żołądka na podstawie obrazu drobnowidowego z uzyskanych operacyjnie guzów podejmowano kilkakrotnie jednak bez zgodnych wyników, tak, że w piśmiennictwie odnośnem znachodzimy zdania nieraz wprost przeciwne; Konjetzny wyraża się, iż wyjątków od reguły jest tu tak wiele, że o pewności nie może być najmniejszej mowy i stara się określić rokowanie przy raka żołądka raczej na podstawie wyglądu makroskopowego (charakter expanzywny czy infiltrujący) guza. Wreszcie Plaut zwraca uwagę na niepewność podstaw na których opiera się prognostyka histologiczna.

Próby oznaczenia stopnia złośliwości nowotworów na podstawie badania ich składu chemicznego były nader nieliczne. I tak Rollo i Brault uzależniali energię wzrostu nowotworu od zawartości glykogenu, podobnie jak Schützenberger który stwierdził tem większą ilość glykogenu im nowotwór był złośliwszym; Fulci zwrócił uwagę na obfitość kwasu mlekowego w szybko rosnących guzach. Z zakresu ciał nieorganicznych należy wymienić badania Clowes'a i Friesbie'go, Wolfa, Trosiera i Watermanna którzy zajmowali się stosunkiem zawartości jonów potasu i wapnia do siły wzrostu nowotworów.

Badania powyższe nie osiągnęły jednak większego znaczenia dla prognostyki nowotworów. Podobnie i wnioski wysnuwane na podstawie badania chemicznego surowicy krwi (odczyny Bothela, Roffa, Fischera i in.) oraz moczu pozwalają tylko na ocenę stanu ogólnego chorego bez możliwości oznaczenia złośliwości i rokowania nowotworu.

W poszukiwaniu składnika chemicznego tkanki nowotworowej którego oznaczenie mogłoby mieć wartość dla „prognostyki chemicznej" zwróciliśmy uwagę na ciała tłuszczowate (lipoidy). Brak swoistej dla nowotworów substancji w ich tkance dowodzi, że tkanka nowotworowa jest integralną częścią ustroju w którym wzrasta, a innem jest tylko nasilenie jej przemiany materji. Najistotniejszą cechą nowotworów jest ich niezmiernie szybki wzrost, który musi być uwarunkowany obecnością ciał, znajdujących się i w prawidłowych komórkach w znaczniejszej ilości w okresie ich wzrostu jak w stanie spoczynku. Do takich ciał należą właśnie ciała tłuszczowate. Znaczna ich ilość w każdej komórce w okresie jej wzrostu wskazuje na ważną rolę, jaką w tym procesie odgrywają. Również wyjątkowe własności ciał tłuszczowatych w bardzo małym stopniu rozpuszczalnych w wodzie pozwalają przyjąć hipotezę, że ciała te tworzą zrąb organizmu, będącego zresztą układem mniej lub więcej uwodnionych kolloidalnych solów i żelów, których własności zmieniają się pod wpływem elektrolitów.

Ciała tłuszczowate uzyskane drogą wyciągów z krwi i oznaczone ilościowo tylko w małej mierze zdołają wyjaśnić nam rolę jaką odgrywają w ustroju. Uzyskiwanie bowiem w ten sposób ciał tłuszczowatych nie pozwala nam poznać ich cech jakościowych, które polegają na związku z białkiem; cechy te dają się wykazać jedynie próbami biologicznemi, które są też najwłaściwszą drogą wykazania zmian zachodzących w ustroju pod wpływem nowotworów złośliwych.

Znaczenie biologiczne lipoidów wzrosło z chwilą gdy wykazano, że mogą one tworzyć w ustroju zwierzęcym przeciwciała skierowane ściśle specyficznie przeciw danemu antygenowi. Antygenem mogą być ciała lipoidowe tylko wtedy, gdy wstrzyknie się je zwierzęciu równocześnie z białkiem, najlepiej z surowicą świńską (Sachs i Landsteiner (1), Landsteiner (2), Landsteiner i von der Scher (3), Bordet i Renaux (4), Klopstock (5), Brandt, Gath i Müller (6), Neuscheiner). Ponieważ ciała tłuszczowate znajdują się w ustroju właśnie w łączności z białkiem, przeto możliwość tworzenia takich przeciwciał stwarza nowe podstawy dla patologji i terapji zwłaszcza tych chorób, których istotą jest zniszczenie tkanki ustrojowej.

W pracy poniższej mieliśmy na celu zbadanie stosunku pomiędzy złośliwością tkanki nowotworowej, zwłaszcza rakowej a ogólną ilością zawartych w niej tłuszczów i ciał tłuszczowatych. Zawartością ciał tych w tkance nowotworowej zajmowało się kilku autorów, którzy oznaczali bądź to całość tłuszczów i lipoidów, bądź to same lipoidy bądź też cholesterol. I tak R. Walter znalazł zmniejszoną ilość lipoidów w tkance rakowej w porównaniu ze zdrową tkanką wątrobową, Loeper, Debray i Tonnet (7) oraz Wells oznaczyli większe ilości cholesterolu w nowotworach złośliwych a Concil Archibald (8) podaje liczbę jodową dla tkanki w najbliższej okolicy nowotworu na 74,4 — 69,8, dla najbardziej zaś odległej od guza nowotworowego 70,1 — 65,9, dla tkanek zdrowego organizmu wartości te wynoszą 60,8 — 60,2. Tenże sam autor znachodzi wzmożoną ilość tłuszczów w samych nowotworach złośliwych, tj. liczbę jodową dla tych ostatnich równą 72,6 w porównaniu z wartością 44—60 dla tkanek zdrowych. Z innych Maresch (9) wykazał w raku wyrostka robaczkowatego ciała tłuszczowate, które uważa za swoiste dla tych nowotworów. Znaczenie ciał tłuszczowatych dla powstawania i rozwoju nowotworów wzrosły gdy Rondoni (10), Jorstadt (11), Bernstein i Elias (12) wykazali ich wpływ na powstawanie smołowych nowotworów u królików i białych myszy. Jakkolwiek wyniki tych autorów wykazują sprzeczności, fakty jednak wykryte przez nich a mianowicie różne zachowanie się nowotworów u zwierząt którym wstrzykiwano wyciągi lipoidowe w porównaniu z temi których pokarm pozbawiono lipoidów zwróciły naszą uwagę na możliwość związku pomiędzy złośliwością tkanki nowotworowej i jej zawartością ciał tłuszczowych i tłuszczowatych.

Badania nasze zaczęliśmy od oznaczenia w wyciągach alkoholowo-eterowych sporządzonych z nowotworów złośliwych, dobrotliwych oraz niektórych tkanek zdrowych obserwując równocześnie klinicznie złośliwość pierwszych. Wyciągi sporządzaliśmy zawsze z 5gr typowej tkanki danego nowotworu dokładnie oczyszczonej z tkanek przylegających, tłuszczu i td. względnie z tyluż gr. tkanki prawidłowej w 100 cm³ mieszaniny alkoholowo-eterowej, oznaczając następnie ilość ciał tłuszczowych metodą Banga. Oznaczenie powtarzaliśmy zawsze trzykrotnie podając jako ostateczną ilość średnią z trzech oznaczeń. Uzyskane wyniki podane są w poniższem zestawieniu.

L. p.	Rozpoznanie	Dane kliniczne	Wiek	Ilość mg w 100 gr tkanki	Drobnowidowo	Uwaga
1	Carcinoma mammae d.	Guz wielkości jaja kurzego od 6 mies., niewielkie ruchome gruczoły pachowe	45	9·68	Ca simplex medullare	Grupa Steinthala II.
2	Ca mammae d.	Mały guzek, duże pozrastane z otoczeniem gruczoły pachowe. Trwanie od 5 mies.	52	12·24	Ca scirrhosum	" "
3	Ca mammae sin.	Duży guz od kilku miesięcy. Gruczoły pachowe niewielkie, ruchome. Po 3 mies. pooperacji nawroty w skórze.	44	14·36	Carcinoma adenomatosum	" "
4	Ca maxillae sin.	Guz owrzodziały od strony podniebienia.	56	11·32	Adenocarcinoma	
5	Ca mammae d.	Stwardnienie rozlane zaciągające brodawkę, gruczoły pachowe duże, ruchome, trwanie od 3 mies.	38	13·73	Carcinoma scirrhosum	" "
6	Ca mammae sin (gruczoł pachowy).	Mały guz, wielkie nieruchome gruczoły pachowe. Trwanie od 5 mies. Gruczoły nadobojczykowe powiększ.	59	15·50	Przerzut ca. w gruczole limfatycznym.	Grupa St III.
7	Ca mammae d.	Duży owrzodziały guz. Gruczoły pachowe duże, mało ruchome. Trwanie od 4 mies.	40	13·26	Ca simplex medullare	Grupa St. II.
8	Ca menti.	Duże owrzodzenie brody przechodzące na żuchwę. Gruczoły powiększone.	52	12 90	Cancroid	
9	Ca mammae sin.	Duży guz, gruczoły pachowe nie powiększone. Trwanie od roku.	60	9·20	Carcinoma scirrhosum	Grupa St. I.
10	Ca mammae sin.	Mały guzek, gruczoły pachowe powiększone, ruchome. Trwanie od 3/4 roku.	51	9·68	Carcinoma scirrhosum	Grupa St. II.
11	Ca mammae d.	Mały guz zaciągający pierś, gruczoły pachowe zrośnięte z żyłą pachową, gruczoły nadobojczykowe powiększ. Trwanie od 4 mies. Nawrót po 2 miesiącach.	32	18·90	Carcinoma scirrhosum	Grupa St. III.
12	Ca mammae s.	Guz wielkości jaja kurzego. Gruczoły pachowe powiększone, ruchome.	57	12·0	Ca simplex	Grupa St. II.
13	Ca ventriculi.	nacieczenie części odźwiernikowej rozlane, duże przerzuty w gruczołach. Nawrót po 1/2 roku.	59	16·0	Carcinoma gelatinosum	
14	Sa cutis.	Guz okolicy obojczyka lewego operowany przed kilku laty, obecnie nawrót.	38	12·6	Sa fusocellulare	
15	Sa cutis.	Wielkie guzy na skórze pleców (nawrót). Szybki wzrost.	54	13	Sa fusocellulare	
16	Tumor testis d.		43	10·28	Seminoma	
17	Chondro-sarcoma scapulae.	Nawrót po zabiegu (wyskrobanie) wykonanym przed 1/2 roku.	60	11·6		
17a	" "	Część guza rozpadająca się.	—	4·0		
18	Hypernephr. dextr.	Guz nerki prawej.	52	13·3		
19	Ca mammae d.	Guz w piersi prawej, gruczoły pachowe powiększone obustronnie i nadobojczykowe prawe. — W piersi lewej guzek wielkości orzecha. Trwanie od 1/2 roku. Po 3 miesiącach zmarła na przerzuty wewn.	34	14·04	Ca adenomatosum	
19a	" "	Guzek z piersi lewej.	—	6·4	Fibroadenoma	Grupa St. III.

Nowotwory dobrotliwe, względnie tkanki prawidłowe.

Nr.	Rodzaj tkanki	Zawartość lipoidów w 100 gr. tkanki mg:
1	Fibroma uteri	7·66
2	Fibroadenoma mammae	6·8
3	Fibroma parietis abdominis . . .	6 5
4	Struma parenchymatosa	2·26
5	Wątroba	15·00
6	Jądro	10·00
7	Gruczoł mleczny w okresie laktacji	13·60

Jak wynika z powyższego zestawienia zawartość ciał tłuszczowych i tłuszczowatych w nowotworach złośliwych jest znacznie wyższą niż w nowotworach dobrotliwych względnie w tkance tego rodzaju jak przerosły gruczoł tarczykowy. Średnia ich ilość w pierwszych wahała się w granicach 9,20 — 19,00 mg w 100 gr świeżej tkanki, podczas gdy w nowotworach dobrotliwych wahała się w granicach 6.4 — 7.66, wynosząc w tkance wola mimo obfitości komórek w tej ostatniej zaledwie 2,26. Ilości znalezione w nowotworach złośliwych dorównują a często przewyższają cyfry obliczone dla tkanek prawidłowych a obfitujących w lipoidy jak wątroba, jądro lub gruczoł mleczny funkcjonujący. Wśród niewielkiego materjału przypadków w których zdążyliśmy badania powyższe przeprowadzić zwraca uwagę fakt, iż w przypadkach nowotworów o przebiegu szczególnie złośliwym zawartość ciał tłuszczowych i tłuszczowatych była znaczniejszą jak w innych. Należy tu np. przypadek 3. raka piersi w którym mimo krótkiego trwania sprawy i możliwości doszczętnego zabiegu nawrót wystąpił bardzo szybko a dalej przypadki 5. i 6. i 7. w których gruczoły zostały zajęte badzo szybko; ciekawym jest przypadek 11. o cyfrze bardzo wysokiej (18.90) w którym rozwój nowotworu był niezwykle szybki (grupa III. Steinthala po 4 mies. trwania sprawy chorobowej) podobnie jak i 19-ty z zajęciem obustronnem gruczołów pachowych oraz nadobojczykowych i szybkiem zejściem śmiertelnem; w tym ostatnim przypadku w piersi zdrowej guzek dobrotliwy (fibroadenoma) o niskiej zawartości lipoidów. Dla raka piersi zawartość ciał tłuszczowych i tłuszczowatych zdaje się przebiegać równolegle do ich stopnia złośliwości klinicznej, wykazując w przypadkach o złośliwości stosunkowo mniejszej cyfry znacznie niższe. Stosunki te są niezależne od budowy drobnowidowej i od zawartości tkanki łącznej (scirrhus, ca. simplex medullare adenomatosum). Stopień złośliwości, jest w tabeli do pewnego stopnia określony przy raku piersi czasem trwania sprawy nowotworowej i przynależnością do jednej z grup Steinhala (guz bez zajęcia gruczołów, guz ruchomy i zajęte gruczoły pachowe, guz zrośnięty z podstawa, prócz pachowych zajęte nadobojczykowe), względnie pojawieniem się nawrotu i dalszym przebiegiem schorzenia.

Nowotwory innego rodzaju jak rak żołądka, nadnerczak, mięsak skóry i inne wykazywały również cyfry nader wysokie. Ciekawym jest fakt, że części nowotworów znajdujące się w stanie rozpadu okazywała znacznie mniejsze ilości ciał tłuszczowych i tłuszczowatych jak odpowiednie miejsca tkanki dobrze utrzymanej; różnicę tę otrzymywaliśmy stale, toteż zawsze zwracaliśmy wielką uwagę na stan tkanki nowotworowej w której przeprowadziliśmy oznaczenia.

Jak z powyższych danych wynika, złośliwość danej tkanki nowotworowej łączy się z obfitością zawartych w niej ciał tłuszczowych i tłuszczowatych. Badania te, o charakterze wstępnym mają posłużyć do zorjentowania się w badaniach dalszych, których celem będzie oznaczenie poszczególnych tłuszczów i ciał tłuszczowatych w nowotworach złośliwych, przyczem szczególną uwagę zwrócimy na lecytynę, niezmiernie, ważny składnik lipoidowy ustroju zwierzęcego. Być może, że wówczas zdołamy przeprowadzić ściślejszą granicę między tkanką nowotworu złośliwego a tkanką prawidłową obfitującą w tłuszcze i lipoidy, oraz znaleść dla pierwszej charakterystyczny dla niej rodzaj badanych ciał; prognostyka chemiczna nowotworów złośliwych zyska wówczas silniejsze podstawy.

Piśmiennictwo.

1) według Bordet i Renaux. — 2) według Hirschfelda, Konstitutionsserologie und Blutgruppenforschung 134, 1928. — 3) według Bordet i Renaux. — 4) Bordet i Renaux, Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. T. 95. 28. — 5) Zeitschrift f. Immf. u. exp. Ther. Bd. 48, 2. III. 1926. — 6) Klin. Woch. 5. 15. 1926. — 7) Cpt. rend. des séanc. de la soc. biol. 83. 23. 1920. — 8) Journ. of. path. a. bact. 25. 2. 1922. — 9) Münch. med. Woch. 60. 1913. — 10) Zeitschr. f. Imm. forschung und exp. Ther. 49. — 11) Journ of cancer. research. 10,2 1926. — 12) Med. Klin. 23. 42 1927.

Dr. E. SALITÓWNA i Mag. Fil. M. SOKOŁOWSKA Wilno.

Badanie krwi pod względem chemicznym i fizyczno-chemicznym w nadciśnieniu tętniczem.

Z II. Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Stef. Batorego w Wilnie. Dyrektor: Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

Praca nasza ma za zadanie przedstawić wyniki badań chemicznych i fizyczno-chemicznych krwi chorych z nadciśnieniem i wyjaśnić 1) czy można na tej podstawie wnioskować o patogenezie nadciśnienia, wyodrębniającego się coraz więcej, jako samoistna jednostka chorobowa i 2) czy wyniki badań krwi w nadciśnieniu pierwotnem różnią się od takowych w nadciśnieniu pochodzenia nerkowego, wiemy bowiem, że jeszcze są szkoły, które wiążą każde przewlekłe nadciśnienie z patologicznym stanem nerek. Badając krew na zawartość składników azotowych, zatrzymanie których przedewszystkiem zależy od upośledzenia czynności nerek, będziemy mogli sądzić, jaki jest stan ich w nadciśnieniu pierwotnem. Inni wiążą nadciśnienie pierwotne z zaburzeniem w stanie elektrolitów, niektórzy uzależniają go od zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej. Zbadałyśmy krew oprócz składników azotowych, na chlorki, potas, wapń (z dwóch ostatnich składników obliczony został współczynnik K/Ca), na cholesterynę, bilirubinę, cukier, białko, (obliczono również współczynnik białkowy) na zapas zasad i pH, co dało nam możność sądzić o stanie elektrolitów i koloidów krwi o równowadze kwasowo-zasadowej. Jak wiemy nadciśnienie pierwotne w pierwszym okresie nie przedstawia żadnych zmian anatomicznych i dopiero później z rozwojem arterjosklerozy powstają zmiany w nerkach, a częściowo w innych narządach. Z tego względu odróżniano w Klinice, według wskazówek prof. Januszkiewicza, następujące okresy w rozwoju nadciśnienia: *Hypertensio essentialis variabilis,* w którem ciśnienie krwi dzienne i nocne podlegało znacznym wahaniom, a w moczu nie można było się doszukać najmniejszych zmian: do grupy następnej *Hypertensio essentialis variabilis cum nephrosclerosi* zaliczyliśmy chorych, u których wykryte były odpowiednie zmiany ze strony moczu: *Hypertensio essentialis stabilita* obejmuje chorych z wysokiem ustalonem ciśnieniem krwi, któremu towarzyszą większe lub mniejsze zmiany ze strony moczu. Otóż, wychodząc z tego założenia porównywałyśmy wyniki badań każdej z tych grup ze sobą, a wszystko to razem z grupą nadciśnienia nerkowego, do której weszły przypadki przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek i nerki marskiej wtórnej.

Zbadałyśmy 38 przypadków z nadciśnieniem pierwotnem, 7 przypadków z nadciśnieniem pochodzenia nerkowego. Byli to chorzy płci obojga (kobiet 23, mężczyzn 22) w wieku od 23—70 lat, najwięcej między 35—60 rokiem życia. Pozostawali oni w jednakowych warunkach klinicznych i w ciągu kilku dni przed badaniem otrzymywali jednakową dietę. Wszystkie badania przeprowadzałyśmy na krwi jednorazowo pobranej rano naczczo u chorego, przebywającego w zupełnym spokoju w łóżku. Dla porównania i dla oceny naszej metody i techniki, zbadałyśmy pod względem chemicznym i fizyczno-chemicznym krew 15 osobników zdrowych, przeważnie żołnierzy, których w tym celu również umieszczono w Klinice na kilka dni.

Z wyników badań osobników zdrowych wyprowadzone zostały przeciętne liczby, drogą obliczenia średniej arytmetycznej ze wszystkich przypadków; liczby te okazały się zgodne lub bardzo blizkie do średnich podanych w piśmiennictwie.

Przystępujemy do omówienia wyników badań poszczególnych składników, zwracając większą uwagę na badania mniej znane.

Składniki przemiany azotowej: azot resztujący, kreatyninę i kwas moczowy badane były metodą Folina i Wu przez Sokołowską. Na zawartość tych składników zwrócono uwagę pierwotnie ze względu na choroby nerek, szczególnie pochodzenia zapalnego, w których może dojść do zatrzymania produktów przemiany białkowej.

Azot resztujący — za normę przyjęliśmy 30,0 — 40,0 mg % (średnio według naszych badań 34,0 mg %) zawartość większą od 40,0 mg % uważałyśmy za zwiększoną, mniejszą od 30,0 mg % —

za zmniejszoną. Z 38 zbadanych przypadków nadciśnienia pierwotnego w 23 (60%) przypadkach azot resztujący był w ilościach normalnych (30 — 40 mg %), w 13 — (34%) zwiększony, w 2 — (6%) zmniejszony.

Zaznaczyć należy, że odchylenia w stronę zmniejszenia (2 przyp.) przeważnie nie przekraczały najwyższych i najniższych liczb spotykanych u ludzi zdrowych. Strauss podaje 20 — 35 mg %, Hohlweg — 51 mg % średnio, Siebeck — 50,0 mg % jako maksimum dla azotu resztującego. Większość autorów uważa, że klinicznie dopiero przekroczenie powyżej 60,0 mg % wskazuje na rzeczywiste zatrzymanie; takich przypadków wśród 13 zaliczonych przez nas do grupy ze zwiększoną zawartością NR. nie było. Natomiast z 7 przypadków nadciśnienia nerkowego w jednym ilość azotu resztującego była normalna, w 6 (86%) — zwiększona, z nich w 5 była powyżej 60,0 mg %, a w dwóch dochodziła do 100,0 — 150,0 mg %. Porównując zawartość azotu resztującego w poszczególnych grupach nadciśnienia stwierdzamy stopniowe zwiększanie się ilości przypadków ze wzmożoną zawartością azotu resztującego we krwi od grupy I. do IV. Mamy w I grupie — 3 przyp. (30%), w II — 3 (30%), w III — 7 (39%) ,w IV — 6 (86%).

Kreatynina — za normę przyjęłyśmy 1,5 — 2,0 mg % (średnia według naszych obliczeń była 1,50 mg%). Z 35 badanych — 24 (69%) mieli kreatyninę w ilościach normalnych, 11 (31%) zmniejszonych. Żadnej różnicy pod tym względem między grupami nie stwierdzono. W 6 przypadkach nadciśnienia nerkowego w 2 (33%) kreatynina była zwiększona, w 4 (67%) normalna.

Kwas moczowy — za normę przyjęłyśmy 3,4 — 4,0 mg %) (średnia otrzymana przez nas — 3,9 mg%). W 38 przypadkach nadciśnienia pierwotnego w 24 (63%) kwas moczowy był w ilości zwiększonej, w 14 (37%) w normalnej (3,4 — 4,0 mg %), bez wyraźnego stosunku co do poszczególnych grup.

W przypadkach nadciśnienia nerkowego kw. moczowy był zwiększony (100%), przyczem poziom kwasu moczowego w przypadkach nerkowych okazał się wyższy (do 8,9 mg %) niż w nadciśnieniu pierwotnem (mx. 5,5 mg %).

Poglądy co do pochodzenia i przemiany kwasu moczowego w ustroju uległy zasadniczym zmianom i nie są ostatecznie ustalone. Gdy Garrot uważa za przyczynę zwiększenia się kwasu moczowego we krwi jedynie upośledzenie czynności nerek, większość nowszych badaczy z Umberem na czele trzyma się zdania, że przyczyną tego są zaburzenia przemiany komórkowej.

Brugsch i Schittehelm odróżniają dnę nerkową *(Nierengicht)* od dny pochodzenia komórkowego *(Stoffenwechselgicht)*. Abel wysunął hipotezę, dopatrującą się związku przemiany purynowej z czynnością układu wegetacyjnego. Fleischmann, Falta i Brugsch wiążą ją z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem. Nie wyjaśnionem jest dotychczas, czy napięcie układu wegetatycyjnego jest zależnem od przemiany kwasu moczowego, czy samo nań wpływa, jak również nie wiemy jak uzależnić od gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, czynność która jest pod wybitnem wpływem układu wegetacyjnego. Jakkolwiek prawidłowości w zachowaniu się kw. moczowego w stosunku do azotu resztującego i kreatyniny w naszych przypadkach nie było. W 24 przypadkach zwiększonej ilości kwasu moczowego azot resztujący był w 14 (58%) normalny, w 10 (42%) zwiększony; kreatynina zaś w 19 (80%) normalna, w 5 — (20%) zmniejszona. W 13 przypadkach wzmożonego azotu resztującego w 8 (61%) kwas moczowy był zwiększony, w 5 — (39%) normalny.

Chlorki — metodą Volharda badała Sokołowska. Za normę przyjęto 400,0 — 500,0 mg % (średnia według naszych badań — 440,0 mg %). Ilość chlorków była we wszystkich (100%) przypadkach nadciśnienia pierwotnego normalna; w nadciśnieniu nerkowem w 2 przyp. (30%) zwiększona, i w 5 (70%) normalna.

Potas i wapń. Zawartość potasu i wapnia badała Sokołowska. Potas był określany metodą Kramera w surowicy. Wapń również w surowicy metodą de Waarda. Stałość jonów *Na*, *K*, i *Ca* w surowicy krwi jest ustrojowi konieczna, charakteryzuje ona tak zwaną „izojonję" surowicy, ustrój broni się przeciw zachwianiu tej równowagi, najstalszą jest zawartość NaCl, poziom potasu, a szczególnie wapnia waha się w nieznacznych, dość ścisłych granicach. Wybitne odchylenia następują tylko w daleko posuniętych stanach patologicznych.

Za normę dla potasu przyjęliśmy 18,0 — 22,0 mg% (średnia według naszych badań 21,0 mg%). Na 37 zbadanych przypadków w 12 (32%) otrzymałyśmy wyniki normalne (18,0 — 22,0 mg procent), w 16 (43%) — zwiększone, w 9 (25%) zmniejszone.

Za normę dla wapnia przyjęłyśmy 10.6 — 12,9 mg %), średnio według naszych badań 11,9 mg %). Na 37 przypadków w 25 (68%) wyniki były normalne w 5 (14%) zwiększone, w 7 (18%) zmniejszone. Za normalny współczynnik (K/Ca) uważałyśmy 1,5 — 2,0 (nasza przeciętna — 1,79). Otrzymałyśmy współczynnik zwiększony w 10 (27%) przyp. zmniejszony, w 1 normalny w 26 (70,3%).

Podawane w piśmiennictwie liczby normalne nieraz różnią się wybitnie między sobą, np. Zondek, Petow i Siebert podają jako normę dla potasu 16,8 — 18,0 mg %, dla wapnia 10,2 — 10,7 mg %. Kylin podaje dla potasu 18,0 — 24,0 mg %, dla wapnia 10,6 — 12,0 mg %. Liczby nasze najbardziej zbliżone do podanych przez Kylina.

Przypadki, w których stwierdziliśmy zwiększenie lub zmniejszenie potasu i wapnia rzadko wykazywały znaczne odchylenia od maksymalnych i minimalnych liczb normalnych. Najniższe i najwyższe liczby, które stwierdziłyśmy były dla potasu 16,0 mg % i 30,5 mg %. Dla wapnia — 9.6 mg % i 15,1 mg %. Na podstawie naszych badań stwierdzamy, że poziom potasu jest u hypertoników prawie w połowie przypadków zwiększony, jeżeli zaś rozpatrywać poziom potasu w poszczególnych grupach hypertenzji, to widzimy w grupach I i II poziom potasu naogół większy niż w III. W grupie nadciśnienia nerkowego, otrzymałyśmy w jednym przypadku zwiększony poziom potasu, w 4 — (66%) normalny i zmniejszony w 1. W grupie nadciśnienia ustalonego poziom potasu nieznacznie przekracza średnią normalną, w grupie nadciśnienia nerkowego we wszystkich przypadkach za wyjątkiem jednego nie przekracza maksymalnej normalnej liczby. Wapń u badanych chorych był znaleziony przeważnie w ilościach normalnych, zauważyć się daje jednak zmniejszenie średniej zawartości wapnia w miarę zwiększania się zmian nerkowych, to znaczy od gr. I — IV, w tej ostatniej stwierdzono wapń w 1 przyp. zwiększony, w 2-ch (29%) normalny, w 4 — (57%) zmniejszony. Spiro w swojej pracy podaje dla nadciśnienia niewyrównanego poziom potasu większy niż dla wyrównanego, czego u naszych hypertoników stwierdzić się nie dało. Zaznaczyć należy, że u 9 badanych t. j. w 25% przypadków ilość potasu była zmniejszona. Kraus i Zondek stwierdzają wzrost potasu przy zwiększeniu napięcia nerwu błędnego; pobudzeniu układu sympatycznego odpowiada zwiększenie poziomu wapnia. Wśród naszych przypadków mamy takie, które odpowiadają bardziej wagotonicznemu i takie, które więcej sympatykotonicznemu układowi elektrolitów.

Cukier metodą Kola badała Sokołowska. Za normę przyjęłyśmy 70 — 110 mg %. W 37 przypadkach badanych stwierdzono w 20 (54%) poziom cukru zwiększony, w 17 (46%) normalny. Podobne wyniki otrzymano w grupie nadciśnienia nerkowego, gdyż w 3 (50%) przyp. normalne i w 3 (50%) zwiększoną zawartość cukru.

Jeżeli podzielić te przypadki pomiędzy różne grupy hipertenzji widzimy, że najwięcej chorych ze zwiększoną zawartością cukru należy do grupy II (70%). Nie daje się stwierdzić ściślej zależności między stopniem zmian w nerkach, a ilością cukru we krwi, bo w grupie nadciśnienia nerkowego cukier był zwiększony również tylko w 50%. Von Noorden mówi, że przy zapaleniu nerek przepuszczalność nerek dla cukru się zwiększa. Neubauer znajdywał przy nadciśnieniu w 40% ilość cukru zwiększoną. Wiesel i Schur uzależniają hiperglikemję u nefrytyków od nadciśnienia, a to razem rozpatrują jako skutek hyperadrenalinemji, powstałej na tle przerostu układu chromafinowego. W naszych 15 przypadkach (68%) jednocześnie z hiperglykemją stwierdzono hypercholesterynemję.

Cholesterynę metodą Liebermanna-Burcharda badała Sokołowska. Za normę przyjęłyśmy 150,0 — 180,0 mg% (średnia według naszych obliczeń 166,0 mg %). U badanych przez nas cholesteryna była w 11 (30%) normalna, w 24 (65%) przyp. zwiększona, w 2 (5%) zmniejszona, przyczem w 19 przyp. (79%) stwierdzono jednocześnie zwiększenie kwasu moczowego i w 10 (41%) zwiększenie cukru. Przy porównaniu poszczególnych grup nadciśnienia pierwotnego nie stwierdzono żadnych różnic. Przypadki nadciśnienia pochodzenia nerkowego wszystkie przebiegały z hypercholesterynemją. Jednocześnie zwiększenie się cholesteryny, kwasu moczowego i cukru nie jest przypadkowem. Już Falta i jego szkoła uważali cholesterynemję i hiperglykemję za cechy charakterystyczne dla tak zw. nadciśnienia tętniczego *(vasculäre Hypertonie)*. E. Puła przypisuje zawartości cholesteryny w ustroju, jako właściwości konstytucjonalnej, wielkie znaczenie w pewnych odczynach biologicznych; od tego ma zależeć odczyn ustroju na te lub inne czynniki natury zewnętrznej lub wewnętrznej.

Bilirubina była badana w surowicy metodą Hijmans van den Bergha przez Sokołowską. Za wyższą granicę normy przyjęto 1 jednostkę (koncentracja bilirubiny do 1:100,000). Bilirubina była zwiększona w 17 przyp. (40%) przeważnie u chorych z zaznaczonemi zmianami w układzie krwionośnym.

Białko. Zachowanie się ilości białka w surowicy jak również ustosunkowanie albumin do globulin jest stałe i dlatego odchylenia

od normy mogły wskazywać na zaburzenia w stanie koloidalnym krwi. Zawartość białka w surowicy krwi hipertoników była badana przez Sokołowską i Salitównę metodą refraktometryczną przyrządem Pulfricha w wykonaniu Zeissa. Zbadano 28 przypadków nadciśnienia pierwotnego i 5 — nadciśnienia nerkowego; ponieważ równolegle przeprowadzone badania u 15 osobników normalnych wykazały wahania się białka, obliczonego według tablicy Reissa, w granicach od 7,6%—9,9%, średnio, 8,8% w obliczeniach wzięłyśmy za normalne ilość od 8,0 — 10,0%. Przyjmując te granice znalazłyśmy normalne ilości białka w 24 (73%) przypadkach nadciśnienia; w 6 (18%) — zwiększone i w 3 (9%) — zmniejszone. Różnic pomiędzy rozmaitemi grupami nie udało się spostrzec. Określono współczynnik białkowy ($\frac{alb}{glob}$) w 17 przypadkach. Za normalny przyjęto współczynnik 1,5 — 2,0. U badanych hipertoników otrzymywałyśmy liczby przeważnie większe, t. j. stwierdziłyśmy przesunięcie na korzyść albumin, „przesunięcie obrazu białkowego krwi na prawo" według Kohlerta i Starlingera.

Zapas zasad w surowicy metodą Van Slyka badała Sokołowska. Za normę przyjęłyśmy 55 — 75 cm³ %. Z 38 badanych w 32 przypadkach (84%) otrzymano liczby normalne, w jednym nieznaczne zwiększenie, w 5 (13%) — zmniejszenie i to w przypadkach z dalej posuniętemi zmianami w nerkach i zatrzymaniem azotu resztującego. W 7 przypadkach nadciśnienia nerkowego zapas zasad był w 5 (71%) normalny i w 2 (29%) przypadkach zmniejszony.

Dla wyrobienia pojęcia o stanie równowagi kwasowo - zasadowej nie wystarcza podać tylko zasób zasad, musimy dla jej charakterystyki określić dwa czynniki: stężenie jonów wodorowych we krwi i zawartość dwuwęglanów, albo też zawartość dwuwęglanów we krwi tętniczej i prężność CO_2, pod którą się nasyciła (Parnas: „O kwasicy", str. 438).

W klinice posługiwano się pierwszym sposobem, przyczem zapas zasad określano jak wyżej podano, co do pH stosowano sposób elektrometryczny, badanie przeprowadziła Salitówna. Do metod bezpośrednich oznaczenia pH we krwi należą metoda kolorymetryczna np. Michaelisa, Cullena i in. i metoda elektrometryczna z zastosowaniem ogniwa wodorowego, chinhydronowego albo szklanego. W Klinice określano pH metodą elektrometyczną z zastosowaniem ogniwa wodorowego.

Sposób pobierania krwi i badania był następujący. Krew pobierano u chorego, przebywającego przed badaniem w spokoju w łóżku naczczo z żyły łokciowej przy rozluźnionej opasce lub słabo uciśniętej, a to dla tego, że zastój żylny powoduje pewną utratę zasad i jak wykazali Dautrebande, Dawies, Meakins daje pH znacznie niższe. Aby uniknąć stykania się krwi z powietrzem, co powoduje utratę pewnej ilości CO_2 i otrzymanie wyższego pH, pobierano krew do szczelnej szprycy lub w razie nieco luźniejszego tłoczka nabierano do szprycy pewną ilość parafiny. Pobraną krew wirowano pod parafiną z ew. dodaniem pewnej niedużej ilości kal. oxalicum, zależnie od tego, czy badano pH w surowicy, czy w osoczu. U hipertoników określano pH w surowicy.

Po odwirowaniu badano pH szybko, żeby zapobiec możliwej glycolizie, czego się unika również przez dodanie odrobiny fluorku sodu (Ewans) lub przechowując krew w zimnem miejscu.

Badano surowicę rozcieńczoną roztworem fizjologicznym o pH 7,40 — 7,60. Michaelis i Dawidoff wykazali, że dzięki własnościom buforowym krwi rozcieńczenie nie wpływa na wynik, a ma tą zaletę, że pozwala pracować z mniejszą ilością surowicy względnie osocza.

Technika badania. Do wykonania określenia pH metodą elektrometryczną musimy mieć 1) Przyrząd do mierzenia napięcia ogniwa; w Klince stosowano potencjometr Miślowitzera. 2) Elektrodę kalomelową do utworzenia ogniwa; stosowano elektrodę kalomelową, nasyconą, jako mniej czułą na zmiany temperatury i ciśnienia. 3) Element normalny dla sprawdzania sprawności różnych części potencjometru. 4) Naczyńko do płynu badanego, więc dla krwi w postaci U - elektrody Michaelisa. 5) Aparat Kippa, odpowiednio przyrządzony dla otrzymania wodoru.

Przebieg badania. U - elektroda wypełnia się częściowo roztworem fizjologicznym, wprowadza się pęcherzyk wodoru, pipetą nabiera się surowicę i wprowadza się pod powierzchnię płynu, w odpowiedni sposób zamyka się kran i miesza się 50 razy. Tak przygotowaną elektrodę łączy się w ogniwo z elektrodą kalomelową i po połączeniu z potencjometrem odczytuje się ilość wprowadzonego oporu. Z odczytanej liczby zapomocą tablicy Ylppö otrzymujemy pH w badanej surowicy przy danej temperaturze. Po odjęciu 0,21 (Michaelis) otrzymujemy pH danej surowicy w temperaturze ciała.

Zbadano pH krwi u 28 chorych z nadciśnieniem pierwotnem i u 5 z nadciśnieniem nerkowem. Za normę przyjęto 7,30 — 7,40 (średnia według naszych badań w przypadkach normalnych — 7,35). U 17 (61%) zbadanych hipertoników otrzymano pH normalne, u 4 (14%) zwiększone i w 7 (25%) zmniejszone, podobne stosunki stwierdzono również w nadciśnieniu nerkowem. Przy porównaniu pH w poszczególnych grupach nadciśnienia nie stwierdzono charakterystycznych odchyleń w stosunku do wysokości ciśnienia i rzwoju nefrosklerozy. To się daje wytłumaczyć tem, że w zachowaniu równowagi kwasowo - zasadowej, t. j. w podtrzymaniu pewnego odczynu krwi przyjmuje udział cały ustrój. Zestawiając wyniki badań zapasu zasad i pH stwierdziłyśmy, że w 17 przypadkach, w których zapas zasad i pH były normalne, równowaga kwasowo - zasadowa ustroju była zachowana, w 2 — ze zmniejszeniem zapasu zasad i normalnem pH wystąpiło wyrównane zaburzenie równowagi kwasowo - zasadowej, w 11 zaburzenie równowagi kwasowo-zasadowej niewyrównane, bo pH było bądź zwiększone, bądź obniżone. Zaznaczyć należy, że niektóre przypadki wykazywały tak nieznaczne odchylenia od normy, że mogłyby być zaliczone do normalnych, jeżeli przyjąć pod uwagę, że pH w wysokości 7,50 (Goiffon) niektórzy podają jako normalne. Nasze najniższe cyfry, jak 7,24 — 7,25 należą do przypadków z dalej posuniętemi zmianami lub zastoiną na tle niedomogi sercowej.

Zaburzenia równowagi kwasowo - zasadowej ujawniliśmy we wszystkich grupach nadciśnienia pierwotnego, jako też i w grupie nadciśnienia nerkowego: tam gdzie nie można było tego uzależnić od zmian w nerkach dał się stwierdzić w każdym poszczególnym przypadku związek tego zaburzenia ze stanem układu krwionośnego (zastoina) lub ze stanem płuc (rozedma). Wiemy, że krew i płyny tkankowe posiadają cały szereg urządzeń regulacyjnych, to znaczy zespołów chemicznych, które mają zdolność oddawania ustrojowi brakujących lub zabierania zbywających jonów wodorowych. Pozatem różne narządy, przedewszystkiem płuca, nerki, skóra, układ trawienny i moczowy bezpośrednio lub pośrednio wpływają na stan równowagi kwasowo - zasadowej. Ta wielka samowystarczalność ustroju w regulowaniu odczynu jest przyczyną tego, że zachwianie tej równowagi występuje dopiero wtedy, gdy jeden z głównych narządów regulacyjnych ulega znaczniejszemu schorzeniu.

Zestawiając wyniki badań krwi hypertoników na zawartość poszczególnych składników chemicznych i stan równowagi kwasowo - zasadowej przychodzimy do następujących wniosków:

1) Nie stwierdzono ani jednego przypadku z zupełnie normalnym stanem krwi.

2) Nie stwierdzono jakiegoś jednego składu chemicznego krwi, charakterystycznego dla hipertoników lub jakiejś grupy hipertenzji.

3) Nie można było tych chorych podzielić na grupy w zależności od zawartości składników chemicznych krwi.

4) Prawie w połowie przypadków hypertenzji stwierdzono zwiększenie składników azotowych, tem większe są zmiany w nerkach. Ilość przypadków ze zwiększeniem azotu resztującego wzrasta od I do IV grupy hypertenzji.

5) Stan równowagi kwasowo - zasadowej, określany drogą obliczania pH i zapasu zasad nie stanowi nic charakterystycznego dla hypertenzji.

Piśmiennictwo.

L. Ambard F. Schmidt: La réserve alcaline Paris 1928. — M. Bloch: Zasób zasad krwi w odmie sztucznej Pol. Arch. Med. T. V. z. 1. — Fajwulewicz: Przemiana wodanów węgla w świetle równowagi kwasowo-zasadowej ustroju. Pol. Arch. Med. W. T. V. z. 1. — F. Goebel: O zasobie zasad. Pol. Arch. Med. Wew. T. V. z. IV. — R. Goiffon: Alkalose et diathèse alkaline. La Presse Med. N. 70. Nr. 96 str. 1530. — J. Itelson i M. Koren: Badania nad wahaniami frakcyj białkowych krwi w stanach fizjologicznych i patologicznych ze szczególnem uwzględnieniem wydolności wątroby. Pol. Arch. Med. W. T. VI. z. 1. — S. Hryniewiecki i Al. Krauze: Zawartość cholesteryny we krwi w różnych stanach chorobowych. Pol. Arch. Med. Wew. T. V. z. 2. — L. Michaelis: Die Wasserstoffionenkoncentration. Berlin 1922. — E. Miślowitzer: Die Bestimmung der Wasserstoffionenkoncentration von Flüssigkeiten. Berlin 1928 r. — F. Munk: Patologie und Klinik der Nierenerkrankungen. Berlin 1928 r. — J. K. Parnas: O kwasicy. Pol. Arch. Med. Wewn. T. V zesz. 3. — E. Pułay: Stoffwechsel und Haut. Berlin 1923. — H. Schade: Die physikalische Chemie in der inneren Medizin. Drezden 1923 — Schmitz: Qualitativer Nachweis und quantitative Bestimmung der Eiweisskörper und ihrer Abbauprodukte im Blutplazma. Handbuch der biol. Arbeitsmethoden E. Alderhalden. Ab. t. IV. 4/H. —

P. Spiro: Klinische Untersuchungen über das Calcium, Kalium Gleichgewicht im Organismus. Zeit. f. Klin. Med. B. 110/H 1. — Verain: et Jean Chaumette. Le pH en Biologie. Paris. 1928. — Von Noorden: Die Zuckerkrankheit Berlin 1917. — Dautrebande, Davies et Meakins Ewans, Michaelis i Dawidow, cytowano według M. Verain et J.Chaumette. Le PH en Biologie str. 101, 102.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Protokół

plenarnego posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, które się odbyło w dniu 29 kwietnia 1929 r. w gmachu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Obecni:

Członkowie:

Z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych:

1. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. E. Piestrzyński. 2. Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Dr. Jan Adamski. 3. Naczelnik Wydziału p. Stanisław Gawiński — zastępca członka.

Z Ministerswa Spraw Wojskowych:

4. Dr. Gustaw Szulc, podpułkownik-lekarz, 5. p. Sokolewicz, pułkownik-aptekarz — zastępcy członka.

Z Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej:

6. Naczelnik Wydziału p. Bronisław Krakowski.

Z Ministerstwa Komunikacji:

7. Naczelnik Wydziału Dr. Tadeusz Borzęcki.

Z Ministerstwa Przemysłu i Handlu:

8. Radca ministerjalny p. Barabasz.

Z Ministerstwa Robót Publicznych:

9. Radca ministerjalny p. inż. Bolesław Pawluć.

Z Państwowego Zakładu Higjeny:

10. p. o. Dyrektora Zakładu Dr. Ludwik Hirszfeld.

Z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Warszawie:

11. Prof. Dr. Adam Czyżewicz.

Z Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu w Warszawie:

12. Prof. Bolesław Koskowski.

Z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie:

13. Prof. Dr. Emil Godlewski.

Z Wydziału Lek. Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie:

14. Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki.

Z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Poznaniu:

15. Prof. Dr. Leon Padlewski.

Z Wydziału Lek. Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie:

16. Prof. Dr. J. Szmurło.

Z Akademji Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie:

17. Prof. Dr. Zygmunt Markowski.

Z Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu w Warszawie:

18. Prof. Jan Gordziałkowski, Dziekan Wydziału Weteryn.

Z Naczelnej Izby Lekarskiej:

19. Dr. Witold Łuniewski.

Z Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych:

20. Dr. Henryk Kłuszyński.

Członkowie, mianowani przez Ministra Spraw Wewnętrznych:

21. Dr. Przemysław Rudzki, 22. Dr. Antoni Tomaszewski, 23. Dr. Ryszard Kunicki, 24. Dr. Bronisław Koszutski, 25. Dr. Jan Poratyński, 26. p. Wit Zdankowski.

Zaproszeni referenci:

1. Dr. Henryk Palester, Naczelnik Wydziału, 2. Dr. J. Sęczyc, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. 3. Dr. Marjan Zachert, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, 4. Dr. Marja Skokowska-Rudolfowa, referent do spraw walki z gruźlicą w Min. Spraw Wewn., 5. Dr. W. Borkowski, urzędnik w Min. Spraw Wewnętrznych.

Rzeczoznawcy:

1. Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz, 2. Dr. Leon Wernic. 3. Dr. Marjan Wowkonowicz.

W posiedzeniu przewodniczy Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. E. Piestrzyński.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

P. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. E. Piestrzyński w zastępstwie P. Ministra Spraw Wewnętrznych otwiera 2-gie plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Porządek dzienny zostaje przyjęty w brzmieniu następującem:

1. Zatwierdzenie protokołu I. posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytego w dniu 30 kwietnia 1928 r.
2. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.
3. a) Projekt ustawy o aptekach;
3. b) Zasady unormowania handlu drogeryjnego.
4. Utworzenie sekcji:
a) do zwalczania chorób zawodowych·
b) do zwalczania raka.
5. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.
6. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych.
7. Sprawozdanie z sekcji do zwalczania chorób zakaźnych.
8. Sprawozdanie z działalności sekcji do zwalczania gruźlicy:
8 a) Sprawa uzdrowisk dla chorych gruźliczych;
8 b) Organizacja walki z gruźlicą na terenie Województwa, jako jednostki administracyjnej.
9. Uzupełnienie składu sekcji farmaceutycznej.
10. Wolne wnioski.

I. Przyjęto bez poprawek protokół 1-go posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1928 r.

II. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Dr. Sęczyc referuje projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przedłożony przez Sekcję do zwalczania chorób wenerycznych na plenarne posiedzenie Rady i opracowany przez Komisję, wybraną w tym celu przez Sekcję.

W dyskusji nad powyższem tematem Prof. Dr. Sieradzki zaznacza, iż byłoby wskazane wprowadzić pewne zmiany do projektu. Mówca zauważa przytem, iż sprawa tajemnicy lekarskiej jest w projekcie udatnie rozwiązana; co do układu projektu mówca jest zdania, iż postanowienia karne powinne być umieszczone na końcu; ponadto ustawa nie powinna zawierać dezyderatów n. p. w sprawie przytułków lub w sprawie młodzieży szkolnej.

W sprawie postanowień karnych mówca powołuje się na zdanie Prof. Makarewicza, zgodnie z którem, o ile projekt ustawy będzie zawierał postanowienia karne, postanowienia te winne być skreślone z kodeksu karnego.

W zakończeniu mówca proponuje zebrać postanowienia karne oraz proponuje, aby Naczelna Rada Zdrowia przyjęła zasady projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, pozostawiając dokładniejsze jego opracowanie, po porozumieniu się z odnośnemi czynnikami prawniczemi Departamentowi Służby Zdrowia. Mówca składa na piśmie wnioski w sprawie projektu ustawy oraz projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński zwraca uwagę na konieczność przeprowadzenia dyskusji co do głównych zasad projektu.

Dr. Hirszfeld porusza art. 9 projektu ustawy, a ponadto sprawę podrzutków.

Dr. Tomaszewski zwraca uwagę na postanowienia art. 25, zauważa przytem, iż jeżeli niema możności podania nazwisk chorych, to Kasa Chorych nie może regulować rachunków.

Prof. Dr. Szmurło podnosi zastrzeżenia co do art. 2 projektu ustawy, ponadto mówca porusza szereg wątpliwości co do poszczególnych artykułów (art. 6, 16, 17, 23 i 33).

Dr. Kunicki podkreśla sprzeczności, jakie zachodzą pomiędzy art. 14 projektu oraz ustawą o Kasach Chorych.

Prof. Dr. Sieradzki proponuje ograniczyć dyskusję do stawiania wniosków.

Dr. M. Wowkonowicz uzasadnia stanowisko Komisji, zajęte przy układaniu projektu ustawy. Sekcja była zwolenniczką zniesienia reglamentacji.

Dr. Łuniewski zaznacza, iż projekt jest oparty na przestrzeganiu tajemnicy, należy jednakże stanąć na tem samem stanowisku, na jakiem stoi lekarz w stosunku do chorego psychicznie: z chwilą, gdy chory staje się niebezpieczny dla otoczenia, lekarza przestaje obowiązywać tajemnica lekarska.

Kwestja tajemnicy lekarskiej została w projekcie udatnie rozwiązana, ale pozostaje do rozwiązania sprawa zwrotu kosztów leczenia chorych, która napotyka na trudności przy zachowaniu tajemnicy lekarskiej.

Dr. Wowkonowicz porusza kwestję reklam: życie wymaga, aby władze administracyjne miały możność należytego uregulowania sprawy reklam. W sprawie tajemnicy lekarskiej mówca podkreśla, iż ujęcie tej sprawy w projekcie Prof. Lenartowicza jest bez zarzutu.

Prof. Krzyształowicz zaznacza, iż projekt Dra Sieradzkiego w art. 18 doskonale rozwiązuje kwestję tajemnicy lekarskie łącznie z kwestją zwrotu kosztów leczenia.

W wyniku dyskusji postanowiono przyjąć zasady przedłożonego projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, pozo-

stawiając dokładniejsze opracowanie po porozumieniu się z czynnikami prawniczymi Departamentowi Służby Zdrowia.

II. Utworzenie sekcyj:
1. do zwalczania chorób zawodowych,
2. do zwalczania raka.

Przewodniczący Dr. E. Piestrzyński, motywując potrzebę utworzenia, sekcji do zwalczania chorób zawodowych, stawia wniosek co do utworzenia tej sekji oraz proponuje jej skład.

Prof. Dr. Szmurło zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia przedstawiciela lekarzy chorób nosa i gardła.

Prof. Czyżewicz zaznacza, iż w składzie sekcji brakuje toksykologa, przyczem proponuje kooptować do składu sekcji Prof. Dra Modrakowskiego.

W wyniku dyskusji uchwalono utworzyć sekcję do zwalczania chorób zawodowych w składzie następującym:
1. Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
2. Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.
3. Dr. Kłuszyński, przedstawiciel Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.
4. Prof. Dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt, przedstawiciel Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.
5. Dr. Przemysław Rudzki, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.
6. Prof. Dr. Paweł Gantkowski.

Członkowie kooptowani:
7. Marjan Klott, Główny Inspektor Pracy.
8. Dr. Gustaw Raciążek, urzędnik kontraktowy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.
9. Dr. Kazimierz Szczęsny, urzędnik kontr. w Min. Pracy i Opieki Społ.
10. Dr. Luksemburg Józef.
11. Dr. Jakób Sęczyc, Radca Ministerjalny w Min. Spraw Wewnętrznych.
12. Dr. Robert Bernhardt.
13. Dr. Nowakowski Bruno, Kierownik Oddziału w Państwowej Szkole Higjeny.
14. Docent Dr. Gustaw Szulc, podpułkownik-lekarz.
15. Dr. Borkowski Wiktor.
16. Prof. Jerzy Modrakowski.

Na wniosek Przewodniczącego uchwalono utworzyć sekcję do zwalczania raka w składzie następującym:
1. Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
2. Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.
3. Dr. Witold Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higjeny.
4. Prof. Dr. Adam Czyżewicz, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Członkowie kooptowani:
5. Prof. Dr. Ludwik Paszkiewicz.
6. Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz.
7. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski.
8. Dr. Bronisław Wejnert.
9. Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału Min. Spraw Wewnętrznych.
10. Dr. Zofja Garlicka.

III. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.

Przechodząc do p. 5 porządku dziennego, Radca ministerjalny Dr. Sęczyc uzasadnia konieczność wydania rozporządzenia o użyciu farb.

Prof. Koskowski zwraca uwagę, iż projekt jest niesłychanie uciążliwy.

W wyniku dyskusji uchwalono projekt odesłać do sekcji dla szczegółowego rozważenia i wydania opinji.

Uchwalono ponadto uzupełnić skład sekcji do zwalczania chorób zawodowych przez zaproszenie do sekcji prof. Dra Pawła Gantkowskiego, Członka Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z Poznania.

IV. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjaglicznych.

Radca ministerjalny Dr. Zachert referuje sprawę regulaminu dla zakładów przeciwjaglicznych. (Załącznik).

Regulamin przewiduje pewne normy, określające czas leczenia dzieci w zakładach. Obecnie istnieje tendencja zbyt długiego lub krótkiego trzymania dzieci w zakładach względnie tendencja zamiany zakładów tych na przytułki; projekt regulaminu przewiduje określanie czasokresu pobytu w zakładzie rekonwalescentów. Ponadto regulamin wprowadza karty choroby.

Prof. Dr. Godlewski proponuje przesłanie projektu regulaminu fachowcom do opinji; mówca porusza kwestję dzieci repatrjantów i dzieci bezdomnych.

Dr. Koszutski podkreśla te trudności, jakie powstają przy narzucaniu lekarzowi terminu dla wyleczenia dzieci z jaglicy.

Prof. Dr. Padlewski podziela zdanie poprzednika.

Prof. Dr. Szmurło porusza kwestję nauki dzieci, pozostających w zakładach przeciwjaglicznych.

W odpowiedzi na to przemówienie Naczelnik Wydziału p. Krakowski wyjaśnia, iż w zakładach wychowawczych, gdzie akcja jest prowadzona w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, odbywa się nauka i wychowanie dzieci.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński wyjaśnia, iż przewidziany w regulaminie czasokres pobytu chorych dzieci jest wywołany koniecznością spowodowania najintensywniejszego leczenia dzieci.

Dr. Zachert wyjaśnia również, iż motyw powyższy miano na względzie przy układaniu regulaminu.

Na wniosek przewodniczącego uchwalono odesłać projekt regulaminu dla zakładów przeciwjaglicznych do sekcji dla zwalczania chorób zakaźnych dla szczegółowego rozważania oraz uzupełnić skład tej sekcji przez kooptowanie Dr. Koszutskiego z Kalisza.

V. Projekt ustawy o aptekach. Zasady unormowania handlu drogeryjnego.

P. Naczelnik Wydziału Gawiński referuje zasady projektu ustawy. Najważniejszemi zasadami, stanowiącemi podstawy projektu, są następujące:
1. lekarstwa w handlu detalicznym mogą być sprzedawane tylko przez apteki;
2. apteka może być prowadzona jedynie przez aptekarza;
3. w aptekarstwie utrzymuje się system koncesyjny;
4. koncesje mają być osobiste i dożywotnie.

Przewodniczący podkreśla, iż Departament Służby Zdrowia będzie dążył do tego, ażeby ustawa o aptekach oraz ustawy o drogerjach zostały jednocześnie wydane ze względów na wspólność tematów.

Przewodniczący stwierdza, iż mogą być pewne wątpliwości co do wartości systemu koncesyjnego, przyczem zwraca uwagę na to, iż system koncesyjny nie jest związany z żadnym przymusem, jak to ma miejsce n. p. z lekarzami.

Prof. Dr. Sieradzki porusza kwestję, iż projekt ustawy nie przewiduje możności nadawania lekarzom koncesyj na apteki domowe.

Dr. Rudzki zaznacza, iż uwagi Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego co do projektu są bardzo słuszne i należy je przy układaniu projektu wziąć pod rozwagę.

Dr. Poratyński podkreśla wielkie znaczenie postanowienia projektu, iż lekarstwa mogą być nabywane tylko w aptekach. Mówca podkreśla te plusy, jakie zawiera system koncesyjny, znajduje, iż wyłom dla lekarzy niema uzasadnienia i stwierdza, iż ostalenie wieku prekluzyjnego jest również nieuzasadnione.

Mówca zaznacza, iż przypuszczalny kontyngent odbiorców lekarstw staje się niekiedy iluzoryczny, a to wobec aptek kas chorych, które mają swoich klijentów przymusowych.

Mówca porusza kwestję gremjów aptekarskich, istniejących na terenie Małopolski; gremja te byłyby zlikwidowane. Do czasu utworzenia izb aptekarskich należy obowiązki, uprzednio przez gremja te spełniane, przekazać Polskiemu Towarzystwu Farmaceutycznemu.

W sprawie sankcyj karnych mówca znajduje, iż nie jest rzeczą słuszną odbierać koncesję w wypadku, gdy dzierżawca zawinił, jak również nie jest rzeczą słuszną utrata koncesji w wypadku upadłości.

Dr. Rudzki znajduje, iż asystent aptekarski, upoważniony w drodze wyjątku do zarządu apteką, winien mieć przynajmniej dwuletnią praktykę.

Prof. Dr. Szmurło zwraca uwagę, iż sprawę projektu ustawy o aptekach i drogerjach należy traktować razem.

P. Zdankowski zwraca uwagę, iż zadaniem zebrania jest zatwierdzenie tych tez, jakie były na sekcji, tymczasem dyskusja nie idze w tym kierunku.

Najważniejszą zasadą jest wyłączność zawodowa aptekarzy w dostarczeniu leków ludności.

Mówca przypomina przebieg dyskusji nad projektem ustawy o aptekach w parlamencie austrjackim; wynik tej dyskusji poucza, iż drobne punkty, odbiegające od wytycznej linji, mogą się w przyszłości okazać b. niebezpiecznemi.

Dr. Hirszfeld zwraca uwagę, iż zajęcia praktyczne na Wydziale Farmaceutycznym w obecnem stadjum są wystarczającem

przygotowaniem do tego, aby magistranci mogli wykonywać badania mikroskopijne.

Dr. Kunicki znajduje, iż ograniczenie dla lekarzy co do wydawania chorym środków lekarskich jest dla ludności, zwłaszcza na wsi, bardzo uciążliwe.

Pułk. Sokolewicz zwraca uwagę na pokrzywdzenie w projekcie ustawy ochotniczej służby w stosunku do służby wojskowej wskutek powołania: ograniczenie co do wieku prekluzyjnego 60 lat należy zmienić na ograniczenie, wynikające z uzdolnień fizycznych.

Prof. Czyżewicz zapytuje, dlaczego zawód aptekarski jest specjalnie broniony systemem koncesyjnym.

Dr. Koszutski jest zdania, iż sprawę koncesyj należy traktować z punktu widzenia chorych i społeczeństwa; jeżeli zniesiemy koncesje, to wtedy pójdziemy wbrew interesom ludności.

Dr. Kunicki zwraca uwagę, iż ograniczenia co do aptek prywatnych nie mogą mieć zastosowania do aptek składowych.

P. Gawiński zwraca uwagę, iż dyskusja w dostateczny sposób nie wykazuje, na jakich podstawach winien być oparty projekt ustawy.

Mówca w każdym razie zwraca uwagę, iż system koncesyjny ma na względzie dobro lecznictwa, a mianowicie racjonalne rozmieszczenie aptek; gdybyśmy znieśli system koncesyjny, doszlibyśmy do tego, iż głęboka prowincja i przedmieścia byłyby pozostawione bez aptek; projekt przewiduje, iż koncesja ma być dożywotnia i osobista, nie może być spieniężana, przyczem mówca zgadza się, ażeby zamiast prekluzyjnego wieku decydowała sprawność fizyczna.

Mówca znajduje, iż terytorjum Rzeczypospolitej jest dostatecznie nasycone aptekami, nie należy wobec tego zakładać domowych aptek lekarzy.

W kwestji analiz, o ile nie damy ramowego upoważnienia, to wtedy apteka nie będzie miała możności do sporządzenia analizy.

Mówca prosi, aby zebranie wypowiedziało się co do podstawowych zasad projektu.

Prof. Dr. Markowski proponuje zażądać od członków Rady opinji na piśmie.

Dr. Czyżewicz znajduje, iż sprawa winna wrócić do sekcji i w sekcji projekt winien być jeszcze raz uzgodniony.

P. Zdankowski zwraca uwagę, iż jeżeli Rada uzna stanowisko sekcji za słuszne, winna to wyraźnie wypowiedzieć.

P. Gawiński w sprawie aptek homeopatycznych zauwa, iż projekt ustawy o aptekach pozwala wszystkim aptekom sprzedawać lekarstwa homeopatyczne; przedłożony zaś memorjał Towarzystwa homeopatów dąży do tego, aby uzasadnić potrzebę istnienia specjalnych aptek homeopatycznych. W związku z tem powstaje zagadnienie, czy na przyszłość apteki homeopatyczne mają istnieć. Mówca wyjaśnia, że apteki aleopatyczne mogą się specjalizować i mogą mieć na składzie środki homeopatyczne.

Prof. Dr. Czyżewicz jest zdania, iż specjalne apteki homeopatyczne nie są konieczne, a sprzedażą środków homeopatycznych winny się zajmować apteki aleopatyczne.

Prof. Dr. Godlewski znajduje, iż nie można zabronić nabywać ludności lekarstwa w aptekach homeopatycznych, gdyż psychoterapja tu wchodzi w grę.

Przechodząc do kwestji zasad handlu drogeryjnego, p. Gawiński zaznacza, iż projekt ustawy o aptekach przewiduje, iż poza aptekami niektóre leki w drodze wyjątku będą mogły być sprzedawane w drogerjach. Należy zdecydować, czy to jest słuszne, a w razie twierdzącym, co może być sprzedawane w drogerjach: ponadto w związku z handlem truciznami należy zdecydować, czy drogerje mają być temi zakładami handlowemi, które będą posiadały wyłącznie prawo do detalicznej sprzedaży trucizn.

Przewodniczący podkreśla, iż drogerja w Poznańskiem jest najbardziej zbliżona do pożądanego typu.

Prof. Dr. Sieradzki zaznacza, iż zależnie od tego, kto będzie się zajmował drogeryjną praktyką i z jakiemi kwalifikacjami, może nastąpić ustalenie tego, co ma być w drogerjach sprzedawane.

Dr. Poratyński znajduje, iż należy dokładnie wiedzieć, do czego drogerje mają być powołane. Kto zna stosunki wileńskie, ten się przekona, kto prowadzi tam składy apteczne. W każdym razie winno być wyraźnie ustalone, co może być sprzedawane w drogerjach.

P. Gawiński wyjaśnia, iż według obowiązujących przepisów sprzedaż trucizn jest przemysłem koncesjonowanym.

Co się tyczy kwalifikacji na prowadzenie drogeryj, to wymogi są następujące: W Małopolsce zawód drogistowski był traktowany raczej jako rzemiosło, w b. dzielnicy pruskiej był przemysłem wolnym, chociaż istniały szkoły dla drogistów, w b. Kongresówce wymaganem było posiadanie tytułu materjalisty; w tym celu należało zdawać egzamin przed komisją przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. Na zachodzie zaś ani egzamin, ani kwalifikacje nie były wymagane. Na przyszłość należy osobom fizycznym i prawnym dać możność prowadzenia drogerji, lecz jedynie pod zarządem osób wykwalifikowanych.

W sprawie trucizn to należy ułożyć spis substancyj, które będą uznane za trucizny.

Prof. Dr. Sieradzki zapytuje, co będzie z Kółkami Rolniczemi, które sprowadzają trucizny.

Prof. Dr. Szmurło znajduje, iż winny istnieć dwa typy drogistów, jedni z wykształceniem wyższem, inni z niższem.

Jeden typ winien posiadać prawo na sprzedaż niektórych leków, drugi zaś prawo sprzedaży tylko trucizn.

P. Zdankowski zaznacza, iż drogerja w tem ujęciu jest handlem mieszanym. Ustawa polska o drogerjach będzie pierwszą w Europie, normującą tę sprawę.

Ponieważ ustawa przemysłowa oraz ustawa o aptekach normują tę sprawę, czy nie należałoby zagadnienia tego ująć w drodze rozporządzenia.

Co do projektowanego podziału typu wykształcenia, należałoby raczej stworzyć dwa typy aptek.

Prof. Dr. Czyżewicz jest zdania, iż jeżeli odrzucić sprzedaż trucizn, to nie pozostanie żadna cecha charakterystyczna, któraby przemawiała za tem, aby drogistów traktować, jako osobny zawód, wymagający specjalnego ustawowego unormowania.

Przewodniczący zwraca uwagę, iż nie wszędzie będą apteki, dlatego istnieje potrzeba życiowa, aby tam, gdzie niema aptek, istniał taki typ sklepu, któryby zaspakajał potrzeby ludności w zakresie materjałów opatrunkowych i t. p. W każdym razie tendencją zawodu jest podniesienie typu drogistów.

Prof. Dr. Czyżewicz wypowiada się za skasowaniem wszelkich przepisów, normujących sprawę zawodu drogistowskiego.

P. Gawiński oświadcza, że wniosek Prof. Dra Czyżewicza jest dla sprawy istotnym.

Projekt ustawy o aptekach liczy się ze stanem faktycznym i stąd czyni wyłom co do monopolu aptek na sprzedaż leków. Obecnie w nadmiernej liczbie powstają szkoły dla drogistów, którzy za przykładem drogistów niemieckich dążą do zdobycia jaknajwiększych uprawnień.

Zagadnienie mniejwięcej 2.000 istniejących drogeryj nie jest małem zagadnieniem, w każdym razie winno być rozwiązane w porozumieniu z Ministerstwem Przemysłu i Handlu oraz z Ministerstwem Skarbu.

Prof. Dr. Szmurło podaje m. inn. do wiadomości, iż w Wilnie na jarmarkach odbywa się sprzedaż rozmaitych ziół, przyczem osoby sprzedające udzielają porad lekarskich:mówca jest zdania, iż nad zamknięciem 2.000 drogeryj należy się zastanowić.

Dr. Kłuszyński znajduje, iż kwestja drogeryj jest zagadnieniem gospodarczem, przyczem należy ją rozwiązywać z punktu widzenia chorego. Jeżeli istnieją pewne wykroczenia, trzeba je skorygować, niema zaś podstawy moralnej ani ekonomicznej, uzasadniającej zniszczenie drogeryj.

Prof. Dr. Czyżewicz twierdzi, iż stojąc na stanowisku, iż zawód drogistowski nie istnieje, drogerjom jako takim należałoby pozostawić prawo dalszego istnienia bez konieczności ustawowego normowania zakresu ich działania, bo nic nie przemawia za koniecznością istnienia ich. Natomiast należałoby żądać od osób, zamierzających trudnić się sprzedażą trucizn, specjalnych kwalifikacyj, o które mogliby się ubiegać właściciele lub zarządcy drogeryj.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński nie znajduje powodów, uzasadniających zniesienie drogeryj, sądzi jednak, że należałoby ze względu na stan faktyczny zakreślić pewne ramy ich działalności.

P. Poratyński nie wypowiada się za skasowaniem drogeryj, lecz za ścisłem przestrzeganiem przepisów, normujących ich handel.

Dr. Tomaszewski znajduje, iż lekarstwa winne być oczywiście sprzedawane w aptekach, lecz należy oczyścić apteki od sprzedaży środków, niebędących środkami lekarskiemi.

Prof. Dr. Szmurła przemawia za pozostawieniem drogeryj.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński, konkretyzując wyniki dyskusji, zaznacza, iż oponenci nie mają zasadniczo zamiaru znieść drogeryj, lecz nie chcą fiksować, co należy w drogerjach sprzedawać.

Należy ściśle sprecyzować, co wolno w drogerjach sprzedawać, wobec czego należy na sekcji farmaceutycznej postawić pytanie, czy drogerje mają istnieć, czy nie.

Prof. Dr. Czyżewicz inaczej formułuje to pytanie, a mianowicie, czy mają istnieć drogiści, jako osobny, ustawowo przewi-

dziany zawód. W każdym razie uważa, iż nie powinni oni sprzedawać lekarstw, które winne być zastrzeżone dla aptek.

W wyniku dyskusji nad powyższym porządkiem dziennym uchwalono:

1. Wobec przedłożenia projektu z tezami, ustalonemi na posiedzeniu tej sekcji, odbytem w dniu 28 i 29 listopada 1928 r., projekt zwrócić Sekcji celem wprowadzenia zmian, uchwalonych na tem posiedzeniu.

2. Przedłożyć sekcji do rozważenia zagadnienie, czy zawód drogistowski posiada takie specyficzne właściwości, które wymagają ustawowego unormowania uprawnień i obowiązków zakresu działania tego zawodu, w razie zaś twierdzącym poruczyć sekcji ustalenie i przedłożenie na plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia zasad projektu ustawy o drogerjach. Ponadto wyrażono dezyderat, aby ustawa o drogerjach była wydana równocześnie z ustawą o aptekach. Pozatem uchwalono uzupełnić skład sekcji farmaceutycznej przez kooptowanie p. Wysłoucha, zastępcy Naczelnika Wydziału Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, oraz p. Finkfinowickiego, jako przedstawiciela zawodu drogistowskiego.

VI. Sprawozdanie z sekcji do zwalczania chorób zakaźnych.

Dr. Palester, Naczelnik Wydziału w Departamencie Służby Zdrowia, przedkłada sprawozdanie z wyż wymienionej sekcji.

W dniu 14 lutego r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrzych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji dla spraw walki z chorobami zakaźnemi Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Po referatach 1) o statystyce duru brzusznego w Polsce Dra Kacprzaka i 2) o epidemiologji duru brzusznego w Polsce Dra Palestra, wywiązała się ożywiona dyskusja tak co do stanu tej epidemji w Polsce, jak i co do zarządzeń, jakie należałoby wydać celem skutecznego zmniejszenia liczby przypadków tej choroby, naturalnie poza ogólnemi zarządzeniami sanitarnemi, zmierzającemi do asanizacji miejscowości, dostarczenia dobrej wody do picia i należytego usuwania względnie unieszkodliwiania nieczystości. W wyniku dyskusji Sekcja zaleca, aby:

1. dążyć stale do poprawy regestracji przypadków duru brzusznego i do zaprowadzenia obowiązkowego przeprowadzenia możliwie w każdym przypadku duru brzusznego badań bakterjologicznych celem wykrycia nosicieli i utrzymywania tychże w należytej ewidencji i obserwacji. Naturalnie, że przeprowadzenie takich badań we wszystkich przypadkach duru brzusznego jest niemożliwe, ale w zrozumieniu ważności tej sprawy Departament Służby Zdrowia wyda w najbliższym czasie zarządzenie do wszystkich szpitali tak publicznych, jakoteż i prywatnych, by każdy chory na dur brzuszny, leczony w szpitalu, był przed wypuszczeniem go ze szpitala badany na nosicielstwo, a w razie wykrycia nosiciela, by szpital zawiadamiał o tem dotyczącego lekarza powiatowego względnie sanitarnego, celem utrzymywania nosicieli w ewidencji i obserwacji.

Pozatem dla nosicieli zostanie wydana specjalna ulotka ze wskazaniami, jak się tacy ludzie mają zachowywać.

2. Sekcja zwróciła uwagę na sprawę szczepień zapobiegawczych przeciwdurowych i wobec wyników, jakie te szczepienia dają, zaleca drogą ulotek, odczytów i propagandy wykonywanie ich na szerszą, niż dotychczas skalę, a ponadto zaleca wybrać powiat, gdzie dur brzuszny panuje endemicznie, i tam szczepienia te przeprowadzić ogólnie.

Jako powiat taki Departament Służby Zdrowia ma zamiar przeznaczyć powiat skierniewicki (Woj. Warszawskiego) i szczepienia te będzie się starał przeprowadzić na kilka tygodni przed jesiennem nasileniem duru brzusznego.

3. Sekcja zaleca dalej, by w miastach, gdzie są wodociągi, były one obowiązkowo jak najwcześniej pod względem bakterjologicznym badane, a tam, gdzie zostanie stwierdzone, że woda jest podejrzana i że zawiera ona bakterje colli, to winno być wydane zarządzenie, celem jej chlorowania. To samo dotyczy i wody na stacjach kolejowych i w budynkach szkolnych, gdzie możnaby też łatwo zastosować chlorowanie zapomocą małych aparatów do chlorowania, jak np. aparat antibacter, Jur. Schniolisa (Państwowa Szkoła Higieny). Odnośne zarządzenia są w trakcie uzgodnienia.

4. Wreszcie Sekcja zaleciła, by kontrola nad sprzedażą wszelkich środków spożywczych była ściślej, niż to się obecnie dzieje, wykonywana i by wszelkie przekroczenia w tym kierunku, które u nas często prowadzą do wybuchu mniejszych, ale za to licznych ognisk duru brzusznego, były ścigane. Specjalnie zaś należy dążyć do centralizacji i odpowiedniego urządzenia dostawy mleka i nabiału, tudzież jego pasteuryzacji, gdyż przez to zmniejszy się znakomicie liczba przypadków duru brzusznego, przenoszonych do większych ośrodków miejskich przez nabiał, zwożony ze wsi.

W celu jak najszerszego uświadomienia ludności o istocie duru brzusznego, o sposobie jego przenoszenia się, o środkach zapobiegawczych zakażeniu się, o przeprowadzeniu dezynfekcji bieżącej przy łożu chorego i końcowej w domu zakażonym, Departament Służby Zdrowia wydaje obecnie popularną ulotkę, która zostanie rozszerzona na terenie całego Państwa.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński zwraca uwagę, iż od 1 stycznia 1929 r. do 13 kwietnia 1929 r. można zauważyć spadek chorób zakaźnych; chociaż mamy coraz lepsza regestrację, płonica i błonica zmniejszają się. Za to zwiększyła się liczba przypadków zapalenia opon mózgowych.

Ponadto zmniejszyła się liczba przypadków zachorowań na dur osutkowy.

Prof. Padlewski zaznacza, iż przytoczone przez Dra Palestra dane wykazują postęp, ale w każdym razie należy zwrócić uwagę na sprawę nosicieli zarazków. Mleczarnie wymagają większej kontroli.

W wyniku dyskusji uchwalono: Sekcję chorób zakaźnych należy uzupełnić przez powołanie Prof. Dra Godlewskiego z Krakowa oraz Dra Koszutskiego z Kalisza.

VII. Sprawozdanie z działalności Sekcji do zwalczania gruźlicy.

Dr. Skokowska-Rudolfowa w dłuższem przemówieniu podkreśla te postulaty, jakie zostały przyjęte na posiedzeniu Sekcji do zwalczania gruźlicy. Należy ruch turystyczny odgraniczyć od ruchu chorych.

Najważniejszym postulatem jest opracowanie planów regulacyjnych dla Zakopanego i innych uzdrowisk. Zaczęto od strefowania, przyczem strefowanie stanowi część planu regulacyjnego, który każde uzdrowisko winno posiadać; jeżeli chodzi o plan na przyszłość, to plan dzieli dzielnice na dzielnice handlowe, willowe. Strefowanie należy uskutecznić przy rozbudowie pewnych szpitali i sanatorjów. Uregulowanie winno nastąpić dla Zakopanego, Szczawnicy, Otwocka i t. d.

Co do koniecznej rozbudowy jednostek rozpoznawczych i leczniczych, zdaniem Departamentu należy forsować powstawanie całego kompleksu tych jednostek.

Zagadnienie walki z gruźlicą powinno być oparte na ustawie przeciwgruźliczej i na ubezpieczeniach.

Prof. Godlewski znajduje, iż liczba pomieszczeń dla gruźlicy otwartej powinna być zwiększona, gdyż stosunkowo za mało mamy tych pomieszczeń.

Przewodniczący podkreśla również, iż w Polsce za mało jest łóżek szpitalnych.

Prof. Dr. Szmurło podkreśla konieczność wyłączenia chorych z otwartą gruźlicą ze środowisk domowych. W Anglji dało dodatnie rezultaty wyłączenie chorych ze środowisk zdrowych. Mówca przypomina ideę Dra Sokołowskiego w sprawie tworzenia tanich sanatorjów dla chorych gruźliczych. Należy zwrócić baczną uwagę na tworzenie szkolnych sanatorjów i ratowanie dzieci w wieku szkolnym.

Dr. Kunicki zaznacza, iż nie można tworzyć izolatorjów, które źle działa na psychikę chorego. Należy przyspieszyć tempo wzrastania liczby łóżek szpitalnych, przyczem mówca zwraca uwagę na przykład Włoch, radykalnie walczących z gruźlicą, które nałożyły w tym celu podatek na całe społeczeństwo.

U nas opodatkowanie społeczeństwa winno nastąpić w formie ustawy o ubezpieczeniach i w ten sposób należy u nas zwalczyć gruźlicę.

Dr. Tomaszewski znajduje, iż walka z gruźlicą będzie skuteczna, jeżeli rząd i społeczeństwo zabiorą się energicznie do pracy, ale ponadto należy wciągnąć również do pracy kasy chorych i zamiast budować ambulatorja, należy budować jak największą liczbę szpitali, gdyż są wypadki, gdy ludność nie może się dostać do szpitali.

Dr. Kluszyński podaje do wiadomości rezultaty wycieczki, zorganizowanej przez komitet higjeny. Chodziło o ustalenie najlepszego typu współpracy pomiędzy instytucjami ubezpieczeń, urzędami państwowemi i instytucjami prywatnemi. Najlepszy typ współpracy został ustalony w Bawarji. W każdym razie współpraca wszystkich czynników jest konieczna. Kasy chorych w myśl ustawy są obarczone znacznemi obowiązkami. Tam, gdzie istnieją możliwości finansowe, Kasy chorych nie uchylają się od ciążących na nich obowiązków. Mówca zaznacza raz jeszcze konieczność skoordynowania wysiłków rządu, społeczeństwa i instytucyj ubezpieczeń, zmierzających ku zwalczaniu gruźlicy.

Dr. Koszutski podkreśla, iż wszystkie starania są kroplą w morzu. Anglja daleko radykalniej rozwiązuje sprawę gruźlicy, rozwiązując kwestję mieszkaniową i budując miljon domów.

Dr. Kunicki podkreśla, iż Kasy chorych osiągają maximum działalności; na 400,000 ubezpieczonych kasy chorych posiadają 300 łóżek. W kwestji zaś budowy tanich sanatorjów mówca znaduje, iż najdroższe są te podstawowe roboty asenizacyjne i t. d., bez których sanatorjum się nie obejdzie.

Na budowę tanich sanatorjów, nieposiadających takich warunków, władza się nie zgodzi.

Prof. Dr. Czyżewicz zwraca uwagę, iż kasy chorych widzą tylko leczenie, a zapominają o doświadczeniach klinicznych.

Prof. Padlewski i Prof. Godlewski podkreślają, iż wydziały lekarskie nie przeszkadzają kasom chorym.

Dr. Skokowska-Rudolfowa w odpowiedzi zaznacza, iż kwestja mieszkaniowa jest w ścisłej łączności ze zwalczaniem gruźlicy. Tymczasem kwestja mieszkaniowa dotychczas w Polsce nie jest rozwiązana.

Co się tyczy kwestji uodparniania, to w 1925 r. powstał komitet pod przewodnictwem Prof. Dra Michałowicza, który się zajął tą kwestją. Ta sama akcja jest prowadzona w Łodzi i w Poznaniu. Chodzi o to, ażeby w Polsce była standaryzacja i wtedy można dojść do pewnych wniosków i ustalić, jaki typ sanatorjum dla Polski byłby najlepszy.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński zaznacza, że ze szczepieniami Calmett'owskiemi należy postępować bardzo ostrożnie.

Dr. Padlewski zaznacza, iż szczepienia Calmett'owskie winny być przedmiotem ściślejszych badań; w Poznaniu wykonano 1.200 szczepień.

Dr. Hirszfeld zaznacza, że w 1925 r. komitet był bardzo ostrożny i wobec tego akcja była bardzo słabo prowadzona.

Dr. Łuniewski zapytuje, czy jest prowadzona statystyka gruźlicy, gdyż w zależności od tego. czy procent chorych gruźliczych się zmniejsza, wiadomem się staje, jaki typ działalności przynosi najlepsze wyniki.

Przewodniczący w odpowiedzi zaznacza, iż każda statystyka daje ogólny pogląd, przyczem wobec ustawy trudnem jest precyzować rozwój gruźlicy.

Uchwalono uzupełnić skład Sekcji przeciwgruźliczej przez kooptowanie Prof. Dra Orłowskiego.

Na powyższem posiedzenie zamknięto.

Załącznik MB.

Dr. Zachert przedstawia stan nasilenia jaglicy po wojnie oraz organizację i wyniki dotychczasowej akcji zwalczania tej klęski, zwłaszcza na terenie zakładów opiekuńczych, gdzie jaglica ze szczególną łatwością się szerzyła. Dla dzieci, chorych na jaglicę, z zakładów opiekuńczych zostały przeznaczone specjalne zakłady dla ich izolacji i leczenia. Zakłady te musiały posiadać odpowiednio dostosowaną do swych zadań organizację, urządzenia i wyposażenie. Pod tym względem pomiędzy poszczególnemi zakładami jagliczemi zachodziły dość zasadnicze różnice. W celu podniesienia wydajności działalności zakładów gruźliczych, która w dużym stopniu pozostaje w zależności od ich urządzenia i organizacji, Departament Służby Zdrowia opracował ramowy regulamin organizacyjny dla tego rodzaju zakładów. W regulaminie tym, opierając się na zdobytych doświadczeniach, określono warunki, jakim zakład taki ma odpowiadać tak pod względem organizacyjnym (podporządkowania całej działalności zakładu zadaniom leczniczym), urządzenia (3 oddziały odrębne, ambulatorja i t. p.), jak również wyposażenia (bielizna, instrumenty i t. p.) oraz systemu pracy, aby zapewniały zakładowi należyte wypełnianie zadań.

Ten regulamin spowodował, że zwłaszcza zakłady większe w miarę możności dostosowywały urządzenia i organizacje do tych wymagań, a dzięki temu także działalność ich stawała się coraz sprawniejszą. W regulaminie ramowym z natury rzeczy nie mogła być dokładnie określona działalność lecznicza zakładu i poprzestano tylko na określeniu ogólnych zadań (leczenie i izolacja) i zasadniczych obowiązków lekarza (leczenie, nadzór).

Praktyka dotychczasowa wykazuje, że poszczególne zakłady jaglicze w rozmaity sposób interpretują zadania zakładu i przetrzymują w zakładzie nietylko chorych na jaglicę, ale także z innemi schorzeniami oczu, lub nawet całkiem zdrowych. Pozatem okazało się, że zakłady jaglicze nie posiadają wewnętrznego regulaminu leczniczego, określającego warunki przydziału chorych na poszczególne oddziały i obowiązki i zadania lekarza w stosunku do chorych na poszczególnych oddziałach (częstość oględzin i badań uzupełniających i t. p.), i dalej przepisów co do wypisywania chorych z poszczególnych oddziałów i zakładu. Brak unormowania wymienionych zagadnień przyczyniał się często z jednej strony do przedłużania i tak już z natury rzeczy długiego okresu leczenia i pobytu w zakładzie, a z drugiej strony do niedość intensywnego wyzyskania tego czasu dla leczenia jaglicy i innych ubocznych schorzeń. Z tego to powodu, aby właśnie podnieść wydajność działalności leczniczej zakładów dla chorych jagliczych, Departament Służby Zdrowia występuje z projektem regulaminu leczniczego dla zakładów jagliczych.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. Norbert Ortner. Wien. *Differentialdiagnostik innerer Krankheiten.* Berlin. (Urban) Schwarzenberg. 1928. (Djagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych). Znany wiedeński klinicysta daje nam doskonałe zestawienie trudniejszych rozdziałów djagnostyki różniczkowej w zakresie tych schorzeń w których najczęściej wyłaniają się wątpliwości. Bogate osobiste doświadczenie autora łączy się tu z przenikliwym krytycznym zmysłem lekarskim, opartym przedewszystkiem na rozległych wiadomościach zaczerpniętych z oględzin pośmiertnych — cytowanych niemal na każdej karcie dzieła — oraz na wykorzystaniu wszystkich wartościowych metod badania chorych. Jako długoletni uczeń genjalnego djagnosty ś. p. Edmunda Neussera — jednoczy autor tradycje szkoły wiedeńskiej wyszłej z podwalin Rokitansky'ego i Skody z nowoczesną metodyką badań klinicznych.

Zaraz pierwszy rozdział *„Stany gorączkowe"* obejmujący 30 stron okazuje nam w całym blasku lekarza-krytyka który zwraca uwagę na pozornie drobne szczegóły djagnostyczne, przecież umożliwiające ścisłe rozpoznanie. Ciekawy np. jest ustęp o gorączce podurowej wskutek zbyt skąpego żywienia chorych jak również i wskutek ich przekarmienia, niemniej wzmianka o stanach podgorączkowych w przebiegu złośliwych nowotworów — nawet nie wrzodziejących, w przewlocznych zatruciach arsenem, bromem i t. d. Liczne własne historje chorób sprawdzają dobitnie uwagi autora. To samo da się powiedzieć o następnych rozdziałach: Sepsis, Pyaemia, ostre i przewłoczne nacieki w płucach, tętniaki a guzy śródpiersia, niestrawność, schorzenia esicy i prostnicy, Ileus, obrzęki gruczołów chłonnych, guzy brzuszne (przeszło 50 str.), Polyuria, Hämaturia, Pyuria i t. d.

Cenne są uwagi różniczkowo-rozpoznawcze pomiędzy odrą a posocznicą, odrą a influenzą, błonicą a białaczkową anginą, pomiędzy początkowym okresem ospy a odrą, pomiędzy ospą a kiłą, durem a gruźlicą prosówkową w postaci rzekomo durowej, pomiędzy durem a posocznicą i t. d.

Bardzo ważne cechy różniczkowo rozpoznawcze znajdujemy w rozdziale o posocznicy, w dziale zaś, zdawałoby się nie nastręczającym trudności jak w nieżycie oskrzeli, ostrym i przewłocznym, autor wskazuje nam na cały szereg wątpliwości (np. „szczytowe nieżyty") wziętych żywcem z codziennej praktyki, w dychawicy oskrzelowej — roztacza nam autor obraz nader różnorodnych możliwości z własnego doświadczenia — nieraz bądźto stwierdzonych oględzinami pośmiertnemi bądźto mylnych rozpoznań — do czego się szczerze autor przyznaje. Bardzo obszernie omawiane są schorzenia płuc „naciekowe", ostre i przewłoczne jak również w osobnym rozdziale omawia autor jamy płucne. Zajmujące są przykłady omyłek rozpoznawczych pomiędzy gruźlicą płucną a ostrem zapaleniem śródsierdzia łączącem się z krwiopluciem, lub też mylnie rozpoznaną gruźlicą lewego płuca a wadą zastawkową (stenos. mitr. lub też insuff. mitr.). Rozszerzenie lewego przedsionka wskutek zwężenia zast. dwudzielnej wytwarza kurczenie się lewego szczytu i przytłumienie wypuku (wzgl. odgłos stłumiono-bębenkowy, trzeszczenia pochodzące od niedodmy szczytu i t. d.

W przypadkach ropniaka (Empyema) z równoczesną odmą — zjawisko wcale częste — zaleca autor bezwarunkowe badanie chorego na boku zdrowym aby tem łatwiej stwierdzić bańkę powietrzną. Ustępy o wysokiem ustawieniu przepony, porażeniu nerwu przeponowego, o jednostronnie uniesionej przeponie o zapaleniu opłucny przeponowej z następowem porażeniem przepony i wysokiem jej ułożeniu zasługują na szczególniejsze wyróżnienie. W ropniach przedprzeponowych różnica odległości końca żebra X od końca kości biodrowej tejże strony od tych wymiarów po stronie zdrowej ma mieć ważne znaczenie rozpoznawcze.

Bardzo drobiazgowo przedstawia autor rozpoznania różniczkowe w odmie piersiowej, w niewydolności serca Pouczające wskazówki znajdujemy w rozważaniach poświęconych wątpliwościom na temat: tarcie osierdziowe czy niedomykalność t. gł. wysięk osierdziowy czy rozszerzeń serca lub wysokie ustawienie przepony, czy też wypocinowe zapalenie śródpiersia przedniego i t. d. Szczegółowo przedstawione są szmery skurczowe pod

wzgl. rozpoznawczym — rzecz która nam przy łożu chorego wielkie nieraz wątpliwości nasuwa. Zajmujący jest przypadek mylnie rozpoznanego ubytku przegrody — w których wszystko zdawało się przemawiać za wrodzoną wadą [1]) (sinica od dzieciństwa, różnica szpar powiekowych, źrenic usadowionych niesymetrycznie, pałeczkowate palce i t. d. obok głośnego szmeru skurczowego z skurczowem frémissement i t. d.) a wreszcie po śmierci (z gruźlicy) stwierdzono: niedomykalność i zwężenie zastawki dwudzielnej. Tak samo mamy zebrany obszerny materjał w rozdziale: tętniaki t. gł. a guzy śródpiersia, zapalne i wrzodniejące sprawy jamy ustnej i gardzieli, również i dział: wrzód żołądka, rak żołądka obfituje w prawdziwą mozajkę schorzeń dokładnie przez autora zestawianych a rozpoznawczo przeciwzestawianych. Rozpoznaniu różniczkowemu pomiędzy Periappendicitis a cholecystitis acuta poświęca autor szczegółowe uwagi. Zaznacza częstą żółtaczkę — wprawdzie lekką, obok napadów kolki i wymiotów jako objawy towarzyszące nieraz appendicitis, tem bardziej że chorzy podają jako siedzibę bólów najsilniejszych okolicę pęcherzyka żółciowego. Rozstrzyga ból przy opukiwaniu okolicy kątnicy, Défense w dolnej części mięśnia prostego, zwiększający się ból przy napinaniu mięśnia Psoas i m. brzusznych, promieniowanie bólów w udo i wynik badania okolicy kątnicy i per Rectum. Pamiętać trzeba o nieprawidłowo wysuniętym (ku wątrobie) wyrostku robaczkowym wzgl. o wstrzymanem (z czasów płodowych) zstąpieniu kątnicy. Klasycznym jest znów obraz Perappendicitis wskutek wysoko umieszczonego wyrostka poza kątnicą. Autor przyznaje się do pomyłek — rozpoznawszy ropną cholecytitis — a przecież sądzi, że rozpoznanie prawdziwe jest możliwe — a nawet nie trudne. W rozdziale o obrzękach gruczołów chłonicznych znajdujemy zajmujące uwagi o gruczole „Virchowa" — który wyjątkowo nie w lewym — lecz w prawym dołku nad obojczykowym się znachodzi z powodu nieprawidłowego przebiegu Ductus thoracicus. Przypadki w których rozpoznanie przerzutu nowotworowego w gruczole Virchowa — okazało się mylnem nie są rzadkie, gdyż czasem obrzęk gruczołu pochodzi od żylnej zastoiny lub od zmian gruźliczych. Omawiając guzy brzuszne poświęca autor obszerny opis guzom wrzekomym (Phantom tumorem), histerycznym „mięśniowym niby guzom", neurotycznym „jelitowym niby guzom", czasem guzy te i w uśpieniu nie znikają (Pseudoperitonitis hysterica, Ileus hystericus Ortner) wyjątkowo dopiero Laparotomia istotne rozpoznanie umożliwiła; (czasem badanie w kąpieli [2]).

Rozstrząsając szczegóły rozpoznawcze guzów stale usadowionych (nieruchomych) w jamie brzusznej przypomina autor naczelne 2 zasady: 1) że guz taki najczęściej odpowiada swem usadowieniem — przynajmniej w przybliżeniu — narządowi w tem miejscu położonemu — wyjątkowo narządowi innemu przemieszczonemu; 2) guz częściej odpowiada nowotworowi złośliwemu przerzutowemu aniżeli pierwotnemu (endothelioma), wyjątkowo otorbionemu wysiękowi otrzewnowemu. Nie mniej cenną wydaje się nam uwaga: Jakkolwiek bądź usadowienie ropnia w jamie brzusznej nie wyklucza jego pochodzenia od zropiałego wyrostka robaczkowego. Uwagi djagnostyczne obejmujące tętnienie głównej tętnicy brzusznej uzupełnia autor ciekawym szkicem o n a p a d o w o występującej rozstrzeni (Dilatatio paroxysmalis aortae abdominalis) — przyczem tętnienie odbywa się tylko ku przodowi (nie jak przy tętniakach: również i na boki) — a w okresach prawidłowych tętnienia silniejszego niema.

Omawiając w kilku rozdziałach guzy w jamie brzusznej zwraca autor uwagę na położenie odźwiernika — wymacalnego czasem w razie lekkiej Pyloroptosis — jako walcowaty poprzeczny guz grubości walca, poziomo ułożony, nie przekraczający brzegu m. prostego. W stanie prawidłowym zmienia guz ten wyraźnie przy obmacywaniu go, swoją spoistość. Kurczenie się guza z lewej ku prawej stronie widać lepiej gdy badany naczczo napije się ½ szklanki wody [3]). O drobnych kołopępkowych guzkach i naciekach znajdujemy nader zajmujące, mało znane szczegóły — guzy te musimy palcami „wyszukiwać". Czasem są to pierwsze zwiastuny raka żołądka lub jelita. Pamiętać zresztą trzeba, że i wypociny otorbione, ropnie, nieraz sadowią się tuż przy pępku — czasem są to kołowyrostkowe (appendix) ropnie — a zwłaszcza przy teritonitis pneumococcica. Obszerne uwagi djagnostyczne poświęcone są guzom nerkowym; pomijając nieprawidłowo położoną, opadniętą — przy Habitus asthenicus, lub też przez jakąś sprawę podprzeponową zepchniętą nerką — zwraca autor uwagę na przypadki w których dolny biegun nerki dostępny obmacywaniu okazuje się niezmienionym podczas gdy właśnie górna część nerki może być dotknięta nowotworem czy też zmianą gruźliczą które spychają nerkę w całości ku dołowi. Wyczerpująco przedstawione są obustronne i jednostronne guzy bocznych, skrajnych okolic brzucha. Rozróżnienie wodonercza (wzgl. bąblowca) wogóle guza torbielowatego nerki od otorbionej wypociny oskrzelowej, opiera się na gładkiej powierzchni guza, ostro od otoczenia odgraniczonego — zaś przy wypocinie otrzewnowej granice są zamazane, nierówne, przy częstym braku wypuku bębenkowego — cechującego wodonercze przy lekkiem opukiwaniu. Opukując silnie, otrzymamy znów — przy wypocinie, odgłos bębenkowy, pochodzący od pętli jelit pod wypociną położonych — zaś torba wodonercza daje wtedy odgłos przytłumiony.

Bardzo cennym znakiem towarzyszącym nowotworowi nerkowemu zwłaszcza strony prawej jest Varikokele prawostronna.

Przy nadnerczaku (Hypernephroma) ważne są często, zdaniem autora, stany gorączkowe typu zwalniającego lub przepuszczającego; również przerzuty kostne pozornie chełboczące, miękkie, jak również zjawianie się ograniczonych plam barwikowych przerzutowych (Melanodermia). Co do wyrostka robaczkowego to wyrostek macalny uważa autor za nieprawidłowy.

Zajmujące są zestawienia schorzeń okolicy jelita ślepego: guz wrzekomy (Phantom), guz kałowy, guz z glist, guz z wgłobienia powstały, purpura intestinalis, obrzęki gruczołowe, obrzęki wyrostek robaczkowy, ropniak wyrostka, coecum mobile, gruźlicze kołokątnicze zapalenie, promienicze zapalenie, lukrowe jelito (Zuckergussdarm), rak jelita ślepego, kiła, ziarniniak, i t. d. Osobny rozdział poświęcony jest guzom wymacalnym przez pochwę lub przez odbytnicę. Mówiąc o pomyłce przy badaniu guza kałowego w odbytnicy — wyznaje autor że samemu zdarzyło się to w przypadku w którym twardy guz „został skanalizowany" przez lewatywę, a powierzchnia kanału w guzie twardym była kraterowato rozpadła.

Dużo ciekawych szczegółów zawiera ustęp o wielokrotnych guzach jamy brzusznej. Obszernie omawiany jest k r w i o m o c z nietylko w schorzeniach narzadu moczopłciowego — ale i innego pochodzenia: po chorobach zakaźnych, przy appendicitis, przy tętniakach t. brzusznej, przy zakrzepach żylnych w podbrzuszu, skrzywieniach kręgosłupa, wskutek długotrwałego stania lub po marszach, dalej jako krwiomocz angioneurotyczny ,w anaphylaxi, w polycythaemji i t. d. Autor wątpi o istnieniu haematuria essentialis. W rozdziale o białkomoczu znajdujemy szczegóły o białkomoczu jako objawie zaburzeń naczynioruchowych — często z towarzyszącymi bólami nerek („migrena nerkowa") — rzadziej z krwiomoczem — nieraz znów przy obrzęku Q u i n c k e'g o — lub też białkomocz jako postać szczątkowa Hemoglobinurji napadowej. Rozdział schorzeń nerkowych obejmuje szczegóły rozmiękkowo-rozpoznawcze — oraz mnóstwo wskazówek wziętych z bystrej obserwacji chorych. Może unikatem w dziełach o djagnostyce jest rozdział zatytułowany „Adynamia" — uderzający bogactwem omawianych możliwości począwszy od schorzeń mięśni, schorzeń wątrobowych, głodzenia i nadmiernego żywienia się, schorzeń krwi, kości, stawów i t. d. aż do schorzenia serca i naczyń, niedomogi nerek, ch. Addison'a, cukrzycyc i wiele innych zespołów. Szczególnie rzadko uwzględniamy w praktyce: mierzyć ciśnienie krwi u chorych naczczo, rano — a nie po wysiłkach — podkreśla autor, mówiąc o osłabieniu w nadciśnieniu lub w hypotonji.

Chorobom krwi, chorobom stawów poświęca autor obszerne rozdziały. Że Arthritis gonorrhoica może zjawić się również jako Polyarthritis a nie jak ogólnie sądzą jako Monarthritis, że występuje czasem dopiero w długi czas po już przebytej rzeżączce, że nagabuje nowe stawy, w czasie gdy, jeszcze dawniej zajęte stawy nie wróciły do normy — jak to bywa przy Polyarthritis rheum. — te wszystkie szczegóły podkreślone są jako rzeczy nie bardzo znane. Wielkie trudności przedstawiają przypadki ostrego gruźliczego zapalenia stawów. W przypadku autora surowiczo-krwawy punktat stawów, wysięki wjamach surowiczych naprowadziły na podejrzenie tła gruźliczego — potwierdzonego oględzinami pośmiertnemi (gruźlica prosówkowa, stawowa i ogólna). Dla kiłowego zapalenia stawów w II okresie kiły, wymienia autor jako cechujące objawy: bezskuteczność salicylanów, brak kolejnego zajęcia stawów, ostry obrzęk śledziony — obok stwierdza

nego zajęcia stawów, ostry obrzęk śledziony — obok stwierdze-

---

[1]) Steiosis a. pulm, septum ventr. apert. w okresie przedrentgenowskim.

[2]) O wartości badania chorych w kąpieli wspominam szczegółowo w „chorobach wątroby" w III. tomie zbiorowego dzieła Jaworskiego (chor. wewn.). Sprawozdawca.

[3]) Nieraz wszakże —jak się o tem przekonałem — guz odpowiada nowotworowi (Ca) — zwłaszcza że b. trudno rozstrzygnąć czy guz walcowaty zmienia swą spoistość przy obmacywaniu go. *Sprawozd.*

nia krętków i dodatniego odczynu WA. Osobno znów zebrane są schorzenia stawów w kilc później, przypadki z przebytem przed laty zapaleniem stawów i przebytą kiłą z równoczesną wadą zastawkową t. głównej — z objawami świeżego schorzenia stawów i t. d. Bardzo cenne są uwagi o powikłaniach dny z ostrym lub przewlekłym gośćcem stawowym.

Ostatni rozdział poświęca autor sprawom zapalnym opon mózgo rdzeniowych: Meningismus v. Pseudomeningitis a Meningitis. Na podkreślenie zasługuje okoliczność, że autor wylicza cały długi poczet chorób którym towarzyszyć może meningismus — nie zaprzecza wszakże że niektóre przypadki ostrego Meningismus mają tło anatomiczne: obrzęk surowiczy ostry opon mózgowych który ustąpić może, lub uleczalnej Menigitis serosa albo też „suchego pęcznienia mózgu" (trockene Hirnschwellung").

Krótki ten przegląd treści dzieła Ortnera słabe tylko dać może pojęcie o wprost niewyczerpanej obfitości obrazów różniczkowo-rozpoznawczych. Jest to wprost encyklopedja dyferencjalno diagnostyczna. Spis rzeczy obejmujący stron 51 umożliwia wyzyskanie przebogatej treści. Jest to zupełnie odrębny typ dzieła, nie można go porównać z djagnostyką Matthesa, bardziej podręcznika szkolnego, może systematyczniej zbudowanego, którego spis rzeczy nawet 68 stron sięga — z każdej karty dzieła Ortnera przemawia do nas lekarz o wyjątkowem, fenomenalnem doświadczeniu opartem na głębokich studjach i bystrym darze intuitycyjnym.

Pisek (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy, tom XII, nr. 5—6, za listopad-grudzień 1928: St. Rouppert: W dziesiątą rocznicę. — St. Hubicki: Ideologja w budowie służby zdrowia w wojsku polskiem. — I. Karwiński: Dziesięciolecie Departamentu zdrowia M. S. Wojsk. S. Rudzki: Dziesięciolecie Szpitala Ujazdowskiego. — S. Krupiński: Służba farmaceutyczna w wojsku polskiem. — G. Szulc: Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłem 10-leciu w Wojsku Polskiem.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 34, z 25 sierpnia 1929: J. Laub: Nieco o aptekarstwie w Republice Czechosłowackiej. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 13, z r. 1929: W. Skibiński: Wiersz: Władzio na wsi. — St. Lewartowicz: Wychowawcze zalety pensjonatów dziecinnych. — J. Korczakowska: Rozum ptaszęcy. — L. Ch.: Jak zabawić dzieci podczas podróży. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Miłobędzka: Gimnastyka. — J. Ładzianka: Nasze dzieci. Jak fotografować dzieci. — M. Morzkowska: Odżywianie dziecka w drugim roku życia. — J. Suffczyńska: O domowej apteczce. — M. Urszula Niepokoyczycka: O zakaźnych schorzeniach skóry.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 14, z r. 1929: L. Krzemieniecka: Wiersz: Odpoczynek. — M. Benisławska: Prawo pierwszego razu. — A. Maliszewski: Bajka o pajacu, który... E. Szelburg-Zarembina: Znów coś nowego. — J. Prażmowska: Szanujmy pracę dziecka. — A. Maryńska: Głodówka. — M. Miłobedzka: Gimnastyka. — F. Łuniewska: Odżywianie w chorobach zakaźnych. — A. Klęsk: Asymetryczny rozwój ciała. — E. Pieracka: Jak nie należy dzieci ubierać.

Gruźlica, rocznik IV, nr. 3, za maj-czerwiec 1929: St. Sterling-Okuniewski: O rozbieżności wyników badania fizykalnego i rentgenologicznego szczytów płucnych. — S. Mikołajski: Walka z gruźlicą w Województwie Lwowskiem w roku 1928. W. Brand: Organizacja walki z gruźlicą w okręgach wiejskich. — Gruźlica i walka z nią w 26 państwach.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 16, z r. 1929: A. Maliszewski: Wiersz: Lato. — M. Jacynówna: Kształcenie uczuć. — W. Borudzka: Dziecko i zwierzęta. — S. Borowska: Jureczek. — M. Benisławska: Dziecko, z którem się nie udaje. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Miłobędzka: Gimnastyka. — M. U. Niepokoyczycka: Ratownictwo wakacyjne. — M. Michejdzina: Przyczyna krzywicy i jej leczenie. — Matki między sobą.

Położna, rok II, nr. 9, z września 1929: T. Pisarski: O pielęgnowaniu dzieci przedwcześnie urodzonych. — M. Mackiewicz: Gruźlica a ciąża.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 34—35, z 29 sierpnia 1929: J. Fliederbaum: O leczeniu ropni i zgorzeli płuc emetyną. — M. Girszowicz: O wpływie roztworów hipertonicznych na miażdżycę w związku ze współczesnemi poglądami na klinikę tej choroby. — Wł. Sterling: Achondroplazja (Streszczenie zbior. dok.). — L. Zamenhof: Źródła tandety lekarskiej. M. Peker: O środkach leczniczych stosowanych w dnie. — A. Ciągliński: Kilka uwag w sprawie rozesłanych przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów tablic-wzorów „tableaux-types" do sprawozdania w V tomie Międzynarodowego Rocznika Sanitarnego za rok 1928.

Nowiny Psychjatryczne, rok VI, kwartał III—IV, r. 1929: Al. Piotrowski: Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance. J. Gawroński: Pielęgniarstwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach. — Fr. Wilczyński: Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach. — St. Zajączkowski: Bezsenność u osób psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance. — St. Świerczek: O leczeniu paraliżu postępującego malarją z uwzględnieniem wyników w Dziekance. — W. Gorzkowski: i H. Zajączkowski: Rozważania o alkoholizmie na tle stanu zachorzeń psychicznych alkoholowych w Dziekance przed wojną i po wojnie światowej. — J. Medem: Badania kontrolne nad symptomatologją płynu mózgo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i w innych schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego. — J. Gawroński: Organizacja opieki nad psychopatami oraz metody leczniczo-wychowawcze w tej dziedzinie. — Al. Piotrowski: Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny. — R. Markuszewicz: O zaburzeniu instynktu samozachowawczego w schizofrenji.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok I, nr. 4, z r. 1928: E. Neymark: Idee pozytywistyczne w Kubańskim projekcie kodeksu karnego. — Olbrycht: Orzeczenie rekursowe przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem (upadek z wysokości) a udarem apoplektycznym. — S. Manczarski: Przyczynek do ran postrzałowych czaszki. — W. Grzywo-Dąbrowski: Usiłowanie zgwałcenia obojnaka. — Usiłowanie otrucia matki przez córkę smołą pogazową. — W. Felc: Z kazuistyki obrażeń narządów płciowych męskich. — W. Grzywo-Dąbrowski: Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego za r. 1928. — H. Becker: Badania toksykologiczne w pracowni higjeny Szkoły podchorążych sanitarnych w Warszawie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 35, z 1 września 1929: H. Szancer: Chemja sacharyny i dulcyny. — Nowe leki. Fr. Herod: Wrażenia z wycieczki na Bliski Wschód. — Sprawy zawodowe.

Przewodnik pielęgniarski, rok I, kwartał III—IV, r. 1929: J. Medem: Dziekanka: Organizacja pracy dla psychicznie chorych w zakładzie (c. d.). — Z. Tustanowski, Dziekanka: Najczęściej występujące objawy chorób psychicznych. — M. Żywot, Dziekanka: Utrata przytomności. — Z. Tustanowski, Dziekanka: Odczyny. — Br. Jesionowski, Dziekanka: O kąpaniu psychicznie chorego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Presse Medicale.

Nr. 1. 1929.

A. Sezary i A. Barbé: *Wynik leczenia Stovarsolem w 125 przypadkach postępowego paraliżu.* Autorowie, stosując od r. 1921 przy postępowaniu postępowym paraliżu arszenik pięciowartościowy pod postacią soli sodowej Stovarsolu osiągnęli w wielu wypadkach wybitną poprawę. Najbezpieczniej wstrzykiwać preparat podskórnie w ilości 1 g 3 razy razy na tydzień, do ogólnej ilości 21 g w ciągu jednej serji; w niektórych wypadkach dojść można do 30 g. Leczenie można powtórzyć kilkakrotnie w odstępach jednomiesięcznych. Niezauważono nigdy jakichkolwiek zaburzeń wzrokowych. Jakkolwiek leczenie postępowego paraliżu środkami, wywołującemi gorączkę zwłaszcza malarją, bywa często skuteczne, jednak ze względu na pewne niebezpieczeństwo, grożące choremu należy wpierw spróbować leczenia Stovarsolem jako zupełnie nieszkodliwego. Najlepsze wyniki osiągnięto w wypadkach z objawami podniecenia psychicznego. Mianowicie 68% chorych tej grupy wykazuje wybitną poprawę, z pośród nich 55% mogło wrócić do swych poprzednich zajęć, 45% nie wykazuje żadnych objawów chorobowych. Brak poprawy w 32%.

Druga grupa — 41 przypadków — obejmowała chorych z osłabieniem intellektu. Tu wynik dodatni osiągnięto w 58,5%, bez poprawy było 41,5%. W trzeciej grupie chorych z objawami demencji, skutkiem daleko posuniętych zmian w mózgu osiągnięto w 26,4 procent poprawę z pośród tych 9,4% wykazywało znaczne polepszenie; zaś w 73,6% nie było efektu leczniczego. Wyniki leczenia stovarsolem są zatem zależne od postaci klinicznej post. paraliżu, nie ustępują metodzie leczenia malarją, przyczem stosowanie stovarsolu jest mniej niebezpieczne i nieskomplikowane i nie wymaga przebywania w zakładzie leczniczym. Płyn mózgo-rdzeniowy wykazuje wybitne zmiany pod wpływem leczenia. Odczyn Wassermanna staje się ujemnym w 37%, leukocytoza zmniejsza się w 73% przypadków, hyper-albuminoza w 47%. Zmiany te jednak nie przebiegają równolegle ze stanem klinicznym.

Nr. 2. 1929.

R. Dabré, J. Marie, H. Pretet: *Djagnostyka i bakterjologja kokluszu.* Rozpoznanie początkowego kokluszu, postaci poronnych, nietypowych, jakoteż kokluszu u dorosłych bywa często bardzo trudne czasem wręcz niemożliwe. Nieocenione usługi w tym kierunku daje badanie bakterjologiczne zapomocą posiewu kropelek, wyrzucanych przez chorego podczas napadu kaszlu, na płytce Petriego z pożywką niewiele się różniącą od pożywki Bordet i Gengou. Autorowie podają dokładny skład pożywki, jakoteż wskazówki techniczne celem uzyskania wyników dodatnich. Na jedno badanie należy poświęcić 3—5 płytek; nie należy sztucznie wywoływać kaszlu, najlepiej powierzyć płytki osobie pielęgnującej dziecko, którą należy pouczyć, by w razie ataku kaszlu trzymała pożywkę w odległości 10 cm od ust chorego przez 1/4 minuty. Posiew nie ulega zniszczeniu nawet jeśli się go dopiero po kilku dniach umieści w cieplarce. Trzeciego dnia po umieszczeniu posiewu w temp. 37° C pojawiają się kolonje bakteryj kokluszu o średnicy 1 mm, o brzegach regularnych i okrągłych, lśniące, podobne do kropelek rtęci. Rozpoznanie może być potwierdzone przy pomocy badania drobnowidowego, przeszczepiania i odczynu zlepnego. Dodatni wynik posiewu spotykamy najczęściej w okresie nieżytowym kokluszu — 75%. W 3 tygod. napadów kaszlu 45% przyp. daje posiew dodatni. W 5 tygod. wynik jest dodatni tylko w 10% przyp. Ciekawe, że w tym okresie koklusz przestaje być zakaźnym.

Nr. 3 1929.

C. Frugoni: *Krwotoki żołądka w przebiegu „Splenomegalia Thrombophlebitica.* Autor kreśli obraz kliniczny jednostki chorobowej, którą nazwał „Splenomegalia thrombophlebitica primitiva", w przebiegu której rozróżnia 2 okresy. Pierwszy okres cechuje przewlekłe powiększenie śledziony nieraz bardzo znacznego stopnia, do którego często przyłącza się niedokrwistość o charakterze chlorotycznym i aplastycznym, zmniejszona ilość c. białych (do 2000), czasem limfocytoza; oporność krwinek prawidłowa. Okres ten może trwać latami. Patogenezę tego schorzenia należy upatrywać w zakrzepowem zapaleniu żyły śledzionowej, skutkiem czego przychodzi do zastoju w zakresie tejże żyły powiększenia śledziony i dalszych objawów. W drugim okresie zapalenie przechodzi na żyłę wrotną i jej rozgałęzienia wywołując zaburzenia podobnie jak w żyle śledzionowej. Następstwem tego są częste krwotoki z żył żołądkowych rozszerzonych skutkiem zastoiny w zakresie żyły wrotnej, prowadzące prawie zawsze do zejścia śmiertelnego. Leczenie polega na możliwie wczesnem wycięciu śledziony. Zdaniem niektórych autorów — Greppi, Lusena — schorzenie to wywołują bliżej nieznane pasorzyty za czem zdają się przemawiać guzki Gandy'ego umiejscowione dookoła naczyń krwionośnych śledziony.

Dumitresco-Mante, D. Hagiesco, M. Maxim i C. Petresco: *Nowe badania nad zwolnieniem tętna w żółtaczce.* Badania nad zwolnieniem tętna w żółtaczec przy pomocy wstrzykiwań atropiny — metodą Danielopolu — 1/2 mg dożylnie kilkakrotnie do ogólnej ilości 2—2,5 mg a nawet 3,5 mg wykazywały zawsze wybitne przyspieszenie tętna do 120—130 uderzeń na minutę. Należy zatem przyjąć czynnik nerwowy wywołujący zwolnienie tętna. Z pośród 16 przypadków tylko w 15% wykazano czystą hyperwagotonję, w innych przypadkach stwierdzili hypoamphotonję z względną przewagą układu parasympatycznego, a nawet w jednym przypadku hypersympaticotonję. Roztwory soli kwasów żółciowych, taurocholowego i glykocholowego, wstrzykiwane dożylnie zdrowym ludziom w większości wypadków nie wywoływały zwolnienia tętna, z czego należy wnioskować, że przy powstawaniu zwolnienia tętna w żółtaczce sole żółciowe nie odgrywają dominującej roli, wchodzi tu natomiast w grę inny czynnik a mianowicie cholina, której wartości we krwi były zawsze podwyższone w wypadkach zwolnienia tętna w żółtaczce, natomiast przypadki z przyspieszonem tętnem wykazywały zawsze prawidłowy lub obniżony poziom choliny we krwi.

Nr. 4. 1929.

M. Grain: *Jak należy obecnie leczyć ropienia z nosa.* Ropienia z błony śluzowej nosa nieraz bardzo przewlekłe dają się skutecznie zwalczać przy pomocy miejscowego stosowania szczepionek — antivirus. — Dotychczas stosowane środki odkażające są bezsilne, ponieważ działając tylko powierzchownie nie niszczą drobnoustrojów rozwijających się w głębi gruczołów i tkance podśluzowej, bakterje szybko uzyskują odporność wobec antyseptyków, a roztwory bardziej stężone są szkodliwe dla samej błony śluzowej. Antivirus natomiast działa wybiórczo na bakterje, jako płyn hypertoniczny wywołuje zetknąwszy się z błoną posuwanie się wydzieliny z głębokich warstw śluzówki na powierzchnię, porywając ze sobą drobnoustroje, nie niszczy chorej tkanki lecz ją osłania; nadto uniemożliwia dalszy rozwój bakteryj zmieniając warunki biologiczne podłoża, w którem dotychczas się rozmnażały. Sposób stosowania jest prosty. Po oczyszczeniu nosa, okładamy pod kontrolą wzroku obie muszle nosowe watą napojoną obficie szczepionką. Po upływie 1/4—1/2 godz. usuwamy watę, każemy choremu nos oczyścić i pędzlujemy pod kontrolą wzroku, wacikiem napojonym szczepionką dokładnie całą jamę nosową. W ciągu 2 następnych godzin chory nie powinien czyścić nosa. Zabieg ten należy wykonywać raz dziennie a nawet 2 razy dziennie o ile przypadek ciężki, aż do ustąpienia objawów poczem stopniowo leczenie przerwać. Należy zawsze leczyć obie jamy nosowe. Antivirus powinien być wielowartościowy odpowiednio do flory bakteryjnej nosa. Jako środek pomocniczy można stosować wstrzykiwanie szczepionek. Autorowie przytaczają kilka przypadków w których podanym sposobem leczenia osiągnęli piękne wyniki.

Nr. 5. 1929.

F. Domenech: *Wpływ znieczulenia lędźwiowego na ruchy robaczkowe jelit. — Praca doświadczalna.* — Znieczulenie lędźwiowe wywołuje u psa prawie natychmiastowe znaczne przyspieszenie i nasilenie ruchów robaczkowych jelit utrzymujące się przez 1/2—1 godziny. Atropina wstrzyknięta znosi ruchy jelit powodując zupełne ich porażenie. Podobne działanie jak atropina wywiera głęboka narkoza chloroformowa, z chwilą jednak gdy zwierzę zaczyna się budzić ruchy jelit wracają. Znieczulenie lędźwiowe przecina niejako włókna biegnące od rdzenia do zwojów trzewnych, skutkiem czego nerw błędny uzyskuje przewagę wywołując bardzo silne ruchy robaczkowe jelit. Potwierdzeniem tego tłumaczenia jest działanie atropiny; nadto przecięcie nerwów trzewnych działa na jelita podobnie jak znieczulenie lędźwiowe, wywołując wzmożoną peristaltykę ustępującą również pod wpływem atropiny. W przebiegu zapalenia otrzewnej występowało porażenie jelit skutkiem podrażnienia zakończeń n. trzewnych i zaburzenia równowagi w drodze odruchu rdzeniowego między układem parasympatycznym a sympatycznym z przewagą tego ostatniego, którego działanie można usunąć przy pomocy znieczulenia lędźwiowego. Równoczesne stosowanie u zwierzęcia znieczulenia lędźwiowego i głębokiej narkozy chloroformowej wywołuje zniesienie ruchów robaczkowych jelit, co jest dowodem porażenia układu parasympatycznego przez chloroform, analogicznie do działania atropiny. O ile chodzi o zastosowanie w klinice należy pamiętać, że czasem omawiany wpływ znieczulenia lędźwiowego jest minimalny. Przyczyną tego jest zbyt nisko wykonany zabieg, skutkiem czego środek znieczulający nie może dosięgnąć włókien zwojów trzewnych wychodzących dość wysoko z rdzenia.

Dr. Scheps (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Arch. f. Verd. Krankheiten.

R. XLII.

O. Jakobson: *Urotropina a kamienie żółciowe.* Podaje u chorych ambulatoryjnie wielkie dawki urotropiny, 3,5—6 g pro die per os, 2—4 g dożylnie, zaś tylko po 3—4 dniach. Sterilizuje tem wybornie drogi żółciowe a wyniki bywają rychłe i dobre. Małe dawki, choćby i długo podawane nie wywołują podobnego efektu. Tylko w 3 przypadkach wystąpiła haematuria, która po usunięciu leku znikła. Autor przypuszcza, że wywołaną została wchłonięciem jadów, powstałych przy sterilizacji dróg żółciowych. Dopiero po szczęśliwem usunięciu dolegliwości przy pomocy urotropiny, decyduje się do podawania tak obecnie ulubionych przetworów kwasów żółciowych.

Steinitz i Szczeszewska: *Działanie alkoholu per rectum na wydzielanie żołądka.* Autorzy wprowadzili stałą sondę do

żołądka i wstrzyknęli 300 g 5% alkoholu do odbytnicy. Zawsze wystąpiła zwiększona sekrecja. Maksimum osiągnięto w ciągu 15—30 minut, ogólnie trwało wzmożone wydzielanie 60—90 minut. Ogólne ilości soku i wartości chloru nie szły równolegle z kwasotą. Klyzma, podawana w postaci kropel, wywołała zwiększone wydzielanie kwasu żołądkowego, lecz krzywa tegoż była nieco niższa i dłuższa. Sok żołądkowy tym sposobem uzyskany bez próbnego śniadania jest bardzo czysty. Woda, roztwory soli, cukru i t. p. podawane per rectum nie zwiększają sekrecji żołądka albo w bardzo małej mierze. Prawdopodobnie alkohol oddziaływuje w odbytnicy drogą krwi na parasympatyczną tkankę błony śluzowej żołądka, ponieważ można obecność alkoholu w treści żołądkowej wykazać. Współdziałają również wpływy reflektoryczne.

F. Rosenthal: *Diabetes renalis.* Ilość cukru w moczu wahała się stale około 2%. Wartości glykemiczne obracały się między 220—65 mg %, bez względu na to, czy pożywienie było bogate we węglowodany czy też ubogie. Pod wpływem insuliny glykosuria nie ustąpiła, wartość cukru we krwi obniżała się szybko a wystąpiły niebezpieczne objawy hypoglykemiczne. Niemożliwe takie przypadki oznaczyć jako diabetes inocens (mała glykozurja). Czy chodzi tu tylko o większą przepuszczalność nerek dla cukru, lub jeszcze inne przyczyny, które czynią cukromocz niezależnym od hyperglykemji i spożywania węglowodanów, niemożliwem jest dotychczas rozstrzygnąć.

Ernst, Purjesz i Zilzer: *Czy musi, przed badaniem na ukryte krwawienie, djeta pozostawać bez chlorofilu.* Doświadczenia autorów tyczą się czułej próby benzydynowej. Mniej czułym próbom (guajak, aloin, fenolftalein) obecność chlorofilu nie szkodziła. Przy próbie spektroskopowej chlorofil przeszkadza. Przy katalitycznym odczynie na krew nie ma wpływu. Enzymy zawarte w potrawie jarzynowej po 10 minutach gotowania tracą swą aktywność, z wyjątkiem zielonego grochu i drożdży, które są termostabilne. Emulzja kałowa powinna być przed próbą benzydynową filtrowaną i przez 10 minut gotowaną.

G. Rosenfeld: *Leczenie tylko śmietaną.* Autor używa już tego sposobu leczenia przezło 30 lat; podaje dziennie 3—4 razy pół litra śmietany (2700 kal.) z 12—15% tłuszczu. U chorych z hyperaciditas osiąga zmiejszenie lub nawet usunięcie bólu już w pierwszym dniu najdalej do 4 dni. Czynność chemiczna i motoryczna żołądka ulega znacznej poprawie. Przyleganie śmietany do błony śluzowej żołądka chroni go przed działaniem nadkwasoty, przez co i peristaltyka mięśniowa żołądka się zwalnia. Przy anaciditas bywają boleści zjawiskiem rzadkiem, lecz i te można usunąć śmietaną i zmniejszyć hyperkinezę.

L. Kuttner: *O znaczeniu „zasuwki" przy rozpoznawaniu wrzodu żołądka.* Artur Fränkel zwrócił uwagę, iż często przy kinematograficznem fotografowaniu żołądka (biegiem 20 sekund, przy wstrzymanym oddechu 5 i więcej zdjęć) znajduje się miejsce, zwykle na małej krzywiźnie do 8 mm długie, które nie współpracuje w peristaltyce żołądka, jakgdyby tam znajdowała się zasuwka, która zabrania ruchom żołądka. W tych miejscach znajduje się zwykle ulcus simplex, a ten znak wespół z innymi klinicznymi objawami, świadczącymi o wrzodzie, ma lekarzowi służyć jako dowód do przeprowadzenia leczenia ulkusowego (djeta, leżenie). Niedocenianie tego objawu może wywołać pogorszenie się choroby, krwawienie, tworzenie się ulcus callosum i chory znaleść sie musi na stole operacyjnym. Wrzód żołądka można poznać i przy ujemnym wyniku diaskopicznym z innych objawów klinicznych, tylko nie powinniśmy się zaspokoić rozpoznaniem kwaśnej dyspepsji, nadkwasoty, nerwicy żołądka i t. p. a pomyśleć zawsze o możliwości tworzącego się albo może już wytworzonego wrzodu. „Zasuwka" jest w tym względzie bardzo cennym środkiem pomocniczym a w przypadkach wątpliwych posiada wartość rozstrzygającą.

H. S. Lurje: *Badanie kliniczne o działaniu atofanylu na dnę.* Działa korzystnie w przypadkach świeżych i przewlekłych. Podaje się dożylnie a równocześnie per os większe ilości płynów i zasad. Pożywienie bez ciał purynowych a autor używał też równocześnie kąpieli solnych. Wydzielanie kwasu moczowego moczem zawsze wzrastało, kwas moczowy we krwi się zmniejszał, jednak nie zawsze.

Smirnov i Lawský: *Metody czynnościowego badania żołądka.* Płynne próbne śniadanie (alkohol, kofeina) bądź nie jest potrzebną strawą bądź zatraca akt żucia, który jest ważnym dla pierwszej fazy wydzielania żołądkowego. Śniadanie próbne Boas-Ewalda jest fizjologicznie sprawnem, posiada naturalny wpływ na obie fazy, umożliwia lepsze osądzenie motorycznej czynności żołądka. Przypływ żółci do żołądka nastaje przy niem o wiele rzadziej. Nigdy przy aspirowaniu cząsteczki po śniadaniu B.-E. nie mętniły treści wydobytej i nie tworzyły warstwowienia, wystarczy oliwę sondy zaopatrzyć w kawałek gazy lub w delikatne sitko.

Held i Gross: *Leczenie chorób wątroby i dróg żółciowych.* I. Dobrą i zasługującą na wyróżnienie od innych prób czynnościowych przy chorobach wątroby i w latentnym okresie jest próba krwi i bilirubiny według Hijmansa van den Bergha, albo na ikteroindeks według Mulengrechta. II. Próba fenoltetrachlorftaleinowa Rosenthala poucza nas o stanie wątroby i dróg żółciowych, zwłaszcza jeśli stosować chcemy leczenie salwarsanem. III. Przy chorobach wątroby proteiny drażnią tkaninę wątroby i tłuszcze są źle trawione, powinna zatem strawa składać się głównie z węglowodanów, jarzyn i owoców. Proteinów tylko 60—70 g dziennie. IV. W ostrych przypadkach ze żółtaczką, należy w pierwszych dniach podawać glukozę, w ciężkich przypadkach wstrzykiwać insulinę. V. Pęcherz moczowy i drogi żółciowe mogą oniemocnieć niekiedy tylko czynnościowo. VI. Cholecystografją i przy pomocy sondowania dwunastnicy można często rozpoznać, czy chodzi o organiczne czy o czynnościowe schorzenie tych narządów. VII. Cholesterosis pęcherzyka żółciowego i osobny kamień w nim są to dwa różne schorzenia. Pierwszy stoi istotnie w związku z ogólną przemianą materji lipoidów, która prowadzi do układania cholesteryny, stagnacji żółci, zapalonego podrażnienia błony śluzowej i wytworzenia kamieni typu mieszanego. Kamień solitarny tworzy się w pęcherzyku żółciowem samem, lecz uciskiem może później drażnić błonę śluzową. VIII. Gdy się pęcherzyk żółciowy dobrze wypróżnia, nie należy przeciążać go większemi dawkami tłuszczów. Najlepiej jest podawać małe dawki pożywienia lecz częściej. Leczenie w miejscach kąpielowych u odpowiednich źródeł pozostaje nadal na pierwszym planie.

Ungar (Lwów).

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 30. 1929.

H. Lehndorf: *Samoistna gorączka gruczołowa.* Wykład kliniczny w którym autor opisuje ostrą infekcyjną sprawę chorobową wywołaną przez nieznany zarazek okazujący wybitną skłonność do atakowania gruczołów limfatycznych. Sprawa ta charakteryzuje się gorączką, ogólnym obrzękiem gruczołów chłonnych, obrzękiem śledziony i anginą, krew wykazuje znaczny wzrost lymfocytów i komórek plazmatycznych.

A. Winkelbauer: *O chirurgicznych schorzeniach uchyłku Meckela.* Na podstawie obserwowanych przypadków stwierdza autor że uchyłek Meckela jest zmianą rozwojową która może prowadzić do Ileus (strangulatio et Invaginatio) a dalej przez obecność w nim ciał obcych do spraw zapalnych i zgorzeli, dających podobne objawy jak ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Występowanie w uchyłku wrzodu trawiennego może prowadzić do krwawień i perforacji. Autor uważa że zarówno chore uchyłki jak i napotkane zdrowe należy operacyjnie usuwać.

J. Kretz: *O leczeniu dietetycznem gruźlicy płuc według Sauerbrucha Herrmansdorfera i Gersona:* Djeta S. H. G. uzyskać można w wielu przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc wzrost wagi ciała i poprawę stanu ogólnego. Nie obserwowano wpływu bezpośredniego na sam tok sprawy chorobowej t. zn. zmiany procesu wysiękowego na włóknisty lub wpływu na ciepłotę ciała albo ilość plwociny.

K. Urban: *Rzadki przypadek Ileus.*

K. Bujnewitsch: *Przyczynek do mojej teorji wytwarzania się moczu.*

A. Strasser: *Leczenie fizykalne schorzeń żołądka i jelit.* Wykład kursu dokształcającego.

J. Pal: *Angina pectoris i Asthma cardiale dla praktyki.*

Nr. 31. 1929.

P. Saxl i O. Erlsbacher: *Leczenie odwadniające w przypadkach wysięków, specjalnie w przyp. chronicznego zapalenia stawów.* Artykuł daje sprawozdanie z leczenia spraw wysiękowych Salyrganem i roztworem salmiaku. Leczenie Salyrganem ostrych wysięków daje małe rezultaty. Taksamo leczenie podostrych i chronicznych wysięków opłucnej. Lepsze wyniki daje leczenie wys. osierdzia a zwłaszcza otrzewnej. Bardzo wdzięcznym terenem dla leczenia Salyrganem są chroniczne wysięki reumatyzmu stawowego które już po kilku injekcjach ustępują.

E. Herrmann: *O porodach Thoracopagów.* Opis przypadku.

A. Mülleder: *Przyczynek do kazuistyki mięsaka barwikowego.*

A. Schiff: *Zaburzenia żołądkowe i jelitowe w przyp. gruźlicy płuc.* Wykład kursu dokształcającego.

B. Kaufmann: *Cztery lata pogotowia ratunkowego I kliniki chirurgicznej Uniw. we Wiedniu 1924—1928.* Praca statystyczna.

H. Riedl: *Przez Indje Zachodnie do Guatemalii.*

H. Katz: *Infantylizm i niepłodność.* Wskazówki dla praktyki.

E. Pollak: *Formy i przyczyny krwawień mózgowych.* Wskazówki dla praktykij.

Nr. 32. 1929.

K. Goldhammer: *Roentgenologja w Anatomji.* Opis sposobu posługiwania się Roentgenem w nauczaniu anatomji stosowanego w I zakładzie anatomji prof. Tandlera we Wiedniu.

E. Zucker: *Złośliwy nowotwór substancji korowej nadnercza z virilismem i policythaemią.* Opis przypadku.

Fritz Felsenreich: *W sprawie leczenia zapomocą ustalenia ciężkich zranień palców i śródręcza.* Opis i wyniki leczenia złamań kości dłoni i palców zapomocą opatrunku ustalającego L. Böhlera składającego się z drutu i gipsu.

W. Mikułowski: *Lecznicze zastosowanie tlenu w klinice dziecięcej.* W przypadkach groźnych powikłań w narządzie oddechowym w rozmaitych schorzeniach u dzieci stosował autor wstrzykiwanie podskórne tlenu według Domine'a z bardzo dobrym wynikiem jak na to wskazują opisane przypadki.

T. Fohn i St. Kinos: *Mikrocytoza w przyp. ostrego zapalenia trzustki.* Opis przypadku.

O. Nemetz: *Clauden w medycynie wewnętrznej.* Podanie zachęcających wyników, po stosowaniu Claudenu w przyp. krwotoków wewnętrznych.

J. Eisenklam: *Tasiemiec w woreczku żółciowym.* Opis przypadku operacyjnego.

H. Elias: *Zużytkowanie pożywienia w normalnych i patologicznych warunkach.* Wykład kursu dokształcającego.

H. Riedl: *Przez Indje wschodnie do Guatemalji.*

G. Singer: *Jak winien się zachować lekarz praktyk w przyp. ostrej i chronicznej sepsis po anginie?* Wskazówki dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

Zentralblatt für innere Medizin.

Nr. 38. 1926.

Dr. K. Stephan (Brandenburg): *O działaniu, wchłanianiu i wydzielaniu Bizmutu ze szczególnem uwzględnieniem Bismogenolu.* Działanie i wydzielanie Bizmutu są rozmaite w zależności od rodzaju użytego preparatu i miejsca zastrzyknięcia. Najmniej toksyczne są ogólnie stosowane domięśniowe injekcje zawiesiny nierozpuszczalnego bizmutu w oliwie. Pierwszym tego rodzaju preparatem jest Bismogenol, który w 30 ccm (30 injekcji po 1 ccm) zawiera 1,8 g Bi, ilość wystarczająca na pełną kurację.

Po domięśniowem zastrzyknięciu bizmut odkłada się w tkankach; wchłanianie rozpoczyna się natychmiast i trwa przy nierozpuszczalnej soli kilka tygodni, nawet miesięcy. W narządach działa bizmut na żywe komórki aktywująco, wzmagając samowyleczenie kiły przez organizm. Wydzielanie bizmutu następuje w $^2/_3$ z moczem, a w $^1/_3$ z kałem.

Pożądany, długo utrzymujący się średniej wysokości poziom bizmutu we krwi i w narządach daje się osiągnąć przez stosowanie Bismogenolu, gdyż ten preparat, zgodnie z doświadczeniem, zostaje wolno i równomiernie wchłonięty. Dlatego też bizmut posiada najbardziej trwałe działanie i pozwala uniknąć nagłych skoków w rezorbcji. Poziom i wydzielanie bizmutu osiąga przy końcu intesywnych kuracyj wyższy stopień, którego jednak można uniknąć przez zastosowanie w połowie kuracji przerwy 10—14 dniowej. Przerwę tę poleca się ze względu na intensywność działania leczniczego i celem uniknięcia podrażnienia nerek.

Podczas gdy bizmut wzmaga leczenie samoistne, salwarsan podobno działa bezpośrednio zabójczo na krętki. Salwarsan jednak w najlepszym razie niszczy wszystkie krętki tylko w pierwszym okresie zakażenia, co tłumaczy częste nawroty po salwarsanie tembardziej, że salwarsan zgodnie z obecnym stanem badań, nie zwiększa naturalnej odporności ale nawet ją hamuje. Bizmut w przeciwieństwie do salwarsanu pobudza siły obronne ustroju do tego stopnia, że infekcja kiłowa przy obecności złogów bizmutu nie daje żadnych objawów.

Bizmut dostaje się do komórek wszystkich narządów także układu nerwowego, czego nie można twierdzić z całą pewnością o salwarsanie. Przy leczeniu schorzeń kiłowych (L. II, L. III i uwiąd rdzenia) bizmut przewyższa salwarsan. Dowiedli tego dla Bismogenolu Feldmann i Perkel obszerną statystyką: przy kile III-ciorzędnej i rdzenia Bi w 47% przypadków dał znaczną poprawę; salwarsan kombinowany z rtęcią tylko w 37%. W przypadkach uwiądu rdzenia odpowiednie cyfry były 35% i 7%, co świadczy, iż Bismogenol przewyższa salwarsan siedmiokrotnie. Energiczne działanie bizmutu na układ nerwowy korzystnie wpływa na dodatni OW w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Dodatni odczyn Wa we krwi pod wpływem bizmutu staje się nieco wolniej ujemnym niż pod wpływem salwarsanu. Jest to z korzyścią dla chorego, ponieważ nie zostaje zbyt szybko pozbawiony przeciwciał. Otrzymany pod wpływem bizmutu ujemny OW jest zazwyczaj bardzo trwały, tak że działanie lecznicze bizmutu jest lepsze od działania salwarsanu. Nawroty po kuracjach bizmutowych są rzadkie, zwłaszcza nawroty w układzie nerwowym spotykane tak często po leczeniu salwarsanem. Salwarsan może przewyższa Bismogenol w próbach poronnego leczenia kiły pierwotnej z ujemnym OW; we wszystkich późniejszych okresach choroby zupełne wyleczenie samym Bismogenolem lub w kombinacji z salwarsanem jest rzadziej prawdopodobne niż samym salwarsanem. O ile 6-cioletnie doświadczenia pozwalają na takie twierdzenie, może uchodzić za pewne, że samym Bismogenolem można wyleczyć kiłę II-gorzędną zupełnie bez nawrotów.

Zdarzające się czasem szkodliwe działanie uboczne Bismogenolu są lżejsze i łatwiej przechodzą niż po rtęci. Zapalenia dziąseł przy pielęgnowaniu jamy ustnej dają się zazwyczaj uniknąć. a przy zdrowych zębach zupełnie nie występnją. Nieżytu jelit przy stosowaniu Bismogenolu dotychczas wogóle nie stwierdzono. Podrażnienie nerek występuje w miernym stopniu i szybko przechodzi. Nie można je wcale porównać ze zmianami w nerkach występującemi po salwarsanie. Schorzałe narządy, szczególnie wątroba, bizmut lepiej znoszą niż pochodne arsenu.

Niezbyt wysokie dawki odpowiedniego preparatu bizmutowego wzmagają nietylko swoistą działalność komórek, lecz również ogólną ich żywotność. Dowodem tego jest przyrost na wadze podczas kuracji przeprowadzonych Bismogenolem. Liczba czerwonych i białych ciałek krwi wzrasta przy stosowaniu bismogenolu, a odporność ich zostaje zwiększona.

Rozpuszczalne sole bizmutowe zostają szybko pochłaniane i wydzielane; działanie ich jest przelotne i mniej trwałe niż działanie soli nierozpuszczalnych. Większość autorów odradza wlewania dożylne bizmutu ze względu na połączone z tem niebezpieczeństwo przy słabem działaniu leczniczem, ponieważ bizmut po zastrzyknięciach dożylnych wogóle w tkankach się nie odkłada.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 16. stycznia 1929 roku

1) Dr. Keilson wygłosił odczyt: *„Nacieczenia wczesne jako objaw początkowy suchot płucnych"* z pokazem Roentgenogramów. *W dyskusji* nad odczytem zabierali głos: Kol. Sterling, Reiterowski, Margolisowa i Tenenbaum. Kol. Sterling zaznacza, że wczesny okres nacieczenia nie ma składników serowacenia, może dlatego odczyn Biernackiego jest normalny, dwa przypadki kol. Keilsona, kiedy objawy nacieczenia wystąpiły po minięciu objawów rozpoznanych jako objawy duru brzusznego, co później okazało się rozpoznaniem mylnem, przypominają obraz kliniczny *typhobacillosis Landouzy'ego.*

Kol. Reiterowski, na podstawie piśmiennictwa, jest zdania, że ilość stwierdzonych nacieczeń wczesnych jest nieznaczna. Podkreślić należy niebezpieczeństwo szybkiego szerzenia się sprawy gruźliczej z nacieczeń wczesnych, dlatego też nie należy zaniedbywać zastosowania odmy sztucznej, w razie stwierdzenia tendencji rozwojowej ogniska. Klinicznie ognisko wczesne daje objawy podobne do grypy; Kol. Reiterowskiemu udało się zapomocą systematycznego korzystania z prześwietlania przypadków pogrypowych stwierdzić wśród 25 chorych po grypie jeden przypadek wczesnego nacieczenia.

Kol. Margolisowa przytacza dwa przypadki nacieczeń podobojczykowych u dzieci, które spostrzegała przed kilku laty w szpitalu Anny Marji.

Protokół posiedzenia z dnia 23 stycznia 1929 roku

1) Kol. Seweryn Sterling wygłosił odczyt: *„O zakresie higjeny socjalnej".* (Rzecz przeznaczona do druku).

Sprawozdanie z VIII-go Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów w Warszawie.

Podał Doc. Dr. H. Hilarowicz (Lwów).

VIII Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów obradował pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Ignacego Mościckiego w Warszawie w czasie od dnia 22. do 25 lipca b. r. przy udziale około 600 uczestników.

Pierwsze przedpołudnie poświęcono uroczystemu otwarciu zjazdu w wielkiej sali Rady Ministrów przyczem przemawiali: W imieniu Prezydenta Ministrów Minister Dr. Sławój-Składkowski, w imieniu prezydenta m. Warszawy Prof. R. Błędowski, Prezes Komitetu Międzynarodowego Prof. Dr. J. Verhoogen z Bruxelli, Sekretarz Główny T-wa Dr. L. Mayer i Przewodniczący Kongresu Prof. H. Hartmann z Paryża.

Pierwszym tematem naukowym była *kwestja przyczyn i mechanizmu zatorów pooperacyjnych*, żywo interesująca w ostatnich czasach chirurgów ze względu na wrzekomy wzrost częstości powyższego powikłania po zabiegach operacyjnych.

Chiasserini (Wenecja) przedstawia swe zapatrywania na przyczyny powstania zatorów pooperacyjnych z których za najważniejszą uważa zwolnienie szybkości krwiobiegu; do zakażenia i uszkodzenia miejscowego ścian żylnych nie przywiązuje większej wagi.

Prof. Forgue (Montpellier) omawia w świetnym wykładzie sprawę ze stanowiska praktyczno-klinicznego, rozpatrując wskazania zapobiegawcze na podstawie czynników etjologicznych usposabiających. Jako okolicę szczególnie niebezpieczną ze względu na możliwość powstania zatoru wymienia przestrzeń ograniczoną przeponą i międzykroczem, zwłaszcza małą miednicę, co uważa za dowód, że głównym czynnikiem etjologicznym jest zastój żylny; zapobiegać mu należy przedoperacyjnem wzmacnianiem narządu krążenia (środki nasercowe), utrzymaniem normalnej krzepliwości, leczeniem dezintoksykacyjnem. — Zachowanie aseptyki podczas zabiegu nie wystarcza, gdyż zachodzi możliwość samozakażenia prątkiem okrężnicy i innemi drobnoustrojami drogą przewodu pokarmowego. Wreszcie ważnym czynnikiem zapobiegawczym w czasie operacji jest unikanie uszkodzenia ścian żylnych przez zgniatanie, podarcie, masowe podwiązki i t. d. Po operacji zaleca wczesne ruchy, gimnastykę, środki nasercowe, bardzo skąpe odżywianie, oczyszczanie przew. pokarmowego, wreszcie wspomina o działaniu na krew samą przez zastosowanie hirudyny.

Govaerts z Brukselli zajmuje audytorjum interesującą kwestją mechanizmu powstawania skrzępów samoistnych w żyłach dalekich od miejsca zakażonego, najniebezpieczniejszych ze względu na śmiertelne zatory płucne. Objaśniając wykład rysunkami i przeźroczami przedstawia badania własne nad strukturą zlepów płytek krwi, które dają początek zakrzepom. Obok usposabiających zmian krwi wskutek urazu operacyjnego (leukocytoza, współczynnik białkowy, wskaźnik antitryptyczny, opadanie krwinek, lepkość, wzrost zaw. fibronogenu, skład mineralny) główną rolę w powstawaniu konglutynatów płytkowych gra zetknięcie się ich w krwiobiegu bądź to z produktami zniszczonych w czasie zabiegu tkanek lub częściej bakterjami o małej jadowitości. Normalnie takie zlepione płytki nie są powodem zakrzepów, a o ile dostaną się do naczyń włosowatych, nie mają znaczenia. O ile jednak zwalnia się chyżość prądu krwi i powstają wiry, przewężenia i t. d. (Aschoff) grudki płytkowe dają przez powiększanie się i osadzanie włóknika początek zakrzepom.

Doc. Dr. A. Ritter (Zurych) w dłuższem przemówieniu omawia przyczyny tak złożonego zjawiska jakiem jest zakrzep pooperacyjny. Obok zazwyczaj przytaczanych przyczyn jak zwolnienie prądu krwi, zmiany składu krwi po zabiegu i zmiany w charakterze powierzchni śródbłonka zwraca uwagę na skłonność ogólną i osobniczą do zakrzepów, zależną od różnych czynników wrodzonych, konstytucjonalnych i nabytych. — Ciekawem jest zapatrywanie mówcy na przyczyny niewątpliwie stwierdzonego wzrostu częstości zakrzepów pooperacyjnych w ostatnich latach: uszkadzanie śródbłonka przez zbyt często i ogólnie stosowane obecnie leczenie śródżylne (środki nasercowe, infuzje etc.), obok następstw wojny, oraz częstych epidemji grypy.

Z innych referentów należy wymienić Matasa (New Orleans), Piug Suredę i Dunhilla. W dyskusji zgłosili przemówienia z chirurgów polskich Wojciechowski, Leśniowski, Dziembowski.

Drugi dzień poświęcono wynikom *wycięcia żołądka z powodu wrzodu żołądka i dwunastnicy.*

Naogół przemawiano na korzyść resekcji, choć niektórzy odnosili się do niej z rezerwą ze względu na wrzekomą bardzo dużą śmiertelność (Bartrina — Barcelona, Ribas-Ribas — Barcelona)!; na korzyść zespolenia żołądkowo-jelitowego przemawiał pośrednio Schoemaker (La Haye), który wykonuje je przy wrzodzie dwunastnicy ze względu na swoje złe rezultaty resekcji przy tym ostatnim, a zresztą jest gorącym zwolennikiem resekcji Rydygierowskiej, po której miał 5% śmiertelności.

Za resekcją przemawiali ponadto Rossi i Scalone (Medjolan) oraz szczególnie Lardennois (Paryż) w bardzo pięknym wykładzie. — Stanowisko odnośne Polski zostało przedstawione w referacie Zaorskiego (Warszawa), opartym na statystyce 8 oddziałów chirurgicznych Polski, którego konkluzją było uznanie resekcji za metodę leczącą nie tylko objawowo ale i przyczynowo, a za metodę najlepszą resekcji Peana-Rydygiera. Wreszcie Puig y Sureda z Barcelony zwraca uwagę na dwa rodzaje typów wrzodu żółądka i dwunastnicy, od których zależy skuteczność resekcji: pierwszy to typ wrzodu ograniczonego, który da się usunąć w zupełności z pozostawieniem zdrowej części żołądka, drugi — wrzodu z dążnością do „generalizacji", z chorą błoną śluzową, w którym wyniki lecznicze po resekcji są gorsze i wymagają długiego współdziałania internisty. W dyskusji obok gorących zwolenników resekcji podnosiły się głosy, co prawda umiarkowane — i za zespoleniem żoł.-jelitowem (Okinczyc — Paryż), Uffredusi. Z chirurgów polskich zgłosili przemówienia w dyskusji Kryński, Dziembowski, Szper, Hilarowicz, który zwraca uwagę na nieuwzględniony przez nikogo na zjeździe sposób resekcji, łączący w sobie zalety sposobu Rydygiera (brak wyłączenia dwunastnicy) z zaletami sposobu Krönleiha-Reichla-Polyi t. j. połączenie końcowe boczne żołądka z dwunastnicą według Habercra. po uruchomieniu tejże sposobem Kocherowskim. Sposób ten nieco zmodyfikowany stosował dotąd na klinice lwowskiej w 8 przypadkach z jak najlepszym wynikiem bezpośrednim i późnym, bez jakichkolwiek powikłań.

Dzień trzeci zajęły częściowo obrady Walnego Zebrania członków M. T. Chir. (p. n.) oraz kwestja naukowa trzecia t. j. *leczenie operacyjne choroby Graves'a — Basedowa.*

Berard (Lyon) omawia formy kliniczne schorzenia (prawdziwy Basedow i gruczolak toksyczny), przygotowanie przedoperacyjne, w którem jod odgrywa najważniejszą rolę, oraz leczenie operacyjne z pośród którego wycięcie n. współczulnego stosuje tylko dla zwalczania wytrzeszczu, podwiązanie tętnic wraz z wycięciem okołosympatycznem na nich wyjątkowo przygotowawczo a za najlepszy sposób uważa subtotalne usunięcie gruczołu tarczykowego. Śmiertelność bezpośrednia 1% przy odpowiedniem przygotowaniu.

Crile (Cleveland) uważa nadnercze, tarczycę i system nerwowy za układ niepodzielny i odrębny, który ma na celu przerabianie energji elektrycznej, zamianę jej z potencjalnej na kinetyczną. Zastrzyk adrenaliny powoduje efekt podobny do hyperthyreoidyzmu; jako dowody przytacza liczne fakty kliniczne i doświadczalne i radzi usuwanie nadnercza, które zaczął obecnie stosować.

Prof. Jirasek (Praga) przedstawia swoje zapatrywanie na siedzibę choroby Basedowa oraz leczenie chirurgiczne poszczególnych postaci i okresów choroby, przyczem opiera się na badaniu podstawowej przemiany materji. Za najlepszy sposób leczenia operacyjnego uważa subtelne usunięcie tarczycy, podwiązanie tętnic zastrzega jedynie dla wypadków niezwykle ciężkich, wycięcie n. współczulnego dla wypadków niebezpiecznego dla oczu wytrzeszczu. W przygotowaniu używa obok innych środków jodu. Znieczula pół % nowokainą z pomocą gazu rozweselającego co uważa za najlepszy sposób ochrony przed wstrząsem psychicznym. Śmiertelność po wycięciu tarczycy subtotalnem 13,7%, wyleczenia zupełne 30—50%, poprawy 40—85%.

Prof. Noguchi (Beppu, Japonja) zdaje sprawozdanie z 1000 leczonych przez siebie w różny sposób (800 operowanych) przypadków i dochodzi do wniosku, że tylko sam gruczoł tarczykowy jest siedzibą choroby Basedowa.

Prof. Troell (Stockholm) opiera się na materjale 378 operowanych przypadków (88% kobiet, wzrost podstawowej przemiany materji od + 40 do 178%). Poleca gorąco Plummerowskie przygotowanie jodem. Śmiertelność w ostatnich 2 latach 2,2%, 51% wyleczeń, 39% zdolności do pracy po strumektomji. W dyskusji przemawiali z chirurgów polskich Jurasz i Szper. Jurasz przedstawia wyniki leczenia operacyjnego 45 przypadków, przyczem opiera się we wskazaniach operacyjnych i rokowaniu nietylko na samej wartości wzrostu przemiany materji podstawowej ogólnej, ale też na zachowaniu się przemiany materji białkowej i stosunku jej wzrostu do cyfry pierwszej, jakoteż na wartości, którą przedstawia stosunek wysokości ciała do wagi; w zależności od tego dają się ustalić w materjale J. grupy chorych o różnem rokowaniu pooperacyjnem. Badania te zupełnie nowe i bardzo ciekawe zostały przyjęte z wielkim aplauzem.

Dzień czwarty i ostatni zajęła *chirurgja stawu biodrowego.* Referują Ashurst (Filadelfja), Hybinette (Stockholm), Mathieu (Paryż) i Putti (Bolonja). — Ashurst opiera się na 100 przypadkach, z których 86 poddał zabiegom reparacyjnym i konstrukcyjnym. Wskazania do plastyki stawu są bardzo rzadkie; operację Withmanna stosuje często.

Hybinette podaje swą metodę plastyki stawu biodrowego, przyczem kładzie nacisk na zachowanie się wiązadła biodrowo-udowego. W odpowiednich przypadkach rezygnuje jednak z ruchomości dążąc do zesztywnienia. Przy zastarzałem zwichnięciu miał dobre wyniki po utworzeniu nowej panewki; w innych przypadkach po wszczepieniu podpory kostnej dla główki.

Mathieu omawia nowoczesną technikę chirurgji odtwórczej stawu biodrowego, której dobre wyniki obejmują: odtworzenie szyjki k. udowej po złamaniach, ustalenie główki przy zwichnięciu urazowem, przywrócenie ruchomości stawu przy zesztywnieniach, usunęcie dolegliwości przy procesach destrukcyjnych i zesztywnienie operacyjne chwiejnego i bolesnego stawu. Dla osiągnięcia tych wyników używa osteosyndezy zapomocą bolca z kości żywej lub martwej i podpórek osteoplastycznych różnego rodzaju.

Wreszcie Putti Delitala omawiaróżne operacje, jak rekonstrukcję dachu penewki zapomocą listwy kostnej z grzebienia kości biodrowej, usztywnienie stawu biodrowego pozastawowe przy gruźlicy tegoż przez przesunięcie płytki kostnej z talerza biodrowego, odnowienie stawu po ostrem zapaleniu tegoż w wieku dziecięcym, plastykę stawu przy zapaleniu zniekształcającem, rozwidlenie Lorenza przy zastarzałych zwichnięciach.

Z chirurgów polskich przedstawia w dyskusji Gruca wyniki leczenia operacyjnego w 62 przypadkach kliniki lwowskiej, a to w wypadkach złamań szyjki kości biodrowej, w wypadkach gruźlicy stawu biodrowego leczonej też usztywnieniem pozastawowem według metody własnej, w wypadkach zesztywnienia stawu zastarzałego zwichnięcia wrodzonego stawu biodrowego oraz w nieomawianych pozatem na zjeździe 3 wypadkach środkowego zwichnięcia w stawie biodrowym (luxatio coxae centralis); w związku z operacjami temi demonstruje w szpitalu Dziec. Jezus uniwersalny stół operacyjny ortopedyczny własnego systemu.

Z chirurgów polskich nadto zgłosił w dyskusji przemówienie Wierzejewski.

Na zebraniu plenarnem członków po odczytaniu sprawozdań i korespondencyj, przystąpiono do rozstrzygnięcia sprawy języków dopuszczalnych na obradach kongresów. Obok dotąd dopuszczonych: francuskiego, włoskiego, angielskiego, niemieckiego i hiszpańskiego, dopuszczono język polski, jako reprezentacyjny język słowiański, co stanowi wielki sukces dla nauki, a specjalnie chirurgji polskiej.

Na miejsce następnego zjazdu w r. 1932 wybrano Madryt lub Barcelonę, a jako tematy naukowe ustalono większością głosów: 1) Leczenie guzów pozardzeniowych, 2) leczenie chirurgiczne schorzeń przełyku, 3) leczenie spraw ropnych nie gruźliczych płuc i opłucnej.

Strona organizacyjna zjazdu zarówno pod względem naukowym jak i towarzyskim przedstawiała się bez zarzutu i ku największemu zadowoleniu zagranicznych uczonych.

LISTY DO REDAKCJI

Wielce Szanowny Panie Kolego!

Przeglądając korektę odbitki „notatki o historji nauczania medycyny etc." mającej wyjść w zjazdowym numerze Polsk. Gaz. Lek. spostrzegłem się, że z jednego ze zwrotów, użytych przezemnie w stosunku do Konstantego Porcyanki, profesora chirurgji, czytelnik mógłby wnosić, iż nazywając go człowiekiem bez szczególnych pretensji do uczoności, uważam go za empiryka, który o wykształcenie nie dbał, coby zupełnie nie odpowiadało mym intencjom.

Wiem, że w tekście, odbitym już w drukarni, w której drukuje się P. G. L. zmiany wogóle nie łatwe są do wykonania, możeby więc dał się umieścić po słowie „uczoności"[1]) odsyłacz, a u dołu krótka uwaga „nie przeszkadzało mu to być jednym z najwykształceńszych profesorów wileńskich". Jeżeli i to byłoby rzeczą zbyt kłopotliwą, prosiłbym o łaskawe umieszczenie we właściwem miejscu i w formie, którą Szanowny Pan Kolega uzna za najwłaściwszą, wyżej wymienionego wyjaśnienia.

Bardzo przepraszając za ambaras, wywołany mem roztargnieniem, łączę wyrazy wysokiego poważania.

Dr. Stanisław Trzebiński.

[1]) Odnosi się to do strony 676 niniejszego numeru Polskiej Gazety Lekarskiej szpalta druga, wiersz 31 z góry.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kursy dla lekarzy w Londynie. „Osoby pragnące wziąć udział w kursach dla lekarzy w Londynie w ciągu roku 1930 (wyłącznie w języku angielskim), mogą zasięgnąć bliższych informacyj w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego".

Polski Komitet do Zwalczania Raka. W tych dniach odbyło się pod przewodnictwem Ks. Franciszka Radziwiłła posiedzenie Rady Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Ze sprawozdania Sekretarza widać iż w okresie sprawozdawczym za ostatnie półrocze Komitet wykazał dużą ruchliwość. Dokonano poważnego dzieła przez ufundowanie i otwarcie pierwszego w Polsce przytułku dla nieuleczalnych rakowatych (w Szpitalu Św. Łazarza). Zwołano II Polski Zjazd Przeciwrakowy, który dzięki wysokiemu poziomowi naukowemu zainteresował sfery lekarskie, oraz działaczy społecznych, ściągając z różnych stron Polski licznych uczestników. (Doniosłe uchwały tego Zjazdu były już drukowane na tem miejscu w swoim czasie). Przychodnię dla chorych na raka (Karowa 31) prowadzono w okresie sprawozdawczym w jeszcze większych ramach niż poprzednio. Roczna frekwencja jej dorównywa najbardziej ożywionym ośrodkom przeciwrakowym Francji (Lyon, Bordeaux i inn.). Z pośród wszystkich zgłaszających się specjalnym badaniom podlegało 30% (cystosk., rectosk. rentgen. analizy i t. p.), około 20% otrzymało leczenie Rentgenem, 18% zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego, 10% leczono radem.

Dalej w okresie sprawozdawczym Komitet zorganizował II. wystawę nowotworową w Poznaniu, w czem przyjęło też udział „Koło Pań" Polskiego Komitetu do zwalczania raka. „Koło" to w ubiegłem półroczu pracowało bardzo sprężyście w swoim zakresie (statystyka, propaganda, dochody miast, zapomogi i t. p.). Dzięki niemu Komitet też otrzymał hojną ofiarę od Pani Ambasadorowej Laroche w wysokości 6000 zł.

Na koniec w dalszym ciągu rozwijała się działalność wydawnicza Komitetu. Wydano 2 numery „Nowotworów i Biuletynu P. K. do zw. r.", pracę Dra Mikłaszewskiego p. t. „Rak, jako choroba społeczna"; duże dzieło Beim-Bridge'a jest na ukończeniu.

Polski Związek Przeciwgruźliczy. W celu przeszkolenia personelu pomocniczego dla poradni przeciwgruźliczych Polski Związek Przeciwgruźliczy i Państwowa Szkoła Higjeny organizuje z funduszów i przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) VI Kurs dla higjenistek-wywiadowczyń przeciwgruźliczych.

Kurs rozpoczyna się dn. 26. VIII 1929 r. i trwać będzie do 31. X. 1929 r.

Nadto w miarę możności organizacyjnych niektóre uczestniczki Kursu po wymienionym terminie odbędą dodatkową praktykę w instytucjach przeciwgruźliczych prowincjonalnych.

Warunki przyjęcia:

Wiek 20 — 40 lat. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) świadectwo szkolne z ogólnokształcących 6 klas szkoły średniej, 3) świadectwo lekarza urzędowego o dobrym stanie zdrowia, 4) zobowiązanie do 2 letniej pracy w zakresie walki z gruźlicą, 5) świadectwo z ukończenia Kursów pielęgniarskich, 6) zaświadczenie i opinja lekarza-kierownika poradni, w której kandydatka odbyła praktykę.

Pierwszeństwo mają kandydatki, które już pracują w poradniach przeciwgruźliczych, lub instytucjach pokrewnych, oraz te których zaangażowanie w wspomnianych instytucjach uzależnione jest od ukończenia Kursu.

W powyższych wypadkach należy załączyć zaświadczenie z poparciem, wydane przez odnośną władzę.

Mieszkanie i utrzymanie uczestniczki otrzymują bezpłatnie w bursie, muszą jednak posiadać około 50 zł mies. na drobne wydatki, jak przejazdy tramwajowe, pranie bielizny i t. d.

Sprawozdanie Komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę. W r. 1928 odbyły się dwa posiedzenie Komitetu: 1) 26 maja 1928 na którem byli obecni wszyscy okręgowi przewodniczący (Szefowie Sanit. Okręgów Korpusowych) i członkowie Komitetu w Warszawie. Celem posiedzenia było zaznajomienie się z pracami i propagandą Komitetów Okręgowych, 2) 8 czerwca odbyło się posiedzenie Tymczasowego Wydziału Wykonawczego — celem którego miało być wybranie Wydziału Wykonawczego Komitetu budowy Pomnika i Komisji Rewizyjnej. Z po-

wodu jednak nieobecności cywilnych członków Komitetu, na posiedzeniu ustalono, że obecny Tymczasowy Wydział Wykonawczy pracuje do końca roku 1928 i jako cel stawia sobie propagandę budowy pomnika. Z działalności należy zaznaczyć: 1) Ustalono i zatwierdzono statut budowy pomnika. 2) Wydano odezwę w sprawie budowy pomnika. 3) Utworzono 11 komitetów okręgowych budowy pomnika (10 komitetów okręgowych z siedzibą w miejscu Szefa Sanitarnego Okręgu Korpusu, oddzielny o prawach okręgowych komitetów w Wilnie z komendantem Szpitala Wojskowego na czele). 4) Wraz z odezwą rozesłano listę składek.

Wyniku prac okręgowych Komitetów nieda się jeszcze obecnie ustalić oddzielnie wobec czego podaję ogólne wyniki z wpływów kasowych na konto P. K. O. w Warszawie: Zestawienie kwot wpłaconych na budowę Pomnika do dnia 31 grudnia 1928 r. — Depart. Służby Zdrowia M. S. Wojsk. 836.00. Szkoła Podchor. Sanit. w Warszawie 8.292.92. D. O. K. I. Warszawa 2.235.22. D. O. K. II. Lublin 2.133.50. D. O. K. III. Grodno 1.362.06. D. O. K. IV. Łódź 384.00. D. O. K. V. Kraków 598.80. D. O. K. VI. Lwów 1.670.52. D. O. K. VII. Poznań 1.817.05. D. O. K. VIII. Toruń 1.440.99. D. O. K. IX. Brześć n/B. 1.635.89. D. O. K. X. Przemyśl 2.264.30. Marynarka Wojenna 200.80. Korpus Ochrony Pogranicza 1.238.16. Osoby cywilne 6.560.12. Razem 32.660 zł 32 gr.

Rozchody: Wpłacono Prof. Wittingowi 30.000 zł. Konto w P. K. O. 47.40 gr. Administracja 370.93 gr. Razem 30.418.33 gr. Przychód 32.660,32 gr. Rozchód 30.418,3 gr.

Saldo na 31 grudnia 1928 — 2.241 zł 99 gr — gotówką na koncie P. K. O. 14.111. Dnia 2 grudnia 1928 w południe odbył się w pracowni Prof. Wittiga przy ul. Wiejskiej 18 pokaz projektu pomnika w glinie (wielkość 1/3): wzbudził on wielkie zainteresowanie i w sferach stojących poza służbą zdrowia. Dokonane zdjęcie tego projektu znajduje się na okładce „Lekarza Wojskowego" Nr. 5 i 6. (—) *Dr. W. Kaliciński*, kapitan. Sekretarz Komitetu Głównego.

Kongres wychowania fizycznego i sportu w szkole. Na jesieni roku bieżącego ma się odbyć w Warszawie I Kongres w. f. i sportu w szkole. Na kongresie mają być poruszane sprawy z zagadnień programowych, organizacyjnych i zawodowych. Na czele komitetu organizacyjnego stanęła p. H. Olszewska, wizytator M. W. R. i O. P. i członkini Rady Naukowej W. F.

Książeczkę Zdrowia opracował Dr. med. Franciszek Ksawery Cieszyński. Książeczka ta zawiera schemat dokładnych wywiadów rodzinnych, badań i szczepień, odpowiednie tabele do zapisywania systematycznych pomiarów i badań dziecka od urodzenia do 15-tu lat, tablice do rysowania tych pomiarów w postaci wykresów, schematy rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka, stronice do notatek o każdej chorobie wraz z dziecięcemi kartami gorączkowemi oraz krótkie wskazówki higjeniczno - wychowawcze. Celem książeczki jest ułatwienie pracy lekarzowi przez pociągniecie do współpracy rodziców dziecka. Cena w trwałej płóciennej oprawie 3 zł.

Kraków.

Dzięki staraniom Dyrekcji Studjum Wych. Fiz. U. J. w Krakowie został zorganizowany w dniach od 12 do 19 stycznia b. r. kurs dla lekarzy kontrolujących wych. fiz. i sport. Ilość uczestników zapisanych 66, ukończyło kurs 64: w tem 26 lekarzy szkolnych, 6 wojskowych, reszta uczestników częściowo asystenci klinik uniwersyteckich, częściowo wolnopraktykujący lekarze. Wykładowcami na kursie byli: prof. dr. Maydell, prof. dr. Piltz, doc. dr. Bujak, dr. Dybowski, dr. Kosiński, dr. Pozniak, dr. Sokołowska: pokazy ćwiczeń cielesnych prowadzili: wiz. Wyrobek, instr. J. Mayówna, Biernakiewicz, Zajdzikowski, Michalek, kpt. Frączkiewicz, kpt. Babirecki i inni.

Z Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. Powstały na Warszawskim Zjeździe projekt skrócenia dotychczasowych 4 letnich odstępów między Zjazdami lekarzy i przyrodników polskich, Delegacja Stała Zjazdów przesłała do opinji wszystkim polskim Towarzystwom lekarskim i przyrodniczym. Przeciwko projektowi oświadczyła się tak poważna ich część, że Delegacja uznała skrócenie odstępów między Zjazdami za przedwczesne i postanowiła takiego wniosku tegorocznemu Zjazdowi w Wilnie nie przedkładać.

Łódź.

Nowa placówka sportowo-lekarska. Z inicjatywy magistratu m. Łodzi powstanie przy wydziale Zdrowotności Publicznej I-a w Łodzi poradnia sportowo-lekarska. Otwarcie tej placówki, całkowicie finansowanej przez miasto, ma nastąpić wkrótce.

Poznań.

Kurs dokształcający dla lekarzy w Poznaniu. W myśl wielokrotnie wyrażonych życzeń Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego urządza tygodniowy kurs dokształcający dla lekarzy, który odbędzie się od 7—12 października r. b. w Poznaniu. Wykłady ze wszystkich dziedzin medycyny wygłosi 27 profesorów i docentów U. P. Opłata za kurs wynosi 50 zł. Zgłoszenia prosimy przesłać najpóźniej do 1 października r. b. do Dziekanatu Wydziału Lekarskiego (Poznań, Zamek).

Spis wykładów zgłoszonych na kurs dokształcający dla lekarzy w Poznaniu, urządzony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego od 7—12 października 1929 r. A. Wykłady teoretyczne: 1. Prof. Dąbrowski: O badaniu wydajności nerek (stała Ambarda). Rezerwa alkaliczna krwi i obrona ustroju przed zakwaszeniem. 2. Prof. Gantkowski: Z dziedziny orzeczeń lekarskich. 3. Prof. Horoszkiewicz: O dzieciobójstwie. 4. Prof. Kalandyk: O znaczeniu stężenia jonów wodorowych. 5. Prof. Kurkiewicz: Przegląd budowy i czynności gruczołów o sekrecji wewnętrznej. 6. Prof. Padlewski: Najnowsze zdobycze przy zastosowaniu szczepionki w celu zapobiegania i leczenia chorób zakaźnych. 7. Prof. Skubiszewski: Anatomja patologiczna gruźlicy płuc. 8. Prof. Trzecieski: O środkach przeciwgorączkowych. 9. Prof. Wrzosek: Kierunek filozoficzny w medycynie polskiej. 10. Docent Zbyszewski: Krótki pogląd na najnowsze badania nad fizjologją naczyń krwionośnych. B. Wykłady kliniczne. 11. Prof. Borowiecki: Z zagadnień aktualnych neurologji i psychjatrji. 12. Docent Bajoński: Rozpoznanie zapaleń przydatków macicznych. Leczenie włókniaków macicy. 13. Prof. Kowalski: Rozpoznanie ciąży pozamacicznej. Leczenie łożyska przedującego. Leczenie poronień. 14. Docent Żuralski: Zagadnienia niedowładu macicy podczas połogu i porodu. 15. Prof. Hoffman: Metody fizykalne badania jamy brzusznej. 16. Prof. Jezierski: Nowoczesna djagnostyka chorób serca. Korelacja gruczołów wewnętrznych. 17. Pułk. Dr. Kucharski: Nowoczesne poglądy na klinikę i terapję wrzodu żołądka. 18. Prof. Lubieniecki: O leczeniu wrzodu żołądka za pomocą djety prof. Jarockiego. 19) Docent Łabendziński: Hematologja kliniczna. 20. Prof. Jurasz: Djagnostyka chorób chirurgicznych nerek i pęcherzyka. 21. Docent Nowakowski: Z dziedziny chirurgji brzusznej. 22. Prof. Wierzejowski: Luxatio coxae congenita. 23. Prof. Jonscher: Leczenie ostrych chorób gorączkowych u dzieci. Wytyczne dla odżywiania niemowląt. Klinika zaburzeń w odżywianiu niemowląt. 24. Dr. Zeyland: O zakażeniu gruźlicą niemowląt z uwzględnieniem szczepienia metodą Calmetta. 25. Prof. Kapuściński: W sprawie rozpoznawania i leczenia najważniejszych chorób ocznych. 26. Prof. Karwowski: Nowsze metody rozpoznawcze i lecznicze w chorobach wenerycznych. Wskazówki lecznicze przy niektórych chorobach skórnych. 27. Docent Laskiewicz: Klinika chorób krtani, gardła, nosa i uszu. O directo- i endoskopji dróg oddechowych i przełyku, ich znaczenie rozpoznawcze i lecznicze. Powikłanie wewnątrzczaszkowe w ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych ucha i jam bocznych nosa.

Wilno.

Komitet organizacyjny VIII Zjazdu Tow. Internistów Polskich, mającego się odbyć w Wilnie w dniach 26 — 29 września r. b. jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i przyrodników Polskich powiadamia niniejszym, iż dodatkowo zostały zgłoszone następujące referaty:

Z Pragi (Czechosłowacja). Prof. Dr. E. Cmunt. O nekterych mêne znanych kontraindikacich laźni thermalnych.

Ze Lwowa. Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. K. (kier. prof. dr. M. Franke). Prof. dr. M. Franke. Tło anatomiczne retencji ciał azotowych w zmianach nerkowych. Dr. L. Ptaszek i A. Borysiewicz. O wpływie insuliny na przemianę spoczynkową. Dr. L. Ptaszek i St. Malczyński. O zachowaniu się specyficzno-dynamicznego działania białka w niedomodze gruczołów płciowych. Dr. St. Malczyński. O wpływie naświetlania promieniami ultrafjoletowemi (lampą kwarcową) na poziom cholesteryny we krwi u ludzi zdrowych i dotkniętych rakiem.

Z II kliniki wewnętrznej U. J. K. (kier. prof. dr. R. Rencki). Dr. J. Grek. W sprawie leczenia przewlekłego wrzodu żołądka i dwunastnicy. Dr. A. Falkowski i S. Hornung. Badania nad zachowaniem się narządu krążenia w gruźlicy płuc. Dr. J. Jankowski i L. Ptaszek. Tarczyca a przemiana spoczynkowa. Dr. Z. Czeżowska. Próba histaminowa i jej wartość kliniczna. Dr. K. Tyszka. Gruźlica płuc wśród młodzieży szkół wyższych i sposoby jej zwalczania. Dr. K. Tyszka. Sztuczna odma piersiowa dwustronna jednorazowa. Dr. J. Goertz. O wartości odczynu Davisa w klinice. Dr. W. Grabowski. Roentgenoterapja nerwobólów. Dr. W. Grabowski i K. Olszewski. Cytodjagnostyka płynów wysiękowych ze

szczególnem uwzględnieniem wysięków nowotworowych. Dr. A. Falkiewicz i Z. Tomanek. W sprawie podstawowej przemiany materji w schorzeniach serca.

Z Warszawy: Z Kliniki psychjatrycznej i Zakładu Farmakologji U. W. Prof. J. Modrakowski i dr. E. Wilczkowski. Kapilaroskopja w stanach sztucznej alkalozy i acidozy.

Z kliniki wewn. szpit. szkoły podchor. san. (kier. prof. dr. A. Bylina). Dr. M. Rosnowski. W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdzia.

Z oddziału IIIB Wł. Starkiewicza w szpit. Dz. Jezus. Dr. J. Eisenfarb. Badania porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych.

Z oddziału chorób wewn. Dra K. Dąbrowskiego w szpitalu Wolskim. Dr. K. Dąbrowski, W. Sobocińska i J. Piasecki. O wyrwaniu nerwu przeponowego w gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli. Dr. K. Dąbrowski i W. Kruszewska. Wyniki leczenia gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu. Dr. St. Wąsowicz. O stosunku wzajemnym ciśnienia tętniczego i lepkości krwi oraz wydajności moczu (stałe Martinet'a) w świetle badań klinicznych. Dr. W. Kruszewska i M. Werkenthinówna. Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy jelit ze szczególnem uwzględnieniem badania roentgenologicznego. Dr. N. Berdo. O stałej Ambarda w próbie fenolftaleinowej w gruźlicy płuc. Dr. K. Dąbrowski. Torakoskopja i laparoskopja. Dr. K. Szokalski. Dane co do ilości cholesteryny, kwasu moczowego, mocznika i cukru we krwi chorych na gruźlicę na podstawie badania 80 przypadków.

Z Poznania: Z Zakładu Patologji ogólnej U. P. (kier. prof. dr. J. Hoffman). Prof. dr. J. Hoffman. Wpływ wstrzykiwań dożylnych roztworów koloidowych na poziom cukru we krwi. Dr. Z. Uchocka. Zależność obrazu krwi od wahań zasobu zasad w badaniach doświadczalnych i klinicznych.

Wobec a) niezmiernie dużej ilości referatów na VIII Zjazd T. I. P. b) skrócenia czasu, który ma do swojej dyspozycji Zjazd, gdyż odpadają całkowicie ranne posiedzenia 26 i 29 września (dla otwarcia i zamknięcia XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich), jak również i godziny od 9 do $10^{1}/_{2}$ 27 i 28 września (dla plenarnych posiedzeń Zjazdu L. i P. P.),

Miejscowy Komitet organizacyjny po porozumieniu się z Głównym Zarządem T. I. P. w Warszawie uchwalił co następuje: 1. Podzielić Zjazd na 3 sekcje, pracujące jednocześnie. 2. Ograniczyć czas przemówienia referentów głównych tematów do 30 minut. Nie tyczy się to ograniczenie P. Prof. Dr. L. Paszkiewicza ze względu na liczne pokazy podczas Jego wykładu. 3. Na odpowiedź po dyskusji każdemu z pp. głównych referentów udzielić 10 minut. 4. Referaty dodatkowe jak również i luźne mają trwać 10 minut. 5. Referaty główne oraz dodatkowe do nich mają być wygłaszane na plenarnych posiedzeniach, luźne zaś i varja — w sekcjach. 6. Dać pierwszeństwo w dyskusji tym, których referaty w odpowiednim dziale spadają. 7. Dołączyć do protokółu posiedzeń streszczenia referatów spadłych.

P o l s k i e   T o w a r z y s t w o   O t o - l a r y n g o l o g i c z n e. Doroczne Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbędzie się w Wilnie dn. 26 września b. r. o godz. 12 w poł. w klinice Oto-Laryngologicznej na Antokolu. Porządek dzienny: 1. Zagajenie zebrania przez Prezesa Towarzystwa. 2. Wybór przewodniczącego i sekretarza Walnego Zebrania. 3. Odczytanie protokołu poprzedniego Walnego Zebrania. 4. Sprawozdanie sekretarza Towarzystwa oraz sprawozdania poszczególnych sekcyj za rok 1928/1929. 5. Sprawozdania skarbników poszczególnych sekcyj. 6. Sprawozdanie komisyj rewizyjnych wszystkich sekcyj. 7. Sprawozdanie redaktora „Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego". 8. Wybory: prezesa, 2-ch viceprezesów, sekretarza, skarbnika, biljotekarza, nowych członków i komisji rewizyjnej. 9. Wybór 2-ch zastępców stałych delegatów na Zjazdy Międzynarodowe. 10. Wolne wnioski.

Z kraju.

O   k r e d y t   i n w e s t y c y j n y   w   u z d r o w i s k a c h. W miarę rozwoju naszych uzdrowisk, kapitał zagraniczny zaczyna się niemi interesować coraz żywiej, dając tem dowód, że ocenia należycie ich obecne znaczenie, a przedewszystkiem możliwości gospodarcze w niedalekiej przyszłości. Dnia 4 b. m. odbyła się w Krynicy na skutek oferty pożyczkowej z Paryża narada przedstawicieli zarządów i właścicieli Krynicy, Rabki, Szczawnicy, Zakopanego i Żegiestowa. Po wysłuchaniu referatu o ofercie i dodatnich wynikach tymczasowego wywiadu o grupie banków, chcących udzielić uzdrowiskom polskim pożyczki długoterminowej na normalnych warunkach i wyczerpującej dyskusji — wybrano „Komitet pożyczkowy uzdrowisk województwa krakowskiego" z siedzibą w Krakowie, o składzie następującym: pp. poseł Jędrzej Krukierek z Żegiestowa, komisarz rządu Tadeusz Piątkiewicz z Zakopanego (przewodniczący), Dr. Józef Westreich z Krynicy, komisarz rządu Wolski ze Szczawnicy i adwokat Dr. Józef Diehl z Zakopanego.

U w a g a! Kolegów, zamierzających osiedlić się na Pomorzu, informuje bezinteresownie o tamtejszych stosunkach Dr. Leon Karasiński, Sierakowce k. Kartuz.

K u r s   p i e l ę g n i a r s t w a   p s y c h j a t r y c z n e g o   w   T w o r k a c h. Ministerstwo Spraw Wewn. zamierza zorganizować w październiku 1929 w Szpitalu Państwowym dla psychicznie chorych w Tworkach 6-tygodniowy państwowy kurs dla personelu pielęgniarskiego z zakładów psychjatrycznych. Na kurs przyjmowane będą osoby, które: 1) pracowały przynajmniej 2 lata w zakładzie dla chorych umysłowo, 2) mają ukończoną 7-oddziałową szkołę powszechną lub jej ekwiwalent, 3) wiek od 20—30 lat, 4) dają rękojmię, że będą pracowały nadal po ukończeniu kursu w zakładzie, 5) odpowiedni stan zdrowia. Program kursu będzie obejmował wykłady specjalne i ogólno-kształcące. Specjalne: fizjologię, anatomję, higienę osobistą, higienę ogólną, choroby zakaźne, pomoc w nagłych wypadkach, pielęgniarstwo ogólne, administrację szpitalną, objawy chorób psychicznych, przyczyny chorób psychicznych i ich zwalczanie, pielęgniarstwo psychjatryczne, podstawy psychjatrji sądowej i społecznej, zasady statystyki, geografji i administracji psychjatrycznej, zadania społeczne pielęgniarstwa psychjatrycznego. Ogólnokształcące: naukę o Polsce, naukę obywatelstwa, pogadanki przyrodnicze i z dziedziny literatury, oraz rozrywki i wycieczki.

Słuchacze i słuchaczki otrzymują bezpłatnie mieszkanie. Opłata za utrzymanie po cenach szpitalnych wynosić będzie około 2 zł. dziennie od osoby. Oprócz tego każdy ze słuchaczy (czek) winien mieć miesięcznie conajmniej 30 zł na drobne wydatki, materjały piśmienne itp.

Ze świata.

V. Z j a z d   C z e s k o - S ł o w a c k i e g o   T o w a r z y s t w a   O r t o p e d y c z n e g o odbędzie się w Pradze w dniach 28 i 29 września b. r. w Klinice ortopedycznej, Praga II, U Karlova 458.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 31-szym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z dnia 4 sierpnia b r. pracy Dr. Stanisława Karasińskiego p. t. „Nowoczesne leczenie krzywicy" zaszły następujące omyłki druku:

Na stronie 569, szpalta 1-sza w wierszu 20-tym od góry zamiast „w rozwoju krzywicy kości" ma być „w rozwoju kości w krzywicy",

str 569, szpalta 1-sza, wiersz 14 od góry zamiast „Möll" ma być „Moll",

str. 569, szpalta 1-sza, wiersz 8 od dołu zamiast „Schöen" ma być „Schoen",

str. 569, szpalta 2-ga, wiersz 16 od góry zamiast „Dejuste" ma być „Dejust",

str. 569, szpalta 2-ga, wiersz 3-ci od dołu zamiast „procesy u zwierząt" ma być „procesy kostnienia u zwierząt",

str. 570, szpalta 1-sza, wiersz 14 od góry zamiast „Reumer" ma być „Beumer",

str. 570, szpalta 2-ga, wiersz 11 od góry zamiast „Mohl" ma być „Moll",

str. 571, szpalta 2-ga, wiersz 27 od góry zamiast „Ramberger" ma być „Bamberger",

str. 572, szpalta 1-sza, wiersz 3-ci od góry zamiast „Ramberger" ma być „Bamberger",

str. 573, szpalta 1-sza, wiersz 20 od dołu zamiast „Reumer" ma być „Beumer".

Redakcja otrzymała.

Revue internationale de médecine professionnelle et sociale, année 2, nr. 3 et 4, 1929.

Revue française de gynécologie et d'ostétrique, nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 24-e année 1929.

Pathologica, nr. 454, anno XXI, 1929.

Hygiène du travail, fascicules 156 — 194.

Mikułowski Włodzimierz: „O kokluszowem zapaleniu opłucnej". Odb. z „Nowin Lekarskich", zeszyt 13 z r. 1929.

Wł. Mikułowski: Ein Beitrag zum Mechanismus der Darmblutungen beim Bauchtyphus. Odb. z Monatsschrift für Kinderheilkunde. Band. 44. August 1929.

Nr. 39. 29. września 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

J. V. SUPNIEWSKI. Kraków.

Z badań nad własnościami farmakologicznemi paru syntetycznych pochodnych Cotoiny.

Z Zakładu Farmakologji Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Indjanie zamieszkujący zbocza And oddawna używali wywaru z kory drzewa „coto", należącego do rodziny laurowatych, jako środka przeciwbiegunkowego. Kora „coto" po raz pierwszy dostała się na europejski rynek farmaceutyczny w połowie zeszłego stulecia.

Pierwsze chemiczne badania nad korą „coto", wykonane przez Wittsteina, nie rzuciły dużo światła na sprawę jej biologicznego działania. Badacz ten wykrył w korze jedynie żywice, garbniki, olejki eteryczne, krochmal i jakieś bliżej niezidentyfikowane aminy. W rok potem Jobst (76) wykrył w korze „coto" obecność krystalicznego słabo w wodzie rozpuszczalnego ciała o p. t. 130°, które nazwał „cotoiną". Prócz cotoiny badacz ten wykrył drugie ciało krystaliczne pokrewne cotoinie, które po bliższem zbadaniu okazało się podwójnym bezwodnikiem cotoiny i które nazwano „dicotoiną". Dokładne badania nad składem chemicznym kory „coto", przeprowadzone przez Hesse'go (77), wykazały obecność w tej całej serji związków pokrewnych „cotoinie". Wykryto następujące ciała krystaliczne: paracotoinę, leucotoinę, oksyleucotoinę, hydrocotoinę, dibenzoilhydrocotoinę, wreszcie kwas piperonalowy. Badania włoskiego chemika Ciamiciana ustaliły chemiczne wzory cotoiny i związków jej pokrewnych spotykanych w „coto". Wzory te są następujące:

```
        CH—COH      CH—CH
CH3OC<        >CCOC<      >CH      Cotoina.
        CH—COH      CH—CH

        CH—COH      CH—CH
CH3OC<        >CCOC<      >CH      Hydrocotoina
        CH—COCH3    CH—CH

        CH—COH      CH—CH
CH3OC<        >CCOC<      >CO      Protocotoina
        CH—COCH3    CH—CO__>CH2

        CH—COCH3    CH—CH
CH3OC<        >CCOC<      >CO      Metylprotocotoina
        CH—COCH3    CH—CO__>CH2
```

Wszystkie te związki okazały się pochodnemi cyklicznych fenonów.

Pierwsze badania kliniczne wykonano z odwarami kory „coto". Burkart (77) po raz pierwszy stwierdził przeciwbiegunkowe działanie tych odwarów. Pribram stwierdził, że odwary te mają własności przeciwgnilne. Albertoni (83) pierwszy badał biologicznie czystą cotoinę. Z wyników jego badań wynika, że cotoina wywołuje wybitne rozszerzenie naczyń krwionośnych jelit, przez co wpływa na lepsze odżywianie jelit, na lepsze wydzielanie soków trawiennych oraz na lepszą regenerację nabłonka jelitwego. Albertoni przypuszczał, że cotoina hamuje ruchy robaczkowe jelit. Ciepłota, mierzona w odbytnicy ludzi, którym podano uprzednio cotoinę, jest wyższą od zwykłej ciepłoty tych samych osób. Albertoni przypuszczał, że cotoina hamuje ruchy robaczkowe przez narządy jamy brzusznej. Stwierdzono również, że cotoina działa rozszerzająco na naczynia krwionośne nerek; nie powiodło się jednak wykazać tego zjawiska na naczyniach ślinianek. Działanie paracotoiny jest nieco słabsze od działania samej cotoiny. Impens (13) stwierdził na wyosobnionych jelitach, że cotoina hamuje ruchy robaczkowe jelit oraz obniża napięcie toniczne mięśni jelit. Spostrzeżenia te tłómaczą nam w zupełności obserwowane w klinikach przeciwbiegunkowe działanie cotoiny. Środek ten bardzo gorąco polecało wielu klinicystów tak w ostrych jak i szczególnie w przewlekłych biegunkach, tak zakaźnego jak i neutrotroficznego pochodzenia.

Pribram, Burkart, Albertoni, Rohrer, Fronmüller stosowali cotoinę z bardzo pomyślnemi wynikami w ostrych i przewlekłych zapaleniach jelit, w biegunkach podczas przebiegu przewlekłej zimnicy, w czerwonce, gruźlicy jelit oraz cholerze azjatyckiej (Bälz, Jont). Bardzo pomyślne wyniki stosowania cotoiny w biegunkach podczas przebiegu przewlekłej zimnicy tłómaczymy sobie lepszym ukrwieniem jelit. Biegunki w zimnicy zależą od niedokrwienia jelit; cotoina rozszerzając naczynia krwionośne jelit zmniejsza to niedokrwienie, przez co poprawia stan odżywiania jelit, co znów wiedzie do znikania objawów chorobowych. Cotoina jest stosowana bardzo szeroko w krajach Europy południowej oraz Ameryki Latyńskiej.

Dalsze badania prowadzono w kierunku syntezy chemicznej drogiej cotoiny. Karrer (19) zsyntezował izocotoinę przez działanie benzonitrylu na bezwodną fluoroglucynę w rozczynie suchego eteru nasyconego chlorowodorem. Preparat ten różni się od cotoiny innem tylko ułożeniem grupy metoksylowej. Izocotoina występuje w niewielkich ilościach w korze „coto". Działanie jej ma być nieco słabsze, niż cotoiny prawdziwej.

```
      CH—COH      CH—CH
OHC<        >CCOC<      >CH      Izocotoina
      CH—COCH3    CH—CH
```

Badania dalsze wykazały, że pochodne rezorcylbenzofenonu wywierają działanie biologiczne bardzo zbliżone do działania cotoiny.

Na rynku aptekarskim zjawił się preparat „Rezaldol", który zgodnie z badaniami Impens'a (19) wykazuje własności biologiczne bardzo zbliżone do własności prawdziwej cotoiny.

```
      CH—CH       CH—CH
OHC<        >CCOC<      >CH      Rezaldol
      CH—COH      C    CH
                  |
                  COOC2H5
```

Fabryki chemiczne podały całą serję pochodnych tego preparatu, które jednak nie znalazły zastosowania w medycynie praktycznej. *(D. R. P. Bayer. 269336 i 279201 Pat. Helv. Ciba. 90806, 91106 i 91107).* Ciekawem jest, że niektóre z tych preparatów miały działanie przeciwczerwiowe jak np. 1.6. dioxynaftiol-o-benzoesan allylu.. Prace Henrichs'a i Richard'a (16) wykazały, że rezaldol podobnie jak cotoina obniża napięcie (tonus) wyosobnionych jelit i hamuje ich ruchy. Wedle badań Jodlbauer'a i Kurtz'a (06) pochodne cotoinowe są wydalane z ustroju z moczem, w połowie związane z kwasem siarkowym, w połowie z kwasem glukuronowym. Podobnie zachowuje się też „Alizarygelb A" który jest ciałem o budowie chemicznej zbliżonym do budowy cotoiny prawdziwej (pyrogallol-bezafenon). Ciekawem jest, że przy wprowadzaniu nowych grup fenolowych do pierścieni fenonów cyklicznych otrzymujemy preparaty obdarzone własnościami garbnika jak np. macluryna (pyrokatechofluoroglucylfenon).

Z innych pochodnych cotoiny bardzo pobieżnie badano ciało macierzyste cotoiny, benzofluoroglucylfenon, otrzymany po raz pierwszy syntetycznie przez Hoesch'a, oraz o-oksybenzofluoroglucylfenon. Działanie tego drugiego badano na narządach wyosobnionych. Obniża on funkcję wyosobnionego serca żaby, oraz hamuje ruchy i obniża napięcie wyosobnionych jelit.

Przykry smak cotoiny skłonił chemików do prób w celu otrzymania nierozpuszczalnych związków cotoiny, rozkładających się na składniki dopiero w jelitach. Na rynku farmaceutycznym zjawiła się „Fortoina", połączenie cotoiny z aldehydem mrówkowym wzoru $CH_2 (C_{14}H_{11}O_4)_2$. Związek ten według badań Overlach'a (00) ma się mało co różnić w działaniu biologicznem od cotoiny, a jego własności bakterjobójcze są większe od siły odkażającej cotoiny (Netter (00).

Zastosowanie trzech metod syntezy cyklicznych fenonów pozwoliło mi otrzymać serję pochodnych cotoiny. Pierwsza metoda Friedel-Krafts'a pozwoliła nam otrzymać trójmetoksyfluoroglucylfenon, jako wynik działania trójmetoksyfluoroglucyny na chlorobezwodnik kwasu benzoesowego w obecności bezwodnego chlorku glinu. Metoda ta zawodzi zupełnie przy stosowaniu wolnych fenoli mimo, że używano jako rozpuszczalników środków protegujących grupy fenolowe (nitrobenzol). Druga metoda polegała na działaniu danego fenolu na chlorobezwodnik kwasu cyklicznego w zasadowym rozczynie ługu w obecności chlorku cynku. Metoda ta daje naogół dość nikłe ilości fenonów, których grupy fenolowe są zestryfikowane, tak że otrzymane produkty trzeba

zmydlać do wolnych oksyfenonów przez ogrzewanie z kwasem solnym. Trzecia metoda, będąca modyfikacją metody Gattermanna Kocha polega na kondensacji fenolu z nitrylem w rozczynie bezwodnego eteru nasyconego suchym chlorowodorem, przyczem jako katalizator stosowany jest bezwodny chlorek cynku. Jako produkt reakcji otrzymujemy imid fenolu, który łatwo rozszczepiamy do wolnego fenonu przez ogrzewanie z wodą. Metoda ta daje bardzo dobre wyniki przy zastosowaniu do benzonitrylu, benzylnitrylu, toluilnitrylu, gorsze wyniki otrzymujemy z oksynitrylami.

Do badań moich używałem tak pochodnych cotoiny, jak i otrzymanej przezemnie syntetycznej cotoiny. Już pierwsze orjentacyjne badania wykazały, że metoksylowe fenony, a więc i sama cotoina, działają słabiej niż ich pochodne niezmetylowane, tak że do następnych badań używano już tylko związków posiadających grupy fenolowe wolne. Do doświadczeń używaliśmy następujących prepreparatów:

Preparat I.

CH—COH CH—CH
OHC< >CCOC< >CH
CH—COH CH—CH

Otrzymany przez działanie benzonitrylu na bezwodną fluoroglucynę. Ciało krystaliczne, żółtawe, dość dobrze rozpuszczalne w wodzie, łatwiej w alkoholu i alkaljach. Do doświadczeń używano nasyconego rozczynu wodnego.

Preparat II.

CH—COH CH—CH
OHC< >CCOC< >CCH_3
CH—COH CH—CH

Otrzymany z p-toluilnitrylu i fluoroglucyny. Ciężar molekularny ma równy cotoinie. Łatwiej rozpuszczalny w wodzie. Używano go w rozczynie wodnym.

Preparat III.

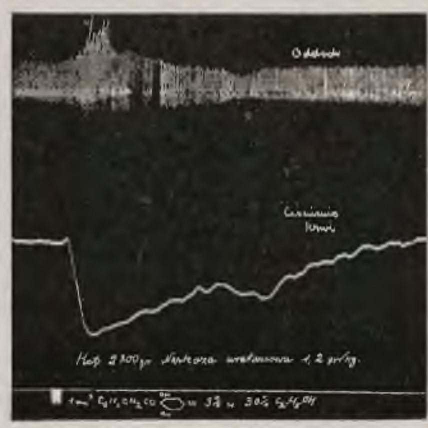
CH—CHO CH—CH
OHC< >CCOC< >CH
CH—COH CH—CH

Otrzymany z benzylnitrylu i fluoroglucyny. Ciężar molekuły ma równy cotoinie. W wodzie rozpuszcza się dość trudno. Łatwo rozpuszczalny w ługach i alkoholu. P. t. 162°. Do doświadczeń używano go w nasyconym rozczynie w 20% alkoholu.

Działanie na krążenie.

Ciśnienie krwi.

Po dożylnem wstrzyknięciu dawek począwszy od 0,001 g/kg cotoiny bądź preparatów I, II lub III spostrzegamy u kotów nagły duży spadek ciśnienia krwi. Zjawisko to występuje mniej wybitnie



Ryc. 1.

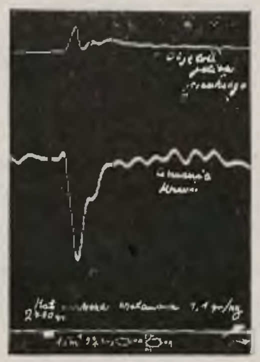
u królików. Po wstrzyknięciu cotoiny prep. I i II ciśnienie krwi wraca szybko do poziomu prawidłowego; po preparacie III utrzymuje się przez pewien czas na niskim poziomie (Ryc. 1).

Objętość narządów.

Badania onkometryczne jelit, kończyn, oraz nerek kotów narkotyzowanych uretanem (1,5 g/kg) wykazały, że po dożylnem wstrzyknięciu cotoiny bądź prep. I, II i III równolegle ze spadkiem ciśnienia krwi, zwiększa się objętość jelit oraz objętość nerek przy równoczesnem zmniejszaniu się objętości kończyn (Ryc. 2).

Perfuzje narządów.

Badania te wykonano na tylnych kończynach królika oraz na jelitach kota. Rozcieńczenie 1/1000000 prep. III. w płynie używanym do perfuzji wywołuje wyraźne rozszerzenie naczyń kończyn kró-



Ryc. 2.

lika, a szczególnie naczyń jelit kota. Dopiero większe ilości adrenaliny np. 1/10000 lub 1/1000 chlorku baru kurczą te naczynia, rozszerzone działaniem 1/10000 preparatu III. Analogicznie działają w stężeniu 1/100000 cotoina oraz preparaty I. i II.

Wyosobniona żyła płuca barana.

Preparat III już w rozcieńczeniu 1/100000 wywołuje wyraźny spadek napięcia tonicznego oraz wyraźne zahamowanie perystaltyki wyosobnionej żyły płucnej barana. Większe dawki tego preparatu jak 1/1000 wywierają działanie bardzo wybitne i dopiero duże stężenia adrenaliny jak 1/10000 lub histaminy 1/10000 wywołują skurcz żyły znajdującej się w rozkurczu pod wpływem preparatu III. Podobne działanie wywiera cotoina, prep. I. i II. w rozcieńczeniu 1/20000 i 1/10000.

Działanie na wyosobnione serca.

Serce żaby.

Do doświadczeń używane były preparaty serca Strauba.

Cotoina w rozcieńczeniu 1/30000 wywołuje zwolnienie ruchów serca oraz zmniejszenie amplitudy skurczów. Stężenie 1/3000 zatrzymuje serce w rozkurczu.

Prep. I. i II. działają analogicznie.

Prep. III. w rozcieńczeniu 1/80000 wywołuje zmniejszenie amplitudy skurczów serca Strauba. W rozcieńczeniu 1/8000 serce zatrzymuje się w rozkurczu.

Serce królika.

Prep. I. w rozcieńczeniu 1/40000 wywołuje zwolnienie ruchów wyosobnionego serca królika oraz nieznaczne zmniejszenie amplitudy ich skurczów. Wypływ z naczyń wieńcowych jest wyraźnie zwiększony. Stężenie 1/3000 hamuje ruchy serca zupełnie. Po przemyciu świeżym płynem Ringera ruchy serca wracają.

Prep. III. działa podobnie już w rozcieńczeniu 1/80000. Rozczyn 1/3000 zatrzymuje serce w rozkurczu. Preparat ten zwiększa bardzo wybitnie wypływ płynu z naczyń wieńcowych.

Serce kota „in situ".

Badania kardiometryczne. Po dożylnem wstrzyknięciu kotu 0.009 gr/kg cotoiny bądź prep. I. II. i III. stwierdzono wyraźne zmniejszenie się objętości skurczowej serca oraz równoczesny wzrost jego objętości. Zmiany te znikały po powrocie ciśnienia krwi do poziomu prawidłowego.

Badanie kardjograficzne: Po dożylnem wstrzyknięciu kotu 0.01 gr/kg preparatów I. i III. spostrzegano wyraźne zmniejszenie się amplitudy skurczowej tak przedsionków jak i komór przyczem tak komory jak szczególnie przedsionki ulegały rozszerzeniu. Ruchy serca były nieco przyśpieszone. Zmiany te znikały po powrocie ciśnienia krwi do poziomu prawidłowego.

Obniżenie ciśnienia krwi, spostrzegane u zwierząt po dożylnem wstrzyknięciu preparatów I. II. i III. oraz syntetycznej cotoiny wywołane jest w pierwszym rzędzie przez rozszerzenie naczyń narządów jamy brzusznej, a w drugim dopiero rzędzie wywołane jest szkodliwem działaniem preparatów na mięsień sercowy. Wskazują na to obserwacje kardiometryczne nad sercem kota in situ. Po wstrzyknięciu preparatu stwierdzamy zmniejszenie skurczów serca przy równoczesnem osłabieniu jego ścian. Badania wykonane nad wyosobnionemi sercami ssaka i żaby w zupełności potwierdzają spostrzeżenia na sercu kota „in situ". Preparaty

cotoinowe działają porażająco na mięśnie gładkie w ścianach naczyń krwionośnych, wywołując ich rozszerzenie. Wskazują na to tak doświadczenia nad wyosobnioną żyłą barana, jak wreszcie badania perfuzyjne narządów. Naczynia kończyn, jelit, nerek i serca rozszerzają się pod wpływem działania cotoiny i jej pochodnych. Podczas działania preparatów krew ulega przemieszczeniu z narządów obwodowych do narządów jamy brzusznej. Zdawałoby się to wskazywać na działanie preparatów na centralne ośrodki naczynioruchowe.

Działanie obniżające ciśnienie krwi zależy od obecności w preparatach wolnej grupy fenonowej. Pochodna imidowa prep. I. wstrzyknięta kotu w dawce 0.01 gr/kg wywołała podniesienie się ciśnienia krwi. Wzór tego preparatu jest następujący.

```
     CH—COH      CH—CH
OHC<        >CCNHC<      >CH
     CH—COH      CH—CH
```

Działanie na narządy zawierające mięśnie gładkie.

Działanie na wyosobnione jelita królika.

Prep. I. w rozcieńczeniu 1/20000 zwalnia ruchy robaczkowe wyosobnionego jelita królika oraz zmniejsza amplitudę skurczów jelit. W rozcieńczeniu 1/10000 ruchy jelta są zupełnie zahamowane, przyczem napięcie jelita ulega wybitnemu obniżeniu.

Prep. II. wywiera analogiczne działanie przy rozcieńczeniach 1/40000 wzgl. 1/15000.

Prep. III. zwalnia i zmniejsza skurcze jelita już w stężeniu 1/100000, wówczas gdy rozczyn 1/30000 preparatu wywoływa zahamowanie ruchów jelita oraz spadek napięcia tonicznego (Ryc. 3).

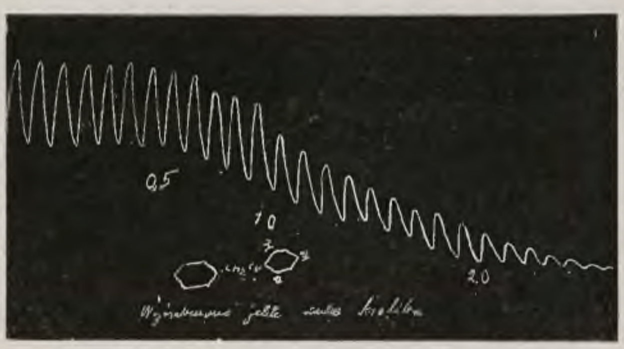


Fig. 3.

Działanie na jelita kota „in situ".

Preparaty I. II. III. wstrzyknięte dożylnie kotu w dawkach 0.01 do 0.1 gr/kg powodują zmniejszenie amplitudy skurczów jelita kota „in situ", oraz dość nieznaczny spadek napięcia tonicznego jelit. Działanie to występuje tak w jelicie cienkiem jak i grubem. Średnie dawki pilokarpiny przywracają skurcze jelit do stanu prawidłowego.

Zjawisko to spostrzegano również po dojelitowem wprowadzeniu 0.1 gr/kg preparatu. Wstrzyknięcie preparatów do pętli Moreau nie wywołuje poważniejszych zmian patologicznych. Jedynie naczynia ścian jelita były nieco rozszerzone.

Działanie na pęcherz kota „in situ".

Prep. I. i II. wstrzyknięte dożylnie kotu w dawkach 0.1 gr/kg nie wywierają poważniejszego wpływu na pęcherz kota „in situ". Prep. III. w dawce 0.05 gr/kg wywoływał jedynie nieznaczne i krótkotrwałe zmiejszenie się amplitudy skurczów pęcherza.

Działanie na wyosobnioną macicę szczura.

Prep. I. i II. w rozcieńczeniu 1/40000 zwalniają skurcze perystaltyczne wyosobnionej macicy szczura oraz zmniejszają amplitudę skurczów. W rozczynie 1/15000 ruchy wyosobnionej macicy szczura ulegają zupełnemu zahamowaniu, przyczem napięcie jej wyraźnie się zmniejsza.

Prep. III. wywołuje działanie analogiczne w rozczynach 1/80000 wzgl. 1/20000.

Działanie na macicę szczura „in situ".

Po dożylnem wstrzyknięciu 0.05 gr/kg prep. III. spostrzegano u szczura wyraźne zmniejszenie się amplitudy skurczów macicy.

Działanie na oddychanie.

Po dożylnem wstrzyknięciu dawek 0,01 — 0,1 gr/kg prep. I., II. i III. obserwowano u kota i królika przyspieszenie oraz pogłębienie oddychania, które utrzymuje się przez cały okres niskiego ciśnienia krwi. Następnie ruchy oddechowe wracają do stanu prawidłowego. (Fig. 1).

Działanie na oskrzelka.

Prep. I. i III.

Po dożylnem wstrzyknięciu 0.05 — 0.1 gr/kg spostrzegano u kotów wyraźne zwiększenie się objętości płuc. Szczególnie wyraźnie występowało rozszerzenie oskrzelek pod wpływem prep. III., gdy uprzednio wywołano skurcz ich przez dożylne wstrzyknięcie małej dawki arekoliny.

Działanie na wydzielanie moczu.

Po dożylnem wstrzyknięciu dawek 0.03 — 0.05 gr/kg prep. I. i III. obserwowano u kotów w okresie niskiego ciśnienia krwi zupełne zahamowanie wydzielania moczu. W miarę powrotu ciśnienia krwi do normy ilość wydzielanego moczu wzrasta bardzo wybitnie i diureza ta utrzymuje się przez 30 — 40 minut po wstrzyknięciu preparatu.

Cotoina sama, podobnie jak i jej pochodne wywiera działanie porażające na gładkie mięśnie organizmów zwierzęcych, wywołując ich zwiotczenie oraz zmniejszenie, względnie nawet zupełne zahamowanie ich ruchów automatycznych. Najbardziej czynnym okazał się tu prep. III. posiadający grupę benzylową, tak charakterystyczną dla farmakodynamicznego działania papaweryny. Działanie preparatów cotoinowych na gładkie mięśnie uwarunkowane jest obecnością w nich grupy fenonowej, przyczem preparaty posiadające wolne grupy fenolowe działają mocniej niż ich pochodne metylowane.

Preparaty cotoinowe porażają również funkcje mięśni sercowych, przez co wpływają na ogólne krążenie zwierząt.

Wszystkie badane preparaty cotoinowe wsysały się przez jelita, prawdopodobnie pod postacią fenolanów, które powstają w alkalicznym soku jelitowym i prawdopodobnie pod tą postacią dostają się do obiegu krwi. Bezpośrednio po wessaniu preparaty cotoinowe wywierają działanie miejscowe na jelito, wywołując zmniejszenie względnie nawet zahamowanie perystaltyki jelit, oraz zmniejszenie napięcia tonicznego jelit. Wskutek porażenia mięśniówki naczyń jelitowych, naczynia te ulegają rozszerzeniu, powstaje miejscowe przekrwienie jelit, zwiększony dopływ krwi do jelit, lepsze ich odżywianie, co wpływa znów dodatnio na procesy odpornościowe i regeneracyjne odbywające się w ścianie jelit. Z powodu rozszerzenia naczyń jelitowych następuje przemieszczenie krwi z obwodu ciała do narządów jamy brzusznej i przez to mniejsze oddawanie ciepła przez skórę.

Spostrzeżenia te usprawiedliwiają w zupełności stosowanie preparatów cotoinowych w biegunkach oraz w stanach spastycznych i kolkach jelitowych. Działanie farmakodynamiczne preparatów cotoinowych można porównać z działaniem papaweryny; mają one jednak nad papaweryną tę wyższość, że są dość nietoksyczne. Preparaty te porażają mięśnie gładkie bezkręgowców. Badania orjentacyjne wykonane na mięśniach dżdżownicy i pijawki lekarskiej wykazały, że preparaty I. II. III. wywołują zmniejszenie napięcia tonicznego tych mięśni. Nasuwa się tu przypuszczenie, że niektóre z preparatów cotoinowych mogą mieć własności przeciwczerwiowe. Większość używanych preparatów przeciwtasiemcowych (np. koso, prep. paproci, kamala) są pochodnymi fluoroglucyny. Sprawa ta wymaga jednak bliższego opracowania. Odkażające własności prep. I. II. i III. są dość niewielkie, tak, że preparaty te podobnie jak i sama cotoina nie rokują dużych nadziei, jako antyseptyki jelitowe ewentualnie moczowe.

Wszystkie badane preparaty wywierały wybitne działanie na ośrodek oddechowy. Małe dawki preparatów wywoływały przyśpieszenie oraz pogłębienie oddychania, większe dawki działały na ośrodek oddechowy porażająco.

Wskutek porażającego działania na gładkie mięśnie oskrzelek preparaty cotoinowe wywołują ich rozszerzenie. Zjawisko to daje się szczególnie dobrze spostrzegać na oskrzelkach uprzednio znajdujących się w stanie skurczu, pod wpływem jakiegokolwiek środka, działającego tonizująco na zakończenia parasympatyczne np. arekoliny lub pilokarpiny. Spostrzeżenia te usprawiedliwiałyby zastosowanie kliniczne preparatów cotoinowych jako środków przeciw dychawicy oskrzelowej.

Wszystkie badane pochodne cotoinowe wywołują po zastrzyknięciu dożylnem, dość wybitny spadek ciśnienia krwi. Przy użyciu preparatów I, II oraz cotoiny syntetycznej spadek ciśnienia krwi jest bardzo krótkotrwały, ciśnienie bardzo szybko wraca do stanu prawidłowego, wówczas gdy po wstrzyknięciu preparatu III niskie ciśnienie krwi utrzymuje się przez pewien czas. Spadek ciśnienia krwi zależy w pierwszym rzędzie od rozszerzenia naczyń w jame brzusznej, w drugim dopiero rzędzie od zmniejszenia objętości skurczowej serca, jako skutek porażającego działania preparatów cotoinowych na mięśnie gładkie ściany naczyń krwionośnych. Spostrzeżenia te usprawiedliwiałyby kliniczne próby

stosowania pochodnych cotoinowych w stanach hypertensji naczyniowych pochodzenia nerwowego jak np. w nerwowej dusznicy bolesnej *(angina pectoris)*, w zgorzelach troficznych i t. d. Szczególnie czynnym okazał się tu preparat III posiadający grupę benzylową. Na skrawkach naczyniowych udało się wykazać antagonistyczne działanie pochodnych cotoiny w stosunku do działania farmako-dynamicznego adrenaliny, bądź wreszcie środków wywołujących skurcz mięśni gładkich jak np. jonu baru lub histaminy.

Cotoina i jej pochodne wywierają działanie porażające na mięśnie gładkie innych narządów ciała np. na macicę. Badania nad macicą wyosobnioną oraz macicą in situ wykazały, że preparat ten hamuje ruchy automatyczne macicy oraz obniża jej napięcie. Preparat III w większem stężeniu może przeciwdziałać pituitrynie, a więc środkowi działającemu kurcząco na mięśnie macicy.

Nie wykluczonem jest, że pochodne cotoinowe mogą znaleść zastosowanie w praktyce ginekologicznej i położniczej jako środki zmniejszające skurcze maciczne.

Preparaty cotoinowe nie wywierają działania na pęcherz kota „in situ".

Preparaty cotoinowe wywołują rozszerzenie naczyń nerkowych, co wpływa na lepsze ukrwienie nerki, szybszy przepływ krwi przez nią, a tym samym na zwiększone wydzielanie moczu. Pochodne cotoiny są dość silnemi środkami moczopędnemi. Pochodne cotoinowe są wydzielane z moczem, prawdopodobnie w postaci związków z kwasem glukurowym, bo mocz zwierząt, którym podano te preparaty, zawiera zawsze związki redukujące alkaliczne rozczyny soli miedziowych.

Działanie pochodnych cotoinowych na naczynia nerkowe możnaby spożytkować w terapji ludzkiej przy leczeniu stanów skurczowych naczyń nerkowych jak np. bezmoczów odruchowych bądź pochodzenia chirurgicznego bądź jako wynik kamicy nerkowej.

Piśmiennictwo.

1) Albertoni: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmacol. XVII. 291. 1883. — 2) Böltz: Med. Centrbl. XVI. 482. 1878. — 3) Burkart: Berl. kl. Wochschr. XIV. 276. 1877. — 4) Ciamician u. Silber: Ber. d. deut. Chem. Gesell. XXIV. 299. i 2977. XXV. 119. 5) Henrichs u. Richards: Pfl. Arch. f. d. des. Physiol. CLX. 303. 1916. — 6) Hoesch: Ber. d. deut. Chem. Gesell. XLVIII. 1122. 7) Impens: Deutsch. med. Wochschr.. Nr. 38. 1827. 1913. — 8) Jobst u. Hesse: Ann. d. Chem. CXCIX. 17. — 9) Jodlbauer u. Kurtz: Biochem. Zeitschr. LXXIV. 340. 1916. — 10) Karrer: Hel. Chem. Act. II. 486. — 11) Netter: Deutsch. med. Wochschr. Nr. 6. 46. 1900. — 12) Overlach: Centrbl. f. inn. Med. Nr. 10. 249. 1900. — 13) Pribram: Prag. med. Wochschr. Nr. 31. 301. 1880. — 14) Wittstein: Arch. f. Pharm. CCVII. 213. 1875.

Dr. JANIK Alfred, asystent Kliniki. Lwów.

Wyniki bezpośrednie i oddalone po zabiegach na drogach żółciowych i wątrobie.

Z Kliniki chirurgicznej Uniw. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Bodźca do zebrania dat statystycznych w niniejszej pracy dały mi zarzuty czynione często chirurgom ze strony internistów, że nawroty po zabiegach, z powodu kamicy i innych schorzeń żółciowych są tak częste, że zabiegi te powinne się ograniczać jedynie tylko do przypadków powikłanych.

Do tego przyłącza się jeszcze pogłoska tu i ówdzie rozpowszechniona, że śmiertelność pooperacyjna jest bardzo wysoka.

Przykład takich zapatrywań stanowi dyskusja rozwinięta nad rzeczowym referatem Goldmanna w Łódzkiem Tow. lek. dnia 2. V. 1928 (Polska Gazeta Lekarska 1929, str. 95).

Pomijając już nieprzychylne dla postępowania chirurgicznego zdanie Szyfmanna warto uwzględnić zapatrywania Gliksmanna, który powiada, że obserwował przypadki leczone przed 20 laty środkami wewnętrznymi bez żadnych dolegliwości, a z drugiej strony widział przypadki leczone sposobami chirurgicznymi, które wykazują częste nawroty. Wobec takich wyników uważa za bezwzględne wskazanie do zabiegu tylko ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego i zatkanie przewodów.

Jak widzimy więc Gliksmann nieściśle na podstawie niezupełnej obserwacji dochodzi do jednostronnych wniosków.

To, że Gliksmann obserwował przypadki z nawrotami po zabiegu nie daje podstaw do jego stanowiska wrogiego leczeniu chirurgicznemu tembardziej, że przez dokładniejsze wejrzenie w sprawę byłby stwierdził, że chirurgowie mają po zabiegach dużą odsetkę wyleczonych i to właśnie w tej grupie, w której leczenie zachowawcze nie doprowadziło do celu, jakkolwiek przypadków tych wyleczonych chirurgicznie Gliksmann nie mógł badać, bo żaden pacjent wyleczony przez chirurga nie ma potrzeby zgłaszać się do internisty. Tak samo pacjenci wyleczeni przez internistę zgłaszają się również tylko do internisty (lub też nigdzie), a nie do chirurga. Wreszcie, że widział przypadki z nawrotami to nic dziwnego, ponieważ pewnej odsetki niewyleczonych chirurgowie zupełnie nie kryją, a ci właśnie nie znalazłszy zadawalniającej pomocy u chirurga wracają lub zwracają się do internisty. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że przecież przypadki nie wyleczone przez internistów przechodzą w ręce chirurgów często bez wiedzy popzednich tak, że daty statystyczne internistów są odciążone tymi właśnie przypadkami, a daty statystyczne chirurgów są właśnie obciążone przypadkami odstąpionymi wreszcie przez internistów jako najcięższymi, bo wycieńczonymi długotrwałością sprawy chorobowej.

Wyniki po wycięciu pęcherzyka.

Celem dokładnego przedstawienia wniosków do jakich doszliśmy na podstawie naszego materjału klinicznego postanowiliśmy uwzględnić o ile możności szczegółowo w naszej statystyce różne czynniki, które wpływają na ostateczny obraz wyników chirurgicznego postępowania.

Wedle rodzaju schorzenia wykonaliśmy wycięcia pęcherzyka z powodu kamicy w 47 przypadkach, z powodu zapalenia pęcherzyka bez kamicy w 16 przypadkach.

W całości więc wykonaliśmy wycięcia pęcherzyka w 90-ciu przypadkach z następującym wynikiem:

wyleczeń pooperacyjnych	86 przypadków t. j. 90,55%
zejść śmiertelnych	4 przypadki t. j. 4,45%

Z tych czterech przypadków śmiertelnych przypada trzy na kamicę, a jeden na zapalenie pęcherzyka bez kamicy.

Przyczyna śmierci była następująca:

powikłania płucne	1
postępowanie sprawy ropnej	1
zapalenie otrzewny	2

Oto ich krótka historja choroby.

59/1923 kobieta lat 47.

Wywiady: typowe objawy kamicy. Od 4-ch tygodni objawy się znacznie wzmogły. W przeciągu tych czterech tygodni miała trzy ciężkie napady.

Stan obecny: w pr. podżebrzu guz wielkości pięści, gładki, miękki, bolesny.

Zabieg: Bardzo liczne zrosty. Pęcherzyk z trudnością oddzielono i wycięto, znachodząc w nim liczne kamienie i ropę. Widoczne miejsce przebicia otoczone zlepami, niezupełnie zorganizowanymi.

Obserw.: Na drugi dzień ciepłota 39,6, tętno 120. Rozpoczynające się zapalenie płuc.

Zmarła w trzecim dniu po zabiegu.

Sekcja: *Bronchopneumonia.*

370/1925 kobieta lat 56.

Wywiady: Od 17 lat napady bólu w pr. podżebrzu. Kilkakrotna żółtaczka. W ostatnich latach napady przybrały znacznie na wytężeniu. Ostatni napad bardzo silny wśród wysokiej ciepłoty.

Stan obecny: Odżywienie podupadłe. Pęcherzyk bardzo powiększony. Wątroba 4 palce poniżej łuku. Ciepłota przerywana, dochodząca wieczorem do 38° C.

Zabieg: Pęcherzyk silnie zrośnięty z poprzecznicą i powłokami. Przy trudnem oddzielaniu otwarto mały ropień, leżący między pęcherzykiem a otrzewną powłok, pochodzący z dawniejszego przebicia pęcherzyka. Ropień wyłyżeczkowano i wyjodynowano a następnie pokryto siecią. Cholecystektomja trudna. W pęcherzyku jeden duży kamień.

Obserw.: Rozwinęły się objawy zapalenia otrzewny. Zejście śmiertelne w trzecim dniu.

123/1927 kobieta lat 55.

Od sześciu tygodni napady bólu w dołku podsercowym o nadzwyczaj silnem natężeniu (aż do omdlenia), przy wysokiej ciepłocie i wymiotach.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Wątroba nie powiększona, pęcherzyk macalny, bolesny.

Zabieg: Pęcherzyk długi, zrośnięty, zawierał liczne drobne kamienie. Cholecystektomja.

Obserw.: W 2-gim dniu ciepłota 39,5, wymioty, bole brzucha i wybitna bolesność.

W 4-tym dniu lekka żółtaczka, bolesność brzucha się utrzymuje.

W 8-ym dniu ropienie powłok, z sączka prócz żółci wypływa treść ropna. Ciepłota 37,5 o typie przerywanym. Stan ogólny stale się pogarsza.

W 16-tym dniu zmarła z powodu postępującego ropienia.

293/1927 mężczyzna lat 46.

Wywiady: Objawy kamicy od roku. W ostatnich tygodniach napady się znacznie wzmogły.

Stan obecny: Ogólna żółtaczka. Stan ogólny średni. Ciepłota 37, tętno 110, język suchy, w pr. podżebrzu znaczna bolesność.

Zabieg: Płyn w wolnej jamie brzusznej. Pęcherzyk ciemno zabarwiony, zgorzelinowy, zlepiony z otoczeniem. Widoczne miejsce przebicia.

Obserw. Zmarł w 3-im dniu z powodu zapalenia otrzewny.

Te przytoczone cztery przypadki, które skończyły się śmiertelnie, były specjalnie ciężkie do zabiegu.

W pierwszym już klinicznie stwierdzono w podżebrzu duży bolesny guz, a podczas zabiegu znaleziono duży woreczek, silnie zrośnięty z otoczeniem. Wśród znacznych trudności oddzielono go, znachodząc wewnątrz liczne kamienie i ropę. Jeśli do tego dodamy, że znaleziono miejsce przebicia, otoczone zlepami, rozumiemy powagę zabiegu. Objawy kliniczne były alarmujące. Pozostawienie pęcherzyka z licznymi kamieniami i ropą nie było wskazane. Zejśce śmiertelne nastąpiło z powodu powikłań płucnych, a prawdopodobnie i wstrząs operac. nie był tu bez wpływu.

W drugim uderza nas długotrwałość procesu chorobowego, (lat 17), podupadły stan, wielokrotna żółtaczka, nadzwyczaj częste napady i stan gorączkowy, nie dające się usunąć żadnem leczeniem zachowawczem. I w tym przypadku mieliśmy do czynienia z przebiciem pęcherzyka, które nastąpiło kilka tygodni przedtem.

Napady powtarzały się nadal. Mały ropień, który powstał z powodu tego, a który nacięto otwierając jamę brzuszną stał się bezpośrednią przyczyną zakażenia otrzewny i śmierci. Ropień był tak mały, że klinicznie trudno go było wyczuć. Mimo wyskrobania ścian jego i mimo pozostawienia sączka nastąpiło zapalenie otrzewny.

W 3-cim wycięcie pęcherzyka było również utrudnione, z powodu licznych zrostów. Już w następnym dniu podniosła się ciepłota do 39 C, jako wyraz zakażenia śródbrzusznego. Rozwinęło się ropienie i wprawdzie ropa poczęła się obficie wydzielać, to jednak w 16-tym dniu nastąpiło zejście śmiertelne.

W 4-tym znowu mieliśmy do czynienia ze świeżem przebiciem pęcherzyka, ulegającego zgorzeli, powodując wysięk do jamy brzusznej. Groźny stan pacjenta wymagał natychmiastowego zabiegu. Pęcherzyk nie zawierał kamieni. Widocznie żółtaczka była spowodowana zapalnym obrzękiem błony śluzowej przewodu wsp. lub też kamień odszedł przed zabiegiem. Zapalenie otrzewny, które rozwinięło się przed zabiegiem, z powodu przebicia, po zabiegu się nie ograniczyło, powodując wreszcie zejście śmiertelne.

Tak węc w trzech przypadkach na cztery operowane zejście śmiertelne było uzależnione od świeżego względnie dawniejszego przebicie pęcherzyka z zajęciem otrzewny przed zabiegiem.

Te cztery przypadki wprawdzie skończyły się po zabiegu śmiertelnie, to jednak należy stwierdzić, że nie zostałyby one wyratowane żadnem innem postępowaniem, owszem należy je traktować jako następstwo nieudałego leczenia wewnętrznego, które też we wszystkich było zastosowane. Wcześniejsze odstąpienie tych przypadków chirurgowi było tu bardzo wskazane. Niestety cyfry te obciążają leczenie operacyjne.

Dla porównania naszych wyników z wynikami innych klinik przytaczamy niektóre:

Radliński (Endelman)	3,1%	śmiert. pooperac.
Villard	9,8%	„ „
Hartmann	5,5%	„ „
Mayo	0,5%	„ „
Hotz	4,0%	„ „
Enderlen	2,0%	„ „
Mc Guire	4,4%	„ „
Schramm	4,4%	„ „

Przeciętnie biorąc śmiertelność pooperacyjna w 20—40 roku życia wynosi około 2%. U starszych osobników liczba ta się nieco podnosi, u młodszych obniża.

Śmiertelność więc po wycięciu pęcherzyka wynosi 4,4%. Jeśli jednak uwzględnimy podział według przypadków „powikłanych“ (zapalenie głębokich dróg żółciowych, ciężkie zapalenie pęcherzyka z zajęciem otrzewny, pęknięcie pęcherzyka do wolnej jamy brzusznej, ropnie w otoczeniu pęcherzyka i wątrobie, zajęcie trzustki) i „niepowikłanych“ (sprawy ograniczone tylko do samego pęcherzyka) — według Petermanna — to odsetka śmiertelności u nas zmieni się o tyle, że wypadnie na:

niepowikłane (72 przypadków operowanych 0% śmierci)
powikłane (18 przypadków operowanych 24,4% śmierci).

Według materjału kliniki Schramma śmiertelność według wieku operowanych pacjentów przedstawia się w następujący sposób:

między 15—20 rokiem życia	mamy wyleczeń	2	śmiertelności 0
między 20—30 rokiem życia	mamy wyleczeń	13	śmiertelności 0
między 30—40 rokiem życia	mamy wyleczeń	30	śmiertelności 0
między 40—50 rokiem życia	mamy wyleczeń	25	śmiertelności 2
między 50—60 rokiem życia	mamy wyleczeń	15	śmiertelności 2
między 60—70 rokiem życia	mamy wyleczeń	5	śmiertelności 0

Najpomyślniej więc układają się wyniki w 2, 3 i 4-tym dziesiątku lat. Powyżej 40 lat śmiertelność się wzmaga, z powodu dłuższego zaniedbania sprawy chorobowej, malejącej odporności organizmu, zwiększających się zmian w niezbędnych dla życia narządach wewnętrznych, większej skłonności do powikłań płucnych i t. d

Dziwny jest stosunek płci u naszych chorych, u których wykonaliśmy cholecystektomję. Otóż przedstawia się on jak 1 : 90. Zaledwie u jednego mężczyzny wykonaliśmy ten zabieg na 90 operowanych.

Wyniki oddalone.

Zdanie niektórych zagorzałych przeciwników zabiegu przy kamicy i zapaleniu pęcherzyka, jakoby ten miał być niebezpieczny i dawał dużą śmiertelność pooperacyjną jest co najmniej sprzeczne.

Chirurgja dąży dziś do jaknajwiększego ograniczenia odsetki nawrotów, jakoteż innych dolegliwości po zabiegu, co jak wiemy zależy od wielu czynników i warunków jak: długość i trwanie procesu chorobowego, wieku pacjenta, określenia wskazania do zabiegu, od przypadkowych powikłań w związku z chorobą i zabiegiem.

Zdajemy sobie dokładnie sprawę z tego, że najbardziej dokładnej statystyce można zarzucić pewne niedokładności, z powodu niemożności ściągnięcia do badania kontrolnego wszystkich chorych, jakoteż nie zawsze dokładnych odpowiedzi pisemnych pacjentów. Zapewne zbadanie w 100% pacjentów operowanych dałoby nam dopiero dokładny obraz statystyczny.

Z drugiej znowu strony należy przyznać, że jeśli już pacjent daje odpowiedź pisemną, to i na pytanie czy czuje się dobrze i jest zdolny do pracy odpowiada twierdząco a w kierunku dolegliwości odpowiada przecząco, to są to odpowiedzi o tyle pewne, że pacjent zawsze chętnie wynachodzi jakąś mało znaczącą dolegliwość często nie będącą w związku z omawiana sprawą aniżeli ma odpowiedzieć, że czuje się zupełnie dobrze.

Sami znamy takich pacjentów, którzy przed zabiegiem nie byli zdolni do pracy, cierpiąc na silne napady kolkowe a odpowiedzieli nam pisemnie, że czują się po zabiegu źle, mimo że ciężko pracują bez przerwy, chętnie tańczą i dobrze a powiedzmy znacznie lepiej niż przed zabiegiem wyglądają.

Wyniki bardzo dobre. Na 90 operowanych poddało się badaniu kontrolnemu względnie odpowiedziało pisemnie o swym stanie zdrowia 49.

Z tych 49-ciu przypada na omawianą grupę 36 t. j. 73,5%.

Z tej grupy pacjenci podają, że wszelkie dolegliwości znikły, lub też okazują się od czasu do czasu w tak słabem natężeniu, że nie przeszkadzają zupełnie w prawidłowych nieraz nawet bardzo ciężkich zajęciach. Duża odsetka tych pacjentów miała przed zabiegiem cierpienia znaczne. Obecnie przybyli na wadze i czują się zupełnie dobrze. No dokładne pytania w tym kierunku odpowiadaja zwykle „bardzo dobrze“ lub „zupełnie dobrze“.

Wyniki dobre. Z 49-ciu zgłoszonych względnie badanych przypada na tą grupę 10 t. j. 20,4%.

Są to pacjenci, którzy maja nieznaczne dolegliwości jednak o bardziej stałym charakterze. Dolegliwości te jednak zupełnie nie przeszkadzają im w zajęciach. Chodzi tu zwykle o dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego i lekkie bóle lub gniecenie w prawem podżebrzu. Do grupy tej zaliczamy również przypadki z przedłużonem gojeniem się rany a zwłaszcza przetoki żółciowe, jakoteż nieliczne przypadki z małą przepukliną pooperacyjną.

Pewna odsteka chorych zaznacza, że miała dolegliwości przez pewien czas po zabiegu, poczem znikły one zupełnie. Większa odsetka pacjentów, bo 60% ma dolegliwości żołądkowe w postaci

gniecenia w dołku podsercowym, odbijania i nieznacznych nudności, które to objawy istniały w większym jeszcze stopniu przed zabiegiem. Nie można ich odnosić do odcięcia pęcherzyka, który w większości przypadków i tak nie spełniał przed zabiegiem swej roli, będąc wypełniony kamieniami lub też będąc skurczony, zbliznowaciały i zakażony. Nie wchodząc w niniejszej pracy w to, jakiego pochodzenia mogą one być, zaznaczamy, że zaburzenia jakie zostają spowodowane długotrwałym procesem chorobowym nie mogą ustąpić natychmiast po wycięciu pęcherzyka.

Wyniki niepomyślne: Przypadków 3 t. j. 6,1%.

Są to pacjenci, u których nastąpiła tylko chwilowa poprawa lub też stan się nie zmienił, lub też nastąpiły nawroty w różnem natężeniu.

Ogólnie dałoby się ich podzielić na tych, którzy nie odczuwają żadnej ulgi i na tych, którzy się po zabiegu czują gorzej.

Z naszych trzech pacjentów żaden nie należy do grupy drugiej.

340/1925 kobieta lat 44.

Wywiady: Od kilku lat kolkowe napady z wymiotami, wysoką ciepłotą. Raz żółtaczka.

Stan obecny: Żółtaczka, odżywienie dobre, okolica pęcherzyka bolesna.

Zabieg: Pęcherzyk bardzo zrośnięty z dwunastnicą i wątrobą, tak że go oddzielono ze znacznemi trudnościami. Sam pęcherzyk zgrubiały, skurczony, zawierał liczne kamienie. Cholecystectomja.

Obserwacja: Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń.

W 11 dniu opuszcza klinikę.

103/1926 kobieta lat 32.

Wywiady: Od roku typowe napady. W ostatnich czasach bóle utrzymywały się bez przerwy, o zmiennem natężeniu. Żółtaczki nie było.

Stan obecny: Odżywienie dobre, ciepłota prawidłowa, pęcherzyk macalny, bolesny.

Zabieg: Pęcherzyk długi, zgrubiały. Typowa cholecystektomja.

Obserwacja: Po 18-tu dniach opuszcza klinikę w stanie dobrym.

124/1927 kobieta lat 52.

Wywiady: Od 2-ch lat silne i częste napady kolki żółciowej. Dwa razy żółtaczka. Dzień przed przyjęciem bardzo silny napad.

Stan obecny: Stan podupadły, cały brzuch wzdęty, bardzo bolesny. Najsilniejsza bolesność w miejscu pęcherzyka żółciowego.

Zabieg: Płyn w wolnej jamie brzusznej. Pęcherzyk zgrubiały, zawierał liczne kamienie. Trudna cholecystektomja.

Obserwacja: Po 14-tu dniach opuszcza klinikę.

W dwu przypadkach więc wykonano zabieg z wielką trudnością, z powodu podupadłego stanu jakoteż znacznych zrostów. Zabieg w obydwu przypadkach trwał nieco dłużej niż zwyczajnie.

W trzecim przypadku natomiast wykonaną została cholecystektomja bez żadnych trudności przy dobrym stanie pacjenta. Napady trwały często i o silnem natężeniu. Tyloletnie trwanie sprawy chorobowej, nie wywołało wprawdzie zrostów i zmian w otoczeniu, ale musiało wpłynąć ujemnie na samą wątrobę i drogi żółciowe. Zakażenie tych dróg musiało w tym przypadku mieć miejsce dając od czasu do czasu znać o sobie w postaci napadów nawet po zabiegu. Pamiętajmy o tem, że pacjentka poddała się zabiegowi w 52 roku życia cierpiąc przez połowę swego życia na kamienie.

Wedle rodzaju schorzenia wyniki nasze przedstawiają się następująco:

Przy kamicy:
śmiertelność pooperacyjna 3 (na 74 oper.),
zupełnych wyleczeń 33
znacznego polepszenia 6
bez poprawy wzgl. z nieznaczną poprawą 2 (na 41 zgłoszonych),
zmarło z innych przyczyn 0.

Przy zapaleniu pęcherzyka bez kamicy:
śmiertelność pooperacyjna 1 (na 16 oper.),
zupełnych wyleczeń 3
znacznego polepszenia 4
bez poprawy wzgl. z nieznaczną poprawą 1 (na 8 zgłoszonych),
zmarło z innych przyczyn 0.

Uderza nas znowu znacznie większa odsetka wyleczeń przy kamicy. Natomiast po zapaleniu pęcherzyka bez kamicy przy ewentualnych zrostach i innych powikłaniach wyniki są znacznie gorsze.

Tłumaczymy to znowu tem, że przy kamicy chodzi bardzo często o ograniczone zakażenie i zaburzenie mechaniczne, które przez zabieg usuwamy, w pozostałych zaś przypadkach zakażenie zajmuje też przewody żółciowe, nie dając się tak łatwo usunąć.

Z 16-tu przypadków, w których został usunięty pęcherzyk bez kamicy w 2-ch chodziło o zapalne zmiany w ścianie pęcherzyka a w 14-tu znaleźliśmy zmiany przewlekłe jak zrosty, zgrubienie, zbliznowacenie i skurczenie pęcherzyka. Zrosty nieraz były tak znaczne, że pęcherzyk z trudnością dał się z nich wygrzebać.

Wyniki po nacięciu przewodu wspólnego i wątrobowego.

Jakże inaczej przedstawiają się warunki operacyjne a tem samem liczby statystyczne, gdy leczenie zachowawcze doprowadzi do tego, że chirurg jest zmuszony podczas zabiegu otworzyć przewód wspólny. Najczęściej się to dzieje z powodu utkwienia w nim kamienia.

Na klinice lwowskiej bada się przewód na obecność kamieni, ujmując go palcami, które się przesuwa do wątroby aż do otworu Winslowa. W niektórych jednak przypadkach jesteśmy zmuszeni przewód otworzyć i zbadać jego wnętrze zgłębnikiem, lub jeśli to możliwe palcem.

Wyniki pooperacyjne.
Wyleczeń 27 t. j. 84,3%
Śmierci 5 t. j. 15,7%.
Razem operowanych 32.

Jak widzimy więc śmiertelność jest już znacznie większa, niż po zwykłem wycięciu pęcherzyka. Odnieść ją należy do znacznego nieraz opóźnienia zabiegu, rozwijających się powikłań w postaci wycieńczenia, postępu zakażenia, rozwoju żółtaczki z jej następstwami i t. d. Mimo tych niepomyślnych oznak dla zabiegu operowane one być muszą, ponieważ inne leczenie dla nich nie istnieje. Warto się przyglądnąć przyczynom śmierci.

228/1923 mężczyzna lat 26.

Wywiady: Od roku typowe napady kolkowe. Od 2-ch miesięcy żółtaczka, która wystąpiła po ostatnim napadzie i dotychczas nie ustąpiła. Schudł znacznie.

Stan obecny: Odżywienie podupadłe, wybitna żółtaczka, stan podgorączkowy. Wątroba cztery palce niżej łuku, bolesna, woreczek macalny, bardzo bolesny.

Zabieg: Pęcherzyk silnie zrośnięty z otoczeniem, skurczony, zbliznowaciały. Gruczoły chłonne wzdłuż przewodu wspolnego powiększone. Po oddzieleniu pęcherzyka i odcięciu stwierdzono, że przewód wątrobowy jest bardzo wąski a wspólny zupełnie nie drożny. Z powodu bardzo ciężkiego stanu pacjenta poprzestano na wprowadzeniu sączka gumowego do przewodu wątrobowego, wyprowadzając go na zewnątrz.

Zmarł w 15 dniu wśród objawów ogólnego wycieńczenia.

Sekcja: *Stenosis d. choled. cicatric.*

102/1924 kobieta lat 45.

Wywiady: Od 7-miu lat napady charakterystyczne dla kamicy wśród wysokiej ciepłoty. Od trzech tygodni utrzymują się stałe bóle a ciepłota wieczorami dochodzi do 40° C. Od tego też czasu datuje się żółtaczka.

Stan obecny: Wybitna bolesność całego brzucha, wątroba 2 palce niżej łuku, wybitna żółtaczka, stolec gliniasty.

Zabieg: Bardzo silne zrosty. Pęcherzyk skurczony zawierał liczne kamienie. Bardzo trudna cholecystektomja. W przewodzie wspólnym znaleziono 6 kamieni.

Zmarła w 3-cim dniu wśród objawów zapalenia otrzewny.

157/1924 kobieta lat 40.

Wywiady: Od 2-ch lat napady bólów w pr. podżebrzu z żółtaczką i podniesioną ciepłotą.

Stan obecny: Średnia żółtaczka, stan odżywienia mierny, ciepłota w chwili przyjęcia prawidłowa. Wątroba 3 palce niżej łuku, okolica pęcherzyka bolesna.

Zabieg: Bardzo silne zrosty. Pęcherzyk skurczony zawiezawierał liczne drobne kamienie. Oddzielenie pęcherzyka odbywało się z wielką trudnością, podczas której to czynności pęcherzyk pękł. Po usunięciu jego nacięto przewód wspólny, usunięto z niego kamień. Ponieważ przy brod. Vatera znajdował się drugi kamień, nie dający się usunąć od strony cięcia, wobec czego usunięto go od strony dwunastnicy po poprzedniem otwarciu jej.

Zmarła w 6-m dniu wśród objawów krwotoku wewnętrznego (cholem.) Sekcji nie robiono.

157/1925 kobieta lat 45.

Wywiady. Od trzech lat kolki z dreszczami i wysoką ciepłotą. Od dwóch tygodni żółtaczka (po ostatnim napadzie).

Stan obecny. Wybitna żółtaczka, stan ogólny podupadły. Pęcherzyk macalny, tkliwy.

Zabieg: Pęcherzyk bardzo zrośnięty z siecią, dwunastnicą i wątrobą, skurczony, zawierający dużo kamieni. Trudna cholecystektomja. Przewód wspólny nacięto i usunięto z niego duży kamień. Podczas całego zabiegu zaznaczyło się obfite krwawienie, mimo przygotowania chorej środkami przeciwkrwotocznymi.

Obserw. W najbliższych dniach przebieg prawidłowy bezgorączkowy.

W 6-tym dniu objawy krwotoku do wolnej jamy brzusznej. Krwiak częściowo dawał się opróżnić na zewnątrz obok saczka. Chora poczęła się czuć nieco lepiej.

W 25-tym dniu zapalenie płuc i opłucny. Stan ogólny znacznie się pogorszył. Ciepłota się utrzymuje na wysokości około 37.5.

W 27-ym dniu objawy krwotoku do przewodu pokarmowego znaczna niedokrwistość.

W 29-ym dniu zmarła.

Sekcja: *Abscessus subphrenicus d. Pleuritis exudat. d. haemorrhag. intestin.*

99/1926 kobieta lat 38.

Wywiady. Od trzech lat objawy kamicy. Kilkakrotna żółtaczka.

Stan obecny. Stan ogólny średni, żółtaczka. Ciepłota 37.6. Wątroba znacznie powiększona, pęcherzyk macalny, bardzo bolesny na ucisk.

Zabieg. W wolnej jamie brzusznej płyn surowiczo-krwawy. Pęcherzyk pokryty siecią, zrośnięty z dwunastnicą. Po oddzieleniu zrostów znaleziono w głębi skurczony pęcherzyk zawierający 3 duże kamienie. Przewód wspólny znacznie rozszerzony, przy brod. Vatera kamień, który wydobyto od strony cięcia przywątrobowego.

Zmarła w 2-gim dniu wśród objawów wstrząsu operacyjnego.

249/1926 kobieta lat 46.

Wywiady. Od półtora roku kolki żółciowe, kilka razy żółtaczka, wysoka ciepłota, wymioty.

Stan obecny. Stan ogólny dość dobry, żółtaczka, wątroba nieznacznie powiększona, pęcherzyk tkliwy.

Zabieg. Płyn żółtaczkowy w wolnej jamie brzusznej. W miejscu pęcherzyka konglomerat sieci, przykrywającej woreczek zrośnięty z resztą otoczenia. Konglomerat ten rozdzielono, jednak pęcherzyka nie znaleziono. Prz. wspólny znacznie rozszerzony, znaleziono w nim cztery kamienie wielkości jaja gołębiego.

Zmarła w 5-tym dinu wśród objawów zapalenia otrzewny.

Na 32 przypadków operowanych w 6-ciu nastąpiło zejście śmiertelne i to w 4-ch z powodu powikłań pooperacyjnych, w 2-ch z powodu postępującego wycieńczenia, zakażenia i żółtaczki.

Śmierć nastąpiła w 2-gim, 3-cim, 5-tym, 6-tym diu (powikłania pooperacyjne) dalej w 15-tym i 16-tym dniu po zabiegu) w następstwie powikłań sprawy chorobowej).

W pierwszym przypadku przystąpiono do zabiegu przy złym stanie pacjenta, z powodu znacznego wycieńczenia i dwumiesięcznej żółtaczki. — Przewód wspólny okazał się zupełnie zrośnięty, z powodu długotrwałego zapalenia dróg żółciowych. — Kamieni nigdzie nie znaleziono. Żółć odprowadzono na zewnątrz. Mimo, że żółtaczka się poczęła zmniejszać nastąpiło zejście śmiertelne z wycieńczenia.

W 2-gim wykonano zabieg wśród wysokiej ciepłoty i długotrwałej żółtaczki. — Zakażenie dróg żółciowych doszło do szczytu swego rozwoju patologicznego. Sam zabieg odbył się w warunkach nie bardzo jałowych, jeśli weźmiemy pod uwagę trudną cholecystektomję i otwarcie zakażonego prz. wspólnego, z którego wyjęto aż 6 dużych kamieni. — Skończyło się na zapaleniu otrzewny.

W 3-cim też mieliśmy do czynienia z żółtaczką, jakkolwiek stan ogólny był średni. — Jednak musieliśmy mieć na uwadze znaczne zmiany w pęcherzyku, który przy oddzieleniu pękł, następnie obecność kamieni w prz. wspólnym przy pap. Vateri, który musiano usunąć przez naciętą dwunastnicę, podnosząc temsamem ciężkość zabiegu. — Chory jednak przetrwał wstrząs operac. a zejście nastąpiło z powodu cholemiczn. krwotoku w następstwie długotrwałej żółtaczki.

W 4-tym znowu stan podupadły i żółtaczka dawały rokowanie już przed zabiegiem mało pomyślne. To też przyczyną śmierci był krwotok cholemiczny. Krwiak uległ zropieniu prowadząc wreszcie do śmierci.

W 5-tym wśród żółtaczki wykonano bardzo trudny zabieg, z powodu znacznych zrostów. Pęcherzyk ledwie odnaleziono skurczony i zbliznowaciały. Zatkanie prz. wspólnego trwające 5 tygodni doprowadziło do znacznego rozdęcia przewodu. — Pacjent nie wytrzymał ciężkiego zabiegu i śmierć nastąpiła już w następnym dniu.

W 6-tym wreszcie jak i w każdym poprzednim wykonano jeszcze cięższy zabieg w wybitnej żółtaczce. Zmiany zapalne były tak dalece posunięte, że woreczka wśród zrostów nawet nie znaleziono. Natomiast w prz. wspólnym tkwiło 6 dużych kamieni. Zabieg trwał około dwie godziny. — Znieczulenie uzupełniono przy końcu zabiegu krótką narkozą. Zapalenie otrzewny było bezpośrednią przyczyną śmierci.

We wszystkich więc mieliśmy do czynienia z zatkaniem przewodu wspól. trwającem już dłuższy czas. — Następstwa tego były dla pacjentów zgubne.

Częstość wykonywania tego zabiegu zależnie od wieku pacjenta w porównaniu z wycięciem pęcherzyka wzrasta z wiekiem. — To też nietylko dłuższe trwanie sprawy i powikłania ale i starszy wiek wpływa na wzrost śmiertelności.

Między	20 — 30 r.	życia	operowano	2	z tego zmarł	1
	30 — 40	„	„	11	„	0
	40 — 50	„	„	12	„	3
	50 — 60	„	„	5	„	1
Ponad	60	„	„	2	„	1

Wiek więc ma duży wpływ na śmiertelność w omawianych przez nas sprawach. — Ponad 50 rok życia jest ona bardzo wysoka.

W naszych przypadkach został zabieg wykonany najwcześniej dwa tygodnie po zatkaniu przewodu.

Szybki wzrost śmiertelności licząc od zwykłej cholecystektomji do cholecystektomji z równoczesną choledochotomją i od zwykłych zmian w samym pęcherzyku do zatkania przewodów powinien stanowić groźne memento, że im późniejszy zabieg tem gorsze rokowanie.

Pamiętać musimy o tem, że zabieg w przypadkach zatkania przewodu jest jedyną deską ratunku, uwalniając 84.3% chorych przed niechybną śmiercią.

Pamiętać też musimy o tem, że ci pacjenci, których zdołaliśmy uratować, a jest ich poważna liczba, w miejsce utraty życia mają pewne dolegliwości, których znowu nie możemy odnosić do zabiegu, ale zmian chorobowych, jakie się utrwaliły w wątrobie, drogach żółciowych i otoczeniu, z powodu długotrwałego procesu.

Wreszcie pouczającem będzie zestawienie ilustrujące częstość utkwienia kamienia w poszczególnych odcinkach przewodu w naszych przypadkach: Znaleźliśmy je.

w przewodzie wątrobowym 6 razy śmiertelność 1
w przewodzie wspólnym
a) odc. przywątr. 20 razy śmiertelność 2
b) odc. pozadwunast. 6 razy śmiertelność 2

Kamienie z części pozadwunastniczej zostały usunięte 4 razy od strony nacięcia tuż obok ujścia prz. pęcherzykowego za pomocą wyciśnięcia ku tyłowi a 2 razy przez otwarcie dwunastnicy i nacięcie brod. Vatera. — W ostatnich dwu przypadkach jeden skończył się śmiertelnie z powodu krwotoku wewnętrznego, drugi żyje.

Dok. nast

Dr. Józef SPIRA. Kraków.

Stany podgorączkowe w otorhinolaryngologji, a niezdolność do pracy*).

Mam zamiar mówić o chorobach, w których stany podgorączkowe stanowią główny objaw chorobowy, a więc o chorych, którzy narzekają na złe sampoczucie, brak łaknienia, osłabienie, a u których badanie przedmiotowe daje — poza stanami podgorączkowemi — wynik ujemny.

Jak wiadomo, objawy powyższe spotykamy najczęściej w utajonej lub początkowej gruźlicy płuc i przedewszystkiem w tym kierunku idzie myśl internisty. Poza gruźlicą istnieją jednak 3 grupy chorobowe, które mogą dawać podobne objawy i o których lekarz - praktyk zawsze powinien pamiętać: 1) Przewlekłe zakażenia o łagodnem przebiegu, w których sprawa zakaźna jest umiejscowiona w jednym narządzie. Punktem wyjścia mogą być migdałki, jamy boczne nosa, zęby, wyrostek robaczkowy, przydatki macicy i t. d. — 2) Zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, zwłaszcza stany nadtarczycowe. — 3) Wreszcie trzecią grupę stanowi kiła, zwłaszcza w późniejszych okresach, w których brak jakichkolwiek objawów zewnętrznych kiły i gdzie dopiero dodatni odczyn Wassermanna wyjaśnia właściwe tło chorobowe.

Wśród przyczyn, wywołujących przewlekłe zakażenia ze stanami podgorączkowemi, wysuwają się na pierwszy plan *schorzenia migdałków i bocznych jam nosa.*

Schorzenia migdałków są chlebem codziennym lekarza - praktyka. Zapalenia ostre, t. zw. anginy, występują jużto samodzielnie, już to w przebiegu różnych chorób zakaźnych. Błędnem jest przekonanie, jakoby w przebiegu anginy były zajęte tylko migdałki podniebienne; przeważnie ulega schorzeniu cały chłonny pierścień gardzielowy Waldeyer'a, w którego skład wchodzą prócz trzech znanych migdałków, także migdałek języka, nagromadzenia tkanki limfoidalnej na tylnej ścianie gardzieli, w okolicy ujścia trąbki i w krtani *najczęściej i najsilniej zostają chorobowo zmienione migdałki boczne.* Natomiast u dzieci nierzadko spotykamy

---

*) Według odczytu, wygłoszonego na konferencji lekarzy Kas Chorych w Krakowie 1929 r.

anginę migdałka trzeciego (gardłowego), występującą z bardzo wysoką gorączką i z silnym obrzękiem gruczołów podszczękowych (gorączka gruczołowa dawnych lekarzy). Angina trwa zazwyczaj kilka dni, poczem gorączka ustępuje; w niektórych przypadkach mogą jednak utrzymywać się stany podgorączkowe przez szereg dni i tygodni zwłaszcza w przypadkach, w których przyszło do zajęcia gruczołów w sąsiedztwie.

Nas zajmują przedewszystkiem przewlekłe zapalenia migdałków podniebiennych. Niestety, na tem polu wiadomości lekarza-praktyka naogół są dość skąpe i niejednokrotnie nawet tęgi internista uważa migdałki tylko wtedy za chore, kiedy są powiększone. Między laryngologami również niema jedności i zdarza się, że jeden z nich uzna migdałki za zupełnie zdrowe, podczas gdy drugi — rozpozna w nich przewlekły stan zapalny. Sprzeczność pochodzi stąd, że migdałki boczne mogą mieć różny wygląd zarówno co do wielkości, jak i kształtu oraz budowy. Migdałki bowiem w wieku dziecięcym są dość duże, później zazwyczaj ulegają inwolucji i zanikowi, przyczem zostaje w nich szereg zaułków, mniej lub więcej głębokich. Poza tem istnieją w migdałkach zagłębienia, odpowiadające ich powstaniu z kiku guzków zarodkowych. Wreszcie blizny, zrosty i zaciągnięcia po przebytych zapaleniach czynia budowę migdałków jeszcze zawilszą.

W głębi zatok i zaułków migdałków znajdują się t. zw. *czopy migdałkowe;* są to masy białawe, powstające ze złuszczonych komórek nabłonkowych, leukocytów i mas bakterji, czasem kryształków cholesteryny, złogów soli wapniowych i t. d. Przez ucisk podczas połykania zostają one wyciśnięte do jamy ustnej, a w ich miejscu często tworzą się szczeliny, w które mogą wnikać cząstki pokarmów; po zmieszaniu się z powyższą miazgą ulegają one rozkładowi. W innych wypadkach czopy pozostają w migdałkach, a nawet mogą tworzyć rodzaj nalotów. Nie jest rozstrzygnięte, czy czopy migdałkowe należy uważać za twory prawidłowe, czy chorobowe. Faktem jest, że niejednokrotnie spotyka się je u ludzi zupełnie zdrowych, którzy nie zapadają na *anginy* i wogóle nic nie wiedzą o ich obecności. Zdarzają się także tacy chorzy. których obecność czopów niepokoi i kieruje do lekarza; jednak dokładne wywiady wykazują, że chorzy tacy nie odczuwają żadnych dolegliwości, a czopy odkryli zupełnie przypadkowo.

Również *wielkość migdałków* jest pojęciem względnem, co wynika już także z tego, że podczas badania jest dostępna dla wzroku tylko część migdałka, wystająca z uchyłku międzyłukowego. Jeżeli więc uchyłek jest głęboki, nawet stosunkowo duży migdałek może robić wrażenie małego i naodwrót.

Z powyższego wynika, że nie jest rzeczą łatwą podać, jak wygląda prawidłowy migdałek. Trzeba widzieć setki migdałków, trzeba umieć je badać i dopiero później można sobie wyrobić pewne pojęcie, że ten migdałek jest zdrowy, a ów — chory: jednak sąd ten będzie często dość względny, i stąd pochodzą różnice nawet wśród laryngologów. Mimoto istnieją pewne objawy, które bezwzględnie należy uważać za chorobowe.

Możemy tu wyróżnić dwie postaci:

a) Czysty właściwy przerost, t. j. chorobowe powiększenie migdałków bez szczególnych zmian na powierzchni, bez wybitnego wytwarzania się jam i zaułków z czopami. *(Hypertrophia tonsillarum palati).* Migdałki te bywają zazwyczaj miękkie, elastyczne, o powierzchni gładkiej. Postać ta zazwyczaj bywa objawem przerostu całego chłonnego pierścienia gardzieli, spotykamy ją głównie u dzieci, niejednokrotnie jako zboczenie konstytucyjne. Wykazano, że przerost ten często powstaje nie na tle zapalnem, lecz daje wyraz skazie wysiękowej. Poza tem wytwarza się on niejednokrotnie w następstwie przebytych zakażeń ogólnych, np. dzieci po przebytej płonicy lub odrze miewają powiększone migdałki, czego pierwej nie było.

b) Druga postać to *właściwe przewlekłe zapalenie migdałków bocznych (Tonsillitis chronica).* Występuje ono zazwyczaj u dorosłych niejednokrotnie jako następstwo często przebywanych angin. Migdałki takie są zbitsze, twarde, ich powierzchnia jest nierówną i ma liczne zatoki. W zatokach tych znajduje się wydzielina chorobowa, rzadsza od zwykłych czopów, i zazwyczaj silnie cuchnie. Badanie drobnowidowe wykazuje w niej wielką ilość składników zapalnych, przedewszystkiem leukocytów, których w zwykłych czopach jest stosunkowo niewiele. Wydzielina ta drażni otoczenie, stąd migdałki często bywają obrzękłe, łuki przednie — zaczerwienione.

Ważnym objawem, spotykanym w przewlekłem zapaleniu migdałków jest *obecność powiększonych twardych podszczękowych gruczołów chłonnych;* znajdują się one obok ślinianek podszczękowych i poza niemi. Bada się je przez pochylenie głowy chorego do przodu i możliwe głębokie wciśnięcie palców w tej okolicy. U dzieci spotyka się też często *obrzęk gruczołów chłonnych na szyji,* przed i poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Dawniej uważano je za objaw gruźlicy, zwłaszcza jeżeli przez dłuższy czas towarzyszyły im stany podgorączkowe; jednak nie mają one *nic wspólnego z gruźlicą* i często ustępują po usunięciu chorych migdałków. Tylko duże gruczoły, dochodzące do wielkości orzecha laskowego, nasuwają podejrzenie gruźlicy względnie, w razie istniejącej niedokrwistości, podejrzenie białaczki lub *limfogranulomatozy.*

Wśród klinicznych objawów, towarzyszących przewlekłemu zapaleniu migdałków, wysuwają się na pierwszy plan *objawy nerwowe.* Chorzy często narzekają na niemiłe uczucie podczas połykania, na ucisk i drapanie w gardle, uczucie ciała obcego w przełyku. Cząstki pokarmów, tkwiących w zagłębieniach migdałków, mogą pobudzać chorych do kaszlu i chrząkania.

W innych wypadkach chodzi o zwykłe parestezje. Bardzo przykry jest papkowaty, zgniły smak w ustach, tudzież cuchnienie z ust, które wytwarzają się w razie wzmożonego tworzenia się cuchnących czopów; w następstwie tego przychodzi do zaburzeń łaknienia i trawienia.

Przebieg przewlekłego zapalenia migdałków może być różny. Są przypadki, które poza wyżej przytoczonemi dolegliwościami nie mają żadnych następstw. Czasem i tych dolegliwości brak. W innych przypadkach przychodzi od czasu do czasu do zaostrzenia w postaci mniej lub więcej silnej anginy.

Angina zawsze jest poważną chorobą, bo może wywołać szereg poważnych powikłań. Do lżejszych należy wytworzenie się *ropnia okołomigdałkowego i zajęcie gruczołów pozaszczękowych lub szyjnych;* do cięższych *schorzenie stawów, nerek lub wsierdzia tudzież ciężkie zakażenie ogólne;* ropnica lub posocznica. Wszystkie te powikłania mogą powstać bezpośrednio w następstwie przewlekłego zapalenia migdałków, niektórzy jednak przyjmują, że je zawsze poprzedza zaostrzenie czasem jednak tak nieznaczne, że uchodzi uwadze chorego.

Chore migdałki mogą też być punktem wyjścia przewlekłych łagodnych zakażeń, które można uważać za jadzicę (toxaemię). Charakterstycznym objawem tego stanu są nieznaczne wzniesienia ciepłoty, utrzymujące się przez całe lata. *Ciepłota waha między 37,3 — 37,5°* i dosięga zazwyczaj szczytu w godzinach popołudniowych. Poza tem chorzy niejednokrotnie czują się zupełnie dobrze, w innych przypadkach jednak dołączają się objawy ogólne; złe samopoczucie, brak łaknienia, czasem nawet dreszczyki. Odróżnić te stany od początkowej gruźlicy płuc — nie zawsze jest łatwo, zwłaszcza nie badając odpowiednio migdałków; to też niejeden z takich chorych latami leczył się na płuca, zanim przypadkowe lub szczegółowe zbadanie gardła nie skierowało uwagi lekarza na właściwą drogę.

W jaki sposób dochodzi do tych stanów! Wspomnieliśmy już, że w zatokach migdałkowych nagromadzony jest materjał toksyczno-zakaźny. Jak długo atoli utrzymują łączność z światem zewnętrznym, t. j. z jamą ustną, tak długo mogą produkty jadowite wydostawać się na zewnątrz i wywołać tylko objawy miejscowe. Jeżeli jednak ujście zatok zostanie zamknięte, np. przez zrosty lub zaciągnięcia, zatoki zamieniają się w zamknięte jamki, a wytworzone w nich jady dostają się do naczyń chłonnych oraz obiegu krwi i powodują ogólne zatrucie z wyżej wymienionemi objawami.

Mając przed sobą chorego ze stanami podgorączkowemi, laryngolog powinien postawić sobie *2 zasadnicze pytania: 1) czy migdałki badanego są chore i 2) czy są one przyczyną podniesionych temperatur.* Co do pierwszego pytania, jak już wspomniałem, nawet najdokładniejsze badanie nie zawsze daje zupełnie pewną odpowiedź. Badając, poświęcamy główną uwagę czopom. Sama obecność sprawy nie wyjaśnia; ważne jest badanie ich zbitości, woni, zawartości leukocytów. Czasem wydzielina jest ukryta w jamce ponadmigdałkowej, która jest niewidoczna podczas zwykłego oglądania; dlatego jest konieczne odchylanie łuku przedniego haczykiem, tudzież wyciśnięcie migdałka wygniataczem lub przynajmniej palcami.

Ważnym objawem jest *obrzęk migdałków,* względnie ich otoczenia, tudzież gruczołów w sąsiedztwie. Ale najważniejszym momentem, przemawiającym za istnieniem przewlekłego zapalenia migdałków, jest *wywiad, t. j. stwierdzenie faktu, że chory cierpi na anginy.* Prawdopodobieństwo przechodzi w pewność, o ile chory podaje, że dolegliwości jego, względnie podniesiona ciepłota datuje się od przebycia ostatniej anginy, względnie, po każdej anginie powtarza się.

Jednakże nawet stwierdzenie przewlekłego zapalenia migdałków jeszcze nie rozstrzyga drugiego pytania. Można bowiem mieć chore migdałki i równocześnie podniesioną ciepłotę z innej przyczyny. Rozporządzamy pewnym sposobem badania, który niejednokrotnie daje nam wyjaśnienie w tym kierunku. Jest to — *wy-*

gniecenie migdałków. *Jeżeli po każdem wygnieceniu czopów z migdałków ciepłota opada, można napewno twierdzić, że ciepłota pochodzi z migdałków.* Z drugiej jednak strony pozornie zdrowe migdałki mogą być ogniskiem chorobowem. Dzieje się to wówczas, kiedy w głębi migdałka ukryte są jamki, wypełnione chorobową wydzieliną ropną; wtedy nawet wygniatanie migdałka nie wyjaśnia sprawy tak, iż rozpoznanie można postawić dopiero po dokonanej operacji. Jeden z takich nierzadkich przypadków pozwolę sobie opisać.

A. M. zamężna lat 37. Jako panna chorowała na nieżyt szczytów i leczyła się klimatycznie. Od roku cierpi na stany podgorączkowe, traci na wadze, pozatem czuje się dobrze. Ostatnio była przez 4 miesiące w Zakopanem; w pierwszych tygodniach gorączka ustąpiła, ale po krótkim czasie powróciła. Od czasu do czasu miewa bóle gardła, ale właściwych zapaleń z gorączką nigdy nie przechodziła; zresztą była już badana przez laryngologa, który uznał migdałki za zdrowe. Badanie laryngologiczne, przeprowadzone przezemnie, wykazuje: nieżyt gardła miernego stopnia, migdałki boczne średnio duże z niewielką liczbą czopów bezwonnych. Jamki ponadmigdałkowe wolne. Wygniatanie migdałków nie wpływa na stany podgorączkowe.

Wyraziłem wątpliwość czy migdałki są przyczyną stanów podgorączkowych. Wskutek nalegania chorej i za zgodą internisty wykonałem wyłuszczenia migdałków w miejscowem znieczuleniu. Badanie wyjętych migdałków wykazało w nich drobne jamki z wydzieliną ropną. W dwa tygodnie po zabiegu stany podgorączkowe ustąpiły. Kontrola po roku: chora zupełnie zdrowa bez gorączki.

Leczenie przewlekłego zapalenia migdałków, które jest przyczyną stanów podgorączkowych, jest radykalnie *chirurgiczne.* Dawniej stosowano różne sposoby zachowawcze, jak wygniatanie migdałków, wypłukiwanie czopów, nacinanie migdałków i t. d. Sposoby te prawie nigdy nie prowadzą do celu. Nawet w tych nielicznych przypadkach w których gorączka spada po wygniataniu, sposobem tym nie osiąga się wyleczenia i w końcu operacja staje się niezbędną. Zabieg sam, t. j. *chirurgiczne wyłuszczenie migdałków* chociaż powinien być wykonany w zakładzie (a nie ambulatoryjnie) nie przedstawia niebezpieczeństwa, usunięcie zaś migdałków nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw. Ze względu na to, że ciągle jeszcze pojawiają się głosy przeciwko usuwaniu narządu, którego czynność może być potrzebna ustrojowi, chciałbym poświęcić kilka słów znaczeniu migdałków. Dla lekarza nie jest rzeczą obojętną, czy migdałki są zbędne, a może nawet szkodliwe tak, iż należy je usunąć bez żadnych skrupułów czy też mają one szczególne znaczenie, dla którego należałoby zająć stanowisko możliwie zachowawcze.

Niestety mimo licznych badań klinicznych, laboratoryjnych i doświadczalnych, *zagadnienie migdałkowe nie zostało do dziś dnia rozwiązane.* Istnieje cały szereg teoryj i hipotez, z których żadna nie może odeprzeć wszystkich zarzutów krytyki. Nie mogę w tem miejscu omawiać poszczególnych teoryj. Chciałbym tylko ogólnie wspomnieć o 3 najważniejszych kierunkach zapatrywań na tą sprawę.

Najdalej idzie kierunek, odmawiający migdałkom jakiegoś szczególnego znaczenia. Migdałki mają czynność podrzędną; anginę uważać za chorobę miejscową, która jednak może pociągnąć za sobą fatalne następstwa dla ustroju. Znakomity laryngolog wiedeński Schlemmer wykazał, że migdałki nie posiadają naczyń chłonnych doprowadzających, a więc nie można ich uważać za obwodowe gruczoły chłonne, któreby odgrywały rolę filtra jadów. Zdaniem Schlemmera czynność migdałków należy uważać za część czynności całej błony śluzowej jamy ustnej i dlatego można ją z łatwością zastąpić przez resztę błony śluzowej. Nigdy nie zauważono, aby osobniki, u których operacyjnie usunięto tkankę adenoidalną, przez to były mniej odporne i częściej zapadały na różne choroby tak samo, jak nie stwierdzono, aby powiększone migdałki chroniły dziecko przed chorobami zakaźnemi. W myśl tych poglądów *powstanie anginy można tłumaczyć w następujący sposób:* w następstwie szkodliwych wpływów mechanicznych, chemicznych lub termicznych, np. podczas nagłej zmiany ciepłoty względnie zaziębienia, *potęguje się żywotność drobnoustrojów;* one same względnie ich jady wnikają wówczas do ustroju przez całą powierzchnię jamy ustnej, zwłaszcza zaś przez te jej części, w których nabłonek wykazuje większą przepuszczalność, t. zn. przez powierzchnię migdałków; wniknąwszy do miąższu migdałkowego, wywołują sprawy zapalne, t. j. anginy. W anginach, występujących epidemicznie, zakażenie zostaje wywołane przez świeże, bardzo żywotne bakterje, które dostają się do jamy ustnej zzewnątrz. W każdym razie *migdałki są punktem wejścia zakażenia do ustroju,* ponieważ *zaś nie mają żadnej ważnej czynności* należy je *usuwać możliwie wcześnie i możliwie doszczętnie.*

Muszę w tem miejscu wspomnieć o pracy, która wyszła przed kilku miesiącami z kliniki otologicznej we Frankfurcie. Autor (Jordanoff) na podstawie statystycznego materjału własnej kliniki, i kliniki pedjatrycznej wykazuje, że dzieci, którym wyłuszczono migdałki, prawie nigdy nie zapadają na płonicę, z drugiej zaś strony — badanie chorych na płonicę wykazało we wszystkich przypadkach obecność migdałków lub choćby ich resztek (np. po niedoszczętnym zabiegu operacyjnym). Autor wyciąga z tego wniosek, że 1) miejscowe zakażenie migdałków zdaje się odgrywać niezmiernie ważną rolę w zakażeniu płonicą i 2) dzieci z usuniętemi migdałkami trudniej zapadają na płonicę, niż dzieci z zachowanemi migdałkami. Gdyby powyższe spostrzeżenie okazało się słusznem, przemawiałoby za wyżej wymienionem zapatrywaniem co do roli migdałków.

Druga grupa autorów również zaprzecza temu że migdałki podniebienne są samodzielnym narządem i posiadają jakąś szczególną czynność. Zarówno anatomicznie, jak i fizjologicznie należy je uważać za część układu adenoidalnego całego ustroju. W skład tego układu wchodzi nie tylko gardzielowy pierścień chłonny Waldeyera, ale także grudki Peyera w jelitach. Czynność migdałków stanowi część czynności całego układu chłonnego i polega na wytwarzaniu limfocytów i zwalczaniu jadów, które wniknęły do ustroju. Powiększenie migdałków, spotykane tak często u dzieci, jest objawem wzmożonej czynności migdałków, spowodowanej częstemi zakażeniami dziecinnemi. Laryngolog wiedeński Fein stara się wykazać, że angina nigdy nie ogranicza się do migdałków podniebiennych, lecz obejmuje w równym stopniu wszystkie części pierścienia gardzielowego. Na pierwszy plan wysuwa się zajęcie migdałków podniebiennych dlatego, 1) że są one najbardziej dostępne dla badania, i 2) że w innych częściach pierścienia znajdują się ujścia gruczołów śluzowych, których wydzielina spłukuje czopy i naloty. Według Feina *angina nie jest chorobą miejscową, lecz ogólną, kryptogenetyczną.* Fein wywodzi: gdyby angina była tylko miejscowem zapaleniem, które powstaje przez wniknięcie jadów do wnętrza migdałka, rozpoczynałaby się obrzękiem migdałków, nalotami, bólami miejscowemi i t. d. gorączka zaś występowałaby dopiero później, kiedy zakażenie dostałoby się do krwi. W rzeczywistości jednak dzieje się naodwrót: nasamprzód występują objawy ogólne, bóle głowy, złe samopoczucie, gorączka, czasem dreszcze i t. d. a dopiero po 1—2 dniach pojawiają się objawy miejscowe w gardle, często już w okresie opadania gorączki. Ten przebieg przemawia za tem, że angina jest chorobą kryptogenetyczną, zmiany zaś w migdałkach są tylko jednym z objawów odczynu ustroju. Aby podkreślić taki charakter choroby, wprowadza Fein nazwę *anginoza* i rozumie przez nią *ogólną chorobę zakaźną, złączoną z anginą, t. j. miejscowem zajęciem pierścienia gardzielowego.* Zresztą zdaniem autora w przebiegu anginy mogą równocześnie być zajęte inne ogniska adenoidalne, np. w wyrostku robaczkowym, i wtedy występuje zapalenie wyrostka robaczkowego, które przeto należy uważać za chorobę równorzędną z anginą, a nie za schorzenie poanginowe, jak dawniej mniemano.

Trzeci kierunek przyjmuje, że migdałki podniebienne wzgl. cały *pierścień adenoidalny gardzielowy ma ważną czynność do spełnienia w ustroju.* Z pośród wielu zapatrywań (np., że migdałki są gruczołami dokrewnemi, gruczołami transudacyjnemi i t.d.) wymienię tu tylko *teorję obrony Goerke'go,* mającą stosunkowo najwięcej zwolenników. Goerke podaje: już samo biologiczne zachowanie się migdałków, ich powstanie, wzrost, późniejsza inwolucja przemawiają za tem, że muszą one mieć jakieś szczególne zadanie. Osesek nie posiada wyodrębnionych migdałków w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz tkankę adenoidalną, rozlaną w błonie śluzowej. Ze wzrostem dziecka gdy zachodzi potrzeba szczególnej obrony przeciw zakażeniom wieku dziecięcego, tworzą się miejscowe nagromadzenia tkanki adenoidalnej w początkowej części przewodu oddechowego i pokarmowego, a więc w częściach najbardziej narażonych. Czasem następuje bujanie tego utkania (w czem odgrywają znaczną rolę pewne stany dyskratyczne *(Diathesis exsudativa),* a może również pewne zmiany miejscowe), przez co wytwarzają się mechaniczne przeszkody dla prawidłowego oddechania. Kiedy dziecko już uodporni się przeciw zakażeniom tak, iż czynność utkania adenoidalnego stanie się zbędną, następuje inwolucja, zanik tej tkanki podobnie, jak to się dzieje z grasicą, z macicą i z każdym innym narządem którego czynność ulega ograniczeniu. Jeżeli normalna inwolucja (rozpoczynająca się około 6-go roku życia czasem i wcześniej) ulega upośledzeniu wskutek działania jakichś czynników miejscowych lub ogólnych, powstaje podłoże dla tych stanów migdałków, które wywołują różne schorzenia miejscowe lub ogólne. A więc zaburzenia inwolucji są przyczyną, że ten narząd potrzebny w dzieciństwie, staje się często niebezpiecznym dla ustroju. *Migdałki nie są więc bramą wpadową, ani też stacją przejściową dla zaraz-*

ków, lecz punktem wyjścia dla różnych zakażeń. W takim migdałku stale toczą się sprawy zapalne — które mogą być nietylko źródłem jadów zatruwających ustrój i wywołujących stany podgorączkowe, lecz stać się podłożem zaostrzeń i ich ciężkich powikłań.

Jak widzimy, zapatrywania są rozbieżne i żadne z nich nie może rozwiązać całkowicie zagadnienia migdałkowego. Nie mogę tutaj wdawać się w polemikę i wykazywać, co przemawia za poszczególnemi poglądami, lub przeciw nim. Chciałbym tylko z praktycznego punktu widzenia stwierdzić 2 fakty, które powinny mieć rozstrzygające znaczenie dla naszego postępowania: 1) usunięcie migdałków nigdy nie wywołuje w ustroju żadnych objawów wypadnięcia jakiejś czynności, 2) obecność chorych migdałków uspasabia do częstego zapadania na anginy, i ich powikłania; usunięcie takich migdałków zmniejsza do minimum liczbę angin u osób które przedtem często na nie zapadały. Stąd wniosek, że *migdałki należy usunąć, jeżeli są nadmiernie przerosłe i przez to stwarzają trudności oddechowe, lub jeżeli są chore i przez to stają się źródłem powikłań.* W pierwszym wypadku wystarczy obcięcie migdałków *(tonsillotomia),* w drugim tylko radykalny zabieg *(tonsillectomia),* prowadzi do wyleczenia.

Wracając do właściwego naszego zagadnienia, t. j. do stanów podgorączkowych w związku z chorobami migdałków, musimy zająć następujące stanowisko: *u chorego, cierpiącego na stany podgorączkowe u którego badanie internistyczne, ginekologiczne, stomatologiczne i t. d. dały wynik ujemny, badanie zaś laryngologiczne wykazało przewlekły stan zapalny w migdałkach, wskazane jest wyłuszczenie migdałków.* W przypadkach tych możemy z dość wielkiem prawdopodobieństwem zapewnić chorego, że po zabiegu dolegliwości ustąpią. W przypadkach wątpliwych należy rokować bardzo ostrożnie, chociaż istnieje dość znaczny odsetek wyleczeń po wyłuszczeniu nawet takich migdałków, w których badanie przed zabiegiem nie wykazało zmian.

Chciałbym jeszcze omówić w kilku słowach *groźne powikłania* spostrzegane po *wyłuszczeniu migdałków.* Wspomniałem już wyżej, że zabieg ten naogół nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Jednak w kołach lekarskich można czasem spotykać się z zapatrywaniem, *że usunięcie migdałków* może niekorzystnie wpływać na przebieg gruźlicy i ją uczynnić. Przeglądając piśmiennictwo, znalazłem opisy szeregu przypadków w których dało się wykazać bezwzględny związek między zabiegiem operacyjnym. a wystąpieniem ciężkiej gruźlicy płuc, a nawet gruźlicy prosówkowej. Jak należy tłómaczyć te przypadki? Czy chodzi tu o działanie zabiegu jako takiego, t. j. uraz pooperacyjny wskutek utraty krwi, zaburzeń w odżywianiu, czy też należy przyjąć, że brak czynności migdałków wpłynął niekorzystnie na odporność przeciwgruźliczą? Niestety nie umiemy na to dziś odpowiedzieć, a liczba opisów podobnych przypadków jest zbyt mała, aby na niej oprzeć rozstrzygnięcie tej sprawy. Pewne światło rzucają badania C e m a c h'a. Autor ten badał u 46 dzieci i młodocianych, — z których połowa posiadała czynne lub nieczynne ognisko gruźlicze — wpływ, jaki wywiera usunięcie migdałków bocznych na stan odporności przeciw gruźlicy. W swych spostrzeżeniach C e m a c h posługiwał się badaniem fizykalnem, obrazem krwi, odczynem opadania krwinek czerwonych i t. d. Okazało się że *zabieg operacyjny w żadnym wypadku nie pogorszył stanu odpornościowego, w 15% zaś przypadków wystąpiła po zabiegu wybitna poprawa ogólnego stanu ustroju.*

Ten sam autor wykonał zabieg operacyjny u dziecka, u którego wystąpiła gruźlica gruczołów oskrzelowych i gruźlicze zapalenie opon mózgowych w kilka tygodni po adenotomji. Histologiczne badanie wyciętego migdałka trzeciego wykazało w nim gruźlicę włóknistą. Autor przyjmuje tu biologiczny związek przyczynowy, a mianowicie: osłabienie odporności gruźliczej wobec ogniska czynnego przez usunięcie ogniska dobrotliwego. Według panujących dziś zapatrywań wtórne, nieczynne ognisko gruźlicze jest ważnym ośrodkiem spraw odpornościowych tak, iż przez jego usunięcie, a pozostawienie głównego ogniska czynnego narażamy chorego na niebezpieczeństwo. Błąd ten popełniono w danym przypadku, co pociągnęło za sobą rozsianie gruźlicy po całym ustroju.

Czy powyższe tłumaczenie jest słuszne, czy wolno je zastosować do wszystkich wyżej wymienionych przypadków, trudno powiedzieć. W każdym jednak razie podobne przypadki nakazują daleko posuniętą ostrożność w stawianiu wskazań operacyjnych u osób z gruźlicą płuc, a nawet — tylko podejrzanych o gruźlicę płuc.

Drugą grupą chorób z zakresu otorinolaryngologji, wywołującą stany podgorączkowe, są ropienia jam bocznych nosa. Jak wiadomo, jamy te można uważać za uchyłki nosa, ich zaś błonę śluzową za przedłużenie śluzówki nosa; to też każdy nieżyt nosa może z łatwością przyjść na jamy i spowodować w nich mniej lub więcej silne schorzenie. Wobec częstości zapadania w naszym klimacie na nieżyt nosa dziwić się nie można, że prawie każdy człowiek przechodzi w swem życiu zapalenie jam bocznych. Coprawda, przebieg tego cierpienia często bywa tak łagodny, że nie zwraca na siebie szczególnej uwagi i bywa uważany za jeden z objawów „kataru".

Lekarz-praktyk spotyka się często z ostrem zapaleniem jam bocznych nosa i dlatego raczej tylko dla przypomnienia przedstawię kilka ważniejszych objawów. Na pierwszy plan wysuwają się bóle głowy różnego rodzaju i natężenia. Mogą to być bóle tępe, rozlane, albo też umiejscowione w okolicy zajętej jamy najczęściej w zakresie nerwu ponad- i podoczodołowego. Od tych bólów należy odróżnić samoistne lub uciskowe bóle kostnych ścian zajętych jam. Po kilku dniach choroby po stronie chorej ukazuje się patologiczna wydzielina z nosa; surowicza, śluzowa lub ropna. Ilość jej bywa różna; czasem wypływa całemi masami, w innych znów wypadkach bywa dość skąpa.

Choroba trwa kilka tygodni, poczem następuje wyleczenie, albo sprawa staje się przewlekłą. W pierwszych dniach choroby gorączka może dochodzić do 39° C, później gorączka ustępuje zupełnie, albo pozostają stany podgorączkowe.

O wiele mniej charakterystycznym i lekarzowi praktykowi mniej znanym jest *obraz przewlekłego zapalenia jam bocznych.* Bóle głowy mają zazwyczaj charakter tępy, rozlany; mogą też być umiejscowione w różnych okolicach głowy i naśladować bóle głowy, występujące w jakiejś innej chorobie; czasem bólów zupełnie brak. Brak też uciskowych bólów kości w okolicy zajętej jamy.

Najcharakterystyczniejszym objawem jest obecność ropnej zazwyczaj cuchnącej wydzieliny nosa, jednak z powodu zaniku węchu chorzy często nie zdają sobie sprawy z tej woni, a narzekają na stary katar nosa. W razie *zajęcia jam tylnych ropa wpływa wprost do gardła* tak, że choremu dokucza więcej gardło niż nos. W następstwie ciągłego drażnienia chorą wydzieliną, występują wtórne zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych, a mianowicie tworzą się przerosty błony śluzowej w nosie, zgrubienia, polipy. następnie suchy katar gardła i krtani. Do rzadszych objawów należą zaburzenia żołądkowe, nudności, papkowaty smak w ustach, zaburzenia psychiczne, jak drażliwość, depresja, stany hipochondralne i t. d.

Prócz powyższego typowego przebiegu przewlekłego zapalenia jam bocznych nosa, istnieją jeszcze pewne jego postaci, których rozpoznanie często przedstawia znaczne trudności, nawet dla laryngologa. Są to *t. zw. zamknięte ropienia jam bocznych,* którym nie towarzyszy wydzielina z nosa; spotyka się je głównie w zajęciu komórek sitowych. W tych przypadkach badanie laryngologiczne wykazuje pozornie prawidłowe stosunki, chorzy zaś narzekają na bóle głowy, bezsenność, złe samopoczucie i stany podgorączkowe. Chorzy tacy nawet nie podejrzewają u siebie choroby nosowej a o nią zagadnięci przeczą jakoby cierpieli na nieżyt nosa. *Zupełny brak objawów nosowych, obecność zaś objawów ogólnych, a przedewszystkiem stanów podgorączkowych, łatwo wprowadza w błąd internistę, który myśli raczej o wszystkiem innem, niż o chorobie nosa.*

Prócz wyżej wymienionych schorzeń migdałków i bocznych jam nosa spotyka się otorinolaryngolog ze stanami podgorączkowemi jeszcze w szeregu innych chorób np. w ostrem zapaleniu ucha środkowego, w pewnych postaciach zapalenia krtani, w gruźlicy górnych odcinków dróg oddechowych i t. d. W dzisiejszym odczycie chciałem scharakteryzować tylko te choroby, w których przebiegu stany podgorączkowe stanowią główny objaw chorobowy. Znajomość tych spraw może skierować uwagę internisty na właściwą przyczynę choroby, chorych zaś niejednokrotnie uratuje od niewłaściwego i długotrwałego leczenia.

Jeszcze pozostała do omówienia sprawa niezdolności do pracy. Muszę tu podkreślić różnicę, zachodzącą między internistą lub ginekologiem z jednej, a otorinolaryngologiem lub stomatologiem z drugiej strony. O ile bowiem internista często nawet po ustaleniu rozpoznania nie jest w stanie usunąć przyczyny stanów podgorączkowych, o tyle laryngolog znajduje się w tem szczęśliwem położeniu, że może przez zabieg operacyjny szybko i stanowczo chorego wyleczyć. Zagadnienie oceny niezdolności do pracy ogranicza się więc tylko do tych nielicznych przypadków w których chorzy z jakichkolwiek przyczyn nie chcą lub nie mogą się poddać zabiegowi operacyjnemu. (Np. krwawcy i chorzy którzy z powodu równocześnie istniejącego innego cierpienia nie mogą być operowani i t. d.). Jak wcałej medycynie, tak i w naszej gałęzi nie można podać bezwzględnie obowiązujących prawideł, należy raczej każdy przypadek oceniać osobniczo. Naogół jednak, na podstawie praktyki prywatnej i szpitalnej odnoszę wrażenie, że chorzy ci są zdolni do pracy (także fizycznej). Mam w opiece szereg takich chorych,

którzy od lat cierpią na stany podgorączkowe w związku z przewlekłemi zapaleniami migdałków. Chorzy ci wykonują swój zawód bez uszczerbku dla zdrowia. Oczywiście, że w każdym przypadku konieczną jest dokładna obserwacja chorego przez internistę, kontrola wagi ciała, czynności serca i t. d. raczej te szczegóły a nie stan migdałków rozstrzygać będą o zdolności do pracy tak, że ostatnie słowo przysługuje i w tych przypadkach interniście.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

O wartości próby ciążowej v. Mertz'a.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Rozpoznanie ciąży w jej wczesnym okresie jest oddawna celem naszych usiłowań. Oprócz nowotworów złośliwych nie ma zagadnienia, którego rozpoznanie zajmowałoby tak często łamy pism zawodowych. Ustawicznie pojawiają się nowe metody, które starają się rozwiązać trudności, związane z tem zagadnieniem. Usiłowania te można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej grupy należą metody, częstokroć bardzo trudne i powikłane, opierające się na najnowszych zdobyczach nauki i starające się uchwycić zasadniczy i podstawowy wyraz owej przemiany ustroju zapomocą niekiedy bardzo kosztownych maszyn i przyrządów, tej przemiany, która dokonywa się z chwilą zapłodnienia jaja. Podstawą tych usiłowań jest przekonanie, że fizykalną i duchową przemianę ustroju zapłodnionej kobiety można wykazać także poza ustrojem i to nawet w najdrobniejszych ilościach krwi i moczu. Według tych zapatrywań, podstawę odczynów ciążowych stanowią chemiczno-fizykalne zmiany w ciałach koloidalnych. Nie należy jednak zapominać, że wspomniane płyny, badane „in vitro", znajdują się w innem środowisku aniżeli w ustroju i, że skutkiem tego zawiłe procesy chemiczne i biologiczne muszą zgoła inaczej przebiegać.

Obok tych trudnych i skomplikowanych metod, wymagających wiele czasu i kosztów i niedających się wykonać należycie poza doskonale urządzonemi pracowniami, pojawiają się od czasu do czasu sposoby łatwe i proste, przeznaczone nawet dla użytku lekarza praktycznego, gdyż nie wymagają one żadnych specjalnych przyrządów ani też osobnych wiadomości. Autorowie tych sposobów podają wyniki bardzo korzystne, wynoszące nierzadko 100% trafnych rozpoznań. Doświadczenia kontrolne atoli wkrótce sprawiają, że nowa metoda podziela los poprzednich prób i, jako bezwartościowa, przechodzi w niepamięć.

W ubiegłym roku podał v. Mertz nową metodę rozpoznania wczesnej ciąży. Zwróciła ona na siebie uwagę właśnie przez swą prostotę i łatwość wykonania.

Według wskazówek autora, wykonywa się ją następująco: Do 1 ccm surowicy w probówce dodaje się 1-ccm kwasu wolframowo-fosforowego 0,28%-ego. Po godzinie ogląda się probówkę w odległości 2 m od okna (jak w odczynie Meinickego) i, jeżeli wystąpi zmętnienie, to dowodzi to istnienia ciąży. Dla łatwiejszego rozpoznania można dodać 2 krople błękitu bromofenolowego. Wówczas surowica kobiety ciężarnej staje się mętna i nieprzeźroczysta o niebiesko-zielonem zabarwieniu, natomiast w surowicy nieciężarnej występuje zabarwienie niebieskie, jednak bez zmętnienia płynu, który pozostaje zupełnie przeźroczysty. Surowica może być zabarwiona krwią. Zdaniem autora, metoda ta daje dobre wyniki w 94% przypadków. W drugiej jednak połowie ciąży, a zwłaszcza pod koniec jej próba ta zawodzi i wypada ujemnie. Autor tłumaczy to rozpoczętą już „przemianą zwrotną", która dokonuje się w ustroju pod koniec ciąży i ma na celu powrót do stanu prawidłowego przedciążowego.

Kontrolne badania tej metody przeprowadzone przez Schmidta i Rodecourta dały sprzeczne wyniki. Schmidt wierzy bowiem, że, podobnie jak rozpoznanie kiły, także rozpoznanie wczesnej ciąży możliwe jest na drodze prób serologicznych i że znalezienie odpowiedniej metody jest jedynie sprawą wytrwałych poszukiwań. Uważa on próbę v. Mertz'a za znaczny krok naprzód ku rozwiązaniu wspomnianego zagadnienia. Natomiast Rodecourt na podstawie swych badań zajął wręcz przeciwne stanowisko i nie uważa tej metody za dobrą i nadającą się dla rozpoznania ciąży. Wykonawszy 50 prób ze surowicami ciężarnych uzyskał on dodatni wynik zaledwie w 64% przypadków, badając zaś surowice położnic uzyskał wynik dodatni nieco więcej, niż w 17% przypadkach. Prócz tego wynik dodatni dała próba w przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej, w raku macicy nienadającym się do operacji i w zapaleniu otrzewny bez poprzedzającej ciąży. Zawiodła również próba w przypadkach utrzymanej ciąży trąbkowej.

Wobec tak sprzecznych wyników, jakie uzyskali wspomniani autorowie, postanowiliśmy przekonać się o istotnej wartości próby i wyrobić sobie własny sąd o niej. W tym celu wykonaliśmy około 200 prób ze surowicą 112 kobiet, a mianowicie zdrowych, ciężarnych, położnic i chorych ginekologicznie.

Nie wdając się w szczegółowe omawianie poszczególnych grup badanych przypadków, podajemy poniżej wyniki badań, które przedstawiają się następująco:

Grupy badanych kobiet	Liczba przypadk.	Wynik próby		% trafnych rozpoznań
		+	—	
Ciężarne od II—V m.c.	17	16	1	94 %
„ „ VI—X „ . . .	15	13	2	86·6 „
rodzące (na czasie)	9	8	1	88·8 „
położnice w I tyg.	10	2	8	80 „
„ w II i III tyg.	10	—	10	100 „
po poronieniach od II—VI m.c.	16	7	9	43·7 „
zakażenia połogowe	3	1	2	66·6 „
zapalenia przydatków i wysięki .	4	—	4	100 „
raki szyji macicy nienadające się do operacji	11	7	4	36·3 „
raki macicy nadające się do operacji	3	2	1	33 3 „
chore ginekologiczne (torbiele, włókniaki, tyłozgięcia, wypadnięcia macicy)	14	2	12	85·7 „

Z powyższego zestawienia wynika, że na 32 przypadków ciąży wypadła próba ta dodatnio 29 razy (90,6%), zaś 3 razy ujemnie (9,4%). Ze surowicami 9 rodzących na czasie raz tylko był wynik ujemny (11,1%), a ze surowicami 20 położnic 2 razy wynik dodatni (10%). Znacznie mniejszy odsetek dodatnich wyników wykazuje ta próba ze surowicami roniących (od 2-go do 6-go mies.), gdyż dodatni wynik otrzymaliśmy w 43,7% przypadkach, ujemny zaś w 56,3% przypadkach.

Również niepewne były wyniki próby w przypadkach raka, gdyż na 14 przypadków badanych ujemny wynik otrzymaliśmy w 5 przyp. co czyni 35,7% zawodów. Chore ginekologiczne, a więc te, u których próba powinna zasadniczo dać wynik ujemny, wykazały przeszło 14% zawodów. Jedynie tylko surowice chorych na zapalenie przydatków i wysięki w przymaciczach dawały stale ujemny wynik próby, a więc zgodny z założeniem autora.

Ogółem więc zgodnie, z wywodami autora, odsetek dodatnich wyników w ciąży wynosi w naszem zestawieniu 90,6%. Jest to odsetek stosunkowo znaczny. Jakkolwiek przeto nie możemy uważać tej metody za szczęśliwe rozwiązanie zagadnienia i trudności rozpoznawczych we wczesnych okresach ciąży, gdyż mętne zielono-niebieskie zabarwienie występywało także i w surowicy nieciężarnych, a znów przeciwnie nie było tego zabarwienia w kilku przypadkach niewątpliwej ciąży, to przecież nie podzielamy przekonania Rodecourt'a, że metoda ta nie posiada żadnej praktycznej wartości.

Dalsze badania, na większym materjale, wykażą, czy metoda ta podzieli los innych, dotychczasowych usiłowań, pragnących na drodze serologicznej ustalić rozpoznanie wczesnej ciąży. W każdym bądź razie niezmierna łatwość wykonania tej próby jak i poważny odsetek dodatnich wyników, które otrzymaliśmy, uprawniają nas do oceny metody v. Mertz'a jako godnej uwagi.

Piśmiennictwo.

v. Mertz: Zbl. f. Gyn. 1928, 12. — Rodecourt: Zbl. f. Gyn. 1928, 42. — Schmidt: Zbl. f. Gyn. 1929, 4.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. Z. 4885/29.

Warszawa, dnia 9 sierpnia 1929 r.

Dur brzuszny w Polsce.

Okólnik Nr. 166.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Dur brzuszny należy do chorób endemicznie panujących w Polsce i jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych u nas chorób zakaźnych, tak, że pod względem nasilenia Polska zajmuje jedno z pierwszych miejsc wśród większych państw Europy. Nasilenie duru brzusznego od szeregu lat utrzymuje się mniej więcej na jednym poziomie i, pomimo wytężonej akcji władz sanitarnych, znacznego obniżenia zapadalności na tę chorobę dotąd nie daje się zaobserwować.

W r. 1919 zareg. 11421 zachor. na dur brzusz. i 1046 przyp. śmierci
W r. 1920 zareg. 21446 zachor. na dur brzusz. i 1972 przyp. śmierci
W r. 1921 zareg. 30067 zachor. na dur brzusz. i 2384 przyp. śmierci
W r. 1922 zareg. 22056 zachor. na dur brzusz. i 1641 przyp. śmierci
W r. 1923 zareg. 14037 zachor. na dur brzusz. i 1284 przyp. śmierci
W r. 1924 zareg. 16288 zachor. na dur brzusz. i 1322 przyp. śmierci
W r. 1925 zareg. 14025 zachor. na dur brzusz. i 1099 przyp. śmierci
W r. 1926 zareg. 15933 zachor. na dur brzusz. i 1256 przyp. śmierci
W r. 1927 zareg. 19035 zachor. na dur brzusz. i 1507 przyp. śmierci
W r. 1928 zareg. 14169 zachor. na dur brzusz. i 1169 przyp. śmierci

W r. 1929, jak dotąd, daje się zauważyć mniejsze nasilenie duru brzusznego, gdyż za okres 28 tygodni, t. j. 1. I. — 13. VII. b. r. zaregestrowano o 1571 przypadków zachorowań mniej, niż za ten sam okres ubiegłego 1928 roku.

Poza rokiem więc 1920-ym, a zwłaszcza poza okresem po inwazji bolszewickiej, kiedy nasilenie duru brzusznego w Polsce było największe, w latach następnych sytuacja co do nasilenia duru brzusznego większych zmian nie przedstawia. Największa liczba zachorowań za ten okres czasu w r .1927 ma w znacznej mierze wytłumaczenie w katastrofalnej powodzi, jaka nawiedziła województwa południowe (Małopolskę) i wywołała wielką epidemję.

Największe nasilenie duru brzusznego występuje w województwach centralnych, najmniejsze — województwach zachodnich. W województwach wschodnich zapadalność jest nieco wyższa, niż w województwach zachodnich, a w województwach południowych mniejsza, niż w województwach centralnych.

Wiele przyczyn składa się na to, że dur brzuszny endemicznie panuje w Polsce i od szeregu lat utrzymuje się mniej więcej na jednym poziomie.

Przedewszystkiem niedostateczny stan sanitarny wsi i miast. Wyrazem zależności nasilenia duru brzusznego od stanu sanitarnego osiedli ludzkich, zwłaszcza miast i miasteczek, jest znaczna różnica w zapadalności na dur brzuszny pomiędzy województwami centralnemi i zachodniemi, które pod względem urządzeń sanitarnych i kultury sanitarnej stoją znacznie wyżej od województw centralnych. Brak zatem wodociągów, brak studzien, korzystanie z wody rzek, potoków i naturalnych zbiorników, względnie liche studnie o wodzie zaskórnej, zanieczyszczonej różnemi przypływami organicznemi, brak kanalizacji i następowe zanieczyszczenie gleby, brak odpowiednich ustępów — są to najważniejsze przyczyny szerzenia się duru brzusznego w Polsce. Nad usunięciem więc tych braków stale pracują władze sanitarne państwowe i samorządowe, a podjęta na szeroką skalę przez Pana Ministra Spraw Wewnętrznych akcja w kierunku podniesienia stanu sanitarnego i uzdrowotnienia kraju dała już naoczne rezultaty i przyczyni się w pierwszym rzędzie do opanowania endemji duru brzusznego.

Niemałą wagę w sprawie szerzenia się duru brzusznego mają warunki powojenne: brak mieszkań, znaczne skupienie ludności i brak dobrobytu wogóle oraz niski poziom kulturalny ludności, szczególniej na Kresach wschodnich, gdzie stosunkowo mała zapadalność na dur brzuszny według zestawień statystycznych wytłumaczyć się daje niedostateczną regestracją chorób zakaźnych w porównaniu z innemi dzielnicami Polski.

Sprawa walki z durem brzusznym, jako jedno z najważniejszych zagadnień zdrowotnych, była ostatnio tematem obrad Sekcji dla spraw walki z chorobami zakaźnemi Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Rezultatem tych obrad były następujące, uchwalone jednogłośnie, wnioski.

1) *Dążyć stale do poprawy regestracji przypadków duru brzusznego.*

2) *Przeprowadzać możliwie w każdym przypadku duru brzusznego badania bakterjologiczne celem wykrycia nosicieli i utrzymania tychże w ewidencji i należytej obserwacji.* Wobec uchwały tej Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) przypomina okólnik tut. L. Z. Z. 6740/28 z dnia 9 stycznia b. r. w sprawie współudziału Państwowego Zakładu Higjeny w walce z epidemjami, aby możliwie każdy przypadek duru brzusznego był poddawany badaniu sero - bakterjologicznemu (przesyłać krew, kał i mocz chorych do Państwowego Zakładu Higjeny i jego filij), aby w okresie zdrowienia (po spadku temperatury) po durze brzusznym kał i mocz przynajmniej trzykrotnie w odstępach 5-cio dniowych były przesyłane do badania bakterjologicznego. W stosunku do chorych szpitalnych należy obowiązek przesyłania materjału od chorych na dur brzuszny do badania bakterjologicznego włożyć na wszystkich kierowników szpitali. O stwierdzeniu nosicielstwa zarazków duru brzusznego powinni być powiadomieni lekarze powiatowi, którzy obowiązani są prowadzić ewidencję nosicieli i mieć ich pod stałą obserwacją w myśl art. 11 p. 3 ustawy z dnia 25 lipca 1919 r. w sprawie zwalczania chorób zakaźnych. Nosiciel powinien być pouczony, jak ma się zachowywać, aby nie być źródłem zakażenia dla innych. O zmianie jego adresu należy powiadomić odpowiednie starostwo (lekarza powiatowego).

3) *Zwrócono uwagę na jaknajszersze rozpowszechnienie i spopularyzowanie sprawy szczepień zapobiegawczych przeciwdurowych.* Sprawa szczepień przeciwdurowych prowadzona jest u nas na dość szeroką skalę:

W r. 1924 zaszczepiono 28656 osób
W r. 1925 zaszczepiono 43374 osób
W r. 1926 zaszczepiono 92230 osób
W r. 1927 zaszczepiono 86795 osób
W r. 1928 zaszczepiono ok. 90000 osób

Akcję szczepień zapobiegawczych należy rozwinąć i spopularyzować drogą odczytów i szerokiej propagandy.

4) *Postanowiono wybrać powiat, w którym szczepienia zapobiegawcze powinny być przeprowadzone na szeroką skalę i w miarę posiadanych środków finansowych, przeprowadzić dokładną asanację tego powiatu, by mógł on służyć za powiat wzorowy i do celów propagandowych.* W tym celu wybrany został przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) powiat Skierniewicki.

5) *W miastach, gdzie są wodociągi, winny być one obowiązkowo jaknajczęściej badane, a tam, gdzie woda jest podejrzana, należy wydać zarządzenia celem jej chlorowania. To samo dotyczy wody na stacjach kolejowych i w budynkach szkolnych, gdzie należy wstawić małe aparaty do chlorowania (np. aparat antibacter. inż. Szniolisa).* W tej ostatniej sprawie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) zwraca się jednocześnie do Ministra Komunikacji i Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

6) *Zwiększyć kontrolę nad sposobem sprzedaży wszelkich środków spożywczych, jak pieczywa ,mięsa, a specjalnie nabiału i dążyć do centralizacji i odpowiedniego urządzenia dostawy mleka, a ewentualnie i jego pasteuryzacji.*

W myśl powyższych wskazań zechce Pan Wojewoda wydać odpowiednie zarządzenia podległym sobie Starostwom i nadesłać odpowiednie sprawozdanie do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia).

Dr. Piestrzyński
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY.

Priv. Doc. Dr. Wiktor Kollert: *Komatöse Zustände. Bücher der ärztlichen Praxis.* — J. Springer. VIII.,str. 46.

Praca powyższa omawia objawy, rozpoznanie i leczenie najczęściej spotykanych stanów komatycznych w przypadkach zatruć i schorzeń.

J. K.

J. Ducuing: *Phlebites, thromboses, et embolies post - operatoires.* Cena 60 fr. Masson et Cie. Paryż.

Na podstawie swego doświadczenia i danych z piśmiennictwa stworzył autor dużą (478 stron) i wyczerpującą pracę z działu tak mało wśród chirurgów znanego.

W poszczególnych rozdziałach nadzwyczaj sumiennie opracowanych, omawia: anatomję i fizjologję żył, etjologję zapaleń żył i skrzepów, ich anatomję patologiczną, objawy, postacie kliniczne, powikłania, rozpoznanie zapalenia żył i zatorów, rokowanie, wreszcie leczenie.

Szczególną uwagę zwraca na kliniczne postacie pooperac. zapalenia żył kończyn górnych i dolnych, głowy; dalej bardzo dokładnie omawia zapalenie żył miednicy (ż. maciczno - miednic., pęcherzowo-miedn., odbytniczo - miedn.), następnie żył brzusznych, brzuszno-miednicowych i t. d.

Jako przykład częstości występowania zatorów po poszczególnych zabiegach przytacza statystykę Scheidegera: po zabiegach na głowie 0,32%, tarczycy 0,07%, klatki piersiowej 1,80%, po laparotomji próbnej 4,04%, żołądka i jelit 2,80%, po przepuklinach 0,23%, wyrostka rob. 0,19%, dróg żółc. 0,71%, gruczołu krok. i pęcherza 2,06%, po zab. ginekologicznych 3,10%, narządach płciowych m. 0,42% ,kończynach 0,24%.

Największą odsetkę dają zabiegi na żołądku, jelitach, macicy i gr. krokowym.

Z 300 zatorów z obserwacji autora wypada według czasu ich powstawania na 1 — 48 godz. 0%, 3 — 8 dzień 50%, 9 — 15 dzień 36,6%, 16 — 20 dzień 10%, po 20-tym dniu 3%. Największa więc odsetka przypada na 3 — 8 dzień. Co ciekawsze, że zatory wczesne rzadko są śmiertelne (2 na 150), zaś zatory z 8 — 15-go dnia są najbardziej niebezpieczne (14 śm. na 110 przyp.).

Autorowi należy się wdzięczność za stworzenie tak poważnej i przejrzystej pracy. Praca jet godna polecenia nie tylko tym, którzy się tą sprawą zajmują ale każdemu chirurgowi.

Janik (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny społeczno - lekarskie, rok III, nr. 17, z 1 września 1929: Z życia Związku Lekarzy Państwa Polskiego. — St. Czerwiński: Zabiegi lekarskie a odpowiedzialność karna lekarzy na tle projektu wstępnego Komisji Kodyfikacyjnej ustawy o wykroczeniach. Sprawozdania z działalności Izby Lekarskiej Wileńsko - Nowogrodzkiej. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 109, z sierpnia 1929: Pamiętniki Polskiego Towarzystwa Lekarzy Weterynaryjnych, Nr. 4, 1928/29. — J. Brill: Patogeneza i zwalczanie pomoru świń. — J. Kulczycki: Dentystyka u koni. — Z. Szymanowski: O zmienności bakteryj. — M. Marczewski: Zagadnienie gruźlicy bydła w Stanach Zjednoczonych A. P. — Z. Szymanowski: Prątek gruźlicy B. C. G. i jego stosunek do szczepów zwykłych. — W. Palmirski i L. Dobrzański: Szczepienie prątkiem gruźlicy B. C. G. u cielat.

Polski Czerwony Krzyż, r. IX, nr. 7, 8 z r. 1929: W. Babecki: Rewizja Konwencji Genewskiej i Kodeks jeńców wojennych. — A. Nouffard: Pielęgniarka a służba społeczna.

Przegląd zdrojowo - kąpielowy, rok XVIII, nr. 8, z 1 września 1929 r.: Monografje zdrojowisk: Ciechocinek, Inowrocław, Zakopane, Wieliczka, Rabka, Krynica, Niemirów, Morszyn, Horyniec zdrój, Szczawnica. — Ant. Kuczewski: Zakopane — Gdynia. L. Korczyński: O leczeniu światłem. — Fr. Kmietowicz jun: Wchłanianie bezwodnika węglowego przez skórę. — E. J. Zaczyński: Uzdrowiska polskie w cyfrach. — L. Korczyński: Mitteilungen über einige polnische Kurorte zur Behandlung chronischer Arthritiden.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 17, z 1 września 1929: Wit. Dąbrowski: Jak powstały zjazdy powszechne higjenistów polskich. — J. Zienkiewicz: Leczenie kiły wrodzonej w poradni przeciwkiłowej w Wilnie. — W. Majer: O leczeniu łożyska przodującego na tle przypadków klinicznych. — T. Kucharski: Neptal jako środek moczopędny. — B. Kucharski: Cukrzyca u dzieci. — M. Stefanowska: Józefy Jotejko działalność naukowa.

Przemysł chemiczny, nr. 17, z września 1929: St. Ziemiński: Elektrodializacyjna demineralizacja roztworów sacharyny.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom X, zeszyt 1 — 2, z r. 1929: H. Brokman: Badania nad patogenezą płonicy ze szczególnem uwzględnieniem paciorkowca oraz jego jadu.

Opieka nad dzieckiem, rok VII, nr. 2 — 3, marzec-czerwiec 1929: Al. Mogilnicki: Sądy dla nieletnich i instytucje pomocnicze. — M. Reutt-Borembska: O naglącej potrzebie roztoczenia opieki nad matką bezdomną i jej niemowlęciem. —K. Ryder: Śmiertelność niemowląt.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 9, z września 1929. — Wit. Dąbrowski: Nasze zjazdy. — W. Chodźko: Zadania społeczne uzdrowisk polskich. — L. Korczyński: O naukowej organizacji polskiego zdrojownictwa. — Inż Rudolf: Wodociągi i kanalizacje w uzdrowiskach w myśl nowego ustawodawstwa. — Inż. Heyman: Sprawa planów regulacyjnych i zabudowania w uzdrowiskach. — Inż. Zaczyński: Statystyka uzdrowiskowa. — Sterling-Okuniewski: Kilka uwag w sprawie naszych uzdrowisk. — Regmunt-Sobieszczański: Spożycie cukru a cukrzyca, oraz jej leczenie w zdrojowiskach krajowych. — Wrześniowski. W sprawie higjeny naszych zdrojowisk.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 36, z 8 września 1929: — B. Vospalek: Przemysł farmaceutyczny w Czechosłowacji. — L. Rządkowski: Stwierdzenie obecności mąki żytniej w mące pszennej; Nowe leki; Sprawy zawodowe.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 36, z 5 września 1929: A. Landau i J. Held: Spostrzeżenia kliniczne nad niedomogą złośliwą. — B. Chorążycki: Przyczynek do mechaniki i topograji migdałków podniebiennych. — St. Kramsztyk: Współczesny stan organoterapji (Streszcz. zbior.). — B. Nowakowski, St. Rabinowicz i J. Czarkowska: Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 15, z 1 sierpnia 1929: W. Mikułowski: O kile konstytucjonalnej. — S. Giebocki: Dożylne stosowanie salicylanów w gośćcu stawowym. — S. Łaguna: O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich (c. d.).

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 16, z 15 sierpnia 1929: F. Obarski i A. Soszka: Kiła narządów krwiotwórczych, wątroby i płuc przy objawach niedokrwistości złośliwej. — W. Mikułowski: O kile konstytucjonalnej (dok.).

Kronika dentystyczna, rok XXIV, nr. 7 — 8, za lipiec - sierpień 1929: A. Gruca i E. Meisels: Trzy przypadki jednostronnego przerostu żuchwy.

Trzeźwość, nr. 8 — 9, z r. 1929: K. Nohara: Wsie bezalkoholowe w Japonji. — K. Hrabin: Smutna statystyka. — Walka z alkoholizmem w Polsce. — El. K.: Skarga zbóż. — Gazda: List z Poronina w sprawie walki z alkoholizmem. — H. Nałęcz Ostrowska-Szymańska: Wesele góralskie. — E. Gallert: Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Kolejarzy abstynentów w Budapeszcie. — M. Siemiński: Siewca zniszczenia. — Dejczman: Alkoholizm w Sowietach i walka z nim. J. Jachimowiczówna: Sprawozdanie z działalności Sekcji teatralnej Trzeźwości na Annopolu. — W. Wiącek: Pamiętniki z wojska austrjackiego. — J. Cetnarski: Praca nauczyciela w zakresie higjeny.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 17, z r. 1929: M. Czerkawska: Do ciebie. — M. Jacynówna: Kształtowanie uczuć. — W. Borudzka: Dziecko i zwierzęta. — L. Krzemieniecka: Koronacja. — M. Benisławska: Dziecko z którem się nie udaje. M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie dziecka 2 — 3 - letniego. — Z. Michejdzina: Objawy krzywicy. — F. Łuniewska: Odżywianie w chorobach zakaźnych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 8, z 1 sierpnia 1929: Dr. G. C.: Wstrzymanie świadczeń na wypadek braku pracy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. — Umowa pomiędzy Zarządem Kasy chorych m. Warszawy a Zrzeszeniem lekarzy Kasy chorych m. Warszawy. — Semper: Dziesięciolecie ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu. — P. Dziurzyński: Działalność funduszu bezrobocia w roku 1928. — St. Balcerski: Statystyka Kas chorych w Niemczech. — Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 37, z 12 września 1929: A. Landau i J. Held: Spostrzeżenia kliniczne nad niedokrwistością złośliwą (c. d.). — A. Landau, Sz. Lilienfeld-Krzewski i B. Jochweds: O odrębnych przypadkach zapalenia płuc i odrębnem ich leczeniu. Doniesienie III. 5 Przypadek „Bronchopneumonia gripposa sinistra“ leczony skutecznie zapomocą wstrzykiwań alkoholu i surowicy przeciwpaciorkowcowej. —

St. Kramsztyk: Współczesny stan organoterapji. (Streszcz. zbior. c. d.). — B. Nowakowski, H. Rabinowicz i J. Czarkowska: Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich (c. d.). — Zandowa: Jan Jarkowski. Wspomnienie pośmiertne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekárske Listy

Rocznik IX. Kwiecień 1929. Zeszyt 4.

Prof. Dr. J. Babor: *O unerwowieniu bezkręgowców.*

Dr. Čarsky i Dr. Dreuschnek: *Myeloma plasmatocellulare.*

Dr. N. Šeparovič: *Wpływ mięśniowej pracy na wydzielanie żołądka.*

Badanie wpływu pracy mięśniowej na sekrecję żołądka przeprowadzono w ciągu 2—3 godzin przy pomocy trwałej sondy. Materjał doświadczalny rozdzielono na 4 grupy po 4 osoby. Objekta doświadczalne wykonywały w oznaczonym czasie prace mięśniowe na ergometrze przy 6 kg obciążeniu i rejestrowanej liczbie obrotów. Dotychczasowe badania przeprowadzone były częściowo na żołądkach Pawłowa u zwierząt (Grandall), częściowo na ludzkim materjale bez ścisłego, precyzyjnego oznaczenia obciążenia pracy (Delhongne).

W grupie pierwszej wykazało się, iż przy dłuższej pracy w porównaniu z próbą kontrolną występuje zmniejszenie wydzielania kwasu solnego a wzrost ruchliwości żołądka po spożyciu śniadania próbnego z niesłodzoną herbatą. Po równoczesnym zastrzyku histaminy zauważono u tego samego objektu doświadczalnego obniżenie wszystkich komponentów sekrecji żołądkowej (kwasu solnego, chlorków i wody). Trwanie czynności aparatu wydzielniczego (druga grupa) było skrócone, tak, że ucierpiała nie tylko jakość lecz również i stężenie. Kompenzacyjny wzrost kwasoty po drugiej fazie wydzielniczej nie mógł zostać wykazanym. Widoczne jest z tego, że bardzo natężająca praca mięśniowa hamuje sekrecję i przeszkadza korzystnemu trawieniu. Lekka, nawet dłużej trwająca praca jest nieszkodliwą przy dostatecznie odpoczętym ustroju, jak wykazała trzecia grupa. Przy organicznych zmianach żołądka doświadczenie dawało wynik ujemny.

Przy patogenezie nieprawidłości wydzielniczych należy uwzględnić różne wpływy po części cyrkulacyjne, po części humoralne.

Przy natężającej pracy mięśniowej dochodzi do silniejszego przypływu krwi do mięśni z następową niedokrwistością wewnętrznych organów ciała i odwodnieniem tkanek przy podwyższonej ciepłocie, która osłabia wydzielanie. Podczas pracy występujące przesunięcie równowagi kwaso-zasodowej kompenzuje się przez hyperwentylację. Do neutralizujących momentów w ciele dołącza się przejście sodu z tkanek do krwi. Część kwasów zostaje wiązana przez wyparcie kwasu węglowego z dwuwęglanu sodowego jakoteż przez przemianę wtórnych fosfatów w pierwotne. Ilość moczu jest mniejsza a stężenie jonów wodorowych zwiększone.

Doświadczenia autora nie zgadzają się z pracami Delhougnesa natomiast potwierdzają wyniki osiągnięte przez Grandalla na psach, jakkolwiek nie stwierdzono wzrostu kompenzacyjnego kwasoty w drugiej fazie wydzielniczej.

Dr. A. Fedinec: *Przyczynek do problemu cyst krezkowych.* W łączności z opisem przypadku enterocystomu bilokularnego, ułożonego wewnątrz krezki z dobrym wynikiem operowanego na klinice Kostliwego w Bratislawie, cytuje autor rozmaite poglądy o etjologji enterocystamów. Autor dochodzi na podstawie najnowszych embrjologicznych i fylogenetycznych badań do przekonania, iż należy je uważać jako nieprawidłowości rozwojowe, które powstać mogą z 1) diwerticulu Mecaela względnie ductus omphalomesentericus. 2) z jakiegoś zarodka trzustki albo 3) z aberacji i inkluzji nabłonka jelitowego.

Dr. A. Stankuš: *Cysta macicy, wewnętrzna i zewnętrzna adenomjoza, włókniak pochwy.*

Dr. J. Brychta: *Przyczynek do leczenia upławów kobiecych.* Przewlekłe jakoteż ostre upławy z narządów rodnych kobiecych można leczyć — abstrahując od innego etjotropowego leczenia — przy pomocy hodowli *bacillus vaginalis* Doderlein; bakcyl ten należy zaszczepić w pochwę przy pomocy czopków, zawierających materjał odżywczy dla tychże drobnoustrojów (glikogen (albo dekstroza lub sakcharoza) laktoza, kwas mlekowy i bultyrum cacao).

Doc. Dr. L. Valach: *Kamienie żółciowe a ciąża ze stanowiska roentgenologicznego.* Autor badał przy pomocy chromocholecystografji mechaniczny wpływ ciężarnej macicy na wątrobę i drogi żółciowe. Doszedł do przekonania że 1) cholecystografję przeprowadzić można w okresie ciąży bez niebezpieczeństwa dla matki i płodu, 2) woreczek żółciowy ciężarnej kobiety wymaga dłuższego okresu czasu do optymalnego napełnienia aniżeli woreczek żółciowy kobiety nieciężarnej; przyczyny tego objawy szukać należy w uszkodzeniu zdolności czynościowej wydzielonej żółci i w mechanicznej przeszkodzie ze strony dróg żółciowych, 3) stopień przeszkody mechanicznej zależy od położenia płodu. II ustawienie posiada wpływ niekorzystny podczas gdy ułożenie poprzeczne stosunkowo najmniej uciska i dyslokuje narząd żółciowy, 4) przeszkody mechaniczne w odpływie żółci zależą od okresu ciąży, 5) ilość porodów posiada na tworzenie się kamieni podwójny wpływ: u wieloródki zwykle występujące zwiotczenie powłok brzusznych nie stawia oporu uciskowi powiększonej macicy, nie cierpi zatem wątroba, bezpośrednio z powodu ucisku, jednakże z czasem musi dojść przez ciągle powtarzający się wpływ mechaniczny do niekorzystnego oddziaływania na wątrobę. Zwiotczenie powłok brzusznych jest przyczyną do powstania splanchnoptozy i pośrednio do zastoju żółci i powstania atonji i ptozy woreczka żółciowego, 6) również długi czas trwające przebywanie ciężarnej kobiety w łóżku jest niekorzystnym momentem dla porządnego wypróżnienia woreczka, ponieważ ucisk zwiększonej macicy na wątrobę i drogi żółciowe wzrasta i tem samem zwiększa skłonność do zastoju żółciowego.

Dr. A. J. Zavodny: *Pyrogenne leczenie chorób umysłowych.* Autor leczył 20 paralityków oraz 80 rozmaitych psychoz wakcynami duru. Na podstawie osiągniętych wyników twierdzi, że terapeutycznym czynnikiem jest w tych przypadkach aktywne przekrwienie, które jest w stanie w mózgu się odgrywający, zwyrodniały proces zmienić w myśl regeneracji. Inne objawy posiadają podrzędne znaczenie. Mianowicie gorączka, o której się mniema, iż zabija krętki blade. Noguchi jednak w 200 sekcjach mózgu znalazł tylko w 48 przypadkach spirochety. To samo odnosi się do leukocytozy i niespecyficznych ciał obronnych, o których wspomina piśmiennictwo. Dur charakteryzuje się leukopenją a jednak wyniki nim osiągnięte nie ustępują leczeniu malarycznemu. Proces regeneracyjny można osiągnąć tym sposobem, iż wyklucza się możliwość toksycznego wpływu krętka bladego, co można osiągnąć przez równoczesne leczenie przeciwkiłowe. Przeto uważa autor to leczenie za właściwe i równorzędne z leczeniem malarycznem.

Dr. M. Stolz-Sutirusowa: *Znaczenie nosicieli w epidemjologji duru.*

Sprawozdania i nowości ze świata lekarskiego.

M. Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 6 lutego 1929 roku.

1) Kol. Grynberg: wygłosił odczyt: *„Schorzenia mięśnia sercowego a przyczyny niewydolności w krążeniu"*. W mięśniu sercowym odróżniamy zmiany zapalne rozmiękczynowe i zwyrodnienia. *Myocarditis acuta* występuje przeważnie w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jako *myocarditis parenchymatosa* z przewagą zmian degeneracyjnych i *m. interstitialis* z przewagą zmian zapalnych wysiękowych. Do pierwszej postaci zaliczamy przedewszystkiem — *myocarditis diphteritica*, które występuje w 15—20% przypadków. Klinicznie: bladość powłok, tętno przyśpieszone, miękkie, ciśnienie obniżone, niekiedy rozstrzeń sercowa. Typową postacią *myocarditis interstitialis* jest *myocarditis rheumatica* przy reumatyźmie stawowym. Aschoff opisał przy tej postaci charakterystyczne guzki zapalne w mięśniu sercowym dookoła naczyń składające się z limfocytów i komórek plazmatycznych, usadawiające się pod osierdziem w przebiegu włókien układu specyficznego. Przy reumatyzmie stawowym i błonicy mamy bardzo mało objawów klinicznych, przemawiających za schorzeniem mięśnia sercowego i często nie wiemy czy objawy te są wyrazem zaatakowania samego mięśnia sercowego, czy też wyrazem porażenia ośrodka naczyniowego, uszkodzenia nerwów, regulujących czynność serca i naczyń, obniżonego ciśnienia, wysokiej temperatury i wyczerpania siły nerwowej serca, a więc czynników pozasercowych czynnościowych.

Myocarditis chronica. Romberg i Kuhl podkreślają częstość występowania *m. chronica;* anatomicznie: blizny pozapalne; klinicznie: objawy anginy *pectoris i arhythmia perpetua.* Większość autorów nie uważa tych objawów za wyraz *myocarditis chronica* i jest zdania, że jest to schorzenie rzadkie, najczęściej

występujące po gośćcu stawowym. Aschoff twierdzi, że większość blizn w mięśniu sercowym jest pochodzenia nie zapalnego, lecz sklerotycznego.

Myodegeneratio cordis: rozpoznanie, którem dziś niesłusznie oznacza się stany niedomogi mięśnia sercowego u osobników, u których jest ono skutkiem najrozmaitszych schorzeń poza-sercowych: nerkowych, płucnych i t. d. Anatomicznie stwierdza się nieznaczne zmiany degeneracyjne, które są dziś uważane, jako skutek osłabienia siły serca, a nie za jego przyczyną. Najczęściej występuje przy niedokrwistości złośliwej, intoksykacjach (fosfór, arsen). Klinicznie *myodegeneratio cordis* daje zbyt skąpe objawy, aby można się było na nich opierać. Głuche tony i nieregularne tętno przeważnie zawodzą.

Myomalacja m. cordis — częste i ważne schorzenie mięśnia sercowego. Przyczyna: stwardnienie naczyń wieńcowych. Anatomicznie: blizny po zawałach anemicznych, nieraz tętniaki. Klinicznie: objawy *anginae pectoris,* niedomoga mięśnia sercowego. Krzywa elektrokardjograficzna.

Nieraz pomocne są nam dla rozpoznania cierpienia mięśnia sercowego niektóre postacie zaburzenia rytmu. Przedłużenie przewodnictwa w postaci bloku przy dyfterycie i reumatyźmie stawowym są nieraz pochodzenia organicznego. Blok przy sklerozie naczyń wieńcowych i zmianach syfilitycznych. Extrasystole nie ma większego znaczenia.

Arhythmia perpetua nieraz wytępuje przy sklerozie. naczyń wieńcowych — objaw, który nie stoi w związku z określonemi zmianami anatomicznemi w mięśniu sercowym.

Rytm cwałowy ma pewne znaczenie djagnostyczne przy *myocarditis acuta i myomalacja m. cordis.*

Za ostateczną przyczynę niedomogi w krążeniu szkoła lipska upatrywała zmiany w mięśniu sercowym. Aschoff przyczynę niewydolności w krążeniu widzi w przeszkodach pozasercowych, przedstawiających stały i postępujący opór dla pracy mięśnia sercowego. Eppinger przenosi punkt ciężkości niedomogi w krążeniu na wadliwą przemianę materji, odbywającej się w mięśniach obwodowych u osobników ze sercem nieskompensowanem; przyczyną osłabienia w krążeniu ma być zakwaszenie krwi. Na zakończenie prelegent podkreśla wielkie trudności przy rozpoznawaniu schorzeń mięśnia sercowego i zbyt częstą djagnozę *myocarditis chronica i myodegeneratio m. cordis.*

W dyskusji zabierali głos koledzy: Frenkiel, Bender, Weinberg, Jelenkiewicz i Gliksman.

Kol. Frenkiel wspomina, że węzełki Aschoffa stwierdzono w mięśniu sercowym po przebytej pląsawicy, jako wyraz zapalnego nacieczenia. Rozgraniczenie pojęć zapalenie i zwyrodnienie nastręcza trudności, obecność nacieczeń nie może być podstawą dla stwierdzenia stanu zapalnego, ponieważ nacieczenia mogą powstać wtórnie po zwyrodnieniu. Chyba tylko nacieki dookoła naczyniowe mówią o przebytej sprawie zapalnej. Sprawy zapalne w mięśniach zachodzą zapewne nie często. Niełatwo też zrozumieć powstanie *myocarditis acuta* w błonicy, w której przywykliśmy uważać toksyny za czynnik uszkadzający narządy. W wieku starszym głuche tony wraz z niskiem parciem krwi mogą wystarczyć do rozpoznania *myodegeneratio,* o ile wykluczymy inne przyczyny obniżenia ciśnienia (wewnątrz wydzielnicze, porażenie naczyń obwodowych).

Kol. Bender mówi, że schorzenia mięśnia sercowego zachodzą u ludzi starszych głównie w postaci myomalacji przy sklerozie naczyń wieńcowych. Dowodem myomalacji jest *pulsus alternans.* To samo rozpoznanie pozwala postawić rytm cwałowy, stwierdzony w późnym wieku. Mówi też o znaczeniu ucisku na n. błędny i o wrażliwości brodawki na ukłucie szpilką.

Kol. Weinberg stwierdza że przy migotaniu przedsionków w wielu przypadkach sekcyjnie stwierdzono zmiany organiczne w prawym przedsionku. *Pulsus alternans* ma wielkie znaczenie dla rozpoznania i rokowania; rytm cwałowy wskazuje na ciężkie schorzenie mięśnia sercowego. Dla rozpoznania mają duże znaczenie badania elektrokardjograficzne.

Dr. A. Tenebaum.

HIGJENA.

Konferencja w sprawie ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz produktów spożywczych.

Dnia 13, 14, 15 i 16 maja b. r. odbyła się w Paryżu Międzynarodowa Konferencja w celu ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz materjałów, przeznaczonych do odżywiania ludzi i zwierząt.

W czasie przebiegu Konferencji Międzynarodowej, zgromadzonej w Paryżu 27 czerwca 1910 roku, wielka liczba państw zdecydowała przedsięwziąć środki w celu ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz produktów spożywczych, aby ułatwić porównanie takowych i przyspieszyć załatwianie formalności wwozowych i wywozowych w stosunku do tych produktów.

Wskutek zmian, jakie nastąpiły od 16 października 1910 r. (data podpisania omawianej konferencji międzynarodowej), wprowadzonych przez nowe rozporządzenia prawodawcze rozmaitych państw, pewne szczegóły nie są już w zgodzie z odnośnemi szczegółami, ustalonemi przez omawianą konferencję. Również w ostatnim czasie zostały przyjęte rozmaite nowe jednostki dla pomiarów wielkości fizycznych i fizyko-chemicznych.

Komitet Międzynarodowego Stałego Biura Chemji Analitycznej w zakresie przetworów spożywczych, na skutek prośby rządu francuskiego i norweskiego, zaproponował przedłożyć do rozpatrzenia Międzynarodowej Konferencji następujące sprawy zgodnie z tekstem Konwencji z dnia 16 października 1910 roku:

1) Wszelkie pomiary mają być prowadzone tak, jak to jest przyjęte przez Międzynarodową Komisję Wag i Miar.

2) Należy używać ciężarów atomowych, przyjętych przez Międzynarodową Komisję Ciężarów Atomowych.

Na konferencji były reprezentowane następujące państwa: Argentyna, Brazylja, Egipt, Francja, Grecja, Guatemala, Holandja, Kanada, Meksyk, Norwegja, Persja, Peru, Polska, Rumunja, Rosja, Serbja, Szwajcarja, Turcja, Urugwaj — razem 19 państw.

Posiedzenia odbywały się w gmachu Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Prezydjum konferencji ukonstytuowało się w osobach profesora Bordas, delegata Francji, dyrektora Laboratorjum Ministerstwa Skarbu. V-Prezydenci: prof. Holleman (Holandja) i p. A. Saubidet, prezydent biura międzynarodowego, przedstawiciel Argentyny, sekretarzem był p. Nicolerdeaux — dyrektor Biura Międzynarodowego Chemji Analitycznej. Przedstawicielem Polski był prof. Politechniki Warszawskiej Wacław Iwanowski.

Rozpatrywano i ustalono poglądy w następujących sprawach:

Część I: symbole.

Ustalono symbole

g — gram
l — litr
K cal — duża kalorja.

Dla oznaczenia miana płynów w normalnościach przyjęto symbole: 1/1 N, 1/10 N, 1/100 N, i t. d.

Symbol % oznacza zawsze procenty wagowe.

Część II.

Dla uproszczenia manipulacji wagę należy podawać jako rezultat ważenia w powietrzu. Uznano za pożądane ułożenie tablic ciężarów atomowych w odniesieniu do ważeń, dokonanych w powietrzu ciężarkami mosiężnemi.

Jako jednostkę ciepła — kalorję — przyjęto ciepło właściwe wody przy 15° C. pod ciśnieniem 760 mm.

Gęstość (c. wł.) powinna zawsze być podawana z oznaczeniem temperatury, pomiaru wagi ciała i wagi wody.

np. 20/20 lub 20/4, 40/40 etc.

Spółczynnik załamania światła. Temperaturę pomiaru ustalono na 20° C., dla tłuszczów 40° C. Pomiary, robione przy innej temperaturze, muszą mieć podaną temperaturę pomiarów.

Pomiary polarymetryczne wykonywuje się rurką długości 10 cm.; o ile jest użyta inna długość rurki, odchylenie przelicza się na 10 cm. z podaniem, w jakiej rurce robiono pomiar.

Kwasowość i zasadowość ma być podawana w centymetrach normalnych płynów, użytych do zobojętniania. Wskaźnik, przy którym wykonano miareczkowanie, musi być podany.

Pożądane podawanie stężenia jonów wodorowych pH z oznaczeniem metody, jaką zostało określone: elektrometrycznie czy kalorymetrycznie.

Zawartość wyższych alkoholi w wódkach ma być podawana jako alkohol izobutylowy lub izoamylowy, zależnie od tego, który z tych alkoholi był stosowany do przygotowania typowych roztworów i kalibrowania naczyń, użytych przy danej analizie.

Delegat Politechniki Warszawskiej i Polskiego T-wa Chemiczn.:

(—) W. Iwanowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Na zasadzie nowego rozdziału czynności pomiędzy Prezydentem a Wiceprezydentami m. st. Warszawy — resort służby lekarskiej t. j. Wydział Szpitalnictwa i Wydział Zdrowia objął Wiceprezydent Profesor Błędowski.

Dr. Ludwik Zembrzuski, emer. pułkownik W. P., dekretem królewskim z dnia 29 lipca r. b. otrzymał order rumuński „Meritul Sanitar" I-ej klasy, za zasługi na polu medycyny naukowej ogólnej i rumuńskiej.

W ciągu 4-ech ostatnich miesięcy letnich zarejestrowało się w Izbie Lekarskiej zgórą 60 młodych lekarzy, osiadłych w Warszawie.

Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót po lekarzach pozostałych wypłaciła w r. 1928 zapomóg na ogólną sumę 16 tysięcy zł.

Sprawy szpitalne. Liczba miejsc w szpitalu Dzieciątka Jezus wynosi teoretycznie 966, w szpitalu starozakonnych 1.024, Przemienienia Pańskiego 423, św. Ducha 346, św. Stanisława 360, św. Łazarza 734, św. Jana Bożego 370. Razem wraz ze szpitalami mniejszemi, zakładami położniczemi, szpitalami na prowincji jak w Otwocku, Mieni i Malorycie jest łóżek 5.546. Tak jest jednak tylko w teorji, faktycznie w szpitalach tych mieści się około 8.000 chorych, co powoduje ciasnotę, odbija się ujemnie na doglądaniu chorych i nadmiernie obciąża personel lekarski i służbę.

Szpitale warszawskie nie rozwinęły się prawie zupełnie od czasów kiedy Warszawa liczyła tylko 750.000 mieszkańców.

Poznań.

Katedra Stomatologji na Wszechnicy w Poznaniu. Dzięki staraniom dziekana wydziału lekarskiego Wszechnicy w Poznaniu, prof. Dr. Różyckiego, który zabiegał o uzyskanie pewnych kredytów w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, przy wzmiankowanej Wszechnicy utworzono Katedrę Stomatologji. Min. Wyzn. i Ośw. Publ. już przyznało kredyty na lokal jakoteż na urządzenie zakładu stomatologicznego oraz na personal pomocniczy, poczynając od 1 października 1929 r. Lokal przyszłej kliniki mieści się przy ul. Ratajczaka (jako prowizorjum; stałe pomieszczenie za 2 lata znajdzie się w gmachu Wszechnicy). Jako zast. profesora nowej katedry stomatologji mianowany został lekarz - dentysta Józef Jarząb. Pismem z dnia 22 czerwca 1929 r. Nr. IV. S. W. — 6214/29 Minist. W. Rel. i Ośw. Publ. zatwierdziło uchwałę Senatu akademickiego Wszechnicy Poznańskiej z dnia 31 maja 1929 r., które powierza st. asystentowi katedry stomatologicznej Wszechnicy J. K. we Lwowie zastępstwo profesora na katedrze stomatologji Wszechnicy w Poznaniu w pełnym wymiarze obowiązków nauczycielskich. Kol. Jarząb obecnie czyni starania o habilitację. Jako cichy pracownik, dobrze kol. Jarząb znany jest ze swoich licznych prac naukowych i od lat siedmiu zajmuje stanowisko starszego asystenta Instytutu Dentystycznego Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie.

Z kraju.

Jednoroczna praktyka szpitalna lekarzy. Ogłoszono rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy.

Na mocy tego rozporządzenia dla uzyskania prawa wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskiem wprowadza się obowiązek odbycia jednorocznej praktyki szpitalnej, t. j. systematyczną pracę lekarską przy chorych na wszystkich oddziałach szpitalnych pod kierunkiem właściwych ordynatorów. Praktyka szpitalna winna trwać 12 miesięcy i może być wykonywana na wszystkich oddziałach szpitalnych jednocześnie. W razie odbywania praktyki na specjalnych oddziałach szpitalnych i na klinikach uniwersyteckich, czas praktyki na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych i położniczych nie może trwać krócej, niż po trzy miesiące na każdym z tych trzech oddziałów. Praktykę szpitalną odbywać można po ukończeniu uniwersyteckich studjów lekarskich oraz podczas tychże studjów, jednakże nie wcześniej niż po 14 trymestrach.

Praktykę szpitalną odbywać można we wszystkich szpitalach publicznych, liczących co najmniej 200 łóżek i posiadających przynajmniej trzy oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i położniczy, oraz na klinikach uniwersyteckich.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie sześciu miesięcy po dniu jego ogłoszenia, t. j. 1 marca 1930 roku.

Z Morszyna. Napływ kuracjuszów doszedł tu w sezonie drugim do szczytu. Przyczyniła się do tego niewątpliwe i nadzwyczaj piękna pogoda, trwająca tu od dłuższego już czasu. Temperatura w dniach tych wynosiła do 24° R. Frekwencja w roku bieżącym przewyższa w sezonie obecnym zeszłoroczną, zaś sezon pierwszy, jak i w innych uzdrowiskach, nie dopisał. W czasie tym przewinął się tu szereg przebywających na kuracji, znacznych osobistości. Sezon ostatni, trwający tu od 21 sierpnia do końca września, zapowiada się dość dobrze, jak to widać z napływających zamówień kuracjuszy. Ceny obecne w pensjonatach I. kl., jak „Stefania", „Kresowianka" i in. wynoszą przeciętnie 12—16 zł. dziennie, z całkowitą pensją i dietetycznem utrzymaniem. Pokoje zaś w innych willach bez pensji 3—7 zł. dziennie. W sezonie ostatnim, ceny te ulegną redukcji, przeciętnie 20—30%. Redukcji tej ulegną też ceny kąpielowe. Zaprowadza się tu obecnie szereg inowacyj, jak oświetlenie ulic, wprowadzone przez Komisję Zdrojową, co jednak, zważywszy na późną już porę, cokolwiek przewleka się oraz ropowanie ulic, zapobiegające powstawaniu kurzu.

Sezon w Niemirowie. Sezon tegoroczny w Niemirowie bardzo dobry. Frekwencja kuracjuszów większa, aniżeli w roku ubiegłym, przekroczyła już cyfrę 2.000 osób. Oczywiście szybki rozwój naszego uzdrowiska uwarunkowany jest pięknem jego położeniem, wśród rozległych balsamicznych lasów. Powietrze czyste, wolne od kurzu i łagodne. Kuracjusze niemirowscy korzystają z wycieczek do historycznej Żółkwi, do legendarnego „zamczyska", a wreszcie w romantyczne pasmo gór Roztocze.

Od ubiegłego roku kuracjusze niemirowscy korzystają z pijalnego źródła leczniczego „Aleksander". Badania źródła tego, przeprowadzone przez prof. lwowsk. uniwersytetu dra Koskowskiego, stwierdziły wysoką wartość leczniczą wody. Działanie tej wody zbliża się do działania wody francuskiej w Contrexville.

W ostatnich dwóch latach powstało w Niemirowie kilkanaście naprawdę pięknych will i pensjonatów, urządzonych z zupełnym komfortem, a więc z zimną i ciepłą wodą, łazienkami i t. p.

Ze świata.

III Zjazd lekarski w Krynicy, który się odbędzie w dniach 4 ,5 i 6-tego stycznia 1930 r. w krótkim czasie ustali dokładny program naukowy zjazdu i roześle zawiadomienia szerokim kołom lekarskim. Dotychczas zgłosili odczyty: Profesorowie Franke (Lwów), Groer (Lwów), Jezierski (Poznań), Radziwiłłowicz (Wilno), Korczyński (Kraków). — Docenci Filiński (Warszawa), Klejn (Warszawa), Łabendziński (Poznań), Oszacki (Kraków), Wierzuchowski (Warszaawa), Sabatowski (Lwów). — Doktorzy Blassberg (Kraków), Braun (Kraków), Chwalibogowski (Lwów), Franio (Warszawa), Kmietowicz junior (Lwów), Kucharski (Poznań), Rejchman (Kraków), Tochowicz (Kraków).

Dalsze zgłoszenia przyjmuje jeszcze do 1 października sekretarz generalny Dr. Witold Skórczewski.

Międzynarodowe kursy dokształcające dla lekarzy w Berlinie urządza Związek docentów Uniwersytetu Berlińskiego i instytucja Kaiserin Friedrichhaus przy pomocy Wydziału lekarskiego. Część tych kursów odbywa się stale, część zaś odbędzie się w październiku r. b. względnie w marcu 1930 r.

I. Stałe Kursy trwają miesiąc lub pół miesiąca i obejmują wszystkie możliwe dziedziny medycyny. Nadto są przewidziane hospitowania przez przeciąg 2—3 miesięcy na klinikach, w szpitalach i laboratorjach dla tych uczestników, którzy pragną pracować praktycznie pod systematycznym kierunkiem.

II. kursy w październiku 1929. a) kurs grupowy z postępów medycyny wewnętrznej ze szczególnem uwzględnieniem chorób żołądka i kiszek (od 1 do 12 października) honorarjum 75 M. b) kurs z dziedziny neurologji, psychjatrji i psychologji (od 14 do 19, względnie 26 października) honorarjum 50 M. c) kurs dokształcający z dziedziny chorób dziecięcych (od 14 do 26 października) honorajum 100 M. d) kurs z dziedziny przyrodniczych podstaw medycyny (od 21 do 26 października) honorarjum 50 M. e) kurs dokształcający dla specjalistów chorób gardła, nosa i uszu (od 7 do 19, względnie 26 października) hon. 100 M. f) kursy specjalne ze wszystkich dziedzin medycyny połączone z ćwiczeniami praktycznemi.

III. kursy w marcu 1930. a) kurs z rozmaitych gałęzi medycyny wewnętrznej, b) kurs z postępów chirurgji, c) kurs z zakresu chorób skórnych i wenerycznych, d) kurs roentgenologiczny, f) tygodniowy kurs akuszeryjno-ginekologiczny.

Wszelkich szczegółowych wyjaśnień udziela na żądanie Sekretarjat kursów: Kaiserin Friedrichhaus, Berlin NW6, Luisenplatz 2 — 4.

Redakcja otrzymała.

Wł. Mikulowski: Diarhée mortelle avec mélanodermie et porphyrinurie chez un nourrisson. Odb. z Revue française de pédiatrie. Tom V. nr. 3, 1929.

Nr. 40. 6. października 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. JANIK Alfred, asystent Kliniki. Lwów.

Wyniki bezpośrednie i oddalone po zabiegach na drogach żółciowych i wątrobie.

Z Kliniki chirurgicznej Uniw. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Dokończenie.

Wyniki oddalone:

Wyniki bardzo dobre. Na 32 operowanych przysłało odpowiedź pisemną względnie poddało się badaniu kontrolnemu 17 pacjentów. Z tego przypada na tą grupę 12-tu, t. j. 70,5%.

Są to pacjenci, którzy nie mają żadnych dolegliwości lub też bardzo nieznaczne. Duża odsetka pacjentów odpowiadających nam pisemnie dopisywała w uwadze specjalne podziękowanie za wyratowanie i zupełne wyleczenie.

W 29-ciu przypadkach otwarto przewód z powodu kamieni, a w 3-ch z powodu zwężenia na tle zapalnem, z powodu zbliznowacenia.

Wyniki dobre. Badaniu kontrolnemu poddało się 3-ch pacjentów t. j. 17.6%.

Tu zaliczamy przypadki o przedłużonem gojeniu, z nieznaczną przepukliną, nieznacznemi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego i t. d.

Odsetka przepuklin jest na klinice Schrama minimalna bo 2%, z tem, że są to przepukliny bardzo nieznaczne w miejscu, w którem tkwił sączek gumowy. — W jednym jedynym przypadku byliśmy zmuszeni z powodu dolegliwości przepuklinę usunąć.

363/1928 kobieta lat 33.

Wywiady. Po wycięciu pęcherzyka napady znikły w zupełności, pacjentka odzyskała apetyt i poczęła przybywać na wadze. Jednak po trzech miesiącach już zauważyła na wysokości bocznego cięcia mały guzek, który stopniowo się powiększał. — Ukazały się lekkie bóle zwłaszcza po jedzeniu.

Stan obecny. W jednej trzeciej środkowej cięcia bocznego stwierdza się bramę przepuklinową, w którą z łatwością wchodzą trzy palce, a która wytworzyła się z powodu rozejścia się szwu mięśniowego i powięziowego. — Przy kaszlu przedostają się przez tę bramę jelita, powodując wypuklenie złożone z dwu części, jednej skierowanej ku dołowi i drugiej ku bliźnie środkowej. Obydwa są wielkości pięści.

Zabieg. W znieczuleniu miejscowem odsłonięto bramę przepukl. i stwierdzono, że worek przepuklinowy jest złożony z dwu części: jednej leżącej nad, drugiej znajdującej się pod mięśniem prostym. Worek ten wycięto, a bramę zaopatrzono kilkoma szwami mięśniowymi.

Chodziło tu więc o przepuklinę boczną. — Z powodu rozejścia się szwu mięśniowego wytworzył się worek, w który wchodziły trzewia. — Poza tym przypadkiem boczny odcinek cięcia brzusznego okazał się znacznie odporniejszy na działanie tłoczni brzusznej niż środkowy w linji białej.

Pacjenci tej grupy czują się bez porównania lepiej niż przed zabiegiem, są zupełnie zdolni do zajęć, a lekkie czasowe bóle w prawem podżebrzu, występujące niejednokrotnie po wytężonym wysiłku lub większym błędzie djetytycznym należy odnieść do pewnych zmian w drogach żółciowych, w chemizmie żołądka i t. d.

Wyniki niepomyślne. Przypadków 2 t. j. 11.9%.

W tej grupie znajdują się pacjenci, którzy cierpią nadal, tak jak przed zabiegiem, z powodu silnych napadów, wymiotów, chudnięcia, żółtaczki, zwyżki ciepłoty, co uniemożliwia im prawidłowe zajęcia.

W jednym przypadku byliśmy zmuszeni wykonać zabieg wtórny.

159/1926 kobieta lat 32.

Wywiady. Od trzech lat częste napady, prawie co dwa tygodnie z dreszczami, wymiotami, kilkakrotną żółtaczką. Napady te tak wycieńczyły chorą, że nie jest zdolną do żadnej pracy.

Stan obecny. Odżywienie mierne, nieznaczna żółtaczka, ciepłota w dniu przyjęcia prawidłowa. Pęcherzyk macalny, bolesny, wątroba nie powiększona.

Zabieg: Miejsce, w którem powinien leżeć pęcherzyk zbliznowaciałe, wrośnięte tak, że pęcherzyka wogóle nie znaleziono. Natomiast wśród zrostów zauważono znacznie rozszerzony prz. wspólny (3-cm), który nakłuto usuwając dużą ilość żółci i jeden kamień, wielkości jaja gołębiego; kamień ten tkwił tak silnie w przewodzie, że udało się go tylko kawałkami usunąć. Sączkowanie wewnętrzne.

Obserwacja: Po 16-tu dniach opuszcza klinikę. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Przed opuszczeniem kliniki poddano ją badaniu ginekologicznemu i znaleziono: *adnexitis dextr., retrolexio uteri fixata.*

258/1924 mężczyzna lat 57.

Wywiady: Cierpi na kamienie żółciowe od 8-miu lat.

Stan obecny: Odżywienie dobre, wybitna żółtaczka, wątroba znacznie powiększona, pęcherzyk powiększony, bardzo bolesny. Ciepłota 37,8. Stolce gliniaste.

Zabieg: Pęcherzyk zrośnięty z otoczeniem dał się z trudnością oddzielić Po wycięciu tegoż stwierdzono w przewodzie wspólnym kamień wielkości orzecha, który po nacięciu przewodu dał się usunąć.

Obserwacja: Przebieg pooperacyjny o tyle nieprawidłowy, że jeszcze w 21-ym dniu po zabiegu t j. w chwili opuszczenia kliniki przez pacjenta z bocznej części rany wydzielała się żółć. Żółtaczka się zmniejszyła znacznie.

2 miesiące później z przetoki wycieka cały czas żółć, ciepłota dochodzi do 38° C. Raz żółć przestała wypływać i po trzech dniach podniosła się ciepłota do 39,8, wśród silnych bólów w podżebrzu. Poczem żółć przebiła na zewnątrz i objawy powyższe znikły. Po tygodniu ponowny napad.

Stan obecny: W zakresie płuc rozlane zapalenie oskrzeli. Wątroba 4 palce niżej łuku, silna bolesność na wysokości ujścia przetoki, wydzielającej bardzo obficie żółć. Stolec naprzemian gliniasty i nieco zabarwiony. Ciepłota w chwili przyjęcia prawidłowa. Stan ogólny lepszy aniżeli przy opuszczeniu kliniki.

Zabieg: Przetokę okrojono i wszyto w jelito cienkie, tworząc w ten sposób stałe połączenie między drogami żółciowemi a przewodem pokarmowym.

Obserwacja: Po trzech dniach wytworzyła się przetoka jelitowa, z której wypływa pokarm. Odżywianie chorego staje się bardzo utrudnione, wycieńczenie wzrasta.

Po 18-tu dniach wzięto chorego do domu.

Po $2^1/_2$ miesiącach znowu go przyjęto w stanie nieco znośniejszym, jakkolwiek przetoka się nie zamknęła. Okolica przetoki była tak silnie podrażniona, że nie było mowy o jakimkolwiek zabiegu. Stan chorego coraz gorszy.

Zmarł po 7-miu miesiącach od pierwszego zabiegu z ogólnego wycieńczenia.

W 1-ym przypadku mieliśmy do czynienia z tak znacznemi zmianami, że pęcherzyka nie można było wprost znaleść.

Usunięto jedynie kamień z przewodu.

W 2-gim nastąpiły powikłania pooperacyjne, jak przetoka żółciowa, nie gojąca się przez szereg miesięcy tak, że byliśmy zmuszeni wykonać zabieg wtórny. Niestety ten jeszcze bardziej powikłał sprawę, ponieważ w miejsce przetoki żółciowej powstała niepomyślna dla chorego jelitowa. Pacjent mimo tych powikłań żył siedm miesięcy.

Jakie są przyczyny dolegliwości pooperacyjnych?

Nawroty prawdziwe są bardzo rzadkie. Wśród naszych 122 operowanych nie mieliśmy sposobności ani razu obserwować i operować powtórnie, z powodu prawdziwego nawrotu sprawy. Mamy na myśli kamicę. Nawroty wrzekome są już nieco częstsze; kamienie pozostawione w przewodzie wspólnym, czy też wątrobowym podczas pierwszego zabiegu dają ponowne napady zmuszając operatora do wtórnego zabiegu. Dokładne badanie przewodów zmniejsza liczbę tych wrzekomych nawrotów do minimum. I tych przypadków brak na klinice lwowskiej zupełnie. Ponieważ nawroty takie najczęściej mają miejsce w przypadkach, w których klinicznie nie ma żadnych objawów zatkania przewodu, a więc w przypadkach kamienicy samego pęcherzyka, a dopiero podczas manipulowania na pęcherzyku bezwiednie wciska się zawartość pęcherzyka a z nią i kamień do przewodu, który może ujść w ten sposób uwadze naszej, usuwamy pęcherzyk w ten sposób, że najczę-

ściej opróżniamy najpierw pęcherzyk zapomocą pompy ssącej a na przewód pęcherzykowy zakładamy zaciskadło.

Zwężenie przewodu wspólnego może być już częściej przyczyną dolegliwości a nawet napadów kolkowych z podniesioną ciepłotą i żółtaczką. Tworzy się ono zwykle w miejscu podwiązania przewodu pęcherzykowego.

Zapalenie przewodu żółciowego jest stosunkowo rzadko przyczyną dolegliwości pooperacyjnych. Przeważna liczba tych chorych ma dolegliwości czasem nawet bardzo poważne przez pewien czas tylko po zabiegu, poczem ustępują one zupełnie.

Ciekawem jest tylko, dlaczego niektóre przypadki mimo nieznacznych zmian znachodzonych podczas zabiegu wykazują później objawy zapalenia przewodów, ciężkie natomiast rzadziej. Zachodzi więc pytanie czy jednak tych chorych z niedługo trwającymi napadami o nieznacznem stosunkowo natężeniu nie leczyć najpierw zachowawczo przy pomocy zgłębnika dwunastniczego i środków dezynfekcyjnych.

Zrosty znajdujemy już podczas zabiegu w 45% naszych chorych tak, że zabieg odbywa się często wśród znacznych trudności. Sam zabieg może bezprzecznie przyczyniać się do powstania względnie powiększenia zrostów. Trudno mimo to przypuścić, by przeważna część dolegliwości jakie mają pacjenci po zabiegu miała być następstwem samych tylko zrostów. Dlaczego po innych zabiegach jamy brzusznej dolegliwości pooperacyjne są minimalne. Wiemy, że zrosty pooperacyjne mogą znikać zupełnie, co zostało niejednokrotnie stwierdzone, podczas zabiegu wtórnego wykonanego przy innej sposobności. Wiemy też że są osobnicy, którzy posiadają specjalną skłonność do zrostów reagując niemi na najmniejszy nieraz zabieg w jamie brzusznej. W końcu wiemy również, że rzadko osobnicy ze znacznymi zrostami w jamie brzusznej nie mają żadnych dolegliwości.

Trudno przypuścić, by dolegliwości pooperacyjne były najczęściej następstwem samych zrostów. Najczęściej jeszcze chyba dają je zrosty okołodwunastnicze.

Zmiany w chemizmie żołądka i dwunastnicy, zmiany w trzustce.

Wielka odsetka chorych na kamicę żółciową i na inne sprawy dróg żółciowych skarży się na dolegliwości ze strony żołądka. Są to dolegliwości w postaci nudności, rzadko wymiotów, dalej niemiłego uczucia w ustach, odbijania, gniecenia w dołku podsercowym i t. d.

W lwiej części naszych chorych znajdywaliśmy bezkwaśność lub zmniejszenie kwasoty żołądka tak przed, jak i po zabiegu.

Do tego też należy odnieść wspomniane dolegliwości.

Zwiększona kwasota żołądka jest już rzadszem współobjawem kamicy żółciowej, tak samo jak rzadko przytem obserwuje się wrzód żołądka lub dwunastnicy. Myśmy mieli sposobność wśród naszego materjału tylko raz obserwować i operować z powodu obydwu spraw równocześnie.

Zmiany chorobowe w trzustce, jakie często mają miejsce przy schorzeniach wątroby i dróg żółciowych są stosunkowo często przyczyną dolegliwości pooperacyjnych. Zmiany te jednak są zwykle nieznacznego stopnia. Rzadziej już mają miejsce poważniejsze zmiany trzustki. Znane są przypadki przewlekłego zapalenia włóknistego miąższu trzustki prowadzące do zwężenia ujścia przewodu wspólnego i żółtaczki.

Ostre zapalenie trzustki z tłuszczową martwicą miąższu jest wyjątkowem powikłaniem sprawy chorobowej dróg żółciowych. Przykładem jest przytoczony poniżej przypadek, w którym interniści rozpoznawali kamicę żółciową, z powodu bardzo podobnych do kamicy objawów. Podczas zabiegu znaleziono martwicę trzustki, natomiast w pęcherzyku kamieni nie było. Widocznie chodziło tu o zapalenie pęcherzyka i przewodów bez kamicy. Ciekawe, że dolegliwości kamicowe pacjentka miała przez szereg lat, przytem raz miała żółtaczkę.

36/1928 kobieta lat 54.

W y w i a d y: Od 14 lat cierpi na napady bólów w pr. podżebrzu. Przed rokiem dostała tak silnego napadu, że się musiała poddać zabiegowi, podczas którego jednak kamieni nie znaleziono. Rok po zabiegu wystąpiły ponowne bóle połączone z wymiotami i częstem oddawaniem moczu. Bóle promieniowały ku łopatkom. Stan szybko się pogarszał, napady stawały się coraz częstsze. W ostatnim dniu stan stał się ciężki.

S t a n o b e c n y: W chwili badania ciepłota prawidłowa. Brzuch cały wzdęty, silnie bolesny, napięty (defense). Najsilniejsza bolesność w prawem podżebrzu.

Z a b i e g: W pęcherzyku kamieni nie stwierdzono. Podejrzywając sprawę czysto zapalną bez kamicy wzgl. stan po odejściu kamienia nie wykonano wycięcia pęcherzyka z powodu bardzo ciężkiego stanu. Ponieważ jednak trzustka okazała się znacznie zgrubiała odsłonięto ją i stwierdzono obfity wysięk około-trzustkowy. Wysięk ten znajdował się głównie po stronie prawej oddzielony od lewej części trzustki i jamy brzusznej silnymi zrostami. Miąższ trzustki wykazywał kilka głębokich ognisk martwiczych, które wobec niemożności wykonania zabiegu poważniejszego tylko palcem na tępo rozdzielono i wysączkowano.

O b s e r w a c j a: Opuszcza klinikę w zupełnie dobrym stanie. Przebieg pooperacyjny był bez zaburzeń. Dwa miesiące później stan bez dolegliwości.

Przytoczone powyżej dolegliwości z powodu zmian przewlekłych w trzustce zwyczajnie znikają przy zastosowaniu odpowiedniej djety.

Zmiany w innych narządach np. w wyrostku robaczkowym, nerkach, miedniczkach nerkowych mogą być również przyczyną dolegliwości. Specjalnie zwracają uwagę w ostatnich czasach niektórzy autorowie na równoczesne zmiany w wyrostku robaczkowym, proponując przy każdym zabiegu na drogach żółciowych go przejrzeć a równocześnie i ewentualnie usunąć.

Uczulenie wegetatywne systemu nerwowego,

na które w ostatnich czasach tak wiele się zwraca uwagi odgrywa niewątpliwie również w omawianych dolegliwościach poważną rolę. Mimo usunięcia kamieni względnie innej przyczyny chorobowej, a temsamem zdawałoby się mimo usunięcia drażniącego bodźca w pewnej odsetce przypadków stan uczulenia wegetatywnego systemu nerwowego utrzymuje się nadal. Jest to specjalny typ pacjenta (zwykle kobiety), który już na pierwszy rzut oka przed zabiegiem można poznać. Ta grupa pacjentów jest najbardziej niewdzięczną dla leczenia chirurgicznego.

Na czem polega ta specjalna skłonność do wspomnianych dolegliwości pooperacyjnych a nawet ponownych napadów nie wiadomo. Liczne i dokładne badania w tym kierunku nie dały pozytywnych wyników. Mówi się wiele o skurczu zwieracza Oddii, o napięciu i rozdęciu przewodów żółciowych i t. d.

Chore szczupłe, nerwowe, u których przy zabiegu znachodzi się nieznaczne tylko zmiany częściej się skarżą na dolegliwości, niż te które przebyły ciężki zabieg. Ta grupa pacjentów nadaje się specjalnie do leczenia zachowawczego.

Przetoka pęcherzyka żółciowego.

W nieznacznej liczbie przypadków ropnego ciężkiego zapalenia pęcherzyka byliśmy zmuszeni poprzestać na zabiegu najlżejszym t. j. cholecystostomji. Nie wliczamy do tej grupy przypadków nowotworów z zatkaniem przewodu wspólnego, w których wykonana przetoka pęcherzyka poza zespoleniem z przewodem pokarmowym była zabiegiem paljatywnym i ostatecznym.

Przypadków operowanych mieliśmy 5. Śmiertelność pooperacyjna wynosi 0.

Zabieg wtórny po przetoce pęcherzyka wykonaliśmy w 1-ym przypadku a mianowicie było to połączenie pęcherzyka z żołądkiem wykonane pięć miesięcy po zabiegu pierwotnym. Pacjentka opuściła klinikę w stanie zadawalniającym. Odpowiedzi na nasz list nie otrzymaliśmy.

Ostateczne wyniki po przetoce pęcherzyka nie są tak zadawalniające jak po wycięciu pęcherzyka ale musimy uwzględnić, że jako zabieg paljatywny w przypadkach ciężkich ma swe zastosowanie. Jako zabieg wyboru przy kamicy i zapaleniach pęcherzyka uważamy na lwowskiej klinice wycięcie pęcherzyka. To też i cholecystotomja nie jest u nas stosowana.

Co do wyników oddalonych nic nie możemy powiedzieć, ponieważ żaden pacjent nie zgłosił się do badania kontrolnego, ani nie odpowiedział listownie.

Nacięcie ropnia wątroby.

Ilość ropni wątrobowych obserwowanych na klinice S c h r a m m a jest mała, ponieważ wynosi zaledwie cztery przypadki. We wszystkich ropień nacięto, z czego trzech wyleczyło się, a jeden zmarł po trzech miesiącach wśród objawów ogólnego wycieńczenia i postępującego zakażenia wątroby. Dwóch pacjentów odpowiedziało nam po dwóch względnie trzech latach po zabiegu, że czują się zupełnie dobrze. Jedna z pacjentek miała już w międzyczasie dziecko. O czwartym pacjencie nic mamy wiadomości.

Nacięcie ropnia około - pęcherzykowego.

Ropień około - pęcherzykowy w następstwie przebicia pęcherzyka i ograniczonego zapalenia otrzewny z utworzeniem się dużego ropnia został u nas nacięty dwa razy. Nie bierzemy tu pod uwagę przypadków świeżego przebicia, w których wykonaliśmy cholecystektomję. Obydwa przypadki opuściły klinikę wyleczone.

Zespolenie pęcherzyka z przewodem pokarmowym.

Pierwotne połączenie pęcherzyka z przewodem pokarmowym wyłączając znowu nowotwory wykonaliśmy w trzech przypadkach i to, z powodu zwężenia przewodu wspólnego na tle zbliznowacenia dwa razy, a z powodu włóknistego zapalenia trzustki (przy kamicy) z następczem zatkaniem przewodu wspólnego jeden raz.

W dwu przypadkach nastąpiło wyleczenie, a w jednym zejście śmiertelne, z powodu zapalenia otrzewny.

Pacjentka, u której wykonano zespolenie, z powodu niedrożności przewodu na tle włóknistego zapalenia trzustki odpowiedziała nam po roku, że jest zupełnie zdrowa. O drugiej nie mamy wiadomości.

Tu należałoby wspomnieć o zespoleniu rozszerzonego przewodu wspólnego z dwunastnicą. Chodziło mianowicie o bardzo rzadki przypadek wrodzonego rozszerzenia torbielowatego przewodu wspólnego.

115 i 219/1924 kobieta lat 30.

W y w i a d y: Przed rokiem napad bólów w prawem podżebrzu trwający kilka godzin. Wkrótce wystąpiła żółtaczka, trwająca trzy miesiące. Przed dwoma miesiącami napad się powtórzył, wystąpiła również żółtaczka. Ciepłota dochodziła do 38. Wówczas to chora zauważyła guz w okolicy wątroby, który wraz z dolegliwościami począł wzrastać.

S t a n o b e c n y: Odżywianie podupadłe, wybitna żółtaczka. W prawem podżebrzu guz sięgający prawie do miednicy małej, gładki, chełbocący, silnie napięty, będący w łączności z wątrobą.

Z a b i e g: Olbrzymia torbiel, leżąca pozaotrzewnowo. Po nakłuciu okazało się, że zawiera żółć, ulegającą częściowo rozkładowi. Z powodu złego stanu wykonano przetokę tej torbieli (t. j. choledochotomję).

Po pięciu miesiącach połączono ujście przetoki z dwunastnicą (choledocho - duodenostomja).

O b s e r w a c j a: Klinikę opuściła w stanie dobrym (stan jej przed zabiegiem był pożałowania godnym). Dwa lata później doniosła nam, że czuje się dobrze [1]).

Otóż w przypadku tym wykonano najpierw z powodu znacznych rozmiarów torbieli przetokę zewnętrzną (choledochotomję) a po kilku miesiącach dopiero połączono przewód z dwunastnicą. Przypadek ten został wyleczony.

Śmiertelność w przypadkach torbieli dochodzi na innych klinikach do 100%.

Zabiegi z powodu nowotworów dróg żółciowych, wątroby i trzustki.

Na 34 przypadków przystąpiliśmy do zabiegu doszczętnego w pięciu.

Z tego wypada na zwykłe wycięcie pęcherzyka 3 — a na wycięcie pęcherzyka z równoczesnem wycięciem części wątroby 2.

Zmarło po zabiegu 3-ch pacjentów a mianowicie po wycięciu pęcherzyka jeden t. j. 33,3% i po równoczesnem wycięciu wątroby dwa t. j. 100%.

We wszystkich wspomnianych przypadkach znaleźliśmy podczas zabiegu kamienie.

Z pozostałych 27-miu przypadków wykonano:

Zabieg paljatywny (przetokę, połączenie z przewodem pokarmowym) 17 razy — próbne otwarcie jamy brzusznej 10 razy, razem 27 razy.

Oto krótkie historje choroby przypadków, w których wykonano zabieg doszczętny.

262/1924 kobieta lat 47.

W y w i a d y: Typowe napady kamicy żółciowej od 20-tu lat. Od trzech miesięcy stan począł się szybko pogarszać, bóle kolkowe zmieniły się w tępe, stałe. Apetyt straciła, znacznie schudła.

S t a n o b e c n y: Odżywienie podupadłe, ciepłota prawidłowa. Guz w prawem podżebrzu wielkości pięści, bolesny, nierówny, twardy, w łączności z wątrobą.

Z a b i e g: Guz pęcherzyka wielkości pięści, silnie zrośnięty z wątrobą, kiszką dwunastniczą i siecią. Po oddzieleniu zrostów i podwiązaniu prz. pęcherzykowego i tętnicy tej nazwy guz wycięto wraz z zajętą tkanką wątrobową łożyska. Krwawiącą powierzchnię przepalano, brzegi wątroby zszyto szwem materacowym. Linję szwu pokryto siecią.

O b s e r w a c j a: W 26-tym dniu opuszcza klinikę w stanie znośnym. (Dowiedzieliśmy się, że 4 mies. później zmarła).

---

[1]) Dokładny opis tego przypadku z podaniem rozległego piśmiennictwa ukaże się w chirurgji klinicznej (Kraków).

206/1925 kobieta lat 48.

W y w i a d y: Od czterech lat charakter. objawy dla kamicy żółciowej. W ostatnich czasach znacznie schudła. Bóle znacznie się wzmogły.

S t a n o b e c n y: Stan wybitnie podupadły, ciepłota prawidłowa. W pr. podżebrzu guz wielkości pięści, nierówny, bolesny, przy oddechu przesuwalny. Dolny brzeg wątroby 4 palce niżej łuku.

Z a b i e g: Pęcherzyk zrośnięty z otoczeniem, duży, napięty. Gruczoły wzdłuż przewodu wspólnego powiększone, wielkości orzecha laskowego. W samej ścianie pęcherzyka widoczne nowotworowe, rozpadające się zgrubienie, bardzo liczne kamienie i ropa.

Rozpoznanie mikroskopowe: Utkanie rakowate.

O b s e r w a c j a: Opuszcza klinikę w 18-tym dniu.

278/1925 kobieta lat 52.

W y w i a d y: Od czternastu lat napady kamicy, od 2-ch miesięcy przybrały one charakter stały i bardziej tępy. Znacznie schudła. Od tygodnia po każdem jedzeniu wymioty.

S t a n o b e c n y: Odżywienie podupadłe. Wątroba $2^1/_2$ palca niżej łuku, w miejscu pęcherzyka guz wielkości jaja gołębiego, twardy, nierówny, bolesny.

Z a b i e g: Pęcherzyk zrośnięty z otoczeniem o ścianach zgrubiałych. Podczas oddzielania zrostów pęcherzyk pękł, z wnętrza wypadły liczne kamienie. Ponieważ przytem się okazało, że ściany pęcherzyka są nowotworowo zmienione i naciek przechodzi na łożysko, wobec tego po usunięciu pęcherzyka, wycięto klinowo schorzałą część wątroby i zszyto ją kilkoma szwami.

O b s e r w a c j a: W 21 ym dniu zmarła wśród objawów postępującego wycieńczenia.

262/1927 kobieta lat 58.

W y w i a d y: Chora twierdzi, że napady kamicy żółciowej ma dopiero od 5 miesięcy. Od 2-ch miesięcy bóle są trwałe, coraz silniejsze. Stolec co 7 — 8 dni.

S t a n o b e c n y: Odżywienie podupadłe, w pr. podżebrzu widoczne wypuklenie, pochodzące od guza, wielkości pięści, będącego w łączności z wątrobą. Ciepłota 37,4.

Z a b i e g: Woreczek zgrubiały, nowotworowo nacieczony, pokryty siecią i silnie zrośnięty z wątrobą, żołądkiem, dwunastnicą i poprzecznicą. Oddzielenie pęcherzyka było bardzo trudne. Cholecystectomja.

Rozpoznanie mikroskopowe: Adenocarcinoma.

O b s e r w a c j a: Stan chorej coraz gorszy, wycieńczenie wzrasta, w końcu umiera w 30-tym dniu po zabiegu.

26 a/1928 kobieta lat 47.

W y w i a d y: Napady kolkowe ma dopiero od 6 miesięcy. Od 2-ch miesięcy napady stały się bardzo częste i silne. W ostatnim napadzie wystąpiła żółtaczka, trwająca trzy tygodnie.

S t a n o b e c n y: Stan podupadły, ciepłota, 37,1. Wątroba 3 palce niżej łuku, w miejscu pęcherzyka guz wielkości gruszki, twardy, bolesny.

Z a b i e g: Pęcherzyk wielkości małej pięści, o surowicówce niezmienionej. Po odcięciu znaleziono wewnątrz liczne kamienie, a ściana jego od strony wątroby okazała się zgrubiałą, z powodu nacieku nowotworowego. Wzdłuż prz. wspólnego znaleziono gruczoły wielkości orzecha laskowego i większe. Cholecystektomja.

O b s e r w a c j a: W 20-ym dniu opuszcza klinikę w stanie niezadawalniającym.

Zabiegi wytwórcze na drogach żółciowych.

Z tego działu techniki operacyjnej i dat statystycznych nam brak. Mamy zaledwie jeden przypadek zasługujący na uwzględnienie w niniejszej pracy.

Mężczyzna lat 30.

R o z p o z n a n i e: Wrzód dwunastnicy.

Z a b i e g: Rozległe wycięcie żołądka. Przy zwalnianiu dwunastnicy wśród zrostów i zgrubiałej tkanki od strony wątrobowej po przecięciu tychże dwa otwory jeden większy, drugi mniejszy o ścianach dość grubych. Z większego poczęła wypływać żółć (przewód wspólny) a z mniejszego płyn bezbarwny, podobny do soku trzustkowego (przewód trzustkowy).

Wobec tego do wolnego przekroju dwunastnicy zbliżono zbitą tkankę odpowiadającą więzadłu żołądkowo - wątrobowemu a zawierającą wspomniane dwa otwory i założono szew tylny a następnie przedni między dwunastnicą a tą tkanką tak, że światła przewodu wspólnego i trzustkowego połączono bezpośrednio ze światłem dwunastnicy. Zespolenie to pokryto siecią.

O b s e r w a c j a: Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Pacjent opuścił klinikę wyleczony.

Tak więc przecięte obydwa przewody zostały wszyte do dwunastnicy a gojenie się odbywało bez jakichkolwiek objawów ze strony dróg żółciowych.

(Przypadek operowany przez Doc. Hilarowicza będzie ogłoszony).

Dla uzupełnienia dodać musimy, że operujemy prawie zawsze w znieczuleniu n. trzewiowych i obstrzykaniu powłok brzusznych, a wyjątkowo w uśpieniu.

Używamy najczęściej cięcia kątowego, rzadziej skośnego wzdłuż łuku żebrowego.

Że wyniki leczenia chirurgicznego schorzeń dróg żółciowych, a głównie pęcherzyka nie są tak zadawalające, jakbyśmy sobie tego życzyli, to widoczne. Dużo się zrobiło w technice operacyjnej, by poprawić wyniki, ale więcej na tem polu prawdopodobnie już uzyskać nie możemy. Teraz musimy współpracując z internistami uwzględnić wskazania do zabiegu, który dotychczas jest stosowany prawie, że tylko do przypadków zaniedbanych, w których organizm wycieńczony długotrwałością choroby, ścisłą dietą, narkotykami i t. d. i t. d. traci wiele na odporności. W nowoczesnej technice operacyjnej należy uwzględnić prace Pribrama, który zamyka zwykle jamę brzuszną po zabiegu na głucho, nie sączkując jej, pęcherzyk stara się zawsze usunąć podsurowiczo, a jeśli to nie daje się wykonać, przepala jego śluzówkę (mukoklaza).

Przyszłość okaże, czy to postępowanie jest dobre.

Wczesny o ile możności zabieg, wykluczając przypadki specjalnie nienadające się do leczenia chirurgicznego — oto podstawowy warunek, od którego zależy dobry wynik chirurgicznego leczenia.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Dalsze badania nad działaniem parathormonu i naświetlanej ergosteryny w tężyczce pooperacyjnej [1]).

Z Oddz. W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prym.: Doc. Dr. W. Czernecki.

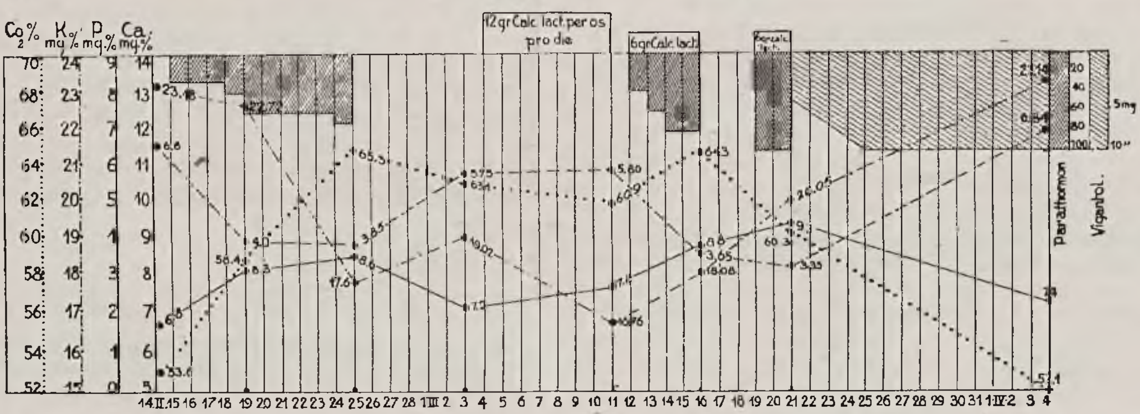
W poprzedniej naszej pracy (1) omówiliśmy działanie parathormonu w ciężkich przypadkach tężyczki pooperacyjnej. W obecnej zaś pracy, opartej na dalszych trzech przypadkach bardzo ciężkich postaci tężyczki pooperacyjnej, przedstawimy nasze dalsze spostrzeżenia nad działaniem parathormonu, szczególnie na drodze dożylnej oraz nad stosunkiem wzajemnym parathormonu i naświetlanej ergosteryny.

codziennie pojawiały się skurcze niebolesne kończyn górnych i dolnych, utrzymujące się niekiedy przez szereg godzin. Były one połączone z następowem osłabieniem mięśni kończyn zarówno dolnych, upośledzających wielce chód, jak i górnych utrudniających wykonywanie pracy (np. czesanie się, ubieranie się, mycie naczyń i tp.). Pozatem chora uskarżała się na uczucie duszności, na skurcze w zakresie połyku, na skurcze dolnych odcinków przewodu pokarmowego, połączone niekiedy z bębnicą, na skurcze pęcherza oraz mięśni twarzy z następowem utrudnieniem mowy. Do bardzo dotkliwych objawów należały wymioty, występujące 2 — 4 razy dziennie, będące najprawdopodobniej następstwem skurczu przepony, mniej zaś żołądka względnie odźwiernika; obraz roentgenologiczny żołądka wykazał stosunki normalne, badanie zaś treści żołądkowej wykazało achlorhydrję. Objaw Chwostka bardzo wybitny (III), objaw Trousseau szybko występował po ucisku, niekiedy zaś samoistnie. Pozatem ogólne osłabienie fizyczne i częściowo psychiczne.

Badanie cytologiczne krwi (14. II. 1929): 5.260,000 c. c., 6400 c. b., Hb 88 (Sahli), 68% obojętnochłonnych, 4% pałeczk., 16% limf., 11% przejść., 1% przejść., 1% zasadochłonn., 1% kwasochłonn.

Badanie chemiczne krwi: 6.8 mg% Ca. (de Waard), 6.6 mg% nieorg. P. (Bell-Doisy), 23.8 mg% K. (Kramer), 53.6% CO_2 (van Slyke), 661 mg% Na Cl. (Rusznlak) 9.57 gr % białka (refraktr.). Czas krzepnienia 55 minut (Fonio-Stephan).

Przebieg leczniczy (p. ryc. 1.): od 15. II. do 24. II. stosowaliśmy wyłącznie parathormon, wstrzykując go podskórnie dwa razy dziennie w odstępach 10-ciu godzin, zrazu po 30 jednostek na dobę, a potem do 70 jednostek na dobę. Już po pierwszym dniu stosowania parathormonu (30 jednostek) nastąpiła znaczna poprawa, albowiem parestezje i skurcze kończyn się zmniejszyły. W ciągu dalszych dni poprawa zaznaczała się jeszcze wyraźniej. Ogólny niepokój i płaczliwość ustąpiły, skurcze pojawiały się rzadziej, krócej i słabiej. Inne objawy pozostały niezmienione. Badanie krwi z dnia 19. II. wykazało poprawę a mianowicie dość znaczny wzrost wapnia (8.3 mg%), bardzo wybitny spadek fosforu na 4 mg%, inne wartości zaś utrzymywały się prawie niezmienione (22.72 mg% K., 658 mg% Na Cl., 58.4% CO_2, 9.35 gr% białka, czas krzepnienia 52 minuty). Pod wpływem zwiększenia dakowania do 60—70 jednostek obraz kliniczny posunął się znacznie na korzyść. Powróciła siła motoryczna kończyn górnych i dolnych, duszność znacznie zmniejszyła się, wymioty pojawiały się słabiej i rzadziej. Chwostek 1, Trousseau po jednej minucie. Badanie z dnia 25. II. wykazało: 8.6 mg% Ca., 3.85% P., 17.6 mg% K., 65.3% CO_2, inne wartości niezmienione. Od dnia 25. II. do 4. III.



Rys. 1.
.... Zapas zasad osocza krwi w obj. % CO_2
— — — — — Fosfor nieorg. (P) w surowicy krwi w mg %
—.—.—.— Potas (K) w surowicy krwi w mg %
—————— Wapń całkowity (Ca) w surowicy krwi w mg %

Przypadek I. U chorej M. K. lat 52, wystąpiły po operacji wola, jeszcze na stole operacyjnym, dnia 5. V. 1928 ciężkie objawy tężyczki, która, leczona skutecznie dożylnemi wlewaniami cal. chlorat., z ostrej postaci przemieniła się z czasem w postać przewlekłą. Objawy tężyczki występowały w rozmaitem nasileniu, a w ostatnich kilku miesiącach znacznie się wzmogły. Prawie

zrobiliśmy przerwę w leczeniu. Już na drugi dzień po odstawieniu parathormonu poczęły powracać objawy tężyczkowe, które w ciągu dalszych dni wybitnie się wzmogły, jakkolwiek nie osiągnęły tego nasilenia, jakie było przed rozpoczęciem leczenia. Badanie krwi z dnia 3. II., a więc po tygodniu przerwy, wykazało spadek wapnia na 7.2 mg% Ca., wzrost fosforu do 5.75 mg%, inne wartości nie wykazały znaczniejszych wahań. Od 3. III. do 11. III. zastosowaliśmy doustnie calc. lact. w ilości 12 gr. na dobę (cztery razy po 3 gr.) bez parathormonu.

---

[1]) Według odczytu wygłoszonego na XIII-ym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wilnie (1929).

Objawy kliniczne wprawdzie się poprawiły, jednak nie w tym stopniu jak po parathormonie. Badanie krwi z dnia 11. III.: poziom wapnia podniósł się tylko na 7.8 mg%, fosfor pozostał prawie niezmieniony, inne wartości poza spadkiem potasu bez zmiany. Wobec tego przystąpiliśmy do leczenia kombinowanego. Od dnia 12. III. do 16. III. wstrzykiwaliśmy parathormon w wzrastających dawkach 40 — 80 jednostek dziennie i równocześnie podawaliśmy doustnie 6 gr. calc. lact. dziennie (4 razy po 1½ gr. pro dosi). Leczenie kombinowane dało bardzo wybitną poprawę, niektóre jednak objawy tężyczkowe jak duszność i wymioty jeszcze się utrzymywały. Odpowiadał temu też obraz chemiczny krwi z utrzymującą się jeszcze hypocalcemią 8.8 mg% (16. III.). Dopiero przy dawkowaniu 100 jednostek parathormonu pro die (50 jedn. pro dosi, w odstępach 10-ciu godzin) i niezmienionemu dawkowaniu calc. lact. mogliśmy uzyskać zupełne zniknięcie wszystkich objawów tężyczkowych i prawidłowy obraz chemiczny krwi. Badanie bowiem krwi z dnia 21. III. wykazało: poziom wapnia osiągnął wreszcie dolną granicę prawidłową (9.3 mg%), fosfor opadł do dolnej granicy prawidłowej (3.35 mg%), inne zaś wartości wahały w granicach prawidłowych.

Po odstawieniu parathormonu i calc lact. zastosowaliśmy w dniach od 23. III. do 4. IV. wyłącznie naświetlaną ergosterynę (vigantol Mercka w kroplach) po 5 mg. pro die, w dawkach rozłożonych na dwie części, przechodząc powoli wobec braku efektu do 10 mg. pro die. Pomimo tego leczenia objawy tężyczkowe zaczęły wracać, potęgując się z dnia na dzień i wkrótce pojawił się z powrotem dawny pełny obraz ciężkiej tężyczki z okresu przed stosowaniem parathormonu. Na podkreślenie zasługuje spostrzeżenie, że już po kilku dniach stosowania naświetlanej ergosteryny wystąpiły toksyczne objawy vigantolu, jak brak apetytu, nudności, wymioty, biegunki, bladość, bardzo silne ogólne osłabienie tak, że po dwóch tygodniach musiano to leczenie przerwać. Obraz chemiczny krwi z tego okresu (4. IV.): wybitny spadek wapnia na 7.4 mg% wzrost fosforu na 6.84 mg% i potasu na 23.14 mg%, spadek zapasu zasad na 52.1 a później na 48.1 % CO_2, wzrost białka w surowicy na 10.2 gr %, chlorki (653 mg%) i czas krzepnienia niezmieniony.

Dokładna obserwacja tego przypadku wskazuje, że wprawdzie już po 30 jednostkach parathormonu na dobę zaznaczała się poprawa kliniczna jak i chemiczna, to jednak zupełną poprawę można by uzyskać po zastosowaniu 100 jednostek na dobę, przy równoczesnem stosowaniu doustnie calc. lact. W poprzednich zaś naszych przypadkach tężyczki osiągaliśmy zupełne zniknięcie objawów chorobowych po dawkowaniu o połowę słabszem t. j. 50 jednostek i bez uciekania się do równoczesnego stosowania przetworów wapnia. Spostrzeżenie to poucza nas jak dalece leczenie parathormonem musi być indywidualne i ostrożne, tem więcej, że zastosowanie tak wysokich dawek, jak 100 jednostek, w poprzednich naszych przypadkach, mogłoby doprowadzić do zespołu przewapnienia (syndrom hypercalcemiczny). Przypadek nasz jest też przykładem dość opornego oddziaływania tężyczki na parathormon. Wypada zaznaczyć, że również w przypadku Hjort'a i Eder'a (2) wpływ parathormonu, pomimo wstrzykiwania 130 jednostek na dobę, był nieznaczny a dopiero okazał się wybitnym przy równoczesnem stosowaniu doustnem wyciągów tarczycy. W dalszym ciągu można zauważyć, że po odstawieniu parathormonu poczęły szybko wracać kliniczne i chemiczne objawy tężyczki. Odnośnie do obrazu chemicznego należy podnieść, że w miarę poprawy pod wpływem parathormonu poziom fosforu i potasu znacznie szybciej oddziaływał spadkiem, niżli poziom wapnia wzrostem, zapas zaś zasad podniósł się z dolnej granicy do poziomu prawidłowego, w przeciwieństwie do zachowania się zapasu zasad w przyp. 1. Poziom chlorków i białka w surowicy krwi nie ulegał większym wahaniom. Podobnie krzywa krzepnienia krwi pozostawała w niezmienionych granicach w przeciwieństwie do krzywej krzepnienia przypadku 1-go.

Leczenie przeprowadzone wyłącznie przetworami wapnia, pomimo stosowania dużych dawek calc. lact., dawało tylko poprawę częściową zarówno w obrazie klinicznym jak i chemicznym.

Działanie naświetlanej ergosteryny zawiodło zupełnie, pomimo dawkowania do 10 mg. pro die, w przeciwieństwie do dodatnich spostrzeżeń Chottingera i Sterna. Na uwagę zasługuje pojawienie się ubocznych objawów toksycznych vigantolu po zastosowaniu niedużych dawek (5 mg) i po krótkim czasie (kilka dni), które wzmogły się bardzo wybitnie po zastosowaniu 10 mg pro die. Na podstawie piśmiennictwa mogliśmy zauważyć, że większość autorów nie stwierdzała występowania objawów ubocznych. Również Chwalibogowski (3) podnosi, że ani razu nie widział pojawienia się objawów toksycznych w okresie stosowania naświetlanej ergosteryny w dawce 4 mg. pro die na okres 4 — 8 tygodni. W każdym razie leczenie naświetlaną ergosteryną nawet małemi dawkami winno być ostrożne, jak to też wynika z prac doświadczalnych Karasińskiego (4), który stwierdzał występowanie objawów toksycznych u zwierząt po stosowaniu małych dawek naświetlanej ergosteryny.



Ryc. 2. (przyp. 2-gi)
Stan tężyczki bezpośrednio po napadzie, w 20 minut po wstrzyknięciu 20 jednostek parathormonu dożylnie i 30 jedn. podskórnie. Skurcze rąk jeszcze się utrzymujące. Wyraz twarzy zmęczony.

Te uboczne objawy naświetlanej ergosteryny, istotnie zgodnie ze spostrzeżeniami Hessa i György'ego, łudząco przypominają zespół przewapnienia po parathormonie. Jednak wbrew ich twierdzeniu nie możemy uważać tych objawów ubocznych jako następstwo przewapnienia, jak to miało miejsce w przypadkach György'ego (17 mg%!), albowiem w naszym przypadku poziom wapnia w surowicy krwi był na szczycie pojawienia się tych objawów bardzo wybitnie obniżony (7.4 mg%). Jesteśmy raczej skłonni przyjąć wraz z Bambergiem i Degkwitzem toksyczne działanie naświetlanej ergosteryny, jako przyczynę pojawiania się ubocznych objawów.

Przypadek 2. — Chory K. M., lat 23, cierpi od trzech miesięcy na bardzo ciężką postać tężyczki pooperacyjnej, która wystąpiła bezpośrednio po strumektomji na stole operacyjnym. Od tego czasu pojawiały się codziennie napady tężyczkowe, które można było usuwać jedynie przez codzienne wstrzykiwanie dożylne calc. chlorat. oraz domięśniowe magn. sulf. Na oddział nasz chory przybył ze szpitala w Stanisławowie [1]) dnia 10. IV. 29 w stanie najcięższego napadu tężyczkowego (15 godzin po ostatniem wlewaniu dożylnem calc. chlor.) Chory krzyczał i rzucał się wskutek bardzo bolesnych skurczów kończyn dolnych, górnych, mięśni brzucha, tułowia i karku. Na skutek skurczu zwieracza pęcherza chory nie mógł samoistnie oddawać moczu, który w pęcherzu zalegał w wielkiej ilości. Badanie krwi przeprowadzone tego dnia: 4,9 mg % Ca, 38,47 mg % K., 8,9 mg % P., 65,2 obj. % CO_2, czas krzepnienia 74 minuty. O godzinie 11-ej chory dostał 15 kropli dwuprocentowej morfiny doustnie i 1 ampułkę pantoponu podskórnie. Wynik ujemny. O godz. 2-iej wstrzyknięto 20 jednostek parathormonu dożylnie i 30 jednostek podskórnie. Już 20 minut potem nastąpiła niezwykła poprawa. (p. ryc. 2). Rzucanie się ustało, bolesne skurcze mięśni bardzo wybitnie się zmniejszyły, nastąpiło samoistne oddanie moczu, chory się uspokoił i 2 godziny potem głeboko usnął. Sen trwał bez przerwy do dnia następnego. Dnia 11. IV.: brak objawów tężyczkowych, zupełna amnezja odnośnie do dnia poprzedniego, stan chorego dobry, lekkie tylko osłabienie. Badanie krwi z tego dnia wykazało wzrost wapnia na 3,6 mg %, nieznaczny zaś spadek fosforu i potasu (7,93 mg % P., 34,08 mg % K.), zapas zasad 63,2 obj. % CO_2 Na skutek nie kontynuowania leczenia parathormonem objawy tężyczkowe poczęły po kilku dniach powoli powracać, nie dochodząc jednak w ciągu 3-ech tygodni do silniejszego nasilenia. Dnia 30. IV.:

[1]) P. Dyrektorowi szpitala w Stanisławowie A. Lachmundowi dziękujemy uprzejmie za skierowanie tego przypadku na nasz oddział.

Chwostek II, Trosseau po 1/2 minucie, ogólne osłabienie mięśniowe, chód niepewny, zawroty głowy i ćmienia przed oczyma. Badanie krwi: 6,2 mg % Ca, 20,2 mg % K., 8,36 mg % P., 65,2 obj. % CO_2, czas krzepnienia 52 minuty.

Od dnia 1. V. rozpoczęliśmy leczenie naświetlaną ergosteryną (zrazu vigantol Merck'a, potem vitavit Spiessa), w dawkach od 6 mg do 12 mg na dobę in dosi refracta. Chory znosił leczenie to bardzo dobrze. Już po jednotygodniowem stosowaniu nastąpiła wybitna poprawa, objawy tężyczkowe ustąpiły. Badanie krwi z 23. V.: 8,1 mg % Ca, 23,6 mg % K., 4,35 mg % P. (!), zapas zasad 59,4 obj. % CO_2. W 6-ym tygodniu stosowania naświetlanej ergosteryny pojawiły się uboczne objawy jak nudności, brak apetytu, silne biegunki, bladość twarzy; objawów nerkowych nie stwierzono. Badanie krwi przeprowadzone na szczycie pojawienia się tych objawów: 9,1 mg % Ca, 5,2 mg % P., 17,2 mg % K., 56,7 obj. % CO_2. Po odstawieniu preparatu objawy uboczne rychło ustąpiły. Ogólny stan chorego korzystny, brak objawów tężyczkowych.

Przypadek ten z bardzo wielu względów zasługuje na uwagę. Przedewszystkiem uderza fakt, że dożylne wstrzyknięcie 20 jednostek parathormonu (obok 30 podskórnie) spowodowało w ciągu 20 minut bardzo szybką poprawę. Stąd wniosek, że dożylne stosowanie parathormonu, znajduje wskazanie we wszystkich tych przypadkach tężyczki, których bardzo gwałtowny i ostry przebieg mógłby spowodować zejście śmiertelne w ciągu kilku godzin. Wstrzyknięcie zaś podskórne parathormonu wykazuje działanie znacznie później (5 — 15 godzin) i w takich przypadkach zejście śmiertelne wystąpiłoby wcześniej, zanim rozpoczęłoby się działanie hormonu. W dalszym ciągu uderza niewyjaśnione jeszcze zachowanie się przebiegu klinicznego i chemicznego. Albowiem po jednorazowem wstrzyknięciu podskórnem i dożylnem parathormonu, ciężkie napady tężyczkowe, występujące dotychczas codziennie, ustały zupełnie, objawy tężyczkowe poczęły dopiero pojawiać się po dłuższym czasie, nie dochodząc jednak do silniejszego nasilenia.

Pod względem zaś zachowania się obrazu chemicznego krwi pod wpływem parathormonu, musimy podnieść, że parathormon jakkolwiek spowodował wybitny wzrost poziomu wapnia, to jednak wpływ na poziom fosforu i potasu był nieznaczny, w przeciwieństwie do zachowania się obrazu chemicznego w naszych poprzednich przypadkach. Zapas zasad nie ulegał prawie zmianie.

W dalszym ciągu musimy wyróżnić bardzo korzystne działanie naświetlanej ergosteryny. W poprzedniej naszej pracy wspomnieliśmy, że naświetlana ergosteryna nie wywiera korzystnego wpływu na tężyczkę eksperymentalną u zwierząt, a u ludzi wpływ ten jest niejednakowy, raz już to ujemny, jak np. w poniżej opisanym naszym przypadku, jużto dodatni, jak np. w przypadkach Chottingera i Sterna. W tym przypadku wystąpiło pełne działanie przeciwtężyczkowe naświetlanej ergosteryny, zarówno pod względem klinicznym jak i chemicznym. Charakterystycznem było zachowanie się fosforu, który się nie podniósł, lecz przeciwnie wybitnie opadł z 8,36 na 4,35.

Bardzo ważnem jest spostrzeżenie, że w okresie pojawienia się objawów ubocznych z końcem szóstego tygodnia stosowania naświetlanej ergosteryny, poziom wapnia nie był podwyższony, lecz prawidłowy (9,1 mg %). Spostrzeżenie to pozwala nam, podobnie jak w poprzednim naszym przypadku, odrzucić przewapnienie krwi, jako przyczynę występowania objawów ubocznych, a raczej przyjąć toksyczne działanie naświetlanej ergosteryny.

W końcu przypadek ten jest przykładem korzystnego leczenia kombinowanego parathormonem i naświetlaną ergosteryną. W cięższych tedy przypadkach tężyczki należy leczenie rozpocząć wstrzykiwaniami parathormonu, celem szybkiego opanowania obrazu chorobowego tężyczki, a później dopiero próbować kontynuowania leczenia przy pomocy naświetlanej ergosteryny.

Przypadek 3. — Chory A. C., lat 26 został przeniesiony dnia 24. V. 29 z oddziału chirurgicznego na nasz oddział na skutek pojawienia się bardzo ciężkiej i ostro przebiegającej tężyczki pooperacyjnej oraz ciężkiego zapalenia odoskrzelowego płuc. Tężyczka wystąpiła w 8-ym dniu po operacji raka tarczycy, a w 6-tym dniu trwania zapalenia płuc. Stan ogólny chorego niezwykle ciężki, ciepłota ciała 39,4° C, wielka duszność, bardzo silne poty, tętno 130, miękkie, bardzo wybitne objawy tężyczki, jak bolesne skurcze kończyn dolnych i górnych, mięśni twarzy z zaostrzeniem ust i utrudnieniem wymowy, skurcz zwieracza pęcherza z następowem silnem zatrzymaniem moczu, którego chory samoistnie oddawać nie mógł. Badanie krwi: 5,6 mg % Ca, 22, mg % K., 6,5 mg % P., zapas zasad 59,5 obj. % CO_2. Obok kontynuowania leczenia dotychczas stosowanego na odziele chirurgicznym (środki nasercowe, przeciwgorączkowe i t. p.), wstrzyknęliśmy o godz. 6,15 wieczorem 20 jednostek parathormonu dożylnie i 30 jednostek podskórnie. Wobec braku efektu wstrzyknęliśmy w godzinę potem ponownie 20 jednostek parathormonu dożylnie. Poprawa nie nastąpiła i o godz. 930 nastąpiło zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono obok raka tarczycy i utrzymanego obrazu tężyczkowego (skurcze mięśniowe), rozlane i obustronne zapalenia odoskrzelowe płuc i zwyrodnienie miąższowe wszystkich narządów.

Jak widzimy, że w tym bardzo ciężkim przypadku leczenie parathormonem zawiodło, pomimo zastosowania 70 jednostek dożylnie i podskórnie. Brak efektu mógł być tutaj następstwem bądźto zmniejszonej zdolności mobilizowania wapnia z tkanek zwyrodniałych, bądź też niedostatecznego dawkowania w stosunku do ogólnie ciężkiego stanu chorobowego.

Streszczenie.

1) W bardzo ciężkich i ostro przebiegających przypadkach tężyczki wskazanem jest, obok wstrzykiwania podskórnego, dożylne wlewanie parathormonu. Działanie parathormonu na drodze dożylnej jest znacznie wybitniejsze i szybsze (20 minut do 1½ godziny), niżli na drodze podskórnej (5 — 15 godz.). Wyniki lecznicze po parathormonie przedstawiają się bardzo korzystnie, albowiem tylko w jednym przypadku na 5, leczenie parathormonem zawiodło. Dawkowanie parathormonu winno być indywidualnie przeprowadzone pod kontrolą poziomu wapnia we krwi.

2) Naświetlana ergosteryna w dawkach 10 — 12 mg na dobę wykazała w jednym przypadku bardzo korzystne działanie, w drugim zaś pozostała bez efektu. Mniejsze dawki ergosteryny nie dawały pożądanego wyniku. W obu przypadkach wystąpiły uboczne objawy naświetlanej ergosteryny, przypominające klinicznie zespół przewapnienia po parathormonie. Brak jednak hypercalcemji w naszych przypadkach, w okresie pojawienia się tych objawów ubocznych, przemawia przeciw utożsamieniu ich z patogenezą zespołu po parathormonie a raczej pozwala przyjąć toksyczne działanie preparatu.

Piśmiennictwo.

1) Elmer i Scheps: P. G. L. 1929, Nr. 9, tamże piśmiennictwo odnośne do parathormonu. — 2) Hjort i Eder: Journ. of Am. Med. Assoc., 88, 1475, 1927. — 3) Chwalibogowski: P. G. L. 1929, Nr. 28, 29 i 30, tamże piśmiennictwo odnośne do naświetlanej ergosteryny. — 4) Karasiński: P. G. L. 1929, Nr. 31 tamże piśmiennictwo odnośne do naświetlanej ergosteryny.

A. LANDAU, Jerzy GLASS, St. KAMINER i St. LILJENFELD - KRZEWSKI. Warszawa.

Z kazuistyki cukrzycej.

Przypadek ciężkiej cukrzycy, powikłanej wolem gruczolakowatem jadowitem.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Doniesienie II-e.

Przypadki skojarzenia cukrzycy z cierpieniami innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (przysadki, tarczycy i t. d.) ciekawe teoretycznie, jako ogniwa łańcucha schorzeń wielogruczołowych, ciekawe są również z punktu widzenia klinicznego, ze względu na swój odmienny i wielce nieraz charakterystyczny przebieg. Niedawno z oddziału naszego opisany został przypadek współistnienia cukrzycy z otyłością przysadkową *(dystrophia adiposo - genitalis)* [1]). Obecnie podać chcemy przypadek skojarzenia cukrzycy z wolem gruczolakowatem jadowitem *(struma adenomatosa toxica)*. Przypadek ten jest wielce pouczający ze względu na swój niezwykle złośliwy przebieg i nasuwa pewne reflekcje kliniczne.

Opis przypadku.

Chora J. W., lat 46, przywieziona została w stanie nieprzytomnym do szpitala dnia 7. I. 1929 r. Wywiady zebrane od córki chorej (kobiety wykształconej) były następujące: Matka jej była zupełnie zdrowa do lipca 1928 r., pracowała, nie miała żadnych dolegliwości. W lipcu odczuwać zaczęła bicie serca, wskutek czego zwróciła się do lekarza, który podobno rozpoznał „chorobę serca"

---

1) A. Landau, M. Fejgin i M. Temkin: Polska Gazeta Lekarska, w druku.

i zaczął w tym kierunku leczyć. Poza sensacjami sercowemi chora innych dolegliwości nie miała. W końcu listopada wykonano z polecenia lekarza badanie moczu. Badanie to wykazało: obecność cukru gronowego w ilości 9%, bez ciał acetonowych i bez innych składników patologicznych. Jak to córka chorej wyraźnie podkreśla, w okresie czasu, poprzedzającym badanie moczu, matka jej nie miała żadnych dolegliwości, świadczących o istnieniu cukrzycy (poliurji, polifagji, polidipsji, świądu skóry i krocza, czyraczności i t. d.). Po stwierdzeniu cukromoczu chorą leczyć zaczęto dietetycznie. Insuliny nie stosowano. Powtórne badanie moczu wykonane dnia 4. I. 1929 r., a więc na trzy dni przed przybyciem chorej do szpitala, wykazało 8% cukru, nadal bez ciał acetonowych. Zaznaczyć tu należy, że badanie to wykonano w pracowni bardzo odpowiedzialnej.

Noc z dnia 6-go na 7-y stycznia chora spędziła bardzo niespokojnie, rzucała się na łóżku i była bardzo podniecona. O godz. 8-ej nad ranem straciła przytomność i w stanie tym 12,30 przywieziona została na oddział.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: (bardzo utrudnione ze względu na stan chorej). Chora w stanie śpączkowym. Tętno 140 na minutę, b. słabo wypełnione, miękkie. Oddechów 42 na minutę; typ oddychania piersiowy, powierzchowny, z wydechem słyszalnym. Odżywienie upośledzone. Skóra sucha, zimna. Nos i kończyny chłodne, sinawe. Obrzęków niema. Źrenice wąskie, nie odziaływują zupełnie na światło. Wytrzeszcz gałek ocznych umiarkowanego stopnia. Napięcie gałek ocznych b. wiotkie. Język i błona śluzowa gardła bardzo suche.

Gruczoł tarczowy powiększony, szczególnie w części środkowej. Wyczuwa się tu guzek wielkości orzecha laskowego, dość twardy.

Płuca: nic szczególnego. Serce: uderzenie koniuszkowe w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej, na wewnątrz linji sutkowej. Granic serca oznaczyć nie można. Tony przy koniuszku zlekka głuche, I-y ton ze szmerkiem skurczowym; u podstawy — dwa tony ciche.

Jama brzuszna: brzuch poniżej klatki piersiowej zapadnięty; w okolicy prawego dołu biodrowego i prawego podżebrza wyczuwa się nieznaczne napięcie powłok brzusznych.

Odruchy kolanowe i Achillesowe — zniesione.

Mocz (cewnikowany): w ilości 30 cm, odczyn kwaśny, c. wł. 1015, białko — 0,06%, cukier — 2%, wybitnie dodatnie próby na aceton i kwas aceto-octowy; pozatem żadnych składników patologicznych się nie stwierdza.

Zawartość cukru we krwi (obliczona mikrometodą Banga) — 3,80 g na litr.

Zasób zasad osocza (obliczony met. V. Slyke'a) — 14.9 obj. CO_2%.

Stężenie chloru w osoczu — 3,95 g na litr.

Stężenie chloru w krwinkach — 2,31 g na litr.

Wskaźnik chlorowy krwinek — 0,60.

Na oznaczenie mocznika w osoczu niestety zabrakło tego ostatniego.

Rozpoznanie w przypadku tym nie nastręczało żadnych trudności. Całkowity obraz kliniczny, przy obecności cukru i ciał ketonowych w moczu, dalej wysoki poziom glikemji oraz znacznie obniżony zasób zasad osocza, wszystko to świadczyło o tem, że mieliśmy tu do czynienia z typową kwasicową śpiączką cukrzycową. Prócz tego, stwierdzając u chorej naszej wytrzeszcz gałek ocznych oraz rozlane powiększenie tarczycy z guzkiem w środkowym jej płacie, rozpoznaliśmy u niej wole gruczolakowate; stan chorej uniemożliwił stwierdzenie, czy wole to miało charakter dobrotliwy, czy jadowity; wywiady wraz z objawami klinicznemi świadczyły jednak raczej o jadowitości wola. Po ustaleniu rozpoznania, wstrzyknięto chorej o godz. 13, a więc w $^1/_2$ godz. po przybyciu jej na odział, 50 jedn. insuliny holenderskiej Leo, a o godz. 13,30 ponownie 20 jedn. insuliny. O godz. 14-ej, ze względu na to, że śpiączka nie ustępowała, a w moczu cewnikowanym stwierdzono ponownie obecność cukru w ilości 2%, oraz wybitnie dodatnie próby na ciała acetonowe, zastrzyknięto znów 20 jedn. insuliny. O godz. 14,30 ponowiliśmy znów zastrzyknięcie insuliny w ilości 20 jednostek. Prócz tego od przybycia chorej na oddział stosowano oczywiście leki nasercowe (kamfora, koffeina i t. d.).

O godz. 15-ej (a więc po 3-godzinnym pobycie w szpitalu) chora, nie odzyskawszy przytomności, zmarła.

B a d a n i e s e k c y j n e (wykonane dnia 8. I. 1929 r.):

Budowa prawidłowa, wątła. Odżywienie liche; skóra bladawa, elastyczna. Klatka piersiowa wąska, płaska. Kąt międzyżebrowy ostry. Ustawienie przepony: po stronie prawej — na V-ym żebrze, po stronie lewej — na żebrze VI-ym.

Sieć pokrywa jelita, w zrostach z przydatkami i macicą. Wątroba i śledziona schowane pod łukiem żebrowym. Ułożenie trzew prawidłowe. Otrzewna gładka, lśniąca. Narząd oddychania bez zmian.

Narząd krążenia: Osierdzie i nasierdzie gładkie, lśniące. Serce większe od pięści zmarłej. Wierzchołek zaokrąglony. Serce prawe w rozkurczu, zawiera obfite skrzepy i krew płynną. Aparat zastawkowy niezmieniony. Mięśnie beleczkowate i brodawkowate zgrubiałe, jednocześnie przypłaszczone. Serce lewe: zawartość skrzepów skąpsza. Aparat zastawkowy bez zmian. Tętnica główna o błonie wewnętrznej gładkiej, lśniącej. Mięsień sercowy jędrny, o wyglądzie prawidłowym. Mięśnie beleczkowate i brodawkowate dość znacznie zgrubiałe.

Narządy krwiotwórcze: Śledziona mała, wiotka, torebka pomarszczona, na przekroju na nożu nic się nie zbiera. Rysunek prawidłowy.

Narządy trawienia: Przełyk, żołądek i jelita bez zmian. Wątroba mała, brzeg ostry, zabarwienie szaro-wiśniowe, ogniskowo żółte. Na przekroju rysunek zachowany, zabarwienie jak powierzchni. Krucha.

Narządy moczowopłciowe: Nerka prawa dość duża. Torebka cienka, schodzi łatwo. Powierzchnia gładka, różowo-żółta. Na przekroju rysunek wyraźny, zabarwienie powierzchni prawidłowe. Piramidy zasinione, odcinają się wyraźnie. W korze na całej powierzchni widać szaro-żółtawe punkciki (odpowiadające zapewne zmenionym kłębkom?). Nerka lewa: jak prawa. Pozostałe narządy moczowopłciowe bez zmian.

Gruczoły wydzielania wewnętrznego: Nadnercza bez zmian. Tarczyca b. duża, twarda, w środkowej części guzek wielkości orzecha laskowego; na przekroju szaro-różowa o słabym połysku. Trzustka bardzo mała, wiotka, zabarwienie szaro-żółtawe, tkanki tłuszczowej międzyzrazikowej brak.

R o z p o z n a n i e s e k c y j n e: *Glomerulo nephritis subacuta(?). Dilatatio cordis dextri. Hypertrophia levi oris gradus cordis totius. Atrophia pancreatis. Struma parenchymatosa (?). Infiltratio adiposa focalis hepatis.*

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e w y c i n k ó w z n a r z ą d ó w (Dr. Połtorzycka): Trzustka: Budowa zrazikowa dobrze zachowana; dookoła zrazików nieco większa ilość tkanki łącznej, niektóre zraziki, zachowując swą budowę zwykłą, ulegają zmianom gnilnym (jądra przestają się barwić); liczba wysepek Langerhansa w ogonowej części trzustki jest mniejsza, lecz te wysepki, które spostrzega się w preparacie są duże i zupełnie dobrze zachowane.

Nerki: Zmiany w nerkach dotyczą prawie wyłącznie kanalików (głównie krętych) i sprowadzają się do wybitnego stłuszczenia nabłonków kanalików; komórki nabłonkowe są obrzmiałe i zwężają znacznie światło kanalików. Kłębuszki Malpighiego są równomiernej wielkości, gdzieniegdzie pod torebką zawierają nieznaczne ilości ściętego białka. Nacieków zapalnych w tkankach nie stwierdzono.

Tarczyca: Mikroskopowo składa się z szeregu pęcherzyków nierównomiernej wielkości, w wielu miejscach porozgałęzianych lub wytwarzających brodawczakowate wyrośla. Niektóre pęcherzyki nie posiadają światła, inne zaś są porozszerzane i zawierają koloid płynny, kwasochłonny; nabłonek, wyścielający pęcherzyki, jest wszędzie kostkowy, jądra komórek barwią się wyraźnie; tu i ówdzie spotyka się dość znaczne skupienia limfocytów (nacieki zapalne).

Badanie autopsyjne nie wykazało bezpośredniej przyczyny śmierci; (zmiany nerkowe okazały się przy badaniu histopatologicznem zwykłemi zmianami miąższowemi i tłuszczowemi i odpowiadały t. zw. *nephropathia diabeticorum*). Pozatem stwierdzono tu zmiany anatomiczne, jakie się stwierdza zwykle w śpiączce cukrzycowej (zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, zanik trzustki, zmiany tłuszczowe nerek, rozszerzenie komór serca). Było to oczywiście potwierdzeniem rozpoznania klinicznego. Co się tyczy zmian w gruczole tarczowym to badanie mikroskopowe wykazało, że mieliśmy tu do czynienia z wolem gruczolakowatem jadowitem, **struma** *basedovficata*, a więc tą postacią złośliwego wola, które według klasyfikacji P l u m m e r a i B o o t h b y'e g o (1), jakiej się trzymamy, nosi nazwę *„struma adenomatosa toxica"*.

II.

Zanim przystąpimy do omówienia swego przypadku, chcemy tu zwrócić uwagę na pewien objaw, który, zdaniem naszem, ma znaczenie w rozpoznawaniu stanu kwasicowego, a który stwierdziliśmy również i u naszej chorej. Objawem tym jest charakterystyczne rozmieszczenie chloru we krwi.

W pracy poprzedniej, ogłoszonej w Warszawskiem Czasopiśmie Lekarskiem [2]), badaliśmy rozmieszczenie chloru między osoczem i krwinkami w różnych stanach chorobowych i zajmowaliśmy się zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju. Stwierdziliśmy tam, między innemi, że w stanach kwasicowych następuje przesunięcie chloru z osocza do krwinek, co powoduje wzrost ładunku chlorowego krwinek. Stężenie chloru w krwinkach, które w warunkach normalnych waha się od 1,70 do 1,95 g na litr, a przeciętnie wynosi koło 1,80 g — wzrasta w tych stanach znacznie, przekraczając często liczbę 2 g. Na 12 badanych przypadków kwasicowych objaw ten stwierdziliśmy w 9 przyp. i ani razu w 23 przypadkach bezkwasicowych.

Wskutek tego przesunięcia chloru do krwinek, iloraz ze stężenia chloru w krwinkach do stężenia chloru w osoczu, zwany przez nas wskaźnikiem chlorowym krwinek, wzrasta. Wskaźnik ten w warunkach prawidłowych waha się od 0,47 do 0,55, a przeciętna jego wartość wynosi 0,52. W stanach kwasicowych zwiększa się on powyżej 0,55, a w kwasicach ciężkich znajduje się on zwykle powyżej 0,60, przekraczając nieraz liczbę 0,70 nawet. Nad mechanizmem zjawiska tego nie chcemy się tu zatrzymywać, odsyłamy do pracy naszej oryginalnej (5); zaznaczyć chcemy jedynie, iż na 12 przypadków kwasicowych, bez względu na to, czy były to kwasice nerkowe, czy cukrzycowe, czy wreszcie gazowe, — objaw ten stwierdziliśmy w 11 przypadkach.

W przypadku obecnym badaliśmy również rozmieszczenie chloru we krwi i tu, jak i w poprzednich spostrzeżeniach, stwierdziliśmy to zjawisko. Ładunek chlorowy krwinek wynosił tu 2,31 g na litr (zamiast liczb normalnych 1,70 — 1,95), a wskaźnik chlorowy krwinek był tu również zwiększony i wynosił 0,60 zamiast liczby normalnej 0,52.

Natomiast liczba stężenia chloru w osoczu odbiegała w tym przypadku od cyfr, które spostrzegaliśmy poprzednio w kwasicach cukrzycowych. W poprzednich badaniach stwierdzaliśmy z reguły w cukrzycy hypochloremję osocza. W przypadku obecnym znaleźliśmy przeciwnie zwiększenie stężenia chloru w osoczu (3,95 g zamiast liczb normalnych 3,40 — 3,60 g na litr). Przypuszczaliśmy początkowo, iż hyperchloremja ta zależy od zmian nerkowych (w stanach przewlekłego zapalenia nerek często stwierdza się zwiększenie zawartości chloru w osoczu). Jednakże badanie histopatologiczne nerek, wskazując wyłącznie ich zmiany miąższowe, świadczyło o tem, że tak nie jest. Co było przyczyną tej hyperchloremji osocza — rozstrzygnąć nie możemy z powodu parogodzinnego zaledwie pobytu chorej w szpitalu. Być może, że zależała ona od przedśmiertnego zagęszczenia krwi, albo od czynnościowej niedomogi nerkowej, która istnieje nieraz w stanach śpiączki cukrzycowej. Wreszcie nieznany jest jeszcze dokładnie związek między stanami nadczynności gruczołu tarczowego, a regulacją chlorową.

Natomiast przesunięcie chloru do krwinek było tu wiernem odbiciem stanu kwasicowego czego wyrazem z drugiej strony był znacznie obniżony (14,9 obj. CO^2 %) zasób zasad osocza.

III.

Przypadek niniejszy zasługuje z kilku względów na uwagę. Przedewszystkiem ciekawe jest tu kazuistyczne współistnienie cukrzycy z wolem złośliwem gruczolakowatem, a więc ze stanem nadczynności gruczołu tarczowego. O ile w piśmiennictwie znaleść można wielką ilość doniesień, tyczących się stanów przemijającego cukromoczu w przebiegu hypertyreozy, to połączenie prawdziwej cukrzycy z chorobą Basedowa lub jadowitym gruczolakiem tarczycy jest już znacznie mniej częste.

Zespół ten chorobowy opisał w r. 1867 we Francji po raz pierwszy Dumontpallier. Od tego czasu pojawiać się zaczęły spostrzeżenia kliniczne, tyczące się skojarzenia tych dwu jednostek chorobowych. W r. 1913 Sainton i Gastaud (2) zebrali już z piśmiennictwa światowego 50 takich przypadków. Poszczególne przypadki opisane zostały przez Balleta, Burnesa, Noordena, Ewalda, Grawitza (2), Faltę, Oratora (3), Straussa (4), Müllera (6), Charvàta (7), dalej we Francji przez Labbégo (8), Merklena, w Polsce ostatnio przez Elmera i Ptaszka (9).

Jeśli idzie o częstość tych zespołów chorobowych to najmiarodajniejsze są pod tym względem przytłaczające liczbą przypadków nowoczesne statystyki amerykańskie.

---

[2]) A. Landau, Jerzy Glass i St. Kaminer: „Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej“. Warsz. Czas. Lek. Nr. 11, 12, 13, 14, 1929 r.

Przytoczyć tu należy największe trzy statystyki: Fitza, Wildera oraz Joslina i Zaheya. Fitz (10) (statystyka z r. 1921 z kliniki Mayo) na 1800 przypadków choroby Basedowa opisuje 9 przyp. skojarzonych z cukrzycą i odsetek częstości tego zespołu oznacza na 0,5%. Dalej Wilder (11) (statystyka z r. 1926, oparta również na materjale Mayo) na 1131 przypadków wola gruczolakowatego jadowitego przytacza 23 przyp. współistnienia cukrzycy, a na 2340 przyp. choroby Basedowa — 15 przyp. cukrzycy. Łącznie więc na 3471 przyp. hypertyreozy opisuje 38 przyp. jednoczesnego skojarzenia z cukrzycą. Odsetek podany przez niego wynosi więc 1,1%. Wreszcie Joslin i Lahey (12) (statystyka z r. 1928) na 4917 przyp cukrzycy opisuje 43 przypadki współistnienia choroby Basedowa (0,86%) oraz 23 przyp. współistnienia wola jadowitego gruczolakowatego (0,57%).

Jak wynika więc z danych statystycznych przytoczonych wyżej, współistnienie cukrzycy ze stanami nadczynności gruczołu tarczowego nie jest zbyt częste, nie należy jednak z drugiej strony do rzadkości i wskutek tego posiada znaczenie praktyczne. Jeżeli do niedawna uważano związek tych dwu stanów chorobowych wyłącznie za przypadkowy, to obecnie, w świetle nowoczesnych badań nad antagonizmem trzustki i tarczycy zwraca się na nie baczniejszą uwagę, oraz upatruje się w tem skojarzeniu nawet związek przyczynowy. Przypadki podobne mają duże znaczenie dla oceny wzajemnego stosunku tych dwu gruczołów dokrewnych.

Przypadek opisany przez nas zastanawia swym przebiegiem klinicznym. Chora 45-letnia, w 6 miesięcy od pojawienia się hypertyreozy a w 6 tygodni od ujawnienia się cukrzycy, popada w stan śpiączkowy, który mimo stosowania insuliny, prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Do czego odnieść należy ten zastanawiająco szybki i ciężki przebieg cukrzycy oraz bezskuteczność terapji insulinowej, zastosowanej w okresie śpiączkowym. Odpowiedź na pytanie to, zdaniem naszem, znaleść można w współistnieniu cukrzycy z wolem jadowitem gruczolakowatem, w skojarzeniu cukrzycy ze stanem nadczynności gruczołu tarczowego.

Oddawna wiadomo już o istnieniu antagonizmu w procesach glikoregulacji między tarczycą a trzustką. Lörand a po nim Eppinger, Falta i Rüdinger (13) już przed 20 laty zwrócili uwagę na wzajemny stosunek tych obu gruczołów dokrewnych. Badania doświadczalne kontynuowali tu następnie liczni inni badacze a z chwilą wykrycia insuliny, stwierdzono również drogą bezpośrednią antagonizm między wydzieliną gruczołu tarczowego a insuliną. Tak np. Mac Callum, Massaglia, Allen (14) i t. d. stwierdzili, że usunięcie tarczycy lub podwiązanie tętnic tarczowych w doświadczalnej cukrzycy u zwierząt poprawia zaburzenie przemiany węglowodanowej i zwiększa tolerancję na cukier. Odwrotnie, podanie wyciągu tarczowego psom beztrzustkowym pociąga za sobą pogorszenie ich metabolizmu azotowego. Dalej, badania Houssaya i Busso (15) wykazały, że podanie wyciągu tarczycowego powoduje osłabienie działania insuliny na poziom glikemii. Natomiast przeciwnie, w doświadczalnych hypotyreozach stwierdzono wzmożenie wrażliwości na insulinę (Dučheneau (16), Burn i Marks, Cisneros). Dalej spostrzeżenia kliniczne przemawiają również za antagonizmem wzajemnym tarczycy i trzustki. Wiadomo np. że w stanach nadczynności tarczycy zastrzyknięcie florydzyny powoduje łatwiej glikozurję niż u ludzi zdrowych Umber (17). Galaktozurja doświadczalna powstaje tu również łatwiej. Hirose, Bauer, Strauss (18). Rosenberg stwierdził, że u chorych cukrzycowych odcukrzonych podanie tyroidyny wywołuje cukromocz który jest wielce oporny na działanie insuliny a ustępuje po przerwaniu podawania przetworów tarczycowych. Falta, Strauss, Pollak, Mahler i Pasterny (16) opisują przypadki współistnienia cukrzycy z chorobą Basedowa — oporne na insulinę.

Antagonizm ten, który istnieje między trzustką a insuliną, w którego istotę bliżej tu wnikać nie chcemy, jest przyczyną, dla której w ustroju, znajdującym się w stanie hypertyreozy, zapotrzebowanie insuliny jest wzmożone. Co jest bezpośrednią przyczyną tego wzmożonego zapotrzebowania insuliny —nie wiadomo jeszcze dokładnie. Czy chodzi tu o bezpośredni wpływ wzmożonego wydzielania tarczycy, jak przypuszcza Joslin, czy też tarczyca działa tu za pośrednictwem układu chromaffinowego, — nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Znaczenie zasadnicze, prócz tego, mieć tu może również zwiększenie podstawowej przemiany matrji, jakie istnieje w ustroju, znajdującym się pod wpływem wzmożonego wydzielania gruczołu tarczowego. Mianowicie, Allen (19) dalej Fitz (10) oraz Wilder (11) przypuszczają, że w ustroju, w którym procesy oksydacyjne są wzmożone, insulina rozkłada się szybciej i stąd wzmożone jej zapotrzebowanie. Natomiast o bezpo-

średniem zobojętnianiu insuliny przez wydzielinę gruczołu tarczowego nie można myśleć. Badania Wildera wykazały, że tyroidyna zetknięta bezpośrednio z insuliną nie zobojętnia jej nawet po upływie dłuższego czasu.

Wreszcie nowe światło na te sprawy rzucają badania nad działaniem zaczynów w ustroju. Mianowicie w stanach nadczynności gruczołu tarczowego, jak to wynika z badań Guggenheima i Jacoby'ego (20), surowica traci swe własności hamujące w stosunku do zaczynów proteolitycznych, wyzwalanych w anaboliźmie komórkowym i odwrotnie, nawet je aktywuje.

Zaczyny te proteolityczne posiadają, jak wiadomo, własność zobojętniania, unieczynniania insuliny. Tak np. z badań Rosenthala i Behrendta (22) wynika, że zaczyny wyzwolone w autolizie narządów ustrojowych, podobnie jak i zaczyny leukocytowe, znoszą w przeciągu bardzo już krótkiego czasu działanie insuliny.

W świetle badań i poglądów wyżej wymienionych, jasnem się staje, dlaczego w przypadku naszym cukrzyca przebiegała tak wybitnie złośliwie i dlaczego leczenie insulinowe śpiączki cukrzycowej mogło się tu okazać bezskutecznem. Sądzić należy, że przebieg cukrzycy w przypadku naszym ujmować należy w ramach zagadnienia ogólno-biologicznego, gdzie na plan pierwszy wysuwają się wzajemne oddziaływania hormonalne i zaczynowe.

Stan hypertyreozy, jak to wynika z wywiadów, poprzedzał w przypadku naszym ujawnienie się cukrzycy. W jakim związku przyczynowym znajdował się stan nadczynności gruczołu tarczowego do cukrzycy u naszej chorej —trudno ustalić. Jeżeli niektórzy autorzy uznają istnienie cukrzycy tyreogennej, pochodzenia tarczowego (Falta, Holst (23), to zmiany anatomiczne, stwierdzone na autopsji, świadczyły o tem, że mieliśmy tu do czynienia bez wątpienia z cukrzycą trzustkową. Zresztą, zdaniem naszem, cukrzyca prawdziwa pochodzenia nie trzustkowego —nie istnieje. Najprawdopodobniejszem jest tu przypuszczenie, że pojawienie się lub nasilenie hypertyreozy było czynnikiem wyzwalającym, który spowodował ujawnienie się cukrzycy, będącej dotychczas w stanie utajenia.

Również trudno ustalić, co było tu czynnikiem wyzwalającym, który w cukrzycy bezkwasicowej spowodował nagle wybuch śmiertelnej śpiączki cukrzycowej. W wywiadach nie można było znaleźć żadnych wskazówek w tym względzie. Sądzić należy zapewne, że pod wpływem obostrzenia hypertyreozy, t. zw. przełomu (crise) tarczowego, u chorej, zresztą źle leczonej, wywiązał się nagle stan kwasicowy, który w ciągu trzech dni zakończył się zgonem.

Na marginesie przypadku tego chcemy podać tu jeszcze kilka uwag w sprawie przebiegu i leczenia tych postaci cukrzycy, które współistnieją z nadczynnością złośliwą gruczołu tarczowego. Przedewszystkiem cechą wielce charakterystyczną tych postaci jest to zjawisko, że schorzeniem poprzedzającem jest najczęściej hypertyreoza, schorzeniem następczem — cukrzyca. Rzuca to już pewne światło na mechanizm powstawania tych zespołów.

Dalej objawem do pewnego stopnia swoistym jest tu niezależność wahań cukromoczu od dowozu pokarmowego; zwraca na to uwagę Labbé, pisze o tem również Noorden (24). Brak określonego stosunku między cukromoczem a dowozem pokarmowym istnieje również i w innych wielogruczołowych schorzeniach, jak np. w przypadkach współdziałania cukrzycy z akromegalją. W obrazie chorobowym wysuwają się tu na plan pierwszy bądź cechy nadczynności tarczycy (znaczne przyspieszenie tętna, skłonność do biegunek, ogólna pobudliwość psychiczna), bądź też objawy hypertyreozy są tu ledwie zaznaczone i wskutek tego nieraz nierozpoznane. Ciekawym objawem dalej w tym zespole chorobowym jest brak pocenia się u tych chorych. (Grawitz).

Połączenie tych obu stanów chorobowych przebiegać może nieraz dość łagodnie, z nieznacznie podniesionym poziomem glikemji, z małym cukromoczem i daje się nieraz względnie skutecznie opanować insuliną (przypadki Lépina i Parturiera, (26), Elmera i Ptaszka (9), Merklena, Wolffa i Kaisera (25). Cechą jednak szczególną i zasadniczą tego zespołu chorobowego jest naogół jego oporność na leczenie zwykłe, dietetyczne, jego oporność na insulinę (Wilder (11) oraz wybitna skłonność do powstawania stanów kwasicowych. Przypadki podobne opisuje Labbé, Murray, Charvât.

Rokowanie jest tu naogół zawsze wątpliwe. To też cukrzyca przebiegająca jednocześnie z nadczynnością gruczołu tarczowego, wymaga szczególnej czujności ze strony lekarza i umiejętnego postępowania leczniczego. Przypadek nasz jest przykładem, do czego prowadzić może w dobie obecnej, w dobie insulinowej, zaniedbanie lecznicze tego zespołu chorobowego.

Jeżeli mowa o leczeniu tych przypadków, to ze względu na ich skłonność do stanów kwasicowych, na ich częstą odporność na insulinę, oraz ze względu na wzmożenie podstawowej przemiany materji, wymagają one przedewszystkiem diety bardziej obfitej w węglowodany oraz stosowania insuliny w szerszym zakresie. Umiejętne przeprowadzenie leczenia dietetycznego i insulinowego jest tu nieraz w stanie poprawić zaburzenie glikoregulacji ustroju (przyp. Labbégo i Dreyfussa (27) przyp. Elmera i Ptaszka). Z drugiej strony jednak leczenie insulinowe wymaga tu czasem dużej ostrożności i ze względu na wrażliwość tych chorych na stany hypoglikemiczne, winno być przeprowadzone pod kontrolą glikemji. Wrażliwość ta zależy przypuszczalnie od tego, że wątroba w stanach nadczynności gruczołu tarczowego, jak to stwierdzili Richardson, Levine i du Bois, jest szczególnie uboga w glikogen.

Leczenie dietetyczne i insulinowe w przeważającej liczbie przypadków nie wystarcza. Powikłanie cukrzycy chorobą Basedowa lub wolem gruczolakowatem jadowitem — nakazuje jednoczesne dodatkowe leczenie tych stanów chorobowych. Najbardziej radykalnym i skutecznym środkiem jest tu zabieg operacyjny — tyroidektomja. Spostrzeżenia autorów amerykańskich Buchanana, Rohdenburga (29), O'Day'a, dalej spostrzeżenia Joslina (12), Wildera (11), oraz Johna (30), przeprowadzone na wielkim materjale klinicznym świadczą o tem, że jest to najskuteczniejsza metoda leczenia. Wprawdzie Noorden (24) podaje, że wyniki jego nie są tak zachęcające, to jednak ze spostrzeżeń amerykańskich wynika, że w prawie wszystkich przypadkach w których wykonano tyroidektomję, objawy hypertyreozy znikały, a tolerancja węglowodanowa wzrastała znacznie. Zabieg ten wymaga jednak szczególnej ostrożności w przygotowaniu chorego i w okresie pooperacyjnym (liberalna dieta węglowodanowa, szeroka insulinizacja oraz podawanie jodu).

W przypadkach cukrzycy skojarzonej z chorobą Basedowa osiągano również dobre wyniki bez tyroidektomji drogą połączenia leczenia dietetycznego i insulinowego z jednoczesnem podawaniem jodu w postaci płynu Lugola. Przypadki podobne, w których pod wpływem jodu nastąpiła nietylko poprawa hypertyreozy ale i wzmożenie tolerancji węglowadanowej opisują ostatnio Labbé i Dreyfuss oraz Wilder. Natomiast w tych przypadkach, w których cukrzyca współistnieje z wolem jadowitem gruczolakowatem *struma adenomatosa toxica*, a więc w przypadkach, odpowiadających opisanemu tutaj skuteczność działania jodu jest krótkotrwała lub żadna i dlatego kwalifikują się one do zabiegu operacyjnego.

Jeżeli powrócić jeszcze do przypadku, opisanego przez nas, to jest on ciekawą i pouczającą ilustracją złowrogiego przebiegu nieleczonej cukrzycy w ustroju, dotkniętym nadczynnością gruczołu tarczowego. Chora nasza była od początku źle leczona. Jak to się dowiedzieliśmy od rodziny, leczona ona była od początku „na serce". O hypertyreozie u niej nie myślano. Po kilku miesiącach ujawniła się cukrzyca. Leczono ją wyłącznie dietetycznie. Po 6 tygodniach, jako skutek, wybuchła śmiertelna śpiączka cukrzycowa, która już nie dała się usunąć za pomocą insuliny.

Przypadek nasz ciekawy jest w dobie obecnej jako teoretyczny przyczynek do antagonizmu wzajemnego tarczycy i trzustki. Ogłaszamy go w celu zwrócenia uwagi na te zespoły skojarzenia cukrzycy z hypertyreozą oraz celem wykazania, jak złośliwy przebieg mieć one mogą, o ile nie są leczone właściwie i jakiej wymagają czujności ze strony lekarza.

Piśmiennictwo.

1) cyt. A. Landau: Warsz. Czas. Lek. Nr. 5 i 6, 1926. — 2) Traité d'Endocrinologie, La Thyroide, 1925, str. 540. — 3) Orator: D. Zeit. f. Chir. Bd. 201, 1927, s. 402. — 4) Srtrauss, Klin. Woch. Nr. 11, 1925. — 5) A. Landau, J. Glass, St. Kaminer, Warsz. Czas. Lek. 11, 12, 13, 14 1929 r. — 6) Müller, ref. Klin. Woch. 11, 1928. — 7) Charvât, ref. Med. Klinik, 1927, 599. — 8) Labbé, Soc. Méd. Hop. 7 nov. 1919. — 9) Elmer i Ptaszek, P. Gaz. Lek. Nr. 45, 1928. — 10) Fitz, Arch. of Int. Med. vol. 27, Mrach 1921. — 11) Wilder, Arch. of Int. Med. vol. 38, december, 1926. —12) Joslin a Lahey, Amer. Journ. of the Med. Sciences, Juilliet 1928. — 13) Eppinger, Falta u. Rüdinger, Zeit. f. Klin. Med. 1908, Bd. 66, H. 1-2. — 14) 15) 16) cyt. Adler, Wien. Arch. inn. Med. Bd. 16, str. 342. — 17) Umber, Ernährung u. Stoffwechselkrankheiten, 1925. — 18) cyt. ibidem. — 19) Allen, cyt. Wilder. — 20) Guggenheimer D. Arch. Klin. Med., Bd. 112, s. 248. —21) 22) Rosenthal, Med. Klin. Nr. 46, 1928. — 23) Holst, Schw. Med. Woch. 53, Aug. 2, 1923, cyt. Wlider. — 24) v. Noorden, Die Zuckerkrankheit, Springer, 1927. —

25) Merklen, Wolff i Kayser, Soc. med. d. Hop. 10 oct. 1924. — 26) Lepine i Parturier, C. R. d. Soc. Biol. 90 nr. 4, 1924, fev. — 27) Labbé et Dreyfuss, Soc. med. d. hop. 12 oct. 1928. — 28) cyt. Wilder. — 29) Rohdenburg, Endocrinologie, t. 4, jan. march. 1920. — 30) John, ref. Jorn. Am. Med. Ass. Febr. 25, 1928.

Tadeusz CEYPEK Lwów.

O wpływie niektórych bodźców farmakologicznych na wydzielanie żółci.

Z Instytutu Farmakologji dośw. U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

W dotychczasowych badaniach nad wydzielaniem żółci, wprowadzano substancje czynne głównie do dwunastnicy, do żołądka, jelita czczego, lub też wstrzykiwano wprost do systemu krwionośnego. Nie brano natomiast zupełnie, pod tym względem, pod uwagę dolnych odcinków przewodu pokarmowego a więc przedewszystkiem kiszki grubej.

W niniejszej więc pracy chodziło o stwierdzenie czy istnieją jakiekolwiek wpływy wychodzące z jelita grubego, któreby działały na wydzielanie żółci, a następnie w razie stwierdzenia ich istnienia, jaką drogą one działają.

Wszystkie doświadczenia były robione na psach wagi około 10 kg. Dzieliły się one na dwie części.

Do pierwszej należały doświadczenia robione na psach ze stałą przetoką woreczka żółciowego i ze stałą przetoką kiszki grubej, wykonaną według metodyki stosowanej w naszem laboratorjum. Żółć zbierano wprost do naczynia kalibrowanego za pomocą lejka obejmującego dokładnie otwór przetoki woreczka i przytwierdzonego do powłok jamy brzusznej. Na podziałce naczynia (do 1/10 ccm) odczytywano stan co 15 minut lub co jedną godzinę.

Druga część obejmowała doświadczenia ostre. W uśpieniu chloralozowem, po otwarciu jamy brzusznej, zakładano szklaną kaniulę do przewodu pęcherzykowego (*ductus cysticus*) i podwiązano przewód żółciowy wspólny (*d. choledochus*). Następnie podwiązywano dokładnie odźwiernik, aby uniemożliwić przechodzenie treści żołądka do dwunastnicy, i kiszkę grubą, poniżej zgięcia śledzionowego.

Poniżej podwiązania wstrzykiwano do kiszki grubej substancje badane. Stan odczytywano na rurce szklanej, z podziałką milimetrową, połączonej z kaniulą.

W każdem doświadczeniu zbierano przedewszystkiem przez dłuższy czas normę wydzielanej żółci, a następnie określano wpływ różnych bodźców farmakologicznych.

Substancje badane były następujące:

a) niektóre aminokwasy (alanina, asparagina, kw. glutaminowy, histydyna, histamina).

b) niektóre jady wegetatywne, (adrenalina, atropina, gynergen).

c) kombinacje środków (atropina + gynergen — histamina, histamina — cholina, alanina — histydyna — histamina).

Wreszcie jako osobną grupę:

d) emulsje kału psa na którym robiono doświadczenia, niesączoną, sączoną przez bibułę i sączoną przez sączek.

W ocenieniu wyników brano pod uwagę i porównywano, w każdem doświadczeniu, jednakowe okresy czasu wydzielania podczas zbierania normy i po podaniu substancji czynnej.

Z aminokwasów zwiększanie wydzielania dawały asparagina i histydyna o około 20% i występowało ono najsilniej w 15 — 30 minut po wprowadzeniu do kiszki grubej. Alanina i kw. glutaminowy zmniejszały ilość żółci mniej więcej o 70% i w ciągu 30 minut sprowadzały do zera.

Najsilniejszy wpływ wywierała histamina, zwiększając wydzielanie nawet czterokrotnie. Działanie jej było takie same, bez względu na to czy pies otrzymał jedzenie tuż przed doświadczeniem, czy na 7 godzin przed niem, czy wreszcie był naczczo od 24 godzin.

Maksimum wydzielania wypadało w czasie 60 minut po podaniu histaminy. (Protokół Nr. 5, 6, 8 i 18 i krzywa I.).

Z jadów wegetatywnych lekkie podwyższenie powodowała atropina, przyczem krzywa wydzielania była dwuwierzchołkowa o wierzchołkach w 45 min. i 75 min. do 105 min. (Protokół Nr. 10, 11 i 12).

Adrenalina działała na przemian, raz lekko podwyższająco, raz lekko obniżająco. (Protokół Nr. 14.)

Gynergen obniżał ilość wydzielanej żółci. (Protokół Nr. 15.)

Kombinacje: atropina w dawce 0,006 g wraz z 1 ccm gynergenu wstrzyknięta podskórnie, zahamowała wydzielanie zupełnie, a histamina podawana w 60 minut potem do kiszki grubej wydzielania nie przywróciła. (Protokół Nr. 17 i krzywa Nr. II).

Cholina w ilości 0,02 g po 0.02 g histaminy zmniejsza ilość żółci. Również po kolejnym podawaniu alaniny (1,5 g), histydyny (1,5) i histaminy (0.025) w jednogodzinnych odstępach czasu ilość żółci równomiernie i stale się zmniejszała.

Emulsje kału niesączonego i sączonego przez bibułę w pierwszych 15 minutach lekko podwyższały a następnie zmniejszały wydzielanie niżej normy i w ciągu 1 godziny zatrzymywały je zupełnie. Emulsja sączona przez sączek Berckefelda znosiła wydzielanie odrazu. (Protokół Nr. 16.)

Dla porównania przytaczam protokół z działania takich samych emulsji kału na wydzielanie soku żołądkowego. Emulsje działają tu wręcz przeciwnie dając podwyższenie wydzielania. (Protokół Nr. 20).

Szczególną uwagę należało zwrócić nato, jak zachowuje się wydzielanie po wprowadzeniu histydyny, z której jak wiemy przy procesach gnilnych powstaje histamina, silnie wzmagająca wydzielanie.

Otóż okazało się, że wprawdzie zwiększa ona wydzielanie, lecz zaledwie o 20%. Tłumaczymy to sobie tem, że w izolowanym odcinku kiszki znajdowały się bakterje gnilne w znacznie zmniejszonej ilości, tem bardziej, że przed doświadczeniem przepłukiwano jelito płynem fizjologicznym.

Z tego powodu z histydyny tylko w małej ilości powstawała histamina.

Histamina jest bardzo silnym środkiem żółciopędnym i stale dawała jednakowe wyniki. Działanie jej przerywała atropina, co przemawiałoby za nerwowym mechanizmem działania histaminy na wydzielanie żółci. Również histamina podawana po atropinie wydzielania nie przywracała. Sama atropina dawała lekkie zwiększanie wydzielania. Wyniki co do atropiny są wogóle u różnych autorów niepewne i sprzeczne. Jak wiadomo atropina w różnych dawkach działa różnie. I tak w małych zwiększa napięcie n. błędnego, w średnich poraża go, a w dużych poraża cały układ wegetatywny. Atropinę wprowadzono do kiszki grubej w dawkach 0,01 g. Jeżelibyśmy przyjęli zapatrywanie, iż nerw błędny jest nerwem sekretorycznym wątroby, to działanie atropiny w naszych doświadczeniach tłumaczyćbyśmy mogli tem, że działała taka dawka atropiny, która leży w granicach jej działania podniecającego na układ parasympatyczny. Reszta dawki zostawała unieczynniona przez ustrój.

Adrenalina dawała wyniki niepewne. Gynergen hamował wydzielanie. Zahamowanie to jak również zahamowanie po adrenalinie w wypadkach kiedy dawała zmniejszenie wydzielania, może być wynikiem skurczu naczyń włosowatych.

W kombinacjach stosowanych środków, aminokwasy hamowały wydzielanie a histamina go nie przywracała. Podane po histaminie również działały hamująco.

Emulsje kału im bardziej były oczyszczone z części zawieszonych tem szybciej wydzielanie zmniejszały a nawet znosiły. Najprawdopodobniej musi znajdować się w kale jakieś ciało hamujące wydzielanie, ponieważ w przeciwnym razie, musiałby się przesącz zachowywać obojętnie.

* * *

Środki działające na wydzielanie żółci podzielono na choleretica i cholagoga. *Choleretica* mają obejmować środki powodujące zwiększenie czynności wydzielniczych samych komórek wątrobowych a *cholagoga* wogóle środki powodujące zwiększony wypływ żółci do dwunastnicy.

Maleček (1) przypisywał szybkie zwiększenie się wydzielania środkom żółciopędnym (cholagoga) a umiarkowane z następowem dłuższy czas trwającem obniżaniem się środkom choleretycznym. Sochański (2) podaje, że choleretycznie działają takie środki jak: pilokarpina, nikotyna w małych dawkach, histamina, podofylina (Mackenzie i Dixon przypisują wpływ podofyliny podofyloreksynie zawartej w *podophylum pellatum)*, preparaty salicylowe, olejki eteryczne, siarczany, kw. żółciowe, drażnienie nerwu błędnego i inne, a hamują choleretyczne, wyciąg z przysadki mózgowej, zwykłe dawki adrenaliny i atropiny.

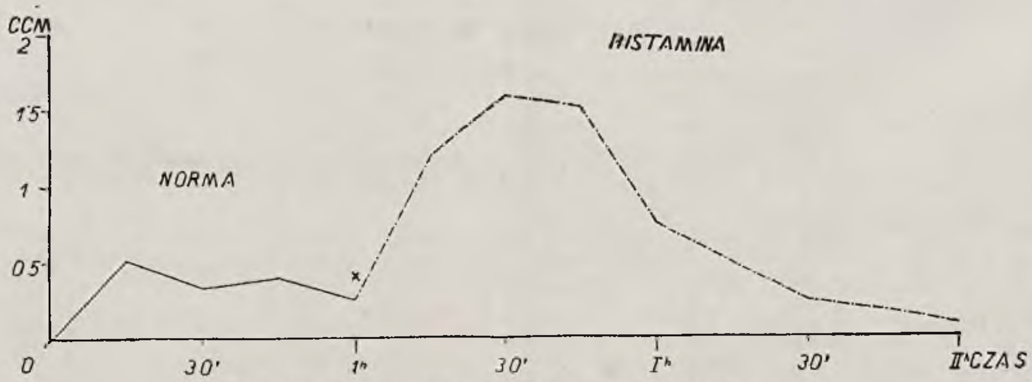
Wysnuwa on z tego wniosek, że ciała wagotoniczne są choleretykami a sympatykotoniczne cholerezę hamują.

Również choleretycznie mają działać: atofan, (Brugsch-Horsters), kolhicyna (Kionka, Frey), antipiryna w małych dawkach (Winogradow) i wogóle wszystkie środki przeciwgorączkowe.

Czas	Stan w ccm	Wydzieliło się żółci w tym samym czasie a) przed, b) po injekcji	Wydzieliło się żółci w ccm w 15'	w 1h	Uwagi
Protokół Nr. 5 Histamina					
0h 00	0·00	a) 2·00 ccm	0·00	0·00	
15'	0·75		0·75		
30'	1·50		0·75		
45'	2·00		0·50		
0h 00'	2·00		0·00	2·00	
wstrzyknięto do j. grubego 0·05 g histaminy					
0h 00'	0·00	b) 5·25 ccm	0·00	0·00	
15'	0·50		0·50		
30'	2·75		2·25		
45'	4·25		1·50		
Ih 00	5 25		1·00	5·25	
15'	6·00		0·75		
30'	6·50		0·50		
45'	6·75		0·25		
Protokół Nr. 6 Histamina					
0h 00'	0·00	a) 1·25 ccm	0·00	0·00	
15'	0·50		0·50		
30	0·50		0·00		
45'	0·75		0·25		
1h 00'	1·25		0·50	1·25	
wstrzyknięto do j. grubego 0·05 g histaminy					
0h 00'	0·00	b) 6·25 ccm	0·00	0·00	
15'	2·00		2·00		
30'	3·25		1·25		
45'	5·50		2·25		
Ih 00'	6·25		0·75	6·25	
15'	6·25		0·00		
30'	6·25		0·00		
45'	6·25		0·00		
IIh 00	6·25		0 00	0·00	
Protokół Nr. 8 Histamina					a₁) jest okresem wyczerpania. Porównywać należy okres a₁) z okresem b) bezpośrednio po sobie następującymi.
0h	0·00	a) 16·20 ccm	—	0 00	
1 „	10·80		—	10·80	
2 „	12·00		—	1·20	
3 „	14·80		—	2·80	
4 „	16·20		—	1·40	
5 „	18·00	a₁) 6·30 ccm (4h)	—	1·80	
6 „	21 00		—	3·00	
7 „	22·00		—	1·00	
8 „	22·50		—	0·50	
wstrzyknięto do j. grubego 0·05 g histaminy					
0h	0·00	b) 9·9 ccm (4h)	—	0·00	
I „	3 00		—	3·00	
II „	5·80		—	2·80	
III „	8·10		—	2·30	
IV „	9·90		—	1·80	

Czas	Stan w ccm	Wydzieliło się żółci w tym samym czasie a) przed, b) po injekcji	Wydzieliło się żółci w ccm w 15'	w 1h	Uwagi
Protokół Nr. 18 Histamina (dośw. ostre)	mm		mm	mm	Porównywać należy ostatnich 15 minut normy z pierwszemi 30 minutami po wstrzyknięciu histaminy. Zwiększenie wywołane wpływem histaminy.
0h 00'	0	a) 780 mm	0	0·00	
15'	160		160		
30'	295		135		
45'	520		225		
1h 00'	700		180	700	
15'	780		080		
wstrzyknięto do j. grubego podwiązanego 0·05 g histaminy					
0h 00'	0	b) 530 mm	0	0·00	
15'	105		105		
30'	245		140		
45'	320		075		
Ih 00'	435		115	435	
15'	530		095		
30'	610		080		
45'	675		065		
Protokół Nr. 10 Atropina					
0h 00'	0·00	a) 0·50 ccm	0·00	0·00	
15'	0·00		0·00		
30'	0 00		0 00		
45'	0·25		0·25		
1h 00'	0·50		0·25	0·50	
wstrzyknięcie do j. grubego 0·01 g atropiny					
0h 00'	0·00	b) 1·00 ccm	0·00	0·00	
15'	0·25		0·25		
30'	0·50		0·25		
45'	0 50		0 00		
Ih 00	1·00		0·50	1·00	
15'	1·25		0·25		
30'	1·25		0 00		
45'	1·25		0·00		
IIh 00'	1·25		0 00		
Protokół Nr. 11 Atropina					
0h 00	0·00	a) 3·50 ccm	0·00	0·00	
15'	0·25		0 25		
30'	0 50		0·25		
45'	1 75		1·25		
1h 00'	3·50		1·75	1·75	
wstrzyknięto do j. grubego 0·01 g atropiny					
0h 00'	0·00	b) 3·75 ccm	0·00	0·00	
15	1·50		1 50		
30'	2 50		1·00		
45'	3·50		1·00		
Ih 00	3·75		0·25	3·75	
15'	5·00		1·25		
30'	5·50		0·50		
45'	5·50		0 00		
IIh 00'	5 50		0·00	1·75	

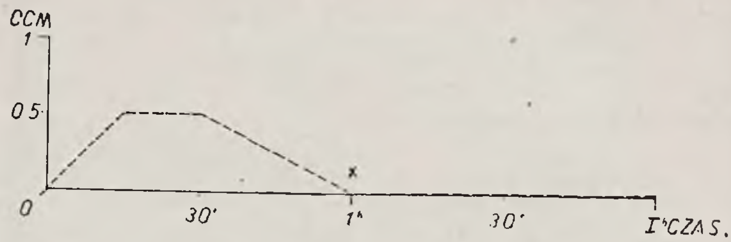
Krzywa I



PRZECIĘTNA WYDZIELANIA PO HISTAMINIE (0'05g)

Czas	Stan w ccm	Wydzieliło się żółci w tym samym czasie a) przed, b) po injekcji	Wydzieliło się żółci w ccm w 15'	w 1h	Uwagi
Protokół Nr. 12 Atropina					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·25		0·25		
30'	0·50	a) 1·00 ccm	0·25		
45'	0·75		0·25		
1h 00'	1·00		0·25	1·00	
wstrzaknięto do j. grubego 0·01 g atropiny					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·75		0·75		
30'	1·75	b) 4·25 ccm	1·00		
45'	3·25		1·50		
Ih 00'	4·25		1·00	4·25	
15'	5·00		0·75		
30'	6·00		1·00		
45'	6·50		0·50		
IIh 00'	6·75		0·25		
Protokół Nr. 14 Adrenalina					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·25		0·25		
30'	0·50	a) 6·00 ccm	0·25		
45'	4·50		4·00		
1h 00'	6·00		1·50	6·00	
wstrzyknięto do j. grubego 5 ccm adrenaliny 1:20000					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	2·00		2·00		
30'	3·75	b) 5·25 ccm	1·75		
45'	5·00		1·25		
Ih 00'	5·25		0·25	5·25	
15'	5·50		0·25		
30'	5·75		0·25		
45'	6·00		0·25		
IIh 00'	6·00		0·00	0·75	
Protokół Nr. 15 Gynergen					
0h 00	0·00		0·00	0·00	
15	0·25		0·25		
30'	1·00	a) 2·25 ccm	0·75		
45'	2·25		1·25		
wstrzyknięto podskórnie 1 ccm gynergenu					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·75		0·75		
30'	0·75	b) 1·25 ccm	0·00		
45'	1·25		0·50		
Ih 00'	1·50		0·25	1·50	
15'	1·50		0·00		
30	1·50		0·00		
45'	1·75		0·25		
IIh 00'	1·75		0·00	0·25	
Protokół Nr 17 Histamina po gynergenie i atropinie (wstrzyknięto podskórnie 0·006 g atropiny i 1 ccm gynergenu)					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15	0·50		0·50		
30'	1·00	a) 1·25 ccm	0·50		
45'	1·25		0·25		
1h 00'	1·25		0·00	1·25	
wstrzyknięto do j. grubego 0·05 g histaminy					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·00		0·00		
30'	0·00	b) 0·00 ccm	0·00		
45	0·00		0·00		
Ih 00'	0·00		0·00	0·00	

Krzywa II



HISTAMINA PO ATROPINIE I GYNERGENIE.

Czas	Stan w ccm	Wydzieliło się żółci w tym samym czasie a) przed, b) po injekcji	Wydzieliło się żółci w ccm w 15'	w 1h	Uwagi
Protokół Nr. 16 Kał					
a) emulsja niesączona					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·25		0·25		
30'	1·00	a) 1·50 ccm	0·75		
45'	1·25		0·25		
1h 00'	1·50		0·25	1·50	
wstrzyknięto do j. grubego 20 ccm emulsji					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·75		0·75		
30'	1·00	b) 1·25 ccm	0·25		
45'	1·25		0·25		
Ih 00'	1·25		0·00	1·25	
15'	1·25		0·00		
b) emulsja sączona przez bibułę					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·75		0·75		
30'	1·00	a) 1·25 ccm	0·25		
45'	1·25		0·25		
wstrzyknięto do j grubego 20 ccm emulsji					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	0·50		0·50		
30'	1·00	b) 1·00 ccm	0·50		
45	1·00		0·00		
c) emulsja sączona przez sączek Berckefelda					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15'	2·00		2·00		
30'	3·25	a) 3·25 ccm	1·25		
45'	3·25		0·00		
wstrzyknięto do j. grubego 20 ccm emulsji					
0h 00'	0·00		0·00	0·00	
15	0·00		0·00		
30'	0·00	b) 0·00 ccm	0·00		
45'	0·00		0·00		
Ih 00	0·00		0·00		
15'	0·00		0·00	0·00	

Czas	Stan w ccm	Wydz. się soku żołądk. w tym samym czasie a) przed, b) po injekcji	Wydz się soku żołąd. w ccm w 15'	w 1h
Protokół Nr. 20 Wpływ kału na wydz. soku żołądkowego (Kubikowski)				
a) emulsja kału niesączona				
0h 00'	0·00	a) 45·0 ccm	0·00	0·00
15'	15·00		15·00	
30'	30·00		15·00	
45'	45·00		15·00	
wstrzyknięto 20 ccm emulsji do j. grubego				
0h 00'	0·00	b) 74·0 ccm	0·00	0·00
15'	22·00		22·00	
30	45·00		23·00	
45	74·00		29·00	
Ih 00'	102·00		28·00	102·00
15'	133·00		31·00	
b) emulsja kału sączona przez bibułę.				
0h 00'	0·00	a) 68·0 ccm	0·00	0·00
15'	23·00		23·00	
30'	68·00		45·00	
wstrzyknięto 20 ccm emulsji do j. grubego				0
0h 00'	0·00	b) 108·0 ccm	0·00	0 ·0
15'	59·00		59·00	
30'	108·00		49·00	
c) emulsja kału sączona przez sączek Berckefelda				
0h 00'	0·00	a) 68·0 ccm	0·00	0·00
15'	37·00		37·00	
30'	68·00		31·00	
wstrzyknięto do j. grubego 20 ccm emulsji				
0h 00'	0·00	b) 83·0 ccm	0·00	0·00
15'	46·00		46·00	
30'	83·00		36·00	
45	125·00		42·00	
Ih 00'	177·00		52·00	177·00

„Czysta cholereza występuje przy słabszem nasileniu bodźca, a przy jego wzroście dołącza się do niej praca systemu wydalającego" (Sochański). Środki wyżej wymienione jak np. pilokarpina i histamina mogą wywoływać również silne skurcze woreczka (Kalk (3).

Jak widzimy z tego jeden i ten sam środek może posiadać własności żółciopędne i żółciotwórcze.

* * *

Mechanizm wydzielania żółci do dwunastnicy nie jest jeszcze dokładnie zbadany a dotychczasowe zapatrywania badaczy są bardzo różne i często zupełnie sprzeczne.

Winkelstein i Ascher (4) nie spostrzegali samoistnych skurczów woreczka. Również nie udało im się wywołać skurczu bodźcami działającemi na jego muskulaturę. Zauważyli natomiast, że przy zwiotczałym zwieraczu ruchy oddechowe powodują wypływ żółci do dwunastnicy. Atropina i pilokarpina nie wywoływały wypływu, natomiast wywoływał 25% $MgSO_4$. Sok z jarzyn i płyn fizjologiczny pozostawały obojętne.

Scott i Whitaker (5), Boyden i Birk (6, 7) są wręcz przeciwnego zdania i twierdzą że zmiany ciśnienia, perystaltyka, ruchy oddechowe i tym podobne czynniki, żadnego wpływu na wypływ żółci nie mają.

Również odnośnie do pilokarpiny otrzymał Kalk (3) zwiększenie wydzielania. Tak samo działa według Valedinsky'ego (8) sok z jarzyn. Atropina działa różnie, zależnie od dawki, przeważnie jednak nie pozostaje obojętną. Jedynie co do $MgSO_4$ wyniki prawie u wszystkich autorów zgadzają się.

Większość badaczy przypisuje pęcherzykowi zdolność opróżniania się przez skurcze. Bronner (9) badając woreczek przy pomocy roentgenografji stwierdził, że po podaniu żółtka jaja kurzego i śmietanki, woreczek częściowo wypróżniał się. Podczas niewypróżniania się woreczka wykazał ruchy perystaltyczne na dnie, trzonie i lejku.

Za siłę opróżniającą uważa skurcz muskulatury woreczka. Copher i Illingworth (10) twierdzą, że wypróżnianie się woreczką i dróg wyprowadzających, powodują ich skurcze perystaltyczne.

Chiray i Pavel (11) przypisują ważną rolę mięśniówce woreczka. Rozróżniają wypróżnianie po pokarmach i farmakodynamiczne. Po przejściu treści żołądka do dwunastnicy, następuje wypływ żółci. Żółtko i śmietanka wywołują opróżnienie reflektoryczne przez nerw współczulny. Tak samo działają pepton, mleko, wyciągi z mięsa, cukier, oliwa i mydło. Dalej środki farmakologiczne: $MgSO_4$, pepton, rozcieńczony kwas solny, olejek miętowy i stężony roztwór glukozy. Główną rolę w ruchowości grają włókna parasympatyczne i znajdujące się w ścianie woreczka autonomiczne zwoje nerwowe.

Grailly, Lachapèle i Wangermez (12) uważają, że opróżnianie się woreczka jest zależne od gry odźwiernika żołądka.

Boyden (6) podawał $MgSO_4$, $MgCl_2$, $NaSO_4$. Przy nagłem przejściu treści dwunastnicy z reakcji kwaśnej w alkaliczną, woreczek tracił napięcie i napełniał się żółcią. Naodwrót zaś przy przejściu z reakcji alkalicznej w kwaśną woreczek się wypróżniał.

W innym wypadku Boyden i Saunders (13) wprowadzili do dwunastnicy stężony roztwór $MgSO_4$, a następujący potem skurcz i wypróżnienie się woreczka tłumaczyli w ten sposób że albo $MgSO_4$ rozkurcza mm. gładkie zwieracza brodawki, albo powoduje wydzielanie się z komórek śluzówki hormonu podobnego do sekretyny, lub w końcu drażni zakończenia nerwowe i przez odruch miejscowy lub rdzeniowy powoduje rozszerzenie zwieracza.

Skurcz woreczka powoduje, albo odruch wyzwolony z dwunastnicy, albo odruch mięśniówki sprowadzony otwarciem zwieracza i następowym spadkiem ciśnienia. Opróżnienie woreczka po przyjęciu żółtka i śmietanki rozpada się na 3 fazy (Boyden (14):

I faza — reakcja początkowa — zwieracz otwarty.

II faza — pauza zaznaczona zamknięciem zwieracza.

III faza — główny okres opróżniania, w którym woreczek jest zdolny siłą skurczową pokonać opór rosnący przewodów wyprowadzających. Obserwacje wykazały, że zwieracz może pozostać po I fazie zamknięty mimo skurczów woreczka i wypełnienia przewodów żółcią.

Sakurai (15) otrzymywał po insulinie wzmożenie, po adrenalinie zahamowanie wydzielania. Takie same wyniki otrzymali Okada, Kuramochi i Tsukahara (16). Tłumaczą to oni tem, że działanie insuliny zależy od hypoglikemji a adrenaliny od hyperglikemji. Wprowadzenie cukru gronowego do jelita czczego wywołuje z powodu hyperglikemji alimentarnej zahamowanie, podczas gdy w następowej hypoglikemji wzmaga się wydzielanie. Twierdzą oni, że bodziec wydzielniczy wychodząc z centrum przechodzi przez n. błędny. Mechanizm określają jako „humoralno - nerwową regulację".

Zwolennikami czysto humoralnego mechanizmu są Ivy, Oldberg Kloster i Lueth (17). Doświadczenia swoje robili w ten sposób, że u psa w lekkiej narkozie z podwiązanym przewodem pęcherzykowym i z kaniulą w dnie woreczka mierzyli ciśnienie w drogach żółciowych wprowadzając wśródżylnie lub do dwunastnicy różne substancje. Okazało się, że wyciąg ze śluzówki dwunastnicy lub jelita czczego wstrzyknięty dożylnie powoduje skurcz i wydzielanie. $^1/_{10}$ n HCl, 1% kw. masłowy, żółtko jaja, śmietanka wprowadzone do dwunastnicy również podwyższały ciśnienie w woreczku i wzmagały skurcze rytmiczne.

Na szczególną uwagę zasługują ich doświadczenia, głównie jednak opracowane przez Ivy'ego i Oldberga (18) wykonane na psach ze skrzyżowanym krwiobiegiem. Pierwszy z nich miał podwiązany przewód pęcherzykowy i kaniulę w woreczku, a drugiemu wprowadzono do dwunastnicy n/10 HCl. Po okresie utajenia trwającym 8 — 12 minut występował u pierwszego skurcz woreczka. Autorzy tłumaczą to działaniem hormonalnem a dla hormonu proponują nazwę „cholecystokinina".

Ivy i Oldberg (19) badali również wpływ czystej sekretyny na kurczliwość woreczka. Używano preparatu wolnego od ciał ubocznych (wazodilatyny), który w ilości 1 — 3 mg suchej substancji u psa ważącego 10 — 20 kg wywoływał wydzielanie trzustki. Roentgenologicznie przekonano się, że po tym preparacie, woreczek wypełniony lipjodolem wypróżniał się albo całkowicie albo w znacznej części. Atropina nie przerywała działania sekretyny.

Według autorów ciałem czynnem jest albo sama sekretyna, albo ciało bardzo silnie z nią związane. Podobne wyniki z czystą sekretyną otrzymali Lueth i Kloster (20). Krańcowo przeciw-

ne wyniki podaje Takacs (21). Wstrzykując sekretynę dożylnie i podskórnie otrzymał on wybitne zmniejszanie wydzielania.

Winogradow (22) robiąc doświadczenia ze środkami narkotycznemi (eter, chloroform, alkohol) i środkami nasennemi (chloralhydrat, veronal) zauważył zahamowanie wydzielania na tak długo, jak długo działał środek. Wysnuwa z tego wniosek, że ośrodek wydzielniczy leży w mózgu i jest wrażliwy na substancje działające na mózg.

Erbsen (23) badał wpływ niektórych substancji na izolowanym woreczku świnki morskiej. Hormon przysadki powodował przy zwiększonem ciśnieniu wewnątrz woreczka — skurcz, przy słabem — obniżenie napięcia. Obniżają napięcie: eter, kokaina, nowokaina i w małej mierze uretan. Chloroform wywołuje skurcz a przy skurczonym woreczku zwiotczenie. Morfina sama nie wpływa na napięcie, ale powoduje niepobudliwość woreczka na bodźce skurczowe. Wpływy zwiększające kurczliwość woreczka mogą być usunięte przez poprzednie zastosowanie narkotyków.

Toyoshima i Ryûtarô (24) przeprowadzali badania na izolowanych paskach woreczka żółciowego wołu zanużonych w płynie Locke'go i surowicy wołu. Podniecające działanie wykazały: pilokarpina, acetylcholina, i sole baru, hamowały: papaweryna i pituitryna. Adrenalina raz podniecała raz hamowała. Obojętnie zachowywała się atropina.

Woreczek izolowany pod wpływem salicylanu sodowego i boldyny nie zmienia swojej kurczliwości, lecz szybciej obumierał (Lattuca i Nosca 25).

Boyden i Parmacek (26) zauważyli że u jednych osobników po wypiciu szklanki wody występował skurcz u innych zwiotczenie woreczka. Wykazano następnie, że jedne osobniki były vago — inne sympatykotoniczne.

Z niektórych innych substancyj poza wyżej wymienionemi wykazywały wpływ pobudzający: kw. żółciowe, atofan (Schaffer (27), Taubman (28) siarczany (Strausky (29) *natrium thiosulfuricum* podany do dwunastnicy (Lebduska (30) witamina B (Sakurai (15), hamująco: florydzyna (Schwarz i Sosler (31). Obojętnie się zachowują: chinina i gliceryna (Winogradow (22).

Wydzielanie żółci w czasie wywołanej hemolizy u zwierząt było uzależnione od podanych środków hemolitycznych. Według Sugni i Ozo (32), woda destylowana, hemolizyna, nitrobenzol i toluylendiamina zwiększały, fenylhydrazyna najpierw zmniejszała a potem zwiększała (po 4 dniach). Wycięcie śledziony zmniejszało wydzielanie na przeciąg 20 — 30 dni.

Wpływ gorączki na wydzielanie żółci badał Sakurai (33). Wywoływał eksperymentalnie u psów i królików gorączkę białkiem, tetrahydro-β-naftylaminą lub podgrzewaniem przez 2 — 3 godziny do temperatury 47° — 78° C w piecu elektrycznym i zawsze otrzymywał zmniejszenie wydzielania.

Stan fizjologiczny jakim jest ciąża nie wpływa według Whitakera i Emersona (34) u osób zdrowych na wydzielanie żółci.

* * *

Dotychczas omawialiśmy wydzielanie się żółci u osobników w największej części specjalnie do doświadczeń przygotowanych drogą operacyjną, w warunkach sztucznie wywołanych przez wprowadzenie przeważnie takich substancyj czynnych których w normalnym ustroju niema.

Obecnie zajmiemy się pytaniem jak zachowuje się wydzielanie żółci u osobników zdrowych, normalnych, przed i po wprowadzeniu zwykłych pokarmów a głównie mleka, mięsa i chleba.

Według Babkina (35) krzywa wydzielania żółci jest dwuwierzchołkowa, i posiada dwa maksima z których pierwsze wypada na 5 — 6 godzin, a drugie między 10 a 12 godziną po jedzeniu. Przy podawaniu węglowodanów krzywa nie różni się wiele od krzywej głodowej. Różnica polega na tem, że maksimum wypada w 2 godz. po jedzeniu. Jeżeli podaje się mięso (mięso i wodę) to wygląd krzywej zależy od ilości podawanego pokarmu. Po podaniu umiarkowanej ilości (500 g mięsa i 300 — 400 g H_2O) wydzielanie wzrasta już po jednej godzinie i osiąga maksimum w 3 — 5 godz., które utrzymuje się do 10-tej godz., a po tem gwałtownie spada i następnie lekko wzrasta w 20-tej godz. Po spożyciu dużej ilości mięsa (1000 g mięsa i 700 — 750 H_2O) krzywa posiada dwa okresy: I. krzywa w maksimum posiada schodkowate wahania; II. krzywa utrzymuje się na wysokim poziomie i nie spada nigdy do poziomu krzywej głodowej lub krzywej przy umiarkowanem karmieniu (500 g mięsa). Im więcej podajemy mięsa tem większe jest wydzielanie żółci.

Po podaniu małych ilości chleba krzywa wykazuje zaraz po jedzeniu zmniejszenie a nawet ustanie wydzielania, poczem osiąga maksimum w 1-szej lub 2-giej godzinie. Po wielkich ilościach chleba krzywa ma tendencję do szybkiego powrotu do poziomu krzywej wydzielania samoistnego niż przy spożyciu masła i mięsa. Węglowodany podane w formie chleba wywołują wydzielanie, które mało jest podobne do wydzielania po innych środkach spożywczych, prawdopodobnie dlatego, że z chlebem wprowadzamy oprócz węglowodanów pewną ilość białka.

Żółć nie wydziela się natychmiast po wprowadzeniu pokarmów do żołądka, lecz wydzielanie jej posiada pewien okres utajenia, który według Klodnickiego wynosi dla mleka 20 minut, dla mięsa 36 minut a dla chleba 47 minut. Każdy pokarm posiada swoją typową krzywą wydzielania.

Według Babkina 600 ccm mleka równa się 100 g mięsa = 250 g chleba. Krzywe te dla mięsa, mleka i chleba przedstawiają się następująco (Babkin): Krzywa „mleczna": 1 godz. — po okresie utajenia (20') wzrasta szybko do góry, 2 godz. — spada do $^2/_3$ poprzedniej wysokości, 3 godz. — osiąga maksimum, 4 — 9 godz. — spada prawie do zera. Okres początkowy wywołuje dostające się do dwunastnicy z żołądka niezmienione zawierające tłuszcz mleko. Następny okres opadania przypada na czas dostawania się do dwunastnicy serwatki ubogiej w tłuszcz.

Okres trzeci — działanie produktów trawienia tłuszczu. Okres czwarty — opadanie aż do zera.

Krzywa „mięsna": 1 godz. — okres utajenia 36' maksimum wysokie, 2 — 7 godz. — spadanie stopniowe aż do zera. Wstępowanie powoduje przedostawanie się produktów trawienia mięsa do dwunastnicy. Z chwilą całkowitego opróżnienia żołądka, krzywa spada do zera.

Krzywa „chlebowa": 1 godz. — okres utajenia 47 min., maksimum dość niskie; 2 godz. i dalsze krzywa łagodnie opada. Krzywą „chlebową" wywołuja produkty trawienia ciał białkowych zawartych w chlebie. Tworzenie się ich postępuje powoli, więc przebieg krzywej ma charakter łagodny, niski i długi.

Białko jaja kurzego pobudza wydzielanie dopiero wtedy, gdy zaczyna ulegać trawieniu w żołądku. Białko pochodzenia roślinnego działa przeważnie tak samo jak białko pochodzenia zwierzęcego.

Tłuszcze działają najsilniej żółciopędnie. Szczególnie silnie działa żółtko jaja. Możemy przyjąć, że żółciopędnie działają również produkty tworzące się przy trawieniu w dwunastnicy (Babkin).

* * *

Na podstawie poglądów badaczy, jakie spotykamy w piśmiennictwie naukowym ostatniej doby, dochodzimy do wniosków że:

I. woreczek żółciowy napełnia się podczas rozkurczu pod wpływem środków choleretycznych, które stale się w ustroju znajdują;

II. woreczek żółciowy wypróżnia się pod wpływem środków żółciopędnych (cholagoga);

III. możliwe jest przy skurczowym lub napełnionym żółcią woreczku, wydzielanie się żółci wątrobowej wprost do dwunastnicy pod wpływem środków choleretycznych;

IV. główną jednak rolę przy wypływie żółci do dwunastnicy odgrywa skurcz woreczka i gra odźwiernika Oddi'ego;

V. mechanizm wydzielania pozostaje przedewszystkiem pod wpływem układu wegetatywnego i to podniecająco działa tutaj układ parasympatyczny a hamująco układ sympatyczny;

VI. mechanizm nerwowy nie wyklucza jednak mechanizmu humoralnego i najprawdopodobniej oba te mechanizmy współdziałają ze sobą lecz z przewagą systemu nerwowego;

VII. ruchy oddechowe i zmiany ciśnienia mogą przy otwartym odźwierniku mieć rolę pomocniczą w opróżnianiu woreczka;

VIII. przebieg wypływu żółci zależy od działających środków. Różne środki posiadają swój właściwy im przebieg wypływu. Odnosi się to przedewszystkiem do pokarmów.

Z pracy zaś niniejszej wyciągamy wniosek że:

IX. niektóre substancje powstające w dolnych odcinkach przewodu pokarmowego jako produkty trawienia względnie gnicia wpływać mogą na wydzielanie żółci.

Piśmiennictwo.

1) Moleček: Ueber Substanzen die die Produktion und den Abfluss der Galle beeinflusen. Dtsch. Zusammenfassung str. 150—152, 1928 sk. — 2) Sochański H. Zaburzenia w tworzeniu oraz wydzielaniu żółci i łączność ich z układem nerwowym I. cz. P. Gaz. Lek. str. 839 i 863, r. 1926. — 3) Kalk H. Probleme und Ergebnise der Gallenwegsdiagnostik. Z. klin. Med. 109, str. 118 — 126, 1928, skr. — 4) Winkelstein i Aschner: Experimental studies of the entrance of bile into the duodenum. Amer. J. Med. Sc. CLXIX, 679 — 686. 1925 skr. — 5) Scott W. J. and Whita-

ker L. R.: Expulsion of its contents as a function of the gall bladder. Proc of the Soc. f. Exp. Biol. a Med. 25 Nr. 6. Str. 420 — 422. 1928 skr. — 6) Boyden E. A. and Birch C. L. : Emptying of human gall bladder after salive cathartics. Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 25. str. 840 — 842. 1928 skr. — 7)Boyden and Birch: Conditions affecting the emptying time of the human gall-bladder. Proc. of the Soc. of exp. Biol. a. Med. 24. Nr. 9. str. 827 — 831, 1927. — 8) Valedinsky A J.: Sur l'influence des sucs de légumes sur la sécretion de la bile. R. Phys. J. V. str. 231 — 241. 1923, skr. — 9) Bronner H.: Studien zur Entleerung der Gallenblase. Bruns' Beiträge z. klin. Chir. T. 142. Z. L. str. 48 — 72. 1928 skr. — 10) Copher G. H. and Illingworth C. F.: Further studies on the emptying of the gallbladder. Proc. of the Soc. f. Biol. a. Med. 25. Nr. 3. str. 172 — 173 1927 skr. — 11) Chiray M. et Pavel I.: Comment la vésicule biliaire se remplit et comment elle se vide. Presse Med. Rocz. 19. str. 289 — 291. 1928 skr. — 12) Grailly R. Lachapéle P. et Wagermez: Du mode d'evacuation de la vésicule biliaire aprés ingestion de corps gras. C. R. de la Soc. de Biol. 98. str. 585 — 588, 1928. skr. — 13) Boyden E. and Saunders A.: Duodenal drainage of the human gall — blader. Proc. of the Soc. f. Exp. Biol. a. Med. 25. Nr. 6. str. 458 — 462, 1928, skr. — 14) Boyden E.: Gallbladder versus sphincter papillae. Proc. of the Soc. f. Exp. Biol. a. Med. 25. Nr. 2 str. 99 — 100. 1927. skr. — 15) Sakurai E.: Experimentelle Beiträge zur Secretion der Galle. I. Mitt. Jap. journ. of med. sciences VIII. Internat. med. pediatry a. psychiatry. I. Nr. 2. str. 147 — 162 1927. skr. — 16) Okada S. Kuramochi and Tsukahara T.: The humoro-neural regulation of the gastric, pancreatic and biliary secretions. Proc. of the imp. acad. 4 Nr. 4 str. 178 — 180. 1928 sk. — 17) Ivy A. C. Oldberg E. Kloster G. and Lueth H. C.: A hormone mechanism for gall bladder contraction and evacuation. Americ. journal of physiol 85. Nr. 2. Str. 381 — 383 1928 sk. — 18) Ivy A. C. a. Oldberg E.: Obserwation on the canse of gallbladder contraction and evacuation. Proc. of. the soc. f. Exp. Biol. a. Med. 25. Nr. 4 str. 251 — 252 1928. — 19) Ivy A. C. a. Oldberg E.: Contraction and evacuation of gall-bladder caused by highly purified „secretin" preparation. Proc. of the Soc. f. Exp. Biol. a. Med. 25. Nr. 2 str. 113 — 115. 1927 skr. — 20) Lueth H. C. a. Kloster G.: The effect of purified secretin on bile flaw from the liver. Americ. Jour. of physiol. 85. Nr. 2. str. 389. 1928. skr. — 21) Takács L.: Versuche mit Secretin. IV Mitt. Z. exp. Med. 62. str. 114 — 117. 1928 skr. — 22) Winogradow A. P.: Die Wirkung von Arzneisubstanzen auf die Absonderung der Galle. Arch. f. exp. Path. u. Pharm 126. Str. 17 — 30. 1927. — 23) Erbsen H.: Untersuchungen zur Funktionen der extrahepatischen Gallenwege. II. Mitt Z. exper. Med. 61. Str. 316 — 322. 1928 sk. — 24) Toyoshima J. und Ryûtatô T.: Ueber die pharmakologische Reaction der Gallenblase. Folia pharm. 6 Z. 2. str. 222 — 231. 1927 skr. — 25) Lattuca M. et Nosca S.: La contractilité de la vesicule biliaire. I. Arch. intern. de physiol. 28 Nr. 1 str. 96 — 99. 1927 sk. — 26) Boyden E. Parmacek L.: Reflex inhibition of the human gall bladder. Proc. of the Soc. f. Exp. Biol. a. Med. 25 Nr. 6 Str. 462 — 464. 1928 sk. — 27) Schaffler J.: Experimentelle Untersuchungen über Gallensekretion. Z. f. d. ges. exp. Med. 57. Str. 672 — 697. 1927 sk. — 28) Taubmann G.: Atophangalle. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 121. Str. 204 1927. — 29) Stransky E.: Ueber die Wirkung von Salzen auf die Gallensekretion. Biochemische Zeitschr. 143. Str. 438. 1923. — 30) Lebduska J.: Action diuretique et cholagogue de l'hyposulfite de soude. C. R. de la Soc. de Biol. 98. Str. 1171 — 1173. 1928 sk. — 31) Schwarz C. und Helmuth S.: Die alimentäre Glykämie im Phlorrhizindiabetes, ein Beitrag zur Phlorrhizinwirkung auf die Leber. Biochem. Z. 198 Str. 250 — 258. 1928 sk. — 32) Sugui K. und Ozu H:: Experimentelles über der Einluss der Hämolyse auf Gallensekretion. Detsch. Zusammenfassung. Str. 1912 — 1913. 1927 sk. — 33) Sakurai E.: Experimentelle Beiträge zur Secretion der Galle II Mitt. Japon. journ. of. med. siences. VIII Internal med. pediatry and psychiatry I. Nr. 2 Str. 163 — 172. 1927 sk. — 34) Whitaker L. and Emerson W. C.: Emptying of the gall bladder in pregnancy. Americ. journ of. physiol. 84 Nr. 3 Str. 516 — 519 1928 sk. — 35) Babkin B. P.: Die äussere Sekretion der Vedaungsdrüsen. Str. 630 1928.

Nadto.

Bethe-Bergmon: Handbuch der normalen und pathologischen Psysiologie III/2 Str. 628, 778, 876, 1441. 1928 — Kmietowicz Franciszek jun.: Z fizjologji wydzielania żółci. Polska Gazeta Lekarska Str. 335, 359, 443, 485. — Folbort G. V.: Nouveaux faits concernat l'analyse de la courbe de passage de la bille dans le duodemum aprés l'ingestion de lait R. Phys. J. V Str, 141 — 156 1928 sk. — Emerson W. and Whitaher L.: The effect of eliminating the sphincter of the common bile duct upon emptying of the gall bladder. Americ. journ, of physiol. 83 Nr. 2. Str. 484 — 487 1928 sk. — Burget G. E. and Brocklehurst: The bile expelling mechanism of the guinea pig. Americ. journ. of. physiol. 83. Nr. Str. 578 — 588. 1928. sk. — Burget G. F: The regulation of the flow of bile Americ. journ. of physiol. 81. Nr. 2. Str. 422 — 430. 1927.

OCENY.

Dr. Paul J. Reiter: *Zur Pathologie der Dementia Praecox, Gastrointestinale Störungen, ihre klinische und ätiologische Bedeutung* r. 1929. Kopenhaga Verlag Levin u. Munksgaard .

Nieustalona dotychczas patogeneza chorobowej jednostki, noszącej miano *dementia praecox* (Kraepelin), zwanej obecnie pospoliciej schizophrenia (Bleuler) jest wciąż tematem ożywionej dyskusji w piśmiennictwie naukowem. Schorzenie to pojawia się w jednakowym stopniu w całym świecie, dotykając ludzi bez względu na wiek (pojawieniu się schizophrenji sprzyja jednakże najbardziej wiek od 15 do 25).

Nauka zgadza się narazie z tem, że powstawanie omawianego schorzenia zależy w znacznym stopniu od zewnętrznych warunków. Ważną zatem rolę odgrywa niewątpliwie predyspozycja dziedziczna, głównie pośrednia, przenikająca zazwyczaj z linji bocznej (dziadkowie, ciotki i t. d.) a nieokreślone czynniki zewnątrzpochodne sprzyjają wykształceniu odziedziczonej wadliwości konstytucyjonalnej. W świetle samatoskopowej frenologji Kretschmera, usposobiającym czynnikiem dla schizophrenii, jest nie tyle charakter, ile specjalna budowa ciała chorych. Schorzenie to, zdaniem Kretschmera, dotyka w 61% przypadków specjalnie osobników o cechach leptozomicznych i atletycznych. Prócz tego poważny odłam uczonych dopatruje się przyczyn powstania schizophrenji w zaburzeniach gruczołów wewnętrznego wydzielania. Na okoliczność tą zwrócono uwagę, gdy przekonano się, że schizophrenia pojawia się zwłaszcza w okresie dojrzałości płciowej lub w okresie poporodowym oraz karmienia. Często też najrozmaitsze zaburzenia menstruacyjne (amenorrhea, dysmenorrhea) u kobiet poprzedzają wystąpienie objawów rozczepienia osobowości. Nie ulega wątpliwości, że zaburzenia czynnościowe gruczołów płciowych posiadają poważne znaczenie patoplastyczne w rozwoju obrazu klinicznego, jednakże bezskuteczność środków organoterapeutycznych oraz stosowanych zabiegów operacyjnych (Steinach'a) na wspomnianych gruczołach zachwiewa nieco podstawy tego poglądu. Szereg autorów zapatruje się wreszcie na otępienie przedwczesne jako na równoczesne schorzenie wielu gruczołów (pluriglaudularne), często bowiem dostrzegano objawy tężyczkowe, choroby wola oraz obrzęku śluzowatego. Mott zwraca uwagę, że w 26% stwierdzał w przebiegu omawianego schorzenia pomniejszenie się rozmiarów i wagi nadnerczy przedewszystkiem jej istoty rdzennej, w przysadce zaś mózgowej dostrzegał on zmiany nawet w 100%, polegające na zmniejszeniu się liczby komórek eozynochłonnych, zanikaniu zasadochłonnych i rozroście tkanki łącznej. Podobne zmiany przysadki mózgowej cechują również przebieg pospolitej gruźlicy a okoliczność ta zadaje ostateczny cios chwiejnej teorji, usiłującej wyjaśnić powstanie otępienia wczesnego uogólnionem tłem gruźliczem. Poważne znaczenie w nauce o schizophrenii posiada dział badań histologicznych środkowego układu nerwowego. Wreszcie należy wspomnieć o ciekawych zmianach opisanych przez Monakowa w splocie naczyniówkowym, będącym regulatorem układu gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Dopiero nowe badania Cottona, Watsona, Buscuino oraz autora omawianego dzieła nadały nowy kierunek biologicznej psychjatrji zmierzającej do ustalenia przyczyn otępienia wczesnego. Reiter, stosując ściśle metody nowoczesnej kliniki chorób wewnętrznych zbadał 79 chorych na otępienie wczesne, 38 chorych na psychozę szałowo-posępniczą i 17 innych chorych, cierpiących na najrozmaitsze choroby psychiczne. Autor zauważa, że chorzy na otępienie wczesne cierpią najczęściej nadto somatycznie na nieżyt żołądkowo-jelitowy (gastroenteritis), która to zmiana staje się następnie przyczyną zgonu przeważającej części tych chorych. Opierając się na własnych spostrzeżeniach oraz na wynikach prac Buscaino autor stwarza nową teorję, wedle której nieżyt przewodu pokarmowego znamionuje wadliwą predyspozycję dziedziczna, nieżyt ten staje się pierwotnym zawiązkiem psychozy a to wobec dotkliwego uszkodzenia układu narządów, które w prawidłowych warunkach przeciwdziałają i zobojętniają zatrucia ente-

rogenne. Do narządów tego układu w ustroju ludzkim należy wątroba oraz gruczoły wewnętrznego wydzielania. Przełamanie tej naturalnej barjery zaporowej przez trujące substancje enterogenne sprzyja ostatecznie rozwojowi czynników, zatruwających ciało prążkowane, ośrodki podstawy mózgu oraz ośrodki wegetatywnego układu nerwowego i wywołujących w ten sposób psychozę. Wreszcie w 23 przypadkach badał autor sekcyjnie oraz drobnowidowo zachowanie się przewodu pokarmowego, stwierdzając stale u wszystkich zmarłych schizophreników wyraźne zmiany (anadenia), cechujące nieżyt przewodu pokarmowego a nadto częste zmiany zapalne wątroby oraz jej stłuszczenie, zapalenie nerek i t. d. W codziennej praktyce, w sekcyjnych przypadkach zmarłych schizophreników znajdują istotnie dość często opisywane przez wzmiankowanego autora zmiany chorobowe w przewodzie pokarmowym, to jednak nie przemawia mnie do przekonania jego twierdzenie, jakoby te właśnie zmiany miały charakter obrazu anatomicznego, stanowiącego przyczynę zejścia śmiertelnego, albowiem w moim materjale sekcyjnym największy odsetek zgonu schizophreników powoduje gruźlica, będąca niejako uprzywilejowaną chorobą wewnątrz szpitalną.

Teoretyczne rozważania Reitera skłoniły go do leczenia chorych na otępienie wczesne zapomocą metody Walbuma, który uzyskiwał doskonałe wyniki, lecząc przypadki enteregennego zatrucia królików, wywołanego eksperymentalnie solami ciężkich metali. Wybierając z pośród najrozmaitszych kombinowanych metod leczenia a to w zestawieniu z organoterapją bądź też ze szczepionką z prądków okrężnicy autor uznał za najbardziej odpowiedni i celowy sposób Walbuma, który zdaniem jego, zasługuje na należyte rozpowszechnienie w szpitalach psychjatrycznych.

Badania kliniczne, eksperymentalne oraz histologiczne autora omawianego — powodują szczególne zainteresowanie się psychjatrów jego biologiczno-medycznemi rozważaniami, dlatego też dzieło jego staje się ciekawe nawet dla szerszego ogółu czytających.

W. Janusz. (Kulparków.)

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Rocznik Psychjatryczny, zeszyt XI, rok 1929: Wł. Sterling: Podstawy klasyfikacji typów klinicznych psychopatji ustrojowej. — Z. Rozenblum: Zakres przejawów klinicznych psychopatji dziecięcej. — Eug. Wilczkowski: Zagadnienie konstytucji serologicznej psychopatów (grupy krwi). — W. Łuniewski: Psychopatja ustrojowa w teorji i praktyce sądowo-psychjatrycznej. — J. Nelken: Psychopatja w wojsku podczas wojny i w czasie pokoju. — R. Radziwiłłowicz: Projekt rozbudowy państwowego szpitala psychjatrycznego i kliniki psychjatrycznej U. S. B. w Wilnie. — W. Łuniewski: Szkic najważniejszych zagadnień dotyczących programu budowy zakładów psychjatrycznych w Polsce. — Fr. Wichert: O psychozach objawowych wywołanych przewlekłem zapaleniem opon pochodzenia prawdopodobnie gruźliczego. — Skorowidz alfabetyczny autorów prac pomieszczonych w zeszytach I. — X. Rocznika Psychjatrycznego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 37, z 15 września 1929: H. Szanzer: Przyczynek do badania roztworów alkoholowych na obecność dwutlenowego estru kwasu ftalowego. — G. A. Romer: Przyrządzanie emulsji oleistych; Nowe leki: i Sprawy zawodowe.

Medycyna Warszawska, nr. 6, z 15 września 1929: M. Wołodkiewiczowa, H. Wasilewska: i Wł. Łobza: Statystyczne dane o ciśnieniu tętniczem na podstawie materjału z II. kliniki wewnętrznej Uniw. S. B. w Wilnie. — A. Landau, M. Fejgin i M. Temkinówna: Przypadek zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego (degeneratio adiposo-genitalis, Morbus Gröhlich) powikłany cukrzycą. — J. W. Grott i J. Trzebiński: Krytyczna ocena sposobów badania czynnościowego wątroby z punktu widzenia praktyki lekarskiej. — J. Misiewicz: Dwie rocznice. — J. Kurczyński: Przeszłość medycyny.

Kosmos, rocznik LIII, za rok 1928, zeszyt IV. Serja A. Rozprawy. W. Kulessa: O nowych i mało znanych gatunkach jażyn w Polsce. —K. Baecker: Kilka uwag o różnicach gatunkowych ostnic polskich. — W. Tymrakiewicz: Analiza pyłkowa torfowiska Biłohorszczy. — K. Stecki K. Zaleski: Parietaria officinalis L. Germanium Sibiricum L. i inne rośliny jako pozostałości dawnego Botanicznego Ogrodu Liceąlnego w Krzemieńcu. — R. Kuntze: Obecny sta wiadomości o faunie ssaków i ptaków wschodniego Podola. — B. Fuliński: Rozmieszczenia geograficzne wypławków krynicznych w pasmie Czarnohorskiem na obszarze źródlisk Prutu. — A. Moszyński: Wpływ warunków ekologicznych na występowanie Wazonkowców (Enchytracidae). — B. Meske: Nieznany we faunie Polski rodzaj jamochłona Microhydra Rideri Potts.

Zagadnienia razy, rok 11. Tom IV, nr. 6 z czerwca 1929: J. Mydlarski: Podstawowe zagadnienie eugeniki. Część I. — Eug. Wilczkowski: Dziedziczenie cech psychicznych. — St. Baby: Psychologja kobiety i mężczyzny. — M. Michałowicz: Psychologja dziecka i wychowanie dziecka i niemowlęcia. — St. Bogdanowicz: Współczesne prądy w wychowaniu na tle kryzysu kulturalnego. — St. Markusfeld: Eugenika — nauka o chodowli ludzi; Z towarzystwa Eugenicznego.

Lekarz Polski, rok V, nr. 9 z 1 września 1929. Z. Rudolf: Kilka uwag o nauczaniu higjeny w wyższych uczelniach: Obecny stan ustawodawstwa i opieki nad psychicznie chorymi w Polsce; Z ustawodawstwa sanitarnego; Medycyna społeczna zagranicą; Zasady deontologji lekarskiej.

Gruźlica, rok IV, nr. 4, za lipiec i sierpień 1929. D. Bobrow i Z. Lewandowski: Leczenie gruźlicy płuc złotem. — Zdz. Świder: O krwiopłuciu zastępczem.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III. nr. 18, z 15 września 1929: Śp. Dr. Władysław Kosmaciński: Wspomnienia pośmiertne. — Z życia Związku Lekarzy Państwa Polskiego. — St. Czerwiński: Zabiegi lekarskie a odpowiedzialność karna lekarzy (c. d.).

Przemysł chemiczny, rok XIII, nr. 18, z września 1929: J. Pfanhauser: Badania nad zawartością wilgoci w odmianach petrograficznych węgli polskich. — E. Holzmann i St. Pilet: Wyższe alkohole z węglowodorów naftowych III. — M. Borstein: Sprawozdanie z IV Międzynarodowego Kongresu Naukowej Organizacji w Paryżu.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 38, z 19 września 1929. A. Landau i I. Held: Spostrzeżenia kliniczne nad niedokrewnością złośliwą (dok.). — A. Landau i B. Jochweds: O odrębnych przypadkach zapalenia płuc. Doniesienie III. — St. Kramsztyk: Współczesny stan organoterapji (Streszcz. zbior. c. d.). — B. Nowakowska, H. Rabinowicz i J. Czarkowska: Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich (c. d.).

Ginekologja Polska, rok 1929, tom VIII, zeszyt IV—VI, za kwiecień i czerwiec 1929. J. Nowak: Postępowanie w łożysku przodującem. — B. Kowalski: O postępowaniu leczniczem w łożysku przodującem. — H. Gromadzki: Wyniki postępowania leczniczego wobec łożyska przodującego w Warszawskich publicznych zakładach położniczych. — A. Garbień: Doświadczenie oddziału położnicze-ginekologicznego państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie, w przypadkach łożyska przodującego (za okres 1912—1927). — Br. Stępowski: Wielonerwowe zapalenie ciążowe. — Wł. Wyrwicki: Przypadek rzucawki porodowej u matki i dziecka. — Wł. Modrzejewski: O leczeniu rzeżączki kobiecej gonakryną. — E. Steckl: Regeneracja krwi po ciężkich krwotokach porodowych. — K. Wiślański: Znieczulenie tropakokainą w położnictwie i ginekologji. — J. K. Laskowski: Rzut oka na mechanizm powstawania nowotworów. — L. Jaźwiński: Słoniowacina warg sromowych mniejszych. — B. Grzankowski: Zapalenie otrzewnej, ograniczone w miednicy małej, wywołane przez cewnik pęcherzowy tam uwięzły. — F. Mrozowski: Przypadek wypadnięcia łożyska.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosławiańskie.

Liječnički Vjesnik.

1929, Nr. 5.

Prof. I. Botteri: Znaczenie wczesnej i późnej reakcyj skórnej przy echinokkozie. Na podstawie swoich doświadczeń na ludziach, doszedł autor do wniosku, że wczesna reakcja jest mało swoistą, natomiast późny odczyn jest charakterystycznym i swoistym.

Prof. B. Spišić: Osteochondritis deformans juvenilis coxae et spina bifida. Autor znalazł w 70% spina bifida przy wymienionem schorzeniu.

Dr. Fr. Ivanyi: Hypnoza w gynekologji.

Dr. I. Pedišić: Przypadek zamkniętej torbieli urachus.

Dr. A. Hahn: Leczenie wątrobą anemji złośliwej.

Dr. Gj. Orlić: Leczenie gruźlicy dziecięcej na pobrzeżu Dalmacji w szczególności w Dubrowniku i Erceg-Novi.

Dr. E. Serstnev: Przyczynek do kliniki zakaźnego ostrego gośćca stawowego.

Dr. R. Milanović: Doświadczenia z arsylenem Roche.

Sprawozdania, Oceny, Kronika. Bibljografia słowiańska.

Dodatek: Staleski Glaśnik, poświęcony sprawom zawodowym i społecznym.

1929, Nr. 6.

Prof. Kogoj F.: *O pyodermiach przewlekłych.* Nawiązując do dwóch przypadków, omawia autor krytycznie piśmiennictwo i proponuje podział banalnych pyodermji na mono- i polytypiczne. Te zaś na ostre i przewlekłe, na mieszkowe i niemieszkowe, na powierzchowne i głębokie staphylo- i streptodermie.

N. Gjućić: O przetaczaniu krwi.

Dr. M. Neuman: Toksyczna periostitis proliferans.

Sprawozdania. Oceny. Bobliografia słowiańska.

Dodatek: Staleski Głaśnik. Sprawy zawodowe i bieżące społeczne.

Leszczyński (Lwów).

Medicinski Pregled.

(Beograd - Zagrzeb - Ljubljana - Sofia. Nr. 6. 1929.)

Gj. Gjorgjević: Nowe poglądy i doświadczenia w patologji i leczeniu kiły.

V. Spužić: Przyczynek do patogenezy pneumonia lobaris.

B. Ilić: Sztuczna pochwa w przypadkach atrezji.

B. Ilić: Ołówek w jamie brzusznej jako przyczyna poronienia nawykowego.

I. Afandari: Thrombosis arteriae basilaris.

D. Borić i D. Tihomirow: Przyczynek złośliwego fibromyoma żołądka.

B. Popović: Cystyczno-idjopatyczne rozszerzenie przewodu żółciowego.

M. Arsenijević: Nowe badania nad hormonem płciowym kobiecym.

Lj. Vorgić: Hygiena obuwia.

Sprawozdania kronika.

1929. Nr. 7.

T. Petrov: O ogólnem zakażeniu wychodzącem z ucha.

D. Antić: Icterus haemolyticus (Morbus Minkowski-Chauffard).

R. Lopasić: Hipnagogiczne pseudohallucynacje, paradoksalna kineza i somnambulizm jako objawy przewlekłej encephalitis.

D. Borić: Leczenie białaczki zimnicą.

B. Gradojević: Leczenie złamań podudzia ambulatoryjnym opatrunkiem gipsowym Delbeta.

S. Davidović: Przyczynek do symptomatologji guzów móżdżka.

Sprawozdania. Kronika.

1929. Nr. 8.

V. Spužić: Leczenie swoiste pneumonia lobaris.

U. Ružičić: Warunkowe odruchy w pedjatrji.

L. Stanojević: Histeryczny czy histeroidny?

V. Brezovnik: Doniesienie o wpływie częściowej resekcji tarczycy na przemianę podstawową.

Gj. Gjorgjević i Bugarski: Kiła i jej leczenie przetworem bizmutowym Biosan.

R. Brasovan: Leczenie następowe po zabiegach chirurgicznych.

Gj. Gjorgjević: Wyprawa lekarska do Sandżaku.

Sprawozdania. Nekrologja. Kronika.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů Českých.

Rok LXVIII. Zeszyt 12. 1929.

Dr. B. Vořenilek: *Nasze doświadczenia z ustaleniem wędrującej nerki metodą Kostliwego.*

Technicznie jest zabieg ten bardzo prosty a przy starannej uwadze nie można uszkodzić tkanki nerkowej. Osiągamy tą metodą korzystne umiejscowienie nerki. Ustalenie tworzone jest z tkanki żywej t. z. włóknistym transplantatem, który utrzymuje nerkę w trwałej fiksacji. Autor przedstawia dwa przypadki tą metodą leczone.

Rocznik LXVIII. Zeszyt 13. 1929.

Doc. Dr. K. Hübschmann i asyst. Dr. J. Ungar: *Czy istnieje t. z. virus gruźlicy w Granuloma annulare i Lupus follicularis disseminatus?* [1]).

Dr. S. Basař i Dr. E. Menšikova: *Pneumoconiosis i jej stosunek do gruźlicy.* Chorobliwe zmiany w płucach powstające u ludzi po wdychiwaniu prochu zależne są od jego chemicznego składu a warunkowane są pewną indywidualną dyspozycją. Proch organiczny, również węglowy, wiedzie tylko do przewlekłego zapalenia oskrzeli z następową rozedmą płuc, względnie dusznicą oskrzelową a nie wywołuje widocznych zmian roentgenologicznych (19 przypadków badali autorzy). Proch nieorganiczny, przedewszystkiem krzemienny wywołuje w płucach stwardniałe, włókniste zmiany, które odnieść można do pseudoguzka krzemowego, rozwiniętego z martwicy koagulacyjnej, wywołanej działaniem chemicznym kwasu krzemowego. Warunkiem ważnym dla rozpoznania silikozy płuc jest skizgram (autorowie badali 2 przypadki typowej silikozy). W stosunku do gruźlicy na podstawie 73 przypadków doszli do przekonania, że nie jest słusznym pogląd, że antrakoza wywiera korzystny wpływ na przebieg gruźlicy płucnej, nadając tejże charakter induratywny. Na jednym przykładzie wyłożyli szczegółowo stosunek gruźlicy do silikozis z punktu widzenia jak rozpoznawczego tak i rokowania.

Ast. Dr. Gjurič: *Leczenie cukrzycy i wrzodu żołądka emanacją radu.* Autor widział w kilku przypadkach bardzo korzystny wpływ emanacji, szczególnie w 2 przypadkach wrzodu żołądkowego, których dalsze wyniki uprawniają go nawet do nazwania tego leczenia „etjologicznem leczeniem".

Dr. Ungar (Lwów)

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1929. XLVIII/1.

John Reed. *Nowe kierunki w chirurgji cukrzycy.* Leczenie chirurgiczne przed erą insulinową było bardzo utrudnione. Powikłania pooperacyjne w postaci zakażenia, śpiączki i kwasicy były na porządku dziennym. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła 34.04%. Z tego można było wydzielić dwie grupy: jedną w której stosowano przed zabiegiem odpowiednią dietę — śmiertelność 17.7% i drugą, w której jej nie stosowano — śmiertelność 36%. Sama więc dieta obniżała dość znacznie śmiertelność.

W erze insuliny śmiertelność obniżała się dalej do 12.7% (przeciętna z kilkunastu serji). Największą jeszcze śmiertelność wykazują przypadki, w których musiano wykonać odcięcie kończyny.

Materjał autora z 5-ciu ost. lat wynosi 400 przypadków. Z tego w 40-tu zastosowano znieczulenie ogólne, w 23-ch miejscowe, a w 1-ym lędźwiowe. We wszystkich przypadkach stosowano przed zabiegiem leczenie przeciwcukrzycowe.

Śmiertelność pooperacyjna wynosi 18,7% (powyżej są podane cyfry z piśmiennictwa).

Autor przygotowuje chorego do zabiegu następująco:

100 gr. glukozy, 100 tłuszczu, 1 gr białka na kg. wagi, przytem insulina. O ile cukier we krwi osiągnie poziom prawidłowy, lub też w moczu zniknie, przystępuje do zabiegu. Przeczyszczenie przed zabiegiem nie potrzebne. Najlepszy czas do zabiegu, jest 2 godz. po śniadaniu, które powinno być płynne, tak by podczas zabiegu żołądek był pusty. Wtedy też przy śniadaniu należy podać prawidłową ilość insuliny.

Jeżeli zabieg ma miejsce wcześnie rano, można podać po zabiegu drugie śniadanie lub mały obiad. Dobrze jest w takim wypadku podać węglowodany (sok pomarańczowy).

Jeżeli musimy przystąpić do odjęcia kończyny, to czynimy to zależnie od krążenia. O ile tętni t. piszczelowa prz. i tylna i grzbietowa odejmujemy stopę, o ile t. podkolanowa-odejmujemy poniżej kolana, o ile zaś ta nie tętni, powyżej. Największe niebezpieczeństwo, jakie grozi po odjęciu — to zakażenie i ropienie a ewent. i zgorzel. Mniej groźna jest natomiast śpiączka i kwasica.

Od czasu wprowadzenia w użycie insuliny śmiertelność pooperacyjna obniżyła się o jedną trzecią. Od tego to czasu można

---

[1]) Praca ta ukazała się w skróceniu w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" Nr. 14 1929.

sobie pozwolić na cięższe zabiegi, jak wycięcie wyrostka rob., pęcherzyka żółc. i t. d. nie obawiając się by śmiertelność była większa od analogicznych zabiegów w przypadkach niecukrzycowych.

Janik (Lwów).

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 33. 1929.

H. Faschingbauer i L. Kofler: *O trującem działaniu surowej i kiełkującej fasoli.* Opis 2 przyp. w których po spożyciu kilku surowych kiełkujących ziarn fasoli *(Phaseolus coccineus)* wystąpiło ostre zatrucie phazyną, polegające na ostrym nieżycie żołądka i jelit, przejściowym obrzęku wątroby i urobilinurji.

A. Winkelbauer i K. Urban: *O embolii w przyp. otwartego otworu owalnego.* Opis przypadku kazuistycznego.

W. Saphiz: *Odchylenie dopełniacza w tyfusie brzusznym.* Na podstawie opisanych przypadków stwierdza autor że próba odchylenia dopełniacza jest w przyp. tyfusu brzusznego cenną próbą, którą winno się używać w celach rozpoznawczych jako uzupełnienie próby aglutynacyjnej i chodowlanej.

O. Hübler: *Pooperacyjne zatrzymanie stolca i leczenie jego za pomocą Peristaltyny.* Opis statystyczny dobrych wyników po stosowaniu Peristaltyny w przyp. po laparotomiach.

O. Fürth: *Nowe zagadnienia na polu chemii fizjologicznej trawienia.* Skrót wykładu dokształcającego.

K. Dietl: *Herpes zoster po przebytej ospie wietrznej.* Z kazuistyki.

R. Paschkis: *Leczenie kamieni pęcherza.* Wykład kursu dokształcającego.

H. Spitzy: *Profilaktyczne zadania ortopedysty we wieku dziecięcym.* Wskazówki dla praktyki.

P. Werner: *Zmiany położenia macicy i ich leczenie.* Wskazówki dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Lwów)

Piśmiennictwo esperanckie.
Internacia Medicina Revuo.

Nr. 5, 1929.

M. J. Szaszina (Archangielsk). *Rzadki przypadek niedrożności jelit u noworodka.* Dobrze rozwinięty noworodek o wadze 3.400 gr był niespokojny, krzyczał, wymiotował bardzo często smółką, brzuch wielki wzdęty, wypróżnień stolcowych nie było żadnych. Wprowadzony przez prostnicę cewnik napotkał na opór. W uśpieniu chloroformowem wykonana laparotomja wykazała, że prawie cała kiszka gruba była zwężona w formie sznurka z szczątkową krezką. Zrośnięta kiszka tylko z trudnością przepuszczała zgłębnik, nie zawierała smółki, tylko małą ilość śluzu. Dziecko zmarło w kilka minut po operacji.

Montlaur. *Korzyści i szkody w stosowaniu arsenobenzyny.* Autor zestawia korzyści arsenobenzyny, występujące często działania szkodliwe, zapobieganie i leczenie tychże.

Von Rothe (Berlin-Wilmersdorf). *Lekarski aparat kinematograficzny.* Opis z ilustracjami.

Lewinstein (Moskwa). *Lecznictwo hinduskie.* Źródło z którego czerpiemy wiadomości o kulturze, poezji i lecznictwie Hindusów, są ich święte księgi Weda. Księga Rig-Weda istniała już około 1.500 lat przed naszą erą. Obok licznych systematycznych opisów chorób znajdujemy tam znaczną ilość niemalże dziecinnych zabobonów. Zdrowie polega na harmonijnej sprawności pierwiastków, składających ciało, choroba zaś na odchyleniach w składzie tych pierwiastków. Równowagę w zaburzeniach prawidłowego stosunku elementów można osiągać dietą, środkami leczniczemi oraz ogniem i narzędziami siecznemi. Lekarz powinien pomagać naturze w wydzielaniu zepsutych soków, zatem stosować lekarstwa w t. zw. krytycznych dniach i porach roku. kiedy przychodzi okres ich wydzielania, a więc stosować środki wymiotne co 2 tygodnie, środki wypróżniające co miesiąc a upusty krwi dwa razy do roku. Farmacja Hindusów jest bardzo bogatą i zawiera środki wszystkich dziedzin przyrody. Najwyżej ceniona była woda, zwłaszcza woda z Gangesu. Wiele metali, soli i minerałów było znanych i stosowanych przez Hindusów już w czasach starożytnych. Drogocenne kamienie (djamenty, perły, korale i t. p.) stosowano jako środki wzmacniające. Z metali rtęć była wysoce ceniona, co już charakteryzuje następujący aforyzm: „Lekarz znający lecznicze siły korzeni i ziół jest człowiekiem, znający siłę noża i ognia jest demonem znający siłę modlitw jest prorokiem a lekarz znający siłę rtęci jest bogiem". Złoto było najsilniejszym środkiem wzmacniającym.

Z leków roślinnych opisanych jest 760 środków. Najświętszym jest kwiat lotosu *(nelumbium speciosum),* który uważano za żywe bóstwo. wogóle środki lecznicze były podzielone wedle ich działania na 9 grup a to: środki napotne, wymiotne, wypróżniające, klistyry. Za klistyry były używane: pęcherz moczowy świń i bawołów, worek skórzany z rurką złotą lub srebrną. Podobne instrumenta służyły do wstrzykiwań do pęcherza moczowego. Dalsze grupy obejmowały środki do płukania, kichania, ślinopędne, ściągające i odurzające *(sialagoga, styptica, narcotica).* Postacie leków były najrozmaitsze. Godną przytoczenia jest następująca sentencja: „W rękach człowieka nieokrzesanego lekarstwo jest trucizną i działa podobnie jak nóż, ogień i światło, w rękach ludzi umiejętnych jego działanie jest jak eliksir nieśmiertelności." Obowiązkiem lekarza jest poznać wszelkie trucizny i przeciwtrutki, albowiem „nieprzyjaciele, złe kobiety i niewdzięczni słudzy niejednokrotnie zatruwają pokarmy". Księga Suszuto wylicza do 80 gatunków jadowitych wężów, podając jednocześnie każdorazowe środki lecznicze. Medycyna hinduska wymienia też karmione truciznami „jadowite dziewice ",oddech których potrafi zabić kochanka. Silne środki trujące stosowano ze stopniowem powiększaniem dawki, którą potem znów stopniowo zmniejszano. Oprócz lekarstw Hindusi stosowali powszechnie chirurgię, higjenę i dietę. Bogate lecznictwo hinduskie, pomimo wielkiego ukrycia hinduskiej cywilizacji, wielkiego oddalenia i trudności komunikacyjnych, miało przecież znamienny wpływ na medycynę grecką i przez nią na cały późniejszy rozwój lecznictwa. Tak w swych teoretycznych podstawach, jak i w arsenale środków medycyna grecka i lecznictwo hinduskie mają bardzo wiele punktów stycznych, co świadczy o ścisłym historycznym związku i wzajemnem udzielaniu się, które łączyły narody najodleglejszej starożytności.

Sipin. (Woroneż w Związku Sowjetów). *Wojna jako choroba.* Sławny chirurg rosyjski 19 wieku Mik Pirogow powiedział w jednem ze swych dzieł, że „wojna jest epidemją urazów". W rzeczywistości wojna tworzy nie tylko urazy lecz rozmaite choroby zakaźne, choroby nerwowe i umysłowe, oraz inne, nawet zatrucia gazami. Choroby te dotyczą nietylko jednostek, lecz całych państw i krajów i z tego punktu widzenia S. rozpatruje wojnę jako chorobę.

Etjologję wojny stanowią rozmaite jej przyczyny, wyliczone przez autora. Anatomja patologiczna rozpatruje zmiany u jednostek jako zmiany drobne a zmiany większych zrzeszeń, miast, pól, szpitali, urządzeń społecznych jako zmiany makroskopowe. Przebieg może być ostry albo chroniczny, nawet do 30 lat trwający. Objawy jej opisują poeci i pisarzy, lekarze, malarze, statystycy i t. p. Rozpoznanie jest proste, może jednak istnieć także wojna utajona, np. ekonomiczna lub inne tajne stany wojenne. Leczenie jest indywidualne i ogólne. Przerwać tę chorobę w zarodku lekarze nie potrafią, mogą tylko łagodzić jej przebieg, a opisy okrucieństw wojennych powinny służyć do wstrzymania wojen na przyszłość. Profilaktyką wojny zajmują się obecnie najświetlejsze umysły kuli ziemskiej. Wojna zniknie, jeśli znajdziemy środek, który uczyni ją zupełnie zbędną i niepotrzebną. Mamy nadzieję, że czas ten już się zbliża.

Dr. I. Fels.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia seminaryjnego z dnia 20 lutego 1929 roku.

1) Kol. P. Klinger wygłosił odczyt *„Nowoczesny stan wiedzy o niemocy płciowej".* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: N. Goldblum i Frenkiel.

Kol. Goldblum zwraca uwagę, że być może przyczyną zmniejszania się liczby urodzeń jest nie zwiększająca się niemoc u mężczyzn, jak stwierdza prelegent, lecz przyjęty obecnie w małżeństwach system jednego lub dwojga dzieci.

Kol. Frenkiel podkreśla rolę przysadki dla rozwoju płciowego (stany po nagminnem zapaleniu mózgu, nowotwory) i zaznacza, że pomimo badań anatomo - patologicznych i doświadczalnych nie jest ustalone, czy chodzi o zniesienie czy o wzmożenie czynności tego gruczołu. Przypomina mimochodem, że Kartezjusz właśnie w tym tworze lokalizował duszę. Niemoc płciowa występuje czasami jako wczesny objaw cierpienia organicznego np. stwardnienia rozsianego. W jednym przypadku niemoc u inteligentnego neurastenika wyprzedziła o kilka lat objawy *sclerosis*

multiplex; nie podobna rozstrzygnąć czy była ona w tym wypadku objawem rdzeniowym, czy psychopochodnym. W tak zwanej impotencji psychicznej większość objawów możnaby tłómaczyć przy pomocy pojęcia odruchów warunkowych. Sądzi, że niejednokrotnie cierpienie to jest wyrazem ukrytego homoseksualizmu. Masturbacja działa przeważnie na drodze psychicznej, rzadziej chyba przez niezupełnie udowodnione zmiany w *colliculus seminalis.* W kilku przypadkach widział po zabiegach przypalania *colliculus* — po czasowej poprawie — nawroty niemocy; przypuszcza, że zabieg ten czasami działa jako pewna forma sugestji. Duże trudności w ujęciu patogenetycznem przyczyniają w praktyce przypadki *eiaculatio precox* (stosowanie środków uspokajających czy podniecających?). Wspomina o *eiaculatio tarda.*

Protokół posiedzenia z dnia 6 marca 1929 roku.

1) Kol. Załęski wygłasza referat *o epidemjologji i bakterjologji grypy.*

2) Kol. Rueger mówi o *trudności ustalenia kardynalnych objawów grypy,* wobec jej wielopostaciowości, o często spostrzeganych przypadkach grypy przewlekłej i jej objawach; zatrzymuje się dłużej nad długotrwałą rekonwalescencją po grypie i proponuje dyskusje nad przyczyną tych stanów pogrypowych i ich leczeniem; wreszcie wspomina o obrazie hematologicznym przy grypie.

3) Kol. Tennebaum twierdzi na zasadzie danych statystycznych, dotyczących obecnej epidemji grypy w Łodzi, że zarówno nasilenie jej jak i śmiertelność były minimalne; następnie przytacza wszystkie postacie, w jakich grypa występuje i omawia istniejące teorje, dotyczące etjologji grypy.

4) Kol. Mogilnicki przypomina, że obecna epidemja grypy zjawiła się zaledwie już w sześć miesięcy po epidemji, jaką obserwowaliśmy w Łodzi w maju i czerwcu zeszłego roku i cechowała ją znacznie większa gwałtowność i zaraźliwość specjalnie u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszych klas. Przebieg epidemji był naogół mało złośliwy; im młodsze jednak było dziecko, tem częściej zdarzały się powikłania, mniej lub więcej poważne. A więc u niemowląt śmiertelne zapalenia oskrzelików, odoskrzelowe zapalenie płuc, ropne zapalenia opłucnej ,zapalenia środkowego ucha niekiedy z następczym *mastoiditis.* Często na początku choroby stwierdzał u niemowląt i małych dzieci drgawki, jako równoważnik dreszczy u starszych dzieci. Choroba przebiegała przeważnie wśród objawów nieżytowych, często do złudzenia przypominających początek odry, nierzadko jednak przebieg przypominał dur brzuszny z wzdęciem brzucha i powiększeniem śledziony. Spostrzegał często zaburzenia żołądkowo - kiszkowe, czasem nawet objawy krwawej biegunki — jednocześnie z nieżytem dróg oddechowych. U starszych dzieci spostrzegał niejednokrotnie żółtaczkę. Prócz uporczywości przebieku stwierdza bardzo często nawroty choroby. Wreszcie stwierdzał ujemny wpływ grypy na dzieci z gruźlicą utajoną. Dotyczyło to szczególnie małych dzieci, które często po grypie dostawały gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

5) Kol. Czaplicki mówi o częstem *powikłaniu grypy u dzieci zapaleniem ucha środkowego* o przebiegu naogół łagodnym i przeważnie bez zajęcia wyrostka sutkowego.

6) Kol. Grojecki referuje dane statystyczne, dotyczące przebiegu obecnej grypy w Łodzi, opracowane na materjale łódzkiej Kasy Chorych.

W dyskusji zabierali głos kol.: Schweig, J. Kon, Frenkiel, Żurkowski, Sterling i Załęski.

Kol. Frenkiel nie widział podczas obecnej epidemji grypy wyraźnych, klasycznych zespołów jak np. *polineuritis, meningitis, encephalitis,* któreby mógł powiązać bezpośrednio z grypą, owszem przypuszcza, że prawie w każdym przypadku grypy można znaleść pewne objawy ze strony układu nerwowego, najczęściej neuralgje może neuryty. Na podstawie swojej obserwacji nie może potwierdzić spostrzeżenia kol. Tenenbauma o zwiększaniu się ilości porażeń nerwu twarzowego lub nerwo - bólów nerwu 5-go.

W kilku przypadkach po kilkudniowej grypie obserwował stany lękowe i niepokój nie długo trwające. Spostrzegał też w czasie epidemji dwa przypadki psychozy okresowej, przebiegające z wysoką ciepłotą do 39°, jeden z nich zakończył się śmiertelnie, bez objawów zapalenia mózgu. Grypa często występowała jako treść fobji. W 3 przypadkach u osobników powyżej lat 50 obserwował ataki dusznicy bolesnej, które inaugurowały grypę. Zapytuje, czy na ciężki przebieg grypy z przed 10-ciu laty nie był bez wpływu stan ogólnego wyczerpania, obserwowany bezpośrednio po wielkiej wojnie.

Na zakończenie kol. Ebin demonstruje przypadek *ciąży zamacicznej.*

Dr. A. Tenebaum.

SPRAWY ZAWODOWE.

Rozporządzenie

Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 27 lipca b. r. (Dz. Ust. Nr. 62) o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy.

Na podstawie art. 2 i 25 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762), art. 1 ustawy z dnia 28 listopada 1923 r. w przedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Dz. U. R. P. Nr. 131 poz. 1060) i par. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Dz. U. R. P. Nr. 9 poz. 86), zarządza się co następuje:

§ 1.

Dla uzyskania prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem wprowadza się obowiązek odbycia jednorocznej praktyki szpitalnej.

§ 2.

Przez praktykę szpitalną rozumie się systematyczną pracę lekarską przy chorych na wszystkich oddziałach szpitalnych pod kierunkiem właściwych ordynatorów.

§ 3.

Praktyka szpitalna winna trwać 12 miesięcy i może być wykonywana na wszystkich oddziałach szpitalnych jednocześnie.

W razie odbywania praktyki na specjalnych oddziałach szpitalnych i na klinikach uniwersyteckich, czas praktyki na oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgicznych i położniczych nie może trwać krócej, niż po trzy miesiące na każdym z tych trzech oddziałów.

§ 4.

Praktykę szpitalną odbywać można po ukończeniu uniwersyteckich studjów lekarskich oraz w czasie trwania tychże studjów, jednakże nie wcześniej, niż po ukończeniu 14-stu trymestrów.

§ 5.

Praktykę szpitalną odbywać można we wszystkich szpitalach publicznych, liczących conajmniej 200 łóżek i posiadających przynajmniej trzy oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i położniczy, oraz na klinikach uniwersyteckich.

§ 6.

Zaświadczenia o odbyciu praktyki szpitalnej na poszczególnych oddziałach wydają dyrektorowie szpitali publicznych, względnie dyrektorowie klinik uniwersyteckich. Zaświadczenia te służa dla przedstawienia władzom administracji ogólnej przy regestracji uprawnień lekarskich w myśl postanowień art. 2 i art. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762.

§ 7.

Wojewódzka władza administracji ogólnej władną jest w poszczególnym przypadku uznać praktykę szpitalną, odbytą zagranicą lub w wojsku, za równorzędną z praktyką szpitalną w zrozumieniu niniejszego rozporządzenia.

§ 8.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie sześciu miesięcy po dniu jego ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych
(Sławoj Składkowski)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne. Na Walnem Zebraniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego w dniu 22. V. dokonano wyborów na miejsce ustępujących członków Zarządu. Wybrano: Kol. Róbina i Wejnerta ponownie, oraz Józefa Czarkowskiego i Justmana.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w zrozumieniu zadań lecznictwa oraz konieczności zreorganizowania tegoż w Kasach Chorych zdecydowało powołać do Głównego Urzędu Ubezpieczeń lekarza do spraw związanych z tą reorganizacją. Na stanowisko to został powołany przez p. Ministra Dr. Tadeusz Milewski, b. asystent kliniki chorób wewnętrznych i obecny kierownik laboratorjum szpitala św. Ducha w Warszawie.

Lwów.

Dr. Antoni Dobrzański habilitował się w Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie w zakresie chorób uszu, nosa i gardła.

Ze świata.

Ospa w Anglji. Według oświadczenia angielskiego ministra Zdrowia (British med. Journ. 1929 — june I) przebieg epidemji ospy naturalnej w Anglji i Walji przedstawia się w sposób następujący:

Rok	Przypad.	Zgony	Odsetek śmiert.
1922	973	27	2,77%
1923	2.504	7	0,28%
1924	3.797	8	0,21%
1925	5.354	6	0,11%
1926	10.141	11	0,11%
1927	14.787	36	0,24%
1928	12.420	53	0,43%
1929	3.283	8	0,25%

Jak wiadomo w Anglji nie obowiązuje szczepienie obowiązkowe przeciw ospie. Według oświadczenia ministra największa liczba przypadków ospy wystąpiła w południowej Walji w Durham, Derobyshire i Yorkshire, w okręgach przemysłowych, gdzie szczepienie ochronne było najbardziej zaniedbane. Wielka łagodność ospy w Anglji przyczyniła się w dużym stopniu do jej rozsiania. W ostatnich tygodniach parowiec „Tuscania", przybyły z Bombaju, przywiózł do Anglji ospę o ciężkim przebiegu — z pośród podróżnych tego parowca zachorowało po wylądowaniu w Anglji i Szkocji 51 osób, zmarło 10 osób (= około 20% śmiertelności). Wypadek z „Tuscanią" wywołał na kontynencie Europy duży popłoch; władze francuskie chwilowo zamknęły nawet wjazd do Francji przez Boulogne i Calais dla Anglików, nie mających świadectwa szczepienia ospy.

* * *

Przebieg ospy w Polsce Niepodległej przedstawia się jak następuje:

Rok	Przypad.	Zgony	Odsetek śmiert.
1920	3.948	687	12,33%
1921	5.078	823	16,18%
1922	2.399	519	21,63%
1923	502	83	16,53%
1924	861	126	14,63%
1925	77	3	3,89%
1926	70	5	7,14%
1927	35	4	11,42%
1928	17	2	7,40%
1929	2	1	—

Umieralność z gruźlicy w państwach europejskich. Według „Bulletin Mensuel de l'Office International d'Hygiene Publique" (1929, Nr. 4) umieralność z gruźlicy wszelkich postaci w niektórych państwach europejskich przedstawia się jak następuje (w stosunku do 10.000 mieszkańców):

rok	1924	1925	1926	1927
Danja	9,9	9,1	8,1	
Belgja		10,3		
Anglja i Walja		10,4	9,6	9,9
Szkocja		11,0	9,9	10,0
Irlandja		15,6	14,7	
Litwa			14,5	15,4
Norwegja			18,9	16,4

rok	1921	1922	1923	1924	1925
Holandja		11,3	10,3	10,6	
Hiszpanja	15,6	15,5	15,4		
Szwecja			13,9	14,9	14,5
Portugalja	13,7	14,7			
Szwajcarja			15,0	15,3	15,5
Jugosławja			25,1	25,0	23,7

W zestawieniu powyższem uderza przewaga krajów uprzemysłowionych Belgji, Anglji i Szkocji, nad krajami rolniczemi, które wykazują bardzo wysoką umieralność z gruźlicy; wyjątek stanowi tu Danja, gdzie państwo i społeczeństwo tak wiele sił i środków poświęciły na racjonalną walkę z gruźlicą i osiągnęły znakomite wyniki i gdzie rolnictwo jest wysoce uprzemysłowione. Podwyższenie stopy życiowej ludności, jakie niesie ze sobą uprzemysłowienie kraju odgrywa w dzedzinie walki z gruźlicą niezmiernie doniosłą rolę. Porównanie liczb, tyczące się gruźlicy w Szwecji i Portugalji, zdaje się dowodzić, że różnice klimatyczne w umieralności z gruźlicy nie odgrywają wybitniejszej roli.

(Według „Nowin społeczno-lekarskich" nr. 17, z r. 1929).

J. H. Northrup z Instytutu Rochefellera w Princeton otrzymał pepsynę w postaci krystalicznej. (The Journaal of the Amer. Med. Asoc.) donosząc o tem, zwraca uwagę, iż stosunkowo nie dawno, gdyż w odstępach zaledwie parumiesięcznych, pojawiły się doniesienia o otrzymanych krystalicznych postaciach — tuberkuliny i insuliny.

Kursy dokształcające dla lekarzy we Wiedniu. Wydział lekarski Uniwersytetu we Wiedniu urządza w roku szkolnym 1929/30 następujące kursy uzupełniające dla lekarzy:

XXXIV Międzynarodowy kurs dokształcający z zakresu najważniejszych spraw aktualnych medycyny dzisiejszej ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa (kurs dla lekarzy prowincjonalnych) w czasie od 30 września do 12 października 1929.

XXXV Międzynarodowy kurs z zakresu wydzielania wewnętrznego i zagadnień konstytucjonalnych w czasie od 25 listopada do 7 grudnia 1929.

XXXVI Międzynarodowy kurs z zakresu najnowszego lecznictwa w czasie od 17 lutego do 1 marca 1930 r.

XXXVII Międzynarodowy kurs z zakresu gruźlicy ze szczególnem uwzględnieniem jej leczenia w czasie od 26 maja do 7 czerwca 1930.

XXXVIII Międzynarodowy kurs dokształcający z zakresu najważniejszych spraw aktualnych dzisiejszej medycyny ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa (kurs dla lekarzy prowincjonalnych) od 29 września do 12 października 1930 roku.

Szczegółowe programy tych kursów, karty uczestnictwa, tudzież legitymacje uprawniające do przekroczenia granicy bez wizy paszportowej są do nabycia w Sekretarjacie Kursów Wien IX., Porzellangasse 22.

Prezesem Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego wybranym został w lipcu r. b. Dr. Gerry Morgan.

Redakcja otrzymała.

Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej: nr. 1, 2-3, 4-5, 6-7 z r. 1929.

A. Wizel i R. Markuszowicz: Zweite Mitteilung über die Versuche der Malariatherapie bei der Schizophrenie. Odb. z Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Band 46, Heft 3.

La Monde Médical: numero 755, 1 September 1929.

Sprawozdanie Komisji Senatu Akademickiego Uniwersytetu Jana Kazimierza dla spraw młodzieży, za rok akademicki 1927/28. Lwów 1929.

Dr. Ludwik Zembrzuski: Zarys rozwoju chirurgji polskiej. Odb. z Polskiego Przeglądu Chirurgicznego, tom VIII, zeszyt 3. r. 1929.

Pathologica, Rivista mensile, nr. 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, anno XXI.

C. Benevolus: „Współczesny stan lekarski". Odb. z Medycyny Warszawskiej, nr. 3 z r. 1929.

Dr. Franciszek Ks. Cieszyński: Książeczka zdrowia, zawierająca schemat dokładnych wywiadów, pomiarów i badań dziecka.

Higier Henryk: „Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie". Odb. z Warsz. Czas. Lek., nr. 24 — 25 z r. 1929.

Higier Henryk: „W sprawie klasyfikacji i djagnostyki pewnych rzadszych postaci przewlekłych chorób mózgowych". Warszawa. Odbitka z Księgi jubileuszowej Edwarda Flataua. 1929.

Le Monde médical, numèro 756, 15 septembre 1929.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 24-e année, nr. 8, aout 1929.

Wł. Mikułowski: „Neuropathie et syphilis congénitale chez l'enfant". Odb. z „Dal Volume di Scritti in onore a Carlo Coneba nel XXV del suo insequamento".

J. Pomper: „Uproszczony sposób leczenia syndaktylji". Odb. z „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego", nr. 30 z r. 1929.

Obchód jubileuszowy Towarzystwa Aptekarskiego we Lwowie 1868 — 1928. Odb. z „Wiadomości farmaceutycznych".

Józef Fritz: „Listy Józefa Franka do Gotfryda E. Grodka" z 1 tablicą, Lwów 1929, str. 32, 8-o. (Uczestnikom V Zjazdu Polskich Historyków Medycyny w Wilnie).

Nr. 41. 13. października 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Władysław STERLING. Warszawa.

Współudział gruczołów dokrewnych a w szczególności gruczołów przytarczycowych w patogenezie migreny. *

Zgodnie z współczesnym stanem poglądów na patogenezę migreny przypuścić należy, że gruczoły dokrewne biorą w tej sprawie prawdopodobnie udział pierwszorzędny. Różne ukształtowania i powikłania zespołu migrenowego świadczyły dotąd o możliwości współudziału w jego patogenezie: *gruczołów płciowych, przysadki mózgowej i tarczycy*. W przeciągu ubiegłych kilku lat ostatnich obserwacji mojej nastręczył się szereg przypadków migreny powikłanych trwałemi lub przemijającemi objawami utajonej lub jawnej *tężyczki*, świadczących o możliwości współudziału w powstawaniu tej sprawy poza wymienionemi poprzednio gruczołami dokrewnemi — również *gruczołów przytarczycowych*.

Z dotychczasowego materjału mojego, który obejmuje obserwację przeszło 4-letnią wynikają różnorodne możliwości zabarwienia migreny elementami tężyczkowemi i inkrecyjnemi. Niewątpliwie najbardziej częsta i charakterystyczna jest ta grupa obserwacji, w której objawy migrenowe rozgrywają się na tle trwale istniejącej wzmożonej pobudliwości galwanicznej i mechanicznej nerwów, wzmagającej się jeszcze podczas ataku migrenowego, lecz nie doprowadzającej ani pomiędzy - napadowo, ani na wysokości bólów głowy do kurczów tężyczkowych. W przypadkach tej kategorji hyperwentylacja prowokuje niekiedy zarówno w okresie bezbólowym jak i podczas napadu migreny kurcze tężyczkowe, jakkolwiek spostrzegałem również przypadki z ujemnym odczynem kurczowo - oddechowym. Dla grupy tej szczególnie charakterystyczny jest bardzo wydatny i trwały objaw Chwostka bądź w postaci klasycznej, bądź w postaci opisanej przezemnie dysocjacji. W materjale moim tej właśnie kategorji znakomicie przeważają przypadki dziecięce, w których niekiedy napadowi bólów głowy prawie stale towarzyszyły znaczne podniesienia ciepłoty *(hemicrania febrilis)*. Pewną odmianę kategorji tej stanowią obserwacje, w których zespół tężyczkowo - migrenowy wikła się bardzo złożoną symptomatologją natury wielogruczołowej, a więc objawami eunuchoidyzmu, addisonizmu, zwyrodnienia płciowo-twardzielowego, moczówki prostej, katarakty i t. d. Te właśnie przypadki wykazują również wyraźne powinowactwo do *padaczki*, przyczem objawy migreny i padaczki albo występują równolegle, lub też następuje pewnego rodzaju *transformacja* albo migreny w padaczkę albo, co stanowi niezmierną rzadkość, a co mogłem spostrzegać w jednym przypadku — padaczki w migrenę, przyczem zarówno wystąpienie padaczki, jak i transformacja jej w migrenę pozostawały w wyraźnym związku raz z okresem dojrzewania, drugi raz z inwolucją klimakteryczną.

Następną kategorję w materjale moim stanowią przypadki bardzo ciężkiej migreny z objawami również wzmożonej pobudliwości mechanicznej i galwanicznej nerwów (objawy E r b a, C h w o s t k a, H o f f m a n n a) oraz z wybitnemi napadami czuciowemi i kurczowemi natury tężyczkowej, ujawniającemi się *zupełnie niezależnie od napadów migreny*. W materjale moim kategorja ta reprezentowana jest wyłącznie przez obserwacje *kobiece*, przyczem zarówno zespół migrenowy jak i tężyczkowy sprzężone są tu wyraźnie z czynnościa wewnątrz- i zewnątrz - wydzielniczą *jajników*, jej zmianami w okresie ciąży oraz inwolucją w okresie klimakterycznym (zjawianie się migreny w okresie dojrzewania, ustępowanie czasowe w okresie ciąży, ustępowanie całkowite w okresie przekwitania, zjawianie się napadów tężyczkowych w okresie ciąży i t. d.).

Najciekawsza jednak i pod względem patogenetycznym najważniejsza jest ostatnia kategorja spostrzeżeń w materjale moim, w której objawy migreny i tężyczki splatają się ze sobą symptomatologicznie lub w których, mówiąc ściślej, *zespół tężyczkowy ujawnia się dopiero na wysokości napadu migreny*. I tutaj ukształtowanie się i wzajmne ustosunkowanie zespołu migrenowego do zespołu tężyczkowego oraz powikłanie ich elementami inkrecyjnemi może być różnorakie. Najczęściej początkowo rozwija się atak migreny, zaś w krótszy lub dłuższy czas potem dołączają się do niego objawy tężyczkowe w postaci drętwienia, łzawienia, niepokoju, gwałtownych kurczów palców dłoni lub też dłoni i stóp — niekiedy łącznie z kurczem mięśnia okrężnego oczu oraz objawami T h i e m i c h a i R o s s e t a. W wypadkach takich objawy tężyczkowe mają charakter stały i przedłużony, zawsze jednakże ustępują wcześniej niż ból głowy. W rzadszych przypadkach natomiast objawy tężyczkowe i migrenowe rozwijają się prawie równocześnie, zespół tężyczkowy zaś nie ma charakteru stałego, lecz intermittujący — z trwaniem po kilka do kilkunastu minut, powracając kilkakrotnie podczas tego samego napadu migreny.

Zdarzają się wreszcie przypadki, w których na terenie napadu migrenowego rozgrywa się równolegle do epizodu tężyczkowego dodatkowo i równolegle również epizod *basedowizmu* u chorych, którzy nigdy przedtem nie wykazywali objawów choroby Basedowa. Przebieg takich zespołów złożonych jest taki, że prawie równocześnie z bólem głowy rozwija się wybitny, aczkolwiek nie zawsze symetryczny wytrzeszcz, dalej objawy G r a e f f e g o i M o e b i u s a oraz drżenie palców, wkrótce zaś potem występują objawy zespołu tężyczkowego z kurczami palców lub poczęści bez tych kurczów, przyczem, o ile objawy tężyczkowe trwają zazwyczaj znacznie krócej od napadu migrenowego, o tyle objawy przemijającego *basedowizmu* mogą go przetrwać o kilka lub kilkanaście godzin, a czasem o całą dobę, znikając następnie bez śladu. Zjawiska tego ostatniego typu występują niekiedy u typów infantylnych, czasem przy objawach nieznacznego powiększenia tarczycy, lecz zawsze bez objawów choroby B a s e d o w a w okresach pozanapadowych. Zabieg hyperwentylacyjny podczas napadu wzmaga objawy *basedowizmu i tetanizmu*, nie przyczynia się wszakże do spowodowania kurczów podczas napadów bezkurczowych. Znamienne jest, że we wszystkich odmianach tej kategorji właśnie objawy C h w o s t k a i E r b a były bardzo słabe albo brak ich było zupełnie.

Już sama symptomatologja obserwacyj tych dowodzi, że współistnienie objawów migrenowych i tężyczkowych nie może być uważane za przypadkową zbieżność, lecz że pomiędzy temi kategorjami zjawisk istnieć musi jakiś głębszy związek, którego mechanizm wymaga wyjaśnienia. O możliwości powinowactwa klinicznego pomiędzy zjawiskami migrenowemi i tężyczkowemi możemy sądzić niejako drogą *okólną* na zasadzie pewnych ustalonych już korelacyj klinicznych. Wiemy, jak wielu badaczy uznaje za niewzruszone powinowactwo pomiędzy *migreną a padaczką*, wiemy z drugiej strony, że cały szereg klinicystów a specjalnie pedjatrów podnosi bliski związek pomiędzy *padaczką a tężyczką* do tego stopnia, że niektórzy z nich wykazują aż nadto widoczną tendencję do identyfikowania w czambuł tężyczki z padaczką. To więc wspólne pokrewieństwo migreny i tężyczki z padaczką wyjaśnia nam możliwość ściślejszego związku pomiędzy dwoma zjawiskami.

Związek ten uwydatni nam się w sposób jeszcze jaskrawszy w świetle eksperymentu hyperwentylacyjnego. Przypomnę tu, że niektóre teorje interpretują zjawisko migreny jako przemijający obrzęk tkanki mózgowej w znaczeniu wodogłowia naczynioruchowego Q u i n c k e'go, inne wyodrębniają specjalny typ migreny pochodzenia tarczycowego, inne wreszcie wskazują przemijające objawy basedowizmu na wysokości napadu migreny. Otóż według doświadczenia mojego właśnie *migrena, choroba Quincke'go i tyreotoksykozy* stanowią tę trójcę kliniczną, w której ujawnia się szczególnie wcześnie oddechowy odczyn *tężyczkowy*. W chorobie Q u i n c k e'go odczyn tężyczkowy występuje zazwyczaj już po kilku minutach głębokiego oddychania, w *tyreotoksykozach* różnego pochodzenia tężyczkowe reakcje hyperwentylacyjne są szczególnie gwałtowne i burzliwe, zaś w moim materjale, ogłoszonym w specjalnej pracy, nie spotkałem ani jednego przypadku migreny, w którym drogą hyperwentylacji nie udałoby się wywołać niezmiernie ciężkich i bogatych odczynów tężyczkowych. Za związkiem tym przemawiają wreszcie również niektóre fakty natury *terapeutycznej*. Z doświadczenia mego wynika mianowicie, że właśnie w tej postaci migreny, którą wyodrębniam pod nazwą zespołu migrenowo - tężyczkowego, szczególnie pomyślny wpływ leczniczy wywiera kombinacja bromu z solami *wapnia*, które odgrywają tak znaczną rolę w przemianie materji i w lecznictwie *tężyczki i spazmofilji*.

Poza zagadnieniem związku domaga się również wyjaśnienia problemat *wzajemnego ustosunkowania* się objawów migrenowych i tężyczkowych w omawianym tu zespole. Nasuwa się bowiem konieczność rozstrzygnięcia trzech kwestyj w związku z patogenezą

zespołu: 1) czy spazmofilja trwała powodować może skłonność do napadów migreny? 2) czy napad migreny stwarzać może warunki wyzwalające kurcze tężyczkowe? 3) czy też dwa owe zjawiska występować mogą równorzędnie — w zależności od przyczyny dotąd nieustalonej? Teoretycznie biorąc, żadna z tych możliwości nie jest pozbawiona cech prawdopodobieństwa.

Orzechowski podczas epidemji tężyczki we Lwowie spostrzegał częste napady migreny u pacjentów, którzy dotąd nie cierpieli na bóle głowy. Nie jest również wyłączone, że napad migreny stwarzać może w sposób przemijający warunki chemizmu krwi, sprzyjające wystąpieniu zespołu tężyczkowego, analogicznie do tego, jak warunki takie stwarzać może np. obrzęk naczynioruchowy Quincke'go lub eksperyment hyperwentylacyjny. Pod tym względem nie posiadamy dotąd żadnych danych pozytywnych, gdyż, o ile piśmiennictwo obfituje w prace, dotyczące przemiany materji w migrenie, o tyle brak jest zupełnie danych, dotyczących chemizmu krwi i warunków fizykochemicznych płynu mózgowo-rdzeniowego na wysokości samego napadu migrenowego. Najprawdopodobniejsza wszakże jest współzależność obu komponentów zespołu od jednego wspólnego mianownika, którym według wszelkiego prawdopodobieństwa są *trwałe zaburzenia przemiany materji*, zależne z kolei od *zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych*. Pod tym względem piśmiennictwo rozporządza całym szeregiem danych faktycznych, których znaczenia patogenetycznego niepodobna nie doceniać. Jeżeli chodzi o migrenę, to oddawna już znany był związek jej z normalną, względnie z opaczną czynnością *gruczołów płciowych*. Do zjawisk powszechnie znanych należy występowanie pierwszych objawów migreny w okresie dojrzewania płciowego, częste zanikanie całkowite choroby tej w okresie przekwitania lub przerywanie się napadów migrenowych w okresie ciąży, jak to miało miejsce w jednym z przypadków mojej kazuistyki. Spostrzega się również niezbyt rzadko u kobiet zapadających na migrenę rozmaite zboczenia *w miesiączkowaniu* (nieprawidłową, spóźnioną lub zbyt częstą regularność, miesiączkowanie dolegliwe, brak menstruacji i t. d.). W innych przypadkach materjału mego spotykamy się znowu z ciekawym faktem transformacji obrazu padaczki w migrenę w okresie klimakterycznym, w piśmiennictwie zaś spotykamy przykłady odmiennej kolejności zjawisk (Rotschild). H. Léwi próbował nawet wyodrębnić specjalną postać *migreny jajnikowej*, nie poparłszy jednak swej tezy odpowiednio przekonywującemi argumentami.

O możliwości związku migreny z dysfunkcją *przysadki mózgowej* świadczą nietylko teoretyczne dedukcje Plavec'a, którego teorja stara się wyprowadzić napad migreny z okresowego nabrzmiewania przysadki mózgowej, ale również niektóre rzadkie przypadki *karłowatości przysadkowej* (Bauer, moja obserwacja) przebiegające z ciężkiemi objawami migreny. Na związek migreny z dysfunkcją *tarczycy* poraz pierwszy zwrócił uwagę Hertoghe w swej klasycznej pracy *o dobrotliwej przewlekłej niedomodze tarczycowej (hypothyreoidie benigne chronique)*, opisując przypadki z bólami głowy, przebiegającemi w postaci migreny i nadając im nazwę migreny *dystyreoidalnej (migraine dysthyreoidienne)*. W piśmiennictwie istnieją również przypadki, w których migrena kojarzy się z chorobą Basedowa (Jacobsohn, Oppenheim, E. Mendel). Flatau w kazuistyce swojej spotykał analogiczne przypadki, oprócz zaś wyraźnej choroby Basedowa spostrzegał u 5-ciu osobników wysadzanie gałki ocznej podczas napadu migreny. Zaznaczę wreszcie, że w jednej z obserwacyj moich na wysokości napadu migrenowego występowały wybitne objawy bazedowizmu (wytrzeszcz, drżenie tułowia i głowy oraz objawy Graeffego, Stellwag'a, Sänger'a i Marie'go), które znikały bez śladu po przeminięciu bólu głowy.

Co się tyczy *tężyczki*, to związek jej z *gruczołami przytarczycowemi* w świetle nowoczesnych badań eksperymentalnych, klinicznych i farmakodynamicznych pozostaje poza wszelką wątpliwością. Za ustalony również w nauce należy uważać związek tężyczki z zaburzeniami *metabolizmu wapniowego*, przyczem, o ile początkowo wzmożoną pobudliwość nerwowo-mięśniową starano się powiązać z *retencją* soli wapniowych we krwi (Finkielstein, Stölzner, Silvestri), o tyle obecnie zyskuje sobie kredyt pogląd, uzależniający objawy tężyczkowe od wzmożonej *ekskrecji* soli wapiowych (Loeb, Roncaroni i Regoli, Vögtlin, Sabattini, Quest, Parhon i Urechia i inni). Mac Callum — jeden z najbardziej zasłużonych w tej dziedzinie badaczy określa tężyczkę paradoksalną nazwą *moczówki wapniowej*. Bądź co bądź, zarówno w świetle badań eksperymentalnych, jak i klinicznych, przypada gruczołom przytarczycowym *rola kontrolująca metabolizm wapniowy* w tem znaczeniu, że po ich usunięciu i przy ich niedomodze następuje szybkie wydzielanie tych soli, odbierające łącznie z niedostatecznym wchłanianiem i asymilacją *tkankom czynny wapień*. Przy odpadnięciu jonów wapniowych występują wtedy kurcze mięśniowe w ten sam sposób, w jaki wywoływali je u zwierząt Loeb i Mac Callum przez wprowadzanie szczawianów, które tworzą z wapniem nierozpuszczalne osady. Z badań Freudenberga i Georgy'ego wynika, że również hyperwentylacja wskutek związanego z nią wzmożonego wydzielania kwasu węglowego prowadzi do zmian chemicznych w kierunku *alkalozy*, co powoduje w następstwie zachwianie się równowagi jonów wapniowych, przyczem część wapnia przechodzi w stan odjonizowany. W ten sposób wytwarza się niejako eksperymentalnie ubóstwo wapnia, które powoduje w sposób przemijający wzmożoną pobudliwość kory mózgowej i układu nerwowo-mięśniowego.

Jeszcze ciekawsze i pod względem patogenetycznym w stosunku do omawianego tutaj zespołu ważniejsze są dane eksperymentalne i kliniczne, które świadczą o związku gruczołów przytarczycowych z t. zw. *tężyczką utajoną*. Wiadomo jest, że *całkowita paratyreoidektomja* t. j. usunięcie lub też zniszczenie eksperymentalne wszystkich gruczołów przytarczycowych powoduje u najrozmaitszych gatunków zwierzęcych charakterystyczny zespół tężyczkowy, który po dłuższym lub krótszym trwaniu prowadzi do śmierci. Natomiast paratyreoidektomja częściowa z zachowaniem dwóch gruczołów przytarczycowych, którą dokonywano u królików, kóz i baranów podczas usuwania gruczołów tarczowych, nie powoduje zazwyczaj żadnych objawów nerwowych. Przy usunięciu jednak *więcej niż dwóch gruczołów przytarczycowych* występowanie tężyczki należy niemal do prawidła, lecz i w tych przypadkach jest ona natury tylko przemijającej. Po tego rodzaju częściowej paratyreoidektomji (usunięcie 2—3 gruczołów przytarczycowych) zwierzę, które początkowo nie wykazuje objawów nerwowych, znajduje się wszakże w stanie *tężyczki utajonej*. Vassale spostrzegał taką utajoną tężyczkę poraz pierwszy u suki, której usunięto 3 gruczoły przytarczycowe i która zapadła na przemijającą tężyczkę, następnie jednak wyzdrowiała i urodziła potem dwoje niedonoszonych szczeniąt. Podczas drugiej ciąży po urodzeniu czworga szczeniąt i przy obfitem wydzielaniu mleka, wystąpiła niesłychanie ciężka tężyczka, którą doprowadziło do wyleczenia dopiero obfite podawanie substancji tarczycowej. Występowanie tężyczki po częściowej paratyreoidektomji u zwierząt ciężarnych opisywano następnie dość często, przyczem stwierdzone zostało, że, o ile pozornie zupełnie zdrowe zwierzęta po częściowem usunięciu aparatu przytarczycowego zachodziły w ciążę — równocześnie z ciążą następował wybuch tężyczki (Adler i Thaler). Fromme wykazał że u zwierząt takich zapomocą injekcji wyciągu łożyskowego można sprowokować tężyczkę. Wreszcie Rudinger stwierdził, że u kotów, którym usunięte zostały tylko zewnętrzne gruczoły przytarczycowe, zapomocą *podawania rozmaitych jadów* (atropina, morfina, ergotyna, kalomel, tuberkulina, głęboka narkoza eterowa) udaje się wywołać *przemijającą tężyczkę*. Z danych powyższych wynika, że w tego rodzaju obserwacjach rozwija się w postaci utajonej względna niedomoga gruczołów przytarczycowych, która przy różnorodnych dołączających się w ten lub inny sposób zaburzeniach przemiany materji wydobywać może na jaw objawy tężyczki. Obserwacje, składające się na analizowany tutaj zespół, dowodzą, że i u człowieka istnieć może niedomoga utajona gruczołów przytarczycowych wrodzona lub nabyta, dokumentująca się objawami Chwostka i Erba lub przebiegająca w okresach pozakurczowych zupełnie bezobjawowo i że niedomoga ta stwarzać może podłoże, na tle którego pewna *noksa dodatkowa* wyzwalać może zjawiska jawnej tężyczki. Czy szkodliwością ową jest sam napad migrenowy z jego przypuszczalną a nie znaną nam dokładniej toksycznością, czy też trwałe, przemijające lub nasilające się zaburzenia przemiany materji, leżące u podstawy procesu migrenowego, czy też zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych, które mogą być przyczyną pierwotną zmienionego metabolizmu — na to trudno jest dzisiaj dać stanowczą odpowiedź. Nie wyłączając całkowicie dwu pierwszych możliwości, sadzę, że mechanizm typu trzeciego jest jednak najbardziej prawdopodobny. Przypomnę tu, że w niektórych obserwacjach dotyczących migreny u kobiet, pierwsze objawy tężyczki samoistnej ujawniły się w okresie ciąży — i pod tym względem daje się zauważyć pewna *odwrócona analogja* do przejawów *basedowizmu i migreny*, z których pierwsze niewątpliwie łagodnieją, drugie zaś mogą zanikać całkowicie w okresie ciąży. W myśl rozumowań powyższych przypuścić należy, że wrodzona lub nabyta niedomoga gruczołów przytarczycowych, powodując stan, któryby można nazwać *skazą tężyczkową* — w połączeniu ze *skazą neurotoksyczną*, stanowiącą według Flatau'a podłoże migreny, a powodowaną wtórnie przez zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem rozmaitych gruczołów dokrewnych, stwarza pewną odmianę obrazu migrenowego, którą określam nazwą zespołu *tężyczkowo-migrenowego*. W ten sposób w inkre-

cyjnej patogenezie migreny uwidacznia się prócz znanych dotąd zaburzeń w czynności *przysadki mózgowej, tarczycy i gruczołów płciowych* — po raz pierwszy współudział nowego partnera, jakim jest *niedomoga konstytucjonalna gruczołów przytarczycowych.*

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Badania porównawcze nad próbami z galaktozą, lewulozą i tetrachlorfenolftaleiną jako metodami czynnościowemi sprawności wątroby *).

Z Oddziału W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Doc. Dr. W. Czernecki.

W poprzedniej naszej pracy (1) poczyniliśmy badania porównawcze między próbami z galaktozą, lewulozą, tetrachlorfenolftaleiną, a próbą cholesterynowo - tłuszczowa i ustaliliśmy, że próba cholesterynowo - tłuszczowa ustępuje wyżej wspomnianym metodom czynnościowego badania wątroby.

W niniejszej zaś pracy przeprowadziliśmy badania porównawcze między próbą galaktozową, lewulozową i tetrachlorfenolftaleinową na materjale 41 przypadków różnych schorzeń wątroby. Do przeprowadzenia badań porównawczych pomiędzy temi właśnie trzema próbami skłoniło nas to, że powyższe próby są najczęściej stosowane, niemniej wyniki ich tak wybitnie niezgodne. Zadaniem naszem było stwierdzić, która z tych trzech metod jest najmniej zawodną i najbardziej nadaje się do czynnościowego badania wątroby.

Metodyka. W każdym przypadku po dokładnem zbadaniu klinicznem wykonywaliśmy badania w krótkich odstępach czasu, tak, aby próby powyższe odnosiły się do jednego i tego samego okresu choroby wątroby. Po zbadaniu cukru we krwi naczczo podawaliśmy 40 g galaktozy w herbacie a następnie w odstępach półgodzinnych, przez okres 2-ch godzin, oznaczaliśmy cukier we krwi mikrometodą Hagedorna — Jensena. W podobny sposób przeprowadzaliśmy próbę z 45 g lewulozy. Równocześnie przez okres 6 — 8 godzin zbieraliśmy mocz, w którym oznaczaliśmy cukier polarymetrycznie. Równolegle wykonywaliśmy próbę barwikową z tetrachlorfenolftaleiną według Rosenthala — Kunfiego, wstrzykując 5 mg na 1kg wagi ciała, a w godzinę potem pobieraliśmy krew celem stwierdzenia obecności barwika w surowicy. Dodatkowo jeszcze oznaczaliśmy ilościowo bilirubinę w surowicy krwi wedle Hijmans van den Bergha oraz badaliśmy jakościowo mocz na urobilinogen.

Próbę galaktozową uważamy zgodnie z Kahlerem i Macholdem (2) za dodatnią, jeśli cukier we krwi podnosi się powyżej 30 mg %. Badanie galaktozurji uważamy wraz z Kahlerem, Macholdem, Noahem (3), Daviesem (4), Mellerem i Frischem (5), w przeciwieństwie do Bauera (6), a zwłaszcza Oppenheimera (7), za niedostateczne. Znajdowaliśmy bowiem przypadki, w których wzrost cukru we krwi przekraczał znacznie 30 mg %, zaś cukromocz pojawiał się w śladach lub wogóle nie występował (przypadek 1, 2, 5, 18, 25, 29, 41, 42), tak, że na podstawie badania samego moczu możnaby z całą pewnością sądzić, iż próba z galaktozą wypadła ujemnie.

Odnośnie zaś do próby lewulozowej zdania są bardziej rozbieżne. Gdy wedle jednych po podaniu 40 — 50 g lewulozy wzrost cukru w normalnych przypadkach nie przekracza 10 mg % (Schirokauer (8), Mc. Lean i Wesselov (9), Spence i Brett (10) i inni), to według drugich wzrost ten może być znacznie wyższy tak, że Tahlermann i Kennet (11), Greene, Snell i Walters (12), Brown (13) i inni, uważają próbę lewulozową za dodatnią dopiero po przekroczeniu wzrostu cukru we krwi o 30 mg %. Myśmy stwierdzili w przypadkach prawidłowych wzrost cukru we krwi najwyżej o 20 mg % i dlatego próbę lewulozową uznajemy za dodatnią po przekroczeniu tej ilości. Nie potrzebujemy dodawać, że badanie lewulozurji po podaniu 45 g lewulozy zawodzi zupełnie. Różnicę zachowania się wzrostu cukru we krwi po podaniu lewulozy należy tłumaczyć bądź to podaniem lewulozy nieodpowiednio czystej lub nieodpowiednio przechowanej [1]), bądź to różną zdolnością wchłaniania się tego cukru z przewodu pokarmowego.

Zestawienie porównawcze próby galaktozowej i lewulozowej. Badania nad temi próbami przeprowadzono na 41 przypadkach schorzeń wątroby (patrz. tabl. 1).

---

*) Wedle wykładu wygłoszonego na XIII-ym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Wilnie (1929).

[1]) Myśmy stosowali lewulozę Scheringa, przechowaną w szczelnie zamkniętych i ciemnych naczyniach.

Z tablicy powyższej można zauważyć, że próby z galaktozą i lewulozą przebiegają w większości przypadków współmiernie. W 14 jednak przypadkach t. j. w jednej trzeciej części wszystkich przypadków zaznaczyła się bardzo wybitna niewspółmierność, charakteryzująca się tem, że krzywa cukru we krwi po lewulozie w stosunku do krzywej po galaktozie przebiegała bardziej płasko (przyp. 5, 6, 10, 15, 22) lub też wykazywała ledwo dodatni odczyn (przyp. 9, 19, 39), lub też w końcu wogóle wypadała ujemnie (przyp. 18, 23, 24, 36). Tylko w jednym przypadku (przyp. 12) próba lewulozowa wypadła dodatnio (+ 39 mg%) przy ujemnej próbie galaktozowej (+ 28 mg %). Na podstawie tedy naszych badań możemy powiedzieć, że próba galaktozowa przewyższa wartość próby lewulozowej, co jest zresztą zgodne z wynikami doświadczeń na zwierzętach. Przemiana bowiem galaktozowa, w przeciwieństwie do lewulozowej, odbywa się przedewszystkiem przy współudziale wątroby, mniej zaś innych tkanek (Fischler 14). Na podstawie naszych badań nie chcemy bynajmniej twierdzić, że próba galaktozowa jest niezawodną, wiemy bowiem, że przemiana galaktozowa zależy nie tylko od stanu wątroby, ale też od zdolności asymilacyjnej innych tkanek (Achard i Desbouis 15).

Zestawienie porównawcze próby galaktozowej i tetrachlorfenolftaleinowej.

Z uwagi na wyższość próby galaktozowej nad lewulozową zwróciliśmy baczniejszą uwagę na zachowanie się głównie próby galaktozowej, nie zaś lewulozowej, w stosunku do próby barwikowej. Badania nad temi próbami przeprowadziliśmy w 32 przypadkach rozmaitych schorzeń wątroby. W niniejszej pracy nie będziemy się zatrzymywali nad oceną wartości samej próby tetrachlorfenolftaleinowej, której zbiorową ocenę można znaleść w monografji Fiessiengera i Waltera (16) oraz Lepehna (17).

Przed przeprowadzeniem porównawczem między temi próbami, musimy podkreślić, co jest konieczne dla oceny porównawczej tych prób, że spostrzeżenia Bauera, Nyiri'ego i Strassera, wedle których wynik próby tetrachlorfenolftaleinowej jest nadewszystko uzależniony od stanu wydzielania i krążenia żółci, nie są słuszne. Wprawdzie zatrzymanie tego barwika we krwi jest w wielkiej mierze uzależnione od krążenia żółci, niemniej zgodnie ze spostrzeżeniami Snappera i Spoora (18), Schelonga (19) spotykaliśmy dodatni wynik próby w przypadkach schorzeń wątroby z prawidłowym poziomem bilirubiny (przyp. 6, 8, 10, 29, 35, 40) oraz zgodnie ze spostrzeżeniami Blatta (20) ujemny wynik próby w przypadkach z podwyższonym poziomem bilirubiny (przyp. 12, 15). W każdym razie spostrzeżenia Bauera i jego współpracowników są cenne, ponieważ w większości przypadków istotnie zachodzi pewna równoległość między krążeniem żółci a zatrzymaniem barwika. Ten fakt oczywiście w znacznej mierze ogranicza wartość próby barwikowej Rosenthala w rozpoznawaniu miąższowego schorzenia wątroby w porównaniu z próbą galaktozową. Dlatego najcenniejszym materjałem dla przeprowadzenia badań porównawczych między temi próbami nadają się przypadki idące bez żółtaczki lub z nieznaczną hyperbilirubinemją. Tutaj na pierwszy plan wysuwają się nasze przypadki marskości wątroby, które w dość pokaźnej liczbie mieliśmy sposobność przebadać. Uderza, że na 17 przypadków marskości wątroby, w 7-iu przypadkach próba barwikowa wypadła ujemnie, w 10-ciu zaś dodatnio; należy zwrócić uwagę, że na owych 10 przypadków w 4-ech przypadkach poziom bilirubiny był podwyższony. Natomiast próba galaktozowa wypadła na owych 17 przypadków tylko w 2-ch przypadkach ujemnie, mianowicie w przypadku 12-tym, w którym znowu próba lewulozowa wypadła dodatnio (wzrost o + 39 mg%), oraz w przypadku 14-ym, w którym wszystkie trzy próby wypadły ujemnie. Na tej podstawie możemy powiedzieć, w przeciwieństwie do spostrzeżeń Blatta, że próba barwikowa z tetrachlofenolftaleiną ustępuje znacznie próbie z galaktozą.

Streszczenie.

1) Próba z galaktozą przewyższa znacznie wartość próby z lewulozą w rozpoznawaniu schorzeń wątroby.

2) Próba barwikowa Rosenthala z tetrachlorfenolftaleiną ustępuje znacznie próbie z galaktozą.

Piśmiennictwo.

Elmer i Scheps: P. G. L. 1928, Nr. 18 i Klin. Wochenschr. 1928, Nr. 23. — 2) Kahler i Machold: W. kl. W., 1922, Nr. 18. — 3) Noah: Z. f. kl. Med., 1926, 164, str. 150. — 4) Davies: The Lancet, Nr. 5399, 1927. — 5) Meller i Frisch: P. G. L. 1928, Nr. 17. — 6) Bauer: W. m. W. 1906, Nr. 1 i 52; D. M. W. 1908, 35; W. kl. W. 1912, Nr. 24; Wien. Arch. f. in. Med. 1923, 6, str. 9. D. M. .W. 1921, 50; Bauer i Kerti: Kl. W. 1922, 20; W. kl. W. 1926, 16; Bauer i Nyiri: Kl. W. 1926, 39; Bauer i Strasser: Med. kl. 1928, 16. —

Tablica I.

L.	Rozpoznanie	Cukier we krwi po 40 g. galaktozy					Największa różnica	Galaktozurja w g.	Cukier we krwi po 45 g. lewulozy					Największa różnica	Lewulozurja w g.	Tetrachlor-fenolftal	Urobilinogen w moczu	Bulirubina w sur w mg%
		na czczo	po 30'	po 60'	po 90'	po 120'			na czczo	po 30'	po 60'	po 90'	po 120'					
	Przypadki marskości wątroby																	
1	Cirrhosis	90	126	125	125	124	36	0	81	91	114	102	86	33	0	—	+	0.41
2	„	112	163	186	186	177	74	ślad	98	157	177	156	129	79	0	—	+	0.56
3	„	86	86	121	162	112	76		88	87	141	107	102	53	0	—	+	—
4	„	98	152	152	152	109	54	0.29	97	114	138	175	125	78	0	++	++	0.62
5	„	100	159	209	150	137	109	ślad	111	120	138	106	111	27	ślad	—	—	0.32
6	„	79	120	204	159	150	125	3.9	74	92	99	95	88	25	0	+	—	0.3
7	„	90	125	134	152	213	123	—	84	134	138	123	112	54	0	+	+	0.45
8	„	100	135	143	121	90	43	2.44	106	137	132	116	114	31	0	+	+	0.50
9	„	70	157	184	130	119	114	5.6	91	113	113	97	94	22	ślad	++	+++	0.40
10a	„ . . .	66	183	176	132	110	117	5.1	68	102	88	79	62	34	ślad	+	++++	0.42
10b	Post splenectomiam .	84	187	182	155	114	103		60	90	93	67	54	33		—	+	0.47
11	Cirrhosis .	96	158	167	158	131	71	0	98		123	152	123	34	0	++++	++++	1.00
12	„ . . .	81	109	105	90	88	28	0 18	93	132	115	113	110	39	0	—	+	1.25
13	„	90	131	134	118	93	44	1.5	77	123	107	98	82	46	ślad	—	—	
14	„	102	106	131	126	97	29	1.4	90	111	107	105	104	21	ślad	ślad	lekko wzmoż.	0.70
15	„	88	196	141	116	95	108	2.8	84	110	95	89	86	26	0	+	„	0.77
16	„	118	154	179	188	166	70	0.97	100	148	179	164	151	79	ślad	+++	—	10.7
17	Cirrhosis biliaris . . .	107	103	141	164	154	57		107	116	132	152	132	45	ślad		—	18.2
18	Cirrhosis cardiaca	79	100	118	118	97	39	0	94	105	82	75	70	11	0	++	+++	0.55
19	Cirrhosis syphilitica	77	159	184	134	114	107	2.1	108	128	130	110	98	22	ślad	+	—	0.55
	Przypadki zapalenia miąższowego																	
20	Hepatitis levis . . .	95	192	211	161	129	116	5.5	80	139	140	115	108	50	0	+++		2.50
21	„ „ . . .	91	139	189	164	125	98	6.4	90	125	145	184	161	94	ślad	++	+++	4.50
22	„ „ . .	86	126	179	190	156	104	3.32	100	110	132	128	102	32	0	/	++	23.0
23	„ „	84	158	161	145	91	77	4.4	91	105	110	83	86	19	ślad	+	—	5.2
24	„ „	85	131	138	98	84	53		103	110	113	119	98	16	0		++	6.1
25	„ „ . .	80	156	180	154	107	100	0	65	109	109	94	85	44	0.08	+	+++	3.4
26	„ „ . . .	93	185	242	161		149	6.8	104	139	119	115	108	39	ślad	++++	—	14.8
27	Hepatitis syphilitica .	81	121	175	152	156	94	2.16	110	129	145	124	120	35	0		++	4.6
28	Hepatitis gravis atrophica	93	169	184	153	135	91		108	149	127	120	115	41	0		—	11 8
	Przypadki nowotworów																	
29	Tumor hepatis	88	116	152	124	105	64	0	84	114	114	93	89	70	0	++	—	0.32
30	Ca. pancreati, metastases hep.	105	154	129	111	102	49		105	130	122	121	116	25	0	/	—	3.4
31	Ca. Papillae Vateri Metastases hep. .	89	118	145	149	143	56	7.4	92	128	105	105	100	36	ślad	++	++	25.00
32	Ca. cyst. fel.	68	118	158	123	114	90	1.8	107	122	156	169	158	62	0	/	—	6.80
33	Ca. pancreatis, metastases hep.	116	170	197	191	155	81	2.74	116	115	138	93	88	22	0	/	—	11.2
34	Ca. pancreatis, metastases hep.	72	149	168	146	127	94	1.43	86	128	129	155	116	69	ślad	—	++	0.42
35	Ca. ventriculi, metastases hep.	89	173	168	118	102	84	2.82	81	134	88	79	77	53	„	ślad	+	0.42
36	Neoplasma hepatis .	64	141	145	109	84	81	5.6	86	88	105	84	89	19	„	++	—	15.6
37	Ca. ventr. met. hep. .	81		82	84	89	8	ślad	112	125	126	116	110	14	0	—	++	0.28
	Varia																	
38	Icterus mechanicus concretiones vesicoduodenales	118	170	217	198	187	199	4.0	138	145	159	159	102	21	0	+	—	8.00
39	Melanosarcomatosis hepatis	89	112	110	98	85	23	ślad	118	118	127	112	111	9	0	—		0.41
40	Poliserositis	108	122	157	179	125	71	0	111	117	120	124	139	28	0	ślad	+	0.50
41	Tumor hepatis et lienis	78	121	146	102	95	68		94	110	106	92	88	16	0		+	19.0

7) Oppenheimer: Zeitschr. d. ges. exp. Med., 1928, 107, str. 467. — 8) Schirokauer: Zeitschr. f. kl. Med. 1913, 78, str. 462. —9) Mc Lean i Wesselow: Quart. Journ. Med. 1920—21, XIV, 103. — 10) Spence i Brett: The Lancet, 1921, 1362. — 11) Tahlerman i Kennett: Quart. Journ. Med. 1923, 17, str. 37. — 12) Greene, Snell i Walters: Arch. of Int. Med. 36, 248, 1925. — 13) Brown: Arch. Dis. in Childhood (London) 3, 81, 1928. — 14) F. Fischler: Physiologie u. Pathologie der Leber. 1925, Berlin. — 15) Ch. Achard: Cinq leçons sur le diabète sucré, 1925. Paris. — 16) Fiessinger et Walter: L'exploration fonctionnelle du foie 1925, Paris. — 17) G. Lepehne: Die Leberfunktionsprüfung. 1929, Halle a/S. —18) Snapper i Spoor:Arch. f. Verdauungskr. 1928, 43, str. 426. — 19) Schellong: Technik der klin. Untersuchung. w Brugsch - Schittenhelm, 1928 (nakład 2-gi). — 20) Blatt: P. G. L. 1927, Nr. 46. — 21) Sabatowski: Gaz. Lek. 1906, Nr. 50—52. — 22) Filiński i Proszowski: Pol. Arch. Med. Wewn. T. I. Z. 1. 1923.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA

Dr. Józef SPIRA. Kraków.

Przyczynek do leczenia ropni mózgu pochodzenia usznego.

Z oddziału otorinolaryngologicznego Szpitala Izraelitów.
Ordynator: Dr. Józef Spira.

Zagadnienie leczenia ropni mózgu stało się w ostatnich latach znów przedmiotem ożywionej wymiany zdań. Z kilku stron podano nowe sposoby leczenia, które mają poprawić niekorzystną statystykę tego najgroźniejszego powikłania zapalenia ucha środkowego. Jak wiadomo, w przypadkach ropnia mózgu dwie przyczyny prowadzą najczęściej do zejścia śmiertelnego a mianowicie zapalenie opon mózgowych i zapalenie mózgu. — Ale o ile przy zapaleniu opon mózgowych jesteśmy prawie że bezsilni dopatrując się jego przyczyn w czynnikach niejako od nas zupełnie niezależnych, o tyle przy zapaleniu mózgu lekarz walczy do ostatniej chwili o życie chorego, żywiąc pewne nadzieje, że przez zastosowanie tego lub innego sposobu leczenia potrafi przecież wyratować.

Najstarszym i do dziś dnia najwięcej stosowanym jest sposób chirurgiczny. Postępuje się więc w myśl ogólnych zasad przyjętych w chirurgji, t. j. otwiera się szeroko ropień i drenuje go w celu zapewnienia odpływu ropy. Ale już wcześnie okazało się, że sposób ten zawodzi w chirurgji ropni mózgowych. Jakość tkanki mózgowej, jej delikatna budowa i wrażliwość sprawiają że mimo najdokładniejszego drenowania przychodzi do zapalenia mózgu; zapalenie to postępuje naprzód i w otoczeniu pierwotnego ogniska tworzą się nowe ropnie. Częściowo chodzi tu o zwykłe zatrzymanie ropy wskutek zapadania się miękkiej tkanki mózgowej, częściowo o świeże ogniska w zapalnie zmienionem i podrażnionem otoczeniu. Dreny nie spełniają odpowiednio swego zadania t. j. nie drenują. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do sączków gazowych. Gaza ssie doskonale, jak długo jest sucha; raz przepojona ropą, nie tylko że nie ssie, ale tworzy rodzaj czopu, który zatyka otwór i utrudnia dalszy odpływ; przez to przychodzi do zastoju, do wzmożenia ciśnienia mózgowego i stąd jeszcze większy ucisk na sączek. — Dreny z twardego materjału (gumowe, szklane, metalowe) również nie odprowadzają dostatecznie ropy, ponieważ otwory ich bardzo łatwo się zatykają rozpadającą się tkanką mózgową. Pozatem każdy twardy dren drażni tę tkankę. Należy pamiętać o tem, że otoczenie ropnia znajduje się w stanie zapalnym, jest obrzękłe, przepojone płynem i zbliżone raczej do masy galaretowej niż do stałego narządu. Nic łatwiejszego jak dostać się drenem w tą miękką masę zwłaszcza jeżeli chcemy dren głębiej włożyć. A nawet przy bardzo ostrożnem postępowaniu grozi niebezpieczeństwo, ponieważ masa ta — po opróżnieniu ropnia — sama się zapada, może niejako nabić się na dren i w ten sposób spowodować rozszerzenie się zakażenia. — Dlatego wielu autorów wogóle zarzuca sączkowanie a tylko stara się o zapewnienie odpływu ropy przez zachowanie odpowiedniego otworu. Klinika wiedeńska drenuje tylko tak długo, jak długo trwa wydzielanie; w przypadkach ciężkich, zwłaszcza zaś przy wielkich rozmiarach ropnia poleca wykonanie przeciwotworu na bocznej powierzchni płata skroniowego, względnie przy ropniach móżdżku w okolicy tyłogłowia.

Wielu zwolenników posiada przestrzykiwanie jamy ropnia; można je wykonać zwykłą rurką Hartmanna albo też rurką podwójną, w której płyn dopływa przez węższe ramię a odpływa przez szersze. Muck wykonuje te przestrzykiwania u siedzącego chorego, polecając mu równocześnie wykonywać głębokie ruchy wdechowe; w ten sposób ma się jama ropnia wybitnie rozszerzać, co ułatwia przepłukanie wszystkich zaułków. Muck osiągnął bardzo korzystne wyniki leczenia ropnia mózgu i przypisuje je powyższemu postępowaniu; natomiast inni autorowie (Güttich, Michaelsen) nie potwierdzają tego.

B á r ü n y przyjmuje, że przyczyną przebicia komory mózgowej jest wzmożenie ciśnienia mózgowego i dlatego poleca upusty płynu mózgowordzeniowego przez nakłucia lędźwiowe względnie przez nakłucia komory.

Naogół niekorzystne wyniki leczenia chirurgicznego doprowadziły do szukania nowych dróg. Le Maitre podał przed kilku laty sposób polegający na opróżnieniu ropnia bez nacięcia opon lub tkanki mózgowej. Autor wykonuje nakłucia ropni poprzez oponę, wyciąga ropę a następnie przez miejsce nakłute dren gumowy o włosowatem świetle. Dzięki ciśnieniu wewnątrzczaszkowemu zostaje ropa wypchniętą i kroplami, ale stale wycieka przez dren. W następnych dniach wprowadza się dreny o coraz wiekszem świetle. Le Maitre opisuje 100% wyleczeń; Neumann, który ten sposób wypróbował, początkowo wyrażał się o nim niekorzystnie, jednak później posługując się nim otrzymał szereg korzystnych wyników. W każdym razie sposób ten jest jeszcze w okresie prób.

Leidler i Feuchtinger zaproponowali w r. 1926 nowy sposób leczenia ropni mózgu, który wywołał szeroką dyskusję w otologicznem towarzystwie wiedeńskiem. Wychodząc z założenia, że główną przyczyną powstania zapalenia mózgu stanowi podrażnienie tkanki mózgowej, wywołane przez ciągłą zmianę położenia drenów, — autorowie ci polecają wypełnić całą jamę sączkiem gazowym i pozostawić go aż do wyleczenia. W szczegółach, przedstawia się ta metoda w następujący sposób: Należy ewentualnie odciąć istniejące wypadnięcie mózgu, całą jamę ropnia dokładnie przeglądnąć, obumarłe części mózgu wraz z ropą usunąć a otrzymaną w ten sposób jamę o gładkich ścianach wysączkować bardzo dokładnie gazą jodoformową. Ponad sączkiem założyć opatrunek uciskowy, gazę i opaskę krochmalną. Powierzchowne opatrunki należy zmieniać codziennie, względnie co drugi dzień. Jeżeli sączek nasiąka wydzieliną, należy go przepłukać rozczynem fizjologicznym, nie wyjmując go aż do czasu, gdy zostanie sam wypchnięty przez bujającą tkankę ziarninową.

Szereg autorów opowiedziało się za powyższym sposobem, przedewszystkiem Marschik, który go jeszcze dawniej polecał w związku z nakłuciem lędźwiowem podczas zmiany opatrunku. Marschik uważa, że spokojnie leżący sączek, który wypełnia szczelnie wszystkie zaułki ropnia, podrażnia masę mózgową mniej niż dren, leżący luźno w jamie i poruszający się bez przerwy w następstwie nieuniknionych wahań ciśnienia i objętości mózgu. Dla uniknięcia ewentualnego nagromadzenia się ropy poza sączkiem, radzi Marschik zaopatrzyć sączek w dren ułożony ośrodkowo tak by nie dotykał ścian ropnia. — Mayer opisuje przypadek, w którym jama ropnia była wypełniona rozmiękłą czerwoną masą mózgową, co ,jak wiadomo, daje zawsze bardzo złe rokowania. W kilka dni po wyczyszczeniu jamy i wypełnieniu jej trwałym sączkiem stan chorego się poprawił, jama była czystą a ściany całkiem gładkie. Mayer przypisuje ten niezwykle korzystny wynik trwałemu sączkowaniu. Także Alexander uważa powyższy sposób za wskazany przy starszych ropniach, w których wydzielanie się zmniejszyło.

Poniżej pozwolę sobie opisać przypadek ropnia mózgu, który rzuca pewne światło na powyższą dyskusję.

Chodzi o dziewczynę 19 letnią R. S. która pozostawała w mojem leczeniu z powodu obustronnego zajęcia jam szczękowych, tudzież jam sitowych i czołowej po stronie prawej. W dzieciństwie płonica z zajęciem obydwu uszu, od tego czasu czasowy wyciek obustronnie. Przed 4 miesiącami obustronna operacja Luc-Caldwella w znieczuleniu miejscowem. Przed 10-ciu dniami ciepłota $38^0 — 39^0$, silne bóle głowy po stronie prawej i szum w uchu prawem. Po 3 dniach dołączyły się nudności i wymioty: obecnie pewna poprawa, gorączka ustąpiła, ale bóle głowy utrzymują się St. pr. 4 IV. 29. Chora blada, bardzo osłabiona, od czasu do czasu zapada i musi się położyć. Napadowe, rwące bóle głowy. Bolesność opukowa głowy po stronie prawej, zwłaszcza w okolicy kości czołowej. Tętno 64, chwilami niemiarowe, ciepł. 36.8. Oczopląsu brak, zaburzenia równowagi: ogólne z powodu osłabienia. Ucho prawe: Mała ilość wydzieliny cuchnącej, brak błony bębenkowej, przetoka prowadząca do jamy sutkowej z małym polipem; brak objawów zaostrzenia. Szept O. Głośna mowa (z aparatem Báranyego) a. c. Odczyn kaloryczny: prawidłowy. Ucho lewe: suche, środkowe przebicie. Badanie wewnętrzne: ujemne. Badanie krwi: leukocytów 15.000. W preparacie mazanym: Segmentowanych 62%, pałeczkowatych 19%, młodocianych 1%, eozynofilow O

limfocytów 12% monocytów 6%. Operacja: Już przy pierwszem uderzeniu dłutkiem i zdjęciu blaszki kostnej zewnętrznej w okolicy dołka sutkowego odsłania się otwór miękki, o lśniącej powierzchni, robiący wrażenie otoczki perlakowej. Przy dalszem odsłanianiu okazuje się, że jest to wypuklenie średniej jamy czaszkowej, pokryte gładką, lśniącą oponą; wypuklenie to sięga aż do połowy wysokości tylnej ściany kostnej przewodu zewnętrznego tak, że o otworzeniu jamy sutkowej od tyłu nie może być mowy. Wobec tego wykonano operację doszczętną, idąc od przewodu usznego. W głębi jamy bębenkowej znaleziono perlaka, polipy, kawałek spróchniałego młoteczka; w jamie sutkowej: masy perlaka. Po usunięciu ściany tylnej przewodu usznego widać oponę, pokrytą w tem miejscu ziarniną. W tej okolicy wykonano 3 nakłucia mózgowe próbne ku górze, do tyłu i do przodu — z wynikiem ujemnym. Plastyka, sączkowanie, opatrunek.

Nakłucie lędźwiowe: Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, wypływa pod znacznem ciśnieniem. Badanie płynu wykazuje nieznaczną pleocytozę (15 komórek w 1 mm) Nonne-Appelt: ujemny; bakterjologicznie: jałowy.

15. IV. Chora czuje się lepiej, spała spokojnie, od czasu do czasu napadowe bóle głowy, tętno 64—68.

Badanie neurologiczne (Dr. Wander): Brak objawów przemawiających za ropniem mózgu.

16. IV. Wczoraj wieczorem wymioty, w nocy tętno 60—50; rano 64. Operacja: Odsłonięto wypuklenie mózgowe jeszcze dalej ku tyłowi i przodowi; odsłonięto tylną jamę czaszkową i zatokę; opony czyste. Powtórne nakłucia płata skroniowego (nieco głębiej niż za pierwszym razem): wydobyto ropę. Szerokie nacięcie ropnia, po rozszerzeniu korncangą wydobywa się około 3 łyżek cuchnącej żółto-zielonkawej ropy. Wycięcie opony na przestrzeni jednogroszówki. Do jamy włożono dren gumowy, owinięty gazą. Tamponada.

Badanie bakterjologiczne ropy: wyhodowano paciorkowce anhemolityczne, *proteus vulgaris, bacc. paracoli.*

18. IV. Chora czuje się dobrze, tętno 70—76. Zmiana opatrunku: przy rozszerzaniu rany korncangą wydobywa się dużo ropy. Sączek gazowy.

19. IV. Zmiana opatrunku: ropy nie wiele, wobec tego założono tylko powierzchowny sączek gazowy w celu utrzymania otworu.

21. IV. Otwór jamy zaciska się; wobec tego wycięto obumarłe części tkanki mózgowej w otoczeniu otworu; powierzchowny sączek.

22. IV. Tętno 60. Chora wymiotuje. Przy wejściu korncangą ku tyłowi wydobywa się około 1/2 łyżki ropy; podobnie ku górze. Odcięto znów część tkanki mózgowej; następnie założono 3 wąskie sączki do 3 zaułków ropnia: ku górze, tyłowi i przodowi. Chora silnie kaszle,dostaje wdzień kodeinę, na noc czopki pantoponowe.

23. IV. Stan ogólny się pogarsza; jama się powiększa, w zaułkach ropnia gromadzi się ropa; powierzchowny tampon gazowy.

24. IV. Przy opatrunku i przeglądaniu jamy nie znajduje się ropy.

25. IV. Opatrunku nie zmieniano; wymioty, bole głowy, tętno 80, rano 54, temperatura 37,5.

27. IV. Przy przeglądaniu rany nigdzie ropy nie znaleziono.

28. IV. Znaczne wypadnięcie mózgu, obumarcie powierzchownych części, cuchnienie, chora senna, bóle głowy, tętno 80—90.

1. V. Stan chorej bez zmiany; wobec tego, że wydzielanie ropy ustało, postanowiono zastosować trwałą tamponadę modo Feuchtinger-Leidler.

A więc odcięto wypadnięcie, jamę przeglądnięto, usunięto części obumarłe, poczem wytamponowano możliwie dokładnie całą jamę gazą kseroformową.

2. V. Stan chorej bez zmiany.

3. V. Stan chorej gorszy, bardzo silne bóle głowy, chora ciągle senna; zmiana powierzchownego opatrunku; gazę kseroformową przepłukano rozczynem fizjologicznym.

4. V. W nocy niezwykle silne bóle głowy, chora zamroczona, odpowiada tylko na głośne nawoływania; wymioty, tętno 80, temperatura 38° C.

Wobec tego stanu wyjęto sączek i powrócono do pierwotnych opatrunków t. zn. sączek gazowy włożono do otworu jamy po przeglądnięciu ropnia; ropy nie widać.

5. V. Chora czuje się lepiej; wypadnięcie znów większe. Odcięcie części mózgu w celu utrzymania wielkiego otworu.

7. V. Senność mniejsza, bole głowy utrzymują się.

W następnych dniach stan chorej się waha, naogół jednak zaznacza się powolna poprawa. Tętno 80—90, senność mniejsza, od czasu do czasu bóle głowy.

27. V. Wypadnięcie wypełnia jamę pooperacyjną i leży na wale kostnym przewodu nerwu twarzowego.

15. VI. Chora czuje się zupełnie dobrze. Przewód ucha zewnętrznego jest zwężony przez wypadnięcie mózgu; poza zwężeniem wejście do ropiejącej jamy bębenkowej. Przepłukiwania rureczką Hartmanna. Wypadnięta część mózgu w ranie pooperacyjnej pokrywa się naskórkiem (epitelizuje).

1. VII. Ucho suche. 10. VII. Powtórne ropienie jamy bębenkowej. Po kilku dniach ropienie ustało.

Epikryza: U chorej cierpiącej od dzieciństwa na przewlekłe ropienie ucha środkowego prawego i pozostającej w leczeniu oddziałowem z powodu zajęcia jam bocznych nosa — występują nagle objawy wśródczaszkowe: gorączka, bóle głowy, wymioty, zwolnienie tętna. Ze względu na brak zaostrzenia zarówno w uchu jak i w nosie, trudno było orzec, do którego z narządów należy odnieść powyższe objawy. Równocześnie występujący szum ucha, tudzież bez porównania częstsze występowanie powikłań usznych skłoniło nas do rozpoczęcia poszukiwań od ucha. Przy operacji znaleziono oponę twardą średniej jamy czaszkowej w jednem miejscu zmienioną, pokrytą włóknikiem i ziarniną. Nakłócia płata skroniowego dały wynik ujemny, powtórzone po dwóch dniach wykryły bardzo wielki ropień. Zwykłe leczenie ropnia. Po kilku dniach wystąpiło zapalenie mózgu, które postępowało naprzód mimo tego, że wydzielanie ropy się zmniejszało. Wobec tego zastosowano sposób trwałego sączkowania, przy którym stan się na tyle pogorszył, że po 3 dniach koniecznem było sączek wyjąć i powrócić do poprzedniego leczenia. Przy leczeniu tem ropień się wyleczył z pozostawieniem wypadnięcia mózgu, które znajduje się w jamie pooperacyjnej i powoli pokrywa się naskórkiem; jednakowoż utrudnia dostęp do ropiejącej jamy bębenkowej.

Postępowanie nasze w przypadkach ropnia mózgu jest następujące: szerokie nacięcie ropnia (względnie cięcia krzyżowe), wycięcie dużej części opony, sączkowanie drenem, owiniętym gazą. W następnych dniach codzienna zmiana opatrunku, przyczem korncangą kontrolujemy ranę i przez delikatne rozłożenie jej ramion staramy się odprowadzić zalegającą ropę.

Skoro tylko wydzielanie ropy się zmniejsza a więc zazwyczaj już po kilku dniach przerywamy drenowanie jamy a wkładamy tylko powierzchowny sączek w celu utrzymania szerokiego otworu. Równocześnie odcinamy (często kilkakrotnie) zapadające się, (przeważnie obumarłe) i zaciskające otwór części mózgu.

Czy powyższy sposób leczenia jest słuszny? Trudno nam wydać sąd wobec stosunkowo niewielkiego materjału naszego oddziału i wobec zmiennego rokowania w przypadkach ropni mózgu; rokowanie to zależy od zbyt wielu różnych czynników jak wielkość ropnia, rodzaj bakterji, ich żywotność i t. d. W opisie danego przypadku chodziło nam nie tyle o pokazanie korzystnego wyniku pod wpływem powyższego leczenia, ile o podanie, że sposób, polecony przez Leidlera i Feuchtingera a mający wielu zwolenników wśród otjatrów wiedeńskich, w naszym przypadku zupełnie zawiódł.

Pozatem przedstawia powyższy przypadek szereg ciekawych szczegółów. Jednoczesne ropienie jam bocznych nosa i ucha środkowego bez jakiegokolwiek zaostrzenia czyniły trudnem postawienie rozpoznania. Niezwykle niski stan średniej jamy czaszkowej, która sięgała do połowy wysokości ściany tylnej przewodu usznego, utrudniał początkowo orjentację przy operacji. Wreszcie wygojenie nastąpiło z pozostawieniem stałego wypadnięcia mózgu, które zajmuje ranę pooperacyjną i uciska przewód. Ze względu na to, że jama bębenkowa poza tem wpukleniem czasowo ropieje, nie można chorej uważać za bezwzględnie wyleczoną i należy się ciągle liczyć z możliwością nawrotu ropnia mózgu.

Dr. J. LENCZOWSKI, st. asystent Kliniki. Lwów.

Płód zeschły w ciąży bliźniaczej.

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Obumarcie jednego z bliźniąt w czasie ciąży nie należy do rzadkości. U zwierząt, u których już fizjologicznie występuje ciąża mnoga, śmierć pewnej części płodów jest zjawiskiem stałem. Według Kehrer'a śmiertelność płodów u świń wynosi 43%, u suk 17%, u króliczek 11%. U człowieka zdarza się to rzadziej. Strassmann podaje, że na 475 porodów bliźniaczych spostrzegał 5 przypadków płodów zeschłych, urodzonych obok żywych. Możliwe jest, że płód obumarły w bardzo wczesnym okresie rozwoju ulega zupełnemu rozpuszczeniu się, a w każdym razie znacznym zniekształceniom, utrudniającym rozpoznanie. I dlatego płody zeschłe w pierwszych 2 miesiącach ciąży stanowią wyjątek (Loenn-

berg — długość płodu 17 mm; Goldberg — długość 2½ cm; Baecker — z końcem drugiego miesiąca; Zacharias — długość płodu 3,5 cm). Najczęściej opisywane są płody zeschłe z 3—6 miesiąca; w późniejszych okresach do wytworzenia się płodu spłaszczonego właściwie nie dochodzi, raczej płód nieżywy ulega rozmiękkaniu. Zmiany, które przechodzi jajo płodowe obumarłe w pierwszej połowie ciąży, polegają na wessaniu się wód płodowych, oraz na powolnej utracie wody przez sam płód, przez co staje się on twardym, jakby wyschniętym. Jednocześnie na skutek ucisku, jaki wywiera drugi bliźniak, płód zmarły stopniowo spłaszcza się, aż wreszcie staje się papierowo cienkim *(foetus papyraceus compressus)*.

Przyczyna śmierci nie we wszystkich przypadkach daje się ustalić. Bardzo rozpowszechnionem jest twierdzenie, jakoby między obu płodami wywiązywała się walka o środki odżywcze czerpane z ustroju matki, walka, w której płód słabszy ulega silniejszemu. Zjawiskiem tem starano się wytłumaczyć znany skądinąd fakt częstej różnicy w wielkości i wadze obu bliźniąt. Różnica ta występuje szczególnie jaskrawo w przypadkach ciąży jednojajowej, a więc gdy istnieje w sąsiadujących częściach obu łożysk wspólne krążenie (trzecie krążenie Schatz'a), przez co staje się możliwem w jeszcze większym stopniu upośledzenie odżywiania jednego płodu na korzyść drugiego, prowadzące niekiedy aż do obumarcia jednego z nich. Istotnie, powstawanie płodu zeschłego zaznacza się przeważnie w przypadkach ciąży jednojajowej, podczas gdy ciąża dwujajowa tylko wyjątkowo wikła się obumarciem jednego z płodów. Strassmann podaje, że na 5 płodów zeschłych 3 pochodziły z ciąży jednojajowej, 1 dwujajowej, w jednym wreszcie przypadku dane odnośne brakowały.

Poza walką, jaka się rozgrywa między obu płodami, mogą zaistnieć inne przyczyny, prowadzące do śmierci jednego z nich. Do nich należą — krwiak pozałożyskowy, zmiany zapalne błony doczesnej, ograniczające się tylko do miejsca przyczepienia płodu obumarłego (Hohlweg), skręt pępowiny (Sellheim), kiła, wreszcie przyczepienie błoniaste pępowiny (Petzold).

Jak już wyżej zaznaczyłem, przyczyna obumarcia jednego z płodów niezawsze jest jasną. I dlatego słusznem się wydaje ogłaszać każdy nowy przypadek o wyraźnej etjologji, tembardziej, że polskie piśmiennictwo nie może się poszczycić nadmiarem podobnych spostrzeżeń.

I tak, w roku 1876 Bylicki na posiedzeniu Krak. Tow. Lek. omówił i przedstawił przypadek porodu płodu 4-romiesięcznego zeschłego, urodzonego w ćwierć godziny po porodzie płodu żywego. W r. 1895 Festenburg na posiedzeniu Krak. Tow. Lek. pokazał preparat łożyska po urodzeniu płodu donoszonego, na którem stwierdził obecność 2 obumarłych płodów w piątym miesiącu księżycowym. Każdy miał odrębny pęcherz płodowy. Kohn w r. 1901 opisał przypadek, w którym w 4 dni po odejściu płodu zeschłego, odpowiadającego co najwyżej 5 mies. ciąży, wydobyto najpierw łożysko tego płodu, a później przez obrót urodzono płód drugi żywy donoszony. Łożysko tego płodu odeszło samo wraz z błonami, i nie można było wykryć śladu sąsiedztwa drugiego łożyska zgniłego.

W drugim przypadku wydobył Kohn po urodzeniu się dziecka żywego i odejściu łożyska jeszcze płód spłaszczony 4-romiesięczny, który znajdował się w odzielnym worku płodowym.

Wreszcie Saks przedstawił przypadek porodu bliźniaczego. Pierwsze dziecko zmacerowane, drugie żywe donoszone.

To jest wszystko, co znalazłem w polskiem piśmiennictwie.

Pozwolę sobie przeto przytoczyć jeden podobny przypadek, obserwowany na Klinice Położniczej we Lwowie.

Wieloródka (IV ciąża), lat 28, została skierowaną do Kliniki przez lekarza z prowincji. Poprzednie porody prawidłowe, dzieci żywe, przebieg połogów bezgorączkowy. Obecna ciąża przebiegała bez powikłań, na 2 dni tylko przed rozpoczęciem się czynności porodowej osoba ta odczuwała lekkie ciągnące się bóle dołem brzucha oraz zauważyła niewielkie krwawienie z pochwy. Bóle porodowe rozpoczęły się w dniu przybycia rodzącej do Kliniki w godzinach porannych. Lekarz prowincjonalny, wezwany do rodzącej, stwierdził badaniem wewnętrznem obok główki jakieś ciało płaskie, nieco przypominające łożysko; z tworu tego odeszło podczas badania parę strzępków; jeden z nich okazał się silnie spłaszczoną główką płodu, odpowiadającego wczesnemu okresowi rozwoju. Uderzony niezwykłym stanem, lekarz ów odesłał rodzącą do Kliniki.

Badanie uskutecznione wkrótce po przybyciu jej do naszego Zakładu dało wynik następujący:

Budowa prawidłowa, mięśnie średnio rozwinięte, podściółka tłuszczowa mierna, obrzęków brak. Macica kulista, wielkością odpowiadała końcowi ciąży, bóle porodowe słabe. Położenie płodu czaszkowe drugie, tętno dobrze słyszalne, miarowe, 140 uderzeń na minutę. Badanie wewnętrzne wykazało — ujście rozwarte na trzy palce, pęcherz utrzymany, przoduje główka — ruchoma nad wchodem. Tuż obok główki po stronie lewej wyczuwało się jakieś ciało, płaskie, dosyć twarde, nieco strzępiaste, z którego udało się wydobyć dwa kawałki. Jeden z nich okazał się małą kością czołową z okiem, drugi silnie spłaszczoną rączką.

Na podstawie tego badania, oraz wywiadów, rozpoznaliśmy ciążę bliźniaczą z obumarciem jednego z płodów we wczesnych miesiącach ciąży.

Poród przebiegał następująco: Wskutek słabych bólów porodowych, oraz występującego od czasu do czasu krwawienia wstrzyknięto podskórnie ½ amp. thymofizyny; w godzinę po zastrzyku wystąpiły bóle parte i wkrótce po pęknięciu pęcherza urodził się płód żywy płci męskiej wagi 3.400 g. W 10 minut po porodzie odeszło łożysko wraz z błonami.

Przy oglądaniu popłodu można było stwierdzić, obok normalnego łożyska płodu żywego, twór płaski, nieco wyciągnięty, łączący się zapomocą wąskiej szypuły z jednym z brzegów łożyska (Ryc. 1 b).



Ryc. 1.

Wymiary tego tworu wynosiły 16 × 5,5 × 3,5 cm. Ciało to, mimo swej nieforemności dało się łatwo rozpoznać jako płód zeschły. W górnej części zupełnie wyraźnie stwierdzić można było delikatne zarysy żeber, w dolnej, w miejscu uszypułowania się, nieco pokręcone kończyny dolne. Pozatem widać było silnie scieńczałą i wyschniętą pępowinę, biegnącą do nieznacznego wgłębienia, znajdującego się na brzegu łożyska tuż powyżej łożyska (Ryc. 1 a).

Wgłębienie to niewątpliwie przedstawia silnie pokurczoną jamę worka płodowego.

Na zdjęciu roentgenowskim dokładnie widać cały tułów, oraz jedno przedramię i kończyny dolne (Ryc. 2).

Brak kości śródręcza i mostka jakoteż wymiary płodu przemawiają za końcem 4-go wzgl. początkiem 5-go miesiąca księżycowego (Lichem).

Każdy z płodów leżał w oddzielnym worku płodowym, składającym się z 2 błon, a więc przypadek ten dotyczył ciąży dwujajowej. Na rycinie 1 pod lit. d została oznaczona owodnia płodu żywego; owodnia płodu zeschłego bardzo krucha, widoczna jest w postaci cienkiego obramienia, okalającego jajo płodowe (Ryc. 1 a).

Co się tyczy kosmówek (Ryc. 1 c), to oddzielić ich od siebie nie udało się. Niewątpliwie początkowo istniały dwie błony, które z biegiem czasu tak się zespoliły ze sobą, że utworzyły, jakoby jedną warstwę. Pod drobnowidem jednak podwójność kosmówki występuje zupełnie wyraźnie.

Powierzchnię matczyną łożyska można podzielić na dwie części — większą, genetycznie należącą do płodu żywego, i mniejszą — do płodu zeschłego. Podczas gdy w pierwszej budowa odpowiadała zupełnie normalnemu łożysku ciąży donoszonej, a więc zrazy wyraźne zbitość gąbczasta, kolor żywy, ciemno-czerwony, część druga przedstawia obraz wyschnięcia i znacznych zmian wstecznych, —kolor szarawy, rysunek zatarty, zbitość podeszwowo twarda. Granica między obu łożyskami przebiega dosyć ostro w postaci równej linji.

Wejżeniu makroskopowemu odpowiada budowa drobnowidowa. Łożysko płodu żywego posiada budowę zupełnie prawidłową, podczas gdy część, należąca do drugiego bliźniaka, przedstawia

obraz daleko posuniętych zmian martwiczych — kosmki bardzo blade, jednolicie się barwią; komórki trofoblastu prawie zupełnie nieobecne, naczynia kosmkowe zanikłe.

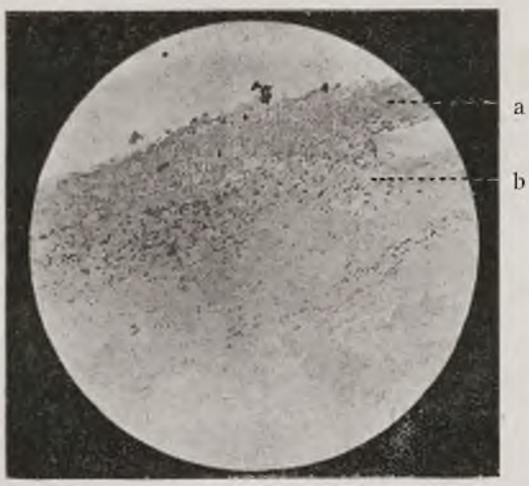
Zastanówmy się teraz nad przyczyną obumarcia jednego z płodów w naszym przypadku. Upośledzenie w odżywianiu na skutek przewagi płodu drugiego nie wchodzi tu w rachubę, gdyż była to ciąża dwujajowa, w której nigdy nie dochodzi do wytworzenia się



Ryc. 2.

trzeciego krążenia. Również nie da się uzasadnić jakieś uszkodzenie pępowiny, gdyż, aczkolwiek silnie wyschnięta, jest ona dosyć dobrze widzialna i nie wykazuje żadnych zmian patologicznych. Przyczyny ogólne, jak np. zatrucie, kiła, również dały się łatwo wykluczyć (ujemna anamneza, Was. —). Pozostawało jedno tylko przypuszczenie, a mianowicie stan patologiczny błony śluzowej macicy, niesprzyjający rozwojowi płodu.

W preparatach z niektórych miejsc udało się wykryć dosyć grubą warstwę błony doczesnej, ściśle przylegającej do łożyska. Otóż badanie drobnowidowe wykazało prócz bladości i małych rozmiarów komórek doczesnowych (Ryc. 3 a), znaczne nacieki zapalne, przeważnie składające się z limfocytów, oraz komórek plazmatycznych (Ryc. 3 b).



Ryc. 3.

Nacieki te, rozsiane po całej doczesnej,ześrodkowują się szczególnie w warstwach powierzchownych, a więc na granicy utkania łożyskowego, przechodząc również i na samo łożysko. Zmiany te wskazują na dawniej trwający już stan zapalny błony śluzowej i w dostatecznym stopniu tłumaczyć nam mogą zaburzenia odżywcze łożyska, a temsamem i śmierć płodu.

Dlaczego jednak zaburzenia te wystąpiły stosunkowo późno, bo w 4-tym miesiącu? Nie ulega bowiem wątpliwości, że stan zapalny błony śluzowej istniał jeszcze przed ciążą.

Na zapytanie wyżej postawione odpowiedzi zupełnie ścisłej dać nie możemy. Możliwe, że stan zapalny pod wpływem ciąży stopniowo się zaostrzył, tak, że dopiero w późniejszym przebiegu doprowadził do znaczniejszych zaburzeń. Nie jest również wykluczonem, że zapalenie ograniczyło się tylko do tej powierzchni, na której usadowiło się łożysko płodu zeschłego, błona śluzowa zaś reszty powierzchni macicy pozostawała wolna od zmian zapalnych. Za tem przypuszczeniem przemawia poniekąd utrzymanie się w ciąży drugiego płodu, mającego widocznie lepsze warunki odżywcze. Otóż można przyjąć, że początkowo, gdy jajo płodowe na całej prawie powierzchni posiadało kosmki, zdolne do czerpania składników odżywczych z błony śluzowej macicy, zagnieżdżenie się jaja nie ograniczyło się li tylko do części błony schorzałej, ale i sąsiedniej zdrowej, co umożliwiło dalszy rozwój ciąży.

Z chwilą wytworzenia się łożyska, gdy styczność płodu ze ścianą macicyześrodkowała się tylko w łożysku, fatalnym zbiegiem okoliczności stało się, że kosmki, które przylegały do miejsc zdrowych błony śluzowej, a więc odżywiające jajo płodowe, należały do kosmówki gładkiej *(chorion laeve)*, podczas gdy teren rozprzestrzenienia się kosmówki łożyskowej *(chorion frondosum)*, a więc przyszłego łożyska odpowiadał przeważnie tym częściom błony śluzowej, które uległy zmianom zapalnym. I dlatego, gdy się ustaliło krążenie łożyskowe, a więc w końcu 4 mies. ciąży, nastąpiła śmierć płodu.

Oczywiście, są to tylko przypuszczenia, których dowieść nie można. W każdym razie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że bezpośrednią przyczyną obumarcia płodu w naszym przypadku stanowiło znaczne zapalenie błony śluzowej macicy.

Płód zeschły posiada ważne znaczenie dla klinicysty. Przedewszystkiem co do rozpoznania. Postawienie właściwego rozpoznania jeszcze w ciąży napotyka na wielkie trudności. Prawie jedynemi objawami są krwawienia, oraz słabe skurcze macicy, które to zjawiska łatwo się dają wytłumaczyć dążeniem macicy do wydalenia płodu nieżywego. Rzadko jednak dochodzi do poronienia, a jeszcze rzadziej płód zeschły rodzi się, czynność porodowa ustaje, drugi płód zaś pozostaje w macicy i ciąża dobiega normalnego końca. Ważnym objawem jest spostrzeżenie L e g u e u - H a l b a n'a, którzy niezależnie jeden od drugiego opisali kilka przypadków, dokładnie obserwowanych w ciąży. Objaw ten polega na tem, że w pierwszej połowie ciąży macica wydaje się większą, niż to odpowiada czasowi trwania ciąży, w drugiej zaś połowie następuje wyrównanie tej różnicy. Pozatem pod koniec ciąży H a l b a n obserwował w jednym przypadku wytworzenie się bruzdy na powierzchni macicy, bruzdy, która dzieliła macicę na dwie nierówne części, z których każda zawierała po jednym płodzie.

Z innych objawów ciążowych należy podnieść jeszcze gorączkę, a nawet dreszcze, jako wyraz wchłaniania wód płodowych płodu zmarłego (P e t z o l d), gdyż doświadczenia na zwierzętach K l e i n'a i B a u m e i s t e r'a wykazały wytwarzanie się jadów w płodach nieżywych.

Rozpoznanie o wiele jest łatwiejsze w czasie porodu. Zazwyczaj obok części przodującej płodu żywego wyczuwa się badaniem wewnętrznem i płód zeschły, niezawsze jednak właściwa natura tego tworu bywa należycie rozpoznana. Często myśli się o łożysku przodującym, lub o zgrubieniu błon płodowych, a jeszcze częściej, jeśli dostęp do płodu jest utrudniony dla palca badającego, nie podejrzewa się wcale istnienia tej nieprawidłowości i dopiero po odejściu łożyska płód zeschły wykrywa się przypadkowo w błonach płodu donoszonego. Ale i wtenczas nawet pomyłki z łożyskiem dodatkowym są częste, zwłaszcza, gdy płód ulega znacznym zniekształceniom. W przypadkach wątpliwych można uciec się do zdjęć roentgenologicznych tworów podejrzanych (B r i n d e a u et B o u c h a c o u r t). Odejście części płodu podczas porodu, jak to się stało w naszym przypadku, sprawę odrazu wyjaśnia.

Rzadko kiedy najpierw rodzi się płód zeschły, a później dopiero żywy, gdyż zwykle bywa odwrotnie.

Bardzo ważne znaczenie posiadają obserwowane przypadki zatrzymania się w macicy płodu, albo też łożyska.

S t r a s s m a n n przytacza kilka przypadków śmiertelnych krwotoków po porodzie, wywołanych zatrzymaniem się w macicy płodów zeschłych. Radzi on w każdym przypadku niedowładu macicy, nie dającego się powstrzymać, żadnymi preparatami farmaceutycznymi, przystąpić zaraz do ręcznego omacania wnętrza macicy celem ewentualnego stwierdzenia płodu zeschłego lub łożyska dodatkowego.

Płód lub łożysko zatrzymane po porodzie i nie wydalone może dłuższy czas pozostawać w macicy, stając się źródłem zakażenia i krwawień połogowych.

I tak Bouchacourt obserwował odejście płodu na trzeci dzień po porodzie, Becher dopiero na piąty dzień.

Zatrzymanie się samego tylko łożyska, podczas gdy płód został wydalony, w czasie porodu, spotrzegali Bazzanella (2 dni), Lichem (3 dni) i t. d.

Z tego pobieżnego przeglądu powikłań, jakie pociągać za sobą mogą płody zeschłe, dostatecznie uwypukla się ich znaczenie w patologji porodu i połogu.

Piśmiennictwo.

1) Baecker: Foetus papyraceus (Monatschr. f. Geb. Bd. IV. 387). — Bezzanella: Zentralblatt f. Gyn. (Bd. XV. 625). — 3) Bouchacourt: Zentralblatt f. Gyn. (1900. Nr. 13). — 4) Bylicki: Przegląd Lekarski (1876, str. 445). — 5) Festenburg: Przegląd Lekarski (1895, str. 655). — 6) Goldberg: według Seitz'a. — 7) Halban: Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaften (Zentr. f. Gyn. 1914). — 8) Hohlweg: według Seitz'a. — 9) Kehrer: według Strassmanna. — 10) Kohn: Czasop. Lek. (Nr.8, str. 319, 1899). — 11) Tensam: Czasop. Lek. (Nr. 9, 1901). — 12) Tensam: Czasop. Lek. (Nr. 5, str. 184, 1901). — 13) Leguen: Zentralblatt f. Gyn. 1909, str. 1619. — 14) Lichem: Zwei Fälle von Foetus papyraceus (Zentr. 1902). — 15) Loennberg: Ein Fall von ungewöhnlich kleinem Foetus compressus (Monatschr. f. Geb., str. 25, Bd. XVI). — 16) Petzold: Ein Fall von Foetus papyraceus intrauterin festgestellt (Wien. Klin. Woch. 1923, str. 539). — 17) Saks: Czasop. Lek. (Nr. 9, str. 317). — 18) Seitz: w Winkel's Handbuch der Geburtshilfe (II. Bd. II. Teil, str. 1259). — 19) Sellheim: Erklärung der Drehung, Umschlingung u. Verknotung der Nabelschnurr (Zentralbl. f. Gyn. 1922. Nr. 44). — 20) Strassmann: w Winkel's Handbuch der Geburtshilfe (Bd. I. zweite Hälfte, str. 779). — 21) Zacharias: Münch. med. Wochenschrift 1906, str. 776).

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. WĘCKOWSKI. Poznań.

Rad w lecznictwie nowoczesnem *).

Szanowni Panowie!

Poczytuję sobie za wielki zaszczyt, że tu we Lwowie, w tem środowisku o ustalonej tradycji naukowej i dużych zasługach wobec nauki polskiej, w gronie tak licznie zebranych, mam sposobność powiedzenia kilku słów o radzie i jego stanowisku w lecznictwie nowoczesnem.

Zaszczyt ten zawdzięczam Wielce Szanownemu Panu Prezesowi Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego i Panu Dr. Ziembickiemu, niestety z powodu choroby tu nieobecnemu, z którym mnie łączy już oddawna serdeczny stosunek przyjaźni, i który zapraszał mnie z wykładem jeszcze za czasów swej prezesury.

Referat swój postanowiłem podzielić na 2 części, t. j. na omówienie radu, jako źródła tej energji, która ujawnia się w postaci promieni α, β i γ, i na omówienie stanowiska, jakie rad, dzięki właśnie tym własnościom, zajmuje w lecznctwie nowoczesnem.

Odkrycie radu było dlatego zdarzeniem tak doniosłem, ponieważ badanie jego własności doprowadziło do odkrycia źródła wielkiej energji, jaka spoczywa w atomach radu i w atomach prawdopodobnie wszystkich innych pierwiastków. Do czasu odkrycia radu uważano atomy pierwiastków za ostateczne cząsteczki materji, jednolite i już więcej niepodzielne. Miały one różnić się tak, jak się różnią między sobą poszczególne pierwiastki, zależnie od swych własności. Dopiero badanie radu sprawiło, że dzisiaj uważamy atomy za ustroje złożone i składające się u wszystkich pierwiastków z tychsamych składników, które nazywamy cząsteczkami α i β, a własności danego atomu względnie odnośnego pierwiastka nie zależą od niczego innego, jak właśnie tylko od ilości tych cząsteczek i ich wzajemnego stosunku, jaki istnieje wewnątrz tego ustroju, który nazywano dotychczas atomem.

Cząsteczki α posiadają przytem nabój dodatniej elektryczności, a cząsteczki β nabój ujemnej elektryczności. Znajdują się one w wirującym ruchu wkoło środka atomu, który dokonywa się z szybkością, wynoszącą u ciałek α mniej więcej 40 tys., a u ciałek β 300 tys. km/sek. Jest rzeczą zrozumiałą, że cząsteczki posiadające tak wielką szybkość, przedstawiają czynnik o bardzo wielkim zasobie energji ruchowej. Energja ta pozostaje dla naszej obserwacji utajoną, dopóki ruch wirowy wkoło środka atomu odbywa się stale i bez przerwy. Dopiero wtedy, gdy powyższe cząsteczki bieg swój wirowy zmieniają i wypadają z obrębu atomów jako pocisk w postaci t. zw. promieni, dopiero wtedy energja ta się ujawnia i poddaje się naszemu zbadaniu i obliczeniu.

Wobec tego, że cząsteczki α i β posiadają wymiary ultramikroskopowe, więc zjawiska wywołane niemi, pomimo wielkiej ich energji kinetycznej, nie zawsze i niełatwo są bez wszystkiego dostrzegalnemi. Pierwsze skutki wywołane pociskami o takich ultraatomowych rozmiarach będą również ultramikroskopowe, a miejscem, w którem ujawnią się zmiany, spowodowane promieniami, mogą być jedynie atomy i drobiny.

Promienie α i β, przenikając materję, zderzają się z konieczności z podobnemi cząsteczkami, znajdującemi się w prawidłowym ruchu wewnątrz-atomowym, a skutkiem takich zderzeń nastąpić może odchylenie się, pierwotnie prostolinijnego, kierunku promieni, lub nawet wytrącenie uderzonych cząsteczek z ustroju atomu. W ten sposób powstają promienie wtórne, oczywiście już o mniejszej energji kinetycznej, które, przenikając materję, są w stanie wywołać podobne zjawiska, jak promienie pierwotne.

Skutek promieni ujawniać się więc będzie przedewszystkiem wewnątrz uderzonych atomów, w następstwie czego ulec może zmianie wreszcie także wzajemny stosunek atomów zgrupowanych w drobiny. Że tak jest, widać np. z tego, że drobiny wody rozkładają się pod wpływem promieni na wodór i dwutlenek wodoru, amoniak na azot i wodór, dwutlenek węgla na węgiel i tlen. Podobnych zjawisk stwierdzono jeszcze dużo więcej. Tego rodzaju działanie odbywać się może w materji, niezależnie od jej stanu, t. j. zarówno w gazach, płynach jak i ciałach stałych, taksamo w świecie nieorganicznym jak i organicznym.

Działania promieni α i β nie wystarczy brać z punktu widzenia ich energji ruchowej. Okoliczność ta, że promienie α posiadają nabój elektryczności dodatniej, a promienie β ujemnej, musi bezwzględnie i z tej strony wpływać odpowiednio na materję, ulegająca działaniu promieni. W rozczynach zawierających swobodne aniony i kationy, będzie działanie promieni α odmienne od promieni β. t. zn., że promienie α działać będą wybitnie na kationy, zobojętniając ich dodatni nabój elektryczny i odwrotnie promienie α na aniony. Że tak jest, widać z tego, że roztwór koloidowy, poddany działaniu promieni β ulega strąceniu, co wytłumaczyć można tem, że pod wpływem ujemnego naboju elektrycznego promieni β so elektrycznie dodatni ścina się na żel.

W świecie organicznym ujawnia się powyższe działanie promieni bardzo wybitnie przy zadziałaniu ich na żywe tkanki biologiczne. Żywe tkanki biologiczne, których prawidłowe objawy życiowe są uzależnione od prawidłowego chemizmu, odbywającego się w ich komórkach, wykazują skutki działania promieni bardzo wybitnie. W życiu komórki podobne zadziałanie promieni na drobiny białka, węglowodanów, tłuszczów i ich kompleksów, jak wyżej przytoczone działanie promieni na drobiny wody, dwutlenku węgla i amoniaku, ujawniać się będzie w skutkach swych bardzo wyraźnie w stosunku do całości, jaką jest w tym wypadku żywa komórka. Tak niezmiernie złożony kompleks chemiczny, jakim jest protoplasma w postaci połączenia białka i lipoidów, ulega promieniom w ten sposób, że pod ich wpływem łatwo się rozpada. Przytem białko ulega denaturalizacji w postaci koagulacji, a lipoidy strącają się w postaci ziarenek, wywołując w ten sposób zjawisko t. zw. lipofanerozy. Żywa komórka ulega w stosunku do nasilenia promieni pewnym zaburzeniom, które ujawniają się niekiedy w sposób bardzo ciekawy, gdyż mogą doprowadzić do zmiany pierwotnych własności danej komórki i to do zaniku jednych własności a do powstania innych. Natomiast jeżeli zaburzenia są tak gwałtowne, że uniemożliwiają dalszy proces życiowy, wtedy komórka taka ulega obumarciu. Że tak jest, na to wskazują różne doświadczenia. Np. spostrzegł ostatnio Nadson w Leningradzie, że pleśń zwana *zygorrhynchus Mulleri* wykazuje po naświetlaniu radem własności zmienione, które dziedziczyć się mogą i utrzymać się jeszcze i w późniejszych pokoleniach. Jestto z pewnością zjawiskiem bardzo doniosłem. Grzybek ten traci mianowicie swoją pierwotną własność rozplemiania się dwupłciowego a nabywa zdolność rozplemiania się zapomocą zarodni. Prócz tego pierwotne zabarwienie białe zamienia się w żółte i trwa w tym kolorze także w pokoleniach następnych. Potwierdzają się wobec tego znane doświadczenia Hertwiga, który swego czasu dowodził, że zadziałaniem radu na jajka i plemniki u jeżowców wywołać można u nich zmiany, które się dziedziczą.

W promieniach radu posiadamy zatem czynnik niezwykle subtelny, który jest wstanie wpłynąć na chemizm w komórkach biologicznych w kierunku niekoniecznie zawsze ich zniszczenia, a który

---

*) Wykład wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

raczej może niekiedy wywołać tylko zmiany ich własności. Jestto ważnem dlatego, ponieważ można wobec tego mówić o możliwości t. zw. metaplazji komórek, t. zn. o możliwem przeistaczaniu się jednego typu komórek na inny. Za tem przemawia zjawisko, że niekiedy ma się wrażenie, jakoby nowotwory złośliwe, które mimo stosowania radu nie zanikają, ulegały jednakże pewnej biologicznej zmianie, łagodząc swój pierwotny charakter bardzo złośliwy.

Decydujący wpływ na te wywołane promieniami zmiany wywierają z pewnością przedewszystkiem 2 czynniki, t. j. ilość promieni i energja, z jaką promienie uderzają w daną komórkę. Jest zagadnieniem bardzo ciekawem, jakie działanie przypisać należy promieniom α i β, szczególnie w stosunku do białka, wodowęglanów i tłuszczów, jako tych istotnych składników żywych tkanek biologicznych. Na międzynarodowym kongresie w ub. roku w Sztokholmie wygłosił Stoklasa z Pragi swoje zapatrywania pod tym względem następujące. Organiczne pokarmy, białko, węglowodany i tłuszcze, winny ulec w organizmie, jak wiadomo, rozpadowi na dwutlenek węgla, wodę i mocznik. O ile sprawa ta nie dokonywa się całkowicie, wtedy powstają w organizmie kwasy organiczne, utrudniające jeszcze ze swej strony cały przebieg utlenienia względnie odtlenienia. Właśnie promienie α i β posiadają, według Stoklasy, tą własność pobudzania do czynności tych ważnych w biologji fermentów, które są powodem utleniających względnie odtleniających procesów chemicznych, jakie dokonywuja się w komórkach. W szczególności promienie α ułatwiać mają utlenienie, a promienie β odtlenienie i przyczyniać się mają w ten sposób do prawidłowej glikolizy węglowodanów a proteolizy białka.

Takie tłumaczenie działania promieni α i β ma swoje duże znaczenie przedewszystkiem przy chorobach konstytucyjnych, przy których wprowadza się rad do wewnątrz ustroju w postaci bądźto słabych rozczynów, bądźto przedewszystkiem w postaci emanacji radowej, przy pomocy oddychania lub picia. Sposób leczenia chorób konstytucyjnych, który już oddawna cieszy się powodzeniem w postaci naturalnych kąpieli i picia zdrojów w miejscowościach, wyróżniających się dużą promieniotwórczością.

Jeżeli dotychczas mówiłem tylko o promieniach α i β, a pominąłem zupełnie promienie γ, to dlatego, że promienie γ, przenikając materję, wywołują według wszelkiego prawdopodobieństwa, wtórne promienie β, a te co do swego działania nie różnią się bynajmniej od pierwotnych promieni β. Wobec tego skutek promieni γ sprowadzić można do działania promieni β. W przeciwieństwie do promieni α i β, które są cząsteczkami, przypuszcza się, że promienie γ są falami eteru, które powstają w chwili rozpadu atomu. Są one, jak wiadomo, pokrewne promieniom Roentgenowskim, które też podobne jak one znajdują zastosowanie w medycynie. Fala promieni γ jest najkrótszą z wszystkich fal dotychczas znanych, i jest krótszą od fal promieni Roentgenowskich. Ma to swoje znaczenie, ponieważ może tłumaczyć fakt, dlaczego w niektórych wypadkach leczenia promienie Roentgenowskie mogą niedać skutku, a promienie radu wykazać się nim natomiast mogą. Między promieniami radu a promieniami Roentgenowskimi zachodzi bowiem podobna różnica, jak między różnokolorowymi promieniami składającymi się na widmo światła słonecznego.

Wiadomo przecież, że promienie pozafiołkowe posiadają własności wybitnie chemiczne w przeciwieństwie np. do promieni żółtych, mimo, że różnica długości fali obu rodzaji promieni jest bardzo małą. Długość fali promieni pozafiołkowych wynosi bowiem $\frac{4}{10000}$ m/m, a promieni żółtych $\frac{6}{10000}$ m/m. Możliwem jest przeto, że podobna różnica między długością fali promieni Roentgenowskich a radu wpływać może na różny skutek biologiczny, nimi wywołany.

Przejdę do drugiej części referatu, mianowicie do omówienia stanowiska, jaki rad zajmuje w nowoczesnem lecznictwie. Jest wiadomem, że działania promieni radu doznał pierwszy Henri Becquerel, prof. fizyki w Sorbonie i to w sposób szczególny. Nosił on bowiem przez pewien czas przy sobie preparaty radu, w następstwie czego, w miejscu, odpowiadającym kieszeni, powstały zmiany na skórze, przypominające zmiany, jakie powstają po zwykłem oparzeniu. Przyjaciel Becquerela, Dr. Danlos w Hopital St. Louis w Paryżu, potwierdził działanie radu na skórę ludzką, spostrzeżoną przez Becquerela i on to wprowadził stosowanie radu do dermatologji, posługując się nim przy różnych schorzeniach skóry. Od tego czasu datuje się pochód radu w biologji i w nowoczesnem lecznictwie. Poddając następnie różne schorzenia skóry działaniu radu, okazało się, że bardzo duża ilość ich poddaje się wyleczeniu. Wymienię z nich jako najważniejsze: Liszaj żrący, rumieniowaty, trądzik, łuszczycę, naczyniaki i znamiona barwikowe.

Stosowanie radu w lecznictwie jest tematem, który w ostatnich latach bywał często przedmiotem referatów na zjazdach międzynarodowych i dawał sposobność do ożywionych dyskusyj nad znaczeniem radu przedewszystkiem w walce z nowotworami złośliwymi. Wobec tego proszę wybaczyć, jeżeli będę mówił o rzeczach, które Szanownemu Państwu mogą być już znanemi skądinąd. Jest rzeczą do pożałowania i pozostanie taką zapewne jeszcze czas dłuższy, że preparaty radu są dostępne na razie niestety tylko nielicznym lekarzom. Wobec tego przy dyskusjach nad stosowaniem radu i nad osiągniętemi rezultatami może zdarzyć się niekiedy, że prelegent jest jedynym, który rozporządza w tych sprawach pewnem doświadczeniem. Oczywiście że taki stan rzeczy nie może przynieść dużego pożytku ani omawianej gałęzi nauki ani medycynie w ogólności.

Tu we Lwowie wieczór poświęcony omówieniu stanowiska radu w nowoczesnem lecznictwie spotyka się z korzystniejszemi warunkami, gdyż, jak mi wiadomo, odbył się już przed przeszło rokiem wieczór, poświęcony temu zagadnieniu, pozatem znajdują się tu we Lwowie panowie, pracujący od dłuższego czasu w tej dziedzinie, a w tutejszej Uniwersyteckiej klinice ginekologicznej stosuje się od dłuższego czasu.

Dzięki temu są na miejscu przedstawiciele tej specjalności i panowie, którzy mieli już sposobność zapoznania się z rezultatami, jakie można osiągnąć zapomocą stosowania radu przy różnych schorzeniach.

Stosowanie radu przechodziło różne koleje. Wartość leczniczą oceniali jedni bardzo wysoko, drudzy odnosili się do niego z dużym sceptycyzmem. Jakie usługi rad oddać może w lecznictwie wykazali z początku przedewszystkiem dwaj paryscy lekarze Wickham i Degrais. Zawdzięczali oni swoje doskonałe doświadczenia przedewszystkiem tej okoliczności, że mieli do dyspozycji wysokowartościowe preparaty radu a następnie, że wprowadzając do terapji prawidłowe posługiwanie się t. zw. filtrami, zdołali stwierdzić, jak doniosłym i niekiedy decydującym czynnikiem mogą być filtry dla osiągnięcia pożądanego wyniku leczniczego. Przy pomocy tych filtrów, mianowicie metalowych, pochłaniających promienie miękkie a przepuszczających twarde, zdołali oni rozszerzyć znacznie ówczesny zakres leczenia radem. Do ich czasu stosowanie radu ograniczało się bowiem przeważnie do schorzeń powierzchownych, a więc skórnych, a dopiero wprowadzenie filtrów umożliwiło skuteczne stosowanie radu przy schorzeniach znajdujących się głęboko pod skórą, a przedewszystkiem przy nowotworach złośliwych. Tymto mianowicie okolicznościom zawdzięczali oni swoje rezultaty, które w r. 1909 ogłosili w znanej monografji, zatytułowanej Radiumtherapie. Dzięki ich to doświadczeniom okazało się również, że bardzo ważnym czynnikiem jest ilość zastosowanego radu, i że od tego zależy bardzo często skutek zabiegu.

Ponieważ produkcja radu była z początku bardzo niewielka, a nabycie wysokowartościowych preparatów spotykało się z bardzo dużemi trudnościami, więc nawet ważne instytuty lecznicze i kliniki posługiwały się przez długie lata bardzo słabymi preparatami radu, podczas gdy już w Paryżu stosowano preparaty o stu i więcej miligramach. Tem się tłumaczy, dlaczego pierwotnie poza bardzo szczupłem gronem specjalistów w Paryżu i Londynie doświadczenia innych nie były zbyt zachęcające. Ten stan rzeczy zmienił się jednakże, skoro odkryto mezotor, pierwiastek bardzo podobny do radu, silnie promieniotwórczy, a różniący się od radu jedynie tem, że ulega szybkiemu rozpadowi.

Dopiero w posiadaniu większych ilości ciał promieniotwórczych udało się powszechnie potwierdzić wyniki, jakie osiągnięto w Paryżu i Londynie, i wtedy dopiero leczenie radem posunęło się znów o krok naprzód i utorowało sobie dostęp do nowych dziedzin w lecznictwie.

Wszystkie poważne instytucje lekarskie we wszystkich krajach zaczęły wtedy ubiegać się o zakup ciał promieniotwórczych i dzisiaj we wszystkich stołecznych miastach za granicą znajdują się już bardzo poważne ilości radu w posiadaniu instytutów państwowych lub stowarzyszeń naukowych.

Sposób leczenia radem przybrał w miarę rozszerzania się zakresu zastosowania, bardzo różne postacie. Jest rzeczą ciekawą, że radu używano w lecznictwie już od bardzo dawnego czasu. Mimo, że nic nie wiedziano jeszcze o jego istnieniu, używano go bowiem w postaci kąpieli i wody do picia w miejscach kąpielowych i zdrojowiskach, przypisując skutki lecznicze oczywiście zgoła innym czynnikom. Jak dziś wiadomo, znajduje się w takich wodach naturalnych przeważnie emanacja radu, która działa w czasie kąpieli na powierzchnię ciała, a pozatem przedostaje się do obiegu krwi na skutek wdychania jej do płuc. Z wodą do picia emanacja wnika drogą przewodu pokarmowego do wszystkich narządów. W ten sposób dokonać się może bardzo ścisły kontakt emanacji

i ciał promieniotwórczych z niej pochodnych z tkankami, i przyjść może do skutku to działanie promieni, o którem uprzednio już mówiłem, wskazując na doświadczenia Stoklasy z Pragi, a mianowicie działanie pobudzające procesy fermentacyjne utlenienia dzięki promieniom α, a odtlenienia dzięki promieniom β. Właśnie pobudzenie tych ważnych procesów fermentacyjnych jest tem wielkiem zadaniem, jakie jest do rozwiązania przy leczeniu chorób konstytucyjnych, które jak wiadomo, powstają często na skutek tego, że tkanki z trudem lub niezupełnie spalają białko, węglowodany i tłuszcze, przyjęte w postaci pokarmów.

Dawki radu i emanacji radowej wprowadzanej przytem do organizmu, zupełnie nie mogą się równać dawkom radu, używanym zewnętrznie, i obracają się w setnych miligrama względnie milicurie. Wyzwalające się bowiem promienie α przedstawiają, przy bezpośredniem zetknięciu się z tkankami, zanadto potężny czynnik leczniczy, ażeby go można użyć w ilościach większych.

Innego sposobu wymagają schorzenia skóry i nowotwory. Rad w postaci soli bromku, chlorku, siarczanu lub węglanu bywa napełnianym w ilości kilkunastu do kilkudziesięciu i więcej miligramów do aplikatorów o różnej postaci, które zależą od swego przeznaczenia. Aplikatory przewidziane do leczenia schorzeń macicy, przełyku, odbytnicy lub pęcherza posiadają przytem postać cewkowatą. Są to zatem przeważnie tuby wypełnione radem. Schorzenia skóry wymagają natomiast często aplikatorów w postaci płytek metalowych, pokrytych radem.

Są wreszcie w użyciu aplikatory w postaci wydrążonych i napełnionych radem igieł irydoplatynowych, przeznaczonych do nakłuwania pewnych a szczególnie ku temu nadających się nowotworów. Pewne instytuty, posiadające bardzo duże ilości radu posługują się jeszcze innym sposobem. Nie używa się tam do napełnienia aplikatorów radu, lecz emanacji radowej. Ma ten sposób swoje dodatnie strony, lecz ma też swoje ujemne. Preparaty radowe pozostają wtedy stale w bezpieczeństwie w laboratorjum fizykalnem, co jest rzeczą bardzo ważną, jednakże zato aplikatory takie zużywają się już po kilku dniach na skutek szybkiego rozpadu emanacji radowej.

Sprawa leczenia radem nabrała odpowiedniego znaczenia, gdy stwierdzono pod jego wpływem zanik tkanki nowotworowej, wynik, który swego czasu był zgoła nieoczekiwany. Stwierdzenie takiego ważnego faktu skierowało zastosowanie radu oczywiście prawie że wyłącznie w tym kierunku. I stąd wynikło, że od tego czasu pojęcie oznaczeniu radu w lecznictwie u ogółu, jakoteż nawet u przeważnej części świata lekarskiego, złączyło się jaknajściślej z kwestją raka, a wykładnikiem wartości radu w terapji w ogólności stała się jego skuteczność przy złośliwych nowotworach. Sprawa usunięcia nowotworów złośliwych nie przedstawia się jednakże tak łatwo jak usunięcie powierzchownych schorzeń skóry. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że rad stosowany zewnętrznie jest środkiem działającym przedewszystkiem miejscowo, i to w niedużym obrębie, a rak tymczasem nie zawsze jest tylko lokalnem schorzeniem, a jeżeli nim jest niekiedy, to tylko na samym początku. Wobec tego nadzieje pokładane w radzie, okazały się nie tak łatwo do ziszczenia jak to mogło wydawać się z początku i w okresie pierwszego entuzjazmu. Prócz tego okazało się jeszcze, że nowotwory, co do których możnaby mieć jaknajlepsze nadzieje co do ich usunięcia, wykazują niekiedy odporność niespodziewaną, a odwrotnie guzy, co do których zdawaćby się mogło, że stosowaniem radu wyniku dużego osiągnąć prawdopodobnie się nie da, zanikają niekiedy w czasie niezwykle szybkim. Powodu takich zjawisk dopatrywać się można tylko częściowo w trudnościach aplikacyjnych. Dotyczyć to może np. wypadków, w których dostęp preparatów radowych jest utrudnionym i dopiero zabieg chirurgiczny umożliwić może prawidłową aplikację. Inny powód polegać mógłby na fakcie, że stosowanie radu nie opiera się na tak ścisłych metodach jak inne operacje lecznicze, i że aplikacja radu jest zabiegiem w wysokim stopniu indywidualnym, opierającym się głównie na doświadczeniu operatora, a nie dającym się bez wszystkiego ujednostajnić. Innego powodu powyższego zjawiska szukaćby może należało jeszcze w biologicznych, dotychczas niedostatecznie wyjaśnionych stosunkach fermentacyjnych złośliwych nowotworów.

Same morfologiczne różnice tkanki nowotworowej nie mogą bowiem dotychczas wytłumaczyć, dlaczego w jednym wypadku nowotworu da się osiągnąć zanik jego, a w innym wypadku takiego skutku niema, i dlaczego niekiedy pierwsze stosowanie radu daje wynik pożądany a następny zabieg może zawieść zupełnie. Mówiono wobec tego o uodpornieniu się naświetlanych nowotworów. Do wyjaśnienia takiego uodpornienia mogą przyczynić się doświadczenia, na które zwrócili uwagę Zwaardemaker, Tomanek i inni. Stwierdzili oni, że po silnych naświetlaniach zanikać może w tkankach potas. Jeżeli zważy się, że potas w biologji wszystkich tkanek odgrywa niewątpliwie rolę ważnego katalizatora, ułatwiającego, przyspieszającego i regułującego procesy utlenienia i odtlenienia, dalej, że komórka nowotworowa wykazuje odmienne od prawidłowych tkanek działanie właśnie tych fermentów, od których zależy prawidłowe utlenienie i odtlenienie, — co ujawia się u komórek nowotworowych w wzmożonej glikolizie i w silniejszym trawieniu białka a w zmniejszonem rozszczepianiu tłuszczów, — to nie jest wykluczonem, że odchylenie co do prawidłowej ilości potasu może być powodem nabytej odporności nowotworów wobec promieni radu i ich dalszego przerostu.

Mimo, że dotychczasowe doświadczenia przemawiają za tem, że rad wprawdzie nie jest jeszcze tym środkiem niezawodnym, którego tak bardzo potrzeba w walce z złośliwymi nowotworami, to jednakże pozostanie on mimoto na długo, bardzo cennym nabytkiem w lecznictwie chociażby dlatego, że dzięki niemu jest obecnie możliwem, ulepszyć niekiedy wyniki osiągane dotychczas zabiegami chirurgicznymi. Leczenie u nas radem nowotworów złośliwych nie może na ogół współzawodniczyć z zabiegami chirurgicznymi, które pozostaną jeszcze na długo dominującym zabiegiem w walce z nimi. Jednakże tam, gdzie zabieg chirurgiczny staje się niewykonalnym z tych lub innych przyczyn, tam rad daje jeszcze rezultaty niekiedy zgoła nieoczekiwane. Dowodem tego są choćby wyniki, jakie osiągnąć można przy raku macicy, i to w wypadkach, nie nadających się już zupełnie do zabiegu chirurgicznego. Na już wspomnianym zjeździe w Sztokholmie w ub. r. jakoteż na konferencjach, jakie się odbyły w tej sprawie w Paryżu, Londynie i Genewie, ustalono, że za pomocą radu można uzyskać około 9% wyleczeń, trwających ponad lat 5 w takich wypadkach raka macicy, które do zabiegu chirurgicznego już się nie nadają zupełnie. Podawano na tych zjazdach również i statystyki wypadków nadających się do operacji, a leczonych i wyleczonych radem, i z tychto statystyk wynika wyraźnie bardzo poważne stanowisko, jakie w przyszłości stosowanie radu zająć może ogólnie w ginekologji.

Rak macicy nadaje się coprawda dużo lepiej aniżeli inne narządy do tego sposobu leczenia, a to ze względu na wyjątkowo korzystne warunki anatomiczne, które zezwalają na bardzo łatwe umieszczenie preparatów radu w samym środku miejsca schorzenia.

W wypadkach nowotworów innych narządów, stosowanie radu już nie spotyka się z tak korzystnymi warunkami aplikacji. Wprawdzie nowotwory odbytnicy, przełyku i krtani zajmują niekiedy obwód tych narządów i stworzyć mogą w ten sposób guzy, umożliwiające aplikację radu w samym środku guza. Jednakże stosowanie w takich wypadkach nie zawsze jest łatwe. W przełyku światło jest nieraz bardzo nikłe, skutkiem czego umieszczenie preparatów w środku nowotworu stać się może zabiegiem często niewykonalnym. W przypadku nowotworu krtani, tylko niekiedy można zastosować aplikację bez wstępnego rozcięcia tchawicy lub krtani, a przy raku odbytnicy, bardzo wielka pobudliwość jej śluzówki, wywołuje często bardzo przykre stany po zabiegu. Bądźto z powodu tych trudności aplikacji, bądźto, że wobec niebezpieczeństwa uszkodzenia otoczenia, jak np. przy przełyku, używa się mniejszych dawek, dość, że rezultaty w powyższych wypadkach nie mogą dorównywać skutkom, jakie osięga się zazwyczaj przy raku macicy. To samo dotyczy wypadków, w których radu umieścić nie można bez wszystkiego w samym środku nowotworu, jak przy guzach sutka, języka, migdałków, przyusznicy i innych narządów. Tu trzeba niekiedy nakłuwać te guzy igłami radowemi lub zastosować zewnętrznie bardzo silne aplikatory. Ta różnorodność pod względem anatomo - topograficznym nowotworów i związana z tem zmienność sposobów aplikacji radu wpływa na to, że dotychczas nie udało się jeszcze wygotować podobnych i tak licznych zestawień statystycznych jak w wypadkach raka macicy.

Już 20 lat trwa dyskusja naukowa w sprawie stanowiska, jakie przypisać należy leczeniu radem nowotworów złośliwych. Wypowiedziało się dotychczas już kilka narodów co do stanowiska, jakie zajmuje leczenie radem w ich nauce medycyny. Podczas gdy w St. Zjedn. i w Anglji leczenie radem stosuje się już we wczesnych stanach choroby raka i tem większe rokuje nadzieje radykalnego wyleczenia, im wcześniej przystępuje się do leczenia radem, to nauka francuska pozostaje dotychczas przy dawnym poglądzie, że tylko radykalne usunięcie za pomocą zabiegu chirurgicznego daje możliwość rzeczywistego wyleczenia. Polska nauka jeszcze nie zdołała w tej materji się wypowiedzieć na skutek braku odpowiednich instytutów, w którychby już od dość dawna stosowano leczenie radem systematycznie i na dostatecznej liczbie chorych.

Liczne publikacje, jakie ukazały się we wszystkich krajach za i przeciw, wymagają rozstrzygnięcia ze strony bardzo autorytaty-

wnej. Sekcja Higjeny przy Lidze Narodów, chcąc przyczynić się ze swej strony do odpowiedniej oceny, opracowała w r. ub. na posiedzeniu w czerwcu, ankiety przeznaczone dla instytucji naukowych, rozporządzających wielkim doświadczeniem. Od nich to Liga Narodów spodziewa się rzeczowego orzeczenia. Są to Fondation Curie w Paryżu, Radiumhemmet w Sztokholmie, Instytutu w Londynie i klinika Prof. Doederleina w Monachium. Ankieta ta ma wyświetlić stosunek 3 czynników t. j. radu, promieni Roentgenowskich i zabiegu chirurgicznego nasamprzód do raka macicy. Rak macicy zajmuje bowiem stanowisko odrębne ze względu na to, że, jak już nadmieniłem, co do niego opracowane są bardzo dokładne statystyki, odnoszące się do rezultatów osiąganych zapomocą radu, promieni Roentgenowskich i zabiegów chirurgicznych. Wyniki ankiety i wnioski, jakie Sekcja Higjeny przy Lidze Narodów zechce w tej sprawie przyjąć, będą z pewnością stanowiły bardzo poważny dokument oceny.

Stosowanie radu przy nowotworach, chorobach konstytucyjnych i skórnych nie obejmuje jeszcze wszystkich możliwości zastosowania tego środka leczniczego w medycynie. Dziedziną patologji, w której rad niekiedy oddaje również duże usługi, o której jeszcze nie mówiłem, są przewlekłe stany zapalne, niezależnie, jakiego są pochodzenia. Gruźlicze i inne owrzodzenia na śluzówkach, leukoplakja, miąższowe przewlekłe zapalenie rogówki bywają wdzięcznymi przedmiotami leczenia. Nie wyczerpałbym wskazań, jeżelibym nie zwrócił uwagi na przerosty gruczołu tarczowego i na chorobę Basedowa. Wielki państwowy Instytut Radowy, Radiumhemmet w Sztokholmie, ogłosił statystyki tych schorzeń, tam naświetlanych radem, z których wynika 52% wyleczonych a 22% polepszeń. Działanie radu z pewnością nie ogranicza się w tych wypadkach tylko do zadziałania na strukturę chorej tkanki lecz wpływa również na istotę odbywającej się w niej wadliwej przemiany biologicznej. Wnioskować o tem można np. z tego, że ustępują objawy tyreotoksyczne również i w wypadkach takich, w których zwiększenie tarczycy jest bardzo małe albo zgoła niewidoczne.

Skuteczność radu przy złośliwych nowotworach była jednym z tych powodów, które dały inicjatywę do stwarzania specjalnych instytutów leczniczych dla raka, instytutów, bądźto państwowych i samorządowych, bądźto ufundowanych przez filantropów i samopomoc społeczeństw. Innym z powodów była może jeszcze okoliczność ta, że w domach panujących rodzin zachodziły wypadki raka, które zwracały uwagę szerokich sfer ludności na niebezpieczeństwo, tkwiące w tem schorzeniu i na pewną bezskuteczność stosowanych zabiegów. Powstawały więc Instytuty, w których przedewszystkiem uruchamiano oddziały przeznaczone dla leczenia radem.

W Londynie otwarto Radium Institute, w Paryżu utworzono Fondation Curie, w Sztokholmie Radiumhemmet, w Niemczech Samariterhaus w Heidelbergu.

Z biegiem czasu okazało się, że środki przeciwrakowe jak rad i roentgen, kwestji zwalczania złośliwych nowotworów jeszcze ostatecznie nie rozwiązują, gdyż zastosować je można tylko do pewnych i na skutek swego umiejscowienia szczególnie nadających się schorzeń. Ponieważ w tych instytutach gromadził się liczny materjał nowotworów złośliwych, więc prócz oddziałów czysto leczniczych zaczęły powstawać i oddziały badawcze, a skutkiem tego pierwotne Instytuty lecznicze rozwijały się powoli do roli instytutów przeciwrakowych, opracowujących sprawę raka także z punktu widzenia teoretycznego, badawczego, doświadczalnego, biologicznego, statystycznego i t. d. i rozpatrujących ją jako problem o międzynarodowej doniosłości. W tych instytutach przeciwrakowych, które istnieją dzisiaj prawie że we wszystkich krajach cywilizowanych, i które posiadają niekiedy bardzo poważne ilości radu, jak w Paryżu, Londynie, Brukseli i Sztokholmie, odbywa się więc praca nietylko w kierunku leczenia raka, lecz także i w kierunku wypośrodkowania jeszcze skuteczniejszych i właściwszych sposobów jego leczenia. Rozwiązanie zagadnienia tak poważnego, o znaczeniu ogólno-ludzkiem, wymaga współpracy całego zastępu naukowych pracowników, i może najlepiej określił konieczność tą zmarły niedawno prof. Bergonie, który przy otwarciu oddziału radowego do walki z rakiem w Londynie wypowiedział swoje zdanie w sposób mniejwięcej następujący: Anatom, patolog, fizyk, chemik, fizjolog, internista, chirurg, radiolog, rentgenolog, biolog, wszyscy winni złączyć się w wspólnych wysiłkach, ażeby komunikując sobie nawzajem wyniki swoich doświadczeń i pouczając się wzajemnie, stworzyć to, co nazywa się labour cu commun.

Starałem się wykazać Szan. Państwu, że lecznictwo nowoczesne posiada w radzie środek o bardzo szerokich możliwościach zastosowania. Balneologja, dermatologja, chirurgja, interna, i inne działy medycyny mogą ze skutkiem posługiwać się jego działaniem. I z pewnością praktyka lekarska korzystałaby z niego w bardzo szerokim zakresie, gdyby na przeszkodzie nie stały trudności uzyskania go przez instytuty, jak i przez szeroki ogół lekarzy.

Uznając stan taki za niewłaściwy, Komisja Higjeny przy Lidze Narodów wystąpiła przed rokiem na posiedzeniu w Genewie z wezwaniem, ażeby w każdem państwie powstały instytucje centralne, zaopatrujące w rad kliniki i lekarzy praktykujących.

Na zakończenie nastąpi wyświetlenie różnych schorzeń skórnych i złośliwych nowotworów, leczonych radem. Fotografje pochodzą bądźto ze znanej monografji Wickhama i degrais'a, o której wspominałem, bądźto z własnego doświadczenia.

OCENY.

Questions cliniques d'actualité (service du prof. Sergent). Masson et Cie Paris 1929. Zagadnienia kliniczne chwili bieżącej.

Zbiór wygłoszonych w klinice paryskiej Sergent'a (Szpital Charité) przez kilkunastu autorów, częścią współpracowników profesora, częścią przez uproszonych przygodnych klinicystów obcych. Wtorki przeznaczone są dla pierwszej grupy, zaś piątki dla drugiej grupy prelegentów. Ma to być niejako uzupełnieniem wykładów klinicznych profesora. Pierwszy zbiór pojawił się z końcem r. 1928.

B a b o n e i x przedstawia wyczerpująco dzisiejszy stan nauki o *Polyomyelitis anterior acuta* (Paralysis infantum). Szczegółowo omawia autor rozpoznanie różniczkowe: zapalenia opon zwłaszcza gruźlicze, schorzenia kostno-stawowe, krwawienia oponowe, encephalitis lethargica, zapalenia mnogonerwowe i t. p. Zwraca też autor uwagę na znaczenie społeczne choroby i na doniosłość wczesnego rozpoznania i wczesnego leczenia energicznego (surowicą ozdrowieńców — serum antipoliomyelitic).

B e n d a daje ciekawy przyczynek do poznania *nieżytu oskrzelowego* kiłowego — zwłaszcza w kile trzeciorzędnej. Autor ściśle rozróżnia kiłę oskrzeli ze stwardnieniem (sclérosante) od kiły rozstrzeniowej oskrzeli (bronchiectasiante). Doskonałe obrazy z własnych preparatów, również i rentgenogramy uzupełniają wywody autora. Ciekawe są zwłaszcza równoczesne porównawcze rentgenogramy zmian gruźliczych płuc u kiłowych.

O ścisłym związku pomiędzy śledzioną a oddychaniem mówi profesor B i n e t na podstawie własnych doświadczeń. Śledziona jako rezerwoar krwinek natychmiast oddziaływa pod wpływem asfiksji i anoksemji.

F r a n c i s B o r d e t omawia zespół „Myocardie" (Myocardie L a u b r y) obejmujący przypadki niedomogi serca, bez widocznych zmian anatomicznych (insufficientia cryptogenetica), bez znanej etjologji, rozwijającej się szybko i niepomyślnie, przyczem leki nasercowe zupełnie zawodzą [1]). Zespół ten jako osobna jednostka chorobowa dotąd jedynie przez niektórych autorów francuskich jest uznawany.

M a r i a n o R. C o s t e x, prof. z Buenos Aires daje doskonały przegląd nauki o *Diabetes renalis,* na podstawie własnych spostrzeżeń, jako znamiona kliniczne uważa:

1) glikozurję przy normalnej lub zmniejszonej zawartości cukru we krwi (normo- aut hypoglicaemia)

2) niezależność glikozurji od ilości wprowadzonych węglowodanów,

3) brak objawów cechujących moczówkę cukrową,

4) brak odczynu hiperglikemicznego po glukozie — szczegół pierwszorzędnej wagi, gdyż w Diabetes renalis wywołana sztucznie hiperglikenja jest przejściową.

W sprawie patogenezy prelegent przypisuje wielką doniosłość acydozie pochodzenia toksyczno-jelitowego. Działając na jelito można acydozę zmniejszyć lub zwiększyć, intoksykację jelitową zwalczał ze skutkiem drogą biologiczną, djetetyczną i farmaceutyczną — wyniki autora były świetne.

O powikłaniach opłucnowych w ostrych schorzeniach płucnych pneumokokowych mówił A. C o u r c o u x.

Prof. P i e r r e D e s c o m p e s o chirurgji w leczeniu zespołów basedowowych. Przypadki łagodne nie wchodzą wcale w zakres chirurgji. W przypadkach cięższych zabiegi chirurgiczne są

---

[1]) Na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Londynie szeroko omawiano niedomogę mięśnia sercowego. W dyskusji zauważyłem (teza druga): Zadziwia nas często rażący niestosunek pomiędzy anatomicznemi zmianami mięśnia sercowego a objawami klinicznymi. Przyczyna często niewyjaśniona. (5-ta teza): U łoża chorego jesteśmy nieraz zmuszeni polegać jedynie na naszem doświadczeniu. Str. 191 XVII Internat. Congress of med. 1913. Section VI Part II. London 1914. Sprawozdawca.

uzasadnione. Hemithyreoidetomia — zabiegi stopniowe — zależnie od stanu ogólnego chorego — dają wyniki korzystne. W przypadkach bardzo ciężkich należy wstrzymać się od wszelkich zabiegów chirurgicznych. „Chirurgja powinna odmówić interwencji w rozpaczliwych przypadkach".

W sprawie jadu przesączalnego (Virus filtrant) przemawia H. Durand.

O schorzeniach zakaźnych posocznicowych, gronkowcowych mówi prof. A. Lemierre, na podstawie własnych przypadków. Zakładania „ropni fiksacyjnych" odmawia wartości terapeutycznej, srebro koloidalne dożylnie stosowane czasem bywa skuteczne. Szczepionki w przypadkach podostrych dających rokowanie mniej złe, mogą czasem pomóc. Trypaflawina w jednym przypadku dobrze działała (2 zastrzyki po 0,50) w innym zawiodła. Young w Baltimore miał dobry wynik stosując *mercurochron* względnie Gentiana - violet. W surowiczo - ropnych wysiękach wikłających sprawy, nie należy spieszyć się z pleurotomją. Proste nakłucie wystarczy a ciężki zabieg chirurgiczny sprowadza zazwyczaj śmierć.

Kaszel sercowy i postać niby krztuścowa niewydolności sercowej stanowiły przedmiot odczytu prof. Kamila Lion. Omówiwszy kaszel jako jeden z zespołów śródpiersiowego tętniaka tętnicy głównej, zapalenia osierdzia, zwężenia zastawki dwudzielnej, kaszel odruchowy zapaleń tętnicy głównej, śródsierdzia, schorzeń płucnych wikłających choroby naczyniowo - sercowe (obrzęki ostre płuc, zawały, asystolia i t. d.) przechodzi autor do opisu szczególniejszego postaci nibykrztuścowej niedomogi serca (forme coqueluchoide). Kaszel w 1/3 przypadków zjawiał się nocą, w niektórych przypadkach po wysiłku (la toux d'éffort), w przeważnej części przypadków wynik badania płuc jest ujemny. Na 40 spostrzeganych przypadków był kaszel objawem głównym, zasadniczym. W połowie przypadków byli to chorzy sercowi młodzi, najczęściej dotknięci schorzeniem zastawki dwudzielnej, rzadziej tętnicy głównej, druga połowa przypadków obejmuje ludzi ponad 50 letnich z lekkiem nadciśnieniem, lub podwyższonem. Terapja wyłącznie ma być skierowaną przeciw niedomodze serca naparstnicą. Pomijając kaszel sercowy pochodzący z ucisku nerwu błędnego lub lewego nerwu recurrens — w przeważnej części jest wyrazem niedomogi serca.

„O puchlinach brzusznych marskich uleczalnych" mówił René Mignol. Przedstawiwszy usiłowania terapeutyczne i operacyjne, które zawiodły, (sposób Talmy, Lang'a, Rosensteina, Bogoraz'a, Lambotte'a, Ruotte'a, Villard'a i Tavernier'a) wypowiada wreszcie następujące wnioski: Zapalenia wątroby żylne pochodzenia wątrobowego niezawsze okazują przebieg postępujący, niepomyślny, nieraz okazują posunięcia poprzedzielane okresami drugiemi w których chory zdaje się być wyleczony. Puchlina brzuszna znika, lecz uszkodzenie wątroby trwa dalej. Brzuszna puchlina marska tem bardziej jest uleczalna, im świeższej daty jest alkoholizm chorego i im bardziej marskość zbliża się od początku do typu przerostowego. Usunięcie całkowite napojów wyskokowych jest koniecznym warunkiem wyleczenia. Leczenie w połączeniu z djetą ma za zadanie podniesienie czynności komórki wątrobowej, od czego zależy rokowanie i uleczalność brzusznej puchliny.

Z farmaceutycznych przetworów na uwagę zasługują: Calcium chloratum granulat. sicc. (w rozczynie słodzonym na 150, z czego 15 kawowych łyżek odpowiada 15 gr. soli), dożylne zastrzyki sinku rtęci (cyanure de Hg), jodek potasu sam lub w połączeniu z rtęcią, sole bizmutowe, przetwór rtęciowo-organiczny (Carnot, Bariety et Boltanski) zwany 400-B, pomysłu Fourneau, jako znakomity moczopędny środek, wreszcie podskórne zastrzyki glikogenu przez 20 dni po 2 cm^3 rozczynu Clin (à 0,05 w jednym ccm^3). Stosowanie promieni pozafjołowych w uporczywych przypadkach, pod warunkiem, że nie ma zbyt wielkiej niedomogi serca.

Linitis gastrica stanowi treść wykładu Oury'ego. Rzadka ta postać raka żołądka , znana wprawdzie jeszcze w połowie przeszłego stulecia, daje się rozpoznać za życia jedynie rentgenologicznie (choroba Brintona). Krwawień zazwyczaj brak. Obok postaci z objawami żołądkowymi rozróżnia autor postać z objawami jelitowymi, i t. d.. Ściany żołądka twarde, chrząstkowate, pojemność znacznie zmniejszona (100 — 200 ccm^3). Przerzuty występują w jelitach, często w prostnicy. Leczenie radjoterapją, nawet operacyjne jest bezskuteczne.

Pruvost mówił o nagłych, pozaopłucnowych powikłaniach przy sztucznej odmie (przypadłości mózgowe, skórne, krwiomocz).

Zakażenie oskrzelowo-płucne noworodków i osesków przedstawił Ribadeaux-Dumas.

O leczeniu cukrzycy mówił prof. Rosseau z uniwersytetu w Laval (Québec).

Wagi wielkiej rzecz o niezależności kinematycznej płatów płucnych była treścią wykładu samego prof. Sergent'a. Autor omawia ciekawe szczegóły o niezależności poszczególnych płatów od siebie: Każdy z płatów przedstawia małe płuco o głównem oskrzelu, o głównych tętnicach i żyłach, pniach nerwowych i t. d. a swoją drogą tak jak każde z płuc ma swoją względną samodzielność a obok tego związane wspólnotą z drugiem płucem, tak się rzecz ma z poszczególnemi płatami. Rzecz ta ma znaczenie przy zakładaniu odmy sztucznej.

Clément Simon zastanawia się w swojem przemówieniu nad wielokrotnością jadu kiłowego.

Ostatni wreszcie wykład wygłasza A. R. Turpin: O mięsaku wrzecionowatym kur.

Wydawnictwo ciekawe świadczące o żywym ruchu naukowym Kliniki Sergent'a w Paryżu.

Dr. W. Pisek (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Warszawska, nr. 5, z 1 września 1929: J. W. Grott i J. Trzebiński: Krytyczna ocena sposobów badania czynnościowego wątroby z punktu widzenia praktyki lekarskiej. — R. Domarad Woyno: Ropień międzypłatowy klinicznie rozpoznany i kilka uwag w tej sprawie. — Lenski: Nadciśnienie tętnicze samoistne w wieku młodym. — A. Rudolf: Posocznica (Sepsis Septicaemia) w rozumieniu własnem i cudzem. — M. Peker: Odpowiedź na uwagi z powodu artykułu „Z patogenezy i leczenia dny".

Polska dentystyka, rok VII, nr. 5 wrzesień-październik 1929. A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.) — Anatomja ropowic szczękowych. — W. Dieck: Szczególne właściwości dolnych przedtrzonowców pod względem anatomicznym z uwzglednieniem wniosków praktycznych. — J. Gondzik: Przypadek nadliczbowego zęba trzonowego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI nr. 38, z 22 września 1929. Mianownictwo polskie z zakresu serologji i mikrobiologji. — L. Bilek: Dążenia do racjonalizacji i normalizacji czechosłowackiego aptekarstwa. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 8, sierpień 1929. St. Kramsztyk: Nowe poglądy na stosunek pożywienia do stanu zębów. — A. Fidler: Wewnętrzne wydzielanie. — Zestawienie poglądowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII nr. 9, z 15 września 1929. L. Korczyński: O naukowej organizacji polskiego zdrojownictwa. — A. Mester: Zasady niemieckiej organizacji walki z reumatyzmem i rola uzdrowisk w tejże.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom IV, nr. 1, kwiecień-czerwiec 1929: Sprawozdanie z II. Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie. — A. Czyżewicz: Leczenie nowotworów radem. — J. Zweibaum: Hodowla tkanek nowotworowych. — St. Adamowiczowa: Rak w Warszawie jako zagadnienie rasy. — K. Pelczar: O przebiegu niektórych odczynów odpornościowych w raku. — L. Hirszfeld, W. Halber i J. Laskowski: O właściwościach serologicznych tkanek normalnych i rakowatych. — M. Eiger: O badaniach interferometrycznych. — M. Eiger i E. Czarnecki: Wpływ układu nerwowego mimowolnego na powstawanie nowotworów. — J. Flaks: Tarczyca i nadnercze a wzrost mięsaka szczurzego. — M. Flokszttrumpf: Wyniki trzyletniego stosowania radu w nowotworach złośliwych narządów rodnych kobiety. — M. Flokszttrumpf, J. Kołodziejski i Milewski: Współczesne leczenie ołowiem nowotworów złośliwych.

Czasopismo sądowo - lekarskie, rok II, nr. 1: W. Łuniewski: Wyniki spółczesnych metod leczenia porażenia postępującego w świetle problematów orzecznictwa sądowo i społeczno psychjatrycznego. — L. Hirszfeld: O dochodzeniu ojcowstwa drogą badań biologicznych. — J. Olbrycht: Śmiertelne samobójcze zatrucie formaliną. — W. Grzyro-Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1928.

Czystość, rok II. zeszyt 7, 8 i 9 z września 1929. P. Gantkowski: O raku i jego leczeniu (dok.). — G. Szulc: Ogólne podstawy

profilaktyki. — Odwszawianie. — M. Grejniec: Skutki zaniedbywania zębów.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 39—40, z 26 września 1929. — A. Landau i B. Jochweds: O wtórnych stanach bronchospastycznych. — J. Typograf: O upuście krwi. M. Ehrlichówna: Z kliniki spraw gorączkowych niemowląt i drobnych dzieci. — H. Higier: Współczesny stan rozpoznawania i leczenia chorób nerwowych. — A. W. Kapłan: O znaczeniu klinicznem nadciśnienia. — M. Grzybowski: Wartość lecznicza acetylarsanu w kile. L. Pomeranc: Badanie krwi pod względem morfologicznym, fizycznym i pod względem grup w nadciśnieniu tętniczem. — B. Karbowski: Obecny stan wiedzy o uleczalności raka krtani. —A. Zamenhof: Dno oka w świetle nowoczesnego wziernika elektrycznego (Streszcz. zbior.). — St. Deresz: Zagadnienia opieki pozaszpitalnej nad psychicznie chorymi w Polsce. — Z. Szymanowski: Jeszcze w sprawie reformy studjów lekarskich.

Wiedza Lekarska, rok III. zeszyt 9, z września 1929. S. Cytronenberg: O działaniu koloidów ochronnych (mucilaginosa) i o t. zw. leczeniu adsorpcyjnym. — Zdz. SZymoński: Przyczynek do psychoterapji w warunkach praktyki ambulatoryjnej dokonywanej.

Dziecko i Matka, rok IV, nr. 18, z r. 1929. L. Krzemieniecka: Wiersz Matki. — M. Jacynówna: Kształtowanie uczuć. — W. Borudzka: Dziecko i zwierzęta. — E. Szelburg-Zarębina: Matka szuka przyjaciół dla swego dziecka. — M. Dobrowolska: Jak podróżować z niemowlęciem. — M. Morzkowska: Owoce i surowe warzywa w jadłospisie dziecka. — St. Kramsztyk: Tyfus brzuszny. — P. Gleich: Ospa wietrzna. — B. P.: Nasze dzieci.

Przyroda i Technika, rok VIII, zeszyt 7, lipiec-wrzesień 1929. J. Muszyński: Używki kofeinowe ludzkości. — J. Żurowski: Początki ludzkiej kultnry na obszarze Polski zachodniej. — S. Micewicz: Sztuczne ciekłe paliwo.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VII, zeszyt 3 z r. 1929. L. Paszkiewicz: Anatomja patologiczna układu siateczkowo - śródbłonkowego. — Fr. Venulet: Patologja układu siateczkowo- śródbłonkowego. — J. Modrakowski: Działanie czynników farmakologicznych na naczynia. — A. Januszkiewicz: Nadciśnienie tętnicze. — H. Sochański: Obraz kliniczny podciśnienia tętniczego (Hypotonia) z punktu widzenia medycyny wewnętrznej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Gruźlica

Annales de Médecine.

Tome XXI.

Leon Bernard, M. Lelong i M-elle Renard. *O umiejscowieniu zmian gruźliczych w przebiegu suchot płucnych.* Do tej pory topografja zmian gruźliczych w przebiegu suchot nie została przez autorów klasycznych ustalona, a to z powodu, że podczas rozbioru zwłok osobników zmarłych na suchoty znaczna rozległość zmian uniemożliwiała wszelką analizę; za życia zaś niepodobna badaniem fizykalnem szczegółowo określić ani umiejscowienia, ani postępu zmian. Dawniejsze pojęcia o początku suchot w szczytach i o szerzeniu się zmian od góry ku dołowi płuca są dziś obalone. Wiemy, że zakażenie gruźlicze zaczyna się w dzieciństwie; stwarza ono wówczas zmiany złożone, gruczołowo-miąższowe, położone najczęściej u podstawy lub w połowie; że później zmiany te stają się nieczynne i że ich istnienie przejawia się tylko w odczynach allergicznych. U dorosłych zjawiają się zmiany nowe w postaci skoków postępujących, z których każdy pozostawia w płucu zmiany, które zależnie od umiejscowienia, przebiegu i stopnia nasilenia, łączą się w końcu i wówczas dopiero stwarzają obraz kliniczny opisany przez klasyków. Ten długi okres — od gruźlicy dziecięcej do gruźlicy u dorosłego — zmiany powstające na skutek skoków chorobowych — jest dla nas okryty mgłą. Autor przy pomocy promieni Roentgena — ściślej: przez porównanie serji zdjęć dokonanych w przebiegu choroby. dąży do ustalenia topografji zmian, następujących kolejno w przebiegu suchot.

A) Pierwszy objaw który uderza w tych badaniach roentgenowskich, są cienie wnękowe. Są one widoczne u wszystkich bez wyjątku osób dorosłych, mieszkańców miast; zazwyczaj szersze po stronie prawej, lewy brzeg serca zasłania je częściowo. Dziś tylko lekarze niedoświadczeni mogą przypisywać tym cieniom znaczenie patologiczne. W rzeczywistości są one wyrazem wszystkich narządów wnęki: naczyń krwionośnych, oskrzeli o ścianach mniej lub więcej stwardniałych, zwapniałych w rozmaitym stopniu gruczołów chłonnych, tkanki łącznej, w której narządy te są zanurzone.

Nieraz na zewnątrz od tych cieni widać szereg plam rozmaitej wielkości i jasności, położonych na kształt wachlarza — są one przejawem istnienia gruzełków okołownękowych, mają znaczenie już wyraźnie patologiczne; u tych osobników żadnych zmian spostrzedz się nie da.

U innych znów chorych dostrzega się cienie linijne, które występując w okolicy wnękowej, dążą albo w kierunku szczytu, tworząc gęstą sieć usianą plamami, albo też ku dołowi; nieraz zaś rozchodzą się jednocześnie ku górze, ku części środkowej płuc i ku dołowi; zdarza się też, że cienie te są położone równolegle; nigdy zaś te cienie linijne nie zajmują wyłącznie szczytu; na pozostałej części pola płucnego zawsze są w mniejszym lub większym stopniu widoczne.

Zdaniem Besançona cienie te odpowiadają zmianom w tkankach łączących pęcherzyki płucne *„tramitis"*.

Pczatem dają się spostrzegać cienie plackowate o zaciemnieniu jednolitem, położone bądź nazewnątrz od wnęki, bądź bliżej ściany żebrowej, czasami zaś w okolicy obojczykowo-wnękowej, która w topografji radjologicznej zmian gruźliczych zajmuje poważne miejsce (zône d'alarme). Podług Rista i Ameuilla cienie te odpowiadają ogniskom pneumonicznym, stanowiącym często pierwsze umiejscowienie zmian swoistych u dorosłych.

W tych to cieniach plackowatych autor miał sposobność spostrzegać wyjaśnienia, będące wyrazem tworzenia się jam.

Wreszcie istnieje jeden typ zmian wnękowych, spotykany zupełnie wyjątkowo i stanowiący odtworzenie obrazu zmian u dzieci, a mianowicie niezwykły rozrost cieni wnękowych na kształt dużych placków o wyraźnych zarysach, o powierzchni jakby usianej kasztanami, albo też okolonych cieniem jaśniejszym; w pozycji skośnej zwykła przestrzeń jasna jest również przez te cienie zajęta, podczas gdy w poprzedzających przypadkach cieni plackowatych przestrzeń ta pozostaje jasna. Zmiany te mają skłonność do szerzenia się w kierunku śródpiersia, nie zaś na zewnątrz od wnęki, jak zmiany poprzednie.

B) Obrazy radjologiczne zmian początkowych w szczytach płucnych są też rozmaite, a mianowicie spotyka się:

1) cienie linijne rozmaitej grubości;

2) przedłużenie szczytowe sieci delikatnych cieni;

3) plamy, nieraz bardzo jasno widoczne tylko po kaszlu, nieraz zaś ciemne o wyraźnych zarysach;

4) obraz z ubytkiem pośrodku, będący wyrazem istnienia jamy; znacznie częściej znajdujący się pod obojczykiem, niż nad.

Zmiany te, zarówno jak zmiany wnękowe, mogą nie wywołać żadnego objawu osłuchowego; jednakowoż zmiany szczytowe naogół są mniej nieme niż zmiany wnękowe; jednakowoż jamy podobojczykowe odosobnione są milczące w tym samym stopniu, co jamy wnękowe.

Wreszcie istnieje ostatni typ zmian szczytowych: jest nim zapalenie płatowe *(lobitis superior),* z dołu odgraniczone wyraźnie linją międzypłatową.

W tym przypadku skiaskopja jest bardziej pouczająca niż zdjęcie, które często nie uwydatnia owego odgraniczenia płatowego. Zmiany w tym przypadku zajmują cały płat w jego granicach anatomicznych, najczęściej prawy górny, rzadziej lewy górny. Sergent opisał przypadki zapalenia płata środkowego.

W przeciwieństwie do opinji klasycznej początkowe zmiany w szczytach są znacznie rzadsze niż zmiany wnękowe.

Jeszcze jedno rzadko spotykane umiejscowienie: dokoła linji międzypłatowej; linja ta od góry i od dołu otoczona jest grubym cieniem; cienie te zazwyczaj rozwijają się w kierunku jednego płatu, który w końcu zajmują w całości.

Rzadziej spotyka się cień plackowaty z podstawą na ścianie zewnętrznej, wrzynający się na kształt klina w pole płucne. Ma to stanowić ognisko hepatyzacji gruźliczej.

Czasami widuje się w połowie płuca, lub w dole bardzo ciemną plamę, dużą, robiącą wrażenie obcego ciała; ma to być zwapniała zmiana pierwotna.

Spotykamy też na zdjęciu dużą ilość małych plam zwapniałych, które dla Sergenta są pewnym przejawem kiły.

Na skutek powyższych badań serjowych roentgenologicznych — autor dochodzi do następujących wniosków co do kolejności zmian w płucu u chorych na gruźlicę:

1) Okres I. powstający po zakażeniu pierwotnem, którego wyrazem są cienie wnękowe o rozwoju odśrodkowym.

2) Okres II. cechowany anatomicznie zapaleniem naczyń chłonnych okolooskrzelowych, radjologicznie — przez istnienie cieni linijnych wychodzących z wnęki i dających sieć cieni na kształt wachlarza.

3) Okres III. okres zakażeń dodatkowych, które w postaci plam albo cieni plackowatych sięgają rozmaitych części płuc, najczęściej okolic okołownękowych, obojczykowo - wnękowych, górnego płata.

K. B. G.

Piśmiennictwo niemieckie.
Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 34. 1929 r.

F. Kermauner: *W sprawie leczenia operacyjnego raka macicy.* Statystyka chorych rakowych obejmująca 976 przypadków z czego 624 przypadków operowanych metodą Wertheima. Przeciętna zdatność do operacji wynosi 63,9%. Śmiertelność przeciętna 11,2%. Trwałe wyleczenie (5 — 12 lat) 40,4% u leczonych operacyjnie i energją promieniotwórczą. U leczonych tylko operacyjnie wynosi procent wyleczenia 25,6%.

F. Deutsch: *Medycyna wewnętrzna jako wiedza pomocnicza dla psychjatrji.*

W. Knoepfelmacher: *Profilaktyka odry.* Przez szczepienie dorosłych krwią chorych na odrę wywołać można uodpornienie przeciwko odrze. Surowica osobników szczepionych zawierając anticiała odrowe może być tak jak surowica Degkwitza użyta jako ochrona przeciwodrowa.

O. Bstek: *Z kazuistyki ostrej martwicy trzustki.* Opis przypadku.

O. Ried: *Zagadnienie działania naświetlanych substancji zwłaszcza tłuszczy w zastosowaniu zewnętrznem.* (Doniesienie tymczasowe). O używaniu w dermatologji maści zrobionych na tłuszczach naświetlanych. Maść taką pod nazwą Metuvit wyrabia firma Chemosan.

G. A. Tholen: *O leczeniu pooperacyjnych i połogowych zakrzepów żylnych i zatorów.* W 56 przyp. zaczynających się tworzyć zakrzepów zapalnych żył stosował autor pijawki z doskonałym wynikiem. Uważa że dobre wyniki te są spowodowane dostawaniem się do krwiobiegu hirudyny wytwarzanej przez pijawki a wstrzymującej krzepnięcie krwi.

A. Decastello: *Cholecystitis typhosa a roznosiciele zarazków.* Kurs dokształcający.

E. Stransky: *Domowe leczenie psychoz.* Wskazówki dla praktyki.

Nr. 35. 1929 r.

H. Finsterer: *W sprawie rokowania w przyp. resekcji żołądka z powodu raka.* Ciąg dalszy w następnym zeszycie.

H. Krasso: *W sprawie ostrej lymphatycznej Leukemii.* Opis przypadku.

A. Greil: *Pathodynamika gruźlicy.*

H. Schur: *Zagadnienie zapalenia błony śluzowej żołądka.* Wykład kursu dokształcającego.

P. Saxl: *Leczenie następowe po operacjach przewodu pokarmowego. Wykład.*

H. Meschede: *W sprawie zgorzeli u osobników młodocianych i okołotętniczej sympathektomji według Lericha.* W przypadkach zgorzeli występującej u osobników młodych ma się do czynienia prawodopodobnie ze samoistnem schorzeniem, w którem głównym czynnikiem etjologicznym jest skaza neuropatyczna charakteryzująca się nadmierną pobudliwością naczyń. Pobudliwość ta powoduje początkowo czynnościowe zaburzenia w krążeniu. Następowe endarteritis i zamknięcie światła naczynia jest bezpośrednią przyczyną zgorzeli. Operacja Lericha daje wyniki negatywne.

H. Baar: *Profilaktyka odry zapomocą reaktywowanej surowicy dorosłych.* Krew chorych na odrę rozcieńczoną wstrzykiwano zdrowym osobom dorosłym. Po 2 — 3 tygodniach pobierano u nich krew i surowicę wstrzykiwano w celach profilaktycznych dzieciom. Surowicę wstrzyknięto 73 dzieciom. Z dzieci, którym wstrzyknięto surowicę osobników po 2 — 3 wakcynacjach rozchorowało się na odrę tylko jedno.

J. Juszt: *O dożylnem stosowaniu Cibalginy.*

H. Spitry: *Profilaktyczne zadania ortopedysty u dzieci. Wskazówki dla praktyki.*

B. Busson: *Wskazówki dla dawkowania surowic, wakcyn i ciał białkowych.* Dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 20 marca 1929 roku.

1) Kol. Bergson przedstawia chorą M. lat 22 po laparatomji dokonanej przed 17 dniami z powodu *przedziurawienia macicy ciężarnej* przez akuszerkę podczas wywoływania sztucznego poronienia. Operacja dokonana w 11 godzin po zabiegu u akuszerki wykazała przedziurawienie macicy tuż powyżej ujścia zewnętrznego i duży krwiak prawego przymacicza, poza tem otwór w dnie macicy, w którym była uwięźnięta pętla jelita cienkiego oderwanego od kiszki na przestrzeni pół metra. Resekcja uskodzonego jelita, boczne zespolenie pozostałych odcinków, usunięcie macicy wraz z prawemi przydatkami. Seton gazy do przymacicza, wprowadzony przez pochwę. Przebieg bez powikłań, rana zagojona *per primam.*

Prelegent zwraca uwagę na fakt, że pomimo upływu 11 godzin od uszkodzenia jelita poza przejściową zapaścią nie wystąpiły żadne objawy brzuszne i gdyby nie obecność krwiaka w przymaciczu (wyczuwalnego oburęcznem badaniem) łatwo możnaby było ulec pokusie leczenia wyczekującego.

2) Z okazji jubileuszu 35-letniej pracy naukowej Dr. Edwarda Flataua postanowiono w uznaniu zasług jego dla polskiej nauki lekarskiej nadać Mu dyplom Członka Honorowego Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego.

3) Kol. Mogilnicki wygłosił referat: *„Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez pałeczki Pfeiffera“.*

Ropne zapalenie opon zdarza się u niemowląt znacznie częściej, niż u dzieci starszych i u ludzi dorosłych niezależnie od etjologji cierpienia. Dotyczy to nawet najmłodszych niemowląt. Ostatnio spostrzegano w Szpitalu Anny - Marji 3 przypadki ropnych meningitów w pierwszym tygodniu życia. Materjał na którym autor opiera się — pochodzi z trzech lat od 1 lipca 1925 r. do 1 lipca 1928 r. W tym czasie było ogółem przyjętych do szpitala 6974 dzieci, z tych 264 z zapaleniami opon mózgowych. Najwięcej było zapaleń gruźliczych (178 przypadków) następnie meningokokkowych (55 przypadków). W tym czasie zanotowano 6 przypadków ropnych zapaleń opon wywołanych przez laseczniki Pfeiffera. Wszystkie one zdarzały się w tym czasie, kiedy w Łodzi nie panowała epidemja grypy, co świadczy o braku łączności pomiędzy chorobą wywołaną przez laseczniki Pfeiffera, a obecnie panującą grypą. Wszystkie przypadki należały do niemowląt od 5 do 10 miesięcy, wszystkie były wyznania mojżeszowego, pomimo iż w tym czasie było przyjętych do szpitala 72% chrześcijan i 28% żydów; wszystkie dzieci zmarły. Przeważnie stwierdzono jednocześnie występowanie schorzeń innych narządów, co wskazuje, że zapalenie opon mózgowych jest tylko jednym z objawów ogólnego zakarzenia ustroju laseczników influenzy. Prócz 6 powyżej opisanych przypadków, influenzowe zapalenie opon stwierdzono u dziecka 5-cio miesięcznego w 1929 roku i u dziecka 10-cio miesięcznego z praktyki kasowej zakomunikowanej przez Dr. Kapłańskiego.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Frenkiel, Mikłaszewski i Załęski.

Kol. Frenkiel zwraca uwagę, że być może powodem dużej śmiertelności były powikłania, jakie często daje lasecznik influenzy.

Kol. Mikłaszewski twierdzi, że przeważający odsetek niemowląt żydowskich tłómaczy się tem, że chcześcijanin niechętnie oddaje dzieci do szpitala.

Kol. Załęski proponuje zwrócić się do Państwowego Zakładu Higjeny, aby przygotowano odpowiednią surowicę.

4) Następnie kol. Sterling wygłosił odczyt: *„Grypa przewlekła“.*

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Mogilnicki, Frenkiel, Mikłaszewski, Załęski i Gliksman.

Protokół posiedzenia z dnia 27 marca 1929 roku.

1) Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla chorego *z kilą mózgu* z afazją zmysłową korową, cechującą się: mową spontaniczną, względnie zachowaną, ale przeplataną parafrazjami wyrazowemi, upośledzeniem czytania głośnego oraz zrozumienia mowy i pisma, jak również powtarzania słów. Pisanie pod dyktando zniesione, przepisywanie zachowane.

2) Kol. Frenkiel przedstawia przypadek parkinzonizmu (od 7 lat) w którym podkreśla zespół torsyjny (*torticollis* i ruchy skręcające kończyny górnej lewej), przypominający postępujący kurcz torsyjny.

Dr. A. Tenebaum.

XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie.

Trzynasty a drugi w Odrodzonej Polsce Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się we Wilnie w dniach od 26 do 30 września. Zjazd ten wyróżniał się nie tylko tem, że odbył się w mieście tak nam wszystkim drogiem i związanem z naszą historją przed i porozbiorową i z tak piękną tradycją lekarską, ale także dlatego, że uświetnił go Swą obecnością pan Prezydent Rzeczypospolitej, prof. Ignacy Mościcki, który też przyjął protektorat nad Zjazdem.

Już dawniej odzywały się głosy powątpiewania, czy Zjazd się uda wobec Wystawy poznańskiej i wobec późnego terminu powakacyjnego, który niewątpliwie nie wszystkim był na rękę, wreszcie wobec znacznego oddalenia miejsca zjazdowego. Rzeczywistość jednak okazała, że powątpiewania nie były słuszne.

W przeddzień otwarcia Zjazdu zebrała się liczna rzesza przybyłych uczestników, kolegów miejscowych oraz cały Komitet organizacyjny Zjazdu w lokalu Kasyna wojskowego celem zapoznania się wzajemnego. Zebranie to zaszczycił obecnością Pan Prezydent Mościcki.

Następnego dnia, t. j. we czwartek, rozpoczął się Zjazd nabożeństwem w Kościele św. Jana. U progu świątyni powitali Pana Prezydenta ministrowie Składkowski i Staniewicz, marszałek Senatu prof. Szymański, gen Ruppert, dyrektor dep. san. Ministerstwa spraw wewn. dr. Piestrzyński oraz członkowie Komitetu organizacyjnego Zjazdu z jego prezesem prof. Januszkiewiczem na czele. Po nabożeństwie Pan Prezydent przeszedł do bocznej kaplicy Bożego Ciała, gdzie spoczywały zwłoki Joachima Lelewela, i złożył u trumny wieniec, poczem chwilę modlił się.

Po nabożeństwie odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu w sali teatru miejskiego na Pohulance w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Pierwsze rzędy foteli zajęli ministrowie Składkowski i Staniewicz, rektor Uniwersytetu S. B. Ks. Falkowski, prezydent miasta Folejewski, dyrektor Piestrzyński, gen. Ruppert, w lożach zaś lekarze jugosłowiańscy i estońscy. Przy stole prezydjalnym zasiedli członkowie stałej Delegacji Zjazdów i Prezydjum Komitetu organizacyjnego. Pod szczelnie zapełnioną salą uczestnikami Zjazdu zabrał pierwszy głos prof. Januszkiewicz, witając przedewszystkiem Pana Prezydenta Mościckiego i zarazem dziękując za zaszczycenie Zjazdu Swą obecnością. Do wyrazów hołdu dołączyła się publiczność, witając Pana Prezydenta żywemi oklaskami, następnie, po powitaniu przedstawicieli Rządu, duchowieństwa, władz wojskowych i samorządowych, instytucyj, towarzystw i t. d., mowca skreślił zwięźle historję zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, widząc w obecności najwyższego dostojnika Rzeczypospolitej usankcjonowanie idei Baranieckiego. Następnie Prof. Januszkiewicz zaproponował na rzeczywistego przewodniczącego Zjazdu prof. A. Gluzińskiego, na zastępcę prof. H. Hoyera z Krakowa, na sekretarzy prof. W. Koskowskiego ze Lwowa i prof. Różyckiego z Poznania, co też przez aklamację uchwalono. Następnie wybrano prezesami honorowymi prof. A. Becka (Lwów), B. Dybowskiego (Lwów), P. Gantkowskiego (Poznań), J. Grochmalickiego (Poznań), E. Godlewskiego sen. (Puławy), B. Hryniewieckiego (Warszawa), min. dr. Ivkovica (Jugosławia), A. Kwaśnickiego (Kraków), W. Natansona (Kraków), A. Puławskiego (Warszawa), B. Sawickiego (Warszawa), M. Siedleckiego Kraków), M. Curie-Skłodowską (Paryż), M. Świętosławskiego (Warszawa), min. Składkowskiego (Warszawa), H. Schramma (Lwów) i S. Sterlinga (Łódź). Prezes prof. A. Gluziński zagaił posiedzenie, kończąc przemówienie okrzykiem na cześć Rzeczypospolitej i Prezydenta Mościckiego. Nastąpiły przemówienia powitalne, które rozpoczął minister dr. Składkowski imieniem Rządu, poczem przemawiał szereg przedstawicieli miasta, Akademji Umiejętności i Uniwersytetów, Tow. warsz. naukowego, wszystkich polskich towarzystw przyrodniczych i lekarskich. Z szczególnym entuzjazmem witano przemówienie przedstawiciela Jugosławji dr. Ivkovica i jego słowa „poznajmy się, szanujmy się i kochajmy się“. Imieniem towarzystw naukowych dorpackich witał Zjazd prof. Kuzeb. Wreszcie dłuższe przemówienie wygłosił prof. Ciechanowski, jako przewodniczący stałej Delegacji zjazdów, przedstawiając cele i zadania oraz potrzebę współpracy wszystkich zrzeszeń i zjazdów naukowych w zakresie przyrodniczo-lekarskim. Po odczytaniu przez prof. Michejdę, gen. sekretarza Komitetu organizacyjnego, listów i telegramów oraz nazwisk delegatów, nastąpił wykład rektora Marchlewskiego „Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym“. W pięknym i syntetycznie ujętym wyżładzie dochodzi mowca ostatecznie do wniosku, w którym przedstawił obraz ewolucji życia roślinnego z ciał nieorganicznych i odszczepiania się grupy organizmów, które też po szeregu procesów ewolucyjnych stały się organizmami wyższemi, zwierzęcemi. Na szczycie tej drabiny znalazł się organizm ludzki, jako jej szczebel najdoskonalszy, który doszedł już do tego, że rozumem swym potrafi objąć ten cały proces olbrzymi.

Po ukończonej uroczystości otwarcia Zjazdu udał się Pan Prezydent wraz z otoczeniem do Ogrodu bernardyńskiego celem zwiedzenia Wystawy przyrodniczo-lekarskiej oraz Wystawy etnograficznej, zwanej „Pięknem ziemi polskiej i jego ochroną, oraz pięknem ziemi Trockiej“, którą to wystawę urządziła Rada Ochrony Przyrody. Na przybycie gościa dostojnego oczekiwali m. i. członkowie prezydjum Zjazdu. W tym też czasie złożono wieniec na grobie Nieznanego Żołnierza. Wieczorem odbył się raut, urządzony dla uczestników przez prezydenta Miasta. Na raucie był obecnym Pan Prezydent Mościcki. Po południu pierwszego dnia rozpoczęły się prace w 27 sekcjach. Sekcję 11 tworzyła medycyna wewnętrzna, która też obradowała jako VIII Zjazd Tow. internistów polskich w osobnych własnych sekcjach z przewodniczącym prof. Renckim i sekretarzem doc. Stefanowskim. Z innych sekcyj, ze szczególnie znaczną liczbą członków i wygłaszanych referatów należy wymienić sekcję pedjatryczną, położnictwa i ginekologji oraz sekcję radjologji. Sekcja chirurgiczna obradowała jako XXV Zjazd Tow. chirurgów polskich. Posiedzenia odbywały się od godz. 11 do 14 i popołudniu od 16 do 19. Codziennie rano odbywały się posiedzenia plenarne od godz. w pół do dziesiątej względnie dziesiątej do 10 wzgl. 11, na których odbywał się jeden wykład bezdyskusyjny. I tak w piątek wykład prof. E. Godlewskiego z Krakowa: „Starość i śmierć, jako zjawiska biologiczne“. Na wstępie mówca przedstawił w sposób zajmujący fakta, świadczące o tem, że instynkt życia istnieje wszędzie, gdzie istnieje życie, a widzi się to nawet u pierwotniaków. W omawianiu starzenia się mowca określił je jako proces dezorganizacji między poszczególnemi częściami organizmu, a wynikiem jej jest śmierć fizjologiczna. Życie jest skutkiem trzech przyczyn, procesów chemicznych, fizycznych i zapasu energji. Niezniszczalność życia zależy od zdolności rozrodczych. W dalszym ciągu mowca zastanawiał się nad przedłużaniem życia. Śmierć jest dodatnim czynnikiem w procesie ewolucji, gdyż usuwa organizmy niższe i zamienia je osobnikami nowemi, powoli coraz doskonalszemi. Przez śmierć życie wciąż się doskonali, a cena życia nie jest zbyt wygórowana za ten rozwój i postęp, którego owocem jest ludzkość.

Wieczorem drugiego dnia byli uczestnicy na przedstawieniach w dwóch teatrach w „Wielkim“ i w teatrze „Lutnia“.

Trzeci dzień rozpoczął się posiedzeniem plenarnem, na którem dokonano wyboru Delegacji stałej na następne czterolecie. W skład Delegacji weszli z Krakowa prof. Rosner, Szafer i Maziarski, z Warszawy prof. Loth i dr. W. Chodźko, prof. S. Pieńkowski, ze Lwowa prof. W. Nowicki i S. Krzemieniecki, z Wilna prof. K. Michejda i J. Trzebiński. Następnie prof. E. Piasecki z Poznania wygłosił wykład: „Biologiczne podstawy wychowania fizycznego“. Po rozpatrzeniu warunków, w jakich obecnie znajduje się człowiek współczesny, mowca zastanawia się nad wpływem ujemnym zabójczych warunków życia wielkomiejskiego. Miasto przyszłości będzie miastem pracy, mieszkania zaś będą budowane za miastem w warunkach higienicznych. Narazie zastąpią je ogrody. Kolonje i półkolonje. Mowca omówił krytycznie zapatrywania na wartość gimnastyki i poglądy na przegimnastykowanie; należy dążyć do uzdrowienia sportu przez zwalczanie rekordów i uważania sportu jako imprezy o charakterze widowiskowym. Trybuny winny zniknąć z boisk. Sport przyszłości ma być sportem dla sportu i zadowolenia. Sposoby wychowania fizycznego powinny być zróżniczkowane, a na to potrzebne są odpowiednie siły wychowawcze.

Po prof. Piaseckim wygłosił odczyt prof. W. Świętosławski z Warszawy na temat: „Zadania i obowiązki pracowników naukowych względem Państwa i społeczeństwa“. Współzawodnictwo państw odbywa się na wszelkich polach, przedewszystkiem zaś na polu postępu nauki i techniki. Stądto pracownicy naukowi winni przez skoordynowanie swych wysiłków uczynić swą pracę jak najowocniejszą a stanie się to m. i. przez poznawanie literatury, śledzenie za postępem wiedzy, przygotowywanie rezerw z młodych sił złożonych, badanie bogactw naturalnych kraju, wyszukiwanie nowych dziedzin nauki i wynalazki. Stosunek naukowców do fachowców danej gałęzi wiedzy, winien, zdaniem mowcy, nieprzekraczać 6 — 7%. Państwo winno regulować i popierać sprawę nauki. Przyszłość narodu zależy od energji, z jaką stanie do wyścigu pracy.

Niektóre sekcje zakończyły swe obrady nader wcześnie z powodu nieprzybycia prelegentów i tak sekcja weterynaryjna zakończyła swe obrady już w dniu pierwszym a matematyczna i astronomiczna w drugim. Trzeciego dnia odbyło się też posiedzenie Delegacji stałej Zjazdów i prezydjum Komitetu gospodarczego dla przeglądnięcia koło 80 wniosków poszczególnych sekcyj i ewentualnego przedłożenia ich do uchwały plenum.

W niedzielę ostatnie posiedzenie plenarne oraz zamknięcie Zjazdu poprzedzone było nabożeństwem w Ostrej Bramie, na które przybyli liczni uczestnicy, zapełniając wraz z publicznością ulicę Ostrobramską w niezwykle poważnym nastroju.

Ostatnie posiedzenie plenarne odbyło się w wielkiej sali miejskiej. Rozpoczął je prof. Wrzosek z Poznania odczytem, poświęconym uczczeniu pięćdziesięciolecia śmierci Józefa Mianowskiego. Mowca skreślił w sposób nader zajmujący młodość wielkiego obywatela i patrjoty, następnie jego przeżycia w czasie profesury na Uniwersytecie wileńskim, szczególnie z czasu prześladowań i grabienia wszystkiego, co polskie, przez zbirów carskich, kiedyto władze policyjne Wilna dla podtrzymania w Petersburgu opinji o ustawicznych buntach i zamierzonych powstaniach polskich, najniewinniej masowo osadzały w więzieniach młodzierz polską i jednostki wybitniejsze, między niemi także Mianowskiego, który wówczas cieszył się tak wielkiem uznaniem i popularnością. Dopiero po dwóch latach więzienia wypuszczono Mianowskiego, kiedy postępowanie niecne władz rosyjskich we Wilnie zostało zdemaskowane. Mowca podkreślił też zasługi Mianowskiego na polu organizacji warszawskiej Szkoły głównej.

Po odczycie oznaczono Poznań jako miejsce Zjazdu przyszłego oraz uchwalono wniosek w sprawie ochrony przyrody, liczne wnioski sekcyjne polecono Delegacji stałej rozpatrzyć i załatwić. Nastąpił wykład prof. Nowickiego ze Lwowa na temat: „Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem". W treściwym wykładzie mowca przedstawił historję badań nad nowotworami złośliwemi, w szczególności nad rakiem, badań, które są odbiciem rozwoju poszczególnych gałęzi nauk przyrodniczo - lekarskich; równorzędnie z niemi postępowała ewolucja zapatrywań na pochodzenie i istotę komórki nowotworowej. Mowca zwrócił szczególniejszą uwagę na jej właściwości fizykalno-chemiczne, któremi jeszcze najlepiej można wyjaśnić jej anarchizm postaciowy i życiowy. Niezmiernie ciekawe badania nad etjologją nowotworów złośliwych ostatecznie wysuwają na plan pierwszy czynnik irytatywny przyrody różnej, przy istnieniu odpowiednich warunków konstytucyjnych. Drugą część wykładu poświęcił mowca sprawie nowotworów, jako zagadnieniu społecznemu, które w społeczeństwie polskiem nie zostało dotąd należycie zrozumiane.

Przemówienie prezesa prof. Gluzińskiego zamknęło XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Poza częścią naukową Komitet organizacyjny zajął się zapoznaniem uczestników z osobliwościami miasta, którego zabytki, szczególnie architektoniczne, budziły szczery podziw. Istotnie niewiele miast posiada tak piękne i bogate wzory, które, niby w książce, przedstawiają historję architektury. Z pietyzmem też zwiedzano budynki i miejsca, owiane urokiem szanownych i zasłużonych, w historji narodu polskiego postaci nieśmiertelnych. Czynią one z Wilna prawdziwą Mekkę narodową.

Komitet organizacyjny z pomocą wileńskiego Touring - Klubu urządził też po zakończeniu Zjazdu wycieczke do puszczy białowieskiej, poszczególne sekcje zaś urządzały wycieczki w bliższe okolice Wilna.

Organizacja Zjazdu była bardzo dobra, mimo wielkich trudności miejscowych, szczególnie mieszkaniowych. Wszak około 1000 uczestników zgłosiło swój udział dopiero w chwili ostatniej, co z prawdziwem ubolewaniem podnieść należy. Dzięki niezwykłym wysiłkom i niezmordowanej pracy Komitetu, szczególnie prof. Januszkiewicza i gen. sekretarza prof. Michejdy, udało się wszystko sprawnie przeprowadzić i ku zadowoleniu i uznaniu wszystkich, gdyż pewne nieporozumienia, tu i ówdzie powstałe bez winy Komitetu, nie mogą wchodzić w rachubę.

Należy też podnieść bezinteresowną pomoc młodzieży, która dzielnie pracowała przy boku starszych członków Komitetu. A praca była ciężka, gdyż Zjazd zgromadził przeszło 1700 uczestników ze wszystkich stron Polski.

Wielka uprzejmość i serdeczna gościnność, z jaką spotykali się uczestnicy na każdym kroku ze strony Kolegów miejscowych, szczególnie zaś niestrudzonego prezesa prof. Januszkiewicza i prof. Michejdy, a także ze strony gospodarzów sekcyj, uzupełniła świetne udanie się Zjazdu. Słowa uznania i szczera wdzięczność niech będą bodaj cząstka nagrody za poniesione trudy i serca otwarte.

W. Nowicki.

SPRAWY ZAWODOWE.

Naczelna Izba Lekarska.

Wykaz członków i zastępców członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, delegatów Izb i zastępców delegatów, wybranych na posiedzeniu w dniu 21. IV. r. b., a także prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, wybranego na posiedzeniu organizacyjnem Sądu N. I. L. w dniu 23. VI. r. b.

Członkowie: Dr. Czyżewicz Adam, Dr. Bronowski Szczęsny, Dr. Garlicka Zofja, Dr. Grzywo-Dąbrowski Wiktor, Dr. Huszcza Adam, Dr. Malinowski Feliks, Dr. Jarociński Edward, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Sawicki Bronisław, Dr. Stefanowski Antoni, Dr. Bełkowski Jan, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Bregman Ludwik, Dr. Srebrny Zygmunt, Dr. Turski Antoni.

Zastępcy członków: Dr. Białokur Franciszek, Dr. Czubalski Franciszek, Dr. Eberhardt Maksymiljan, Dr. Erlichówna Marta, Dr. Jurjewiczówna Antonina, Dr. Kacprzak Marcin, Dr. Krenicki Józef, Dr. Nitsch Roman, Dr. Perzyński Jan, Dr. Przesmycki Feliks, Dr. Rudzki Stefan, Dr. Surawski Jan, Dr. Wichert Franciszek, Dr. Wisłocki Kazimierz, Dr. Zembrzuski Ludwik.

Delegaci Izb: Dr. Jankowski Stanisław, Dr. Wrześniowski Władysław (Izba Krakowska). Dr. Modrzewski Jan, Dr. Wiszniewski Eugenjusz (Izba Lubelska). Dr. Grek Jan, Dr. Reis Wiktor (Izba Lwowska). Dr. Szenajch Władysław, Dr. Trenkner, Henryk (Izba Łódzka). Dr. Karwowski Adam, Dr. Maj Kazimierz (Izba Poznańsko-Pomorska). Dr. Chmielewski Jan, Dr. Kołodziejski Jan (Izba Warszawsko-Białostocka). Dr. Szmurło Jan, Dr. Domański Zygmunt (Izba Wileńsko-Nowogrodzka).

Zastępcy delegatów Izb: Dr. Suchodolski Kazimierz, Dr. Zakrzewski Wacław (Izba Krakowska). Dr. Gliwiński Stanisław, Dr. Brykner Władysław (Izba Lubelska). Dr. Kuhn Adolf, Dr. Salpeter Michał (Izba Lwowska). Dr. Klozenberg Fabjan, Dr. Watten Ignacy (Izba Łódzka). Dr. Matuszewski Romuald, Dr. Wiecki Czesław (Izba Poznańsko-Pomorska). Dr. Gantz Mieczysław, Dr. Łążyński Marjan (Izba Warszawsko-Białostocka). Dr. Klott Leon, Dr. Blausztejn Wilhelm (Izba Wileńsko-Nowogrodzka).

Prezydjum Sądu N. I. L. stanowią: Dr. Hubicki Stefan — przewodniczący, Dr. Grzywo-Dąbrowski Wiktor — zastępca przewodniczącego, Dr. Czarnocki Wilhelm — zastępca przewodniczącego, Dr. Huszcza Adam — pisarz, Dr. Kołodziejski Jan — zastępca pisarza.

Sekretarz: *Dr. Stefan Mozołowski* Wice-przewodniczący: *Dr. Witold Łuniewski*

Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1928.

W roku sprawozdawczym odbyło się jedno zwyczajne posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, jedna konferencja Naczelników Izb Lekarskich i Przewodniczących Sądów Izb, jedno posiedzenie Zarządu w całkowitym składzie i 31 posiedzenie Zarządu w małym składzie.

W początku roku w składzie Naczelnej Izby Lekarskiej zaszły następujące zmiany: Dr. Władysław Brykner zrzekł się mandatu członka Naczelnej Izby Lekarskiej, na jego miejsce wszedł Dr. Adam Brzeziński z Lublina. Na członka Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej został powołany Dr. Franciszek Miłaszewski z Łucka na miejsce Dra Drożdża z Lublina, który zgłosił swoje ustąpienie. Wice-prezesami Naczelnej Izby Lekarskiej zamiast śp. Dr. Papeé'go i Jerzykowskiego zostali wybrani Drzy Krzyczkowski i Wajgiel.

Zainicjowana przed kilku laty przez lekarzy Polaków na Śląsku sprawa utworzenia Izby Śląskiej posunęła się o tyle naprzód, że zainteresowane zostały bliżej tą sprawą władze rządowe.

Zgodnie z art. 4-tym Ustawy Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zatwierdził:

1. Uchwałę Rady Izby Lwowskiej o nadaniu funduszowi emerytalnemu nazwy „funduszu emerytalnego im. Dra Papeé'go celem uczczenia pamięci śp. Dra Papeé'go.
2. Regulamin Izby Lwowskiej wraz z instrukcją wyborczą.
3. Zmiany w statucie Kasy Pomocy Koleżeńskiej przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej, uchwalone na posiedzeniu Rady Izby Lubelskiej w dniu 12. II. 1928.
4. Zmiany statutu „Kasy Wzajemnego Ubezpieczenia Lekarzy" przy Izbie Krakowskiej, uchwalone na zebraniu Rady Izby w dniu 17 marca 1928 r.
5. Statut Kasy Pogrzebowej Izby Warszawsko-Białostockiej, przyjęty na posiedzeniu Rady Izby w dniu 20 maja 1928 r.
6. Wniosek Rady Izby Lwowskiej, zmieniający brzmienie art. 10-go Regulaminu Kasy Ubezpieczeń członków Izby Lekarskiej Lwowskiej.
7. Wniosek Rady Izby Lwowskiej o zmianie zakresu działania Kasy emerytalnej im. śp. Jana Papeé'go.

Zgodnie z brzmieniem Ustawy Naczelna Izba Lekarska rozpatrywała projekty ustaw, przesyłane jej przez Departament V-ty

Służby Zdrowia. Niestety, nie wszystkie projekty ustaw z tej dziedziny były jej przesyłane do opinji przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych. Naczelna Izba Lekarska zwróciła się do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z przedstawieniem, aby członkowie Izb byli powoływani do współdziałania w Wojewódzkich Urzędach Zdrowia, do Marszałka Sejmu zaś z prośbą o powoływanie delegatów Naczelnej Izby Lekarskiej do podkomisji Sejmu, w których mają być rozpatrywane projekty ustaw, dotyczących zdrowia publicznego.

W zakresie prac w dziedzinie prawodawstwa sanitarnego Naczelna Izba Lekarska zajmowała się następującemi projektami ustaw:

1. Projektem ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. W sprawie tego projektu Naczelna Izba Lekarska, po zasięgnięciu opinji Towarzystw Wenerologicznych Duńskiego i Szwedzkiego o skutkach prawa o przymusowem leczeniu chorych wenerycznych, stanęła na stanowisku, że tego rodzaju przymus mógłby być wprowadzony jedynie z warunkiem zapewnienia bezpłatnego leczenia każdemu choremu.

2. Do projektu ustawy o zwalczaniu jaglicy opracowano krytyczne uwagi, w szczególności wystąpiono przeciw tworzeniu przychodni specjalnie przeciwjagliczych, a za tworzeniem przychodni ocznych.

3. Opracowano uwagi do projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych.

4. Wydano opinję o projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej „O ratownictwie lekarskiem w wypadkach nieszczęśliwych".

5. Przesłano do Departamentu V-go wnioski w przedmiocie zmian w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zaopatrywaniu ludności w wodę i usuwaniu nieczystości.

6. Opracowano i przedstawiono Ministrowi Spraw Wewnętrznych na audjencji uwagi w sprawie projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

7. Opracowano i przesłano do Departamentu V-go uwagi w sprawie projektu rozporządzenia o detajlicznej sprzedaży substancji i przetworów odurzających.

6. Z powodu złożonego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych przez hurtowych sprzedawców artykułów leczniczych wykazu zagranicznych niedozwolonych do obrotu specyfików farmaceutycznych z prośbą o zezwolenie na ich obrót, Naczelna Izba Lekarska wydała opinję które z wyszczególnionych w tym spisie specyfików powinny być uznane za niezbędne dla lecznictwa.

9. Poczyniono uwagi w sprawie projektu rozporządzenia P. Prezydenta w sprawie injekcji i wydawania z aptek środków leczniczych.

10. Wydano na zapytanie Departamentu opinję w sprawie stosowania w lecznictwie środków odurzających in substantia.

Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej brali udział w pracy Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

W zakresie prawodawstwa, mającego łączność z bytem stanu lekarskiego:

1. Opracowano projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ogłoszeniach treści lekarskiej.

2. Poczyniono prace przygotowawcze do wydania kodeksu deontologji lekarskiej, obowiązującej na całym obszarze Państwa. W tym celu wybrano Komisję Deontologiczną, w której skład wchodzi Prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Komisja kierowała się w pracy materjałami, przedstawionemi na konferencji Naczelników Izb i Przewodniczących Sądów i projektami kodeksu poszczególnych Izb. Jako materjał w tej sprawie mają również posłużyć ogłoszone drukiem wyjątki sentencji wyroków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej i ich uzasadnienie. Na wydrukowanie wyasygnowano 1000 złotych. Naczelna Izba niejednokrotnie występowała przed władzami w sprawach, dotyczących bytu stanu lekarskiego. Jak w roku 1927, tak też w roku 1928 Naczelna Izba Lekarska zwróciła się z przedstawieniem do Departamentu V-go w sprawie organizowania przez sejmiki bezpłatnych przychodni dla całej ludności powiatu. W odezwie podkreślono, że sejmiki w ten sposób podkopują byt materjalny lekarzy tam osiadłych, pauperyzując jednocześnie zakontraktowanych przez siebie lekarzy przez bardzo niskie uposażenie za czynności, przekraczające ich możność fizyczną. Taki stan rzeczy sprowadzi niewątpliwie upadek wiedzy lekarskiej, szerzenie się znachorstwa i wytwarza niebezpieczeństwo, że, w razie wybuchu epidemji trudno by ją było opanować. Pismo to Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przesłało do Wojewody w Kielcach z nadmienieniem, że należałoby dążyć, aby w statutach przychodni słuszne postulaty Naczelnej Izby Lekarskiej były dostatecznie uwzględnione.

Sprawę pokrzywdzenia lekarzy przez bardzo niskie wynagrodzenia za ekspertyzy sądowo-lekarskie przypomniano Ministrowi Sprawiedliwości, powołując się na memorjał Naczelnej Izby Lekarskiej z ubiegłego roku i na przychylną odpowiedź Ministerstwa. Na skutek tej odezwy Minister zwołał naradę z udziałem przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej. W rezultacie uwagi Naczelnej Izby Lekarskiej w tej sprawie uwzględniono i opłaty zostały znacznie podwyższone.

Naczelna Izba Lekarska przesłała do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych otrzymane od Izby Poznańsko-Pomorskiej odezwy, w których Izba zawiadamia, że w powiecie Kępińskim w pasie pogranicznym po stronie polskiej zajmują się praktyką prywatną lekarze — obywatele niemieccy i zapytuje, czy istnieje między rządami polskim i niemieckim umowa, zezwalająca lekarzom niemieckim na wjazd i wykonywanie praktyki lekarskiej na terytorjum Rzeczypospolitej. Odpowiedzi dotychczas nie otrzymano.

Z powodu powstawania coraz w większych ilościach zakładów leczniczych zwłaszcza lecznic dla przychodzących chorych, z których niejedna w walce konkurencyjnej podkopuje powagę stanu lekarskiego, zwrócono się do Ministra Spraw Wewnętrznych z postulatem, aby przedstawiciele Izb byli powoływani do wyrażenia opinji w sprawach zatwierdzania statutów nowych organizacyj lekarskich, nowych instytucyj lekarskich, jak lecznice, sanatorja, domy zdrowia i t. p. Na konferencji, zwołanej z tego powodu przez Dyrektora Departamentu V-go, przedstawiciele Rządu przychylili się do żądania Naczelnej Izby Lekarskiej, prosząc o bliższe zredagowanie okólnika, który mógłby być rozesłany do Województw. Naczelna Izba Lekarska to uczyniła.

W celu wykrycia oszustów, zajmujących się praktyką lekarską na podstawie fałszowanych dyplomów zwrócono się do wszystkich Izb, aby zawiadamiały Naczelną Izbę Lekarską o wszystkich wypadkach, kiedy zachodzi podejrzenie, że ktoś wykonywa praktykę lekarską, nie mając po temu uprawnień, a to w celu wystąpienia w każdym takim wypadku do władz z przedstawieniem sprawdzenia dyplomu.

W sprawie ubezpieczeń wzajemnych lekarzy, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej po dłuższym namyśle przyszedł do wniosku, że najodpowiedniejsze dla lekarzy byłyby rządowe ubezpieczenia, ponieważ art. 10 Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zezwala na prowadzenie działu dobrowolnych grupowych ubezpieczeń. Ostatni ustęp tego artykułu brzmi: „zasady i warunki, na jakich oparte będzie ubezpieczenie dobrowolne, oraz taryfy ubezpieczeniowe określi statut zakładu". Statut ten ma się ukazać wkrótce w „Monitorze"; gdy to nastąpi, można będzie na podstawie tego statutu prowadzić rokowania z Zakładem Ubezpieczeń.

Naczelna Izba Lekarska w tym roku w dalszym ciągu zajmowała się sprawą lekarzy emerytów, zatrudnionych w Kasie chorych, którym Izby Skarbowe potrącają z uposażenia emerytalnego pensję, otrzymywaną w Kasie chorych.

Ponieważ niektóre Izby nie znajdują pomocy władz administracyjnych przy egzekwowaniu należnych im poborów od swych członków, przeto zwrócono się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o interwencję w tej sprawie z wynikiem pomyślnym.

Na przytoczone w zeszłorocznem sprawozdaniu pismo Min. Spraw Wewn. w sprawie nadzoru nad Izbami przesłano odpowiedź zgodnie z opinją plenum Naczelnej Izby Lekarskiej. Odpowiedź ta została wydrukowana w Nowinach Społeczno-Lekarskich.

Od Min. Spraw Wewnętrznych otrzymano pismo z zawiadomieniem o uchyleniu 5-ciu wyroków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Ponieważ § 38 Ustawy o Izbach głosi, że wyroki Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej są ostateczne, Naczelna Izba Lekarska postanowiła rozporządzenia te zaskarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Z dziedziny zagadnień sądowo-prawnych Naczelna Izba Lekarska rozstrzygała następujące sprawy:

1. Na zapytanie Izby Wileńsko-Nowogródzkiej, czy członek Izby, powołany do służby wojskowej czynnej na przeciąg 15 miesięcy, winien przez ten okres czasu wnosić opłaty izbowe, odpowiedziano, że może być od nich zwolniony, o ile podczas służby wojskowej nie zajmuje się praktyką lekarską.

2. Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy należy pociągać do odpowiedzialności przed Sądem Izby lekarzy, którzy łamią słowo honoru lub uprawiają fałszywą grę w karty, odpowiedziano, że tego rodzaju sprawy winny być rozpatrzone przez Zarząd, albo przez Sąd Izby.

3. W związku z odwołaniem Polskiego Towarzystwa Radjologicznego od orzeczenia Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, dotyczącego sprawy udziału w pracy lekarskiej w zakładach roentgenologicznych cudzoziemców, nie mających praw wykonywania praktyki lekarskiej w Polsce, odpowiedziano, że cudzoziemcy mogą wykonywać czynności techniczne, natomiast nie mogą

być kierownikami zakładów roentgenologicznych i wykonywać w nich praktyki lekarskiej.

4. Gdy Związek Zawodowy Farmaceutów zwrócił się do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej o opinję, czy pożądaną jest rzeczą, żeby Zarządy Kas chorych narzucały zgóry sposób ordynowania leków według określonego ramowego szablonu, odpowiedziano, że wszelka schematyzacja w leczeniu chorego sprzeciwia się podstawowym zasadom lecznictwa i jest szkodliwa dla pacjentów i lekarzy, zwłaszcza młodych. Odpowiedź tę przesłano w odpisie do Okręgowego Związku Ubezpieczeń w Warszawie na tegoż żądanie.

5. Izba Łódzka zwróciła się we wrześniu do Sądu Okręgowego w Łodzi z protestem przeciwko wystawianiu dla Sądu świadectw przez felczerów i prosiła Naczelną Izbę Lekarską o interwencję w tej sprawie. Naczelna Izba Lekarska postanowiła zwrócić się najpierw z zapytaniem do Departamentu V-go Służby Zdrowia, czy felczerzy są uprawnieni do wystawiania świadectw dla Sądu. Dotąd odpowiedzi nie otrzymano.

6. Na zażalenie jednej z Izb na Wojewódzki Urząd Zdrowia z powodu opóźniania się tegoż z przysyłaniem spisu lekarzy dla przygotowania list wyborczych, uchwalono odpowiedzieć, powołując się na art. 3-ci Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i art. 11-ty Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich, że urzędy wojewódzkie nie są obowiązane układać spisów lekarzy do przygotowania list wyborczych, natomiast Izby są obowiązane prowadzić spisy wszystkich lekarzy.

7. Z powodu umieszczonej w Biuletynie Nr. 5 Izby Warszawsko-Białostockiej uchwały Rady Izby, narzucającej obowiązek członkom Naczelnej Izby Lekarskiej, wybranym przez Izbę Warszawsko-Białostocką, składania sprawozdań z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej przed Radą Izby Warszawsko-Białostockiej tudzież występującej przeciw rzekomej tajności obrad Naczelnej Izby Lekarskiej postanowiono odpowiedzieć, co następuje: Naczelna Izba Lekarska składa się nie z delegatów wszystkich Izb, lecz zgodnie z brzmieniem art. 8-go p. 2-gi, z przedstawicieli, wybranych przez Rady Izb i to bądź z członków danej Izby, bądź innych Izb w Państwie. Z tego wynika, że Rady Izb Lekarskich są powołane przez Ustawę, jako organy wybierające, a nie jako organy, któreby miały swoich delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej. Co do tajności obrad, to chociaż Naczelna Izba Lekarska sama tylko jest władna w tej sprawie decydować, jednak należy stwierdzić, że tajności niema, skoro protokoły posiedzeń i powzięte uchwały i dyrektywy ogłaszane są w pismach lekarskich i przesyłane Izbom. Tajne jest tylko to, co nie może być ujawnione. Oczywista, Naczelna Izba Lekarska, jako urząd, nie może sprawować swoich obowiązków publicznie, t. j. w obecności osób postronnych. W razie jakichkolwiek wątpliwości Izby mają prawo zwracania się bezpośrednio do Naczelnej Izby Lekarskiej. Organ nadzorczy nie może być dozorowany przez organy mu podwładne.

8. Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy członek Zarządu Izby może być obrońcą, jeżeli Zarząd Izby występuje w roli oskarżyciela, odpowiedziano: Nie może występować w roli obrońcy ten, kto równocześnie sprawuje obowiązki sędziego lub oskarżyciela, nie może również członek Sądu Izby Lekarskiej wogóle przyjmować obrony w tym Sądzie, gdyż zezwolenie na to utrudniałoby układanie kompletu sądzącego, a nawet podważałoby zaufanie do bezstronności Sądu. Natomiast Zarząd Izby nie jest zasadniczo władzą oskarżającą, ani sądową, jeno samorządno-administracyjną. Ponadto nie może być mowy o solidarnej odpowiedzialności wszystkich członków Zarządu i za powzięte orzeczenia odpowiadają ci tylko, którzy w ich wydaniu uczestniczyli. Z tego wypływa, że członek Zarządu prawnie może być obrońcą. Natomiast, mając na uwadze względy solidarności koleżeńskiej, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej mniema, że nie wypada członkowi Zarządu brać na siebie roli obrońcy nawet w tym wypadku, jeżeli uchwała o przekazaniu sprawy sądowi zapadła podczas jego nieobecności.

9. Z powodu wyrażonego przez jedną z Izb w piśmie jej do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń zapatrywania, że Izba Lekarska nie jest zawodową organizacją lekarską w rozumieniu art. 84-go Ustawy z dnia 19. V. 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, że wobec tego Izba Lekarska nie ma obowiązku wyznaczać swego przedstawiciela do Komisji Pojednawczej do rozstrzygania sporów między Zarządem Kasy chorych a lekarzami, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwróciło uwagę, że podobne zapatrywanie Izby Lekarskiej jest niewłaściwe. Właśnie Izba Lekarska jest organizacją zawodową wszystkich lekarzy bez różnicy przekonań politycznych czy społecznych i ona przeto ma nietylko prawo, lecz i obowiązek wyznaczania jednego lekarza do Komisji Pojednawczej. Naczelna Izba Lekarska zajęła to samo stanowisko w tej sprawie.

10. Do wiadomości Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej doszło, że w jednej Izbie jeden z członków Zarządu zamiejscowy osobiście w posiedzeniach Zarządu nie bierze udziału, a zastępuje go stale inny członek Zarządu. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zakomunikował danej Izbie, że, na mocy art. 24-go Ustawy o Izbach, nieobecność na posiedzeniach tylko w ciągu miesiąca pozbawia już członka Zarządu mandatu, a stałe zastępstwo w Zarządzie jest absolutnie niedopuszczalne.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej rozpatrzył dużo zażaleń lekarzy na orzeczenia Izb. Prawie zawsze orzeczenia Naczelnej Izby Lekarskiej wypadały na korzyść Izb.

Treścią kilku podań z różnych Izb były starania o zwolnienie od obowiązku należenia do Kas Pogrzebowych. Wpływały też zażalenia różnych osób na lekarzy, przeważnie nieuwzględnione. W Kurjerze Warszawskim pojawiło się oskarżenie lekarzy kasowych o niewłaściwe traktowanie pacjentów. Naczelna Izba Lekarska zwróciła się z tego powodu do Izby Warszawsko-Białostockiej o bliższe zbadanie tej sprawy.

Do Izby Naczelnej zwrócił się Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. z propozycją wspólnego wystąpienia do Departamentu V-go z przedstawieniem w sprawie uchylania się niektórych Kas chorych od zawierania z lekarzami umów zbiorowych. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej nie przyjął propozycji, wychodząc z założenia, że sprawy tego rodzaju nie należą do zakresu działalności Izb i że Naczelna Izba Lekarska reprezentuje wszystkich lekarzy w Państwie, a nietylko Zrzeszonych w Związku Lekarzy P. P., więc, występując razem ze Związkiem, narażałyby się na zarzut pomijania interesów lekarzy, nie będących członkami Związku.

Jedna z Izb zwróciła się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą zatwierdzenia regulaminu konkursów na premję za prace naukowe z dziedziny higjeny i medycyny społecznej, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej regulaminu nie rozpatrywał, gdyż Ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich z dnia 2. XII. 1921 r. nie przewiduje obarczania członków, przymusowo należących do Izb, wydatkami na tego rodzaju cele.

W celu nieordynowania przez lekarzy niedozwolonych do obrotu specyfików, zwrócono się do Departamentu V-go o przysłanie spisu dozwolonych do obrotu specyfików w takim terminie, aby spisy te mogły być wydrukowane w kalendarzach lekarskich na rok 1929. Niestety, spisy te otrzymała Naczelna Izba Lekarska zbyt późno, aby mogły być przesłane do redakcji kalendarzy lekarskich.

W związku ze sprawą utworzenia własnego organu prasowego Izb, podniesioną i omawianą na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 28. I. 1928 r., Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się z zapytaniem do wszystkich Izb, ile każda z nich, w razie powstania własnego organu, mogłaby przeznaczyć rocznie na jego utrzymanie, biorąc pod uwagę dotychczasowe wydatki na komunikaty i ogłoszenia. W odpowiedzi Izba Lwowska zgłosiła gotowość przekazywania rocznie na organ prasowy Izb 2000 złotych, Izba Łódzka 500 złotych. Izba Warszawsko-Białostocka zawiadomiła, że na biuletyny i komunikaty wydała w roku 1927 — 1585 zł. 90 gr. Izba Poznańsko-Pomorska zaś zawiadomiła, że organu prasowego Izb nie potrzebuje, ponieważ „Nowiny Społeczno-Lekarskie" ogłaszają bezpłatnie jej komunikaty. Wobec nieotrzymania odpowiedzi od innych Izb, sprawę przekazano Naczelnej Izbie III-ciej kadencji.

Naczelna Izba Lekarska w pierwszem półroczu umieszczała wszystkie komunikaty w „Nowinach Społeczno-Lekarskich", w 2-iem zaś półroczu, z chwilą przejścia organu do Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P., zgodnie z zastrzeżeniem Zarządu Głównego Związku, umieszczała tylko krótkie komunikaty i wzmianki. W początkach czerwca komitet redakcyjny „Medycyny" zwrócił się do Naczelnej Izby Lekarskiej z korzystną propozycją drukowania komunikatów i odbitek komunikatów po cenie kosztu, jeżeli Naczelna Izba Lekarska uzna „Medycynę" za swój organ. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej postanowił przekazać sprawę do rozstrzygnięcia plenarnemu posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej III-ciej kadencji.

Nadmienić należy, że Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej w celu łatwiejszego zobrazowania działalności wszystkich Izb za rok 1926 i 1927 postanowił zestawienie tej działalności, opracowane przez Dra Krzyczkowskiego na podstawie sprawozdań wszystkich Izb, wydrukować na koszt Naczelnej Izby Lekarskiej i wyasygnował 180 złotych.

Na wezwanie Departamentu V-go Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił Izby i redakcje pism o następujących kongresach i kursach dokształcających:

1. O II-im Międzynarodowym Kongresie Radjologicznym w Sztokholmie.
2. O kursach lekarskich w Wiedniu.

3. O X-ym Międzynarodowym Kursie Lekarskim w Karlovych Varach.

4. O VI-ym Zjeździe Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Rzymie.

5. O Warszawskim Kursie wyszkolenia dla lekarzy, pragnących wstąpić do publicznej służby zdrowia.

Prócz tego na prośbę władz rządowych czy organizacji samorządowych Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił o wakujących posadach lekarzy. Od Związku Lekarzy P. P. otrzymano zawiadomienie o nieodpowiednich warunkach konkursu na posadę lekarza sanitarnego w Grodnie. Przekazano tę sprawę według kompetencji Izbie Warszawsko-Białostockiej do rozpatrzenia, zgodnie z art. 22-im Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Na prośbę sędziego śledczego i innych władz Naczelna Izba Lekarska dawała wyjaśnienia w sprawach zawodowych.

Z okazji wyborów do ciał prawodawczych wydano odezwę, nawołującą lekarzy do poczynienia starań w celu umieszczenia na listach wyborczych godnych przedstawicieli stanu lekarskiego.

W końcu należy nadmienić, że Prezes, Dr. Bączkiewicz:

1. złożył w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej życzenia noworoczne Prezydentowi Rzeczypospolitej,

2. złożył hołd Tow. Lek. Lwowskiemu z powodu 50-cio lecia jego działalności,

3. był obecny na Zjeździe Higjenistów Polskich we Lwowie.

4. brał udział w otwarciu nowego posterunku Pogotowia Ratunkowego w Warszawie,

5. reprezentował Naczelną Izbę Lekarską na obchodzie 40-lecia „Nowin Lekarskich“ w Poznaniu,

6. przesłał depeszę z życzeniami Drowi Franciszkowi Miłaszewskiemu, członkowi Naczelnej Izby Lekarskiej w Łucku z powodu 25-lecia jego pracy lekarskiej.

7. złożył kartę w ambasadzie francuskiej z okazji święta narodowego Francji.

Wice-Prezes, Dr. Śmiechowski, reprezentował Naczelną Izbę Lekarską na uroczystości inauguracji Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego.

Wice-Prezes, Dr. Wajgiel, witał w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej Zjazd Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie.

Prócz tego przesłano depesze z życzeniami z powodu:

a) I-go Zjazdu Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych w Łodzi,

b) III-go Zjazdu Ogólno-krajowego Przeciwgruźliczego w Poznaniu,

c) Zjazdu Lekarzy Kresowych w Łucku,

d) Zjazdu Lekarzy w Ciechocinku.

Wreszcie przesłano do Izby Poznańsko-Pomorskiej depeszę kondolencyjną z powodu śmierci Dra Łazarewicza, wice-przewodniczącego Izby, z prośbą o złożenie wieńca w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Wydawnictwa Bratniej pomocy Medyków U. J. w Krakowie, ul. Kopernika 36 I piętro. Doc. Dr. Jan Nowaczyński: Mikroskopja i chemja kliniczna z uwzględnieniem badań serologicznych. Dawno oczekiwany drugi tom „Mikroskopji i chemji klinicznej“ mimo wielkich trudności, związanych z wydawnictwem, pojawił się już na półkach księgarskich. Tom ten, o objętości stron 306 + XIII, zawierający badanie plwociny, śliny, treści żołądkowej, treści dwunastniczej, kału i moczu, tworzy wraz z pierwszym całość zamkniętą. Podręcznik jest wyczerpujący, styl jasny, zwarty i zwięzły. Dzięki redakcji i uzupełnieniom, przeprowadzonym jeszcze w czasie druku przez prof. W. Orłowskiego w Warszawie, dzieło niniejsze obejmuje zdobycze dni ostatnich. Podręcznik powinien w zupełności zastąpić wszystkie podobne podręczniki obce. Mimo nader starannego wydania (tom zawiera podobiznę autora, życiorys autora pióra dra J. Birkenfelda, skorowidz, liczne ryciny i tablice barwne) cena bardzo przystępna. Do nabycia we wszystkich księgarniach (po cenie 14 zł). oraz w Bratniej Pomocy Medyków U. J. Kopernika 36, (w cenie 9 zł.) W najbliższych tygodniach ukaże się na półkach księgarskich „Zarys Pedjatrji“ Doc. dra Bujaka.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie XXI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 4 października b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. L. Landes-Leinerowa: Kilka przypadków roentgenologicznych badań kości skalistej (pokaz).

2) Kol. W. Ziembicki: Przedstawienie przypadków ropni płuc omawianych przed kilku miesiącami.

3) Kol. J. Frostig i H. Demianowski: Psychoneuroza symulacyjna (wykład).

W dyskusji zabierali głos kol.: Dobrzański, T. Ostrowski, Katzówna, Sieradzki, Mańkowski.

Poznań.

Zamknięta przed kilku dniami Powszechna Wystawa Krajowa daje obraz całej działalności naszej na polu zdrowotności publicznej. Większość agend sanitarnych państwowych zjednoczona jest obecnie w Departamencie Służby Zdrowia (Min. Sp. Wewn.) to też działalność Rządu w tej dziedzinie została zobrazowana głównie na Wystawie Departamentu. Pozatem pewne działy, należące do resortu innych ministerstw zostały zobrazowane przez odnośne ministerstwa. W dziale Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej znajdowały się eksponaty, dotyczące opieki nad matką i dzieckiem, higjeny pracy i ubezpieczeń na wypadek choroby. W dziale Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego ujęte zostały zagadnienia higeny szkolnej. Sprawy zdrowia w miastach zostały bogato przedstawione w pawilonie samorządowym.

W ciągu pierwszych lat naszego bytu niepodległościowego najważniejszem zagadnieniem Służby Zdrowia była walka z chorobami zakaźnemi, jej też poświęcono najwięcej uwagi na wystawie Departamentu. Zdobycze na tem polu naprawdę są zdumiewające. Na wystawie uwzględnione zostały obszernie również takie działy, jak rozwój prawodawstwa sanitarnego i rozwój ośrodków zdrowia i pielęgniarstwa społecznego, kontroli produktów spożywczych, walka z największemi naszemi klęskami społecznemi — alkoholizmem, jaglicą, i t. d. Postępy nasze we wszystkich tych dziedzinach można tylko wtedy ocenić należycie, gdy się porówna stan obecny ze stanem z r. 1919 z tego punktu widzenia co było i co jest, były potraktowane wszystkie zagadnienia na Wystawie Rządowej. Pomimo skromnego budżetu na ten cel, całość przedstawia się okazale i estetycznie.

W sali Departamentu Służby Zdrowia mieściły się również instytucje społeczne, subsydjowane przez Rząd: Związek Przeciwgruźliczy, Polski Komitet zwalczania raka i T-wo Ochrony Zdrowia Żydów.

XI Zebranie Wydziału Lekarskiego T.P.N. odbyło się wspólnie z Towarzystwem Chirurgów i Ortopedów Polski Zachodniej w dniu 5-go października U. P. (Szpital Przemienienia Pańskiego, ul. Długa 1), z następującym porządkiem obrad:

1) Prof. Dr. Antoni Jurasz: Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa. 2) Dyskusja. 3) Demonstracje. 4) Zwiedzenie nowego oddziału Roentgena w Klinice Chirurgicznej U. P.

Z kraju.

Związek Lekarzy P. P. nadsyła następujące ostrzeżenie. Ostrzega się P. Kolegów przed przyjmowaniem 2 posad: kierownika szpitala i rejonowego lekarza w Wiśniowcu na Wołyniu bez uprzedniego porozumienia się z oddziałem Zw. Lek. P. P. w Krzemieńcu.

wz. prez. ob. *Dr. M. Litwak* sekretarz: *Łod*

Ze świata.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu (Palestyny) i do Indji.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) wybierają się lekarze austrjaccy 12-go grudnia 1929 do Egiptu. Uczestnicy wycieczki zobaczą zakłady lecznicze i zabytki sztuki w Kairze i okolicy. Znany egiptolog Prof. Dr. Junker (kierownik ekspedycji dla wykopalisk zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po piramidach z Gizeh, a Prof. B. A. Pundit Agnihotri z Agra w Indji, który obecnie bawi we Wiedniu, podał Dr. Barachowi ważne porady tyczące pobytu w Indjach. Dalszy plan wycieczki: Jedna część uczestników może pozostać w Egipcie i pojedzie do Luxor i Assuan, a druga część wyjedzie 25-go grudnia z Port Said do Indji, a mianowicie do Karachi, Lahore, Delhi, Jajpur, Agra, Bombay i oglądną szpitale: Lady Dufferins Hospital w Karachi, Lady Hardings Medical College and Hospital w Delhi, Eye Hospital w Agra i Arthur Road Hospital w Bombaj. — Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11.

Nr. 42. 20. października 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

OD REDAKCJI!

Dr. Wilhelm Pisek, *Prymarjusz Oddziału Wewnętrznego I-go Szpitala żyd. fund. Lazarusa, Członek Honorowy i b. Prezes Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, Członek Honorowy Towarzystwa Lekarzy Czeskich w Pradze, Uczony wyższej miary, Znakomity Lekarz, Społecznik i t. p. obchodzi w tym miesiącu 50-tą rocznicę uzyskania dyplomu lekarskiego na Uniwersytecie Jagiellońskim.*

Do życzeń, jakie przy tej sposobności złożą Czcigodnemu Jubilatowi Jego bliżsi i dalsi Koledzy, Uczniowie, Sympatycy, Chorzy i t. p. redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej jako Swemu długoletniemu Współpracownikowi i Zwolennikowi dołącza swe najserdeczniejsze życzenia, ażeby Czczigodnemu Jubilatowi dozwoliła Opatrzność jeszcze długie lata pracować w czerstwem zdrowiu dla dobra nauki polskiej, chorych i społeczeństwa.

WILHELM PISEK
w 50-tą rocznicę uzyskania dyplomu lekarskiego.

Jubileusz 50-letni pracy zawodowej i naukowej lekarza jest uroczystością niezmiernie rzadką, jeszcze rzadsza okoliczność, że jubilat mogący się poszczycić półwiekową pracą, pełną chwały i zasługi, cieszy się posiadaniem pełni sił fizycznych i umysłowych oraz niezmniejszonym zapałem do dalszej pracy. Dlatego z radością obchodzi świat lekarski jubileusz Wilhelma Piseka, wielce zasłużonego dla nauki polskiej i dla społeczeństwa, niepospolitego lekarza, działacza społecznego i orędownika stanu lekarskiego.

Wilhelm Pisek urodził się w Krakowie 27 lipca 1856 r. Ukończywszy tamże szkoły średnie, zapisał się na wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej. Były to czasy wielkiego rozkwitu prastarej szkoły krakowskiej a jednocześnie czasy niezwykłego rozwoju nauki lekarskiej. Na zachodzie zabłysły wielkie nazwiska Pasteura, Virchowa, Listera i innych reformatorów medycyny, w Krakowie uczyli sławni mistrzowie Teichmann, Madurowicz, Rydel, Korczyński, Oettinger, Bryk. Na skutek wielkich odkryć Virchowa i Cohnheima, główne zainteresowanie ówczesnej medycyny zwracało się ku badaniom anatomicznym i anatomo-patologicznym, które to nauki stanowiły dla badaczy niewyczerpaną kopalnię nowych faktów i nowych horyzontów. To też nie dziw, że młody medyk z zapałem rzucił się na studja anatomiczne, a zyskawszy życzliwość swego nauczyciela, Teichmanna, poza obowiązkowemi pracami, robił badania samodzielnie i w rezultacie ułożył „Księgę nieprawidłowości anatom.", zwłaszcza w układzie naczyniowym. W dalszym ciągu zwraca się ku anatomji patologicznej i jeszcze jako słuchacz V roku medycyny zostaje asystentem Katedry anatomji patolog. zajmowanej przez prof. Browicza. Dnia 13 października 1879 uzyskuje stopień doktora, i pracuje w klinice wewnętrznej prof. Korczyńskiego. W r. 1882 przenosi się do Lwowa, pracuje jako sekundarjusz w szpitalu powszechnym, oraz jako zastępca prosektora. W kilka lat później obejmuje stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego w lecznicy powszechnej (Poliklinice), na którem to stanowisku pozostaje aż do r. 1903. W tym czasie obejmuje kierownictwo oddziału wewnętrznego w nowo zbudowanym szpitalu im. M. Lazarusa, ofiarowanym przez fundatora gminie izraelickiej, organizuje i urządza ten oddział, stawiając go odrazu na znacznej wyżynie naukowej. Na tem stanowisku pozostaje do chwili obecnej, i z niemniejszym zapałem jak na początku swojej działalności, wychowuje całe zastępy młodszych lekarzy, szafując hojnie swem bogatem doświadczeniem i rozległą nauką. W czasie wojny światowej organizuje i urządza we Lwowie szpitale Czerwonego Krzyża, rzucony następnie do Wiednia, prowadzi tamże oddział wewnętrzny szpitala wojennego i zdobywa sobie uznanie obcych i wdzięczność licznych pacjentów.

Towarzyszy Mu wielkie powodzenie. Niezliczone rzesze pacjentów z najdalszych okolic kraju a nawet zagranicy spieszą do Niego, by korzystać z Jego doświadczonej rady i bystrej obserwacji. Rozległa praktyka lekarska nie przeszkadza Mu jednak w nieustannej pracy naukowej, której owocem jest długi szereg prac oryginalnych i podręczników, krytyk, tłómaczeń i streszczeń, zawsze utrzymanych na wysokim poziomie naukowym, i uderzających bystrością sądu i głęboką erudycją.

To też w r. 1908 zostaje wybrany prezesem Lwowskiego Tow. lek., a „Spolek lek. českych" mianuje go członkiem honorowym. Jest jubilat również członkiem honorowym „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich" w Krakowie, które wydało Jego „Terapję chorób serca".

Poza pracą szpitalną, naukową i praktyczną znajduje jeszcze Pisek czas na bardzo ożywioną działalność społeczną. Wybrany w r. 1893 do Rady miasta Lwowa, pracuje jako jeden z najgorliwszych członków tej Rady przez lat przeszło 30, w miejskiej Radzie zdrowia, w komisjach: sanitarnej, wodociągowej, statystycznej i t. d. bierze czynny udział we wszystkich sprawach dotyczących uzdrowienia i uporządkowania miasta, w delegacjach do innych krajów, opracowuje i broni przed pełną Radą budżetów sanitarnych. Kilkakrotnie wybierany do zarządu Izby lekarskiej i Sądu dyscyplinarnego rozwija pożyteczną działalność jako obrońca pokrzywdzonego stanu lekarskiego i jako sprawiedliwy sędzia.

Kształci się całe życie, nie brak Go na licznych zjazdach polskich i międzynarodowych. Na kongresie w Londynie wygłasza referat, a sprawozdania różnych zjazdów świadczą o Jego gorliwej pracy. W lwowskiem. Tow. lekarskiem jest jednym z najpilniejszych członków, a w dyskusjach często zabiera głos, zawsze słuchany z uwagą i uznaniem dla wielkiej nauki i bogatego doświadczenia.

W krótkich słowach niepodobna pomieścić treści tak bogatego życia, wypełnionego dostojną i radosną a owocną pracą. To też powodzenie, jakie stale towarzyszyło Jubilatowi, niech Mu będzie

skromną podzięką społeczeństwa za tyle dobrodziejstw, jakich od Niego doznało, a my, Jego koledzy i towarzysze, radujemy się, że możemy oddać hołd prawdziwej zasłudze i uczciwej pracy wybitnego lekarza, będącego chlubą swojej szkoły i ozdobą swego



stanu, radujemy się tem bardziej, że danem Mu jest obchodzić 50-letnie gody z nauką lekarską w pełni sił i zdrowia.

Imieniem licznych rzesz Kolegów życzymy Zacnemu Jubilatowi, by jeszcze długie lata w zdrowiu i radości z równem powodzeniem pracował dla dobra nauki i ludzkości. Ad multos annos!

S. Ruff.

Spis ważniejszych prac Dr. Piseka ogłoszonych drukiem.

1) Patologja celularna a choroby infekcyjne. 1880. Kraków.

2) Przypadek wgłobienia całego jelita grubego. 1880. Przegląd lekarski.

3) Najnowsze poglądy na chorobę Brighta. 1880. Osobne odbicia.

4) O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia. 1882 z tablicami. (Praca dośw. z zakładu patol. eksp. Uniwers. Jag.) osobne odbicie str. 23 z licznemi tablicami. Kraków. Przegląd lekarski.

5) Wrzód gruźliczy żołądka. 1882. Przegląd lekarski. Osobne odbicie.

6) Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty wiezu przedkręgowego. (Ze Szpitala powszechnego we Lwowie. Przegląd lekarski. 1883). (Osobne odbicie z ilustr., stronic 12).

7) Pęknięcie jelita wskutek obżarstwa. (Ze Szpitala powszechnego we Lwowie. Przegląd lek. Kraków. 1881, osobne odbicie).

8) Wrodzony brak worka sercowego przy prawidłowem położeniu serca. (Ze Szpitala powszechnego we Lwowie. Przegląd lek. Kraków. 1884. Osobne odbicie).

9) O leczeniu duru brzusznego. (Przegląd lek. 1885. Kraków, osobne odbicie)

10) O gorączce i jej leczeniu (częściowo przedstawione na V Zjeździe lek. we Lwowie 1888. Gazeta lekarska warsz., osobne odbicie, str. 14).

11) O nerwowej niemocy serca. (Wiadomości lek. 1889 Lwów, osobne odbicie stronic 15).

12) Badanie wstępne nad przyczynami promieniowania bólów sercowych ku lewej kończynie górnej. (Z pracowni fiz. U. J. K. Prof. Becka we Lwowie. Nowiny lekarskie, Poznań 1898).

13) Terapja chorób serca i naczyń krwionośnych 1899. Kraków. Cz. I. Wydawn. dzieł lek. polsk. (stronic 261)

14) O upustach krwi w zapaleniu płuc. (Pamiętnik jubileuszowy Prof. Korczyńskiego. Kraków 1900).

15) Słów kilka o narkotyzowaniu dotkniętych chorobami serca. (Kraków. Przegląd lek. 1903 — osobne odbicie).

16) Choroby wątroby, trzustki i śledziony. Osobne odbicie z dzieła zbiorowego „Nauka o chorobach wewnętrznych" Jaworskiego w Krakowie. Tom III. 1904. Stronic 100.

17) Przypadek równoczesnego bezmeczu mechanicznego i zwrotnego. Lwów. (Tyg. lek. 1907). Lwów, osobne odbicie

18) Zwalczanie gruźlicy w naszych miastach (Zjazd lekarzy i przyrod. we Lwowie 1908). Tyg. lek. 1908. Nr. 14—15 osobne odbicie, str. 28.

19) O leczeniu miażdżycy tętnic (wykład w sekcji med. wewnętrznej X Zjazdu lek. i przyr. 22 lipca 1907. (Lwów, 1908). (Osobne odbicie z Tyg. lekarskiego, stronic 54).

20) Słów kilka o modlitwie lekarza średniowiecznego. (Tyg. lek. 1910. Osobne odbicie, Lwów).

21) Wywiad z Prof. Ehrlichem we Frankfurcie n. M. Stosowanie 606 w chor. serca etc. (Tyg. lek. 1910. Korespond. z Frankfurtu n. M.). Lwów osobne odbicie.

22) Obszerne streszczenie i krytyczna ocena czynnościowej djagnostyki i terapji chorób serca Hoffmana, w Tyg. lek. 1911. Nr. 38—43 osobne odbicie. Stronic 28. Lwów.

23) Listy z kongresu międzynarodowego londyńskiego 1913. Lwowski Tyg. lek. Nr. 41, 42, 43, 44, 51 i 52, 1913. Osobne odbicie. Str. 47.

24) Zur Diagnose u. Prophylaxe des Fleckfiebers. (Vorträge über Epidemiologie. Wien 1915).

25) W 100-letnią rocznicę śmierci Auenbruggera. Polska gazeta lek. 1924. Odczyt w lwowskiem Tow. lekarskiem, Lwów.

26) W 300-letnią rocznicę urodzin Sydenhama. Polska gazeta lek. 1924. Nr. 40 i osobne odbicie (odczyt lwow. Tow. lek. 20. VI. 1924. Polska gazeta lek. Nr. 40. 1924).

27) Laennec, wynalazca stetoskopu na tle ówczesnego stanu medycyny, na Zachodzie i w Polsce. (Odczyt lwow. Tow. lek. 19. XI. 1926. Osobne odbicie z portretem Laenneca, stronic 13. Polska gazeta lekarska Nr. 54. 1926.

28) Wiliam Harvey w 300-letnią rocznicę odkrycia krążenia krwi podług odczytu w lwow. Tow. lek. Polska gazeta lek. Nr. 42. 1928 r.

29) Do druku przygotowane: O hypertonji.

Ponadto obszerne streszczenia i oceny krytyczne dzieł i pism francuskich, angielskich i niemieckich z zakresu chorób serca: Th. Lewis'a, Mackenziego, Danielopola i w. in. w Tyg. lek. w polskiej Gazecie lek.; opisy demonstracji (Ascites chylosus, Aneurysma Aortae i t. d. Przemówienia wyczerpujące dyskusyjne w przedmiocie wrzodu żołądka, kamicy żółciowej i t. d. na posiedzeniu Lwow. Tow. lek. Ogłoszone drukiem w Tyg. lek. i Polskiej Gazecie lek.

Z ogłoszonych drukiem najważniejszych referatów komisyjnych i przemówień w Radzie król. stol. m. Lwowa (w ciągu przeszło 30-letniej pracy w Radzie m. Lwowa).

30) Znaczenie higjeny w szkolnictwie 1905 (w sprawie lek. szkolnych).

31) Sprawozdanie komisji wizytacyjnej humanitarnych Zakładów gminnych. (Nakład gminy m. Lwowa).

32) O wodociągach lwowskich (ze względu na okolice podmiejskie), (w lwowskim przewodniku higjenicznym 1907).

33) Projekt organizacji służby zdrowia we Lwowie 1909, (nakład gminy m. Lwowa).

34) Sprawozdanie lek. delegacji sanitarnej do miast niemieckich, ogłoszone w lwowskiej korespondencji ratuszowej 1909.

Antoni GLUZIŃSKI. Warszawa.

Zmiany w układzie mózgordzeniowym po zastosowaniu przetworów arsenobenzolowych.

Dr. Wilhelmowi Pisekowi, koledze od pierwszych lat uniwersyteckich w 50-tą rocznicę Jego doktoratu.

Najpotężniejsze środki nasze lecznicze mają i stronę odwrotną, sprowadzając nieraz następstwa niemiłe a nawet groźne, wynikające czy to z nieodpowiedniego ich stosowania czy to z nieodpowiedniego wskazania czy wreszcie z winy organizmu, który inaczej oddziaływa na stosowany środek niż zwykle. Zbierane doświadczenia z biegiem czasu wykazują nam te ujemne skutki, uczą nas ostrożności, by nie dopuścić do tych smutnych następstw, jakich możemy być świadkami.

Uczyć się władać tymi środkami musimy, boć są one nam a właściwie dla chorych niezbędne, tembardziej, że są one wprowadzone do naszego skarbca leczniczego pod powagą potężnych mężów nauki, po szeregu doświadczeń na zwierzętach, w klinikach a których dalsze stosowanie obok potwierdzających dodatnich wyników natrafiło i na pewne ujemne strony, których wiadomość, zrozumienie ich przyczyn, wskazówki jak należy się starać, by uniknąć tych niepożądanych następstw, jest naszym obowiązkiem. Podobne okresy przechodziliśmy n.p. od chwili wystąpienia Kocha z tuberkuliną, Bantinga z insuliną, lub przetworów salwarsanowych Ehrlicha.

Jeszcze w roku 1923 w artykule pomieszczonym w Lekarzu Wojskowym (r. IV-ty Nr. 6) p. t. „Skazy krwotoczne po zastosowaniu przetworów arsenobenzolowych" rozbierałem znaczenie, obraz kliniczny, tłómaczenie objawów i możliwe wskazówki dla zapobiegania wystąpieniu tych groźnych następstw. Od czasu ogłoszenia tego artykułu miałem niestety sposobność spostrzegania dalszych dwóch analogicznych przypadków, z tym samym nieszczęśliwym przebiegiem jak przypadek we wspomnianym artykule. W pracy mojej pomieszczonej w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej (T. VII. Z. 2 Rok 1929) p. t. „Kiła wątroby" opisałem zmiany, jakie występowały w wątrobie po zastosowaniu przetworów arsenobenzolowych począwszy od żółtaczki posalwarsanowej aż do ostrego żółtego zaniku wątroby, *(atrophia acuta hepatis flava)*.

Dzisiaj chcę skreślić na podstawie spostrzeżonego przypadku zmiany, jakie wystąpić mogą w układzie nerwowym w związku z leczeniem salwarsanowem.

Już dawniej zwrócono uwagę na silne nieraz zaatakowanie układu nerwowego zwłaszcza mózgu. Objawy te mózgowe groźne, prowadzące do śmierci znane są w literaturze niemieckiej pod nazwą „salvarsantod". A i w przypadku opisanym przezemnie skazy krwotocznej posalwarsanowej, czytamy w protokóle sekcyjnym: *Haemorrhagiae meningum et cerebri. Pachimeningitis haemorrhagica interna recens*", a znów w przypadku 3-cim Henneberga (Klin. Wochenschr. 1922 str. 208), u kobiety lat 48 liczącej, po siedmiu wlewaniach w dawkach od 0,15—0,45 w przeciągu 3-ch tygodni bez objawów ogólnych skazy krwotocznej wystąpił nagle stan komatyczny i śmierć, a sekcja wykazała rozległe krwawienia w tylnych częściach mózgu i na błonach mózgowych, Kirschbaum zaś (Frankfurt Zeitsch. f. Pathol. T. 23 str. 444) mówi już wprost o *„encephalitis"* posalwarsanowej dodając histologiczny obraz mózgu w tych przypadkach, o czem będę mówił jeszcze niżej.

Przypadek spostrzegany przezemnie różni się od dotąd opisywanych tak warunkami wśród jakich powstał jak i obrazem chorobowym a zwłaszcza przebiegiem.

Dnia 13 października r. 1924 przywieziono do kliniki, zostającej pod moim kierunkiem, chorego B. N. agronoma, lat 42 liczącego, nieżonatego, który podał co następuje:

Ojciec chorego zmarł wskutek choroby serca w 58 r. życia, matka żyje zdrowa, rodzeństwa nie miał. Z wyjątkiem odry w dziecinnych latach zawsze był zdrów do ostatniej chwili. W 3—4 dni po stosunku płciowym, który miał miejsce w dniu 10 września 1924 roku, zauważył „wrzodzik" na członku, a gdy ten w ciągu 3-ch tygodniowego leczenia u miejscowego lekarza nie chciał się zagoić, przybył do Warszawy dla zasięgnięcia porady u specjalisty, który rozpoznał „wrzód twardy" i rozpoczął leczenie wlewaniami neosalvarsanu Billon-Spiess i Robilem (jod. bizmut i chinina). Według opowiadania chorego w $1^1/_2$ godziny po pierwszem wlewaniu dożylnem wystąpiło podwyższenie ciepłoty (nie mierzył) trwające do 15-tu godzin, poczem czuł się względnie dobrze. Po 2-giem i 3-ciem wlewaniu w odstępach trzechdniowych nie miał prócz uczucia osłabienia żadnych dolegliwości, dopiero po 4-tem wlewaniu również w 3 dni dokonanem w 2 godziny ciepłota ciała podniosła się do 39° C, czuł się osłabionym, miał nudności, miał wymioty, nie mógł oddawać moczu ani stolca. Miało to być 8-go października. W dniu 12-go października wystąpiły wymioty czarne, chory poczuł osłabienie w kończynach dolnych, jednak jeszcze przy pomocy drugiej osoby chodził, a od 13-go października stracił w kończynach dolnych władzę zupełnie. Wymiotuje co parę godzin, męczy go czkawka.

Tyle opowiadał nam chory po przybyciu do kliniki w dniu 13-go października.

Według sprawozdania otrzymanego łaskawie od kolegi syfilidologa leczenie było w następujący sposób prowadzone: 29/IX 1924 r. wlewanie śródżylne neosalvarsanu 0,45; 30/IX wstrzyknięcie podskórne Robilu 3 grm.; 2/X 2-gie wlewanie neosalvarsanu 0,6; 3/X wstrzyknięcie podskórne Robilu 3 grm.; 5/X 3-cie wlewanie neosalvarsanu 0,6; 6/X wstrzyknięcie podskórne Robilu 3 grm.; 8/X 4-te wlewanie neosalvarsanu 0,75; czyli w dziesięciu dniach 2,40 neosalvarsanu a 9 grm. Robilu.

Stan jaki chory przedstawiał w dniu przyjęcia do kliniki był następujący:

Osobnik budowy i odżywienia dobrego, leży w łóżku bez ruchu, przytomny, mowa nieco utrudniona, dość cicha; oddechy regularne ale płytkie, tętno umiarkowanie napięte, regularne, zwolnione, 45 uderzeń na minutę. Częsta czkawka. W czasie badania wymioty fusowate, kwaśne, bez wolnego HCl, próba na krew wybitnie dodatnia. Ciepłota prawidłowa raczej nieco obniżona (35° C — 36,2° C). Na skórze i widocznych błonach śluzowych wybroczyn niema. Głowa budowy prawidłowej, gałki oczne prawidłowo ruchome, źrenice miernie rozszerzone, równe, oddziaływują na światło i akomodację prawidłowo. Prawy fałd nosopoliczkowy wygładzony, wysunięty język pokryty szaro-żółtawym osadem, wilgotny, zbacza nieco na lewo. Jama ustna, dziąsła, gardziel bez zmian. Uzębienie prawidłowe. Szyja dość długa, gruczoły chłonne na niej nie powiększone. Tarczyca nie powiększona. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana, ruchy oddechowe dość płytkie, narząd oddechowy zmian nie wykazuje z wyjątkiem pewnego osłabienia szmerów oddechowych wskutek płytkiego oddechania. Rozmiary serca, tony prawidłowe, czynność serca zwolniona (45 uderzeń na minutę). Brzuch wzdęty, przepona wysoko ustawiona, jelita grube przepełnione masami kałowemi, pęcherz moczowy wypełniony sięgający do pępka. Mocz wydobyty cewnikiem w ilości 350 cent. przejrzysty barwy żółtawej c. g. 1,024, oddziaływania kwaśnego, ślad białka, chlorki znacznie zmniejszone, acetonu ślad, pod mikroskopem nieliczne ciałka wypocinowe. Gruczoły limfatyczne nigdzie nie powiększone. Ciałek czerwonych 4.980.000, Hgl. 82, ciałek białych 6.600, wielojądrzastych neutrof. $57^1/_2\%$, eozynofil. 1%, limfocytów 40%, monocytów $1^1/_2\%$. Wassermann ujemny.

Stan nerwowy skontrolowany przez prof. Orzechowskiego, przedstawiał się następująco:

W zakresie nerwów czaszkowych porażenie dolnych gałązek n. twarzowego prawego. Mowa cicha z widoczną trudnością.

Na dnie ócz oprócz przepełnienia wężykowatości żył zmian niema (Doc. Dr. Melanowski).

Wybitny niedowład kończyny górnej prawej, nieco słabszy lewej; odruchy na nich wzmożone, na lewej kończynie słabiej niż prawej. Czucie na nich powierzchowne, głębokie i stereognostyczne prawidłowe. Ruchy oddechowe słabe i rzadkie. Porażenie mięśni brzusznych, brak odruchów. Chory nie może się przewracać, siadać i silniej kaszlnąć. Zupełne wiotkie porażenie kończyn dolnych, odruchy ścięgniste jednak wzmożone, Babiński obustronny. Czucie bólu aż na dwa palce niżej sutek na dolnej części ciała zniesione. Na całej prawie tej przestrzeni odróżnia chory ciepło jeszcze jako ciepło, zimno jako ciepło, od połowy jednak podudzia ku dołowi nie odróżnia ani ciepła ani zimna. Czucie ułożenia palców na obydwu stopach doskonale zachowane.

Na podstawie tego stanu rozpoznano encephalomyelitis degenerativa (haemorhagia) toxica z podkreśleniem ciężkości przypadku wobec objawów świadczących o zajęciu rdzenia przedłużonego jak znaczne utrudnienie oddechania, pewne osłabienie artykulacji, zwolnienie tętna a może i czkawka.

Warunki wśród jakich zaczynały się i rozwijały opisane zmiany usprawiedliwiały dodany przymiotnik „toxica" i pozwalały wiązać wystąpienie zmian z prowadzonem leczeniem, a więc z wprowadzeniem do tego organizmu przetworu salwarsanowego i bizmutowego.

Chcąc się przekonać czy w organizmie tym znajduje się jeszcze wprowadzony arsen i bizmut, przesłaliśmy do Zakładu Chemji lekarskiej ś. p. prof. Bądzyńskiego mocz i kał pochodzący od chorego, z prośbą o zbadanie, czy nie można w nich wykazać tych ciał. Mocz ten i kał pochodził z dnia 18 października a więc w 10 dni po ostatniem wlewaniu neosalvarsanu a w 12-tym dniu od wstrzyknięcia Robilu.

Z protokołów zakładu chemji lekarskiej podpisanych przez ś. p. prof. Badzyńskiego, opisujących dokładnie cały sposób postępowania użytego dla wykrycia tych ciał, a których to protokołów dla braku miejsca nie podaję, wynika odnośnie do arsenu, że z kału otrzymano w rurce zwierciadło arsenowe dość znacznej grubości, z moczu zaś, mniejszej grubości; odnośnie zaś do bizmutu, to z kału otrzymano znaczniejszy osad bizmutu metalicznego, z moczu zaś znacznie mniejszy.

Zachodzi teraz pytanie, który z tych środków był substancją trującą dla tego organizmu, czy może obydwa razem.

Jest to ta sama sprawa, jaką rozbierano dawniej, gdy występowały niekorzystne objawy (zmiany w wątrobie, zmiany na skórze, skazy krwotoczne i t. d.) w przypadkach kombinowanego leczenia salwarsanem i rtęcią.

Dokładniejsze rozpatrywanie tego pytania podałem w przytoczonym moim artykule w „Lekarzu Wojskowym", powtarzać je tutaj nie będę, a którego wynik jest ten, że winowajcą w tych razach jest salwarsan a nie rtęć. Na tych samych podstawach musimy wypowiedzieć zdanie, że w opisanym przypadku nie bizmut, lecz przetwór salwarsanowy dał powód do tak ciężkich następstw.

Przedmiotem dalszych badań było rozpatrywanie, który składnik przetworów salwarsanowych gra tu zasadniczą rolę. Odwołać się tu muszę znów na rozbiór tej sprawy, jaki podałem we wspomnianym artykule w Lekarzu Wojskowym (T. IV., str. 462, 463, 464), a tutaj podnieść tylko muszę spostrzeżenia Ferronda i Wydooghe'go z kliniki dermatologicznej Lespine'a w Brukselli p. t. „Recherches cliniques experimentales et biochimiques sur la purpura post arsenobensolique" (Bruxelle-medical 1922, Nr. 23), które doprowadzają ich do wypowiedzenia zdania „że u naszych chorych purpura nie pochodzi z zatrucia arsenowego, jak to dotąd twierdzono bez dowodów, lecz jest wywołana przez metabolizm bocznych łańcuchów siarkowych". Dowodem tego twierdzenia mogą być także spostrzeżenia i doświadczenia wykazujące, „że we wszystkich (3) przypadkach występowała skaza krwotoczna po zastosowaniu przetworów arsenobenzolowych, w skład których wchodziła grupa siarkowa, gdy objawy te nie występowały u tych samych chorych przy użyciu preparatu wolnego od grupy siarkowej, jak aminoarsenofenolu zwanego Esparseno lub 132 Dra Pomaret, jakkolwiek one daleko więcej zawierają arsenu niż inne preparaty, bo aż 41%".

Objaśnieniem dalszym sposobu i przyczyn powstawania tych zmian posalwarsanowych byłyby doświadczenia naszych badaczy Danysza, Kopaczewskiego (Les proprietés fisico-chimiques des arsenobensoles et leurs transformations dans l'organisme — Annales de l'Institut Pasteur 1921), a które wykazały, że po podaniu do rozczynu wodnego preparatu arsenobenzolowego jednej do dwóch kropli jakiejkolwiek surowicy ludzi zdrowych tworzy się dość obfite zmętnienie „floculation" koloidalne, które po dodaniu dalszych kropli tej samej surowicy wyjaśnia się zupełnie i to jest wytłumaczeniem, dlaczego wlewanie przetworów salwarsanowych do obiegu krwi znosi ustrój zwykle dobrze. Jeżeli zaś do rozczynu wodnego preparatu arsenobenzolowego dodajemy surowicę krwi człowieka dotkniętego np. skazą krwotoczną posalwarsanową, powstałe pierwotnie zmętnienie nie rozjaśnia się. Strąty powstałe składające się częścią z cholesteryny częścią z substancji białkowatych a zawierające nadmierne ilości siarki a nigdy arsenu, dawać mogą powód do zatorów (embolji) drobniutkich naczyń krwionośnych i następowych zawałów powodujących szereg następstw. Tą drogą mogłoby przychodzić do degeneratywnych zmian np. w mózgu, w rdzeniu pacierzowym, do wynaczynień na skórze, na błonach śluzowych i w narządach wewnętrznych a więc i w mózgu i w rdzeniu pacierzowym, które w tych przypadkach stwierdzamy przy sekcjach. Przypuszczenie to zgadzałoby się z wynikiem mikroskopowych badań Kirschbauma (lc. T. 23, str. 444), który przy badaniu encephalitis haemorhagica posalwarsanowej histologicznie stwierdzone zmiany uważa za małe anemiczne zawały.

I w naszym przypadku nie twierdząc, że tylko tą drogą musiało przyjść do wynaczynień w mózgu i w rdzeniu pacierzowym i dlatego rozpoznaliśmy encephalitis degenerativa haemorhagica naturalnie posalwarsanowej, bo, jakkolwiek nie mieliśmy cech ogólnej skazy krwotocznej na skórze i widocznych błonach śluzowych, to jednak te uporczywe wymioty krwawe, jakie trwały przez początkowe dnie pobytu chorego w klinice, świadczyły, że najprawdopodobniej podobnie jak wynaczynienia krwawe na błonie śluzowej żołądka, tak samo miały miejsce i wynaczynienia w układzie mózgordzeniowym i dodany przymiotnik haemorhagica miał swe uzasadnienie.

Sekcji nie było, bo chory na szczęście wyszedł z całej sprawy z życiem, jakkolwiek zboczenia rdzeniowe pozostały, jak to w krótkości dalszy przebieg wykaże.

Chory pozostawał na klinice od 13. X. 1924 do 19. III. 1925 r.

Przez cały ten czas był stan bezgorączkowy z wyjątkiem dwóch dni 7-go i 8-go lutego 1925, w których ciepłota nagle podniosła się do 39,0° C (cystitis).

Tętno po kilkunastu dniach dochodzi do liczby prawidłowej (koło 80) i tak już stale pozostaje.

Wymioty krwawe tak uporczywe ustają po kilku dniach, a chory, który przez ten czas był odżywiany lewatywami, zaczyna się odżywiać naturalną drogą i wkrótce aceton znika z moczu i chlorki się zwiększają.

Czkawka uporczywa od 19. X. ustała. Zaparcie stolca stałe, tylko po środkach przeczyszczających i mechanicznych zabiegach. Stała niemożność oddawania moczu, stałe cewnikowanie. Od 3. XI. bezwiedne odchodzenie moczu (incontinentia urinae), która utrzymuje się już stale i chory używać musi odbieracza (recipienta) gumowego.

Stan ogólny jak i przygnębione usposobienie poprawiały się stale. Koło 23. X. ustępuje porażenie prawego nerwu twarzowego, kończyny górne dość szybko odzyskują władzę. Oddechy stają się głębsze, głos donioślejszy. Kończyny dolne niedowładne, odruchy ścięgniste na nich podwyższone. Koło 15. XII. zaczyna słabo zginać kończyny dolne w kolanach i ruszać palcami stopy lewej. Upośledzenie na nich czucia zwłaszcza ciepłoty aż do pępka trwa.

Poprawa w kierunku ruchów kończyn postępuje, odruchy ścięgniste jednak stale silnie wzmożone. Od 6. XI. może chory siadać i wykonywać ruchy mięśniami brzusznemi. Od 30. XII. objawy nieżytu pęcherza, ustępujące powoli przy leczeniu. Od 2. II. zaczyna chory chodzić podpierając się dwoma laskami tak, że opuszczając klinikę w dniu 18. III. 1925 kończynami górnemi włada dobrze, podpierając się laską chodzi, chód jednak spastyczny, odruchy ścięgniste znacznie podniesione, zaburzenia w czuciu ciepłoty utrzymują się, stała incontinentia urinae i niemożność oddania stolca bez środków przeczyszczających.

Leczenie polegało na opiece nad chorym, by nie powstały odleżyny, usunięciu inanicji (aceton w moczu) chlorki prawie zniesione wskutek niemożności z początku odżywienia się dla ustawicznych krwawych wymiotów lewatywy odżywcze) i dbaniu o dalsze odżywianie, częstej zmianie pozycji chorego, by wobec płytkich oddechów chorego zapobiegać powikłaniom ze strony narządu oddechowego, skropulatnej czystości przy cewnikowaniu a na zewnątrz, po ustąpieniu wymiotów, podawaniu stale salolu z urotropiną, a gdy wystąpiła lekka cystitis trzykrotnie wlewano dożylne cylotropine z dodatnim wynikiem. Pilnowanie wypróżnień przewodu pokarmowego. Przez dłuższy czas stosowano wstrzykiwania neurovacciny a następnie proteinoterapję. W czasie dwumiesięcznego pobytu chorego w lecznicy, po opuszczeniu kliniki, jak się dowiedzieliśmy stosowano tam kąpiele, elektryzowania i naświetlania lampą kwarcową. Chory poprawił się i udał się do siebie na wieś.

Badany w cztery lata od rozchorowania się przez asystenta kliniki Dr. Węgierkę, który opiekował się chorym w czasie jego pobytu na klinice, przedstawiał stan następujący:

Stan ogólny, wygląd, odżywienie b. dobre, łaknienie doskonałe, przygnębienie psychiczne ustąpiło. Chodzi podpierając się laską, chód jednak wybitnie spastyczny, wzmożenie wybitne na kończynach dolnych odruchów ścięgnistych. Zmiany w czuciu utrzymują się. Incontinentia urinae ustała, stałe używanie recipienta, gdy opuszcza dom np. z wizytą, bo w domu odkłada recipient doszedłszy do tego, że może utrzymać mocz przez $^1/_2$ godziny.

Przebieg całej tak ciężkiej sprawy można nazwać pomyślnym, regeneracja tkaniny mózgordzeniowej musiała nastać w znacznym stopniu, jakkolwiek restitutio ad integrum nie nastąpiło, pozostały bowiem na stałe zmiany w rdzeniu pacierzowym w części jego lędźwiowej i w drogach piramidalnych.

Nie mam prawa wchodzić w roztrząsania pytania, czy w przypadku tym było wskazane przeprowadzone leczenie i to w sposób, w jaki ono było dokonane.

Przy rozbiorze przypadków niepomyślnych wśród leczenia salwarsanowego pozostaje do rozważania kwestja, w czem mogłaby leżeć przyczyna, że mimo tak liczne stosowanie przetworów

arsenobenzolowych tylko w stosunkowo nielicznej liczbie przypadków występują mniej lub więcej wyraźne objawy toksyczne?

Sprawę tę nieco obszerniej rozbierałem we wspomnianym moim artykule (Lekarz Wojskowy, T. IV., str. 466 i 467) i do niego odwołać się muszę.

Uważałem również za wskazane podanie wskazówek, któremi możnaby się kierować, by i w tych rzadkich przypadkach uniknąć tych poważnych a tak groźnych następstw.

Ująłem je w zdania, które tu przytaczam:

„Obok uwzględnienia całego organizmu w kierunku wyżej wspomnianym (konstytucji) wymagać będą ostrożności w postępowaniu te przypadki, w których występują po wstrzyknięciu objawy przejściowe, jak bóle głowy, osłabienie, bóle mięśniowe, podwyższenia ciepłoty, i t. d. W tych przypadkach przy następnem wstrzyknięciu należałoby zbadać krew, czy nie występuje leucopenia sama lub z limfocytozą, zmniejszenie płytek Bizzozera, czy niema zmian w zachowaniu się ciałek czerwonych i w krzepliwości krwi. Gdyby okazały się te zmiany (w naszym przypadku wybitna limfocytoza) świadczące o pewnem już oddziaływaniu na wprowadzony środek, należałoby albo leczenia preparatami arsenobenzolowymi zaniechać lub dawkę zmniejszyć, odstępy powiększyć albo preparat zmienić t. j. przejść do przetworu bez łańcucha siarkowego.

Wystąpienie najmniejszych objawów skazy krwotocznej jak małych wynaczynień na łącznicy spojówkowej, plamki lub plamek krwotocznych na skórze, a tembardziej choćby nieznacznego krwawienia z nosa lub dziąseł powinno być wskazówką, że dalsze leczenie powinno być bezwarunkowo zaniechane, by nie doprowadzić do takiego nieszczęśliwego stanu, w jakim się znaleźli nasi chorzy".

PRACE ORYGINALNE.

Prymarjusz Dr. W. GEMSKI. Lwów.
(b. sekundarjusz Oddziału Dr. P i s e k a).

Podciśnienie tętnicze i zespół objawów hypotonji.

Z ambulatorjum chorób wewnętrznych Szpitala żyd. im. Lazarusa.

Żaden ze symptomów nie był dotychczas tak mało rozważany i wzięty w rachubę w praktyce lekarskiej jak podciśnienie tętnicze (hypotonja). Dopiero w ostatnich kilku latach zwraca się baczniejszą uwagę na niskie ciśnienie a obecnie mamy już cały szereg prac, począwszy od amerykańskich, francuskich i niemieckich autorów a skończywszy na dokładnej pracy S o c h a ń s k i e g o, w których to pracach autorowie zastanawiają się nad kwestją, czy hypotonja jest jednostką chorobową samoistną czy też tylko jednym z objawów ogólnego stanu chorobowego.

Ciśnienie podwyższone tętnicze (hypertonję) napotyka się w różnych chorobach, ale są one pokrewne — natomiast hypotonję napotykamy w najróżnorodniejszych stanach, które ze sobą nie mają nic wspólnego.

Ażeby móc pojąć stan, który nazywamy hypotonją, musimy podzielić ją sobie na dwa poddziały: 1) objawową, 2) pierwotną czyli essencjalną. Nim przejdziemy do opisu tych dwóch rodzajów podciśnienia tętniczego, chcę jeszcze objaśnić różnicę między pojęciami hypotenzji i hypotonji. Hypotenzja jest określeniem niskiego ciśnienia krwi — podczas gdy hypotonja określa obniżenie tonus mięśni a w obrazie hypotonji klinicznej obniżenie ogólnego tonus równocześnie z obniżeniem ciśnienia krwi.

Objawową hypotonję tętniczą napotykamy w najróżnorodniejszych stanach chorobowych. 1) Najniższe wartości otrzymujemy w traumatycznym i anafilaktycznym względnie allergicznym wstrząsie (C a n n o n, F r i e d l a e n d e r, K r o g h, P e a r c e) i przy wielkich upustach względnie utratach krwi. 2) W przebiegu chorób zakaźnych: cholera, czerwonka, błonica, płonica, dur plamisty, zapalenie płuc, influenca, malarja, pellagra i sprue (F r i e d l a e n d l e r, R o b e r t s). 3) Przy zatruciach (azotyny, chloral, chinidyna). 4) Samozatrucia z jelit i inne. Podciśnienie tętnicze *jako objaw stały* spotykamy: 1) w gruźlicy chronicznej, w której główną rolę odgrywa nie anatomiczny stan procesu chorobowego (J o h n, N a u m a n n) ale ciężkość intoksykacji (P o t a i n, R e y n a u d, S p e n g e l). 2) Przy lues rzadziej spotykamy się z hypotonją, głównie wtedy, jeżeli prowadzi do zmian w sercu. 3) W chorobach sercowych *(Stenosis mitralis)*. 4) Przy stanach ogólnego osłabienia na tle anemji (choroby krwi) i kacheksji na tle nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. 5) Przy schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu *a) Morbus Addisonii* (B e r n a r d, D r e s s e l, S c h n e i d e r), *b) Myxoedema* (Z o n d e k), *c)* Przy niedomodze pluryglandularnej.

Przy chorobach dotychczas wymienionych występuje hypotonja jako jeden ze symptomów jakiejś ściśle znanej choroby. Jest jednak obok tego mała grupa pacjentów, u których hypotonja nie da się jakiemś innem schorzeniem wytłumaczyć. Tę małą grupę pacjentów obejmujemy mianem hypotonji essencjalnej czyli pierwotnej. Nim przejdę do opisu hypotonji essencjalnej musimy sobie zdać sprawę, jaka jest granica normalnego ciśnienia krwi i gdzie rozpoczyna się podciśnienie. Większość autorów przyjmuje jako górną granicę podciśnienia 110 mm Hg M a l w i n, F i s c h e r, M a r t i n i, C a d b u r y, K y l i n uważają hypotonję u dzieci za normę (u noworodków 40—80 mm Hg a u dzieci do 10 lat 90—100 mm Hg). M u n k podaje: Poniżej 35 lat 95 mm Hg u kobiet a 100 mm Hg u mężczyzn. Powyżej 35 lat 105 mm Hg u kobiet a 115 mm Hg u mężczyzn. M a r t i n i i P i e r a c h przyjmują jako górną granicę 105 mm Hg u mężczyzn a 100 mm Hg u kobiet. Cały szereg autorów podaje różne przyczyny wahań w ciśnieniu krwi: 1) płeć, 2) grubość ramienia (S t r a u b, K y l i n), 3) rasę (C a d b u r y). U studentów chińskich jest normalnie 20 — 30 mm Hg niżej niż u studentów Europy lub Ameryki północnej, 4) Stan serca, 5) napięcie naczyń krwionośnych, 6) stan ośrodków nerwowych; nadto cały szereg innych przyczyn jako to: wąska aorta, zaburzenia w czynności trzustki, nadnercza, limfatyzm, wrzód żołądka i dwunastnicy, choroby kiszek (F o s s i e r, P a l t a u f, M a r t i n i — P i e r a c h, P a l, F a b e r, K r o g h, E p p i n g e r i inni).

Zależnie od tego, co który autor przyjmuje za granicę między hypo- a normo - tonją, otrzymywali różne procenty i tak J o a c h i m na 3000 chorych 5%, F o s s i e r 3½%, B a r a c h również 3½%, M a r t i n i-P i e r a c h 2,4%, K y l i n 10%, Klinika lwowska 3,6%.

Najbardziej charakterystyczne cechy hypotoników są: 1) stałe zmęczenie, lata trwające, 2) skłonność do omdlewań, często tylko przejściowe zawroty, rzadziej prawdziwy kollaps; omdlenie z utratą przytomności. 3) Niezdolność do psychicznej koncentracji, ale nie dochodzi do defektów psychicznych (F o s s i e r) przeciwnie, można znaleść wśród nich i umysłowo podnieconych ludzi. 4) Bóle głowy szczególnie w okolicy tyłogłowia, uczucie pustki albo ucisku na głowę, czasem dolegliwości dochodzą do objawów *Claudicatio cerebri* E r b a, często uczucie ucisku w okolicy oczu. 5) Bicie serca bóle w okolicy serca, uczucie jakby serce stanęło, albo też uczucie przyspieszonej akcji serca. Często ekstrasystole lub tachykardja. Pulsacja w głowie, w uszach, w odnóżach a nawet i całem ciele. W anamnezie często spotykamy się z ascendencją chorób naczyń krwionośnych *(haemorrhagia cerebri)*, często chory podaje, że cierpi na allergję jak urticarja, akroparezy, pollakizurję, migrenę, astmę, *dysbasia angiosclerotica)*. 6) Konieczność *robienia głębokich* oddechów z powodu braku tchu i uczucia uporczywego ucisku na klatkę piersiową. Często chory zaczyna ziewać aby w ten sposób przezwyciężyć brak tchu. Przy nadmiernym natężeniu objawy te oczywiście jeszcze się potęgują. 7) Bardzo często spotykamy kombinację hypotonji z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi, jako to *ulcus ventriculi, duodeni* a najczęściej zaburzenia kiszkowe w postaci *colitis mucosa* przechodzą często w spastyczną obstipację. Wiemy bowiem, że jest łączność między ciśnieniem a *vagus brzusznym* — przy laparatomji ciągnienie i drażnienie kiszek wywołuje podciśnienie — (S i m o n F o n t a i n e. 8) Wszystkie prawie hypotonikom wspólny jest asteniczny względnie hyposteniczny *habitus* — przeważają mężczyźni. Atletycznych hypotoników jest bardzo mało, nie jak twierdzi J o a c h i m, że często widział „silnie zbudowanego, dobrze odżywionego czasem otłuszczonego hypotonika". Zwykle hypotonik jest wysoki, chudy, o skórze bladej, chłodnej i wiotkiej, szyja długa, klatka piersiowa długa, wąska i płaska, serce często małe, w roentgenie „kroplowate". 9) Krew z normalną ilością ciałek czerwonych — indeks nieco obniżony — często mierna eozynofilja i *limfocytoza* (R o b e r t s). 10) U mężczyzn często impotencja, a u kobiet zatrzymanie i inne nieprawidłowości w miesiączkowaniu. 11) Hypotoników cechują „stigmata w zakresie układu nerwowego wegetatywnego a) skarży się na zimne ręce i nogi, b) skłonni do napadu potów, c) do ślinotoku, d) nerwowej polyurji, e) do nerwowej biegunki i następowej spastycznej obstypacji, f) błyszczące oko i lekki tremor prawie wszyscy wykazują. Często również i fosfaturja. 12) Zawartość we krwi K jest podwyższona, a Ca jest obniżona. Reakcja adrenalinowa wykazuje początkowo spadek ciśnienia krwi. 13) Również i w zakresie psychiki napotykamy na wzmożoną chwiejność symptomów. Hypotonicy są najczęściej schizotymikami, są zgorzkniali, przygnębieni na zewnątrz — wewnętrznie zaś mogą posiadać bujną umysłowość.

Patogeneza hypotonji.

Patogeneza hypotonji essencjalnej (pierwotnej) może być haemodynamiczna, wkrewno - wegetatywna lub konstytucyjna.

I.

Mechanizm ciśnienia krwi w organiźmnie posiada cały szereg aparatów pomocniczych celem jego uregulowania. Przez centralną regulację tego mechanizmu może być usunięta każda przeszkoda a wynik ostateczny jest ten, że w możliwie najkrótszym czasie przychodzi do optymalnego wyrównania ciśnienia krwi. I tak może ilość uderzeń serca — ilość krwi wyrzucona przez jedno uderzenie serca, tonus naczyń krwionośnych, podział ilości krwi w narządach nawzajem się uregulować, celem wyrównania ciśnienia krwi. Rozumie się, że są pewne stałe fizjologiczne wahania zależne od psychicznych wzruszeń lub pracy fizycznej, od przyjmowania pokarmów, od snu, zmiany położenia ciała, pory dnia, ciepłoty zewnętrznej.

Możemy mieć we krwi obiegu 6 przyczyn, które mogą spowodować niskie ciśnienie krwi tętniczej.

1) Osłabienie mięśnia sercowego.

2) Nader silne przeszkody w przepływie krwi na początku aorty.

3) Nadmierna podatność (miękkość, rozszerzalność) wielkich i średnich tętnic.

4) Nadmierna szerokość względnie mały opór w najmniejszych naczyńkach tętniczych i w naczyniach włosowatych.

5) Ogólne zmniejszenie ilości krwi.

6) Zmniejszona lepkość krwi.

Przyczyny wzięte pod liczbą 2, 3, 4, możemy objąć w jedną całość jako przeszkodę w naczyniach, które mogą być następstwem a) czynników zewnętrznych, intoksykacje (ostre choroby infekcyjne lub zatrucia), b) czynniki wkrewno - wegetatywne lub konstytucyjne.

Który z tych czynników prowadzi do hypotonji? Przeciwko zmniejszonej lepkości przemawia normalny obraz krwi. Przeciwko zmniejszaniu ogólnej ilości krwi przemawiają badania, które wykazały, że dzięki regulacyjnym siłom nawet wielkie utraty krwi dają powód do tylko krótkotrwałego obniżenia ciśnienia. Martini i Pierach zbudowali modele zwężonej i normalnej aorty a ciśnienie nie zmniejszało się ani w jednym z modeli. Z tego widzimy, że wyżej wspomniane 3 czynniki nie odgrywają roli przy powstawaniu hypotonji. Trudniej rozstrzygnąć co do dalszych trzech czynników i tak nadmierna podatność wielkich i średnich tętnic odpada dlatego, bo ta właściwość jest indywidualnie stała — a u hypotonika widzimy wahania w ciśnieniu. Pozostają więc dwie ostatnie przyczyny a mianowicie: osłabienie mięśnia sercowego i nadmierna szerokość względnie mały opór w najmniejszych naczyniach tętniczych i naczyniach włosowatych. Który z tych czynników jest przyczyną hypotonji essencjalnej trudno rozstrzygnąć.

II.

U każdego hypotonika spotykamy zmiany wkrewno - wegetatywne, dlatego musimy u nich zbadać cukier we krwi, tolerancję na cukier, oddziaływanie na adrenalinę i pilokarpinę, stosunek Ca — K. Także mechaniczne metody mogą tu oddać pewne usługi, a więc próba Aschnera (ucisk na bulbus) i próba Czermaka (ucisk na *vagus* względnie *carotis* na szyi). Od czasów badań Szymonowicza, Strehla i Weissa wiemy, że hypofunkcja nadnercza wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, niekoniecznie na tle gruźliczem. Osoby ze zmniejszoną funkcją nadnercza wykazują schudnięcie, nadmierne zmęczenie, osłabienie mięśni i ich wiotkość, zawroty głowy, utratę lub obniżenie potencji, u kobiet zniknięcie menses, zaburzenia żołądkowo - jelitowe. Wstrzyknięcie 0,001 mg adrenaliny wśródżylnie wywołuje u hypotonika podobny objaw jak u hypertonika essencjalnego t. j. początkowy spadek ciśnienia a następowo leniwe podniesienie się tegoż (reakcja paradoksalna). Badania ilości cukru we krwi i próba na tolerancję nie dają rozstrzygających dowodów co do zmniejszonej funkcji nadnercza tak u djabetyków jako też u ludzi normalnych. U djabetyków 16 — 19% okazuje obniżenie ciśnienia po odcukrzeniu i to należy przypisać gorszemu odżywianiu gdyż obniżenie występuje u chorych leczonych insuliną jako też u chorych leczonych czysto djetetycznie (Kisch). Acetonurja również nie wpływa na ciśnienie — tylko przy *coma diabeticum* obniża się zawsze ciśnienie. Sundberg wykazał u świnek morskich, którym wyciął nadnercze że po chwilowym spadku ciśnienia podnosi się ono znów do normy.

Status lymphaticus (Joachim) i *thymo - lymphaticus* okazują często hypotonję, która zdaje się mieć łączność z hypoplazją tkanki chromafinowej. Niejednolite były objawy przy dysfunkcji tarczycy. Badania Kischa (na Klinice Wenckebacha) wykazały przy wypowiedzianym *hyperthyreoidismus* tylko w 35,70% hypertonję zresztą jest ciśnienie normalne. Przy hypofunkcji ze zmianami myxoedematycznemi zwykle mamy hypotonję.

Mało wiemy o działaniu gruczołów płciowych. Czy one mogą wywołać kompleks symptomów hypotonji nie jest udowodnione.

Działanie przysadki mózgowej *(hypophysis)* polega na skurczu małych tętniczek i naczyń włosowatych (Krogh) a więc działa synergetycznie z adrenaliną. Obrazy rentgenologiczne u hypotoników (bo innego sposobu próby czynności przysadki mózgowej nie mamy) wykazują wszystkie zmiany — są one najczęściej zmniejszone.

Tutaj musimy również wspomnieć o kombinacji dysfunkcji kilku gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu a więc *insufficientia pluriglandularis* — i tutaj znów największą rolę odgrywa nadnercze.

Obecnie przychodzimy do dalszej grupy czynników które wywołują podciśnienie tętnicze a więc do trucizn, które krążą we krwi. 1) Już Heidenheim wskazał na długotrwałe obniżenie ciśnienia tętniczego przez wstrzyknięcie *peptonu,* a potwierdzili to Schmidt Mühlheim i Pearce, Eisenbrey. 2) Według Hendersona ma podobne działanie *albumoza.* 3) W nowszych czasach wykazano, że działanie obniżające ciśnienie krwi przypada głównie nie peptonowi ani albumozom lecz produktowi rozkładowemu białka w chorobach kiszek *histaminie* (Dale, Pick, Spiro, Kisch). Histamina (β - imid - azolyl - etylamin) t. j. ciało obecne w wyciągu kiszkowym, które wprowadzone podskórnie w ilości 0,001 g wywołuje rozszerzenie naczyń włosowatych. Popielski twierdzi, że można ją otrzymać we wyciągach z każdej tkanki. Przy anemji złośliwej, przy leukemji myelicznej i limfatycznej mamy według nowszych badań do czynienia z rozkładem ciałek białych i działaniem histaminy. 4) Następnie obniża ciśnienie krwi *wazodylatyna* wykryta przez Popielskiego w wyciągu z tkanek. Wstrzyknięta dożylnie wywołuje rozszerzenie naczyń włosowatych i zmniejsza krzepliwość krwi, czem się różni od histaminy. 5) Dalej mamy cały szereg autorów, którzy uważają *cholinę* za to ciało, które powoduje obniżenie ciśnienia krwi (Abderhalden, v. Müller, Halliburton, Lohman, Schliephake). Jest ona silnym środkiem zwiększającym peristaltykę a na naczynia włosowate działa rozszerzająco, wywołując obniżenie ciśnienia krwi. 6) Gwanidyna działa we większych dawkach podwyższająco a w mniejszych obniżająco na ciśnienie krwi. Wytwór syntetyczny guanidyny (za dodaniem szeregu łańcuchów CH_2) jest syntalina.

III.

Patogeneza konstytucyjna hypotonji tętniczej nie da się jeszcze udowodnić. Same zmiany w systemie naczyniowym i znane nam wpływy systemu wkrewno - wegetatywnego na tonus naczyń nie tłumaczą nam całkowicie „kompleksu hypotonji tętniczej" gdyż zmiany znajdują się we wszystkich tkankach względnie narządach *Hyperaciditas* i fosfaturja wskazują na zaburzenia w równowadze kwaso - zasadowej. Fryderyk Kraus na podstawie swoich badań eksperymentalnych i spostrzeżeń klinicznych stawia na pierwsze miejsce *elektrolyt,* który powoduje autonomiczna samoczynność komórki na podstawie zmian chemiczno - fizykalnych struktury protoplazmy i uważa tę t. zw. „dynamikę protoplazmy" jako główny czynnik powodujący przepływanie cieczy w miąższu komórkowym. Dochodzi do wniosku, że zaburzenia w przewodnictwie i zaburzenia w centrach nerwowych wegetatywnych są zależne od *osłabienia tej obwodowej tkankowej samoczynności.* Zaburzenia w przystosowaniu się serca i naczyń uważa Kraus za rzecz drugorzędną. Badania w tym kierunku dadzą rozwiązanie zagadki hypotonji tętniczej.

Ażeby powstał kompleks symptomów hypotonicznych musi zadziałać prócz przyczyn endogennych (hemodynamicznych, wkrewno-wegetatywnych i konstytucyjnych) jeszcze przyczyna zewnętrzna. Przyczyna ta musi być dosyć silna, jeżeli ma prędko zadziałać, lub też musi długo trwać. Do tych należą kłopoty i zdenerwowania n. p. troski o mieszkanie i utrzymanie — jak to było i jest jeszcze po wojnie światowej. Naczelne miejsce wśród tych szkodliwych bodźców przyczynowych jest nikotyna. Każdy hypotonik, który pali, prędzej czy później popadnie w stan, zbioru objawów hypotonicznych. Czasem występuje to nagle wśród ciężkich objawów. W tej postaci chorobowej występują objawy szybkiego zmęczenia, uczucie braku powietrza, duszność, *hyperaciditas,* zaczerwienione spojówki. Dalszą przyczyną zewnętrzną jest abusus seksualny, szczególnie otwarta lub ukryta onanja (do ukrytej

onanji należy *coitus interruptus*). Dalszą przyczyną jest nadużywanie kawy ziarnistej, gorące kąpiele a w końcu środki lecznicze. (0,5 antipiryny, 0,01 coffeiny, 0,3 pyramidonu, 0,5 fenacetyny). Może być, że taki hypotonik lata całe pali, pije kawę lub onanizuje się i czuje się dobrze gdy nagle po szeregu lat używania zachoruje wśród objawów kollapsu i występuje kompleks symptomów hypotonicznych.

Obecnie reasumuję wszystkie dane o hypotonji essencjalnej. Kompleks symptomów charakteryzuje się zmianami w sercu i naczyniach, zmianami w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu i w systemie nerwowym wegetatywnym, których wyrazem jest ich hypofunkcja i obniżenie energetyki ustroju. Nadto musi zadziałać jeszcze przyczyna zewnętrzna.

Podciśnienie tętnicze jest zawsze objawem a nie jednostką chorobową w ścisłem tego słowa znaczeniu. Przyczyna zjawiania się kompleksu objawów hypotonicznych jest zawsze podwójna, wewnętrzna, endogenna, która przeważa i zewnętrzną, exogenna. Wspólne jest wszystkim hypotonikom obniżenie energetyki ustroju a szczególnie narządów mięśniowych, nerwowych i wkrewnych niezależnych od naszej woli.

Prognoza jest wątpliwa. Barach przyjmuje, że hypotonicy długo żyją. Mühlberg uważa hypotonję u ludzi wyżej 50 lat za prognostycznie dobry znak.

Terapja jest zależna od przyczyny i od objawów. Spmptomatycznie podajemy wapno i atropinę. Munk widział po podawaniu tychże środków tylko krótkotrwałą poprawę (3—4 tygodni) natomiast dłużej trwała ona po podawaniu mieszaniny różnych soli powstałych z połączeń K—Na—Ca—Mg z kwasem węglowym i kwasami owocowymi. Sprzedawane w handlu jako „*anacid Helfenberg*". Szczególnie dobrze działały te sole przy *colitis mucosa* i migrenie. Stan ogólny się poprawiał i przybyło pacjentowi na wadze — ciśnienie krwi nieco się podnosiło (o 10 — 15 mm. Hg) Tam gdzie widoczne są zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu będziemy podawali thyreoidynę, hypofizynę lub też wyciąg z gruczołów płciowych męskich lub żeńskich. Wskazana jest lekka gimnastyka, (ruchy odnóżami, zginanie kolan, skręcania tułowiem, wszystkie w miejscu wykonane ćwiczenia). Przeciwskazana jest ciężka gimnastyka, onanja, palenie, picie kawy ziarnistej, zimne tusze oraz gorące kąpiele.

Piśmiennictwo.

Barach: Arch. int. med. 1925. — Curschman: Zeitschrift für Kl. Med. 103. 1926. — Friedlaender: A. Hypotension Med. Monogr. V. XIII. London 1927. — Herz: Wiener Kl. Woch. 1910. 21. — Joachim: Münch. med. Woch. 1926. 16. — Kraus, Brugsch-Kraus: Tom IV. str. 274 —297. — Kisch: Kl. Woch. 1929 9. 12, 16, 18, 20, 33. — Kisch: Zeitschrift für exper. med. Band 66. Heft 5 u. 6. — Kylin: Med. Kl. 1927 8. — Martini, Pierach: Kl. Woch. 1926 39. 40. — Müller: Münch. med. Woch. 1923 l. Munk: Med. Kl. 37, 38. — Pal: Med. Kl. 1923, 13. — Sochański: Arch. Med. wewn. tom VII. Nr. 3. 1929. — Stein: F. W. Med. Klin. 1929. 5. — Strasser und Löwenstein: Wiener Arch. für Innere Med. — Band: XVII. Heft 13. 1923. — Weiss: R. F. Med. Kl. 1928 12. — Lian C. et Blondel: A. Presse Medicale Nr. 70. 1927.

Dr. Emil PHILIPP, (ordynator amb. chor. wewn.). Lwów.

O skazach krwotocznych. — Przyczynek do rozpoznania różniczkowego.

(Z oddziału wewnętrznego J. Szpitala Żyd. fund. Lazarusa. Prymarjusz Dr. Wilhelm Pisek).

Skazami krwotocznemi nazywamy stany chorobowe charakteryzujące się skłonnością do krwawień; krwawienia te występują jużto samowolnie, jużto pod wpływem bardzo lekkich urazów, które u zdrowego nie wywołują krwawień.

W ustawaniu samoistnem krwawień, względnie w niedopuszczaniu do krwawień samoistnych odgrywają zasadniczą rolę następujące czynniki: krzepliwość krwi, płytki krwi i naczynia włosowate, a w szczególności ich śródbłonek. Te czynniki stanowią niejako układ równowagi krwi.

Rozpatrując mechanizm powstawania skaz krwotocznych dochodzimy do wniosku, że dadzą się wyodrębnić grupy, w których jeden z wymienionych czynników jest w pierwszym rzędzie uszkodzony, co nie wyklucza, że także i pozostałe 2 czynniki odgrywają mniejszą lub większą rolę, ale tylko drugorzędną w powstawaniu danej skazy.

Zanim przystąpię do djagnostyki skaz, parę słów poświęcę tym czynnikom.

Krzepliwość krwi t. j. własność tworzenia skrzepu stanowi jedną z najważniejszych cech ustroju bronienia się od zbytecznej utraty krwi. Wiadomo, że krew normalna wypuszczona do naczynia szklanego krzepnie, tworząc skrzep; po pewnym czasie skrzep wydziela płyn jasno-żółty zwany surowicą krwi. Wedle Schmidta i Hammarstena do wytworzenia skrzepu (fibryna) potrzebne są dwie substancje, zaczyn włóknikowy (fibrinferment, trombina) i fibrinogen; prócz tego szczególną rolę odgrywają sole wapniowe, które przyspieszają proces krzepnienia. Fibrinogen, ciało natury białkowej mieści się w osoczu krwi, fibrinferment powstaje z ciałek krwi i komórek tkankowych. Morawitz natomiast uważa, że fibrinferment składa się z 2 fermentów, z trombogenu i trombokinazy; wedle niego we krwi krążącej mieszczą się trombogen, sole wapniowe i białko w formie fibrinogenu; ciałka białe krwi i płytki rozpadając się dostarczają trombokinazy. Trombokinaza zaś pod wpływem soli wapniowych wraz z trombogenem tworzą fibrinferment, a ferment ten działając na fibrinogen wpływa na wytworzenie się włóknika (fibryna).

Płytki krwi odgrywają w pewnych skazach ważną rolę, a ich ilościowe zmniejszanie się lub brak cechuje te skazy (*thrombopenia, athrombia*). Jeśli krew chorego na trombopenię damy na szkiełko zegarkowe widzimy, że krew w normalnym czasie krzepnie, ale okazuje się, że nie wydziela się osocze, czyli mamy tu do czynienia z upośledzeniem kurczliwości skrzepu (*irretractilite du caillot*). Dalej jeśli chorego na thrombopenię lancetem ukłujemy w palec i krople krwi zbierać będziemy bibułą, okazuje się, że krew spływa w wielkich kroplach, bardzo długo 15—30 min. a nawet powyżej godziny, w przeciwieństwie do zdrowego gdzie krew przestaje się wydzielać po 1—2 minutach; czas ten nazywamy czasem krwawienia i w tych wypadkach jest on znacznie przedłużony. Krew chorego na thrombopenię oglądana pod mikroskopem wykazuje ilość płytek znacznie zmniejszoną lub zupełny ich brak. Z tego wynika, że czas krwawienia jest zależnym od ilości płytek; jednak znane są przypadki, gdzie czas krwawienia jest normalnym, a ilość płytek znacznie zmniejszona lub odwrotnie; przypadki takie są wogóle bardzo rzadkie, przyczyna tego dotychczas nie jest zupełnie wyjaśnioną.

Prócz tych 2 czynników nie mniejszą rolę odgrywają w skazach schorzenia naczyń włosowatych, zwłaszcza uszkodzenia śródbłonka. Morawitz i Minkowski zaznaczają, że dla zrozumienia skaz i ten czynnik musi być branym w rachubę. Objawem opaskowym Rumpel-Leedego (R. L.) próbujemy wytrzymałość naczyń przy zwiększonem parciu wewnętrznem; opukiwaniem skóry przylegającej do kości przekonujemy się również o wytrzymałości naczyń; wreszcie próbą Kocha: po ukłuciu podskórnem powstaje po 24 godzinach plama krwotoczna naokoło miejsca ukłucia, podczas gdy u normalnego w tym czasie już nic nie widać.

Morawitz wprowadza jeszcze czynnik przyczynowy; wiemy, że pewne skazy, jak gnilec powstają wskutek braku witamin, dalej, że dziedziczność odgrywa rolę n. p. przy krwawiączce.

Opierając się na tych czynnikach możemy dopiero różniczkować skazy; znamy skazy polegające na upośledzeniu krzepliwości, dalej skazy, gdzie głównie uszkodzone zostają naczynia włosowate, wreszcie, gdzie momentem rozstrzygającym jest zmniejszenie się lub brak płytek krwi.

Morawitz dzieli skazy krwotoczne na trzy główne grupy: 1) awitaminozy, do których zalicza gnilec i chorobę Barlowa, 2) dziedziczna: tu należy krwawiączka i 3) plamica właściwa (purpura). Podział ten jeszcze nie jest zupełnie ścisłym, ale jednym z najlepszych. Przy omawianiu dalszem będę się trzymał tego podziału.

Do awitaminoz należą gnilec i choroba Barlowa. Obie skazy związane są z odżywianiem, powstają na tle braku witaminy C, mieszczącej się w jarzynach, kartoflach, sokach owocowych i surowem mleku; jeśli brak tych składników w pożywieniu, powstaje ta skaza. Rozpoznanie opieramy głównie: 1) na wywiadach, które wykazują jednostronne odżywianie (mięso bez jarzyn) i na występowaniu, najczęstszem w miesiącach marcu i kwietniu, kiedy brak świeżych jarzyn i owoców, 2) na umiejscowieniu: krwawienia liczne i drobne na podudziach, nigdy na tułowiu i głowie; krwawienia skórne, błon śluzowych i tkanki podokostnowej; krwawienia nie są silne, a trudno dające się tamować krwawienia w gnilcu nie są znane, 3) na krwawieniu dziąseł; dziąsła obrzękają w otoczeniu zębów, krwawią i wrzodzieją. Zmian we krwi niema; zatem krze-

pliwość krwi, czas krwawienia a z tem ilość płytek normalne. Objaw opaskowy (R. L.) dodatni.

W skazie tej schorzałe są naczynia włosowate, wykazano, że substancja kitowa zostaje uszkodzoną.

Przedstawicielem 2-giej grupy dziedzicznej jest krwawiączka *(haemophilia)*, gdzie krew wykazuje zmiany. W tej skazie krew krzepnie po kilkunastu godzinach, krzepliwość krwi jest znacznie przedłużoną z powodu znacznego opóźnienia powstawania fibrinfermentu. Fibrinogen prawidłowy. Ilość płytek normalna, naczynia włosowate prawidłowe (próby naczyniowe ujemne).

W kwawiączce krwawienia nie występują nigdy samowolnie, lecz tylko po urazach; krwawienia mogą być bardzo gwałtowne. W skazie tej odgrywa dominująca rolę dziedziczność, gdzie kobiety przenoszą tę chorobę na męskich potomków: mężczyźni zapadają na kwawiączkę, podczas gdy kobiety są wolne od tej choroby.

Dziedziczność, gwałtowne krwotoki zawsze po urazach i krzepliwość krwi znacznie przedłużona umożliwiają rozpoznanie tej skazy.

Trzecią grupę stanowią plamice *(purpura morb. maculosus)*. W grupie tej wyróżniamy 2 podgrupy: w jednej występują zmiany we krwi, w drugiej zmiany w naczyniach włosowatych, główny moment różniczkowy leży w zachowaniu się ilości płytek. Zatem możemy wyróżnić plamicę, przebiegającą ze znacznie zmniejszoną ilością płytek t. zw. *purpura thrombopenica*, krótko thrombopenia i plamicę z normalną ilością płytek, ale z uszkodzeniem naczyń włosowatych t. zw. *purpura athrombopenica*.

Thrombopenia, utożsamiona przez Glanzmanna[1]) z chorobą Werlhofa wykazuje znaczne zmiany we krwi: brak lub znaczne zmniejszenie się ilości płytek, czas krwawienia znacznie przedłużony, brak lub upośledzenie kurczliwości skrzepu, oraz dodatni wynik prób naczyniowych, jako wyraz częściowego uszkodzenia naczyń, krzepliwość krwi prawidłowa. Kliniczne objawy są zmienne, wyróżniamy formy ostre o przebiegu gwałtownym, śmiertelnym, obok tego przewlekłe, ciągnące się latami. Schorzenie to może występować w każdym wieku i u każdej płci. Ostra postać pojawia się nagle wśród zupełnego zdrowia, jako skłonność do samoistnych ogólnych krwawień, tak skórnych jak i z błon śluzowych, oraz w obrębie narządów wewnętrznych, mózgu, rdzenia, płuc i wreszcie jako skłonność do wylewów krwawych za najmniejszym urazem. Krwawienia z przewodu pokarmowego występują bez bólów, w moczu znajdujemy krew, objawów zapalenia nerek nie stwierdzamy. Ostra plamica kończy się niejako per crisim przejściem w zupełne wyzdrowienie, już też po niejakim okresie zdrowia zjawia się jeden lub więcej nawrotów. Krwawieniom towarzyszy brak lub znaczne zmniejszenie się ilości płytek, które opadają poniżej 30.000 (t. zw. liczba przełomowa płytek Franka). Z chwilą ustąpienia krwawień występuje nagłe zwiększenie się ilości płytek we krwi obwodowej (t. zw. przełom płytkowy). Postać przewlekła zjawia się bez wyraźnego początku, cechuje się jak ostra krwawieniami skóry, błon śluzowych i narządów wewnętrznych i nie opuszcza chorego, jużto bez przerwy powodując objawy o zmiennem nasileniu, jużto znikając na pewien czas, jednak zawsze znajdujemy ilość płytek zmniejszoną wahającą się około 30.000 t. j. liczba, poniżej której występuje skłonność do samoistnych krwawień. Znajdujemy z reguły obrzęk śledziony. Obie postacie przebiegają bez gorączki.

Frank nazwał dla podkreślenia znacznego zmniejszenia ilości płytek chorobę Werlhofa *thrombopenia chronica essentialis benigna*, gdyż mamy tu do czynienia nie z objawem, lecz z istotą choroby, w przeciwieństwie do symptomatycznego zmniejszenia ilości płytek w przebiegu innych cierpień: benigna, gdyż rokowanie jest dobre.

Thrombopenia symptomatyczna zjawia się przy chorobach zakaźnych, przy chorobach krwi i zatruciach; rokowanie z reguły złe.

Kaznelson dopatruje się przyczyny thrombopenii w śledzionie, gdzie wedle jego zdania odbywa się nadmierne niszczenie płytek.

Chcę przytoczyć przypadek thrombopenia chr. essent. obserwowany na oddziale wewn. p. Prym. Dr. Piseka.

Chory przyjęty na oddział 6. IX 1927. Mężczyzna 53 lat liczący, rzezak rytualny cierpi od 20 lat na krwawienia ogólne, tak skórne, jak i błon śluzowych, występujące co roku, a trwające 1—2 tygodni. Krwawienia występują w postaci plam i sińców na kończynach, twarzy i tułowiu. Podczas krwawień chory leży w łóżku; po krwawieniach przychodzi zupełnie do siebie i może oddawać się pracy. Przed 5 laty dostaje chory obok zwykłych plam na ciele nagle bez bólów krwawe stolce i krwiomocz; krwawienie to trwało 10 dni, poczem czuł się pacjent dobrze. Przed 2 laty znowu atak krwawień; przed rokiem występuje u chorego bezwład kończyn dolnych z utrudnieniem oddawania moczu. Badanie krwi wykonane w domu wykazuje 50.000 płytek, zresztą stosunki prawidłowe. Na oddziale obserwacja stwierdziła: objawy *myelitis transversa* z porażeniem kończyn dolnych i z zaburzeniami w oddawaniu kału i moczu. Krwawień skóry, z błon śluzowych i narządów wewnętrznych nie zauważono. Obrzęk śledziony. Czas krwawienia i krzepliwość krwi prawidłowe. Objaw opaskowy dodatni. Hematologicznie wykazano ilość płytek 60.000, zresztą stosunki prawidłowe. Wassermann ujemny.

Krwawienia trwające 20 lat, występujące na skórze, błonach śluzowych i w narządach wewnętrznych, powtarzające się co roku; chory w przerwach po krwawieniach czuje się dobrze; ilość płytek stale znacznie zmniejszona. Wszystkie objawy te skłaniają do rozpoznania: *Thrombopenia chronica essent.*

Druga podgrupa plamic mająca za właściwe tło uszkodzenie naczyń włosowatych t. zw. *purpura athrombopenica* obejmuje plamicę Henoch-Schönleina dziś nazwaną przez Franka plamicą anafilaktoidalną (także *capillartoxicosis haemorrhagica*). Plamica ta cechuje się gorączką, bólami głowy, bólami i obrzękami stawów, wreszcie bardzo różnorodnemi zmianami skóry, jak wybroczyny, pokrzywka, rumień wielopostaciowy i guzkowy; objawy te występują pojedynczo lub łączą się po dwa i więcej razem. We krwi znajdujemy stosunki prawidłowe, krzepliwość krwi, czas krwawienia i ilość płytek prawidłowe. Objaw opaskowy, jako wyraz uszkodzenia naczyń dodatni.

Zależnie od objawów, które wysuwają się na czele danej plamicy wyróżniamy a) plamicę zwykłą *(purpura simplex)* z wybroczynami skórnemi, usadowionemi na kończynach dolnych w postaci plam, pokrzywki, rumienia wielopostaciowego i guzkowego b) plamicę gośćcową *(purpura rheumatica)*, gdzie obok zapalenia stawów wybroczyny usadowione są w okolicy stawów chorych i c) plamicę brzuszną t. zw. plamica Henocha.

Plamica ta może przebiegać ostro, czyniąc wrażenie ciężkiego schorzenia, piorunująco *(purpura fulminans Henochi)* prawie wyłącznie u dzieci, która prowadzi do śmierci w ciągu kilku dni lub nawet godzin.

Na dokładniejsze omówienie zasługuje plamica brzuszna opisana przez Henocha, przebiegająca jak powyżej opisana, a dołączają się doń objawy ze strony przewodu pokarmowego, jak wymioty krwawe, stolce krwawe z poprzedzającemi bólami kiszkowemi o charakterze kolki, wreszcie krwiomocz z ostrem zapaleniem nerek. Plamica ta występuje wyłącznie u dzieci, u dorosłych bardzo rzadko. Rosenow opisał tę plamicę u 30 letniego mężczyzny.

Jako przyczynę tej plamicy przyjmuje przeważna część autorów podłoże zakaźno-toksyczne.

Plamica ta wykazuje skłonność do nawrotów. Rokowanie jest dobre; przychodzi do wyzdrowienia, niekiedy po dłuższym czasie, szczególnie w plamicy brzusznej, gdzie choroba może trwać ćwierć roku a nawet dłużej.

Miałem sposobność obserwować plamicę Henocha u mężczyzny 27 letniego i chcę na tem miejscu ją przedstawić.

J. G. 27 lat liczący, urzędnik prywatny. W maju 1927 zapadł na zapalenie gardła, w tydzień potem wśród dreszczyków i temperatury do 37.8° wystąpiły u chorego bóle w stawach kolanowych i skokowych. Nazajutrz chory zauważył plamy drobniejsze i rozleglejsze na kończynach dolnych i górnych. Badanie chorego wykazało: ciepłota 37.6°, obrzęki i bolesność stawów kolanowych, szczególnie prawego i skokowych. Na skórze kończyn dolnych i górnych drobniejsze i rozleglejsze wybroczyny, dalej wykwity przypominające pokrzywkę, które swędziły. Na błonie śluzowej jamy ustnej drobne wybroczyny. Gardło niezaczerwienione. Płuca, serce i inne narządy: bez zmian. W moczu: nic patologicznego. Badanie krwi: stosunki prawidłowe, krzepliwość krwi, czas krwawienia prawidłowe; ilość płytek 240.000. Objaw opaskowy dodatni. W pierwszych dniach czerwca chory dostaje nagle nad ranem gwałtowne bóle w kiszkach o charakterze kolki, a w kwadrans potem oddaje stolec czarny z silną domieszką czystej krwi; bóle te utrzymywały się przez 3 dni, potem ustąpiły, a z nimi

[1]) Zaznaczyć chciałbym, że choroba Werlhofa i thrombopenia wykazują wspólne objawy kliniczne, stąd też większość klinicystów, jak Glanzmann, Frank, Morawitz i inni identyfikują obie choroby, podczas gdy niektórzy, jak Matthes przyznają po części słuszność temu poglądowi, podkreślają jednak, że znane są przypadki choroby Werlhofa z normalną ilością płytek.

i stolce krwawe. W moczu ślad białka, pojedyncze ciałka krwi i wałeczki drobnoziarniste. Napady takie powtarzały się co 2 tygodnie, przy nawrotach były bóle znacznie słabsze, a trwały 1—3 dni. Chory po 3 i pół miesiącach zupełnie wyzdrowiał i do dziś dnia jest zdrów.

Wśród gorączki i zapalenia stawów wybroczyny skórne i błon śluzowych, pokrzywka, krwawienia do kiszek z poprzedzającemi bólami, zadrażnienie nerek, przyczyna infekcyjna (zapalenie gardła), we krwi stosunki prawidłowe, objaw opaskowy dodatni. Wszystkie te objawy skłoniły mnie do przyjęcia rozpoznania plamica brzuszna H e n o c h a.

Chciałbym jeszcze przedstawić szemat podziału skaz krwotocznych.

- Grupa I Awitominozy
  - gnilec
  - ch. Barlowa
- II Dziedziczna
  - Krwawiączka
- III Plamice
  - pl. małopłytkowa (purpura thrombopenica)
    - ch. Werlhofa
    - thrombopenia chr. essent.
  - pl. normalnopłytkowa (purpura athrombopenica) lub plamica anafilaktoidalna
    - pl. zwykła
    - pl. gośćcowa
    - pl. brzuszna

Po omówieniu djagnostyki różniczkowej chcę parę słów poświęcić owemu podziałowi skaz. W gnilcu i chorobie Barlowa mamy schorzenia, które należą do awitaminoz. Krwawiączka jest chorobą ściśle określoną, którą cechuje dziedziczność i zmiany w krzepliwości krwi. Co do plamic to określenie tych schorzeń jeszcze nie jest ścisłem, tutaj na pierwszy plan wybija się thrombopenia, znaczne zmniejszenie się ilości płytek. Znaczne zmniejszenie się ilości płytek jest objawem klinicznym, a nie jednostką chorobową. Jednak Thrombopenia chronica essentialis jest endogenną chorobą, która może rozpoczynać się już w dzieciństwie i trwać całemi latami. Plamica Henoch-Schönleina jest również jednostką chorobową, jednak przyczyny jej nie znamy, prawdopodobnie odgrywają tu rolę czynniki zakaźno-toksyczne.

Reasumując można powiedzieć. Rozpoznanie różniczkowe skaz krwotocznych postąpiło znacznie naprzód dzięki nowszym badaniem czynnościowym. Na podstawie wywiadów, które w gnilcu, krwawiączce i thrombopenii są ważne, lekarz może już łatwiej się zorjentować, do której grupy należy zaliczyć daną skazę. Do zupełnego wyjaśnienia przypadku koniecznem jest badanie krwi i naczyń krwionośnych wedle nowszych metod badania.

Piśmiennictwo.

R o s i n: Kraus-Brugsch, Tom 8. — N ä g e l i: Blutkrankheiten, 1919. — F r a n k: Erg. der gesamt. Medizin. Brugscha, str. 171. — M o r a w i t z: M. Kl. 1924, Nr. 3. — T e m p k a: Polsk. Arch. med. wew. 1924. — M a t h e s: Differenzialdiagnostik der inn. Krank. — E i c h h o r s t: Padhologie u. Therapie der inn. Krankheiten.

Dr. Maksymiljan UNGAR. Lwów.

Ziarniniak złośliwy, patogeneza, etjologja oraz leczenie z uwzględnieniem dwóch rzadszych przypadków.

Z Oddziału wewn. męsk. Szpit. żyd. fund. Lazarusa we Lwowie. Prymarjusz: Dr. Wilhelm P i s e k, radca medycyn.

W piśmiennictwie nie brak szczegółowych opisów kazuistycznych przypadków rzadszych ziarniniaka złośliwego, nie odpowiadają one jednak liczbowo bogactwu materjału nieogłoszonego. Szczegółowe omówienie ziarniniaka, co do którego nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa, opisanie mniej lub więcej ciekawego przebiegu tej choroby dla szerszego świata lekarskiego, może nieraz rzucić niejeden promień światła w to zagadnienie. Dokładne poznanie tej choroby oraz celowe leczenie tejże wymaga dokładnego poznania etjologji i patogenezy. Nie uważam przeto za zbyteczne dokładne omówienie całego zagadnienia, głównie zaś części etjologicznej i leczniczej, a jako wstęp podaję opis dwóch przypadków, zaobserwowanych na oddziele wewnętrznym, odbiegających nieco od codziennych.

P r z y p a d e k 1. — M. M. lat 56, szynkarz, żonaty, przyjęty został dnia 2. XII. 1928 r. na oddział wewnętrzny męski. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Chorób dziecięcych nie pamięta. Poważniejszych chorób nigdy nie przechodził. Od trzech lat pokasłuje sucho. Obecna choroba rozpoczęła się przed półtora laty. Chory zauważył guzek w pachwinie prawej, wielkości fasoli, twardy niebolesny, który zwolna doszedł do wielkości gołębiego jaja. Zgłosił się na oddział chirurgiczny, gdzie rozpoznano *lymphosarcoma* i polecono lecznicze naświetlanie Roentgenem. Po pierwszej serji naświetlań czuł się chory lepiej: guzek zmniejszył się do wielkości grochu. Po pewnym czasie, już po opuszczeniu szpitala, chory prywatnie kontynuował leczenie Roentgenem, ale już po dwóch naświetlanach stan się pogorszył, chory czuł się bardziej osłabionym, często miewał zawroty głowy, a nawet dwukrotnie stracił przytomność. Obecnie z powodu ogólnego osłabienia, bólów i zawrotów głowy oraz bólów brzucha, zgłosił się do szpitala. Stolce nieprawidłowe, zaparcie występuje naprzemian z biegunkami. Mocz oddaje prawidłowo, choć w mniejszej ilości. Chory zauważył u siebie ciągłe stany podgorączkowe. *Infectio venerea negatur.*

Przy badaniu znaleźliśmy: Ciepłota 37,9, sensorium wolne. Chory wzrostu średniego, odżywienia bardzo podupadłego. Skóra i widoczne błony śluzowe wybitnie blade z odcieniem żółtaczkowym. W jamie ustnej częściowy brak zębów, pierścień Waldayera bez zmian. Płuca i serce bez zmian. W jamie brzusznej nad więzadłem Pouparta wyczuwa się po stronie prawej twardy guz przesuwalny. Śledziona i wątroba nie powiększone. W pachwinie prawej guzek wielkości fasoli, twardy i przesuwalny. Inne gruczoły bez zmian. Stan nerwowy prawidłowy. Lekki obrzęk obu kończyn w okolicy kostek, jakoteż w okolicy lędźwiowej. W moczu ślad białka, w osadzie pojedyńcze wałeczki drobnoziarniste, oraz pojedyńcze ciałka białe. Krew: ciałka czerwone 1,520.000, Hb. 30, indeks 1, nieznaczna poikilocytoza. Schilling: leukocytów 6.000, eozynochłonnych 4, pałeczkowatych 6, segmentowanych 80, limfocytów 10. Badanie wyciętego gruczołu pachwinowego w Instytucie anatomo - patologicznym wykazało ziarniniak złośliwy. Czas opadania czerwonych ciałek (Linzenmayer) wynosi 20 minut. Wassermann ujemny. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje mniejszą powietrzność szczytu prawego. *Z przebiegu choroby zasługuje na uwagę:* chory ciągle gorączkuje (38—39). Tętno stale przyśpieszone (110). Szybko postępujące charłactwo i ogólna bladość. Guz w jamie brzusznej nad więzadłem Pouparta nie zmienił się. 19. I. odczyn dwuazowy dodatni. 5. I. wystąpiły obrzęki na obu stopach a w jamie brzusznej płyn. 18. I. podmiotowo chory czuje się stale gorzej, skarży się na wyczerpanie i bezsenność, brak łaknienia, nie może się o własnych siłach podnieść, brzuch znacznie wzdęty, pępek spłaszczony, powłoki brzuszne niebolesne, guza nad prawą pachwiną nie wyczuwa się, wypuk nad brzuchem bębenkowy. 6. II. obrzęki wzmagają się. Obrzęk kończyny dolnej prawej znaczniejszy, aniżeli lewej, również kończyna ta bolesna na dotyk. 10. II. chory ma się niedobrze, częste wymioty. 14. II. kilkakrotne napady, o 8-mej wieczorem zmarł.

Sekcji nie wykonano.

Streszczam: Chory dostaje się na nasz oddział z rozpoznaniem *limphosarcoma* i jako taki był leczony. Na oddziale obserwacja wykazuje: chory silnie wyniszczony, blady, gorączkuje, osłabiony, częste nudności, wymioty, biegunki naprzemian z zaparciem, guz w jamie brzusznej zwiększony, odosobniony gruczoł w pachwinie prawej, w moczu po kilkakrotnem badaniu dodatni odczyn dwuazowy, krew wykazuje neutrofilję z przesunięciem na lewo a przytem limfopenję i nieznaczną eozynofilję. Wszystkie te dane zebrane w czasie obserwacji przypadku nasunęły nam podejrzenie na ziarniniak złośliwy, co potwierdziło badanie anatomopatologiczne. Ze względu na to, iż w tym przypadku zaatakowany jest również przewód pokarmowy, na co wskazują: biegunki, wymioty, nudności, bóle w brzuchu, guz macalny, bębnica, płyn wolny w jamie brzusznej, ucisk na żyłę wrotną objawiający się obrzękami przeważnie kończyny prawej, przyjmujemy, iż mamy tu do czynienia z typem pachwinowym ziarniniaka złośliwego Nägelego, atakującego równocześnie i przewód pokarmowy.

P r z y p a d e k 2. — O. K. lat 31, handlarz, żonaty, zgłosił się na oddział wewn. dnia 17. VII. 1929 Wywiady rodzinne bez znaczenia W dzieciństwie przechodził jakąś chorobę gorączkową, pozatem nigdy poważnie nie chorował. Od 2 lat czuje się osłabionym, łatwo się męczy, nie pracuje, miewa częste bóle głowy, poci się silnie. Przed rokiem w pasze lewej wystąpiły 2 małe guzki, które zlały się razem, dochodząc do wielkości kurzego jaja. W zimie przebył grypę. Oo tego czasu kaszle, przeważnie sucho, bóle głowy wystąpiły z większą intenzywnością, nadto dokucza mu silne swędzenie, zwłaszcza w nocy. Podaje, iż ma pragnienie, pije wiele

wody. Mocz oddaje w prawidłowej ilości. Stolce prawidłowe. Stanów podgorączkowych nie zauważył.

Po przyjęciu na nasz oddział znaleźliśmy: Ciepłota 36,4. Sensorjum wolne. Chory odżywienia miernego, budowy kośćca odpowiedniej. Skóra i widoczne błony śluzowe blade. Jama ustna bez zmian. Migdałki nie powiększone. P ł u c a: bez zmian. Serce w granicach prawidłowych. Tętno 88 uderzeń na minutę, miarowe. W pasze lewej gruczoł wielkości jaja kurzego, niebolesny, przesuwalny wobec otoczenia, ze skórą niezrośnięty. Inne gruczoły niepowiększone. Jama brzuszna bez zmian. W moczu nic patologicznego. K r e w: c. czer. 4,450.000, Hb. 80, Ind. 0,9. Schilling: leukocytów 9,200, kwasochłonnych 2, pałeczkowatych 8, segmentowanych 69, limfocytów 12, monocytów 9. W plwocinie prątki nieobecne. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje: do wnęki lewej przylega ocienienie owalne o nierównej, nieco wachlarzowato rozchodzącej się granicy nieostrej, miernego nasilenia, dość nierównomierne; w górnej części tegoż ocienienia kilka zwapnień. Tchawica nie zbacza, szczyt lewy może nieco mniej powietrzny; przepona, opłucna wolne. Badanie anatomo-patologiczne gruczołu, wyciętego z pachy wykazuje ziarniniak złośliwy. *Z przebiegu choroby zasługuje na uwagę:* od czasu do czasu stan podgorączkowy. Chory kaszle sucho, skarży się na silne swędzenie skóry i osłabienie. Apetyt dobry, stolce prawidłowe. Poci się obficie. Wobec tego, iż poleconych naświetlań Roentgenem nie można zrealizować w szpitalu, opuszcza 31. VII. 1929 oddział.

Streszczam: Powiększony gruczoł w pasze lewej, silny świąd, obfite poty przy niepodwższonej ciepłocie, ogólne osłabienie, rychłe męczenie się, ujemny wynik badania roentgenowsgiego w stosunku do gruźlicy, obraz krwi neutrofilji i zaznaczonej eozynofilji i limfopenji, zwróciło nam uwagę na możliwość ziarniniaka złośliwego. Badanie anatomo-patologiczne potwierdziło nasze przypuszczenie. Przedstawiliśmy typ ziarniniaka zupełnie odmiennego od poprzedniego, znajdującego się w I. okresie chorobowym.

W przypadkach naszych można śledzić jedną grupę chorób chłonnego aparatu. Ziarniniak złośliwy należy do jednego z najrozleglejszych rozdziałów medycyny wewnętrznej przez swoje wpadające w oczy objawy i częste występowanie. Na 300 przypadków śmiertelnych klinicznie kontrolowanych, przypada jeden ziarniniak. W niektórych krajach i w pewnych okresach liczba ta dochodzi do wartości dwu, a nawet trzykrotnej. Nie potwierdzono przypuszczenia o predilekcji płci męskiej (S t e r n b e r g). Na największe niebezpieczeństwo narażone jest drugie i trzecie dziesięciolecie życia, zaobserwowano jednak tę chorobę również u dzieci i u starców. Chorobie tej poświęcono olbrzymią ilość energji i pracy naukowej. Już z tego da się wnioskować, wiele niejasnego tkwi w całem zagadnieniu granuloma. Przy roztrząsaniu kwestji zasadniczej, kwestji anatomicznej indywidualizacji choroby nie doszliśmy jeszcze do ostatecznego rozstrzygnięcia. Limfogranuloma uznawają jedni za typowy nowotwór, jak np. zwykłe limfoma, nabłoniaka, mięsaka albo raka odrębnego rodzaju, inni za przewlekłe zapalne schorzenie aparatu chłonnego przez innych w końcu za zakaźne granuloma; również tłumaczono sobie to schorzenie jako powikłanie zapalnego procesu z bujaniem nowotworowem. Twierdzono, że złośliwe zwyrodnienie schorzałych gruczołów charakteryzuje dopiero późniejsze okresy choroby i że ten punkt wyjścia nie jest prawidłem. Pogląd ten opiera się bądź na spostrzeżeniach makroskopowych przy sekcji, bądź na klinicznem oddzieleniu okresu dobrze dającego się leczniczo opanować od okresu beznadziejnego. Również często występująca stabilizacja objawów zdawała się wskazywać na to, iż okres początkowy przygotowuje tylko teren dla zasadniczo innego procesu. Na szczęście jedynie drobnowidowe badanie schorzałej tkanki dostarcza dowodu jednoznacznego. O makroskopowym wyniku sekcyjnym albo chirurgicznym nie można tego twierdzić, ponieważ wypadki przy sekcji albo operacji, imponujące jako mięsak albo *scirrhus* bioptycznie były oznaczane jako granuloma Hodgkina. W łożyskach ziarniniaka złośliwego występuje, po największej części tkanka chłonna zniszczona chorobowym procesem i zastąpiona tkanką granulacyjną o większej lub mniejszej ilości komórek przybłonkowych, olbrzymich komórek Sternberga, pozatem bogata w komórki plazmatyczne, eozynochłonne, wielojądrzaste, limfocyty i fibroblasty. Często znaleść można ciała Russela i kryształki Charcot-Leydena, które są częstym towarzyszem, jeżeli nie produktem rozpadu eozynochłonnych leukocytów. Dziś okazało się, że np. do rozpoznania ziarniniaka nie jest bezwarunkowo konieczną obecność komórek Sternberga, jak to twierdził L i c h t e n s t e i n. Opisano przypadki rozpoznawcze pewnego ziarniniaka (S c h l a g e n h a u f e r, T e r p l a n, P r i e s e l, B i e b l, W i n t e l b a u e r i K a y s e r l i n g) w których komórek Sternberga nie znaleziono. Obraz drobnowidowy charakteryzuje się nietylko polymorfizmem, lecz również wahaniem się liczebnego stosunku pojedyńczych komórek i niestałością, co niejednokrotnie utrudnia rozpoznanie histologiczne.

W obrazie klinicznym symptomatologicznym rozróżniamy dwa okresy; pierwszy względnie dobrotliwy i długotrwały nie wywołuje prawie żadnych dolegliwości a dowiadujemy się o nim w szpitalu z wywiadów. Jedynym przejawem chorobowym jest zwiększenie gruczołów chłonnych pojedyńczo lub grupowo. Gruczoły zwiększone są zupełnie niebolesne, najpierw miękkie, w okresie późniejszym twardnieją, powiększają się powoli, nie ropieją i mogą lata całe pozostać na jednym stopniu zwiększenia. W pewnych przypadkach guzek zupełnie może zaniknąć, zwłaszcza przy energicznem leczeniu. W niektórych przypadkach już tym guzkom towarzyszą objawy podrażnienia skóry: świąd, wyprysk i świerzbiączka, odczyn angioneurotyczny i t. p. Jest to odczyn na rozpoczynające się zmiany w aparacie chłonnym. Niekiedy rozpoczyna obraz chorobowy niedokrwność złośliwa, zachodzić jednak może możliwość przypadkowej koincydencji (przyp. H a l i ř a). W pierwszym tym okresie bywa jeszcze dość charakterystycznym charakter miejscowy. Charakter ten utrzymać się może i przez okres drugi, przyczem liczba nowotworów gruczołowych wzrasta. Rozpoznanie choroby w pierwszym okresie jest bardzo trudne, również z tego powodu, że mogą chorobie ulec gruczoły mało dostępne technice badania, jak np. gruczoły pozaotrzewnowe. Niekiedy wzbudzi podejrzenie silne drażnienie do kaszlu, biegunki, mdłości, a ponieważ te objawy mogą występywać i bez zwiększenia się gruczołów znika znaczna część przypadków tego okresu pod szerokim płaszczem mylnych rozpoznań. Lecz i w przypadkach, w których choroba ta była od samego początku przy pomocy badań histologicznych rozpoznaną, podaje się rozmaity czas trwania tego okresu, przyczem różnice mogą obejmywać dziesięciolecia. Ostro odgranicza się od tego okresu okres drugi, okres względnie nagłej progresji, w którym nastaje nowe bujanie tkanki gruczołowej a w większości przypadków wyraźna generalizacja choroby.

Spotykamy tu objawy, które nietylko przypominają, lecz w rzeczywistości są ciężkiem zatruciem wewnętrznem. Częste zwiększenie śledziony (według Z i e g l e r a 65—70%) t. zw. porfirowa i wątroby (Z i e g l e r 60%) przyłącza się do zmian gruczołowych. Objawem prawie że prawidłowym jest podwyższenie ciepłoty. Krzywe gorączkowe nie posiadają w większości przypadków żadnego stałego charakteru. Niekiedy spotyka się rekurujący typ (E b s t e i n) przy którym 5—10-dniowe ataki gorączki występują naprzemian z 3—7 dniami względnego albo bezwzględnego stanu bezgorączkowego. W przypadkach o przebiegu piorunującym (foudroyant) nie należy do rzadkości gorączka ponad 40%. Mogą również występować skoki septyczne z dreszczami. Gdzieindziej gorączka występuje dopiero przed stanem końcowym choroby i towarzyszy jej czasami senność (Z i e g l e r). Uderzające wyczerpanie, postępujące charłactwo u ludzi dawniej żelaznego zdrowia, uderzająca bladość skóry oraz błon śluzowych nieraz z odcieniem żółtaczkowym dopełniają ten obraz głęboko sięgających zmian. Oprócz objawów związanych z właściwym charakterem choroby, występuje cały szereg objawów wtórnych, wynikających z anatomicznej czynnościowej łączności chorej tkanki ze sąsiedztwem. Siedliskiem schorzenia może być każda tkanka chłonna; może dojść do uciskowego porażenia nerwów, do ucisku tchawicy i przełyku, do obrzęków oraz do całego szeregu innych powikłań, zależnych od umiejscowienia się procesu chorobowego. Częstym objawem jest silne pocenie się. Chory z postępem choroby traci na siłach, odczuwa wstręt do jedzenia, traci na wadze, trapią go często chorobliwe zmiany na skórze jak świąd, wyprysk, świerzbiączka, wybroczyny krwawe. Świąd objawia się w okresie początkowym tak często, iż przez francuskich autorów stworzone zostało nowe pojęcie choroby *„adenie éosino — philique prurigène"*. Wcześnie rozpoczyna się charłactwo. Krew nie przedstawia stałego, typowego obrazu. Znajdujemy nierzadko zupełnie prawidłowe stosunki, w innych przypadkach zmieniony liczbowy stosunek elementów. Może być bezwzględna i względna leuko- i limfocytoza, leuko- i limfopenja, leukocytoza z limfopenją albo odwrotnie, mogą być redukowane albo pomnożone tak granulocyty jak i trombocyty. Rozmaitość obrazu krwi jest w tej chorobie tak bogata, że podobną znajdujemy tylko w chorobach zakaźnych. Stosunkowo najczęściej znajdujemy leukocytozę z względną limfopenją, wysoką neutrofilją i eozynofilją. Liczba krwinek i hemoglobina z początku prawidłowa, później spada w miarę zbliżania się końcowego okresu. Z reguły zaś przypomina obraz niedokrwności wtórnej (F a b j a n). Obraz krwi sam dla siebie nie wystarcza bezwzględnie do odróżnienia ziarniniaka od granuloma gruźliczego, kiłowego, limfosarcoma i t. d. Dość częste występowanie w moczu dodatniego

odczynu dwu-azowego, a przy lokalizacji w wątrobie urobilinogenu może o wiele bardziej poprzeć rozpoznanie.

Oprócz objawów ogólnych wykazuje chory też inne objawy, poboczniejsze, wywołane umiejscowieniem się choroby. Niekiedy występują trudności w połykaniu. W żołądku przychodzi często do krwawienia, objawów dyspeptycznych, hypaciditas: przy ziarniniaku jelita występują biegunki niekiedy krwawe. Rzadko jest w brzuchu macalny guz. Inne objawy zależą od dalszego rozwoju choroby. I tak może dojść do niedrożności jelita ze wszystkimi typowymi objawami *(invaginatio, peritonitis)*. Przy ucisku na żyłę wrotną i żyłę czczą dolną powstaje puchlina brzuszna i t. d.

Oprócz badania histologicznego wyciętego gruczołu ważnem jest dokładne badanie Roentgenem. Przy schorzeniu miejscowem w jamach ciała, albo kości może mieć to badanie wielkie znaczenie (zwłaszcza w śródpiersiu). Uda się nam przynajmniej tą drogą z grubsza odróżnić limfogranuloma od zmian nowotworowych albo gruźliczych. Również odczyn na naświetlania terapeutyczne możemy użyć jako moment rozpoznawczy: ziarniniak jest bardziej odporny.

Według tego co dotychczas powiedzieliśmy możemy chorobę Hodgkina bardzo lekko odgraniczyć od postaci przerostowej limfoma leukemicznego. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę przewlekłą limfadenozę (pseudoleukemja Pinkusa) rozpoznanie różniczkowe staje się trudniejszem. Za adenozą aleukemiczną przemawiać może tylko liczbowy stosunek białych ciałek krwi, a więc większa liczba limfocytów z tendencją do dalszego wzrostu w przebiegu choroby, niekiedy znalezienie patologicznych postaci limfocytarnych. Również zwiększenie wątroby, relatywnie większy udział gruczołów podszczękowych może ze znacznem prawdopodobieństwem przemawiać za limfadenoma aleukemicznem. Trudnem może być kliniczne odgraniczenie od hyperplastycznej postaci gruźlicy gruczołów chłonnych i od granuloma kiłowego. Typowa gruźlica tkanki chłonnej posiada jednak skłonność do zmian wstecznych: do zserowacenia, ropienia i zlewania się z tkanką sąsiednią, zaś luetyczne nowotwory gruczołowe bardzo rzadko są odosobnione i rzadko występują bez innych zmian kiłowych błon śluzowych, skóry lub kości. Znalezienie prątka Kocha lub krętka bladego nie musi posiadać znaczenia ostatecznego dowodu. Bardzo często przy różniczkowem rozpoznawaniu wchodzi w rachubę mięsak, nabłoniak albo inny pierwotny nowotwór aparatu chłonnego. Również i przerzuty nowotworu śródpiersiowego, nadnerczaka, raka sutka albo grasicy i inne ukryte umiejscowienia nowotworu mogą maskować obraz umiejscowionego ziarniniaka. Znalezienie pierwotnego nowotworu, zachowanie się ciepłoty i śledziony, wynik badania moczu, a głównie histologiczne badanie wyprowadzić nas może z niepewności.

Postacie najbardziej ostre mogą być zbliżone do obrazu duru brzusznego, gruźlicy prosówkowej albo posocznicy dla rozpoznania tych chorób mamy jeszcze inne środki pomocnicze. Jeżeli jednak nie są rozwinięte jeszcze guzy gruczołowe albo je przy badaniu niedostrzeżemy, dowiemy się wówczas o właściwym charakterze choroby dopiero na stole sekcyjnym. Wyłączenie duru, posocznicy i gruźlicy nie wyklucza jeszcze zdaniem niektórych klinicystów możliwości aby przy ziarniniaku nie mógł wchodzić w rachubę podobny możliwie zmodyfikowany czynnik zakaźny (t. zw. metazakażenie, Očenašek). Choroba wikłać się może dołączeniem choroby zakaźnej przyczem oznaki choroby pierwotnej moga być zatarte.

Miejsce występowania ziarniniaka może być rozmaite: w 50% bywają to gruczoły karkowe (Frankel). Bardzo rzako występuje odosobniony ziarniniak przewodu pokarmowego, dlatego dawniej nie był brany wogóle w rachubę przy różniczkowem rozpoznawaniu między ziarniniakiem a lifosarcoma jelit. Pierwszy przypadek ziarniniaka jelit opisał Schlagenhaufer dopiero w roku 1913. Również te przypadki w których ziarniniak zajmuje wpierw gruczoły chłonne a później i przewód pokarmowy są rzadkie i starannie zbierane. Dotychczas mamy podobnych przypadków opisanych 39 (Coronini, Joselin de Jong, Cararas-Georgantas, de Groot, Neuber, Sternberg, Sussik, Pamperl-Terplan, Terplan-Walesch, Busni, Cigler, Schlagenhaufer, Lichtenstein, Nowotny, Biebl, Heimann-Harry, Eberstadt, Steindl, Redwitz, Frobese, Kan, Schegulew, Očenašek, Weinberg, Urchs). Również nasz przypadek I. można według wszelkiego prawdopodobieństwa zaliczyć do grupy ziarniniaka złośliwego, który oprócz gruczołu chłonnego zajął i przewód pokarmowy (patrz opis przypadku pierwszego). Kliniczne rozpoznanie ziarniniaka przewodu pokarmowego jest z początku schorzenia wogóle prawie, że niemożliwe, prawdopodobnie z powodu rzadkości tej choroby. Niejasność i nierównomierność klinicznego a niekiedy i anatomopatologicznego obrazu prowadzi często do mylnych rozpoznawań. Kilka rozpoznań przypadków ziarniniaka zajmującego i przewód pokarmowy nie sekcjonowanych oparto również o wynik badania histologicznego (przyp. Cacaras-Georgentas, Joselin de Jonga i Pokolita). Stałym objawem przez wszystkich autorów zaznaczonym jest ciągle, wzrastające charłactwo i szybki ubytek sił. Inne objawy, jak nieprawidłowe gorączki, poty, biegunki, wypryski, krwawienia, wymioty, mogą wzbudzić podejrzenie na ziarniniaka, są jednak niepewne i niestałe, i zależą od intenzywności i lokalizacji chorobowego procesu. Jeżeli wyłuszczenie powiększonego gruczołu chłonnego jest możliwe, jak w naszym przypadku, możemy mieć większą nadzieję na trafne i wczesne rozpoznanie; koniecznem jest zwrócenie uwagi, iż właśnie w postaci gastrointestynalnej ziarniniaka bardzo rzadko zwiększają się obwodowe gruczoły chłonne i również rzadko wymacać możemy guz w jamie brzusznej

Jak dalece trudności nasuwające się w rozpoznaniu ziarniniaka złośliwego przewodu pokarmowego prowadzić mogą do mylnych rozpoznań, przedstawić możemy na przypadkach: Heisena, który rozpoznał wpierw dur, później sepsis kryptogenes, dalej na przypadkach Schlagenhaufera: *limfosarcoma, Tbc. intestini,* Terplana, *enteritis ulcerosa,* Steindla: *ca. ventriculi* i t. d.

Rokowanie jest *quoad sanationem et vitam* złe, a u ziarniniaka przewodu pokarmowego, który według twierdzenia wszystkich autorów jest szczególnie złośliwy, jest bezwzględnie beznadziejne. Przyczynia się do tego ciężkie uszkodzenie narządów ważnych dla życia. Wprawdzie opisano przypadki samorzutnego wyleczenia (Ziegler) uważać należy je jednak za wyjątki. Rozpoznanie ziarniniaka przewodu pokarmowego będzie tem lepsze, czem wcześniej groźne objawy wymagać będą zabiegu chirurgicznego, t. j. radykalnego usunięcia całej schorzałej części.

Etjologja ziarniniaka jest mimo licznych badań dotychczas nieznaną. Według poglądu większości autorów chodzi prawdopodobnie o proces zapalny, wywołany czynnikiem nieznanym, który posiada własność silnego rozmnażania się, a szukać go należy bądź we krwi, bądź w schorzałych narządach. O charakterze jego, zdania autorów są rozbieżne. Najczęstszym jest pogląd, że ziarniniak pozostaje w jakimś genetycznym i przyczynowym związku z gruźlicą, niektórzy obwiniają nawet prątek Kocha.

Sternberg znalazł procesy gruźlicze w 15 — 18%, dlatego początkowo scharakteryzował chorobę jako gruźlicę odmiennego typu, później jednak podobnie jak Paltauf porzucił tę myśl. Pogląd o pochodzeniu gruźliczem ziarniniaka popierano tą okolicznością, że człowiek chory na tę chorobę cierpi często i na gruźlicę (Lichtenstein znalazł w 50% ciężkie, w 25% dość silnie rozwinięte zmiany gruźlicze w ustroju), niekiedy obie choroby występują w tym samym gruczole (Reinsberg-Kadlicky). Dalszą okolicznością pozornie popierającą to twierdzenie jest wynik doświadczenia z zaszczepienia świnki morskiej materjałem pobranym z ziarniniaka z częstym dodatnim wynikiem gruźliczym.

Ponieważ w licznych przypadkach chodzi równocześnie o schorzenie ziarniniaka i gruźlicy, nie uważa Dürck wyżej wspomnanych doświadczeń za przekonywujące. Wedle Henkego są świńki morskie bardzo czułe na gruźlicę; często reagują one dodatnio już na nieznaczne ilości krwi osób z utajoną gruźlicą (Lubarsch) dają również dodatni odczyn z prątkiem Kocha osłabionym.

Ceelen i Rabinowitsch badając szczegółowo 12 przypadków znaleźli zaledwie w jednym prątek Kocha. Fraenkel i Much tylko raz na 17 przypadków znaleźli równoczesne zmiany gruźlicze; odkryli przytem ziarenka oporne na antyforminę, jednak nie kwasoodporne, występujące przy barwieniu Gramem. Herxheimer przypuszczał, że czynnik wywołujący ziarniniak jest analogiczny do prątka Kocha, albo że jest to typ zgoła odrębny. Ceelen i Rabinowitsch nie przypisują prątkowi Kocha zdolności wywoływania limfogranulomatozy, a w przeciwieństwie do innych poglądów (Lichtenstein), (iż chodzi o prątek w swej żywności osłabiony), słusznie twierdzą, że drobnoustrój ten nie może wywołać schorzenia o tak wielkiej złośliwości i śmiertelności. Matthes w 53 przypadkach 2 krotnie napotkał gruźlicę, odczyn Pirqeta był zawsze ujemnym. Kuczyński i Hanek przypuszczają, że wchodzi tu w rachubę nowe zakażenie, które szeregują pomiędzy gruźlicą a promienicą. Znaleźli oni w komórkach Sternberga postacie ziarniste i włókniste, zaliczone przez nich do rodziny grzybów. Zgadza się z nimi Haberfeld, który zauważył obraz chorobowy podobny do granuloma Hodgkina dość często w Ameryce Poł. a przytem znalazł liczne blastomycety i ich zarodniki. Obraz przypominał tuberkulidy zeserowaciałe. O badaniu histologicznem referat nie

wspomina. Negri i Miernot w miazdze śledziony, Bunting i Yates w gruczołach chłonnych, Grunbach we krwi chorego na ziarniniaka znaleźli drobnoustroje, zaliczając je do grupy *coryne, bacterium Hodgkini.* Podobny drobnoustrój, wyhodowano w Bratislawie. Prawdziwość jego działania starano się wykazać na antropoidach (*(Macacus rhesus).* Po zastrzyku występowało zwiększenie gruczołów sąsiednich, lecz histologiczne badanie wykazywało stan zapalny bez owych wyżej wspomnianych typowych oznak. Zawsze przy doświadczeniach tych występywały tylko niektóre objawy zewnętrzne, analogiczne do ziarniniaka, lecz budowa drobnowidowa odbiegła zawsze od prawidłowego obrazu ziarniniaka. (Askanazy, Aschoff, Frenkel). Busni (Odessa), doszła na podstawie badań bakterjologicznych krwi, gruczołów i narządów zajętych ziarniniakiem do przekonania, iż chodzi o drobnoustroje, morfologicznie podobne do prątka Kocha, które jednak nie są identyczne z nim, lecz tworzą samodzielną bakteremję. Pewnem jest, że wszystkie starania o wykazanie swoistej patogenezy ziarniniaka spełzły na niczem. Dotychczas nieznany jest ani jeden przypadek przeniesienia granuloma z człowieka na człowieka. Można przeto wyłączyć zakaźny czynnik, sui generis. Priesel-Wintelbauer w jednym przypadku opisują łożyskowe przeniesienie granuloma złośliwego z matki na płód. Nie dowodzi to jeszcze niczego. Również trudno mówić o dyspozycji dziedzicznej, gdyż nie posiadamy na to żadnych dowodów. Niektórzy przyjmują, że czynnik wywołujący nie jest jednolity, że pewne znaczenie patogenne należy przypisać całemu szeregowi znanych już skądinąd mikrobów np. prątkowi Eberta. (Często u ziarniniaka dodatni Widal, ziarniniak występuje nieraz po durze jak w przypadku Lorrain-Rendera). Określają granuloma złośliwe jako chorobę „metazakaźną", którego właściwą przyczyną są różne gatunki patogennych drobnoustrojów, a ich charakterystyczny obraz zależy bardziej od swoistego charakteru tkanki chłonnej, aniżeli od specyficzności drobnoustroju. W tym specjalnym charakterze metachoroby tkwi przyczyna, dlaczego nie udało się nam dotychczas wywołać doświadczalnie limfogranuloma. Dla każdego klinicysty przedstawia ta choroba typ oddzielny, uważa się tę chorobę za zupełnie samodzielną i nie zależną od jakichkolwiek postaci zakaźnych już nam znanych, szczególnie gruźlicy (Nägeli, Krauss, Lubarsch). Nie wiemy którą drogą czynnik dostaje się do ogniska choroby; możliwie, iż wielkie znaczenie posiadają tu wpływy, osłabiające żywotność tkanki a tem samem i jej odporność.

Leczenie. Leczniczo jesteśmy w przypadkach rozlanej limfogranulomatozy zupełnie bezsilni. W okresie pierwszym posiada choroba skłonność samowolną do stabilizacji, względnie cofa się aż do zupełnej euforji. W tym okresie możemy po poznaniu przyczyny przy pomocy badania bakterjologicznego wyciętego gruczołu, albo odczynu zlepnego leczyć surowicą swoistą i wieloważną, szczepionką lub autowakcynacją osiągnąć zadowalniające wyniki, jakich nie osiągniemy w okresie drugim (według poglądu zwolenników o „meta-pochodzeniu" tej choroby). W stadjum tem chory nie mając specjalnych dolegliwości, nie jest świadom, jak groźny jest jego los, przeto niechętnie poddaje się skomplikowanemu i bolesnemu leczeniu zakładowemu. W praktyce lekarz często napotyka ten początkowy okres limfogranuloma. Przypadki takie powinien odesłać natychmiast do szpitala lub kliniki, a nie zadowolić się tylko zalecaniem naświetlań roentgenowskich. Wskazane jest to z tego powodu, że w drugim okresie wycięcie próbne guza jest często niebezpieczne. Co do środków leczniczych to te dotychczas zawiodły. Krytycznie zapatrywać się należy na szereg opisanych przypadków wyleczonych podawaniem nalewki Fowlera (3 dni po 5 kropel, 3 dni po 10 kropel i t. d. aż do 20 kropel, a następnie w tym samym stosunku zmniejszać dawki). Również inne przetwory arsenowe, atoksyl, arsacetyna 0,05, 3 × dziennie, (dzisiaj zamiast arsacetyny wyrabia się optarson, solarson, spirocyt), salwarsan i cały szereg innych przetworów nie spełniły pokładanych w nich nadziei. P. Peszic (Belgrad) leczy kalomelem w dawkach dziennych 0.15 — 0.4; donosi on iż bardzo groźne stany polepszyły się po nim. Lewin wstrzykiwał introcyd (jod-cerum). Przetwór ten chwali również Geronne; osiągnął nim kilkakrotnie wyleczenie, zaś wielokrotnie występywała stabilizacja procesu. Dobre wyniki opisane są po naświetlaniu radem i pokrewnym mezotorem. Jednak i tu nie napotykamy w literaturze zadawalniających wyników, gdyż najlepsza statystyka wykazuje ledwie 15 % klinicznego wyleczenia. Stanowisko dominujące zajmuje Roentgen. Najlepsze wyniki osiąga się w postaciach umiejscowionych i dostępnych działaniu promieni.

W postaciach rozlanych, gdzie wielka część zwyrodniałej tkanki wymyka się z pod techniki badania jest leczenie Roentgenem problematyczne, nawet gdy gruczoły zwiększone się cofają. Wyjątkowo po naświetlaniu wystąpi burzliwy odczyn w postaci nagłego wybuchu objawów ogólnych, które w ciągu kilku dni a nawet godzin prowadzą do śmierci. Przypuszczamy iż w tych przypadkach następuje szybki rozkład chorobliwej tkanki a tem uwolnienie jadów. Niektórzy myślą o wstrząsie anafilaktycznym. Najważniejszem jest indywidualne stopniowanie dawek. Leczenie Roentgenem prowadzi się w serjach, w przerwach 4—6 tygodniowych. Tak długo naświetla się, aż znikną guzy gruczołowe, a po zniknięciu tych, jeszcze 6 — 12 tygodni później. Jeśli nie nastąpi nawrót możemy przerwać. Pozostaje jeszcze leczenie chirurgiczne. Lecz i tutaj podnoszą się głosy ostrzegawcze. Usunięcie wielkiej grupy gruczołów oznacza uwolnienie naturalnej barykady, niedopuszczającej wroga do dalszych tkanek. Opisanych jest cały szereg przypadków, w których operacja kończyła się bądź ogólnym wzrostem bujania i nagłą śmiercią, bądź rychłym nawrotem bez jakichkolwiek możliwości powstrzymania zgubnego procesu. Przeważnie zabieg chirurgiczny posiada tylko znaczenie rozpoznawcze. Lecz i przy próbnem wycięciu należy być ostrożnym i ograniczać się na guzek odosobniony, a to wedle możności w okresie pierwszym. Konieczność chirurgicznego zabiegu zachodzi tylko w tych przypadkach, gdzie występuje *indicatio vitalis,* usunięcie jakiegoś objawu niebezpiecznego dla życia, jak ucisk na tchawicę, przełyk i t. d. Wedle doświadczeń z lat ostatnich można twierdzić, iż leczenie chirurgiczne oddaje dobre usługi w przypadkach ziarniniaka pokarmowego.

Tylko radykalnem usunięciem schorzałej części przewodu pokarmowego z ewentualnem usunięciem przynależnych gruczołów krezkowych może być chory uzdrowiony, jeśli nie trwale, to przynajmniej czasowo. Często po usunięciu schorzałej części jelita (Biebl, Coronini) gruczoły się zmniejszają i chorobowy proces się cofa.

Piśmiennictwo.

Nägeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik (1919). — Brauer, Schröder Blumenfeld: Handbuch der Tuberkulose (4 tom). — C. Sternberg: Kl. W. 1925. — Banting-Yates: Arch. of the int. med. (12). — Kuczyński-Hanek: Zeitschrift f. kl. M. 99. — Winkelbauer-Priesel: M m. W. 1926. — Halif: Med. Kl. 1925. — Ebstein: B. Kl. W. 1926. — Geronne: Kl W. 1925. — B. Pešic: W. kl. W. 1926. — J. de Groot: Frankf. Z. f. Path. tom 26. — Pamperl-Terplan: Med. Klin. 1925. — Ziegler: Path. u. Therapie, (Kraus-Brugsch, tom 8). — Ceelen-Rabinowisch: Ztschr. f. Tuberk. 1917. zesz. 24. — Fraenkel: Lymfomatosis granulomatosa. — Fischer, Jena, Herxheimer: Beitr. z Klin. d. Infektionskrank. 1913 zesz. 2. — Josselin de Jong: Frankfurt. Ztschr. f. Path. zesz. 31. 1925. — Schlagenhaufer: Virch. Arch. f. Path. u. path. Anat. zesz. 227. 1920. — Sussig: Med. Klin. 1924. zesz. 3. — Chaoul Lange: Münch. med. Woch. 1923. str. 17. — Coronini, Ziegler-Aschoff: Beiträge zur path. Anat. 1928, 80, zesz. 2. — Matthes: Differentialdiagnostik der inneren Krankheiten. — Očenašek: Časopis lek. česk. 1929, zeszyt 21.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prymarjusz Dr. J. MUENZER (b. sekundarjusz oddz. dr. Piseka)

Przyczynek do kliniki białaczki monocytarnej u dziecka.

Z oddziału pedjatrycznego szpitala żyd. fund. M. Lazarusa.

Nowoczesna hematologja uważa białaczkę za schorzenie wielkich ściśle określonych systemów komórek rozmieszczonych po całym organizmie. Zależnie od systemu, który w danej chwili jest objęty chorobą, dzielą się białaczki na myeloiczne i lymfatyczne z przebiegiem ostrym lub przewlekłym. W ramę tego przejrzystego szematu dają się umieścić wszystkie typowe białaczki, ale także i atypowe i białaczki ze specjalną jakąś odmianą jak Leukosarcomatosis, Chloroleukaemia i Aleukaemia. Poza nawiasem tego szematu stoi trzecia grupa białaczek, które charakteryzuje obecność wielkiej ilości, dochodzącej nawet do 80% wielkich jednojądrzastych przejściowych monocytów. Jak obecnie przyjmują, pochodzą one z 3 systemu, z układu siateczkowo-wśródbłonkowego śledziony i wątroby, szpiku kostnego, w gruczołach i w tkance. Spotyka się młodsze i starsze bez reakcji oxydazowej lub słabo dodatniej, bez ziarenek obojętnochłonnych;

nieraz także dużo monocytów atypowych różnych wielkości ze silnem zasadochłonnem pierwoszczem i o jądrach atypowych, przyczem system granulocytów wcale nie, albo mało ucierpiał, tylko w daleko posuniętych przypadkach pojawiają się myelocyty jak przy białaczce limfatycznej. Limfocyty same nie okazują żadnych zmian.

W wieku dziecięcym białaczki uchodzą wogóle za rzadkie schorzenie. Według zestawienia Benjamina i Stuki było na 1150 na klinikę wiedeńską dziecięcą przyjętych chorych tylko 5 przypadków białaczki, a to 2 przypadki białaczki limfatycznej ostrej, 1 ostra myeloiczna i 2 chlorowe.

Na 916 chorych naszego materjału oddziałowego stwierdziliśmy tylko 1 przypadek, a to białaczki monocytarnej.

Bardzo rzadkie są białaczki wrodzone i białaczki u osesków. Wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki miały przebieg ostry tak myeloiczne jak limfatyczne. Także w późniejszym wieku t. j. między 2—14 r. ż. białaczki przebiegają prawie zawsze ostro i formy limfatyczne są o wiele częstsze niż myeloiczne. Na 35 limfatycznych przypada 10 myeloicznych. Co do płci, to wykazują wszystkie zestawienia przewagę u chłopców, nieco w stosunku 33 : 17.

Od czasu jak H. Reschad i Schilling w r. 1913 ogłosili przypadek białaczki monocytarnej jako odrębną jednostkę chorobową, ilość w piśmiennictwie ogłoszonych przypadków jest bardzo skromna. Kwestja, czy białaczka monocytarna przedstawia jednostkę chorobową sui generis nie jest do dnia dzisiejszego przez wszystkich badaczy jednomyślnie rozstrzygnięta.

Szczególnie z tego powodu, a zwłaszcza, że ten przypadek białaczki monocytarnej dotyczy dziecka zasługuje on na szersze omówienie.

M. G. 8 letni chłopak. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Przebył kur i kilkatrotnie katary nosa i gardła. Przez miesiące letnie 1925, 1927, 1928 przebywa na leżalni. W r. 1928 P. +++ Roentg.: Cienie gruczołów wnękowych nasilone, około lewej wnęki drobne zwapnienia.

6. V. 1929 przyjęty na oddział, przysłany z poradni przeciwgruźliczej ponieważ chłopak od kilku tygodni kaszle i lekko gorączkuje.

Stan obecny (7. V. 1929): Przytomny, porusza się swobodnie w łóżku, C. = 37.9, t. = 92. Budowa kośćca delikatna, wzrost odpowiedni, odżywianie liche, cera blada, błony śluzowe blade, migdałki nie powiększone, dolne siekacze środkowe karjetyczne, dziąsła także obrzękłe, zaczerwienione, na ucisk bolesne. Gruczołki szyjne szczególnie w okolicy żuchwy i po obu bokach krtani wielkości grochu, macalne, przesuwalne, przy dotyku bolesne. Płuca o granicach prawidłowych, wypuk jawny, szmery pęcherzykowe, w dolnych partjach szorstkie. Wątroba, śledziona nie powiększona. Mocz: cg. 1012 b = 0, c = 0 osad: nic patologicznego. Na drugi dzień matka zabiera go do domu.

13. 5. Ponownie przyjęty na oddział. W międzyczasie dentysta usunął mu 2 dolne siekacze. Status z d. 14. 5. 29. Przytomny, ale bardzo niespokojny c = 38.5, tętno 96. Na skórze klatki piersiowej, brzucha, kończyn dolnych pojedyncze wybroczynki. wielkości ziarnka maku, świeże i stare, na pośladku lewym siniak małych rozmiarów. Warga dolna nieco wynicowana, opuchnięta, silnie napięta o tłustym połysku, przy dotyku bolesna, w głębi wyczuwa się stwardnienie. Na skórze wargi w środku drobny ubytek z brzegami czarnemi, z ubytku sączy kroplami brudnawokrwisty płyn. Broda in toto obrzękła, zgrubiała, twarda, skóra lśniąca. Obrzęk zajmuje podbródek aż do krtani. Z jamy ustnej ścieka cuchnąca ślina. Foetor ex ore. Z trudnością otwiera usta, ucisk na język szpatułką bardzo utrudniony. Dno jamy ustnej przedstawia się jako szarobrunatna wilgotna papka od której można pincetką oddzielić pojedyncze zgorzelinowe strzępy, na ogół zaś masy trzymają się mocniej podstawy niż należało przypuszczać. Dziąsła zamieniły się w szarą brudną ziarninę, która posuwa się ku wnętrznej stronie wargi dolnej. Gruczoły wzdłuż szyji powiększone. — Brzuch miernie wzdęty. Wątroba macalna. Śledziona palec poniżej łuku żebrowego. Kości przy opukiwaniu nie bolesne. Mocz: cg. = 1020, białka ślad, cuk. o, osad skąpy, 8—10 ciałek białych, obfite wałeczki drobnoziarniste.

15. Zgorzelnia skóry posuwa się dalej, obecnie wielkości 20 groszówki, brzegi bez reakcji. Gruczoł podszczękowy wielkości orzecha włoskiego. Z wielkim trudem przyjmuje pokarmy, prawie wyłącznie płyny przez rurkę.

17. V. Ogromnie osłabiony znacznie wychudł, cera blada, oddech głęboki, nieco utrudniony 52 na m. Śledziona dziś mniejsza.

18. V. Stan dziecka z godziny na godzinę coraz gorszy. Popołudniu znaczne krwawienie z jamy ust. Po zastrzyku podskórnym 20 ccm gelatyny krwawienie ustało ale nad ranem ponownie krwawi.

19. V. Traci przytomność, oddechy słyszalne, głębokie, przyspieszone, ogólne drgawki, exitus. Przez cały czas pobytu w szpitalu ciepłota wahała się między 38.3 a 40°, w dniu śmierci spadła na 37.4. Stolce codziennie nieraz 3—5 na dobę.

Badanie krwi.

Data	Leuk.	B	E	Neutrochł.				Lymf.	Mon.	Turek	Uwaga
				My	Mt	Pat.	Seg				
8/5 1929	8.000	0	4	—	—	2	50	40	3		Linsenmayer 110
14/5	50.000	—	1	—	—	—	9	18	72		Reakcja oxydorowa ujemna
18/5	52.000	—	0·5	—	1	—	1·5	13·5	82·5	1%	Linsenmayer 20

Monocyty: młode 3%, jednojądrzaste 59%, pałeczkowate 12%.

Ciałka czerw. — 1,150.000, Hg — 30%, Wsk. — 1, Płytki 200.000. Czas krwawienia 2' czas krzepnienia 5.5' odczyn Kocha ujemny, odczyn opaskowy ujemny.

Preparat krwi: Komórki duże, rozmaitej wielkości, niektóre kilka razy większe jak ciałka czerwone. Protoplasma silnie niebiesko zabarwione, często ziarenkami azurofilnemi wypełnione. Jądra atypowe, duże, nierówne, z wrębami, często ekscentrycznie ułożone, zawierające dość często wakuole. Niektóre jądra wykazują kształt rogalkowaty, niektóre segmentują się w duże segmenty. Młode monocyty przedstawiają się w postaci komórek wielkości ciałka białego już to o jądrze wielkim wypełniającem komórkę prawie całkowicie już też posiadającem szerszy rąbek protoplasmy niebieskawo zabarwione, wykazujące ziarenka azurofilne. Protoplasma ku obwodowi bardziej zbite. Komórki te przypominają myeloblasty.

Epicrisis: Chłopak 8 letni, który z powodu zmian w gruczołach wnękowych przebywa od 3 lat w miesiącach letnich na leżalni, zaczyna 3 tygodnie przed śmiercią gorączkować. Poradnia przeciwgruźlicza kieruje go wobec silnie dodatniego Pirqueta na oddział dzieci. Tu stwierdza się jeszcze dodatkowo obrzęk i rozpulchnienie dziąseł i brudną ziarninę w okolicy siekaczy dolnych. Po 48 godz. pobytu matka zabiera go do domu. Pięć dni później ponownie przyjęty na oddział, stwierdza się pojedyncze wybroczynki na skórze, broda i podbródek opuchnięte, twarde, lśniące, warga wynicowana, na skórze tejże ubytek, z którego sączy płyn surowiczo-krwawy. W jamie ustnej zgorzel dna dziąseł tworząc brudną szarawą masę, wypełniającą lukę powstałą wskutek usunięcia siekaczy zewnątrz oddziału. Przykry foetor ex ore. Proces zgorzelinowy rozszerza się i na wargę dolną. Gorączka dochodzi do 40° a początkowe powiększenie śledziony nieco się cofa. Chłopak w naszych oczach marnieje, wytwarza się stan kachektyczny, traci przytomność a wśród ogólnych drgawek umiera.

W przypadku tym należy przyjąć porażenie szpiku kostnego czego dowodem jest prawie zupełna agranulocytoza, niedokrwistość daleko posuniętą, przyczem płytki nie uległy zmianie. Martwica i infekcja wtórna wystąpiły skutkiem pozbawienia organizmu granulocytów w miejscu najbardziej dostępnem dla drobnoustrojów jak jama ustna u osobnika nie wykazującego żadnych cech konstytucjonalnych przemawiających za status thymo-lymphaticus.

Piśmiennictwo:

M. m. W. 1913. Z. 36, J. f. K. 1907. E. A. J. f. K. 104. 54 tom, J. f. K. 116 t. 66. Schilling: Das Blutbild 1926.

Prym. Dr. M. PENZIAS. Lwów.

O rozpoznawaniu i umiejscowieniu przetok jelitowo-pęcherzowych.

Z instytutu roentgen. Szpitala Żyd. fund. Lazarusa we Lwowie.
Kierownik: Prym. Dr. M. Penzias.

O przetokach jelitowo-pęcherzowych w piśmiennictwie skąpo; częstsze, szczególnie ostatnio, w związku z leczeniem radem wzmianki o rozpoznaniu i leczeniu przetok pęcherzowo-pochwowych. Na przeszło 20.000 chorych, których miałem sposobność badać roentgenologicznie w ostatniem dziesięcioleciu, dwa razy chodziło o potwierdzenie rozpoznania i ścisłe umiejscowienie prze-

tok jelitowo-pęcherzowych, oba razy w ciągu jednego miesiąca bieżącego roku.

W podręcznikach, w piśmiennictwie zawodowem nie podano też sposobu, jak wykryć miejsce połączenia jelita z pęcherzem; sam otwór komunikujący może być bardzo drobnym, tylko czasem drożnym, w każdym razie nawet przy zastosowaniu środków kontrastowych czy to od strony pęcherza, czy też od strony przewodu pokarmowego nieda się uwidocznić. Toteż pozostała mi tylko droga połączenia dwu metod: prześwietlenia chorego po podaniu środków uwidaczniających i oznaczenia miejsca, w którem znajduje się treść kontrastowa w chwili, gdy w moczu okaże się zastosowany środek kontrastowy — bar. I tu nowa trudność: nie mamy łatwej, podręcznej reakcji chemicznej dla wykrycia w moczu połączeń barowych; pod drobnowidem tworzą one osad bezpostaciowy, nie charakterystyczny, jakiego w mętnym i tak moczu takich chorych sporo. Celem szybkiego rozstrzygnięcia, czy dany mocz zawiera osad barowy prześwietlałem tedy próbówki po zcentryfugowaniu: bar jako metal ciężki osiadał na dnie i dawał na ekranie pierścień (stożek) cienia zbitego, metalicznego, podczas gdy każdy inny osad prawie się nie zaznaczał; zresztą nawet niezcentryfugowana próbówka z moczem zawierającym bar dawała na ekranie cień bardziej nasilony niż ta sama próbówka wypełniona każdym innym nawet najmętniejszym moczem. W ten sposób uplanowane badanie doprowadziło też w obu przypadkach, które poniżej w krótkości opisuję, do wcale dokładnej lokalizacji przetok.

Przypadek I.

Chory lat 38, źle odżywiony i blady; od kilku miesięcy chwilami odczuwa kurcze w podbrzuszu, po których zauważył resztki pokarmowe w moczu (mak); przysłany do badania roentgenologicznego celem stwierdzenia i ewentualnego umiejscowienia przetoki; mocz zawiera składniki ropne, i osad bezpostaciowy, czasem bywa czysty. W przypuszczeniu, że prawdopodobniejszą jest przetoka z jel. grubem (rectum), wypełnienie kiszki grubej per anum zawiesiną barową (2 litr.): w moczu mimo niewątpliwie dużego ciśnienia w kiszce grubej przy lewatywie, większego w każdym razie niż fizjologicznie — bar się nie pokazał. Wobec tego podanie zawiesiny per os i prześwietlanie co godzinę przy równoczesnem badaniu współcześnie oddanego moczu: w 4 g. po jedzeniu, prześwietlanie wykazuje poczynające się wypełnianie kiszki ślepej, całą spożytą masą barową w pętlach jel. cienkiego pod prawym tal. biodrowym, równocześnie mocz bardziej mętny okazuje przy prześwietleniu próbówki cień silnie wysycony, po osadzeniu w wirówce na dnie próbówki pierścień (stożek) metalicznego, ruchomego przy pochylaniu cienia barowego rozpoznanie: przetoka jel. cienkiego tuż przed coecum z pęcherzem moczowym, tło prawdopodobnie tbc. jednak charakterystycznego obrazu patognomicznego dla tbc. ileocoecalis (objawu Stierlina)) nie było. — Operacja wykryła w tem miejscu zrosty i ropę, nie wyjaśniając dostatecznie sprawy; naświetlanie prom. rentgen. i badanie ropy później przez ranę operacyjną sączącej wykazało promienicę.

Chory pozostaje w leczeniu naświetlaniami — jednak mimo chwilowej po naświetlaniach poprawy — prognosis dubia.

Przypadek II.

Chory lat 63, wychudły, przed kilku laty przecięcie zwieracza odbytnicy i prostatectomia neoplasmy.

Obecnie incontinentia recti. Przysłany do badania z powodu okazania się składników pokarmowych w mętnym moczu i cystitis. — Z powodu złej funkcji zwieracza wypełnienie kiszki grubej per anum mniej wskazane; zatem znów wypełnienie per os; dopiero w 24 godz. po jedzeniu, gdy prześwietlenie stwierdza początek słupa tr. barowej w rectum, okazuje osad w moczu w prześwietleniu cień metaliczny; zaś w 6 g. później, gdy cała masa barowa wypełnia rectum widoczna obfita, szeroka warstwa baru w moczu pod warstwą składników ropnych i innych organicznych.

Rozpoznanie umiejscawia tedy z łatwością przetokę w dośrodkowej części prostnicy: operacja stwierdziła ca. w okol. genu recto-romanum — któremu chory uległ. — Zatem w obu przypadkach podana metoda z łatwością pozwoliła na umiejscowienie przetok.

Streszczam: podanie metody radioskopijnej dla lokalizacji przetok jelitowo-pęcherzowych i opisanie dwu rzadko spotykanych przypadków takich przetok: na tle promienicy i raka.

Prym. Dr. S. LEHM. Lwów.

Ropne zapalenie gruczołu przyusznego jako powikłanie pryszczykowego zapalenia migdałków.

Ropne zapalenie gruczołu przyusznego jest powikłaniem spotykanem najczęściej w przebiegu całego szeregu chorób zakaźnych. Największy odsetek dają dury (brzuszny, osutkowy i powrotny), następnie płonica, odra, cholera i gorączka połogowa; gruźlica i rak natomiast przeważnie w okresie charłactwa.

Jest to powikłanie bardzo poważne jeżeli się zważy, że występuje zawsze z wysoką gorączką i atakuje ustrój wyniszczony już chorobą podstawową.

Rzadko rozpoczyna się zajęciem całego gruczołu. Przeważnie wyczuć się daje przy obmacywaniu obrzękłego gruczołu wysepkowate, ograniczone stwardnienie jednego zrazika, nad którym po krótkim czasie występuje zaczerwienienie skóry i chełbotanie i stąd sprawa ropna przenosi się szybko na sąsiednie zraziki gruczołu. W miejscu tem nastąpić może przebicie, — jeżeli wcześniejszem nacięciem nie umiejscowi się dalszego rozszerzenia sprawy ropnej. Nierzadko następuje pomimoto przebicie do przewodu zewnętrznego ucha — jestto zejście niekorzystne — gdyż tak nacięcie jak i samoistne pęknięcie w miejscu chełbotania spowodować może długotrwałe ślady w postaci przetoki ślinowej lub zniszczeniem niektórych gałązek nerwu twarzowego. Bywają też zapalenia ropne gruczołu przyusznego, w przebiegu których przychodzi do przejścia sprawy ropnej na sąsiednie tkanki, do zakrzepów żylnych, ogólnej ropnicy, zapalenia opon mózgowych.

Rokowanie zależy przedewszystkiem od postaci samego zapalenia — od stopnia wyniszczenia ustroju chorobą podstawową; przy postaci powikłanej ogólną ropnicą rokowanie jest niepomyślne.

W ostatnich dniach spostrzegaliśmy wspólnie z Prymarjuszem Münzerem przypadek ropnego zapalenia gruczołu przyusznego u 11 letniej dziewczynki z początkiem trzeciego tygodnia płonicy, po blisko 10 dniach bezgorączkowych. Przy obmacywaniu gruczołu przyusznego i lekkim ucisku w okolicy największego stwardnienia widać było od strony jamy ustnej, wydobywającą się gęstą wydzielinę ropną przez ductus Stenonianus. Sprawa skończyła się pomyślnie po nacięciu ropnia na twarzy w miejscu chełbotania, które wystąpiło w kilka dni po pierwszem badaniu.

Do wyjątków jednak zaliczyć należy ropne zapalenie gruczołu przyusznego w następstwie pryszczykowego zapalenia migdałków i taki właśnie przypadek opisać pragnę:

Czteroletnia M. D. zapadła 7-go lipca br. poza Lwowem na pryszczykowe zapalenie mgidałków, z ciepłotą nieprzekraczającą 38° C., o przebiegu zupełnie prawidłowym.

Czwartego dnia wieczorem nagły wzrost ciepłoty do 39° C, a dnia następnego przy utrzymującej się wysokiej ciepłocie wyraźny obrzęk prawego policzka i dolegliwość przy połykaniu. Badanie gardła miało wykazać znacznego stopnia obrzęk tkanki dookoła migdałkowej po stronie prawej, który się na drugi dzień tj. 13-go lipca jeszcze bardziej powiększył. Wobec tego, że wystąpiły dreszcze, trudności przy połykaniu się wzmogły, rozpoznano ropień dookołamigdałkowy, który nacięto — jednak bez wydostania się jakiejkolwiek wydzieliny ropnej.

14-go lipca przewieziono dziecko do Lwowa i tu obraz przedstawiał się następująco:

Prawa połowa twarzy obrzękła, obrzęk przechodzi pod uchem aż na okolicę podszczękową. Z ucha prawego wydobywa się bardzo obfita wydzielina ropna o woni nader cuchnącej. Badanie ucha środkowego a nawet zewnętrznego niemożliwe z powodu wciąż napływającej ropy. Badanie jamy ustnej i gardła wykazuje obrzęk błony śluzowej policzka prawego, przechodzący na tkankę okołomigdałkową, na której widoczna jest zaciągająca się rana po nacięciu.

Wobec tego rozpoznano ropne zapalenie gruczołu przyusznego prawego i z samoistnem pęknięciem ropnia — w międzyczasie — do przewodu zewnętrznego ucha, z następowym kollateralnym obrzękiem tkanki dookołamigdałkowej.

Badanie bakterjolgiczne wydzieliny ropnej wykazało w hodowli liczne kolonje pneumokoków, paciorkowców i bardzo liczne bakterje gnilne.

Do tygodnia wydzielina, która z dniem każdym stawała się coraz bardziej skąpa, ustała zupełnie i ciepłota wróciła do stanu prawidłowego. Pozostała jedynie nieznaczna wyniosłość prawego policzka, która utrzymuje się po dzień dzisiejszy.

W gardle po 4 dniach obrzęk zupełnie ustąpił.

Jeżeli co do sposobu powstania ropnego zapalenia gruczołu przyusznego istnieją zapatrywania, że powstają one albo przez zaczopowanie ujść gruczołu śliniankowego bakterjami krążącemi

we krwi — albo wprost przez ductus Stenonianus od strony jamy ustnej to w naszym przypadku wobec obfitej obecności zarazków gnilnych ta ostatnia droga zakażenia jest prawdopodobniejsza.

Podobny związek między gruczołem przyusznym a zapaleniem pryszczykowem migdałków opisuje w I Nr. Berliner Kl. Woch. w r. 1910 Lubliński [1]), w jego przypadku po pryszczykowem zapaleniu migdałków wystąpił obrzęk obu gruczołów przyusznych, który do 2 tygodni po zapaleniu migdałków ustąpił — powtarzał się jednak przy każdorazowej ponownej anginie.

Dr. A. BLATT i Dr. M. UNGAR, sekund. oddziału. Lwów

Przypadek bloku serca i mocznicy.

Z oddziału wewn. męskiego Szpitala Żyd. fund. Lazarusa we Lwowie. Prym. Dr. Wilhelm Pisek, radca medyc.

Pod chorobą Adams-Stockes'a rozróżniamy przypadki charakterystycznych napadów ze znacznem zwolnieniem tętna, zmianami oddechowemi i całym szeregiem objawów nerwowych, jak utrata przytomności i drgawki. Geneza tego procesu nie jest jednolita, a klinicznie objawia się zmianami rytmu serca i tętna, w niektórych przypadkach trwałemi, a niekiedy napadowo występującemi. Podczas gdy zmiany rytmu serca są zawsze obecne, inne objawy bywają zmienne. W typowych przypadkach występuje apnoe, rzadziej oddechanie Cheyn-Stockes'a. Również drgawki bywają zmienne, mogą występować w postaci krótkiej absencji, (formes frustes „Auchard") lub w postaci ciężkich drgawek epileptoidalnych z utratą przytomności, trwającą czasem do kilku godzin nawet po ustąpieniu drgawek. Napad cały charakteryzuje się krótkiem trwaniem, (najdłuższy czas trwania do półtory minut spostrzegł w jednym przypadku Stengel). Rozróżniamy 2 główne postacie napadu, a to kardialną i neurogenną (wedle Aschoffa i Nagayo) — Adams-Stockes i Morgagni — Adams-Stockes.

Jako przyczynę tej choroby należy w większości przypadków uważać zmiany miażdżycowe i kiłowe serca, choć czasem zauważono blok serca i u osób młodych po chorobach zakaźnych, jak zapalenie płuc, błonica, płonica, pląsawica i rheumatyzm, zapalenie migdałków i posocznica. Dalszą grupę przyczyn tworzą zatrucia, niektóre przewlekłe choroby, jak chroniczne zapalenie nerek i zaburzenia przemiany materji jak cukrzyca. Również w przypadku zapalenia woreczka żółciowego połączonego z zapaleniem trzustki (pancreatitis necrotica) zaobserwował Bartanik blok serca. Trucizny te działają podobnie jak nadmierne podawanie napastnicy na przewodnictwo przedsionkowo komorowe, uszkadzając je w znacznej mierze. — W literaturze, szczególnie amerykańskiej opisano kilka przypadków zapalenia nerek i mocznicy, powikłanej blokiem sercowym (Wood, White, Kiko).

Chory na zapalenie nerek rozwinąć może blok serca i odwrotnie u chorych z stałym blokiem serca wystąpić może mocznica.

Na oddziele naszym zaobserwowaliśmy niedawno rzadki przypadek bloku serca w połączeniu z drgawkami mocznicowemi z następowem zejściem śmiertelnem.

Ch. O. K. l. 52, żon., kupiec ze Złoczowa zgłosił się do nas 6. VI. b. r. wywiady następujące:

Zawsze był zdrów, służył przy wojsku w czasach przedwojennych i podczas wojny odbywając służbę na froncie. Żonaty, troje dzieci, żona kilkakrotnie roniła. Na bóle głowy ani na serce nigdy się nie uskarżał. Przed 3 tygodniami nagle podczas rozmowy upadł i stracił na krótką chwilę przytomność, poczem czuł się znów zupełnie dobrze, a nawet w tym dniu odbył dalszą podróż. Jednakże w czasie podróży podobne ataki się powtarzały (trzykrotnie). Wróciwszy do domu skarżył się na bóle i zawroty głowy — z powodu czego zasięgał porady lekarza — tenże nie radził mu odbyć dalszych podróży i zalecił łóżko — gdyż znalazł zmiany ze strony serca i białko w moczu. W parę dni później stan się zupełnie polepszył i chory udał się w dłuższą podróż. Czuł się zupełnie dobrze. Po powrocie do domu zjadł sutą kolację i ułożył się do snu. Na drugi dzień rano wstał i nagle stracił przytomność, upadł, jednakże po chwili sam się podniósł (nie zauważony przez nikogo) i nigdzie się nie potłukł. Wyszedłszy później na podwórze znów dostał ataku, w 2—3 godziny znów kilka po sobie powtarzających się ataków drgawek rąk i twarzy przyczem głęboko oddechał, oczy w słup przewracał i lekko na twarzy posiniał. Piany na ustach nigdy nie zauważono, również nigdy podczas tego moczu ani stolca nie oddawał. Ataki te wieczorem znów się powtórzyły i zawsze trwały krótki czas — kilka sekund, poczem chory się pocił, czuł się osłabiony i skarżył się na ból głowy. Po zaordynowanych pijawkach stan się poprawił i chory miał przez 2 dni spokój, poczem znów powyżej opisane ataki się pojawiły się i ciągle powtarzały — tak że z powodu nich skierowano chorego na nasz oddział. — Choroby wenerycznej nie miał, pali i pije miernie.

W chwili przybycia na oddział: Temp. 36.6, sensorium wolne. Budowa i odżywienie dobre, skóra i widoczne błony śluzowe dobrze ukrwawione; narząd ruchowy bez zmian, jama ustna bez zmian, migdałki nieco powiększone, zaczerwienione. Klatka piersiowa typu rozedmowego, dobrze ruchoma, płuca wypukiem i przysłuchem wykazują objawy rozedmy. Serce w granicach prawidłowych, tony czyste, tętno miernie napięte, miarowe, 23 na minutę, RR. 150/135. Brzuch — wszędzie wypuk bębenkowy, wątroba 2 palce niżej łuku żebrowego, tkliwa, śledziona niepowiększona. — Stan nerwowy: czaszka na opukiwanie niebolesna, ruchomość głowy dobra, sztywności karku niema, lewa źrenica szersza od prawej obie reagują dobrze na światło i akomodację. Inne nerwy mózgowe bez zmian. Brak odruchów brzusznych, lewy jądrowy żywy, prawego brak, odruchy kolanowe zachowane, również odruch Schillesa.

Badanie moczu: c, g. 125, białko obecne, Essbach. 0.5‰, cukru niema, w osadzie 5—6 ciałek białych w polu widzenia, 6—7 ciałek czerwonych. W polu widzenia średnio liczne wałeczki drobnoziarniste i hyalinowe.

Badanie krwi na azot pozabiałkowy (RN) wykazało obecność azotu pozabiałkowego w ilości 68 mg w 100 ccm surowicy.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna — dało wynik ujemny.

W 2 dni po przybyciu: temperatury prawidłowe, tętno nadal wolne 20—23 na minutę, chory uskarża się na bóle głowy i zmęczenie ogólne. Diureza mierna 500 — 600 gr. na dobę, wypróżnienie jedynie po lewatywie. Język obłożony białawym nalotem, chory mało jada, przeważnie płyny. Wśród dnia był spokojny jednak kilka razy (2—3) pojawiły się drgawki kończyn górnych i głowy — krótko trwające, podczas których utrata przytomności, poczem czuł się dobrze. — W 4 dniu pobytu w szpitalu nastąpiło pogorszenie się stanu: Tętno coraz bardziej malało 19 na minutę, przyczem na szyji falowanie żylne wybitne 3—4 krotnie szybsze w stosunku do tętna, diureza mała, bóle głowy utrzymywały się, chory apatyczny, rano pojawiły się kilka razy drgawki krótkotrwające, popołudniu nasilenie tychże. Mimo środków uspokajających — stan się nie polepszał. Oddechy stawały się nasilone, Cheyn — Stockes zaznaczony, chory żadnych pokarmów nie przyjmuje, również trudno oddaje mocz i w małej ilości. W nocy stan się znacznie pogorszył, drgawki trwają bezustannie, (z małemi przerwami), podczas których następuje silne rozszerzenie źrenic, wytrzeszcz oczu, tętno zwolnione do 6 na minutę, głębokie oddechy i charczenie. Często tętno się przyspiesza, zwłaszcza podczas przerw staje się wielkie dochodzi do 60 a nawet 120 na minutę. Cheyn-Stockes trwający jedną minutę. Chory przez cały czas senny, zamroczony, nic nie mówi. Z powodu tego stanu wykonano upust krwi o 2 g. w nocy i opuszczono około 200 ccm krwi. Nazajutrz stan ten sam, z powodu trwania drgawek i lekkiej sztywności karku wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono około 25 cm³ płynu wodojasnego, wydobywającego się pod wysokiem ciśnieniem.

Tętno drobne, ledwie macalne 9—12 na minutę, charczenie wybitne, popołudniu drgawki zupełnie ustąpiły — chory ciągle nieprzytomny — w nocy o 12 zmarł. (Sekcji zwłok nie dokonano).

Jak widać z wywiadów chory dostał pierwszego ataku Cheyn-Stockes'a zanim mocznica wystąpiła w całej swej jasności; lekarz miejscowy przy badaniu stwierdził objawy ze strony nerek (białko w moczu), które nie dały przedtem żadnych objawów klinicznych. Przypuszczać należy, że zmiany toksyczne uszkodziwszy nerki zaatakowały serce, a to układ przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (wiązkę Hissa); wynika to z różnicy tętna na tętnicy sprychowej wynoszącego 20 uderzeń na minutę (później 16, nawet 6) — oraz tętna na żyle jarzmowej 3—4 krotnie częstsze. Z powodu występywania tych długich przerw w czynności komór ucierpiało oczywiście krążenie ogólne, w następstwie czego niedokrwienie mózgu, a stąd utrata przytomności połączona z drgawkami epileptyoidalnemi. Występuje zespół objawów prawdziwego Cheyn-Stockes'a. Już Wenckebach podnosił iż często (podobnie jak w naszym przypadku) przerwa komorowa wyprzedza drgawki, z czego wynika, że te ostatnie pozostają w ścisłym związku przyczynowym z niedokrwieniem mózgu. Ponieważ zwolnienie tętna nie utrzymywało się stale, niekiedy podnosiło się do 120 uderzeń na minutę — można było pomyśleć o postaci nerwowej. Morgagni-Adam-Stockes. Przypuszczenie to jednak należało odrzucić, gdyż przy postaci neurogennej występuje zwolnienie akcji całego serca, a nie komór. Przytem choroba Morgagniego jest bardzo rzadką,

---

[1]) Lubliński: Angina und chronische rezidivierende Parotitis.

a występuje zawsze przy schrozeniach rdzenia przedłużonego (ucisk, nowotwór, miażdżyca).

Badanie serca wykluczało w naszym przypadku wadę serca, jakoteż znaczniejsze schorzenie mięśnia sercowego.

Zapalenie nerek trwające u chorego prawdpodobnie od dłuższego czasu przeszło w mocznicę, której obraz jasno zarysowuje się tak z obrazu klinicznego, jak z badania moczu i azotu pozabiałkowego we krwi.

Objawy więc bloku serca złączyły się z objawami mocznicy, tak iż trudno było określić, który z tych dwóch obok siebie przebiegających powikłań posiada przewagę. Drgawki występowały tak szybko po sobie, że przypominały status epilepticus. Ten stan tłumaczymy sobie zespoleniem 2 czynników sumarycznie działających, a mianowicie: niedokrwistości mózgu towarzyszącej blokowi serca z pierwiastkiem nerwowym mocznicy; do tego ostatniego odnosimy ból głowy, apatję, sopor, dyspnoe, a sub fine Cheyn-Stockes. Możnaby Cheyn-Stockes'a odnieść również do zwolnionego tętna, gdyż w objawach klinicznych Cheyn-Stockes idzie często w parze z nadzwyczaj zwolnionem tętnem, a po polepszeniu się tętna następuje korzystna zmiana w oddechaniu (Ortner).

Leczniczo podawaliśmy atropinę (Rp. atropini sulfurici 0,004/100, co 8 godzin łyżeczkę kaw.) celem porażenia n. X (vagus) i uzyskania przyśpieszenia akcji serca. Przeciwko drgawkom stosowaliśmy chloralhydrat w lawatywach, luminal — natrium (domięśniowo). Po ustaleniu objawów chorobowych wykonaliśmy upust krwi, podając równocześnie Euphyllinę i glukosę dożylnie, amylnitrit do wąchania — a sub fine nakłucie lędźwiowe.

Piśmiennictwo.

1) Mohler: U. K. Obj. H. St. połączone z cukrzycą. Journal Amer.-Association 81/1342/1923. — 2) Prakticky Lekar I. 12/1929, str. 434.

Dr. J. ROTH i Dr. M. UNGAR. Lwów.

Przyczynek do leczenia ropnia płuc nowarsenobenzolem.

Z oddziału wewn. męsk. szpit. żyd.: Prym. Radca Dr. W. Pisek i z instytutu roentgenologicznego szpit. żyd. Prym. Dr. M. Penzias.

Ropnie i zgorzele płuc były w ostatnich latach przedmiotem większego zainteresowania, w związku z częstszem występowaniem tych schorzeń. Jak z jednej strony potężny rozwój roentgenologji (bronchografja), bronchoskopji (Lyneth, Stewart, Sicard, Forestier), oraz metod laboratoryjnych ułatwia znacznie w dobie obecnej rozpoznanie, tak z drugiej strony wprowadzenie do lecznictwa przetworów arsenowych (nowarsenobenzol) i emetyny oraz rozkwit chirurgji płucnej pchnął leczenie ropnia na nowe tory.

Pod mianem ropnia płuc pojmujemy ropne rozpłynięcie się tkanki płucnej, wywołane przez rozmaitego rodzaju drobnoustroje (najczęściej łańcuszkowce i dwoinki zapalenia płuc, rzadziej gronkowce, lasecz. grypy, prątki okrężnicy i inne).

Wedle Bezancona i Jaquelina odróżnić możemy ze stanowiska anatomo-patologicznego 3 grupy ropni płuc:

1. postać ostra, ograniczona.
2. postać przewłoczna, okresowo postępująca.
3. postać ostra, z dążnością przejścia w zgorzel.

Te trzy postacie odróżniają się od siebie też i przebiegiem klinicznym. Postać ostra trwać może 2—3 miesięcy, z tendencją do wyzdrowienia, postać przewlekła stale się pogarsza, prowadząc często do zejścia śmiertelnego, zaś postać trzecia (typu pneumonia dissecans) kończy się zawsze śmiertelnie.

Ropień płuc spostrzegamy najczęściej w grypowem zapaleniu płuc rzadziej we włóknikowem, niekiedy po t. zw. masywnem zapaleniu płuc, dalej bywają też ropnie płucne zatorowe, zachłystowe po otruciu gazami, urazowe lub inne.

Często rozpoznajemy ropień dopiero wówczas, kiedy się przebił do oskrzela, a to dzięki temu, że naraz zostają odkrztuszone obfite masy plwociny czysto-ropnej lub cuchnącej. Jeżeli ropa z takiego ropnia płucnego wyjdzie drogą oskrzelową, następuje też zmiana obrazu klinicznego. Gorączka utrzymująca się dotychczas, zwykle rychło spada, jama ropnia wypełnia się powietrzem, dzięki czemu udaje się często (jeżeli ropień leży tuż pod powierzchnią) opukowo i osłuchowo stwierdzić objawy jamne: odgłos bębenkowy, oddech dzbanowy, a niekiedy metalicznie dźwięczące rzężenia. W tych przypadkach gdzie mamy do czynienia z ropniem metapneumonicznym, tam rozpoznanie jest łatwe, inaczej jednak ma się rzecz w przypadku ropnia przewłocznego, o nieznanej etjologji. W takich przypadkach kaszel, ropna plwocina i objawy jamne (względnie brak ich) nie dają jeszcze dostatecznej podstawy do rozpoznania różniczkowego. Niejednokrotnie pomimo dokładnego badania nie wiemy z czem mamy do czynienia, czy z ropniem płuc, czy ze zgorzelą, czy z rozstrzenią oskrzeli czy z jamą gruźlicza, czy też ze zropiałą jamą bąblowcową, lub jamą powstałą po rozpadzie guza dobrotliwego (kiłaka) czy też złośliwego (raka, mięsaka), a w razie braku jamy czy z ropnem zapaleniem oskrzeli lub ropniakiem opłucnej i t. d.

W różnicowaniu tych schorzeń opieramy się głównie (obok badania fizykalnego) na wynikach badania krwi (leukocytoza obojętnochłonna), i rozbioru plwociny (uwarstwienie, zapach, obecność włókien sprężystych, czerni płucnej, drobnoustrojów).

Bardzo wydatną pomoc przy rozpoznawaniu ropnia oddaje nam też prześwietlenie wzgl. zdjęcie roentgenowskie przy pomocy którego można chorobę tę obserwować od pierwszej chwili. W okresie początkowym daje ropień płucny — dopóki się tworzy i jest zamknięty — przy prześwietleniu okrągły cień (w obrębie płatu płucnego) w środku intezywniejszy obraz zbliżony do ogniska pneumonicznego lub ropniaka, międzypłatowego. Przy pomocy prześwietlenia i zdjęć w rozmaitych kierunkach (wedle Fürstenaua) można w przybliżeniu określić miejsce, położenie i wielkość ropnia. Po wypuszczeniu ropy górna część jamy wypełniona powietrzem nie okazuje struktury płuca, — wygląda zatem jak jasny środek w obrębie ocienienia, dolny zaś odcinek jamy wraz z znajdującą się w niej warstwą ropy wykazuje poziomą linję, układającą się zależnie od położenia chorego. Ściany i otoczenie ropnia dają cień silnie zagęszczony opasujący dookoła ognisko ropne. Roentgenologiczne rozpoznanie różniczkowe ropni nastręcza z powodu wielkiego podobieństwa do jam gruźliczych nie mało trudności: odróżnia się jednak od jam gruźliczych swem umiejscowieniem w dolnym lub środkowym płacie, lub też w pobliżu wnęki. Rzadko kiedy dochodzi ropień do ściany klatki piersiowej, najczęściej zaś ruchoma linja pozioma zdradza obecność płynu. W przypadkach roentgenol. wątpliwych roztsrzyga obecność w plwocinie prątków Kocha. Podobny obraz roentgen. dają też inne schorzenia jak ropniak opłucnowy lub jamy na tle rozstrzeni oskrzeli. Te ostatnie występują jednak w liczbie mnogiej i to przeważnie w dolnych odcinkach płuc, a ściany ich wytworzone przez oskrzela są ostro odgraniczone od otoczenia. W plwocinie brak przytem włókien sprężystych.

Jeżeli ropień płucny zostaje uleczony, to przy stopniowem zmniejszaniu się plwociny i zabliźnianiu się ścian zmniejsza i zamyka się jama, co wykazuje dosadnie obraz roentgen. Zmniejsza się zarówno naciek około otorbionej jamy jak i sama jama, a niekiedy znika też zupełnie opasujące ocienienie.

Bakterjologiczne badanie według Bezancona i Jaquelina może nam dostarczyć pewnych wskazówek prognostycznych. Wyleczenie samoistne bywa najczęstsze w przypadkach ropnia metapneumonicznego, natomiast ropnie wywołane paciorkowcami przechodzą często w postać przewlekłą lub zgorzelinową, a niekiedy przybrać mogą charakter krwioplucia (Kourilsky). Najgorsze pod względem rokowań są ropnie wywołane przez dwoinki Friedländera. Do najgroźniejszych powikłań, jakie zajść mogą w przebiegu tej choroby, należą: śmiertelne krwioplucie, (zwiastunem tegoż bywa często krwawe zabarwienie plwociny) przerzutowe zapalenie opon mózgowych lub ropień mózgu, a nierzadko przychodzi też do ogólnej posocznicy.

Leczenie ropni do ostatnich prawie lat było dość bezsilne. Aż do czasu udoskonalenia odnośnej techniki operacyjnej oraz wprowadzenia do lecznictwa ropni nowarsenobenzolu i emetyny były rokowania bardzo niekorzystne. Wspaniałym więc postępem było zastosowanie leczenia salwarsanowego, jakkolwiek i to leczenie niejednokrotnie jeszcze zawodzi. Dlatego zasługują też przypadki uleczone na szczególną uwagę i wyróżnienie.

Na oddziale wewn. męsk. mieliśmy sposobność spostrzegania kilku (6) przypadków ropni płuc, które opuściły szpital z mniej lub więcej wyraźną poprawą (1 przyp. zejścia śmiert. wskutek silnego krwotoku). Tu jednak chcemy opisać ciężki przypadek ropnia płuc zupełnie uleczonego, co skłania nas do ogłoszenia go oraz do podkreślenia pewnych charakterystycznych szczegółów.

Chory N. P. lat 41, nr. księgi oddział, 253. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Dotąd był zawsze zdrów. Obecna choroba datuje się od 3 tygodni. Początkowo czuł się chory silnie osłabiony, ale mimo osłabienia i braku łaknienia oddawał się nadal pracy zawodowej. W parę dni później wystąpił u chorego nagle silny napad kaszlu, przyczem zauważył on w plwocinie obecność krwi. Mocno tem zaniepokojony zawezwał lekarza, który stwierdzić miał zapalenie opłucnej. Mimo leczenia stan chorego się nie poprawiał, ciepłota ciała dochodziła do 38°, plwocina przybrała zapach prze-

nikliwy, wobec czego chory udał się do Lwowa. Z powyższemi skargami przybył 4. X. 1928 na nasz oddział.

Przy badaniu znaleźliśmy: Ciepłota ciała (ranna) 37.2°, sensorium wolne. Chory wzrostu średniego, odżywienia dobrego, budowy prawidłowej.

Głowa i szyja: Czaszka symetryczna; śluzówki widoczne dobrze ukrwione; źrenice równe, oddziaływanie na światło i przystosowanie dobre; jama ustna i gardzielowa bez istotnych zmian patolog. Szyja dość krótka; tarczyca niemacalna; tętnienie naczyń szyjnych widoczne.

Klatka piersiowa miarowa, dobrze wysklepiona.

Płuca: wypuk jawny, granice płuc prawidłowe, ruchome. W pasze lewej, w środkowej linji pachowej na przestrzeni wielkości dłoni wypuk wybitnie bębenkowy, dający się łatwo odgraniczyć od otoczenia. Przysłuchem stwierdzamy w tem miejscu wdech i wydech chuchający, prawie oskrzelowy, pokryty drobnemi, nielicznemi trzeszczeniami, które po kaszlu stają się obfitsze. Pozatem nad płucami wszędzie szmery prawidłowe, pęcherzykowe. Chory kaszle i odpluwa często, wydając plwocinę przenikliwą, o zapachu odrażającym.

Serce: Wymiary serca w granicach prawidłowych, tony serca czyste, akcja cercowa miarowa. Tętno sprychowe dobrze napięte; częstość tętna 84—120 uderzeń na minutę.

Jama brzuszna: Powłoki brzuszne jędrne, wątroba niepowiększona, śledziona niemacalna, żadnych oporów, ani bolesności nie stwierdzamy zarówno zapomocą opukiwania, jak i obmacywania.

Gruczoły chłonne: szyjne, nadobojczykowe, pachowe, pachwinowe bez zmian. Stawy wolne. Układ nerwowy i psychika bez zaburzeń.

Mocz: ciężar właściwy 1023, białko i cukier nieobecne, chlorki prawidłowe, odczyn dwuazowy ujemny, osad niepatologiczny.

Badanie krwi: ilość leukocytów 12,000, pałeczkowatych 14, segmentów. 76, limfocytów 6, monocytów 4.

Odczyn Wassermanna ujemny.

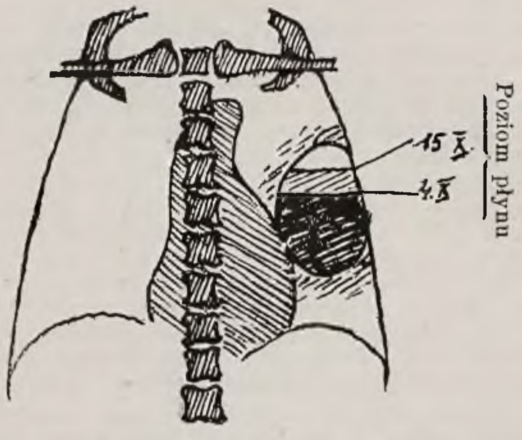
Plwocina: ilość dobowa 50—100 cm^3, o zapachu przenikliwym, cuchnącym, trójwarstwowa (warstwy: surowicza, ropna, detryt — niezbyt obfity), prątków Kocha nie wykazano, włókna sprężyste nieobecne.

Z przebiegu choroby zasługuje na uwagę: Ciepłota ciała waha się około 38°, dochodząc wieczorami ponad 39°, chory poci się silnie, odpluwa wiele, skarży się na osłabienie i brak łaknienia.

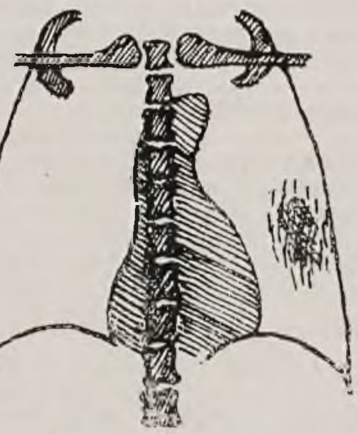
Leczenie było zarówno djetetyczno - higjeniczne (chorego ułożono przy otwartych oknach, z wyżej uniesionemi kończynami dolnemi; ilość płynów ograniczono do minimum), jak i przy pomocy leków. Chory wdychiwał pary odkażające (fajka terpentynowa) ponadto otrzymywał myrtol à 0,15, calc. lact. środki ograniczające wytwarzanie wydzieliny oskrzelowej (atropina), wskutek silnych potów zasypkę tannoformową, pozatem otrzymał on 3 zastrzyki transpulminy à 1.0. Środek ten szczególnie skuteczny przy zakażeniu dwoinkami zapal. płuc, tu okazał się bezsilny. Chory czuje się wprawdzie nieco lepiej, mniej się poci, łaknienie nieco większe, stan przedmiotowy pozostaje jednak bez zmian. Wobec bezskuteczności transpulminy zaczęto stosować domięśniowo emetynę à 0,05 co drugi dzień, ogółem 4 zastrzyki, poprawa bardzo nieznaczna. Nie będąc w stanie — przy stosowaniu wyżej wymienionych leków — osiągnąć poprawy, postanoliśmy uciec się do nowarsenobenzolu (Spiessa). Środek ten dał nam wynik zdumiewający. Już po jednorazowem 26. X. dożylnem wstrzyknięciu 0,15 nowarsenobenzolu stało się wyraźnie widoczne zapoczątkowanie poprawy. Ciepłota znacznie opadła (wieczorem nieco ponad 37°); plwocina skąpsza, mniej cuchnąca; tętno 92 uderzeń na min.; oddech oskrzelowy i trzeszczenia — do niedawna jeszcze wyraźne — zanikają. 29. X. otrzymuje chory drugi zastrzyk nowarsenobenzolu à 0,30; 3. XI. trzeci à 0,45, 7. XI. czwarty à 0,60, a 15. XI. piąty zastrzyk à 0,60 (ogółem otrzymał 2,10 g nowarsenobenzolu). Dalsze te wstrzykiwania w rychłem dość tempie doprowadziły chorego do stanu zdrowia.

Najlepszą może ilustracją przebiegu choroby i sprawdzianem postępującej poprawy były dla nas wyniki badań roentgen.

Prześwietlenie kl. piersiowej z chwilą przybycia na oddział dn. 4. X. 1928 wykazało: Szczyt lewy mniej powietrzny. Po stronie lewej przylega do bocznej ściany klatki piers. — na wysokości od II—V żebra z przodu licząc — intenzywne, półkoliste ocienienie od góry odgraniczone linją poziomą, nad niem przestrzeń jaśniejsza niż płuco — bańka powietrzna. Cienie wnękowooskrzelowe po stronie lewej gęściejsze; serce nie przemieszczone; przepona prawidłowo ustawiona, po str. lewej słabiej ruchoma. Opisane ocienienie odpowiada przestrzeni kulistej wypełnionej od dołu płynem, od góry powietrzem, płyn układa się poziomo. Wynik badania: Ropień płuc komunikujący z oskrzelem. Powtórne prześwietlenie z dn. 15. X. wykazuje obraz taki sam jak przy badaniu poprzedniem; jedynie wypełnienie zbiornika płynu znaczniejsze, płyn zajmuje przeszło 3/4 zbiornika. Prześwietl. z dnia 26. X. Stan niezmieniony. Prześwietlenie z dn. 15. XI. Opisane w wynikach z dnia 4, 15 i 26. X. b. r. kuliste rozrzedzenie (jama) jest niewidoczne, zbiornika płynu nie widać; w miejscu gdzie się znajdowały zmiany opisane utrzymuje się jedynie nieznaczne zagęszczenie w polu płuca, o nieregularnych granicach, słabem nasileniu, małych rozmiarach, przylegające do bocznej ściany klatki piersiowej.



Wynik przy końcu leczenia z dn. 16. XI. 1928: Samopoczucie chorego bardzo dobre, łaknienie dobre, którego wyrazem jest przybytek na wadze (w ostatnich 2—3 tyg.) 7 kg.; kaszel znacznie słabszy, plwocina bardzo skąpa przeważnie śluzowa; ciepłota ciała stale prawidłowa, w końcu stan płuc wyrażony wynikiem badania roentgen. z dn. 15. XI. 1928. Chory uleczony opuszcza szpital.



Stan z dnia 15. XI.

Szereg lekarzy uważa stosowanie nowarsenobenzolu (wzgl. neosalvarsanu) w ropniach płuc za leczenie przyczynowe. Po raz pierwszy metodę tę zastosował Plant. Jedni powitali ją z entuzjamem (Dorendorf), inni natomiast dość sceptycznie. Piękne wyniki osiągnęli zastrzykami neosalvarsanu Belgaew, Zeitlich i Tusienka. Również Gülke opisuje 1 przypadek, a Winterfeld 2 przypadki ropnia płuc uleczone neosalvarsanem. Edel pierwszy wstrzykuje neosalvarsan do ogniska ropnego. Po uprzedniem wydobyciu 5 cm^3 ropy, wstrzykuje on do ogniska ropnego 0,15 neosalvarsanu z dodatkiem 10 cm^3 afenilu; po pierwszym zastrzyku spostrzegł on znaczną poprawę podmiotową i przedmiotową. Zastrzyki te powtarza w przerwach 4-dniowych, zwiększając stopniowo dawki, w sumie ogólnej 5.25 g neosalvarsanu. Wallgren w Helsingforsie w ostatnich latach stosował w 15 przypadkach ropnia płuc leczenie neosalvarsanem. Z tych 4 przypadki skończyły się śmiertelnie, 3 wykazały znaczną poprawę, 8 opuściło szpital w stanie zupełnego uleczenia. Na naszym oddziale stosowano nowarsenobenzol jeszcze w 3 przypadkach ropnia płucnego (2 przewlekłe, 1 ostry) z widoczną poprawą. Wprowadzenie więc nowarsenobenzolu (wzgl. neosalvarsanu) do lecznictwa ropnia płuc stanowi bardzo duży postęp, wyrażający się w znacznem przesunięciu procentowego stosunku przypadków uleczonych (46—60% w stosunku do dawnych 10%), a który niewątpliwie wysuwa środek ten na czoło leków stosowanych przeciwko ropniom płuc.

Wspomnieć należy również o innych metodach leczenia ropni płuc. Jako środki lecznicze znajdują zastosowanie: olejek terpentynowy, myrtol, gwajakol, kreozot, arsen, zwłaszcza arsacetyn.

Niektórzy przywiązują wielką wagę do suchej djety (wedle Singera) oraz do odpowiedniego ustawienia łóżka. Przekonaliśmy się jednak, że chorzy to „ułożenie Quinckego" ciężko znoszą i to bez dodatniego wyniku. Niektórzy stosują wziewanie przesączu, uzyskanego z własnej plwociny, oraz podskórne wstrzykiwania tegoż. Brak jednak potwierdzenia o zadawalających wynikach tej metody. W jednym przypadku ropnia płucnego osiągnęliśmy bardzo pomyślne wyniki przy zastosowaniu transpulminy (wzgl. camphochinolu) wraz z emetyną, przy równoczesnem podaniu leków żywicznych. O bardzo zachęcających wynikach leczenia ropni płuc emetyną donosi: Fliederbaum. W ostatnich czasach Bohnen opisał szereg przypadków wyleczonych dożylnemi zastrzykami tymolu. Koptew zachęca do wstrzykiwania urotropiny. Do leczenia pomocniczego nadaje się jeszcze Roentgen, lampa kwarcowa oraz djatermja. Lipjodol wprowadzony do oskrzeli w celach rozpoznawczych, może nieraz mieć działanie lecznicze, jak o tem wspomina Hellmann oraz Kustra. Śwab nie potwierdza tego na swoim materjale klinicznym. Amerykanie (Kully Barney i inni) pierwsi zastosowali z dobrymi wynikami przepłukiwania ropni słabym rozczynem jodyny, wprowadzonym do oskrzeli pod kontrolą bronchoskopu. Niektórzy autorowie polecają gorąco dooskrzelowe wprowadzenie polysanu. Wkońcu należy jeszcze wspomnieć o leczeniu chirurgicznem drogą ucisku oraz unieruchomienia schorzałego płuca (odma sztuczna, wycięcie n. przeponowego, resekcja żeber, oraz pneumotonja ze sączkowaniem ropnia).

Na zasadzie naszych skromnych na razie spostrzeżeń trudno się wypowiedzieć kategorycznie o skuteczności leczenia nowarsenobenzolem, jednak wobec dobrych wyników, osiągniętych w większości przypadków zastosowania go (znanych nam z piśmiennictwa) możemy stwierdzić co następuje:

1) W przypadkach ropnia płuc, w których objawy i dolegliwości chorego nie ustępują pod wpływem różnych metod leczenia zachowawczo-wyczekującego, należy zastosować dożylnie nowarsenobenzol.

2) U znacznej większości chorych, leczonych tą metodą, osiąga się poprawę podmiotową i przedmiotową.

3) Jako środek silnie działający, powinien on być stosowany oględnie, we wzrastających dawkach, przyczem zwracać należy baczną uwagę na przeciwwskazania jak: silne wyniszczenie chorego (z obawy o wstrząs), stany zapalne przewodu pokarmowego, ostre zapalenie nerek (nerczyca), wątroby, schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, narządu krążenia i inne.

4) Ze stanowiska leczniczego wskazanem jest w czas użyć wszelkich stojących nam do dyspozycji metod leczniczych, a w przypadkach rozległych ropni płuc ze zrostami nie zwlekać i nie ociągać się zbyt długo z zabiegiem chirurgicznym.

Piśmiennictwo.

1) Norbert Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. — 2) Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — 3) A. Köhler: Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde. — 4) Assmann: Die Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. — 5) Pettason: Grundzüge der Röntgendiagnostik innerer Erkrankungen. — 6) Landau, Jochweds i Pekels: O klinicznem stosowaniu bronchografji. Warsz. Czas. Lek. R. 1928, nr. 11. — 7) F. v. Kovats: Die Röntgendiagnose der Bronchiektasie D. M. Woch. R. 1925, nr. 16. — 8) H. Hoffmann: Ueber Lungenabszess nach subkutaner Thoraxverletzung W. Klin. Woch. R. 1922, nr. 6 — 9) T. Wallgren: Zur Behandlung der Lungengangrän mit Neosalvarsan (Finska Läkaresällskapetz Handlingar Bar LXIX Helsingfors März). — 10) W. Fatta: Erfolgreiche Phrenikusexhairese bei einem Lungenabszess. W. Med. Woch. R. 1928, nr. 6. — 11) Gülke: Behandlung von Bronchitis putrida im Anschluss an Lungentuberkuleulose und eines Falles von Lungenabszess mittels Salvarsan. Die Therapie d. Gegenwart K. 1924, nr. 3. — 12) Winterfeld: Die Neosalvarsanbehandlung der Lungengangrän. Therapie d. Geg. R. 1923, nr. 11. — 13) Deckert: Die verschiedenen Wege der Chininbehandlung entzündlicher Lungen — und Bronchialerkrankungen. Ther. d. Geg. R. 1927, nr. 12. — 14) Edel: Mediz. Klinik. R. 1929, nr. 17. — 15) M. Sternberg: Welche interne Behandlung der Lungeneiterung ist zu empfehlen Aerzt. Praxis R. 1927, nr. 10. — 16) J. Fliederbaum: O leczeniu ropni i zgorzeli płuc emetyną. War. Czas. Lek. R. 1929., nr. 34 — 35. — 17) Dorendorf: Mediz. Klinik. 1924. — 18) Bohnem: Klin. Wochenschrift. R. 1929. nr. 25. str. 1199. — 19) Hellmann: D A. f. Klin. Medizin 160. — 20) Bezancon i Jacquelin: Paris Medicale 16. II. 1929. — 21) Švab: Bratislawske lekar. Listy. R. 1929. wrzesień.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Zygmunt ALLES, sekundarjusz. Lwów.

Obecny stan nauki o przemianie wodnej ustroju, puchlinach i ich leczeniu.

Z oddziału wew. m. szpit. żyd. fund. Lazarusa.
Prymarjusz: Dr. W. Pisek, radca medyc.

I. Przemiana wodna ustroju.

Woda jest niezbędnym składnikiem żywej komórki, a w złożonym organizmie także cieczy otaczających komórki. We wodnym roztworze wzgl. zawiesinie dostarczane są komórce soki odżywcze. Woda uczestniczy w procesach rozpadu, którego przetwory w wydzielinach usuwa. Wreszcie dzięki zdolności parowania pośredniczy w regulacji ciepła ustroju.

Zawartość wody w ciele człowieka wynosi 58—65% wagi, którego wahania zależne są od ilości tłuszczu, tkanki z pośród wszystkich najuboższej w wodę. Najbogatsze we wodę są ciecze ustroju, a więc osocze krwi z zawartością około 90% wody i inne ciecze o charakterze chłonki. Najmniejszą zawartość wody obok tkanki tłuszczowej z 10% okazuje kość mająca 27% wody, najwięcej wody przypada na mięśnie, a mianowicie 77%. We wieku dziecięcym ciało zawiera więcej wody, mianowicie 66—68%. Średni skład chemiczny ciała ludzkiego przedstawia się — według Bądzyńskiego: „Wymiana materji i energji u zwierząt" — jak następuje:

wody	64%
ciał białkowych	16%
tłuszczu	15%
związków mineralnych	5%
razem	100%

Bilans wodny jest to stosunek objętości przyjętych płynów do wydzielonych. Zadaniem prawidłowego ustroju jest utrzymanie bilansu wodnego w równowadze. Ta regulacja przyjętych i wydalonych płynów usuwa możliwość z jednej strony gromadzenia się cieczy, a z drugiej strony odwadniania ustroju. Wodę exogenną, a w nieznacznej części chemiczną pochodzącą z rozpadu pokarmów traci organizm w wydzielinach a to: dobowo w moczu około $1^1/_2$ l. w kale 60—120 cm³, oraz w postaci pary przez oddychanie i parowanie z powierzchni *(perspiratio insensibilis)*. Ta ostatnia utrata jest bardzo znaczna, bo już w czasie zupełnego spokoju traci człowiek około 930 cm³, przy wysiłkach fizycznych zwiększa się do 3 l. i więcej na dobę. Najważniejszym narządem wydzielniczym jest nerka. Dorosły człowiek wprowadza około 35 cm³ na kg wagi, a wydala 40 cm³, różnica 5 cm³ przypada na wodę powstałą ze spalania organicznych składników pokarmów. Osesek potrzebuje 140 cm³ wody na kg, to większe zapotrzebowanie pochodzi z parowania ze stosunkowo większej powierzchni.

Zachodzi teraz pytanie, w jaki sposób wie nerka, co ma wydzielić czyli co jest regulatorem czynności nerki?

Dawniej przyjmowano, że ilość wody we krwi jest wskaźnikiem czynności nerek, że gdy wody we krwi jest dużo, przy wodnistości krwi, hydremji, moczopęd jest wielki, zaś przy zgęstnieniu krwi przychodzi do bezmoczu. Dziś tę naukę opuszczono, gdyż okazało się, że nawet po wypiciu wielkich mas wody hydremji niema. Wprawdzie krew chciwie przyciąga wodę, ale jedynie dla nasycenia wodą czyli pęcznienia koloidów. To zapotrzebowanie wody jest tak znaczne, że już małe ubytki w stanie wody wywołują poważne zaburzenia. Według Rubnera utrata 22% wody sprowadza śmierć, podczas gdy zwierzę może stracić 40% swej wagi bez znaczniejszej szkody (cały zapas glikogenu i tłuszczu, oraz połowę zawartości białka). Że istotnie przyjęcie płynów nie wywołuje hydremji świadczą próby Haldana i Priestleya. Podali oni w przeciągu 6 tygodni 5 i pół l. wody, wywołując diurezę 1200 cm³ na godzinę, zmian zaś w koncentracji krwi nie zauważyli. Tak samo nie widzi się przy moczówce zwykłej ani plethora serosa ani hypertonji ani przerostu lewej komory.

Odrzuciwszy więc wpływ stanu wody we krwi na czynność nerek przyjmuje się tenże w tkankach jako regulatora gospodarki wodnej ustroju. Jako tkankę rozumiemy rezerwoary wody mieszczące się w wątrobie, śledzionie, płucach, mięśniach i tkance podskórnej. Cały ten gąbczasty kompleks tkanek obejmujący komórki, przestrzenie między komórkowe, naczynia limfatyczne i włosowate, wychwytujący doprowadzoną przez naczynia krwionośne wodę zowie się według Vollharda czynnikiem poza-

nerkowym (*Vorniere, extrarenaler Faktor).* Przyciąga on też inne substancje pochodzące z przemiany materji, jak to czyni np. układ siateczkowo-śródbłonkowy.

Skoro już wiemy, że tkanki decydują o czynności nerek, że od ilości wody nagromadzonej w szczelinach międzytkankowych jakoteż koloidach komórek zależy wydzielanie moczu przez nerki, zachodzi pytanie, jakim prawom podlega gospodarka wodna w samych tkankach? kto i co reguluje przypływ wody z krwi oraz odpływ do krwi?

W odpowiedzi na to pytanie wykażemy, że nie jeden proces fizykalny, chemiczny lub biologiczny, ale cały splot bardzo powikłanych czynników wpływa na przemianę wodną w tkankach. Po kolei omówię wszystkie te prawa, wpływy i procesy.

Ze względu na to, że do dużego rezerwoaru tkanek szybko przechodzą zarówno ciała krystaliczne jak i koloidalne, jadowite i obojętne przy fizjologicznie stałym składzie krwi oraz bez współdziałania nerek chciano cały mechanizm regulujący przemianę wodną uzależnić od prawa dyfuzji (Constein). Wyobrażono sobie, że wskutek różnicy ciśnień osmotycznych wewnątrz naczyń krwionośnych oraz otaczających je tkanek wspomniane ciała przechodzą. Przy tym procesie odgrywa więc rolę: 1) warstwa oddzielająca tkankę od krwi t. j. ściana praekapillarów i kapillarów czyli śródbłonek, 2) koncentracja rozpuszczonych w tkankach i we krwi substancji.

Zarzuty przeciw tej teorji:

1) Doświadczenia Magnusa i Nonnenbrucha wykazały, że warstwa między krwią a tkanką nie kieruje się różnicą ciśnień osmotycznych i że zależnie od warunków okolicznościowych substancje przechodzą to w tę to w drugą stronę *(diffusio reversibilis),*

2) do grupy tkanek należy również układ siateczkowo-śródbłonkowy w wątrobie i śledzionie, którego komórki mają zdolność swoistego wyławiania specjalnych substancji i nie kierując się wcale różnicą ciśnienia osmotycznego, 3) przez warstwę graniczną przechodzą nietylko krystaloidy, ale i ciała koloidalne oraz zawiesiny (tłuszcz) nie może więc to być *membrana semipermeabilis,* ale *colloidalis* (Zangger).

Przytoczone momenty wykazują, jak dalece żyjąca komórka dowolnie sobie modyfikuje ścisłym prawom fizykochemicznym podlegającą osmozę i dyfuzję zależnie od ptrzeb chwili.

Wobec niewystarczalności tłumaczenia drogą prawideł mechanicznych sprawy regulacji przemiany wodnej zwrócono się w ostatnich czasach ku chemji koloidalnej. Pierwszym autorem który podkreśla hydrofilję białka jako czynnika rozstrzygającego wymianę cieczy między krwią a tkanką jest Starling. On w roku 1898 tę tezę przyjął mimo nieznajomości chemji koloidalnej. Autorzy stojący na tem stanowisku zaczęli się zajmować parciem wody w samej tkance, ciśnieniem hydrostatycznem jej koloidów. Omówienie tej najważniejszej, bo obecnie panującej teorji poprzedzę krótką charakterystyką stanu koloidalnego.

Chemja fizykalna rozróżnia roztwory krystaloidalne i koloidalne. Gdy krystaloid czyli elektrolyt np. sól nieorganiczną rozpuścimy we wodzie, wówczas rozpada się ona na najmniejsze drobiny, a dalej na atomy, wzgl. grupy atomów z odpowieniem napięciem elektrycznem = jony. Mówi się o rozszczepieniu na jony. Koloidy w roztworze wodnym zachowują wprawdzie także jonizację, nie rozpadają się jednak tak dalece, tylko na grupy drobin, różnią się od krystaloidów wielkością rozpuszczonych cząstek. Gdy agregaty drobin są duże, roztwór nazywa się żel, gdy mniejsze sol. W ustroju ciecze np. osocze krwi jest sol, podczas gdy tkanki są systemem solów i żelów. Ponieważ koloidy są stale w roztworze, więc z wodą stanowią nierozerwalną całość, bez niej nie są do pomyślenia. Pod wpływem wody one pęcznieją. Stopień pęcznienia koloidów, a więc także koloidów ustroju, czyli nasycenia się ich wodą jest stałym np. dla osocza krwi wynosi 90% wody. Tej wody zwyczajnem przesączaniem oddzielić nie można. Żel, a więc w ustroju tkanka jeszcze silniej wiąże wodę. Prócz wody jest potrzebna do pęcznienia także sól, nieorganiczna. Gdy przepuścimy przez roztwór koloidalny prąd elektryczny, wtedy woda i sól oddziela się od części organicznej. Przychodzi do odpęcznienia koloidów. Pod wpływem prądu jony elektrotytu i e. soli nieorganicznej będącej przedtem w stanie rozczepienia łączą się i odpadają, a razem z nimi woda. Stałość pęcznienia danego koloidu jest zatem zapewniona, 1) obecnością wody, 2) stałością wzajemnego stosunku jonów soli nieorganicznych — izojonja. W ustroju mimo toczących się procesów przemiany materji, a więc procesów wywołujących ciągłe wahania napięcia elektrycznego, mogących wytrącić koloidy ze stanu izojonji optymalne pęcznienie jest zachowane dzięki regulującemu mechanizmowi. Stopień pęcznienia zależy od wieku, największy jest osesków. Stąd pochodzi turgor tkanki. Stałość ilości wody w koloidach jest najlepszym regulatorem gospodarki wodnej, gdyż nadmiar wprowadzonej wody, jakoteż woda pochodząca z przemiany materji zostają wydalone, by nie uszkadzać żywotności komórek.

Prawdziwość tej teorji udowadniają następujące okoliczności: 1) zachowanie się soli mineralnych. Wspomniana już izojonia w koloidach t. j. równowaga między jonami może doświadczalnie uledz przejściowemu ale dowolnemu zaburzeniu. *Na* z jednej K, Ca, Mg z drugiej strony zachowują się antagonistycznie w stosunku do nasycania wodą koloidów. Jony sodowe wywołują zatrzymanie wody, którą oddają koloidom do pęcznienia. Działają więc hydropigennie. Ich antagoniści odpęczniają koloidy, mobilizują wodę do nerek. Działają, więc anhydropigennie. Dlatego używa się ich jako środków moczopędnych. W tym kierunku przeprowadzono moc doświadczeń (Daniel i Högler, Talta i t. d.) Wszystkie potwierdziły tę tezę. Podobnie jak K, Mg, Ca anhydropigennie działają sole rtęciowe oraz niektóre nieelektrolyty jak np. mocznik, cukier.

2) Przy t. zw. próbie wodnej Vollharda wyniki są zależne od zachowania się chorego przedtem. Gdy chory przez kilka dni pozostawał na diecie suchej lub bezchlorowej próba się nie udaje (Oehme), bo koloidy podczas niej dopiero pęcznieją. Gdy zaś chory pozostawał na diecie normalnej,. przychodzi do dobrej durrezy.

3) Doświadczenie Coronediego, który po zupełnem wycięciu tarczycy u zwierząt stwierdził ograniczenie czynności nerek nie dające się usunąć zwyczajnymi środkami moczopędnymi, tylko wyciągami tarczycy. Działanie tyreoidyny na diurczę skłoniło Eppingera do tej teorji o obrzękach, która z punktu widzenia hormonalnego uzasadnia wpływ procesów koloidchemicznych na przemianę wodną. Za podstawę swej teorji przyjmuje Epoinger zaburzenie w przemianie materji tkanki, wskutek czego jej skład chemiczny ulega zmianie. Prawidłowo rozkłada tkanka przy pomocy zaczynów proteolitycznych białko aż do form elementarnych t. j. ciał aminowych. Gdy tkanka jest chora, nie potrafi zdezintegrować białka. Zostaje ono na miejscu wiążąc jako koloid wodę. E. nazywa ten stan „białkomoczem w tkance" *(Albuminurie im Gewebe).* Przez stosowanie tyreoidyny wraca prawidłowa czynność, a koloidy rozpadając się oddają wodę[1]). Tak więc E. drogą hormonu dochodzi do koloidchemicznego ujęcia sprawy przemiany wodnej.

Antagonistycznie działa pituitryna. Ona hamuje diurezę, jak to wiemy od czasu odkrycia jej działania leczniczego na *diabetes insipidus* przez v. d. Veldena w r. 1913. Gdy zdrowemu zwierzęciu wstrzyknie się pituitrynę w odpowiedniej ilości, ustaje wydzielanie moczu i przychodzi do obrazu chorobowego, opisanego przez Rowntreea jako „otrucie wodą". Daje ono się natychmiast usunąć mocznikiem, środkiem działającym moczopędnie przez odpęcznianie koloidów (Molitor, Pick). Pituitryna wywołuje więc w przeciwieństwie do tarczycy wzmożenie pęcznienia tkanek. Ten fakt tłumaczy w sposób inny niż dotychczas istotę moczówki zwykłej, schorzenia spowodowanego zaburzeniami w przysadce mózgowej. Dotychczas uważano ją jako nieprawidłowość czynności nerkowej, niezdolnej do wydzielenia moczu zgęszczonego. Aby wydalić wszystkie odpadki, głównie NaCl musi nerka oddać odpowiednio większe ilości wody. W związku z wspomnianemi badaniami uważa Pick tkankę jako nieprawidłową o tyle, że utraciła zdolność należytego nasycenia wodą swych koloidów. Wpływ tarczycy i przysadki mózgowej na przemianę wodną prowadzi do omówienia znaczenia innych ciał hormonalnych, w szczególności insuliny. Ona działa analogicznie do pituitryny hydropigennie, sposób działania jednak jest nieco odmienny, jak to zdołał w sposób przekonywający udowodnić prof. Frank z Wrocławia. Sądzi on, że hydroretencja zostaje spowodowaną tem, iż pod wpływem insuliny organizm cukrzycowy otrzymuje zdolność przyswajania sobie węglowodanów, one zaś jak już wspomniałem, przyciągają wodę. Działanie więc insuliny na pęcznienie koloidów, odbywa się pośrednio, drogą hydropigennego cukru. Frank rozumuje następująco. Przy wszelkich stanach przewlekłego niedożywienia przychodzi do rozpadu pierwoszczy przez zużycie wła-

---

[1]) Przed Epp. Asher zwrócił uwagę na zdolność komórek ustroju przyswajania sobie z chłonki ciał odżywczych pochodzących z krwi, które podczas przemiany materji ulegają rozkładowi, a wydzielone jako odpadki do chłonki są bodźcem do dalszego napływu ciał odżywczych z krwi. Ascher odróżnia dwa rodzaje chłonki a) odżywczą, b) pochodzącą z przemiany materji.

snego białka. Ten stan cechuje się chwiejnością poziomu wody w koloidach i skłonnością do obrzęków *„Oedembereitschaft"*. Podczas wojny obserwowano to jako obrzęk głodowy pod wpływem długotrwałej diety ubogiej w białko, a obfitującej w węglowodany (WW) Benedikt i Altvater wykazują w tych wypadkach codzienne przybytki na wadze przez podawanie WW, ubytki zaś przez izodynamiczne ilości tłuszczu. Ponieważ tak duże zmiany w ciężarze ciała odbywają się niemal codziennie, więc jedynie je można odnieść do zmian ilości wody w ustroju. Analogiczne doświadczenia na dzieciach przeprowadzili pedjatrzy Finkelstein, Rosenstern i inni. U oseskόw sztucznie odżywianych mlekiem do połowy odcukrzonem uzupełniali brakujące WW izodynamiczną ilością tłuszczu, nawet ilością kalorycznie wyższą, dziecko ceteris paribus nie rozwijało się, podczas gdy dodatek WW dawał rezultat doskonały. Coś podobnego zauważono u osesków żywionych jednostronnie mlekiem krowiem, uboższem we WW od kobiecego. W przytoczonych doświadczeniach ma się więc jak przy obrzęku wojennym do czynienia z wahadliwością poziomu wody w tkance dzięki przewlekłemu brakowi białka w pokarmach. WW wywołują ten obrzęk. Zwróćmy teraz uwagę na *diabetes gravis*. I tu ma się do czynienia ze stanem przewlekłego niedożywienia przez rozpad białka tkankowego, a jednak schnie chory mimo podawania WW. Ale WW wtedy wywołują, hydroretencję, gdy są w takim wyniszczonym organiźmie zużytkowane, co u cukrzycznego nie następuje. Dlatego *diabetes gravis* schnie przy podawaniu WW, inny zaś charłak okazuje tendencję do obrzęków w tych samych warunkach. Hydroretencja i skłonność do obrzęków przychodzi dopiero wtedy, gdy chory nabył pewnej tolerancji dla WW pod wpływem insuliny, pod której działaniem zachowuje się jak charłak niecukrzyczny.

Hormony gruczołów rozpłodczych wywierają wpływ hamujący na przemianę wodną. Heilig wykazał to przy pomocy próby wodnej u kobiet menstruujących. Zaburzenia gospodarki wodnej podczas ciąży spowodowane są wpływem trującym łożyska na czynnik pozanerkowy.

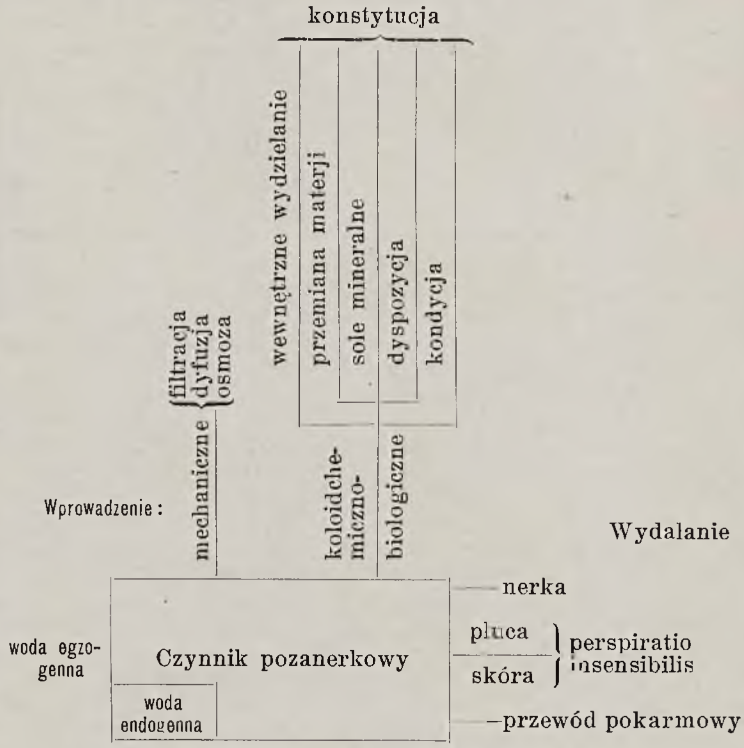
Wpływ wątroby. Wątroba dzięki 1) ułożeniu swych naczyń krwionośnych oraz dzięki 2) specjalnej budowie ich ścian przyswaja sobie znaczne ilości wody z krwi, które w miarę potrzeby oddaje. Do sił pomocniczych, które pozwalają wycisnąć wodę z krwi, należą mięśniowe tamy znajdujące się w śródwątrobowej części żyły wątrobowej, opisane u mięsożerców przez Picka i Mauthnera. Pod wpływem tych regulatorów wody krew dopływająca przez żyłę bramną stoi pod wysokiem ciśnieniem, oddaje więc wodę do tkanki i gęstnieje. Nonnenbruch wstrzyknął fizjologiczny roztwór soli do v. portae i wykazał wybitną różnicę stężenia krwi wątrobowej i żółci. Gdy się wykona przetokę Ecka, a potem wstrzyknie fizjol. roztwór soli, okaże się wodnistość krwi przez kilka godzin, a nie jak normalnie 30—40 minut. Wątroba jest więc pierwszem miejscem wymiany płynu między krwią a tkanką, jest organem regulującym fizjologiczną koncetrację krwi — przynajmniej u mięsożerców. Wątroba jest też miejscem, z którego zbyteczna woda wraca powoli do krwi. Wątroba wytwarza prawdopodobnie hormon, wpływający na diurezę zarówno w kierunku dodatnim jak ujemnym, o czem świadczą zaburzenia w gospodarce wodnej przy uszkodzeniu wątroby jadami np. histaminą, peptonem, arszenikiem i t. d. Mamy zatem w wątrobie podwójny mechanizm regulacyjny: jeden hemodynamiczny w systemie tam, zastawek żylnych, drugi chemiczny. Wątroba zasługuje więcej niż inna tkanka na miano czynnika pozanerkowego Vollharda.

Z dotychczasowego rozważania wynika, że nie jeden proces, ale cały szereg splecionych, skoordynowanych lub podporządkowanych procesów reguluje przemianę wodną w tkankach. Naczelne stanowisko wśród tych procesów zajmują zjawiska koloidchemiczne podlegające w ustroju wybitnie wpływom hormonalnym, które niejako kontrolują stan pęcznienia tkanki. Temsamem fizjologja przemiany wody staje się problemem konstytucjonalnym. Wrodzona wartościowość samej tkanki, napięcie jej czyli turgor (Landerer) decyduje o stałości czy wadliwość przemiany wodnej.

Całość wchodzących tu w grę zagadnień starałem się ująć w schemat, który poniżej podaję.

Zachodzi teraz pytanie: w jaki sposób dowiaduje się nerka o stanie wody w tkankach, czyli co pośredniczy między nerką a tkankami? Wpływ nerwowy to nie jest, bo doświadczenia na nerkach pozbawionych swych nerwów nie przyniosły żadnych zmian w czynności nerek. Nerka po przecięciu nerwów pracuje taksamo jak unerwiona. Priestley przypuszcza, że porozumienie się odbywa się drogą krwi, której zmiany choćby dla naszych badań niedostrzegalne już działają na nerki podobnie jak CO_2 z krwi na płuca. Nie można wykluczyć działania hormonalnego. Najprawdopodobniejszem jest, że nerka sama zachowuje się jako tkanka. Znając swój własny stan wody, wie, ile ma wydzielić (Pick, Ascher, Oehme). Według tej teorji jest zatem nerka organem wodę wydzielającym i czynnikiem pozanerkowym równocześnie. Wspomniani autorowie nazywają tę czynność *Selbststeuerung der Niere*.

Wpływy na czynnik pozanerkowy:



Schemat przemiany wodnej ustroju

Przechodzimy do omówienia samej funkcji nerek. Temat ten w przeciwieństwie do obracającego się w dziedzinie hypotez twierdzenia o wpływach krwi na tkanki operuje dziś pewnikami dzięki genialnym i przekonywującym doświadczeniom prof. farmakologji we Filadelfji Richarda. On to udowodnił prawdziwość teorji Ludwiga. W roku 1844 Karol Ludwig opisał funkcję nerek jako proces filtracyjny. Kłębuszki Malpighiego są pewnym rodzajem filtrów, przez które krew oddaje nietylko wodę, ale wszystkie inne składniki, w osoczu rozpuszczone z wyjątkiem ciał białkowych. Przesączaniu sprzyja różnica ciśnień między wnętrzem naczyń kłębuszka a torebką Bowmana. Tak powstały mocz silnie rozcieńczony, czysty przesącz krwi, gęstnieje dzięki powrotnemu wessaniu wody przez nabłonek wyścielający kanaliki. Atoli przy bliższej krytyce okazało się to twierdzenie nieprawdopodobnem ze względu na stosunek składników moczu nieodpowiadający stosunkowi tychże we krwi oraz ze względu, na to, że do wydzielania dziennej ilości mocznika musiałoby uledz przesączeniu w kłębuszkach około 70.000 cm³ = 70 l. cieczy, z czego 68 l. powinnoby być z powrotem wchłonięte, jeżeli przyjmiemy 2 l. moczu, na dobę, a mocznika 0,03% w osoczu. Ponieważ przy uwzględnieniu warunków krążenia i chyżości krwiobiegu nie może w ciągu doby przepływać przez nerkę u człowieka dorosłego więcej jak 130 l. krwi, (biorąc za podstawę całą ilość krwi = 6 l.) przeto musiałoby w kłębuszkach uledz przesączeniu więcej jak połowa t. j. 70 l. na dobę, co jest niemożliwe. Przyjęto tedy zapatrywanie Bownana i Heydenhaima, że proces przesączania ogranicza się do przechodzenia wody i niektórych składników rozpuszczonych w osoczu, wydzielanie zaś swoich składników moczu odbywa się za pośrednictwem nabłonka kanalików nerkowych, w szczególności krętych z materjału, którego im dostarcza krew i chłonka. Ciecz wydalona z kłębuszków przepływając przez cewki wypłukuje i rozpuszcza składniki wydzielone na powierzchnię nabłonka, przyczem ulega stężeniu do gęstości moczu. Według Bowmana zatem kanaliki kręte są istotnym aparatem wydzielającym mocz, zaś kłębuszek aparatem pomocniczym służącym do miarkowania dopływu wody (teorja sekrecyjna).

Mimo tych teorji i innych prac przeciwników teorja Ludwiga utrzymała się zwycięsko, a najnowsza z tej dziedziny praca po-

chodzącą od Cushnyego w Edynburgu określa czynność nerki jako 1) przesączanie krystaloidów, 2) wchłanianie płynu Lockego t. j. izotonicznego z osoczem. Oba te procesy są, niezależne od siebie, ale skoordynowane, bo zależą od dopływu krwi. Podwyższenie parcia krwi i poprawienie krążenia w kłębuszkach przyspiesza filtrację, potęguje również dopływ krwi do kanalików i podnieca nabłonek wchłaniający do żywszej czynności. Niezbitego dowodu dla prawdziwości teorji filtracyjnej dostarczył wspomniany już Richard, który przy pomocy subtelnej techniki punktował w r. 1923 torebkę Bowmana, a wydobytą treść poddał chemicznej mikroanalizie. Doświadczenie to wykazało, że ciecz dopływająca do kanalików jest przesączem krwi, który gęstnieje przechodząc przez kanaliki. Czynność filtracyjna jest ułatwiona wskutek wzmożonego parcia w kłębuszkach, niezależnego od ogólnego ciśnienia krwi w ustroju. *Vasa efferentia* kłębuszków mają do tego celu specjalną budowę: 1) sa wyższe od naczyń kłębuszka, 2) kurczą się łatwo pod wpływem swoistej innerwacji, 3) Richard ponadto zauważył wśród kłębuszków panujące i odpoczywające podobnie jak Krogh przy naczyniach włosowatych. R. badał nerkę żaby przed i po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 fizjol. roztworu soli kuchennej w *vena abdominalis*. Przed wstrzyknięciem zauważył na jednem polu widzenia 50 kłębuszków, a to 41 czynnych, 9 nieczynnych, w 10 min. po wstrzyknięciu 62, z tego czynnych 54, nieczynnych 8. Stąd wniosek, że przy diurezie głównie pracują kłębuszki.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA I OCENY.

Dr. P. Hauduroy: *Les Ultravirus Et Les Formes Filtrantes Des Microbes.* Masson et Cie. Paris, 1929. Str. 392. Cena 40 franków.

Książka Haudyroy'a obejmuje dwa działy, które w bakterjologji w ostatnich latach nabyły specjalnego znaczenia a mają przed sobą w dalszym ciągu pole do dalszego poznania i zgłębienia badań.

W pierwszej części przedstawia autor w dość schematyczny sposób a z punktu biologicznego niezbyt jasno oddany, do dnia dzisiejszego poznany zbiór ultrawisów. Niektóre sporne jeszcze jednostki zalicza już do ultrawirów z pominięciem innych, które często i nie bez słuszności zaliczone są do ultrazarazków (np. płonica, odra). Autor spis ultrazarazków ułożył na podstawie ich pasorzytującego życia na pewnych gatunkach roślin i zwierząt, nie zapuszczając się wiele w oznaczenie wirów podług ich własności.

W dalszym ciągu przedstawia autor ogólnie własności ultrawiru a to fizykalne, morfologiczne, fizjologiczne i immunologiczne. Część ta pisana z wielką swadą, nie uwzględnia niestety w dostatecznej mierze wyników badań autorów innych (niemieckich i amerykańskich), przez co cierpi praca na całości i dokładności.

W drugiej części książki opisuje dotychczasowe badania, tyczące się istnienia przesączalnej postaci drobnoustrojów (krętka bladego, prątka Kocha, prątka duru i t. d.). W tej części, którą przedmiotowo przedstawia się dość skromnie, rzuca autor szereg nowych myśli i przypuszczeń (np. o powstawaniu epidemji, zagadnienie t. z. *„microbes de sortie")*, które otwierają nowe pole do doświadczeń.

Książkę tę, która w sposób jasny i zwięzły opisuje ten dział bakterjologji, będący dziś tematem licznych prac, należy powitać, głównie dzięki jej prostocie ujęcia.

Dr. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Archiwum historji i filozofji medycyny oraz historji nauk przyrodniczych, tom IX, zeszyt 2, z r. 1929: Em. Ostachowski: Van Helmont i jego system przyrodniczo-lekarski. — Wł. Szumowski: Na co najwięcej chorowali nasi pradziadowie przed 150 laty? — Tad. Bilikiewicz: Stosunek Władysława Biegańskiego do prof. Maksa Neuburgera w świetle zachowanych listów. — Zdz. Skibiński: Katedra anatomji na Uniwersytecie Jagiellońskim za pierwszych rządów austrjackich (1795 — 1809) po ustąpieniu z niej Wincentego Szastra. — J. Gawlik: Nieco pobieżnych wspomnień uniwersyteckich o moich profesorach Józefie Dietlu i Antonim Bryku. Wydał Adam Wrzosek. — Józef Mianowski: Listy do Kazimierza Krzywickiego (c. d.) Wydał Adam Wrzosek. — L. Czyżewski: Rzut oka na dzieje Instytutu Oftalmologicznego w Warszawie. — Kaz. Koralewski: Przemówienie w czasie obchodu setnej rocznicy założenia Instytutu Oftalmologicznego w Warszawie. — A. Wrzosek: Ś. p. D. Romuald Wierzbicki. — Wł. Szumowski: Wspomnienie o ś. p. Władysławie Gajewskim.

Medycyna Praktyczna, rok III, zeszyt 8, 1929. Zdz. Szymoński: Konstytucja, dziedziczność cech psychofizycznych, eugenika. — Sew. Chmielowski: O badaniu czynności serca w praktyce. — K. Vincenz: Phytina Ciba w gruźlicy.

Ratownictwo, rok I. nr. 9, z września 1929. Fr. Białokur: O praktyce lekarza Pogotowia Ratunkowego. — Jak się ustrzec chorób zakaźnych. — Izolacja uczniów chorych na chorobę zakaźną. — Uzdrowiska i letniska polskie (c. d.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 39, z 29 września 1929. Filemonowicz: Zastosowanie siarczku sodu zamiast siarkowodoru. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 7 i 8 z lipca i sierpnia 1929. Rozmaite popularne artykuły z dziedziny higjeny życia codziennego.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie, tom VIII, zeszyt 2, za kwiecień - czerwiec 1929 r.: J. Milejkowski: Wacław Sterling, wspomnienie pozgonne. — Wł. Sterlig i J. Milejkowski: Sadze jako allergen w rumieniu posalwarsanowym. — A. Wileńczyk: O zmienności grzybka fiołkowego. — J. Rosenberg: O leczeniu przymiotu zimnicą. — B. Frydman: Próby leczenia wiewióra parami formaliny. — E. Birzowski: O psychopochodności niektórych zaburzeń czynnościowych w sferze rodnej kobiety. — A. Graber: Badania doświadczalne nad zmianami w układzie kostnomięśniowym pod wpływem unieruchomienia stawu.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 9 — 10 z r. 1929: E. Piasecki: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego. — W. Sikorski: Współczesne prądy w pedagogice a metoda ćwiczeń gimnastycznych. — W. Sikorski: Ewolucja metody ćwiczeń gimnastycznych na zasadach systemu Linga. — M. Krawczyk: Przyczynek do metodyki nauczania gier. — Ł. Lange: Program wioślarski na kursie w Wągrowcu.

Nowiny społeczno - lekarskie, rok III, nr. 19, z 1 października 1929: Podatki i lekarze. — Z życia Związku lekarzy P. P. — W sprawie organizacji lecznictwa na kolejach. — Z Izb lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XV. Nr. 5.

Alfred Scott Warthin (Ann Arbor, Michigan): *Różnice płciowe w obrazie chorobowym syfilisu.* Na podstawie obdukcji 500 syfilitycznych mężczyzn i kobiet rozważa autor różnice, które występują w przebiegu syfilisu u obojga płci. Np. wrzód pierwotny u kobiety naogół jest mniejszy i trwa krócej niż u mężczyzny, niekiedy nawet może się wcale nie wytworzyć. Wyjątek stanowią: część pochwowa, łechtaczka i jej otoczenie i brodawki piersiowe. Wysypka jest również mniejsza, czasem jest tylko zaznaczona, w ciąży może nawet nie wystąpić, a tylko kobiety po okresie przekwitania mają wyraźne objawy na skórze. Z dalszych następstw rzadsze są u kobiet zmiany w centralnym systemie nerwowym i w naczyniach, natomiast o wiele częściej występują charakterystyczne objawy w wątrobie, w trzustce, w nadnerczach, kiszce grubej, w tkance podskórnej i okostnowej. W przeciwieństwie do mężczyzn, u których jądra często ulegają schorzeniu, jajniki pozostają prawie zawsze wolne. Przyczyny tego odmiennego obrazu chorobowego u obojga płci nie znamy.

E. Essen-Möller (Lund, Sweden): *Czy w łożysku przodującem usprawiedliwione jest cięcie cesarskie?* Zestawienie autora obejmuje 207 przyp. łożyska przodującego. 20 razy wykonano cięcie cesarskie brzuszne, w tem 3 razy już po obumarciu płodu. Na 27 operacji wykonanych przez pochwę były 2 wypadki śmierci. W jednym nacięta zamało szyja pękła w przymacicze i chora się skrwawiła, druga zmarła w miesiąc po operacji na zakażone za-

palenie żył. Obdukcja wykazała źródło zakażenia w pęknięciu sklepienia pochwy. Zgodnie z zapatrywaniem niektórych autorów, uważa autor wszystkie dłużej trwające przypadki łożyska przodującego za zakażone. Z powodu niebezpieczeństwa grożącego matce, uważa autor cięcie cesarskie pochwowe w przypadkach przodującego łożyska wykonane dla ratowania dziecka za nieusprawiedliwione i sądzi, że zabieg ten należy wykonywać tylko w tych przypadkach w których poród trzeba ukończyć przy zamkniętej szyji a cięcia cesarskiego brzusznego z jakiegokolwiek powodu wykonać nie można. Niebezpieczeństwo pęknięcia szyi w przymacicze polega na trudności dokładnego oznaczenia długości potrzebnego nacięcia szyi.

Wayne A. Yokam (Detroit, Mich): *Gruczoł tarczycowy w ciąży. Badania kliniczne w okolicy endemicznego wola.* Stosunek ciąży do gruczołu tarczycowego jest ogólnie znany. Wiadomo, że czynność gruczołu w ciąży zwiększa się, a w razie niedostatecznego dowozu jodu występuje przerost gruczołu i wrodzone wole u noworodka. Nie ma bowiem fizjologicznego powiększenia tarczycy w ciąży, jest ono tylko wyrazem braku jodu w ustroju ciężarnej i podawanie jodu usuwa je. Na podstawie swych badań uważa autor zaburzenie wewnątrzmaciczne na braku jodu w życiu płodowem polegające za przyczynę endemicznego występowania wola. Dlatego powinno się podawać jod tym ciężarnym, które wykazują znaczne symetryczne powiększenie gruczołu. Leczenie jodem jest jednak tylko wtedy skuteczne, gdy rozpoczyna się je wcześnie, a mianowicie już w pierwszych miesiącach ciąży.

Thos. R. Goethals (Boston, Mass): *Przedwczesne odklejenie się łożyska. Przegląd statystyczny.* Zestawienie obejmuje 126 przyp. w ciągu 10 lat na 11907 porodów, co wynosi 1 : 94. W tem było pierwiastek 39 i 89 wieloródek. Większość kobiet miała mniej niż 30 lat. Trudności rozpoznawcze istnieją tylko przed 7 mies. ciąży, ze względu na pomyłki z przypadkami poronień, gdyż w obu razach głównym objawem jest krwawienie przez pochwę.

Co do przyczyn przedwczesnego odklejenia się łożyska to zatrucia ciążowe wykazano w 24,2%, w tem rzucawka porodowa w 4,7%przyp. Śmiertelność matek wynosiła 8,6%, płodów i noworodków 61,5%.

George van S. Smith, R. H. Smithwick, Horatio Rogers Jr. (Boston, Massa Chusetts): *Sprawozdanie z przypadków raka szyi, które w szpitalu Free w Bostonie były leczone w latach 1875 do 1927.* Sprawozdanie to dotyczy 550 chorych na raka szyi macicy, z których 9,4% nie było nigdy w ciąży. Obciążenie rodzinne wykazano w 10,7%. Na 2400 operowanych zapomocą nadpochwowego odcięcia macicy u 8 rak powstał na kikucie pooperacyjnym. Bezwzględne wyleczenie podaje autorka na 5%. Śmiertelność pooperacyjna do roku 1902 wynosiła 64,2%, później tylko 7,14%. Po operacji Wertheima żyło po 5 latach 44,4%, po całkowitem wycięciu macicy 40%. Naogół wyniki leczenia operacyjnego i promieniami radu są takie same.

Edward L. Saylor (Kansas City): *Przypadek uszypułowanego torbielowatego gruczolako - mięśniaka macicy urodzonego do pochwy.* Opis przypadku wraz z 9 fotografjami guza i preparatów drobnowidowych.

J. S. Kaplan (New York N. Y.): *Leczenie braku miesiączki promieniami X — wraz z opisem 38-u przypadków.* Z opisanych 38-u kobiet 26 cierpiało na zupełny brak miesiączki, 10 miało nieregularne miesiączkowanie, jedna miała bolesne miesiączkowanie, a u jednej stwierdzono niepłodność. Zamężnych było 30, niezamężnych 8 kobiet, najmłodsza miała 19, najstarsza 45 lat. Zapomocą leczenia promieniami X otrzymano dobre wyniki w 30 przypadkach; z 8-u niezamężnych u 5-ciu wystąpiło prawidłowe miesiączkowanie, podobnie jak i u 27-u kobiet zamężnych. 3 zamężne i 3 niezamężne odbyły leczenie bez wyniku. Ciąża wystąpiła 2 razy natychmiast po naświetlaniu, po 1 razie po 3, 4, 5, 9, 10 i 15 miesiącach, a 3 razy po 12 miesiącach. Płody nie wykazywały żadnych zaburzeń rozwojowych.

F. Lee Stone (Chicago, Ill.): *Lipiodol i promienie Roentgena jako środki pomocnicze w rozpoznawaniu chorób kobiecych.* Wszystkie dotychczasowe prace w tym kierunku odnoszą się do oleji jodowych. Ma to swe ujemne strony, ponieważ jod drażni otrzewną. O wiele lepsze byłyby wyniki, gdyby jod udało się zastąpić bromem. Szczególnie dotyczy to metody Heusera dla rozpoznania ciąży w pierwszych jej tygodniach.

Co się tyczy drożności trąbek, to zdaniem autora metoda ta jest bez konkurencji z powodu swej zupełnej prawie nieszkodliwości. Praktycznie takie same wyniki daje zwyczajne przedmuchiwanie trąbek.

Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Rocznik 8, zeszyt 12, 1929 r.

H. Gross. *Porównawcze próby pomiędzy odczynem Kahna a odczynem Brucka, dwóch szybkich odczynów serologicznych przy kile.* Doświadczenia przeprowadzono na 1000 surowicach; przeprowadzono prawidłowo odczyny Wassermanna, Kahna i Brucka, oprócz tego w większości przypadków mikroreakcję Meinickego i odczyn Dolda. Odczyny Kahna i Brucka zgadzały się w 94,3% z odczynem Wassermanna. W 5,7% niezgodnych wynikach chodziło zawsze o utajoną lub dawno leczoną kiłę. Technika obu reakcji jest prosta. Ważnym warunkiem jest staranne przygotowanie antigenów. Odczyn Brucka wymaga centryfugi, Kahna przyrządu wstrząsającego, albo pracujący musi próbówkę przez kilka minut wstrząsać ręką. W każdym przypadku wskazanem jest obok odczynu Wassermanna przeprowadzić jeden z tych odczynów.

Zeszyt 22, 1929 r.

F. Lasch i A. Neumann: *Leczenie bizmutem raka według metody H. Kahna.* Próby lecznicze przeprowadzono przeważnie w przypadkach ciężkich, nie nadających się do operowania raków. Używano Bizmut - Diaspodalu według Kahna, w różnych odmianach, różniących się od siebie zawartością toru. 8-miu chorych było równocześnie naświetlanych roentgenem. 10-ciu chorych leczono tylko bizmutem. W jednym przypadku z pierwszej grupy osiągnięto przemijające polepszenie. W innym przypadku rak piersi nieco się zmniejszył. W pozostałych przypadkach ten sposób leczenia okazał się nieskutecznym. Przetwór ten przez chorych dobrze jest znoszonym.

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 15. lutego 1929.

Przewodniczący kol. N. Gąsiorowski.

Przewodniczący podnosi zasługi ś. p. prof. dr. Stanisława Bądzyńskiego. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

Przewodniczący proponuje wybór na zastępcę podskarbiego kol. J. Notza. Wniosek przyjęto przez aklamację.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu na członka Towarzystwa kol. Budzanowskiego Kazimierza.

I) Kol. S. Oberlaender przedstawia 3 przypadki po *wycięciu nerek.*

a) *Gruźlica nerki* u chorej 18-letniej dobrze zbudowanej, dobrze odżywionej — bez obarczenia dziedzicznego. Mimo lekkich objawów klinicznych — jak częste parcie na mocz i ból czasami w lewym boku — trwających z przerwami kilka miesięcy — w pęcherzu cystoskopowo była typowa cystitis t. b. c. Prątki Kocha obecne w moczu. Nerka lewa okazała się zupełnie zniszczoną procesem gruźliczym. Zniszczony był też i moczowód do długości 15 cm, co już przed operacją sondowaniem stwierdzono. W wypadkach gruźlicy nerki — należy jak najprędzej chorą nerkę usunąć przy istniejącej sprawności drugiej nerki;

b) *Roponercze,* trwające około 15 lat. Chory miał tylko dwa ataki kolki nerkowej przed 13 laty. W ostatnim roku zauważył niekiedy mocz ropny. W prawym boku można było wyczuć u chorego guz wielkości głowy małego dziecka. Przy wziernikowaniu pęcherza uciskając na guz widziało się wypływającą ropę z prawego moczowodu, którego nerka była co do wydajności indygocarminu nieczynną, przy dobrej funkcji nerki lewej. Nerka prawa usunięta przedtsawia się 2 do 3 razy powiększoną jako system jam wypełnionych ropą. Miąższ nerkowy zupełnie zanikły. Miedniczkę nerkową wypełniał kamień zatykający główką wejście do moczowodu — co tłumaczy okresowo istniejącym otwartym lub zamkniętym roponerczem. Chory czuje się obecnie bardzo dobrze;

c) przypadek *schorzenia wtórnego moczowodu* jako przyczynek do kazuistyki schorzeń moczowodu i patogenezy wodonercza i roponercza. Na wysokości 9-tego cm przed miedniczką nerk. lewą *zwężenie moczowodu* jako następstwo zropienia pakietu gruczołów około moczowodu (periureteritis), stwierdzone Pyelogramem i sondowaniem moczowodu. W dalszym ciągu istnienia tego zwężenia przyszło do wytworzenia się Hydro i pyonephrozy. Około moczowodu zaś do perineuritis phlegmonosa i zropienia jamy okołonerkowej. Po usunięciu nerki i wytamponowaniu jamy ropnej chory szybko wyzdrowiał.

W dyskusji Kol. Laskownicki St. opisuje podobne przypadki gruźlicy nerek z własnej praktyki i wypowiada swe zastrzeżenia co do rozpoznania i rokowania; gruźlica nerek jest w tym wypadku obustronną. Zauważa, iż niema tam gruźlicy obustronnej, bo jak dotychczas, po operacji, nigdy nie wykryto prątków w moczu. — Kol. Schramm H. podnosi, że nie w każdym przypadku obustronnej gruźlicy nerek można do operacji przystąpić, warunkiem wycięcia jednej nerki jest, by druga była przynajmniej do pewnego stopnia zdrową.

2) Kol. Mierzecki H. przedstawia i omawia przypadek znamienia barwikowego *(Naevus papilomatosus pigmentosus).*

U mężczyzny 28-letniego widoczne jest znamię sięgające od nasady członka aż ku *crista illei* pasem szerokości dłoni. Znamię to wystąpiło u chorego w okresie pokwitania w postaci znamienia płaskiego, barwikowego wielkości fasoli i ulega ciągłemu rozszerzeniu się. Obraz kliniczny i histologiczny odpowiada postaci *naevus papillomatosus pigmentosus.*

W dyskusji Kol. Barącz polecałby przy znamionach barwikowych powierzchownych sposób Whita z Ameryki: zamrażanie kilkurazowe znamienia śniegiem kwasu węglowego. Wobec tak głębokich zmian w przedstawionym przypadku polecałby ignipunkturę termokauterem Paquelina, naświetlania promieniami Roentgena a ewentualnie wycięcie. — Kol. Leszczyński stosuje kwas węglowy do usuwania małych znamion, tak wielkie, jak przedstawione, usuwa się chirurgicznie (elektro - koagulacją). Naświetlania roentgenowskie na twarzy nie wskazane, raczej radowe. — Kol. Schramm H. zauważa, że o sposobie usuwania znamion nie rozstrzyga ich rozległość, lecz wyniosłość. W przedstawionym przypadku znamię wyciąć, resztę usunąć elektrokoagulacją.

3) Kol. Hilarowicz wygłasza wykład p. t. *Sprawa rdzeniowego znieczulania w chirurgji.* (Przeznaczone do druku).

4) Kol. Wiślański K. wygłasza wykład p. t. *O znieczulaniu tropakokainą w ginekologji i położnictwie.* (Przeznaczone do druku w „Ginekologji Polskiej).

W dyskusji nad oboma wykładami Kol. Elmer zapytuje, dlaczego kiła jest przeciwwskazaniem do omawianych zabiegów. — Kol. Laskownicki St. uważa, iż starszy wiek nie jest przeciwwskazaniem do znieczulania rdzeniowego. Przy operacji nerek wysokie znieczulenie lędźwiowe raz mowcę zupełnie zawiodło. Wartość dodania chlorku potasu należy wypróbować w praktyce. Nie zgadza się z tem, iż tropakokaina zmniejsza krwawienie. — Kol. Seidler M. porównuje narkozę inhalacyjną i znieczulenie rdzeniowe, omawiając następnie szczegółowo technikę i zastosowanie tego ostatniego w położnictwie. — Kol. Barącz zapytuje, dlaczego właśnie wybrał Kol. Wiślański do znieczulań lędźwiowych *Tropakokainę* wobec tego, że środek ten okazał się bardziej trującym od *nowokainy;* czy *tropakokaina* może nadaje się lepiej w przypadkach położniczych i ginekologicznych i jaką ma wyższość nad nowokainą? Kol. Falkiewicz omawia istotę porażeń nerwu VI., uważa że jestto działanie toksyczne środka używanego, — wystąpić ono może późno — a trwać do trzech miesięcy. — Kol. Czyżewski donosi, iż znieczulanie rdzeniowe stosuje się na oddziele chirurgicznym Szpitala Powszechnego z dobrymi wynikami. — Kol. Hilarowicz omawia sprawę zmniejszania krwawienia, jako też znieczulania rdzeniowego w operacjach nerek, które uważa za przeciwskazane.

Kol. Wiślański w odpowiedzi wyjaśnia, że znieczulenie lędźwiowe w położnictwie przedstawia się nieco odmiennie, aniżeli w chirurgji ogólnej. W położnictwie bowiem w zakres działania środka znieczulającego wchodzą narządy odmiennie zbudowane. Macica, szyja i pochwa posiadają włókna mięsne gładkie, natomiast jama brzuszna i krocze włókna mięsne prążkowane. Unerwienie macicy składa się z włókien splotu Frankenhausera, będących częścią splotu podbrzusznego pochodzenia współczulnego. Oprócz tego istnieje osobny ośrodek regulujący w rdzeniu lędźwiowym. Zaś w samej macicy istnieją samoistne sploty nerwowe wykryte i opisane przez Keiffera i Latorre'a. Ośrodki te wystarczają dla powstawania samoistnych, od rdzenia niezależnych ruchów macicy. Drażniąc rdzeń lub nerw współczulny można wywołać skurcze macicy, gdyż mięsień jej jest nadzwyczaj czuły na bodźce wszelakiego rodzaju. Przytoczone powyżej okoliczności tłumaczą objawy występujące w czasie znieczulania lędźwiowego w położnictwie i ginekologji.

Sekretarz: *A. Legeżyński.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 3 kwietnia 1929 roku.

1) Kol. A. Uryson wygłosił odczyt pod tyt.: *„Istota i leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy".*

Mechanizm powstawania wrzodu nie jest dotychczas zupełnie wyświetlony. Żadna z teorji, uzależniająca powstanie i przebieg wrzodu od jednej przyczyny chorobotwórczej (często mechanicznej, zapalnej, nerwowej, zakaźnej lub konstytucyjnej), poddana ścisłej krytyce — nie jest wystarczającą dla wyjaśnienia wybitnej skłonności wrzodu do — przewlekłości jego okresowości i nawrotów. Wrzód jest tylko miejscowym odczynem na cały szereg bodźców, leżących tak wewnątrz, jak i zewnątrz ustroju. Na zasadzie najnowszych badań należy przypuszczać, że wrzód powstaje dzięki zsumowaniu trzech głównych czynników, wrodzonej lub nabytej zmniejszonej odporności ścianki żołądka lub dwunastnicy, zaburzeń równowagi w układzie roślinnym, z czem związane są zaburzenia w gospodarce kwasowo - zasadowej oraz czynnika naczyniowego. Dalszy rozwój wrzodu zależny jest od siły trawiennej soku żołądkowego, ciągłego niepokoju ruchowego żołądka, wreszcie składników nieżytowych i zakaźnych. Umiejscowienie wrzodu przeważnie na krzywiźnie małej i opuszce dwunastnicy zależne jest od specjalnych warunków anatomicznych i fizjologicznych, w których znajdują się te części narządu. Leczenie wrzodu może być czysto objawowem lecz też skierowane na tory racjonalne terapji przyczynowej.

Duży odsetek dobrych wyników różnych autorów zależny jest częściowo od faktu, że 50% owrzodzeń goi się samoistnie. Za racjonalną terapję należy uważać taką, która dąży do usunięcia przyczyny powstawania wrzodu (zwalczanie zakażenia ustnego, walkę z katarem żołądka, próby zalkalizowania ustroju przez podawanie insuliny) lub też taką, która niezwalczając przyczyny nieznanej, stara się postawić żołądek w warunki największego spokoju ruchowego i wydzielniczego.

Racjonalną djetą nazywamy taką, która opiera się na badaniach frakcjonowanych treści żołądkowej.

Poza ogólno znanemi wskazaniami do leczenia chirurgicznego (wrzód modzelowaty, przedziurawienia, krwawienia długotrwałe i t. d.) należy również uwzględnić warunki socjalne i kierować do chirurga chorego ze wrzodem, o ile po 6 tygodniach racjonalnej w sensie djetetycznym terapji, bóle nie ustępują.

W dyskusji nad odczytem kol. Goldman zwraca uwagę na to, że o nieistnieniu celowego kontaktu między internistami a chirurgami przy określaniu postępowania u chorych na wrzód żołądka świadczy jaskrawo u nas fakt, że w rocznym prawie odstępie czasu słyszymy tu oświetlenie tej sprawy przez chirurga (Dr. Dengel) i dziś przez internistę, a wszak byłoby racjonalniej omówić tę sprawę wspólnie. Nie goła statystyka internistów czy chirurgów może tu być miarodajną, a wspólne ustalenie, że istnieją granice postępowania wewnętrznego i chirurgicznego w zależności od niemocy i bezcelowości każdego z nich. Różne postępowanie u młodych i starszych osobników w przypadkach wrzodów żołądka powinno być uwzględnione przy współpracy nad sprecyzowaniem samego cierpienia, jak i jego patogenezy z uwzględnieniem w znacznym stopniu warunków społecznych.

Nie należy lekceważyć niebezpieczeństwa wynikającego z możliwości zwyrodnienia złośliwego wrzodu żołądka, co według Finsterera wynosi 20%.

Co się tyczy postępowania przy krwotokach z wrzodów żołądka, to różni się ono w zależności od tego, czy mamy do czynienia z krwotokiem u chorego z obserwowanym uprzednio wrzodem żołądka, kiedy należy bezwzględnie operować, czy też z krwotokiem nagle powstałym u chorego dotychczas pozornie zdrowego, gdzie należy czekać z interwencją. (Niepodobna często znaleść miejsca krwawienia).

Kol. Marzyński podkreśla, że przy rozpoznawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy ma duże znaczenie — badanie kału na krew utajoną. Należy przestrzegać zasady, aby przed dokonaniem badania kału chory w okresie tygodnia nie spożywał mięsa.

Wśród zespołu objawów wrzodu żołądka i dwunastnicy zasługuje na uwagę objaw dotąd nieopisany, a spostrzegany przez niego w licznych przypadkach, a mianowicie: punkty bolesne w ściśle ograniczonym miejscu. Miejscem tym jest okolica powyżej pępka o 2 lub 4 cm w lewo lub prawo, przyczem bolesność z lewej strony przemawia za wrzodem żołądka, bolesność z prawej strony za wrzodem dwunastnicy. Na punkty te natrafia się łatwiej, badając chorego w pozycji stojącej ku przodowi pochylonej, będąc samemu za plecami chorego. Badanie takie dokonywa kol. Marzyński od kilku lat, a ostatnio porównywał wyniki z obrazami roentgenowskiemi, przekonał się, że gdzie wykrywał bolesność na prawo powyżej pępka, Roentgen wykazywał owrzodzenie dwunastnicy, przy bolesności na lewo, był wrzód odźwiernika.

Kol. Szyfman jest zdania, że i po odczycie dzisiejszym nie można odpowiedzieć, czem jest właściwie wrzód żołądka. Następnie zapytuje prelegenta, czy istnieje jakiś związek pomiędzy gruźlicą a wrzodem żołądka; czy istnieją jakieś dane w piśmiennictwie

co do takiego związku, dalej zapytuje czy istnieje związek między wrzodem żołądka a cukromoczem; spostrzegał przypadek cukromoczu typu renalnego oraz wrzodu żołądka u jednego i tego samego osobnika, dalej zwraca uwagę na pewną niekonsekwencję; chcemy bowiem zmniejszyć zapomocą insuliny zakwaszenie ustroju i zwalczać w ten sposób bóle głodowe, tymczasem insulina może wywołać hypoglykemję i uczucie głodu.

Co się tyczy sprawy sodu, który brany bezpośrednio po jedzeniu ma zmniejszać kwasotę, a później ją zwiększać, to zdaniem kol. Szyfmana zależnem to jest od dawek; należy bowiem, na co już w swoim czasie zwracał uwagę Reichman, podawać sól w dużych dawkach.

Co się tyczy djety, to winna nie być ona schematyczna, powinna uwzględniać własności indywidualne chorego, powinna być oszczędzająca.

Kol. Frenkiel zapytuje, czy zapomocą przykręgowych środków znieczulających można usunąć ból przy wrzodzie i czy w ten sposób można odróżnić wrzód od nerwic.

Kol. Rosiewicz zwraca uwagę, że prelegent nie uwzględnił czynnika spokoju; chorzy po kilku dniach spokoju tracą bóle i czują się zupełnie dobrze. Dalej kol. Rosiewicz wspomina o oliwie jako doskonałym środku leczniczym.

Kol. Fuks T. zapytuje, jak należy postępować przy nagłych krwawieniach.

W odpowiedzi kol. Uryson oświadcza:

1) Krwawienia utajone uważać należy nie jako objaw bezwzględny przy wrzodzie a raczej jako powikłanie; wrzód może przebiegać długie lata bez krwawienia.

2) Opisane są przypadki wrzodu żołądka, spowodowanego przez podrażnienie nerwu błędnego z powodu ucisku powiększonych gruczołów odoskrzelowych; naogół jednakże niema wspólnej przyczyny kostytucjonalnej dla powstania tych obydwu schorzeń.

3) Obserwowane przypadki jednoczesnego występowania wrzodu i *diabetes renalis* mogą być objaśnione przez chwiejność układu nerwowo-roślinnego w obydwu schorzeniach.

4) Soda na zasadzie frakcjonowanych badań na początku obniża kwasotę, następnie znacznie ją zwiększa.

5) Oliwa obniża kwasotę i wywołuje dopływ żółci z dwunastnicy.

6) Bóle głodowe przy wrzodzie nie są wywołane przez głód ustroju, lecz przez kurcze oddźwiernika, które chory odczuwa, jako bóle. Na kurcze te kojąco działa insulina.

7) Ostatnie badania wykazują, że tylko w 3% przypadków wrzód ulega zwyrodnieniu złośliwemu.

Sprostowanie.

W sprawozdaniu z XIII. Zjazdy Lekarzy i Przyrodników polskich we Wilnie, umieszczonem w numerze poprzednim Pol. Gaz. Lek. (Nr. 41 z dnia 13. X), w drugiej szpalcie na stronie 780 w 5 i 6 wierszu od dołu umieszczono przez omyłkę, że sekcja weterynaryjna obradowała przez jeden dzień zamiast przez dwa dni. Prostuję to tem bardziej, że w sekcji tej wygłoszono przeszło 20 referatów, ożywionych dyskusją wyczerpującą i przy znacznej liczbie uczestników, mimo, że z końcem czerwca odbył się w Poznaniu Powszechny Zjazd polskich lekarzy weterynaryjnych.

Witold Nowicki.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wilno.

Sekcja farmaceutyczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, po odbyciu przewidzianych w programie Zjazdu posiedzeń oraz wysłuchaniu zgłoszonych na Zjazd referatów i wywołanej przez nie dyskusji, na wnioski pp. prof. Jana Muszyńskiego z Wilna i docenta dra Marka Gatty-Kostyala z Krakowa, uchwaliła następujące rezulucje:

1) XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, biorąc pod uwagę, że obowiązujące jeszcze na ziemiach polskich w spadku po byłych zaborcach poszczególne lekospisy zawierają bardzo poważne braki w stosunku do postępów i wymagań wiedzy farmaceutycznej i lekarskiej ostatnich lat, co odbija się w dużej mierze i ujemnie na wartości leków, a różnorodność przepisów i wymogów tych lekospisów wprowadza zamęt w lecznictwie, wzywa czynniki miarodajne, aby, zgodnie z życzeniem wyrażonem już przez XII Zjazd w Warszawie, wpłynęły na przyśpieszenie redakcji i wydania jak najrychlej farmakopei polskiej.

2) XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, mając na uwadze, że znaczna część roślinnych surowców zagranicznych przewidzianych w projekcie farmakopei polskiej może być zastąpiona krajowemi, wyraża życzenie, aby fakt ten został należycie uwzględniony przy ostatecznej redakcji farmakopei.

3) XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, biorąc pod uwagę, że surowce i leki grupy naparstnicy, wymienione w pracach przygotowawczych do farmakopei polskiej, wykazują, zależnie od warunków uprawy, zbioru i konserwacji surowców, względnie sposobu przyrządzania z nich leków, niejednostajną, często w szerokich granicach zmienną, wartość leczniczą, czyniąc tem samem należyte stosowanie ich w lecznictwie wysoce utrudnionem, uważa za wskazane, aby prace przygotowawcze do farmakopei polskiej określiły dla przyjętych surowców i leków naparstnicy wzorowe miana wartości leczniczej oraz wskazały odpowiednie metody ich oznaczania.

Wobec tego, że działanie cebuli morskiej, gorzykwiatu, konwalji i naparstnicy na żywy organizm jest wypadkową współdziałania kilku składników czynnych, wartości leczniczej tych surowców nie należy określać zapomocą metod chemicznych, polegających na wyosobnieniu jednego z pośród kilku obecnych składników, lecz oznaczając farmakologicznie ich wartość działania.

Z metod farmakologicznych stosowanych do oznaczania wartości działania surowców i leków grupy naparstnicy, dla celów farmaceutycznych dobrze nadaje się metoda Houghton — Strauba, a to z powodu łatwej i prostej techniki wykonania oraz bardzo ścisłych wyników oznaczeń.

Z kraju.

Urządzenia społeczno-hygieniczne. Zgodnie z uchwałą międzynarodowej podkomisji dla medycyny społecznej, powziętą na posiedzeniu w Genewie w grudniu 1928 r. i postanowieniem międzynarodowego biura pracy i komitetu higjeny przy Lidze Narodów, odbyła się pierwsza podróż naukowa członków tejże komisji dla badania społeczno-higjenicznych i zapobiegawczych urządzeń w Niemczech i Austrji.

W podróży tej wzięli udział członkowie komisji z następujących państw: Ameryki, Anglji, Czechosłowacji, Francji, Holandji, Polski, (dr. Kluszyński), Jugosławji, Niemiec i Włoch, razem 12 osób, nadto reprezentanci międzynarodowego biura pracy i sekretarjatu Ligi Narodów.

Międzynarodowa komisja zbadała urządzenia zdrowotne w Berlinie, Hamburgu, Kolonji, Norymberdze i Wiedniu. We wszystkich miastach wygłoszono cały szereg wykładów i we wszystkich prelekcjach przewijała się ta sama zasadnicza nuta, że terapja w większości chorób zawodzi, że w chorobach o charakterze społecznym jest bezsilna. Zadaniem przeto medycyny społecznej jest przedewszystkiem niedopuszczanie do ich powstawania. Drugą zasadą jest, że nie należy czekać, aż dana jednostka sama się zgłosi, gdyż wtedy często jest za późno, albowiem powstałych szkód już częstokroć nie można usunąć, lecz należy osobniki te wyszukiwać zapomocą specjalnych na ten cel stworzonych instytucji.

Dla opieki nad niemowlętami stworzono w samym Berlinie 78 poradni, w Wiedniu 35. Przeszło 90 proc. dzieci znajduje się w ewidencji poradni, które roztaczają nietylko opiekę lekarską, ale i gospodarczą. To też śmiertelność niemowląt w Niemczech i Austrji nie dochodzi do 10 proc. kiedy w Polsce dochodzi do 30 proc. Podobnie się ma sprawa z gruźlicą, której śmiertelność w Niemczech od r. 1923 spadła prawie o 40 proc. i nie dochodzi do 10 osób na 10.000 mieszkańców, jako następstwo racjonalnej opieki i podniesienia się stopy życiowej i mieszkaniowej ludności. W Polsce śmiertelność wynosi 30 proc. na tę samą liczbę mieszkańców.

Istnieje formalny wyścig między instytucjami ubezpieczeń społecznych, publiczną i prywatną opieką zdrowotną we wszystkich tych akcjach zdążających do ochrony zdrowia mas ludowych. Dla racjonalizacji i wprowadzenia zasady gospodarczej w tej pracy utworzono z tych trzech czynników wspólnotę pracy z zachowaniem indywidualnych cech dla każdego z nich.

Z całości obserwacji i z ogromu dostarczonego materjału komisja w jednomyślnej uchwale złożyła raport międzynarodowemu biuru pracy i komitetowi higjeny Ligi Narodów, w którym zaznacza, że jej uwagi odnoszą się przedewszystkiem do stosunków zaobserwowanych w Niemczech i w Austrji, lecz nie ulega wątpliwości, że mogą one znaleźć zastosowanie w tych krajach, w których ubezpieczenia społeczne odgrywają ważną rolę. Szczegółowe sprawozdanie z wyników tej podróży naukowej opracowane zostanie dla nadzorczych władz samorządowych, instytucji ubezpieczeń społecznych, jako też dla głównego urzędu ubezpieczeń ministerstwa pracy i opieki społecznej.

Nr. 43. 27. października 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Warszawa.

O niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia (endocarditis lenta).

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Wstęp.

Powolne złośliwe zapalenie wsierdzia, którego cechą szczególną jest skłonność do tworzenia zatorów w naczyniach całego ustroju, nie omija również i nerek. Zmiany nerkowe w przebiegu tego cierpienia są zjawiskiem powszednim. Już Jaccoud i Osler, którzy pierwsi tę jednostkę chorobową opisali, podkreślali pewne zmiany anatomiczne w nerkach, pochodzenia zatorowego, które jako zjawisko stałe występują w tem schorzeniu. Wskutek zatorów w naczyniach nerkowych, dużych lub ograniczonych, pojedyńczych lub rozsianych, powstają tu dwie zasadnicze postaci zmian anatomo-patologicznych: 1) mniej lub bardziej rozległe zawały, 2) t. zw. zatorowe ogniskowe zapalenie nerek.

Zatorowe ogniskowe zapalenie nerek, opisane poraz pierwszy przez Löhleina[1]), później w Ameryce przez Baehra[2]) Gaskella i Libmanna[3]) (t. zw. „nichteitrige embolische Herdnephritis", „*focal embolic glomerular nephritis*", „*glomerulo-nephritis embolica circumscripta*") jest tą najczęstszą postacią uszkodzenia nerek, którą się spotyka w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. Tak np. Bauer[4]) na 68 przyp. *endocarditis lenta* spostrzegał je w 66-u, Bierring[5]) na 30 przyp. — w 29-u i t. d. Do niedawna zmiany te uchodziły za objaw patognomoniczny tego schorzenia. Są one tak banalne i powszechnie znane, że nie chcemy się tu nad niemi długo rozwodzić.

Drobne skupienia paciorkowców, dostając się drogą krwiobiegu do kłębuszków nerkowych, zaczopowują poszczególne pętle, tworząc drobne zatory bakteryjne, które są przyczyną powstawania drobnych ognisk martwiczych. Ogniska te ograniczają się do poszczególnych pętli, nie zajmując całego kłębuszka nerkowego, i są rozsiane mniej lub bardziej gęsto w całym miąższu nerkowym. Odczyn zapalny dookoła tych ognisk jest bardzo nieznaczny, co tłumaczy się właściwością paciorkowca zieleniejącego, który z reguły nie wywołuje ropienia. Nacieki zapalne leukocytowe są niewielkie; dookoła ognisk martwiczych rozwijają się zmiany łącznotkankowe, które prowadzić mogą następczo do wytworzenia drobnych ognisk bliznowatych. Zmiany łącznotkankowe są tu zwykle niewielkie. Aparat kanalikowy jest bez zmian. Czopy bakteryjne powodują przepełnienie poszczególnych pętli kłębuszkowych krwinkami, które następczo przenikają do światła kanalików nerkowych i zostają wydalone z moczem. Makroskopowo — nerka jest nieco powiększona, a na powierzchni i przekroju widoczne są jedynie nieraz punkcikowate wybroczyny.

Klinicznym wykładnikiem zmian powyższych jest krwiomocz. Rzadko kiedy mocz przybiera barwę krwawą, najczęściej jedynie pod mikroskopem stwierdzić się daje w osadzie obecność mniej lub bardziej licznych wyługowanych czerwonych krwinek. Prócz tego istnieje tu nieraz nieznaczny białkomocz, ewent. czasem stwierdzić się daje obecność pojedyńczych wałeczków szklistych lub erytrocytowych.

Zmiany te nadają powolnemu złośliwemu zapaleniu wsierdzia szczególne piętno, nie mają one jednak znaczenia istotnego dla przebiegu chorobowego tej sprawy. Wydolność nerek jest tu z reguły zachowana, próby czynnościowe wypadają pomyślnie, nie dochodzi tu nigdy do wytworzenia obrzęków typu nerkowego, azotemja oraz ciśnienie zachowują się na poziomie prawidłowym. Ogniskowe zatorowe zapalenie nerek ma większe znaczenie dla lekarza, którego naprowadza nieraz na trop powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, aniżeli dla chorego.

O ile drobne zatory bakteryjne powodują powstanie ogniskowego zapalenia nerek, o tyle duże zatory w tętnicach nerkowych prowadzą do zawałów. Zawały te niedokrwiste, klinowate, umiejscowione głównie w warstwie korowej jednej nerki lub obu, mniejszej lub większej wielkości, pojedyńcze lub mnogie — są zjawiskiem wielce częstem w przebiegu powolnego zapalenia wsierdzia. Zwykle towarzyszą one ogniskowemu zapaleniu nerek, a cechą ich szczególną jest również brak żywszego odczynu zapalnego na obwodzie. Podlegając organizacji, zamieniają się w zaciągnięcia bliznowate.

Kliniczne objawy niewielkich zawałów nerkowych są identyczne z objawami ogniskowego zapalenia nerek. Wytworzenie się dużego zawału nerkowego ma natomiast charakterystyczny, jak wiadomo, przebieg kliniczny. Gwałtowny, nagły ból w okolicy lędźwiowej, który utrzymuje się następnie jeszcze przez szereg dni, obfity krwiomocz (mocz przybiera barwę popłuczyn mięsnych), nieraz podskok ciepłoty — są odpowiednikiem klinicznym zaczopowania większych tętnic nerkowych[6]). Zawały nerkowe, o ile nie są zbyt liczne i rozległe, nie powodują również objawów niedomogi nerkowej i wydolność nerek jest tu w zupełności zachowana.

Ze zmianami nerkowemi pochodzenia zatorowego kojarzą się względnie często w przebiegu powolnego zapalenia wsierdzia zmiany zastoinowe. Nie posiadają tu one żadnych cech szczególnych, jest to zwykła nerka zastoinowa zależna od niedomogi krążenia. Klinicznie, jak wiadomo powszechnie, zastój nerkowy objawia się skąpomoczem o wysokim ciężarze właściwym, strącaniem się dużej ilości moczanów, białkomoczem niezbyt znacznego stopnia, oraz obecnością wałeczków szklistych, rzadziej ziarnistych i krwinek czerwonych w osadzie. Jeśli chodzi o wyniki prób czynnościowych, to stwierdzić tu można nieraz upośledzenie wydalania wody przy próbie wodnej oraz czasem zwiększenie stałej Ambarda. Zmiany te mogą się cofnąć w razie poprawy krążenia.

Tak więc w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia spotyka się zasadniczo następujące zmiany anatomiczne w nerkach: 1) ogniskowe zapalenie nerek, 2) zawały i 3) zmiany zastoinowe. Trzy te rodzaje procesów anatomicznych kojarzą się często ze sobą i składają się na zwykły obraz nerki w chorobie Jaccoud-Oslera, nerki dotkniętej anatomicznie, lecz wydolnej naogół czynnościowo.

W schorzeniu tem istnieją jednak jeszcze i inne, odrębne postaci zmian nerkowych, będących podłożem mniej lub bardziej znacznej ich niewydolności. Niedomoga nerkowe w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia jest przedmiotem niniejszego artykułu.

W ciągu ostatnich trzech lat spostrzegaliśmy na oddziale 12 przypadków *endocarditis lenta*, które bądź ze względu na swój przebieg kliniczny, na mniej lub bardziej wybitne objawy niedomogi nerkowej, bądź wreszcie ze względu na swoje odmienne podłoże anatomiczne — odbiegały od typu obrazów powolnego zapalenia wsierdzia. Przypadki te klinicznie i anatomo-patologicznie podzielić można na szereg postaci. Omawiać je będziemy grupami.

Przewlekłe ogniskowe zapalenie nerek, jako przyczyna niedomogi nerkowej.

Ogniskowe zapalenie nerek w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia ulec może nieraz wybitnym zmianom łącznotkankowym. Powstają wówczas rozsiane ogniska zbliznowacenia, czyli t. zw. *glomerulo-nephritis dispersa chronica*. Przypadki takie opisane są przez Löhleina i Libmanna. Są one nieczęste. Podobny przypadek spostrzegaliśmy niedawno.

[1]) Löhlein: Med. Klinik, Nr. 10, 1910.

[2]) Baehr: Journ. of exper. Med. T. XV. Nr. 4, 1912, cyt. Auperin, Thèse de Paris, 1926.

[3]) Libmann: Med. Clin. of North America. T. II., p. 117, 1918.

[4]) Baehr: Arch. of internal Medicine, Febr. 1921.

[5]) Bierring: Journ. of Amer. Med. Assoc., vol. 87. Nr. 7, 1926 r.

[6]) Zaznaczyć tu musimy, że istnieją przypadki, w których wytworzenie się zawału daje nieco inny obraz kliniczny. Spostrzegaliśmy przypadek powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, wywołanego przez paciorkowca niehemolizującego, gdzie powstaniu zawału towarzyszył nie krwiomocz, lecz wybitny ropomocz. Jest to zjawisko rzadkie, jeśli zwrócić uwagę na to, że paciorkowiec ten z reguły nie daje ropienia.

Przypadek 1. — Chory A. W., lat 29, przybył do szpitala dnia 11. X. 1928 r. ze skargami na osłabienie ogólne, silne bicie serca, duszność wysiłkową i napadową. Choroba obecna zaczęła się stopniowo w maju r. b. nieznacznem podniesieniem ciepłoty, przelotnemi bólami stawowemi i tak trwa do chwili obecnej. Przed 6-ciu laty chorował przez kilka miesięcy „na serce" (gorączka, duszność, bóle w okolicy serca i t. d.).

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 37,4. Wybitna bladość powłok skórnych; nieznaczne sine obrzęki na stopach; na prawej spojówce dolnej wybroczyna wielkości łebka od szpilki. Tętno — 108, chybkie. Tętnienie tętnic obwodowych. Tętno włosowate. Objaw Duroziera — dodatni. Ciśnienie krwi: 145/15 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej tuż nazewnątrz od linji sutkowej lewej; lewa granica — lewa linja sutk., prawa granica — 1 cm nazewnątrz od prawej linji mostkowej; drżenie skurczowe w dołku jarzmowym; nad wszystkiemi ujściami dwa głośne szmery. Płuca: z tyłu w dole z obu stron pojedyńcze rzężenia drobnobańkowe wilgotne; pozatem nic szczególnego. Wątroba — powiększona na 3 palce, gładka, tkliwa. Śledziona — macalna na 3 palce, brzeg gładki, twardy; od 8-go żebra. Mocz: c. wł. 1021, białko — 0,066%, wybitnie dodatni odczyn na urobilinogen, w osadzie: 3—4 krwinki czerwone wyługowane w każdem polu widzenia, pojedyńcze wałki szkliste, 1 wałek ziarnisty na preparacie.

Mocznik w osoczu: 0,60 g na litr; kwas moczowy w osoczu: 65 mg na litr. Stała Ambarda: 0,16.

Przebieg kliniczny: stany podgorączkowe (do 37,4°). Diureza koło 1 litr na dobę. Stałe napady duszności. Po 6-dniowym pobycie w szpitalu chory wśród objawów postępującej niedomogi sercowej zmarł nagle dnia 17. X.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis verrucosa et ulcerosa subacuta maligna (lenta). Insuff. vv. sem. aortae et v. mitralis.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Połtorzycka) dnia 18. X. 1928 r.: *Thrombendocarditis v. mitralis et vv. sem. aortae ulcerosa. Insuff. v. mitr. et vv. aortae. Hypertrophia excentrica cordis totius. Myodegeneratio cordis et cicatr. post infarctus. Venostasis universalis. Induratio venostatica pulmonum, hepatis et lienis. Induratio venostatica renum. Glomerulo-nephritis dispersa chronica(?) Gastro- et entero-colitis venostatica. Cicatrices post infarctus lienis.*

Nerki: powiększone, torebka schodzi łatwo. Powierzchnia i przekrój wybitnie zasinione, zwłaszcza nasady piramid. Na powierzchni tu i ówdzie wyboiny dość głębokie. Odcinanie się kory wyraźne. Nerki twarde lecz kruche.

Badanie mikroskopowe nerek (Dr. Połtorzycka): Zmiany w nerkach występują ogniskowo i dotyczą zarówno kłębków jak i zrębu nerki. W kłębkach stwierdza się obrazy częściowego lub całkowitego zarastania oraz zmiany szkliste różnego stopnia. Tkanka śródmiąższowa jest naogół zgrubiała miejscami widać w niej nacieki drobnookrągłokomórkowe. W świetle kanalików nerkowych znajduje się gdzieniegdzie ścięte białko i złuszczone nabłonki. Komórki nabłonkowe są nierównomiernie złuszczałe, niektóre nawet martwiczo zmienione. Naczynia krwionośne mają ściany nieco zgrubiałe. W drobnych naczyniach włoskowatych kory nerki spotyka się tu i ówdzie zatory bakteryjne.

Rozpoznanie: Przewlekłe ogniskowe zapalenie kłębkowe nerek *(Glomerulo-nephritis chronica dispersa).*

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z powolnem złośliwem zapaleniem wsierdzia, o trwaniu 5-miesięcznem. Na autopsji stwierdzono prócz zmian typowych dla *endocarditis lenta,* zmiany nerkowe, nasuwające podejrzenie przewlekłego ogniskowego ich zapalenia. Badanie histopatologiczne wykazało tu typowe zmiany dla *glomerulo-nephritis chronica dispersa.*

W porównaniu ze zwykłym obrazem klinicznym nerki w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, w przypadku tym mieliśmy już pewne objawy niedomogi nerkowej, a mianowicie: 1) zwiększenie poziomu mocznika (0,60 g na litr) i kw. moczowego (65 mg na litr) w osoczu, 2) zwiększenie stałej Ambarda (0,16) i 3) znaczne, względnie, jeśli uwzględnić wybitną niedomogę sercową i młody wiek chorego, podniesienie ciśnienia skurczowego (145 mm rtęci). Jednakże wobec tego, że objawy te były tu niezbyt silnie zaznaczone i ze względu na to, że zarówno zwiększenie poziomu mocznika jak i stałej Ambarda spotyka się nieraz i w nerce zastoinowej, dla rozpoznania klinicznego tej sprawy, zwłaszcza przy 6-dniowym pobycie chorego na odziale, nie było tu dostatecznych punktów uchwytu. Miąższ nerkowy był względnie nieznacznie uszkodzony a wydolność nerkowa była tu nieznacznie tylko upośledzona.

Przewlekłe ogniskowe zapalenie nerek w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia spowodować może jednak nieraz wybitną niedomogę nerkową i prowadzić nawet do stanu mocznicowego. Jeden podobny przypadek opisany jest w Niemczech przez Nonnenbrucha[7]), drugi — we Francji przez autorów ljońskich Devica i Dechauma[8]).

Sprawa tych przewlekłych zmian ogniskowych w nerkach nabiera ostatnio znaczenia. Libmann[9]) w Ameryce kładzie duży nacisk na rolę tych przewlekłych ogniskowych postaci zapalenia nerek w powstawaniu późniejszych zespołów niedomogi nerkowej u chorych „wyleczonych" z powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. Autor ten twierdzi, że zmiany zastawkowe w 3% przyp. mniej-więcej mogą się wygoić, zabliźnić, paciorkowce znikają z ustroju, ale jako następstwo wygojonych zawałów pozostają zmiany łącznotkankowe w nerkach, które stają się później przyczyną niedomogi nerkowej.

Niedomoga nerkowa wywołana przez podostre lub przewlekłe rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek.

Jeżeli do niedawna uważano, że powolnemu złośliwemu zapaleniu wsierdzia towarzyszą z reguły jedynie zmiany nerkowe ogniskowe, to istnieją jednak przypadki *endocarditis lenta,* przebiegające z mniej lub bardziej wybitnie zaznaczoną niedomogą nerkową, której podłożem anatomicznem jest nie ogniskowe lecz rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek *(glomerulo-nephritis diffusa).* Zapalenie to może być bądź podostre bądź przewlekłe *(glomerulo-nephritis subacuta* wzgl. *chronica diffusa).*

Niedomoga nerkowa może tu być bądź epizodem, wikłającym pierwotną sprawę chorobową, pogarszającym jej przebieg; zejście śmiertelne nie od niej jednak zależy. Dołączyć się ona dalej może w końcowym okresie powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia i wśród objawów mocznicowych prowadzić do zejścia śmiertelnego. Wreszcie niedomoga nerkowa wysunąć się może od początku na plan pierwszy, przysłaniając pierwotną sprawę chorobową na wsierdziu, która pozostaje w utajeniu, a rozpoznana zostaje jedynie sekcyjnie.

Według tych trzech postaci klinicznych grupę tę omawiać będziemy.

A) *Niedomoga nerkowa, wywołana rozlanem zapaleniem kłębuszkowem nerek, nie będąca bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego.*

Przypadków tych spostrzegaliśmy 6.

Przypadek 2. — Wł. B., lat 39, przybył na oddział w czerwcu 1927 r. z powodu gorączki, duszności wysiłkowej i osłabienia ogólnego. Choruje przeszło od miesiąca. Dawniej był podobno zdrów.

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 37,3. Wybitna bladość powłok skórnych i błon śluzowych. Nieznaczne obrzęki na stopach i krzyżu. Wybroczyna wielkości łebka od szpilki na prawem podudziu. Tętno 96, miarowe, chybkie. Ciśnienie krwi — 145/14 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe 2 palce nazewnątrz od lewej linji sutkowej w 6-tej przestrzeni międzyżebrowej; lewa granica serca 2 palce nazewnątrz od lewej l. sutk.; prawa — 1 palec nazewnątrz od prawej l. mostk.; wymiary: lewy — 12 cm, prawy — 5 cm, całkowity poprzeczny — 17 cm: osłuchowo — dwa głośne szmery nad wszystkiemi ujściami. Płuca: liczne rozsiane furczenia na całej przestrzeni, pozatem nic szczególnego. Wątroba: macalna na 3 palce, miękka, bolesna. Śledziona: na 2 palce, twarda.

Mocz: c. wł. 1016, białko — 0.4%, w osadzie 4 do 10 krwinek czerwonych wyługowanych w każdem polu widzenia, 1—2 wałki szkliste na preparacie. Próba wodna ($1^1/_2$ litra herbaty): wydzielił w ciągu 5 godz. 1025 cm³; rozcieńczenie max. do 1003. Próba sucha: stężenie max. do 1016. Stała Ambarda: 0,13. Próba fenolsulfoftaleinowa: początek wydzielania w 13 minut; wydzielił w 1-szą godz. 25%, w 2-gą godz. 15%, łącznie 40% barwnika. Poziom mocznika w osoczu: 0,40 g na litr, kw. moczowego: 79 mg na litr.

Badanie krwi morfologiczne: czerw. ciałek 3 miljony w 1 mm³; hemoglobiny 62%; wskaźnik barwny 1,0; białych ciałek 9600 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 82%: limfoc. 14%, monocyt. 4%: eozynofilów 0%. Skaza krwotoczna: czas krwawienia 2 min., czas krzepnięcia (met. Wrighta) 7 min., płytek 200 tys., objaw opaskowy ujemny.

---

[7]) Nonnenbruch: Klin. Woch. Nr. 45, 1922.

[8]) Dévic et Dechaume: Journ. Med. Lyon, 20 Avril 1922, cyt. wg. Deschampsa: Pratique Med. Franç. Nr. 11, 1925.

[9]) Libmann: Bull. Acad. de Médecine, 7 octobre 1924.

Przebieg kliniczny: Chory leżał przez 6 tygodni na oddziale, gorączkując stale do 37,7°. Pod wpływem środków nasercowych obrzęki ustąpiły i chory został w tym stanie wypisany na własne żądanie. Po 10 dniach (17 sierpnia) powrócił na oddział wskutek gwałtownych bólów, które się pojawiły ostatnio w prawem przedramieniu. Przy badaniu przedmiotowem poza zmianami, stwierdzonemi za pierwszym pobytem na oddziale, stwierdza się znaczny obrzęk i bolesność prawego przedramienia oraz obecność tworu wrzecionowatego, niezbyt wielkiego, na prawem przedramieniu, tętniącego.

Za drugim pobytem w szpitalu, diureza utrzymywała się na poziomie 700 — 800 cm³, o. c. wł. moczu 1015 do 1016, przy białkomoczu, wahającym się od 1,0‰ do 1,5‰ i stałej obecności w osadzie bardzo licznych czerwonych wyługowanych krwinek. Wkrótce stan chorego zaczął się coraz bardziej pogarszać, duszność nasiliła się znacznie, obrzęki stóp i krzyża powróciły ponownie i dnia 30 sierpnia chory zmarł. Ostatnie 2 dni przed śmiercią był senny, apatyczny i wybitnie zamroczony.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis subacuta maligna (lenta). Insuff. vv. sem. aortae. Myocarditis subacuta. Tumor lienis subacutus c. infarct. Glomerulo - nephritis embolica circumscripta c. infarct. Aneurysma art. ulnaris dextrae.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Siedlecka) dnia 31 sierpnia 1927 r.: *Endocarditis ulcerosa aortae c. destructione fere completa cuspidis anterioris. Hypertrophia permagna cordis totius. Infarctus pulmonum. Induratio venostatica lienis. Hepar moschatum. Induratio venostatica pulmonum. Infarctus in statu cicatrisationis renis dextri. Glomerulo - nephritis diffusa subacuta. Anasarca, ascites. Aneurysma mycoticum art. mesentericae superioris.*

Nerki: torebka łącznotkankowa cienka, schodzi łatwo. Na powierzchni, na szarem tle niezbyt liczne punkcikowate wybroczyny. Przekrój: rysunek niezupełnie wyraźny, brudno-szarawy; piramidy brudno - czerwonawe. Spoistość krucha. W prawej nerce jeden niedokrwisty, gojący się zawał.

W przypadku tym w nerkach na autopsji stwierdzono, obok gojącego się zawału, rozlane podostre zapalenie nerek *(Glomerulonephritis diffusa subacuta).* Objawy kliniczne: zły wynik próby ze stężeniem, złe wydalanie fenolsulfoftaleiny, zwiększenie stałej Ambarda, przy względnie niskim ciężarze właściwym moczu (o ile uwzględnić niedomogę sercową), przy dużym białkomoczu i krwiomoczu — świadczyły o niedomodze nerkowej. Jednakże wydalanie wody odbywało się tu względnie sprawnie, azotemja znajdowała się jeszcze na poziomie prawidłowym, brak było obrzęków nerkowych i znacznego podniesienia ciśnienia. Przyczyną zejścia śmiertelnego był tu zawał płuc.

Przypadek 3. — P. Gr., lat 46, przybył na oddział dnia 26. IX. 1927 r., ze skargami na kaszel, duszność stałą i osłabienie ogólne. Choruje obecnie od 6 tygodni. Przed 30 laty przechodził gościec stawowy; przed 3 laty nawrót.

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 37,4°. Bladość powłok skórnych. Obrzęki mierne na stopach, podudziach i krzyżu. Na podniebieniu kilka punkcikowatych wybroczyn. Na lewem podudziu liczne drobne wybroczyny. Tętno 100 na 1', chybkie. Ciśnienie krwi: 150/45 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe w lewej linji sutk. w 5-em międzyżebrzu; lewa granica na lewej l. sutk., prawa — 1 palec na zewnątrz od prawej l. mostkowej; wymiary serca: lewy 10 cm, prawy 3 cm, całkowity poprzeczny 13 cm; osłuchowo — 2 szmery nad wszystkiemi ujściami. Płuca: z tyłu w dole z obu stron pojedyńcze drobnobańkowe rzężenia wilgotne, pozatem nic szczególnego. Wątroba powiększona do poprzecznej linji pępkowej, twarda, bolesna. Śledziona macalna na 2 palce, niezbyt twarda, niebolesna, brzeg gładki. Wstrząs nerkowy obustronnie bolesny.

Mocz: c. wł. 1013, białko 0,2‰, urobilinogen wybitnie dodatni, w osadzie 3 — 5 krwinek czerwonych w polu widzenia, 1 — 2 wałki szkliste na preparacie, do 15 leukocytów w polu. Diureza około 1 litra na dobę.

Badanie morfologiczne krwi: czerw. ciałek 4200 tys., hemoglobiny 70%, wskaźnik barwny 0,8; białych ciałek 7200 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 73%, limfocytów 24%, monoc. 3%, eozyn. 0%. Skaza krwotoczna: czas krwawienia 2 min., czas krzepnięcia (Wright) 8 min., objaw opaskowy dodatni.

Przebieg kliniczny: Chory leżał na oddziale przeszło 2 tygodnie, gorączkując z przerwami do 37°. Diureza stale na poziomie 1200 — 1500 cm³ na dobę. Wskutek ciężkiego stanu badań czynnościowych przeprowadzić nie można było. Przez cały czas pobytu w szpitalu chory miał mdłości i wymioty. Dnia 13. X. zmarł.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis ulcerosa subacuta maligna (lenta). Insuff. vv. sem. aortae (et v. mitralis). Tumor lienis subacutus. Glomerulo - nephritis embolica. Endotheliosis haemorrhagica.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Siedlecka) dnia 14. X. 1927 r.: *Endocarditis ulcerosa vv. sem. aortae. Hypertrophia excentrica cordis totius. Infiltratio adiposa et venostosis myocardii. Glomerulo - nephritis diffusa subacuta. Induratio venostatica lienis. Tumor lienis chronicus. Infarctus cicatrisatus lienis. Induratio fusca hepatis.*

Nerki: duże, torebka schodzi łatwo, powierzchnia płatowata, usiana punkcikowatemi wybroczynami. Przekrój o rysunku zatartym, brudno-czerwony. Kora szeroka, bez rysunku. Gdzieniegdzie wybroczyny i szare ogniska. Spoistość wzmożona.

Mieliśmy tu do czynienia z powolnem zapaleniem wsierdzia, o trwaniu przeszło 2-miesięcznem; na autopsji stwierdzono dużą pstrą nerkę *(glomerulo - nephritis diffusa subacuta).* Klinicznie sprawa ta objawiała się białkomoczem i krwiomoczem oraz poliurją z niskim ciężarem właściwym i podniesieniem ciśnienia, mimo ogólnych objawów niedomogi krążenia. Jednak wskutek tego, że prób czynnościowych ze względu na ciężki stan chorego nie można było przeprowadzić, a na pobranie krwi z żyły dla określenia azotemji chory się zgodzić nie chciał, nie można tu było oczywiście ustalić rozpoznania. W jakim stopniu rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek przyczyniło się do zejścia śmiertelnego, również powiedzieć trudno. Chory stale miał mdłości i wymiotował, jednak nie było tu wyraźnego stanu mocznicowego.

Przypadek 4. — A. Gr., lat 53, przybył na oddział dnia 31. III. 1927 r. z powodu latających bólów w kończynach, gorączki, bólów rozlanych brzucha i osłabienia ogólnego. Choruje od 6-ciu miesięcy, nie opuszczając łóżka. Na początku choroby mocz był podobno przez kilka tygodni krwawy.

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 36,5°. Powłoki skórne blade. Obrzęków niema. Tętno 90, nitkowate. Ciśnienie krwi 115/90 mm rtęci, w płucach nic szczególnego. Serce: uderzenie koniuszkowe w 5-ej przestrzeni międzyżebr. w linji sutkowej; lewa granica serca na lewej linji sutkowej, prawa na l. mostkowej prawej; przy koniuszku wysłuchuje się szmer skurczowy, przenoszący się w stronę pachy; na lewym brzegu mostka szmer skurczowy o charakterze piłującym, propagujący do tętnic szyjowych i ku podstawie, najsilniejszy nad tętn. główną; II-gi ton nad tętn. główną niesłyszalny. Wątroba — na 4 palce. Śledziona — od 8-go żebra, macalna na 3 palce, twarda, bolesna.

Mocz: c. wł. 1024, białko — 0,03‰, urobilinogen wybitnie dodatni, w osadzie 3 — 4 czerwone, wyługowane krwinki w każdem polu widzenia. Badanie morfologiczne krwi: czerw. ciałek — 3,900 tys., hemoglobiny — 70%, wskaźnik — 0,9, białych ciałek 5200 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 53%, limfocytów 23%, monoc. i przejściowych 24%, eozyn. 0%. Skaza krwotoczna: czas krwawienia 2 min., czas krzepnięcia 3 min., płytek 180 tys., objaw opaskowy dodatni. Posiew z krwi ujemny.

Przebieg kliniczny: chory leżał na oddziale 4 miesiące. Ciepłota naogół prawidłowa, co kilka — kilkanaście dni podskoki parodniowe ciepłoty do 37,6 — 37,8°. Dnia 13. IV. silne krwawienie z nosa. Dnia 16. IV. stracił przemijająco przytomność, zjawiły się drgawki, poczem rozwinął się stan parogodzinnego podniecenia ruchowego, ucieczka z łóżka i t. d. Dnia 18. VI. zjawiły się punkcikowate wybroczyny na podniebieniu. Dnia 10. IX. zjawiły się obrzęki twarzy, krzyża i stóp oraz płyn w obu opłucnych. Diureza spadła z poprzedniej liczby 1000 — 1500 cm³ na 300 — 400 cm³ na dobę. Dnia 15. IX. chory zmarł.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis chron. fibrosa ad ostium aortae. Stenosis vv. aortae. Endocarditis subacuta maligna ad vv. aortae et v. mitralem. Splenomegalia (ifarctus lienis). Glomerulo - nephritis embolica.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Siedlecka) dnia 16. IX. 1927 r.: *Thrombendocarditis chronica exacerbans vv. aortae. Hypertrophia conc. cordis sinistri. Myofibromatosis cordis. Cicatrisatio v. mitralis. Arteriosclerosis universalis. Cicatrices post infarct. renum. Glomerulo - nephritis diffusa subacuta. Infarct. anemic. lienis. Hydrothorax. Ascites. Hydropericardium. Anasarca.*

Nerki dość duże. Torebka schodzi łatwo. Powierzchnia blado-żółtawa z b. wyraźnemi naczyńkami i rozrzuconemi gdzieniegdzie wybroczynkami. Przekrój równy, kora szeroka o rysunku naogół zatartym, również z wybroczynkami i wystającemi gdzieniegdzie drobnemi ziarenkami. Nerki kruche.

W przypadku tym śmierć nastąpiła wśród objawów niedomogi sercowej. Na autopsji stwierdzono tu, tak jak i w przypadku poprzednim, obok blizny pozawałowej w nerce — podostre rozlane zapalenie nerek *(glomerulo - nephritis diffusa subacuta).* Ze względu na to, że chory nie chciał się zgodzić na przeprowadzenie ba-

dań czynnościowych, nie było tu dostatecznych danych klinicznych do rozpoznania tej sprawy.

P r z y p a d e k 5. — Wł. Z., lat 39, przybyła na oddział dnia 24. IX. 1928 r. Choruje od 2-ch miesięcy. Choroba zaczęła się stopniowo od osłabienia ogólnego, stanów podgorączkowych (do 37,6°), bicia serca i duszności wysiłkowej. Od 6-ciu tygodni wskutek powyższych dolegliwości nie opuszcza łóżka. Dawniej była naogół zdrowa.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Ciepłota 37,6°. Bladość powłok skórnych. Pod prawym obojczykiem na skórze dwa guzki czerwono - wiśniowe, wielkości łebka od szpilki, nie znikające przy ucisku. Na lewej spojówce dolnej dwie wyniosłe wybroczyny, z białą plamką w środku, wielkości łebka od szpilki. Tętno 108 na min., miarowe, chybkie. Ciśnienie krwi 140/55 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe rozlane na 2 palce poza lewą l. sutkową w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej. Lewa granica serca 2 palce poza lewą l. sutk., prawa na 1 palec nazewnątrz od prawej l. mostkowej; wymiary serca: lewy — 11 cm, prawy — 4 cm, poprzeczny całkowity — 15 cm; przy koniuszku krótki szmer przedskurczowy, gwałtowny 1 ton, szmer skurczowy, propagujący do pachy; na lewej l. mostkowej 2 miękkie szmery; nad tętn. płucną I-y ton ze szmerem, II-gi ton akcentowany; nad aortą i tętn. szyjnemi 2 szmery. Płuca: z tyłu, w dole z obu stron nieliczne rzężenia drobnobańkowe wilgotne, pozatem nic szczególnego. Wątroba macalna do poprzecznej linji pępkowej, dość twarda. Śledziona na 3 palce, miękka, tkliwa.

Mocz: c. wł. 1015, białko 1,35°/₀₀, w osadzie pojedyncze krwinki czerw. wyługowane co kilka pól widzenia, pojedyncze wałki szkliste.

B a d a n i e m o r f o l o g i c z n e k r w i: czerw. ciałek 2,900 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 43%, wskaźnik — 0,7, białych ciałek 8 tys. w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 79%, limf. 17%, monocyt. 4%, eozyn. 0%. Skaza krwotoczna: czas krwawienia 3 min., czas krzepnięcia (met. Achard - Bineta) 18 min., objaw opaskowy wybitnie dodatni. Mocznika w osoczu 0,25 g na litr, kwasu moczowego 38 mg na litr. Stała Ambarda — 0,074. Próba sucha: stężenie max. do 1030. Próba wodna (z 1½ litra): wydzieliła wody w 5 godz. 455 cm³, rozcieńczenie max. do 1005 w 3-ej dopiero godzinie. Próba fenolsulfoftaleinowa: wydzielenie barwika w 1-szą godz. 15%, w 2-gą godz. 25%, łącznie — 40%.

P r z e b i e g k l i n i c z n y: Chora leżała na oddziale 3 tygodnie, gorączkując stale od 37,2° do 38,0°. Diureza stale na poziomie 600 do 800 cm³ na dobę, przy ciężarze właściwym moczu 1012—1016 i białkomoczu od 0,75°/₀₀ do 2,0°/₀₀. Dnia 13. X. chora nagle straciła przytomność i w ciągu godziny zmarła.

R o z p o z n a n i e k l i n i c z n e: *Endocarditis ulcerosa et verrucosa subacuta (lenta). Insuff. vv. aortae et v. mitralis. (Stenosis vv. mitralis). Tumor lienis subacutus c. infarctis. Glomerulo - nephritis embolica.*

R o z p o z n a n i e s e k c y j n e (dnia 14. X. 1928 r.): *Haemorrhaghia ventr. dextri cerebri c. encephalomalacia rubra. Haemorrhagia subarachnoid. hemispherae dextrae. Thrombendocarditis verr. et ulcerosa vv. aortae et v.mitralis. Insuff. vv. aortae, insuff. et stenosis v. mitralis. Tumor lienis subacutus. Glomerulo - nephritis diffusa subchronica. Cicatrices renum post infarct. Induratio cyanotica hepatis.*

N e r k i małe, na powierzchni widoczne drobne zaciągnięcia. Torebka schodzi z trudem, zabierając nieco miąższu. Powierzchnia drobno- ziarnista, szaro - różowa. Miąższ nieostro odcina się od kory. Kora wąska. Zabarwienie kory szaro - różowe, na przekroju widoczne nieliczne punkcikowate miejsca szaro - czerwone, oraz szaro - czerwone pasemka. Piramidy nastrzyknięte. Zaciągnięcia bliznowate powierzchni odpowiadają klinowatym bliznom pozawałowym.

W przypadku tym na autopsji poza zmianami, cechującemi powolne złośliwe zapalenie wsierdzia, w nerkach stwierdzono, obok blizn pozawałowych, zmiany, świadczące o przewlekłem, rozlanem ich zapaleniu (mała ziarnista nerka). Kliniczne objawy nie były tu zbyt wyraźne. Duży względnie białkomocz ,oligurja przy niezbyt niskim ciężarze właściwym, upośledzenie próby wodnej, niedostateczne wydalanie barwika, wreszcie nieznaczne podniesienie ciśnienia tętniczego (którego poziom 140 mm był niewspółmierny do niedomogi sercowej i długotrwałości sprawy zakaźnej) — to były wszystkie objawy, które u chorej tej pozwalały rozpoznać niedomogę nerkową.

Azotemja znajdowała się tu na poziomie prawidłowym, stała Ambarda nie była zwiększona, próba ze stężeniem wypadła pomyślnie, nie było tu izostenurji ani cylindrurji. Nerki więc znajdywały się jeszcze w stanie względnie sprawnym, a zejście śmiertelne nastąpiło tu wskutek wylewu do komór mózgowych i do przestrzeni podpajęczynówkowej.

P r z y p a d e k 6. — St. C., lat 24, przybył na oddział dnia 16. IV. 1926 r. Choruje od 6 miesięcy. Choroba zaczęła się stopniowo od duszności wysiłkowej i uporczywego bicia serca. Po 2 tygodniach zjawiły się obrzęki na stopach, powłokach brzusznych i twarzy. Mocz był podobno wówczas krwawy, b. skąpy. Chory leżał w szpitalu przez miesiąc, poczem nastąpiła względna poprawa, obrzęki ustąpiły, do pracy jednak nie wrócił, odczuwając nadal duszność i osłabienie silne. Od miesiąca znów pogorszenie, obrzęki powróciły, duszność się nasiliła. Przed obecną chorobą naogół zdrów.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Ciepłota 37,4°. Twarz nalana, na stopach i podudziach obrzęki. Tętno 96 miarowe. Ciśnienie krwi 168/10 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe ½ cm nazewnątrz od linji sutkowej w 6-ej przestrzeni międzyżebrowej; lewa granica serca na lewej linji sutkowej, prawa — 1½ cm nazewnątrz od linji mostk. prawej; wymiary serca: lewy 11 cm, prawy 3 cm, poprzeczny całkowity 14 cm; przy koniuszku szmer skurczowy, propagujący do pachy; nad tętn. płucną II-gi ton zmniejszony; nad tętn. główną i nad tętn. szyjnemi II-gi ton zaakcentowany. Płuca: w dole z obu stron od kątów łopatek liczne drobno- i średnio-bańkowe rzężenia wilgotne, poza tem nic szczególnego. Wątroba na 2 palce, gładka, tkliwa. Śledziona macalna na palec, niezbyt twarda.

Mocz: c. wł. 1013, białka 0.033%₀, w osadzie: 1-3 czerw. krwinek co 1-2 pola widzenia, 4 wałki ziarniste na preparacie. Mocznika w osoczu 0.50 gr. na litr; kw. moczowego 82 mgr. na litr. Białka w surowicy 7.8%. Stała Ambarda 0.081. Próba sucha: stężenie max. 1020. Próba wodna (z 1½ litra) wydzielił w ciągu 5 godz. 900 cm³, rozcieńczenie max. do 1006. Próba fenol-sulfoftaleinowa: początek wydzielania barwika w 7 min. w ciągu 1-ej godz. wydzielił 61%, w ciągu 2-ej 20%, łącznie 81%.

B a d a n i e m o r f o l o g i c z n e k r w i: czerw. ciałek 3950 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 70%, wskaźnik 0.9; białych ciałek 9600 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 79%, limf. 16%, monoc. i przejść. 4%, eozyn. 1%.

P r z e b i e g k l i n i c z n y: chory leżał na oddziale przez miesiąc, gorączkując do 37.6°, nieraz z obostrzeniami do 38.0° i nieco wyżej. Diureza utrzymywała się mniej więcej na poziomie 1000 — 1500 cm³ na dobę przy c. wł. moczu 1013—1016. Pod wpływem środków nasercowych i moczopędnych chory stracił obrzęki (10 kilo) i na własne żądanie wypisany został ze szpitala.

R o z p o z n a n i e k l i n i c z n e: *Endocarditis verucosa subacuta. Insuff. v. mitralis. Glomerulo - nephritis chronica exacerbans. Hypostasis pulmonum. Cirrhosis cardiaca hepatis incipiens.*

7-mio miesięczny przebieg sprawy chorobowej, objawy sercowe, stany podgorączkowe, powiększenie śledziony, niedokrwistość wskazywały, że mieliśmy tu do czynienia z powolnem zapaleniem wsierdzia, zapewne złośliwem. Zespół nerkowy (podniesienie znaczne ciśnienia tętniczego, obrzęki typu nerkowego, obecność wałków ziarnistych w osadzie moczowym, zaznaczona izostenurja z niezbyt dobrem stężaniem i rozcieńczaniem, wreszcie podniesienie, wprawdzie nieznaczne, poziomu mocznika i kwasu moczowego w osoczu) i charakterystyczne wywiady — wszystko to świadczyło o tem, że mieliśmy tu do czynienia z przewlekłem zapaleniem nerek, przy względnie dobrze zachowanej wydolności nerkowej.

P r z y p a d e k 7. — St. Ż. lat 28, zgłosił się na oddział wskutek bólów w lewem podżebrzu, kaszlu, duszności wysiłkowej i bicia serca. Choruje przeszło 6 tygodni; dawniej był podobno zdrów.

B a d a n i a p o d m i o t o w e: Ciepłota 37.4°. Bladość powłok skórnych. Na dolnych spojówkach liczne punkcikowate wybroczyny. Tętno 108 na min. chybkie. Ciśnienie krwi 150/25 mm. rtęci. Tętno włosowate. Objaw Duroziera dodatni. Serce: uderzenie koniuszkowe nieco nazewnątrz od lewej linji sutkowej w 5-tem międzyżebrzu; lewa granica serca na lewej l. sutkowej, prawa na 2 palce nazewnątrz od prawej linji mostkowej; wymiary serca: lewy 11 cm, prawy 5 cm, całkowity poprzeczny 16 cm; dwa krótkie szmery nad wszystkiemi ujściami, nad tętn. płucną II-gi ton, zaakcentowany. W płucach nic szczególnego. Wątroba na 2 palce. Śledziona: od 8-go żebra macalna na palec z pod łuku żebrowego, tkliwa.

Mocz: c. wł. 1025, białka 0,3°/₀₀, urobilinogen wybitnie wzmożony, w osadzie: 1—2 czerw. krwinek w każdem polu widzenia. Mocznika w osoczu (określony na początku pobytu szpitalnego) 0,2 g na litr, kwasu moczowego 46 mg na litr. Badanie morfolo-

giczne krwi: czerw. ciałek 2.700 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 60%, wskaźnik 1.1; białych ciałek 9.700 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 66%, limf. 27%, monoc. 7%, eozyn. 0%.

Przebieg kliniczny: Chory leżał na oddziale 2 tygodnie, gorączkując stale do 37,6°. Po upływie tygodnia diureza, która poprzednio wynosiła koło 1 litra na dobę, opadła do 300—400 cm³, białko w moczu wzrosło do 1‰, jednocześnie zjawiły się obrzęki twarzy i kostek, oraz mdłości uporczywe, wymioty i silne bóle głowy. Wkrótce dołączyła się biegunka. Na pobranie ponowne krwi z żyły chory nie chciał się zgodzić i na żądanie rodziny, wśród ustawicznych wymiotów wypisany został ze szpitala.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis ulcerosa subacuta maligna. Insuff. vv. sem. aortae et v. mitralis. Infarctus lienis et renum. Hepar auctum. Glomerulo-nephritis acuta diffusa.*

Mieliśmy tu do czynienia niewątpliwie z powolnem złośliwem zapaleniem wsierdzia *(endocarditis lenta)*, o czem świadczył przeszło 2-miesięczny czas trwania choroby, objawy sercowe, wybroczyny na błonach śluzowych, niedokrewność, powiększenie śledziony, stany podgorączkowe oraz brak ognisk wyjściowych dla septycznego złośliwego zapalenia wsierdzia.

Zespół nerkowy w przypadku tym odbiegał od obrazu, który się spotyka przy wyłącznie ogniskowem zatorowem zapaleniu nerek. Narastający białkomocz, podniesienie ciśnienia tętniczego, obrzęki twarzy, wreszcie wymioty, bóle głowy silne i biegunki — wszystko to świadczyło o tem, że mieliśmy tu zapewne do czynienia z nasilającem się stopniowo rozlanem zapaleniem nerek, prowadzącem w kierunku mocznicy. Przypadek ten stanowi jakby przejście do grupy następnej.

Sześć przypadków wyżej podanych różni się znacznie od zwykłych obrazów, które się spotyka w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. Zespoły nerkowe nie były tu jedynie podrzędnym objawem, tak jak to ma miejsce zwykle w przypadkach ogniskowego zapalenia nerek, lecz zajmowały już stanowisko współrzędne i świadczyły o niedomodze nerkowej. W każdym z przypadków odnaleść już można było za życia pewne objawy, których nie spotyka się w *endocarditis lenta*. A więc bądź obrzęki typu nerkowego, bądź podniesienie ciśnienia tętniczego, bądź upośledzenie prób czynnościowych (próby wodnej, fenolsulfoftaleinowej, stałej Ambarda), bądź podniesienie poziomu azotu niebiałkowego we krwi lub poliurja z izostenurją, nie odpowiadająca niedomodze sercowej, dalej obfity nieraz białkomocz z cylindrurją, bądź wreszcie objawy kliniczne, zwiastujące zbliżanie się mocznicy (senność, apatja, mdłości, wymioty, bóle głowy uporczywe i biegunki) — wszystkie te objawy odosobnione lub skojarzone ze sobą świadczyły o rozlanem uszkodzeniu miąższu nerkowego, o niedomodze nerkowej.

Mimo to w tych przypadkach, naszych zakończonych śmiercią, przyczyną zgonu nie była niewydolność nerkowa, lecz postępująca niedomoga sercowa bądź powikłanie zatorowe. Podłożem anatomicznem tych przypadków, w których wykonano autopsję, było nie ogniskowe lecz rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek. Z 4-ech przypadków autopsyjnych, należących do tej grupy, w trzech zmiany nerkowe miały charakter zapalenia podostrego (przyp. Nr. 2, 3, 4), w jednym zaś (przyp. Nr. 5) zmiany zapalne nerkowe były przewlekłe. W trzech przypadkach naszych stwierdzono współistnienie rozlanego zapalenia kłębuszkowego nerek z bliznami pozawałowemi, w czwartym zaś (przyp. Nr. 3) jedynie *glomerulonephritis diffusa subacuta* bez zmian makroskopowych zatorowych.

Przypadki rozlanego zapalenia nerek w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia znane są właściwie dopiero od niedawna. Pierwszym, który opisał podobny przypadek kliniczny był Morawitz[10]). Później przypadki podobne do 6-ciu powyżej podanych przez nas, ogłoszone zostały przez Laufera[11]) (2 przypadki), Baehra i Landego[12]) (9 przyp.), Sautereau[13]) (2 przypadki), Eustatziona i Poppera[14]) (1 przypadek) i wreszcie Millera i Brancha[15]) (1 przypadek). We wszystkich tych spostrzeżeniach klinicznych rozlane zapalenie nerek było podłożem niedomogi nerkowej, która się zjawiła w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, nie było ono jednak bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego.

---

10) Morawitz: Münch. Klin. Woch., Nr. 46, 1921.

11), 14) cyt. Lenoire et Baize.

12) Baehr i Lande: Journ. of Amer. Med. Assoc., 18 september 1920.

13) Sautereau: Thèse de Lyon, 1924-5.

15) Miller a. Branch: Arch. of Int. Med., febr. 1924.

Dok. nast.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

O prądzie wstępującym N. Cybulskiego w mięśniach.

Z Zakładu Fizjologji U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. E. Maydell.

Wstęp.

W większości podręczników fizjologji powierzchnia nieuszkodzonego mięśnia prążkowanego uważana jest jako izopotencjalna. Gdy mowa o izopotencjalności powierzchni ma to oznaczać, że jeśli dwie elektrody niepolaryzujące się ułożymy w dowolnych miejscach nieuszkodzonego spoczywającego mięśnia i połączymy je z galwanometrem — nie stwierdzimy prądu, a więc i różnicy potencjału. Prąd mięśnia w spoczynku stwierdzić można jedynie wówczas, gdy odprowadzimy go elektrodami z dwu miejsc mięśnia, które w różnym znajdują się stanie. Dotyczy to zwłaszcza mięśni „uszkodzonych" t. zn. takich których powierzchnia została nadżarta lub skaleczona. Jeśli w takim wypadku jedną elektrodę ułożymy na miejscu nieuszkodzonem, drugą — na uszkodzonem, otrzymamy prąd, przyczem zawsze powierzchnia nie uszkodzona odgrywa rolę bieguna dodatniego, zaś uszkodzona — bieguna ujemnego. Napięcie wynosi do 40—50, rzadko więcej mV.

Hoffmann w Handbuch der Norm. u. Path. Physiol. idzie nawet tak daleko, że za podstawę zasadniczą dzisiejszej elektrofizjologji uważa pojęcie izopotencjalności mięśnia nieuszkodzonego.

Powyższe dane za Hermannem w sposób stanowczy podawane pozornie niezgodne są z faktami, które w codziennem życiu zakładowem się spotyka. Przy pokazach doświadczeń z dziedziny elektrofizjologji ma się często możność spostrzegania faktów, które zdawałoby się są sprzeczne z powyższą teorją: od mięśnia z jego nieuszkodzonej powierzchni można otrzymać prądy i to nieraz bardzo silne, wcale nie słabsze od prądów uszkodzeniowych.

Są to fakty tak rzucające się w oczy, że nie mogą być niespostrzeżone. To też w pracach i podręcznikach fizjologji, aby nie musieć odrzucić teorji izopotencjalności mięśnia, podają cały szereg przyczyn, dzięki którym mogą powstawać prądy w mięśniu spoczywającym. Na pierwszem miejscu stawia się sposób preparowania mięśnia: Wypreparowanie bez uszkodzenia powierzchni jest bardzo trudne, co dotyczy przedewszystkiem takich mięśni żaby, których włókna przebiegają równolegle. Następnie przez wysychanie względnie przez zadziałanie innego szkodliwego czynnika można wywołać obumarcie pewnej części mięśnia, skąd prądy uszkodzeniowe. Także niejednakowy stan różnych części mięśnia może być przyczyną prądów, np. jeśli ciepłota danych dwóch części nie jest jednakowa. Wreszcie różnice w napięciu włókien mięsnych podług de Meyera również mają wywołać różnice potencjału.

Wszystkie te przypuszczenia bynajmniej nie są w stanie wytłómaczyć tych zjawisk, które się spotyka stale, gdy się ma do czynienia z podstawowemi doświadczeniami z elektrofizjologji mięśnia. A to dlatego, że czynniki powyższe, jako przypadkowe, powinny działać na różne części mięśnia i prądy powstające na powierzchni nieuszkodzonego wzgl. przypadkowo wskutek nieumiejętnego preparowania uszkodzonego mięśnia, powinny mieć różne kierunki. Tymczasem przy badaniu powierzchni mięśnia preparowanego zdawałoby się z największemi ostrożnościami spotykamy się nietylko z prądem silnym, lecz z prądem, który ma stały, jak powiada Cybulski, wstępujący kierunek. Choć prądy w tych warunkach otrzymane są dość różnej siły, to jednak co do kierunku cechują się taką prawidłowością, że tu o przypadku mowy być nie może.

Mianowicie, jeśli z łapki zabitej żaby zdejmiemy skórę w sposób zwykle używany, ale z największą ostrożnością, starając się nie dotknąć mięśnia ani narzędziami, ani brzeżkiem skóry przeciętej i w tym celu rozcinając tą ostatnią po przeciwnej stronie w stosunku do mięśnia łydkowego i potem mięsień łydkowy wraz z całą nóżką żaby, aby go dalszem odpreparowywaniem nie uszkodzić, ułożymy na deseczce szklanej i ustawimy na nim dwie elektrody, jedną w dystalnej, drugą w proksymalnej części mięśnia, wówczas stwierdzimy prąd i to zawsze o kierunku takim, że biegun dogłowowy mięśnia ma ładunek dodatni w stosunku do dogonowego. Prąd ten stwierdzamy, jak podaje ze słusznością Cybulski, w każdym mięśniu bez żadnego wyjątku i to nietylko w mięśniu łydkowym, lecz również w innych mięśniach.

Jeszcze bardziej zastanawiającym jest fakt następujący, którego znaczenie niszczące dla teorji uszkodzeniowej prądów podnosi Cybulski. Jeśli w mięśniu łydkowym żaby, spreparowanym jak wyżej, wykonamy głębokie nacięcie nożyczkami w górnym jego

biegunie i jedną z elektrod ustawimy na ścięgnie Achillesa, drugą zaś w środku sztucznego przekroju wykonanego, jak wyżej, wówczas podług teorji prądów Hermanna powinniśmy otrzymać silny prąd od pierwszej elektrody do drugiej. Tymczasem choć nie zawsze, lecz bardzo często otrzymamy prąd o przeciwnym kierunku i dość znacznej sile (nieraz 20 i 30 mV). Tak więc w danym wypadku przekrój mięśnia odgrywa rolę bieguna dodatniego, co zdawałoby się w sposób jaknajbardziej kategoryczny przeczy teorji uszkodzeniowej prądów spoczynkowych. Tylko u niektórych żab z powodu działania niezrozumiałych czynników otrzymamy prąd o kierunku przewidzianym przez teorję Hermanna.

Powyższe zjawiska nie mogły zostać i nie zostały pominięte przez starych badaczy, którzy zjawiskom tym wiele poświęcili czasu i wiele stron o nich zapisali. Już Matteucci w swych *Lecons sur les phenomenes physiques des corps vivant (Paris 1847)* podaje fakty powyżej przytoczone. Mówi on o prądzie własnym żaby *(courant propre)* obdartej ze skóry. Podaje, że prąd ten ma zawsze wstępujący kierunek, przyczem zauważa, że po odcięciu kończyny takiej żaby przy odprowadzaniu prądu z obu jej końców t. j. od końca łapki i od przekroju na udzie widzimy powyżej wspomniany prąd wstępujący tylko wyjątkowo u żab, a natomiast pojawia się zwykle prąd o kierunku przeciwnym, tak że proksymalna część łapki posiada teraz potencjał niższy (str. 271). Aby wytłumaczyć te fakty Matteucci przyjmuje istnienie dwóch przeciwnie skierowanych prądów: jednego (wstępującego) t. zw. *„courant propre"* oraz przeciwnie skierowanego (zstępującego) — *„courant musculaire"*.

Również i du Bois Reymond w znanych *Untersuchungen über thierische Elektrizität* [1]) podaje, że silny prąd wstępujący jest zjawiskiem najzupełniej stałem nie znającem wyjątków dla dwuch mięśni: *m. gastrocnemius i m. triceps femoris*. Trzeba tu dodać, że są to dwa mięśnie które po wypreparowaniu i oddzieleniu od nóżki posiadają dzięki swej budowie duże nieuszkodzone powierzchnie. Inne mięśnie, których bez silniejszych urażeń niepodobna oddzielić od sąsiednich, dają podług du Bois Reymonda prądy różne, mało cech prawidłowości posiadające. Innemi słowy du Bois Reymond znajdował wstępujący prąd tylko w mięśniach, które po odpreparowaniu posiadają duże nieuszkodzone powierzchnie. Przy odprowadzaniu prądu od mięśni bez oddzielenia tychże od łapki otrzymuje się zawsze prąd wstępujący *(der Strom des Gesammtfrosches, der Froschstrom)*. W swoich wywodach du Bois Reymond idzie jeszcze dalej, jest bowiem zdania, że prąd „żabi" ma swe źródło właśnie w prądzie pochodzenia mięśniowego. Powiada bowiem, że *„der Froschstrom, und die ihm entsprechenden thierisch elektrischen Ströme, sind auf einem allgemeinen Muskelstrom zurückgeführt"* [2]).

Tych silnych, zgodnych z prawdą, danych nie są zdolne obalić późniejsze zupełnie niejasne spekulacje du Bois Reymonda na temat stanów parelektronomicznych. Sam du Bois Reymond powiada o tem, że *„von einem parelektronomischen Zustande kann jetzt, wie man sieht, nicht füglich länger die Rede sein"* [3]).

Stan parelektronomiczny charakteryzuje się tem, że mięsień nie daje prądu lub daje zstępujący i jest charakterystyczny zawsze w mniejszym lub większym stopniu *(„in grösserem oder geringerem Grade")* dla wszystkich normalnych mięśni. Jak rozumieć tak niejasne określenie? Na czem właściwie polega stan parelektronomiczny? Autor nie daje na to określonej odpowiedzi. Jak rozumieć to, że mięsień w mniejszym lub większym stopniu jest izopotencjalny albo daje prąd zstępujący?

Du Bois Reymond podaje, że stan izopotencjalny jest prawidłowym, ale przyznaje, że często znajdujemy również i prąd wstępujący. Nie zaprzecza więc on istnieniu prądu wstępującego [4]). Zmienia natomiast swoje przekonania w drugiej części drugiego tomu swych *„Untersuchungen"*. O ile ten prąd wstępujący, który daje się od mięśni odprowadzić, uważał on za zjawisko związane z normalnemi fizjologicznemi właściwościami mięśnia spoczywającego, to o tyle potem zdanie swoje zmienia i uważa, że prąd ten jest zjawiskiem patologicznem. Ma on powstawać w mięśniach pod wpływem czynników obcych przyczem w pierwszym rzędzie

[1]) du Bois Reymond: Untersuchungen, Bd. I., 1848, str. 496 i 497.

[2]) tamże, Bd. I., str. 493.

[3]) tamże, Bd. II., 1884, Rozdz. 3, str. 125.

[4]) Du Bois Reymond: Untersuchungen, Bd. II., 1884, Rozdział 3, str. 126.

wpływa tu wysychanie, działanie chemiczne płynów żrących, a m. in. wydzieliny skóry a także urazy wszelkiego rodzaju.

Pod wpływem tych czynników z szybkością często nie dającą się określić, gdyż wystarcza czas potrzebny na zdjęcie skóry, powstaje stan nienormalny charakteryzujący się tem, że na powierzchni mięśni nawet nieuszkodzonych stwierdzamy silny prąd wstępujący. Jak zwraca uwagę du Bois Reymond, mięśnie są na te urazy bardzo czułe i prąd może powstawać w mięśniach zabitych żab nawet jeśli wymienione czynniki działają przez skórę. Autor co więcej podaje, że prądy te nietylko u żab zabitych, lecz nawet u żywych dają się stwierdzić, choć są one wyczuwalne w słabym tylko stopniu [5]).

Cóż więc to za szczególny stan patologiczny mięśnia, mający swe źródło w działaniu czynników szkodliwych na mięsień, przy którym powstaje prąd dający się wykazać u żab żywych i to nawet przez skórę? Dlaczego należy właśnie stan izopotencjalny uważać za prawidłowy, a prąd wstępujący za objaw patologiczny? Du Bois Reymond bynajmniej nie dość gruntownie uzasadnia tą zmianę swych zapatrywań. Uzasadnienie to przeprowadzone zostało w ustępie p. t.: *„Alle Muskeln aller Thiere befinden sich stets auf einer mehr oder weniger hohen Stuffe des paralektronomischen Zustandes"* wspomnianego dzieła (str. 118 — 125). Trzeba powiedzieć, że zmiana dotyczy poglądu natury bardzo zasadniczej, poglądu będącego podstawą dotychczasowych pojęć z dziedziny elektrofizjologji mięśnia i to takiego, któremu sam autor w swem kilkaset stron liczącem dziele bardzo wiele poświęca miejsca. I trzeba przyznać, że zmiana poglądów wydaje się o wiele za mało usprawiedliwiona, jeśli przyjąć argumenty przytoczone w powyżej wymienionym ustępie. I tak du Bois Reymond powiada, że zdarza się *(„kommt es vor"*, a więc widocznie nie jest tak zawsze), iż przy badaniu mięśni żab prawidłowych wskazówka galwanometru z początku powoli się odchyla wykazując słaby prąd wstępujący, a potem nagle prąd znacznie wzrasta, staje się silnie wstępującym, co ma oznaczać, że nagle wskutek działania warunków zewnętrznych mięsień zmienił swe elektromotoryczne własności. Takie podwójne odchylenie igły galwanometru co prawda jest widoczne tylko dla wprawnego oka.

Nigdzie jednak nie znajdujemy u du Bois Reymonda wyraźnego dowodu, że wstępujący prąd jest właśnie nieprawidłowem zjawiskiem, które nie ma miejsca w mięśniach nieuszkodzonych w spoczynku. Za to w poszukiwaniu zmiany tych pojęć we wspomnianem dziele znajdujemy inne, o których autor nie mówi, ale które przeglądają z treści tego dzieła. Odegrało tu rolę z jednej strony pewne siebie i stanowcze zdanie ucznia du Bois Reymonda, Hermanna, z drugiej zaś strony cały szereg trudności, z któremi starzy autorowie nie umieli sobie poradzić.

Trudności w uznaniu prądu wstępującego za zjawisko prawidłowe było wiele. Przedewszystkiem charakterystyczny silny prąd wstępujący dawał się stwierdzić jedynie u całych żab (i to nie wszystkich) po zdjęciu z nich skóry. Po oddzieleniu mięśni od ustroju prąd ten był wyraźny jedynie u dwóch mięśni *(triceps fem. i gastrocnemius)*, gdy inne nie dawały wyników prawidłowych. Następnie elektrody ówczesne, a raczej ich końce były grube i wymagały stosunkowo dużych powierzchni do odprowadzania, co powodowało niemożność odprowadzania prądu z małego miejsca, zmniejszając w wysokim stopniu czułość wyników. Wreszcie ówczesne pojęcia o mięśniu były zupełnie inne niż obecnie. Mięsień uważano za zwykły przewodnik elektryczny o dużym oporze, przyjmując że elektryczność rozchodzi się w nim podług zwykłych praw. Dlatego też np. zupełnie niemożliwem wydawało się przypuszczenie, że wnętrze mięśnia inny ma potencjał niż powierzchnia i dla wytłómaczenia różnicy potencjałów powierzchni nieuszkodzonej i przekroju sztucznego musiano stworzyć specjalne teorje.

Ogólnie biorąc, du Bois Reymond nie odrzucał istnienia prądów wstępujących, lecz uważał je za zjawisko nieprawidłowe. Prąd ten zresztą stwierdzali i inni, jak np. Matteucci o którym była mowa, Cima, H. Munk i in. Skoro więc starzy autorzy ten prąd spotykali i pisali o nim wiele stron liczące dzieła i my w swych doświadczeniach stwierdzamy go na każdym kroku, to czemu podręczniki a nawet wielkie dzieła zbiorowe uparcie o nim milczą? Odpowiedź na to znajdujemy w dziełach i w wielkiej powadze jaką cieszył się L. Hermann. Stanowisko Hermanna jest zupełnie słuszne z punktu widzenia starej fizyki i może służyć za przykład, jak nawet wielkie umysły pochłonięte teorją czasem prawdy nie dowidzą.

Przypomnieć trzeba, że dopiero Ostwald w 1890 roku po raz pierwszy zwrócił uwagę na fakt, że istnienie błon półprzepuszczalnych może nadawać się do tłómaczenia zjawisk elektrycznych

[5]) tamże, str. 173 i 174.

w żywych ustrojach. Gdy tej możliwości nie brano pod uwagę mogło się oczywistem wydawać, że siła elektromotoryczna może powstawać jedynie na skutek procesów chemicznych i że jeśli pomiędzy danemi dwoma miejscami utrzymują się w organizmie różnice potencjałów, to procesy chemiczne, wywołujące tę różnicę, również stale muszą się odbywać. Stąd, jak się zdawało, wynika, że można stwierdzać różnicę potencjałów przy odprowadzaniu prądu z dwu miejsc danego mięśnia, z których jedno jest więcej ochłodzone niż drugie, więcej jest wyschnięte, więcej jest nadgryzione chemicznie lub skaleczone, niż drugie, wzgl. jeśli znajdują się one w różnym okresie skurczu; natomiast wydawało się zupełnie niemożliwem wytłómaczyć różnicę potencjału dwu miejsc jednakowych w jednakowych warunkach u tegoż samego mięśnia. Jak wyżej było nadmienione z powyższych powodów nie można się było wówczas zgodzić na to, że potencjał wnętrza mięśnia jest i w normalnych warunkach inny niż potencjał nieuszkodzonej powierzchni.

Przekonania te, podstawą których były ówczesne pojęcia fizyczne, były silnie ugruntowane i to do tego stopnia, że raczej godzono się na tłómaczenie niektórych doświadczeń brakami metodyki niż na odstąpienie od zasadniczych pojęć. Poświadczyć może o tem sprawa następująca: Różnice potencjału przekroju i powierzchni jest bardzo wybitna i cechuje się wielką prawidłowością. Najprościej byłoby przyjąć, że różnica ta istnieje i w nieuszkodzonym mięśniu. Mimo to Hermann przyjmuje, że tej różnicy niema w mięśniu prawidłowym. Z niedawno przeprowadzonych doświadczeń Fahra wiadomo[6]), że prąd ten, czy raczej różnica potencjałów, daje się wykazać już w chwili przecinania, czyli że niema żadnego czasu powstawania tego prądu. I obecnie nie uważamy tego za niewytłumaczalne przez procesy w mięśniu spoczywającym się odbywające oraz jego budowę. Inaczej sądzono dawniej. To też Hermann dowodzi doświadczalnie i teoretycznie[7]), że ten prąd uszkodzeniowy posiada swój czas powstawania, i, aby jeszcze lepiej zgłębić całą kwestję stwarza teorję „prądów demarkacyjnych".

Gdy się czyta odnośne opisy Hermanna, ogarnia czytelnika mimowoli zdziwienie: jak można na podstawie tak zawiłych doświadczeń, przesiąkniętych dziesiątkami wątpliwości, w których w grę wchodzą czynniki zupełnie nieznane mogące zmienić przebieg doświadczenia, jak można przy pomocy tak małych i to subjektywnie ocenianych odchyleń wskazówki galwanometru, już nie tylko stwierdzać poprostu, że prąd wzmaga się na sile po uszkodzeniu, ale jeszcze podawać krzywe przyrostu siły prądu i analizować je z największemi dokładnościami, i nadawać nazwy poszczególnym cząśniom okresu narastania prądu, jakgdyby miało się tu istotnie do czynienia ze zjawiskiem dokładnie i pewnie dającem się ująć? Podziwiać należy z Bernsteinem[8]) śmiałość podobnego kroku!

Jeśli więc w tak oczywistym fakcie, jak różnica potencjałów wnętrza mięśnia i powierzchni zdołano opóźnić jej powstawanie i wytłómaczyć zgodnie z ówczesnem stanowiskiem fizyków fizjologicznych, to czyżby nie umiano wtłoczyć w ramy istniejących teorji, niezupełną stałością się cechujący, prąd wstępujący mięśnia?

Biorąc pod uwagę niestałość tego zjawiska oraz to, że z zupełną stanowczością występowało ono tylko w niektórych mięśniach oraz wielką niepewność zdań ówczesnych elektrofizjologów zwłaszcza w sprawach dotyczących tej kwestji, wówczas pojmiemy stanowisko Hermanna, który odrzucił wszystkie doświadczenia swych poprzedników, uważając, że są pełne błędów i niepewności. Hermann, po odrzuceniu poglądów starych autorów, postarał się dowieść, że jego przewidywania oparte na pojęciach fizyki muszą być słuszne.

Głównem dziełem Hermanna z tego zakresu jest wykazanie, że nieuszkodzony mięsień ma izopotencjalną powierzchnię. Niektóre z doświadczeń mających służyć do tego celu, godne są przytoczenia chyba tylko jako curiosum. I tak np. aby móc wykazać, że mięsień nieuszkodzony, niedotknięty nie daje prądu spoczynkowego, najlepiej byłoby odprowadzić prąd od danego mięśnia przez skórę. Ponieważ jednak skóra sama nie jest elektromotorycznie obojętna, więc aby prąd skórny znieść postępuje Hermann w ten sposób[9]): żabę po zakuraryzowaniu zanurza on do stężonego wodnego roztworu sublimatu na 10 sekund, poczem opłukuje wodą i szybko łączy z galwanometrem dwa dowolne miejsca nad mięśniami. W tych warunkach nie stwierdzamy wcale prądu. Trudno sobie jednak wyobrazić jakie może mieć następstwa taka kąpiel w sublimacie, już nie mówiąc o sposobie odprowadzania prądu z mięśnia przez skórę, który nie dowodzi izopotencjalności mięśnia, nawet jeśli wskazówka galwanometru się nie odchyli. Podobnych sposobów używano jednak w ówczesnej fizjologji.

Od tych doświadczeń, które niczego nie dowodzą, ostro odgraniczyć należy inne, dowodzące istotnie tego, że w zwykłych warunkach mięsień jest izopotencjalny. Zasadnicze doświadczenie przedstawia się bardzo prosto[10]): polega ono jedynie na wypreparowaniu mięśnia żaby z wielkiemi ostrożnościami zwłaszcza przed dotknięciem go zewnętrzną powierzchnią skóry.

Mięsień taki, najczęściej *gastrocnemius*, preparujemy jak następuje: po odcięciu nóżki w połowie uda, kość udową umocowujemy w odpowiednim stojaku, odcinamy stópkę i odwinąwszy skórę na udzie wewnętrzną powierzchnią na zewnątrz zciągamy szybko skórę z całej nóżki. Unikamy przytem dotykania mięśnia do badania przeznaczonego wszelkiemi ciałami obcemi. Po ułożeniu mięśnia na płytce szklanej przykładamy doń elektrody niepolaryzujące i stwierdzamy izopotencjalność jego powierzchni. Hermann podaje, że dobrze wykonane preparaty nie wykazują prądów na powierzchni. Trzeba przyznać, że wiele stosunkowo preparatów, daje mimo wszelkich ostrożności prąd wstępujący, choć część istotnie nie daje prądów przynajmniej silniejszych. O zupełnej izopotencjalności mięśnia można mówić tylko chyba w teorji. W rzeczywistości bowiem prądy choćby o różnych kierunkach i bardzo słabe, ale zawsze istnieją.

Ale szczególnie ciekawa jest druga część doświadczenia: po uzyskaniu mięśnia istotnie mniejwięcej izopotencjalnego można przez dłuższy przeciąg czasu badać jego własności elektromotoryczne przyczem stwierdzamy, że nie ulegają one żadnym wybitniejszym zmianom. Ale jeśli na mięsień położymy, choćby tylko na krótki przeciąg czasu skrawek skóry żaby, tak aby skóra swą zewnętrzną powierzchnią dotykała mięśnia, wówczas na powierzchni tego ostatniego stwierdzimy silne prądy. Hermann starał się sprowadzić ten prąd do prądów demarkacyjnych i uważał, że mamy tu do czynienia z nadżarciem powierzchni mięśnia przez jakąś szczególną wydzielinę skóry. Miejsce nadżarte mięśnia miało mieć tenże sam potencjał co i przekrój sztuczny, a więc potencjał znacznie niższy niż powierzchnia miejsca nieuszkodzonego.

Doświadczenie to udaje się istotnie dobrze, i zdaje się najusilniej przemawiać za teorją Hermanna, która ogólnie biorąc głosi, że powierzchnia mięśnia najzupełniej izopotencjalna w prawidłowych warunkach, może nabierać silnych własności elektromotorycznych pod działaniem szkodliwych czynników. Wszystkie prądy, jakie od mięśnia spoczywającego dają się odprowadzić, tłómaczą się różnicą potencjału powstającą na granicy części żywej i martwej mięśnia, przyczem część martwa (a więc przecięta, zmiażdżona, nadżarta i t. p.) odgrywa rolę bieguna ujemnego, a nieuszkodzona powierzchnia — rolę bieguna dodatniego. Powyższe zapatrywania Hermanna znalazły potem potwierdzenie w badaniach Engelmanna[11]) i Biedermanna[12]).

Skrajnie przeciwnym temu twierdzeniu Hermanna o izopotencjalności mięśnia był Napoleon Cybulski, który na podstawie swych badań twierdzi, że nieuszkodzone mięśnie w spoczynku „zawsze bez najmniejszego wyjątku"[13]) dają prąd wstępujący. Cybulski bada nietylko różnicę potencjałów obu końców mięśnia ***(m. gastrocnemius, m. sartorius, m. tibialis anticus, m. semitendinosus i m. gracilis)*** ale także odprowadza prąd z szeregu odcinków, przyczem wykazuje, że w mięśniu mamy do czynienia ze stopniową zmianą potencjału i to zawsze w jednym kierunku, tak że prąd wstępujący można wykazać w każdym odcinku mięśnia. Wykazuje również, że różnica potencjałów na obu końcach mięśnia równa się sumie różnic poszczególnych odcinków między obydwoma skrajnemi punktami. Z doświadczeń tych w oczywisty sposób wynika, że przyczyną tych prądów nie mogą być przypadkowe uszkodzenia, którym mięsień w czasie preparowania podlega. Przyczyna musi tkwić w samym mięśniu.

Cybulski uważa ten prąd wstępujący za normalny prąd

---

[6]) Fahr: Proc. of the soc. for exper. biol. and med. T. 19, str. 142, 1921.

[7]) Hermann: Pflügers Arch. T. 15, 1877, str. 191.

[8]) Bernstein: Pflüg. Arch. T. 103, 1904, str. 67, tamże T. 111, 1906, str. 605, oraz Garten, tamże T. 105, 1904, str. 291.

[9]) Pflüg. Arch. T. 3, 1870, str. 26.

[10]) Hermann: Untersuchungen zur Physiologie der Muskeln und Nerven 1868, H. 3, str. 24 i 35—42, Pflüg. Arch. T. 3, 1870, str. 38.

[11]) Engelmann: Pflüg. Arch. T. 15, 1877, str. 135.

[12]) Biedermann: Sitzungsberichte der Akad. Wien. Mathem-naturw. Kl. III., 1880, str. 81.

[13]) Cybulski: Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych ich charakter i źródło, 1911.

w spoczynku pozostających mięśni, nazywa go „naturalnym" (tamże str. 339) i stara się wykazać, że mięśnie w głębokiem uśpieniu eterowem tego prądu nie wykazują. Stawia też on pomysłową teorję tych prądów spoczynkowych. Trzeba jednak przyznać, że sposób preparowania mięśni, którym posługiwał się Cybulski bynajmniej nie daje gwarancji, że mięsień rzeczywiście nie zostanie dotknięty skórą. Sposób ten polegał na rozcinaniu skóry na udzie i zdjęciu jej z nóżki przy jednoczesnem rozchyleniu na zewnątrz. Jeśli ktoś kiedyś spróbuje w ten sposób odpreparować jakikolwiek mięsień bez dotknięcia go skórą przekona się jak wielkie trudności sposób ten przedstawia. Sposób ten nie nadaje się do użycia.

C. d. n.

Dr. Jerzy SZYMONOWICZ, asystent Kliniki. Lwów.

Przypadek tężca pooperacyjnego, jego pochodzenie i leczenie w świetle nowszych badań.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. Hilary Schramm.

Pooperacyjne zakażenie tężcem w czasach przed wprowadzeniem aseptyki zdarzało się nadzwyczajnie często, w poszczególnych szpitalach panowało wprost endemicznie, świadczą o tem dobitnie liczne statystyki przytaczające dziesiątki przypadków tego najprzykrzejszego powikłania pooperacyjnego (Zacharias, Rose, Ćackowic). Momentem przełomowym w poskromieniu tego schorzenia było wykrycie surowicy antitoxycznej przez Behringa i Tizzoniego. Zdawaćby się też mogło iż z chwilą uniemożliwienia z jednej strony dostępu drobnoustrojom do organizmu, z drugiej strony dzięki zdolności pokonania szkodliwego działania jadów, według słów Lexera *„nie powinna dzisiejsza chirurgja znać pooperacyjnego zakażenia tężcem"*. I rzeczywiście w ostatnich latach spotyka się jedynie odosobnione przypadki tego powikłania pooperacyjnego. W 1922 roku Wohlgemuth podaje w swej pracy 27 przypadków zebranych w piśmiennictwie z dwudziestu pięciu ostatnich lat, w tem 7 przypadków po herniotomji, 5 po abdominalnej extyrpacji macicy, 3 po ovariotomji i po jednym przypadku, po wycięciu woreczka żółciowego, poronieniu, usunięciu wyrostka robaczkowego, wycięciu nerki, kastracji i kolpoperineoplastyce, dołączając do tych danych statystycznych swoje dwa przypadki po ileocolostomji i resekcji 4,30 m. jelita cienkiego, wraz z trzeciem znanem mu zakażeniem pooperacynem Popperta jako następstwem wycięcia wyrostka robaczkowego. Mosti w 1925 roku ogłasza dwa przypadki tężca, jeden po resekcji jelita z powodu zawieźgnięcia przepukliny, drugi po kolpoperineoraphji. Lucid podaje przypadek zakażenia przy operowanem zapaleniu otrzewnej. Bodewig w ogólnej statystyce tężca opisuje sześć skrobanek wykonanych z zachowaniem najstaranniejszej aseptyki i antyseptyki gdzie przyszło do następowego zakażenia tężcowego.

Ze względu na rzadkość i nowsze zapatrywania rzucające ciekawe światło na powstanie zakażenia pooperacyjnego tężcem, podaję w streszczeniu historję chorego z rakiem prostnicy u którego po resekcji następowo wystąpiło zakażenie tężcem, a który to przypadek miałem sposobność obserwować na tutejszej klinice.

Dnia 15. IV. b. r. został przyjęty na klinikę chory J. P. 53 letni monter kolejowy. Od dwudziestu lat cierpi, mimo stałego leczenia, na zaparcie uporczywe stolca. Przed paru miesiącami stan chorobowy znacznie się pogorszył, chory odczuwa silne parcie i dotkliwy ból przy oddawaniu stolca; w ostatnich zaś czasach stolce bywały skąpe i zmieszane ze świeżą krwią. Chory odnosi swój stan do wynicowania się odbytnicy która z trudem daje się odprowadzić na miejsce. Mocz oddaje prawidłowo.

Badaniem przedmiotowem stwierdza się początkowe zmiany charłacze i oznaki niedokrwistości wtórnej. Głowa, szyja i narządy klatki piersiowej zmian nie wykazują. Powłoki brzuszne dość dobrze napięte, na obmacywanie niebolesne, wątroba pod łukiem macalna, śledziona wypukiem w granicach prawidłowych. Badaniem miejscowem stwierdza się wypadnięcie odbytnicy miernego stopnia, zaś badaniem za pomocą palca wyczuwa się nieco powiększony środkowy płat gruczołu krokowego. Wziernikiem odbytniczym wprowadzonym dość głęboko, bo na wysokości 17 cm stwierdza się owrzodzenie przedniej ściany prostnicy, wielkości dwuzłotówki o brzegach wałowato zgrubiałych i nierównem, kraterowatem dnie. Badanie cystoskopowe wykazuje błonę śluzową pęcherza bez zmian. Badanie roentgenologiczne, z powodu powolnego posuwania się papki barowej, trwało cztery dni mimo parokrotnego podania środków przeczyszczających a z powodu konieczności chwilowego wyjazdu chorego nie zostało doprowadzone do końca, dając jedynie obraz zwężenia esicy z rozdęciem części zstępującej kiszki grubej. *Rozpoznanie wobec tego brzmiało carcinoma recti.*

20. IV. W znieczuleniu miejscowem powłok brzusznych i lędźwiowem, wykonano typową resekcję prostnicy metodą Kuenu abdominalno-sacralną. Stan pooperacyjny przez sześć dni zadowalający, ciepłota pomiędzy 36,8 — 38,2. Trzykrotna powierzchowna zmiana opatrunku nie wykazuje żadnych zmian podejrzanych.

27. IV. Około południa chory poczyna uskarżać się na napadowo występujące skurcze w zakresie zwieracza odbytnicy, połączone z silnymi bólami. Skurcze z każdą chwilą coraz intenzywniejsze i częstsze, mimo podania środków uśmierzających i uspakajających nie ustępują. O godzinie 14-tej wykonano nastrzykanie 1% roztworem novocainy z przemijającym skutkiem. O godzinie 15,30 wobec powtórnych ataków skurczowych zastosowano znieczulenie lędźwiowe. Ciepłota 36,8. Podano domięśniowo *3 cm Somnifenu.* Tętno napięte, przyspieszone 108 uderzeń w minucie, chwilowe odciążenie całkowite w napadach. Godzina 18 powtórna faza skurczów z równoczesnem zajęciem mięśniowych grup wyprostnych uda i podkurczeniem kończyn dolnych. Chory uskarża się na silne poty i dreszcze, ciepłota 37,3 wprowadzono domięśniowo *3 cm Somnifenu,* w dziesięć minut potem zaznacza się znaczne uspokojenie objawów nerwowych trwające do wieczora. O godzinie 22 wystąpienie skurczów o coraz większem nasileniu, podano po raz trzeci *3 cm Somnifenu* i 0,02 Pantoponu z natychmiastowem dodatnim wynikiem.

28. IV. 8 rano skurcze utrzymują się w stałem natężeniu, ogólne napięcie mięśniowe wzmożone, zajęte mięśnie kręgosłupa, łukowato napiętego, *(opistotonus)* wraz z mięśniami karku, odciągającemi przy każdym ataku głowę ku tyłowi, pozatem szczękościsk *(trismus)* i trudności w przełykaniu, przy silnych potach i ciepłocie 37,8. Wobec pewnego rozpoznania tężca z typowymi objawami, przystąpiono natychmiast do swoistego leczenia. Wprowadzono do kanału kręgowego 180 jednostek surowicy przeciwtężcowej, dożylnie 200 jednostek, nadto podano *3 cm Somnifenu* (wedle Hilarowicza) *Urethan aethylic. 6,0, Magnesii sulf. 2,0, Aquae destilatae 15,0.* Znaczne prawie natychmiastowe zwolnienie ataków skurczowych, chory leży zupełnie spokojnie, jednakże z silnie napiętymi mięśniami. Godzina 15-ta mieszanka Hilarowicza + 100 jednostek surowicy dożylnie. O 21-ej godzinie spostrzega się wybitne wzmożenie napięcia mięśniowego, znaczne zaostrzenie wrażliwości zmysłowej, drobny podmuch lub nagłe oświecenie źrenic wywołuje momentalnie ataki skurczowe, które występują nader często po sobie. Ciepłota 40,1 silne osłabienie, obfite poty. Podano *3 cm Somnifenu* z doraźnym wynikiem + środki nasercowe. Godzina 24-ta stan znacznie się pogorszył, skurcze występują prawie bez przerwy, sensorium zajęte, ciepłota 40,8 jest złym zwiastunem. Wstrzyknięto 0,02 *Morph. mur.* + mieszankę urethanową.

29. IV. O godzinie 6-tej, wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego i przy zajęciu mięśni klaki piersiowej, nastąpiło zejście śmiertelne.

Przypadek nasz charakteryzuje się znacznie przyspieszonym okresem inkubacji, ciekawem umiejscowieniem pierwszych objawów skurczowych, znaczną odpornością na wszelkie środki lecznicze, prócz wybiórczo Somnifenu, którego działanie było wprost piorunujące, i ostatecznie nadzwyczaj szybkim przebiegiem chorobowym. Pragnę na tym miejscu podnieść zalety Somnifenu, środka w naszym przypadku wprost jedynego i niezawodnego, który stosowany domięśniowo dawał natychmiastowy dodatni wynik, a którego szkodliwość jest minimalna gdyż jak widać z powyższego zestawienia w ciągu trzydziestu godzin podaliśmy 15,0 cm uzyskując zmniejszenie wrażliwości i napadów skurczowych, bez jakichkolwiek objawów ubocznych.

* * *

Obecnie chodziłoby o ustalenie źródła zakażenia, a mogą wchodzić w rachubę dwie możliwości jedynie, albo drobnoustroje zakaźne zostały doprowadzone z zewnątrz do organizmu, czyto przez instrumenty, czy też przez materjał użyty do szycia, względnie personal podczas operacji, albo też zakażenie doszło do skutku przez bakterje, istniejące w stanie utajenia już w samym chorym. Pierwszą możliwość można a limine odrzucić chociażby ze względu na najsurowsze przestrzeganie aseptyki w sali operacyjnej, tutejszej kliniki, a dowodem tego są częste badania bakterjologiczne, gazików używanych do wytarcia rąk po obmyciu i wyjałowieniu, dające stale wynik ujemny. Ponieważ przy operacji użyto

sondy gumowej, do wynicowania prostnicy, przechowywanej w sterylizowanym talku i jedynie pobieżnie oczyszczonej, przeto przesłano ją wraz z talkiem tutejszemu instytutowi bakterjologicznemu, celem dokładnego zbadania. Wiadomo iż talk, będący produktem ziemnym, mógł zawierać bakterje tężca i często jest obwiniany o wywoływanie zakażenia u osesków, dlatego też pierwsze moje podejrzenie zwróciło się w tym kierunku, badanie jednakże bakterjologiczne i doświadczenie na myszkach wypadło ujemnie.

Niektórzy autorowie zwracają specjalną uwagę na katgut, jako na najczęstszy rozsadnik tężca pooperacyjnego, za czem przemawiają badania Kocha i Murstada, wykazujące bakterje tężca w strunach katgutowych i nie możnaby się temu dziwić, skoro się przyjmie obecność tychże bakterji w kale zwierzęcym, a przecież katgut jest właśnie struną z jelit zwierzęcych. Webber, Richardson i Huggins zaprzeczają powyższym badaniom, a Borri stwierdza w swej pracy całkowitą niejadowitość sporów wykazanych w katgucie. Wohlgemuth uzasadnia słusznie że jeżeli wchodziłaby możliwość zakażenia katgutem, to zdarzałoby się to zakażenie o wiele częściej niż to stwierdza się obecnie, czyli jest pewien niestosunek między częstością stosowania katgutu, a rzadkością zakażenia pooperacyjnego. Nasze badania bakterjologiczne używanego katgutu, stwierdzające jego jałowość, przemawiają za słusznością twierdzenia ostatniego z wymienionych autorów. Tak więc pierwsza możliwość, doprowadzenia drobnoustrojów do organizmu chorego podczas operacji stanowczo odpada.

Pozostaje druga możliwość do rozpatrzenia, możliwość zakażenia rany bakterjami tężca już istniejącemi u chorego, należałoby jedynie stwierdzić, czy bakterje te mogą istnieć w organizmie ludzkim bez wywołania stanu chorobowego i gdzie mogłyby one przebywać w tym stanie utajenia. Najodpowiedniejszym narządem w ciele ludzkim do goszczenia tych bakteryj, wydawałby się przewód pokarmowy, wiadomo bowiem iż, naprzykład u koni stwierdza się drobnoustroje tężca w kale, wykazujące znaczną jadowitość i będące częstokroć przyczyną zakażenia przyrannego u ludzi; pozatem bakterje te należące do beztlenowców znajdują w przewodzie pokarmowym, szczególnie w kiszce grubej, nader dogodne warunki bytowania i rozwoju. Ciekawe doświadczenia Valentina idące w kierunku wyżej wymienionych przypuszczeń, wykazały iż ślina ludzka, niema żadnego wpływu na spory i bakterje tężcowe i nie przeszkadza tworzeniu się toxyny; kwas żołądkowy normalny działa nieco hamująco na rozwój i w miernym stopniu osłabia jadowitość bakterji, podczas gdy sok żołądkowy o odczynie zasadowym, jest ośrodkiem zupełnie obojętnym dla nich, a dalej sok trzustkowy i żółć, doświadczalnie wzmagają nawet rozwój tychże bakteryj i ich jadowitość. Wynika więc z tych badań że bakterje tężca dostawszy się z pokarmami w warunkach niehigjenicznych, jak to ma miejsce np. u robotników, rolników, kawalerzystów i t. d. drogą ust do przewodu pokarmowego, natrafiają na doskonałe warunki istnienia, podczas gdy najzdrowszy organizm nie jest w stanie przeciwdziałać, zapomocą swych soków trawiennych. Przypuszczenia te i doświadczenia „in vitro", znalazły praktyczne potwierdzenie w badaniach zapoczątkowanych przez Pizziniego, stwierdzających w 5% badanych kałów ludzkich obecność bakterji tężca, popartych ostatnio przez najnowszych autorów Buzello'a i O. Rahmela wykazujących w 40% badanych wydalin u robotników pomorskich wynik pozytywny na bakterje tężcowe. Podobne rezultaty bo w 37% osiągnięto w Anglji i Ameryce, badania te przeprowadzano u chińskich kulisów i kalifornijskich poszukiwaczy złota. Jedynie Zeissler uważa badania Buzello'a za niewystarczające, ponieważ wykonywano je zapomocą eksperymentu na myszkach bez następowych czystych hodowli, a tylko czysta hodowla jego zdanem może być podstawą całkowicie pewnych wyników doświadczalnych, swoje zaś wymagania motywuje częstem zawodzeniem eksperymentu, zdarza się bowiem iż w przypadkach gdzie wszystko z całą pewnością przemawia za zakażeniem tężcowem wyniki eksperymentalne na myszkach wypadają ujemnie. Ostatnio Buzello wraz z Sonnenburgiem badał zmiany serologiczne i biologiczne w krwi u ludzi, z dodatnim wynikiem na bakterje tężca w kale, udawało mu się u nich wykazać aglutyniny swoiste dla danego szczepu tężca wyhodowanego z kału, nie mógł jednakże równocześnie wykryć naturalnej antytoxyny, co stwierdza pewne oddziaływanie ustroju na obecność bakterji w organizmie. Jeśli się więc przyjmie powyższe badania wykazujące pewien, chociażby nie tak znaczny procent, jak przypuszcza Buzello, chorych z bakterjami tężca w przewodzie pokarmowym, a pozatem zwróci się uwagę, iż znaczna większość przypadków pooperacyjnych tężca, prawie zawsze występuje po operacjach jamy brzusznej, połączonych z otwarciem światła jelita lub zabrudzeniem rany kałem, to jasnem dla nas będzie źródło zakażenia i w naszym przypadku.

Odstępując nieco od poruszonego tematu, pragnąłbym na tem miejscu wyrazić swoje przypuszczenie w sprawie etjologji i patogenezy tężca bez wiadomej bramy wejścia bakterji, tak zwanej formy tężca gośćcowego *(tetanus rheumaticus)*; czy w danym przypadku nie należałoby przyjąć zakażenia enterogennego za właściwe. Nie ulega żadnej wątpliwości iż każden przypadek tężca spowodowany jest doprowadzeniem toxyny tężcowej, jadu neutropowego, do tkanki nerwowej i jej wyższych ośrodków, musi jednak zawsze istnieć w ustroju miejsce zagnieżdżenia się bakterji wydzielających toxynę, czyli brama zakażenia. Dotychczas uważano drogi oddechowe, szczególnie ich górne odcinki, za prawdopodobną lokalizację utajonego zakażenia tężcowego, wobec jednak pewności istnienia bakterji w przewodzie pokarmowym, zdolności ich rozwoju w tem miejscu i pełnej jadowitości, możnaby przyjąć ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa, iż te wegetujące w stanie biernym, bez szkody dla organizmu drobnoustroje, przy drobnym nawet urazie błony śluzowej przewodu pokarmowego, czy to pochodzenia mechanicznego, czy też zapalnego, jakiejś *enteritis* względnie *colitis*, przechodzą w rolę czynną powodując ogólny stan zakażenia.

Rokowanie w tężcu pooperacyjnym jest nader niekorzystne, czy to z powodu większej przestrzeni rannej i masowego dostania się toxyny do ustroju jak to zwyczajnie niema miejsca przy drobnem skaleczeniu, czy też z powodu uprzedniego wyczerpania organizmu samą chorobą względnie zabiegiem operacyjnym. Wohlgemuth podaje 80—90% śmiertelności. W przypadkach tych okres inkubacji jest zwykle skrócony od trzech do dziewięciu dni, podobnie jak to i w naszym przypadku ma miejsce, a według Goedecka jest cechą zakażeń ciężkich, o błyskawicznym przebiegu, oporności w leczeniu i beznadziejności uratowania chorego, wszystkie te charakterystyczne rysy zaznaczyły się i u nas.

* * *

Nie wdając się w obszerne opisy chciałbym przedstawić w paru słowach, najnowsze zdobycze doby obecnej na polu leczenia tężca ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa wchodzącego w zakres chirurgji. Nadmienić należy iż leczenie tężca pooperacyjnego nie różni się w leczniczem traktowaniu niczem od ogólnie przyjętych sposobów, stosowanych przy tężcu przyrannym. Leczenie tężca w ogólności należy podzielić na trzy grupy, *leczenie miejscowe, objawowe i ogólne, serologiczne.*

Leczenie miejscowe, polega jak ogólnie wiadomo, na usunięciu bramy zakażenia, czyto przez wycięcie względnie przypalenie termokauterem Paquelina, czyteż przez najdokładniejsze oczyszczenie środkami dezynfekcyjnemi, a nawet jak to stosują na klinice Mayo, nastrzykanie miąższowe otoczenia rany roztworem 2% kwasu karbolowego. Najczęściej jednak leczenie miejscowe niema zastosowania ze względu na wygojenie się rany do chwili stwierdzenia zakażenia tężcowego.

Leczenie objawowe odgrywa znaczną rolę a polega na osłabieniu względnie całkowitem zniesieniu tetanicznych skurczów mięśniowych i wzmożonego napięcia mięśniowego. Jako dawne środki należy wymienić morfinę, chloralhydrat, siarczan miedzi, w nowszych czasach próbowano stosować znieczulenie novocainowe, (Wiedhopf) które jednakże nie daje dobrych wyników. Obecnie zyskała sobie znaczne uznanie, szczególnie w Niemczech głośno reklamowana narkoza avertynowa, wypróbowana doświadczalnie przez M. Kaspar'a, podawana w postaci wlewań odbytniczych w ilości 100 cm^3 3% roztworu 2—3 krotnie na dobę, uzyskując tem prawie całkowite zniesienie pobudliwości i ataków skurczów mięśniowych (Lawen, Haas, Henke). Niedawno Melzner zachęca po swych doświadczeniach na zwierzętach, do stosowania oprócz avertyny curaryny, który to środek byłby idealnym w leczeniu symptomatycznem tężca, mając ten sam punkt uchwytu w ośrodkach nerwowych, gdyby nie pewne trudności w uzyskaniu czystego alkaloidu i oznaczeniu dokładnem stopnia jego toxyczności. Nie mogę pominąć milczeniem tak dzielnego środka jakim okazał się w naszym przypadku Somnifen, szczególnie podany w tej formie w jakiej się stosuje na tutejszej klinice, gdzie znalazł szerokie zastosowanie jako metoda zastępcza uśpienia eterowego (bliższe dane w pracy Hilarowicza). Należy podnieść iż za pomocą tej metody udawało się w bardzo krótkim czasie po podaniu bo już w 5—10 minut uzyskać znaczne odciążenie w atakach skurczowych, a zarazem wyraźne zniesienie wzmożonej wrażliwości zmysłowej, szczególnie wzrokowej i słuchowej. Wypada nad-

mienić iż wielką zaletą Somnifenu jest wygoda stosowania, zwykle bowiem wprowadzamy dożylnie, w naszym jednak przypadku podczas szybko po sobie następujących napadach skurczów tetanicznych, wstrzykiwaliśmy nieco większą dawkę śródmięśniowo z jednakowo dobrymi rezultatami. Wspomnieć muszę jeszcze o niezwyczajnym sposobie leczenia zastosowanym przez P. Heima, który celem zmniejszenia ilości kwasu mlekowego, wywołanego skurczami mięśni, stosował dożylne wstrzykiwania 10% roztworu sodu w ilości 20—50 cm podobno z dobrymi wynikami.

Na tem miejscu uważam sobie za obowiązek podnieść nadzwyczajnie oryginalny sposób leczenia zastosowany przez H. Schramma mianowicie w myśl doświadczeń Wassermanna i Takakiego. które wykazały że tkanka mózgowa bez różnicy, z jakiego zwierzęcia ciepłokrwistego pochodzi posiada własności antytoxyczne dla jadu tężcowego, podawał zawiesinę mózgową królika podskórnie, z wynikiem dodatnim w przypadku przewlocznej postaci tężca. Podobny sposób leczenia zastosował również Krokiewicz jednakże z mniej pomyślnym wynikiem. Bornstein wychodząc z założenia Wassermanna zachęca do podobnego postępowania przy wszystkich schorzeniach zakaźnych, mających skłonności do układu nerwowego czyli neutropowych jak tężec, wodowstręt, błonica z objawami nerwowemi i t. d.

Najważniejszym jednakże momentem w lecznictwie tężca i najistotniejszym w pełnem tego słowa znaczeniu, jest leczenie serologiczne zapomocą surowicy antytoxycznej Behringa. Aby jednak zrozumieć sposób działania i najodpowiedniejsze zastosowanie antitoxyny, należy jasno zdać sobie sprawę z miejsca uchwytu jadu w tkance nerwowej. Objawy tężcowe wywołane przez związanie toxyny z ganglionarnemi komórkami ruchowemi, komórkami przednich rogów substancji szarej rdzenia, a dalej z wyższymi ośrodkami nerwowymi. Według najświeższych badań Wolff-Eisnera najważniejszym punktem zaczepnym jest mózg, wykazano bowiem iż mózg, wiąże trzykrotnie więcej jadu aniżeli rdzeń, w szczególności komórki ganglionarne. Pierwszorzędnem zadaniem więc leczenia surowicą, jest doprowadzenie antitoxyny, jak najbliżej ruchowych ośrodków reflektorycznych rdzenia i to przedewszystkiem przedłużonego aby w ten sposób utworzyć tamę posuwania się jadu ku górze (Lehrnbecher), wszystkie też najnowsze metody, zdążają do wypełnienia tego kardynalnego warunku. Oprócz więc stosowania surowicy jak dawniej lokalnie, w najbliższem sąsiedztwie bramy zakażenia, podaje się ją dożylnie i dordzeniowo w wielkich ilościach (400—600 jednostek Tschebull). W ostatnich dwóch latach polecają Meffert i Hartleib doczaszkowe podoponowe wstrzykiwania surowicy, wychodząc z tej zasady, że surowica jako gatunkowo cięższa od płynu mózgowo-rdzeniowego dąży ku dołowi, a wprowadzona wysoko rozchodzi się w ten sposób wzdłuż całego kanału kręgowego i styka się z mózgiem i rdzeniem na całej dostępnej powierzchni; dysponują jednak skromnym materjałem doświadczalnym tak iż trudno coś pewnego wnioskować o skuteczności tego zabiegu. Badania kontrolne tą metodą przeprowadzał w kilku przypadkach Goedecke, wykonywał on sposobem Betz-Duhamela obustronną trepanację bez naruszenia opony twardej, poczem wprowadzał podoponowo surowicę, wyniki jednak były mało znaczne, tak iż autor przychodzi do przekonania, że jeżeli weźmie się pod rozwagę ciężkość zabiegu, możliwość przykrych następstw w postaci epilepsji Jacksona, jak mu się w jednym przypadku przydarzyło i mały stosunkowo efekt leczniczy, to według niego nie należy przeceniać tej metody. Całkowicie wrogie temu sposobowi leczenia stanowisko zajmuje Heddeus biorąc za wytyczną, pierwszą zasadę lekarza *„non nocere"*, podaje jego zdaniem wygodniejszą metodę, wstrzykiwania surowicy do tętnicy dogłowowej, w ten sposób ma nadzieję dokładniej i bardziej równomiernie rozprowadzić antitoxynę i dotrzeć do ogniska chorobowego nie narażając się na wszystkie wady i trudności metody poprzedniej. W bieżącym jednak roku Bocker powraca do wstrzykiwań podoponowych, szczególnie racjonalnych przy zakażeniach wyższych części ciała, podczas gdy przy zakażeniach idących od strony kończyn dolnych, mogą wystarczyć wstrzykiwania dokręgowe, tworząc zaporę do posuwania się jadu ku górze. Pozatem w swej pracy rozpatruje wady i zalety obu metod, Mefferta i Heddeusa i przychodzi do przekonania, że sposób doczaszkowego podoponowego wprowadzania surowicy nie jest w dzisiejszych warunkach zabiegiem uciążliwym, ani ryzykownym, a wykonany z pewną ostrożnością nie daje żadnych przykrych następstw, w postaci np. epilepsji Jacksona, polecając o ile możności najbardziej skośne wprowadzanie cienkiej igły pod oponę twardą, podczas gdy wstrzykiwania dotętnicze, szczególnie do tak znacznej tętnicy jaką jest tętnica dogłowowa, nie jest zabiegiem całkowicie bezpiecznym ze względu na ewentualne tworzenie się tętniaków w miejscu wkłucia i możliwości formowania się następowo zakrzepu przyściennego, którego oderwanie się w najlepszym razie również może wywołać epilepsję Jacksona. Zabiegiem jednak najlżejszym dla chorego, a wypełniającym warunek jak najwyższego wprowadzenia surowicy i prowadzącym najłatwiej do celu jest metoda wstrzykiwania do cysterny móżdżkowo-rdzeniowej, podana przez Eskuchena przy leczeniu tężca w 1928 roku, a niedawno w bieżącym roku polecana przez Lehrnbechera, unika się więc w ten sposób wszystkich powikłań obu poprzednich metod, a zyskuje się drogę łatwą i bezpieczną.

Powracając do operacyjnego zakażenia tężcowego, pochodzenia enterogennego, w sprawie profilaktyki chciałbym zaznaczyć, iż już od dawna starano się różnemi sposobami zapobiec temu przykremu dla chirurga powikłaniu. Pierwszy Matas podejrzewając o przyczynę zakażenia bakterje znajdujące się w treści pokarmowej, polecał przed operacjami przewodu pokarmowego, wstrzymanie się od spożywania świeżych jarzyn i owoców, przypuszczając iż w ten sposób usunie dostęp drobnoustrojom, znajdującym się na tych potrawach, co ma pewne uzasadnienie w trudności oczyszczenia ich z ziemi ogrodowej. Speed próbował zapobiec pooperacyjnym zakażeniom przez energiczne oczyszczanie przewodu pokarmowego. Autorowie nowszych czasów (Buzello, Wohlgemuth) stoją dziś na stanowisku, iż przy każdej operacji połączonej z naruszeniem ciągłości przewodu pokarmowego, powinno się podawać profilaktycznie surowicę przeciwtężcową, wobec jej całkowitej nieszkodliwości ubocznej stosowania dla ustroju.

Jak widzimy z powyżej przytoczonych zapatrywań, które w całej rozciągłości nasz przypadek potwierdza, przychodzimy do przekonania iż winno się po wszystkich operacjach ciężkich przewodu pokarmowego zapobiegawczo stosować surowicę antitoxyczną w ilości 10 cm — i to parokrotnie, ze względu na określony czas jej działania (10—12 dni), celem zaś uniknięcia możliwego wstrząsu anafilaktycznego należy podawać anti-anafilaktycznie sposobem Bezredki i Kopaczewskiego wstrzykując podskórnie 0,1 cm surowicy na pół godziny przed następną całkowitą dawką. Jeśliby zaś ktoś mimo zebranych tutaj danych, wahał się, czy z powodu rzadkości występowania pooperacyjnego zakażenia tężcem winno się stosować zapobiegawczo surowicę, to niechaj wziąwszy pod uwagę ciężkość powikłania, a łatwość profilaktycznego zabiegu nie zaniedba w żadnym przypadku tego drobnego trudu.

Piśmiennictwo.

1) H. Bodewig: Bruns Beiträge. Bd. 139. H. 3. — 2) Bocker: Zentrblt. f. Chir. Rok 1929. Nr. 16. — 3) M. Busch: Archiv. f. klin. Chir. Rok 1907. Bd. 82. — 4) Buzello: Zentrblt. f. Chir. Rok 1928. Nr. 47. — 5) Goedecke: Zentrblt. f. Chir. Rok 1928. Nr. 17. — 6) H. Hartleib: Zentrblt. f. Chir. Rok 1923. Nr. 3. 7) Heddeus: Zentrblt. f. Chir. Rok 1928. Nr. 45. — 8) Henke: Zentrblt. f. Chir. Rok 1928. Nr. 40. — 9) H Hilarowicz: Polska Gazeta Lekarska Rok 1929. Nr. 24. — 10) T. Huber: Bruns Beiträge. Bd. 140. — 11) M. Kaspar: Bruns Beiträge Bd. 145. — 12) Lehrbecker: Zentrblt. f. Chir. Rok 1929. Nr. 15. — 13) Melzner: Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Bd. 212. — 14) E. Melchior: Nachbehandl. n. chir. Eingriffen. Rok 1928. — 15) H. Schramm: Przegląd Lekarski. Rok 1899. Nr. 3. — 16) M. Tschebull: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 201. — 17) O. Wiedhopf: Bruns Beiträge. Bd. 137. — 18) K. Wohlgemuth: Archiv. f. klin. Chir. Rok 1923. Bd. 123. — 19) Wolff-Eisner: Klinische Wochenschr. Rok 1926. Nr. 47.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Zygmunt ALLES, sekundarjusz. Lwów.

Obecny stan nauki o przemianie wodnej ustroju, puchlinach i ich leczeniu.

Z Oddziału wewn. szpit. żyd. fund. Lazarusa.
Prymarjusz: Dr. W. Pisek, radca med.

Dokończenie.

II. O puchlinie.

Obrzęk surowiczy t. j. stan chorobowy polegający na nadmiernem gromadzeniu się płynu surowiczego w przestrzeniach międzykomórkowych oraz jamach surowiczych.

Prócz obrzęków o treści surowiczej napotyka się jako treść chylus względnie domieszkę tłuszczową. Celem eliminowania tych

rzadkich form puchliny z naszych roztrząsań scharakteryzuję je w kilku zdaniach.

1) *Ascites chylosus* może powstać przy przeszkodzie w odpływie limfy jelitowej: a więc przy zamknięciu *ductus thoracicus* względnie cysterna chyli przez nowotwór, zrosty lub urazowo przy pęknięciu lub przerwaniu naczynia limfatycznego *(lymphorrhagia)*. Jeden taki przypadek urazowego pochodzenia puchliny chylusowej obserwowany na naszym oddziale przedstawił przed kilku laty p. prym. Pisek w tutejszem Tow. Lekarskiem. Płyn puchlinowy jest w tych wypadkach mętny, zupełnie podobny do mleka. W podobny sposób może powstać *hydrothorax chylosus*. 2) *Hydrops adiposus* polega na tem, że płyn surowiczy zawiera domieszkę tłuszczu w postaci drobnych kuleczek, powstałych z rozpadu tłuszczowo zwyrodniałych komórek wypocinowych, nabłonkowych lub nowotworowych.

Te dwa rodzaje mętnych płynów można już odróżnić gołem okiem. Podczas gdy chylus naśladuje całkiem mleko, to płyn przy *hydrops adiposus* jest tylko mętny, barwy zaś surowicy krwi. Drobnowidowo widzi się — według Mathesa — kuleczki tłuszczu w zwyrodniałych komórkach, podczas gdy *chylus* zawiera tłuszcz w postaci zawiesiny.

Wykluczając z naszych rozważań prócz 2 omówionych typów także obrzęk zapalny przejdziemy do podziału obrzęków. Zaznaczyć należy, że z punktu widzenia patogenetycznego żaden podział nie wytrzymuje krytyki, ze względów klinicznych jednak podział jest wskazany.

Najpraktyczniejszym okazał mi się podział Dietricha, który jest nieznaczną tylko modyfikacją starego podziału na: kardialny, nefrytyczny i anemiczno-kachektyczny.

Obrzęki: 1) mechaniczny = utrudnienie odpływu = typ bierny:

A) częściowy, o, lokalizacji rozmaitej najczęściej w obrębie v. portae *(cirrhosis hepat. Lu hepat., Ca hepat i t. d.)*.

B) ogólny = kardialny:

a) typ trikuspidalny = niedomoga serca prawego = puchlina ogólna.

b) *typus pericardiacus = oedema mediastinale* = utrudnienie pracy prawego przedsionka np. wskutek wysięku osierdziowego; zastoiny, w v. *cava sup.* = obrzęk twarzy w vv. *hepaticae* = obrzęk wątroby, w v. *cava inf.* = obrzęk kończyn dolnych.

2) naczynionerwowy = obrzęk Quinckego = typ czynny,

3) toksyczny:

A) nerkowy:

a) nefrytyczny

b) nefrotyczny

B) wątrobiany: przy *atrophia flava hepatis acuta et subacuta, icterus catarralis* (pod wpływem hormonu wątroby?)

C) anemiczno-kachektyczny,

a) anaemia perniciosa

b) przy charłactwach

c) awitaminozach (skorbut)

d) obrzęk wojenny

e) przy *diabetes gravis* po przejściu z diety ubogiej w WW do węglowodanowej (obrzęk owsiankowy = Haferoedem)

D) na tle zaburzeń hormonalnych

a) *hypothyreoidismus*

b) po insulinie przy *diabetes gravis*, właściwie identyczny z Ca (por. część I.).

c) obrzęki podczas ciąży (właściwie toksykoza z łożyska).

Patogeneza obrzęków:

Zacznę od omówienia obrzęku Quinckego, który patogenetycznie zajmuje odrębne stanowisko. Rozróżniamy etiologicznie dwie grupy przypadków. 1) Toksyczno zakaźna. Tu należą te przypadki, które dadzą się sprowadzić do zatrucia białkiem. Ludzie ci cechują się specjalną nadwrażliwością na białko. Może ona się odnosić do jednego białka lub może być wieloraka, może ona być wrodzona lub nabyta. Eskuchen nazywa tę grupę „*toxische Idiopathie*". Pod wpływem wprowadzonego białka przychodzi u tych osobników do zaburzeń tkankowych, których wyrazem są obrzęki, przy równoczesnem wystąpieniu objawów naczynioruchowych i czuciowych. Można ten stan chorobowy uważać za allergję względnie anafylaksję na dane ciało białkowe. Do tej grupy należy cały szereg chorób, a mianowicie gorączka sienna, pokrzywka, dychawica oskrzelowa, choroba surowicza i t. d. 2) drugą grupę chorych na obrzęk Quinckego tworzą neuropatycy z oddziedziczoną chwiejnością ustroju wegetatywnego. U tych obrzęki pojawiają się samoistnie bez zewnętrznej przyczyny. O ile tu odgrywają rolę zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, narazie niewiadomo. W każdym razie spotyka się bez zewnętrznej przyczyny powstałe obrzęki naczyniowonerwowe u ludzi z tego rodzaju zaburzeniami np. przy *Morbus Basedowi.*

Wykluczając więc jako rzecz odrębną obrzęk Quinckego zastanówmy się nad patogenezą wszystkich innych obrzęków. Kiedy tworzy się obrzęk?

Przy doświadczalnem wycięciu obu nerek nie zauważono obrzęków, taksamo odruchowy bezmocz nie wytwarza puchliny. Stąd wniosek, że przy niedomodze nerek nie przychodzi do obrzęków. Zarzut, że tylko długotrwałe stany niedomogi nerkowej wywołują obrzęki nie jest słuszny, jeśli się uwzględni owe przypadki ostrego zapalenia nerek, w których już w kilka godzin po zachorowaniu obrzęki się pojawiają. Puchlina zatem nie zależy od sprawności nerek, tylko od zaburzeń w czynniku pozanerkowym.

Czy patogenetycznie obrzęki są procesem jednolitym czy wielorakim?

Zajmiemy się naprzód analizą obrzęków mechanicznych. Przyjęcie jedynie mechanicznej przeszkody przy obrzękach na tle zastoinowem nie prowadzi do celu. Dietrich podwiązał ven. iugular u królików i mimo napęcznienia żyły obrzęku nie zauważył. Tak samo przy *decompensatio cordis* często nie znikają obrzęki mimo powrotu do kompenzacji. Przy puchlinie sercowej działa wspaniale nowasurol, środek na serce najmniejszego wpływu nie wywierający, a mimoto odwadnia przy nadal istniejącej dekompenzacji. Z tego wynika, że sam moment zachodzącego zastoju nie wystarczy na wytłumaczenie obrzęku, musi na przepuszczalność ścian oraz utrudnienie wchłonienia działać jeszcze inny czynnik, czyto zaburzenia w równowadze osmotycznej czy w pęcznieniu koloidów, w przemianie materji, szczególnie w zaopatrzeniu tkanek tlenem lub w gruczołach endokrynnych. Reasumując te rozważania można powiedzieć, że utrudnienie odpływu krwi przy zupełnie zdrowej nerce prowadzi do puchliny, nie jest jednak ostateczną i bezpośrednią jej przyczyną.

Analiza obrzęków nerkowych. Niedomoga nerek nie jest przyczyną ich powstawania — jakto w poprzednim ustępie już była mowa — wzmożone parcie krwi, hypertonia, również nie może być, bo właśnie przy *glomerulonephritis* z podwyższonem ciśnieniem występują małe obrzęki, przy nerczycy (nefrozie) zaś mimo niskiego stosunkowo parcia obrzęki są bardzo znaczne. Przyczyna więc musi być skoordynowaną ze schorzeniem nerek czyli noxa uszkadzająca nerkę burzy przemianę wody w tkankach. Dawniejsze teorje tłumaczą powstawanie obrzęków przez zatrzymanie we krwi różnych ciał z powodu pierwotnego uszkodzenia nerek. Retencja tyczy się: 1) wody i soli kuchennej, 2) toksycznych odpadków przemiany materji.

ad 1) Długotrwałą retencję wody we krwi, wodnistość krwi, jako przyczynę obrzęków przyjmuje Conheim. Temu sprzeciwia się pojawienie się nagłe puchliny przy ostrem zapaleniu nerek, brak wodnistości krwi przy nerczycy z dużemi obrzękami. Tak samo wlewanie dożylne płynu w ilości dochodzącej do 92% ciężaru ciała nie wywołuje obrzęku. Co się tyczy NaCl, to Magnus znalazł przy nephritis jej ilość trzykrotnie zwiększoną, ilość wody przez nią wiązanej nie odpowiada żadnej regule. Były nawet wypadki t. zw. suchej retencji NaCl. Z drugiej strony we wielu wypadkach olbrzymich obrzęków retencji NaCl, nie znaleziono.

ad 2) Przeciw retencji ciał toksycznych przemawia między wielu innemi fakt zupełnego braku obrzęków przy bezmoczu.

Najwięcej zwolenników zyskała sobie teorja Senatora, że obrzęki i schorzenia nerek są równorzędnym wypływem tejsamej noxy, uszkadzającej szczelność ściany naczyń. Senator udowodnił to na sztucznie uranem wywołanem zapaleniu nerek. Zarówno kłębuszek jak i naczynia skóry ulegają tymsamym uszkodzeniom. Magnus wywołał tensam stan chorobowy arszenikiem i chloroformem. Według Hessa działanie tych jadów polega na uszkodzeniu lipoidów śródbłonka, gdyż są to substancje lipotropowe.

Nowsze teorje szukają przyczyny uszkadzającej szczelność naczyń pozanerkowych w tkance, a mianowicie w zaburzeniach koloidochemicznych. Wszystkie są zgodne z tem, że pierwotnem zaburzeniem jest zmiana koloidalna tkanki, wtórnem uszkodzenie ściany naczynia. Procesy tu się toczące są bardzo skomplikowane: działanie elektrolitów i koloidów, różnice ciśnienia osmotycznego, przemiana materji wywołująca rozpad i powstanie coraz nowych połączeń chemicznych. Ściana naczyń zawierająca głównie substancje koloidalne reaguje ściśle na najdrobniejsze zmiany otoczenia. Bliższe szczegóły dotyczące tych procesów chwilowo nie są znane.

Dyskusję na temat puchliny można zakończyć następująco. Puchlina jest wyrazem zaburzeń w przemianie wodnej ustroju. Powstaje ona przez uszkodzenie czynnika pozanerkowego. Ale bezpośredni powód tego uszkodzenia jest najrozmaitszej natury.

III.

Leczenie puchliny.

Wystąpienie puchliny przy najrozmaitszych obrazach chorobowych wyklucza możliwość jednolitości sposobu leczenia ich. Jak nie można jednego objawu występującego przy różnych chorobach w sposób jednakowy leczyć np. polyurji przy cukrzycy, *diabetes insipidus,* nefrosklerozie, tak samo nie usuwa się w jednakowy sposób wszystkich obrzęków. W praktyce stosuje się to ten, to inny środek odwadniający zależnie od jego punktu zaczepnego. Działanie środków moczopędnych może być dwojakie: 1) na nerkę, 2) pozanerkowe. Pierwsza grupa wpływa na aparat filtracyjny i wchłaniający nerki, druga na odpęcznianie koloidów. Musimy jednak sobie uprzytomnić, że podział ten jest zanadto schematyczny, że wogóle wszystkie środki zdają się działać podwójnie, czemu dziwić się nie należy, bo czynnik pozanerkowy i nerka tworzą jeden system. Punkt zaczepny tych środków w obrębie nerki lub tkanki nie jest tensam, jedne działają na dopływ tętnicy, inne na odpływ, osmozę, wewn. wydzielanie i t. d.

Zacznijmy od grupy działającej na nerkę. Tu należy woda, ciała purynowe i naparstnica.

Diureza wodą we większej ilości została przez Vollharda w tym celu wprowadzona, aby przy *nephritis diffusa* z oligurją w ostrym okresie zatkane zakrzepami kłębuszki uczynić drożnemi. Po 3 — 5 dniach bezwodnych i prawie głodowych chory dostaje naczczo 1½ l. lekkiej herbaty. Przez to t. zw. uderzenie wodne „Wasserstoss" można niekiedy w świeżych wypadkach wywołać silny moczopęd. W jednym przypadku opisanym przez Vollharda zostały w przeciągu 4-ech godzin następnych wydzielone 2¼ l. moczu, ilość dobowa chlorków wzrosła z 6 g na 39 g, białko w moczu spadło do 1‰, RR z 180 do prawidłowych wartości. Wody jako diureticum używa się przy leczeniu *cystitis i pyelitis.*

W związku z wodą należy wspomnieć o herbatkach, których działanie moczopędne nawet u ludu jest znane. Tu należą [1]):

1) *Species diureticae,* 2 łyżki stoł. na szklankę gorącej wody.
2) *Inf. rad. petroselin 15/150,*
3) *Inf. fruct. Juniperi 20/150,*
4) *Folia betulae albae* 2 łyżki stołowe na szklankę gorącej wody
5) *Inf. rad. Ononidis 30/150.*

Alkohol w małych dawkach przy zastoinach sercowych stosował korzystnie Sahli. Lepiej działa *chloralhydrat* w dawce 1 — 2 g przed spaniem, albowiem obok działania moczopędnego rozwija działanie usypiające:

Chlorali hydrati 3,
Aq. destill 25,
Mucilag gumm. arab. 10,
Syr. cort. aurant. ad 50.

Przed spaniem połowa albo *chloralhydrat* w lewatywie.

W przypadkach, gdzie przyczyną oligurji jest skurcz naczyń nerkowych np. *anuria reflectoria,* ostre zapalenie nerek *(glomerulonephritis)* stosuje się ½ mg nitrogliceryny lub azotyny np. podskórnie 1 — 2 cg *natr. nitrosum.*

Ciała purynowe. Tu należą kofeina, teobromina, teofyllina, teocyna i t. d. Kofeinę jako środek moczopędny pierwszy opisał Schroeder, który jej przypisuje wpływ na wzmożenie siły wydzielniczej nabłonków kanalików nerkowych. Z doświadczeń Meyera i Cushnyego wiemy, że kofeina i jej pochodne wzmagają filtrację kłębuszków i utrudniają powrotne wchłanianie w kanalikach. NaCl, która zazwyczaj ulega powrotnemu wchłanianiu, zostaje z moczem we wielkich ilościach wydzielona. Że jednak i tu odgrywa rolę także czynnik pozanerkowy, świadczy fakt braku diurezy u niektórych gatunków zwierząt mimo, że wyjęte i sztucznie ukrwione nerki dostarczają pod wpływem kofeiny dużych ilości moczu. Ciała purynowe mają jeszcze tę właściwość, że przy dłuższem stosowaniu słabnie ich działanie. Należy więc preparaty zmieniać.

Preparaty: *coffeinum natr. benz. i salicyl. Diuretin, Augurin, Theacylon. Theophyllin 3 × 0,3 theophyllin natr. acet. 3 × 0,5 euphylin w czopkach, euphylina w roztworze 1 : 150 per os. w injekcjach dalej theocin natr. acet. 3 × 0,2 — 0,5.* Leczenie ciałami purynowemi stosuje się przez kilka dni, potem następuje pauza. Często przy braku efektu wystarczy zmienić preparat.

Wskazania dla stosowania ciał purynowych: każda puchlina z małą ilością moczu. Przy puchlinie sercowej kombinuje się z odpowiednim środkiem nasercowym, ponadto przy puchlinie nerkowej.

Przeciwwskazania: krwiomocz w znaczniejszym stopniu. Połączeń salicylu z ciałami purynowemi nie należy stosować przy obrzękach nerkowych, bo salicyl zwiększa białkomocz.

Naparstnica i jej pokrewne są doskonałym środkiem moczopędnym. Z pośród wszystkich preparatów naparstnicowych Fleckseder, Saxl i Pick najlepiej chwalą *infus. fol. digital. titr.* Fleckseder daje 0,5—1,5:60,0 p. die. W jednym przypadku ciężkiej dekompenzacji stosował 1,2 : 60, pro die przez 11 tygodni, przyczem obrzęki zupełnie znikły a objawów kumulacji nie zauważył. Sądzi przeto, że przy należytej obserwacji objawów kumulacji tak daleco obawiać się nie należy. Z doświadczeń na naszym oddziele możemy to zdanie potwierdzić. Stosowaliśmy w kilku przypadkach *decompensatio cordis* z obrzękami naparstnicę w dużych dawkach według metody Eggelstona bez najmniejszych zaburzeń. Technika tej metody:

I dzień 8^h rano 1 × 0,75 *pulv. fol. digital.*
12^h, 4^h, 8^h a 0,15 = 45,
razem w 1 dniu 1,2
II dzień 6 × 0,15 = 0,9
III dzień 4 × 0,15 = 0,6
IV dzień 2 × 0,15 = 0,3

w czterech dniach razem 3,0 g.

Według nowszych badań zawdzięcza *digitalis* działanie moczopędne gitalinie, znanej w handlu pod nazwą verodigen, który podaje się w tabelkach à 0,8 mg, w ampułkach à 1,0 mg.

Digipuratum śródmięśniowo stosuje się, gdy chodzi o działanie szybkie lub gdy podawanie per os wskutek zaburzeń żołądkowych jest niemożliwe. Fleckseder daje po 4 injekcje dziennie. Z innych preparatów podaje się śródżylnie ½ mg *strophantinum* Boehringer (gdy przedtem digitalis nie stosowano, a mięsień sercowy jeszcze dość dobry).

U nefrytyków i nefrosklerotyków trzeba być ostrożnym ze stosowaniem naparstnicy, bo przez skurcz naczyń nerkowych może przyjść do bezmoczu. Natomiast małe dawki (0,05) wywołują rozszerzenie naczyń i lepszą diurezę. Puchlina przy skrobiawicy nerek często dobrze reaguje na naparstnicę.

Należy wspomnieć, że kamfora działa jako środek moczopędny przy obrzękach sercowych. Co do jej syntetycznych preparatów (hexeton, cardiazol, coramina) — to jeszcze są jako diuretica mało wypróbowane.

W ten sposób omówiłem wszystkie środki moczopędne na nerkę działające. Dodatkowo wspomnę, że zabiegiem działającym analogicznie do przytoczonych środków jest odtorbienie nerki *(decapsulatio renis).*

Przechodzę do środków moczopędnych, których punkt zaczepny stanowi czynnik pozanerkowy. Ich działanie moczopędne polega, na odwadnianiu koloidów, które nie mogąc przyciągać wody oddają ją nerkom. Te środki znowu dzielimy na 2 grupy. Do pierwszej należą ciała, które podwyższają ciśnienie osmotyczne we krwi i w ten sposób zabierają wodę tkance (siarczan sodowy, azotan sodowy i t. d.). Środki drugiej grupy wywierają działanie wprost na koloidy burząc w nich równowagę jonową, izojonję, wskutek czego oddają one wodę. Tu zalicza Pick sole potasowe, wapniowe, magnowe, rtęciowe, wyciągi tarczycy, białko wprowadzone drogą pozajelitową, tuberkulinę. Środki obu grup mobilizując z czynnika pozanerkowego wielkie ilości płynu pobudzają kłębuszki nerkowe do wzmożonej filtracji. Ciecz przesączona szybko przebiega przez kanaliki uniemożliwiając ich nabłonkom czynność powrotnego wchłaniania. H. Meyer nazywa ten fenomen w analogji do biegunki jelitowej „Tubulus - Diarrhoe". W ostatnich 2 grupach przeważają elektrolity, sole mineralne. O antagonistycznem zachowaniu się *Na* z jednej, a K, Ca, Mg z drugiej strony obszernie była mowa w I-szej części. Była też mowa o hydropigennem działaniu *Na.* Stąd wniosek, że gdy chodzi o działanie moczopędne, należy przedewszystkiem ograniczyć NaCl. Wskazania dla diety bezchlorowej:

1) We wszystkich schorzeniach, w których chodzi o odpoczynek dla chorej nerki nie będącej w stanie wydzielić soli; a więc przy *diabetes insipidus, nephritis acuta et chronica, nephrosis, nephrosclerosis.* Przy ostrem ogniskowem zapaleniu nerek na tle septycznem tylko wtedy, gdy ciężary gatunkowe są niskie, gdy więc czynność wydzielnicza nerek ucierpiała.

---

[1]) Terapja tu wymieniona, a w szczególności receptura opiera się w przeważnej części na sposobie praktykowanym na oddz. wewn. męsk. szpitala żyd. prym. Dra Piseka.

2) W przypadkach gotowości do puchliny, a więc przy wszystkich formach w II-giej części wyliczonych, nawet przy obrzęku Quinckego.

3) Dla poparcia wszelkich zabiegów moczopędnych, dalej przy przewlekłym gośćcu stawowym.

5) Przy hypertonji tylko wtedy, gdy stwierdzono zatrzymanie NaCl i H_2O.

W kilku zdaniach chcę teraz naszkicować technikę przeprowadzenia djety bezchlorowej. W ogólności trzeba uwzględnić następujące zasady:

1) Trzeba się zapoznać z zawartością NaCl w poszczególnych pokarmach, aby móc się zastosować do ciężkości djety. Strauss rozróżnia stopnie diety: ostrą poniżej 2,5 g NaCl na dobę, mniej ostrą do 5 g, łagodną do 12 g. Niemożliwe naturalnie jest podać tu ilość soli poszczególnych pokarmów. To znajdzie się w odpowiednich podręcznikach. Chodzi tylko o pewne kierunki. Wszelkie surowice z małemi wyjątkami pochodzące ze świata zwierzęcego lub roślinnego są ubogie w Cl. Z pokarmów przyrządzonych chleb zawiera 0,5 — 0,75% NaCl, masło 1%. Ważną więc rzeczą jest usunięcie soli z chleba i masła, dalej buljonu z mięsa, a przy djetach ostrych ograniczenie ilości mleka zarówno z powodu zawartości płynu jak i soli.

2) Powinno się wybierać pokarmy, które dzięki swemu przyjemnemu i podniecającemu smakowi nie potrzebują soli do przyprawy np. raczej ciemny chleb niż biały, raczej kwaśne mleko niż słodkie i t. d.

3) Kuchenne przyrządzanie powinno być takie, aby mimo braku soli, smak nie ucierpiał. Dozwolone ilości soli lepiej jest podać choremu do stołu, aby sobie sam solił. Przy łagodniejszych djetach (nie przy nephritis) można się posługiwać przyprawami korzennemi, a więc musztardą, pomidorami, ogórkiem, cynamonem, kminkiem, anyżkiem, cebulą, makiem, pietruszką, sokiem cytrynowym. Te przyprawy zostały przez Widala uznane za nieszkodliwe (Nowaczyński, Fleckseder). Jako namiastkę soli podaje się mrówczan sodu *natr. formicicum* 2 — 4 g pro die, bromek sodu 1 — 1½ g, sedobrol.

Do grupy djet bezchlorowych należy djeta Karella (przez 3 — 4 dni 800 — 1000 cm^3 mleka dziennie). Djeta kartoflana i kompotowa nie przyjęły się w terapji wskutek nieznośnego smaku, niestrawności i małego efektu terapeutycznego.

Mocznik, *urea pura*, w dawkach 3 × 20 g dziennie przez dłuższy czas stosowany jest dobrym środkiem moczopędnym. Klemperer zaproponował go przy *cirrhosis hepatis z ascites*, Vollhard i Strauss podawali go całemi miesiącami przy obrzękach nefrotycznych ze znakomitym efektem.

Mocznika nie powinno się stosować przy zapaleniu nerek ze wzmożeniem azotu pozabiałkowego. Dłuższe stosowanie przy braku efektu wywołuje zaburzenia dyspeptyczne.

Preparaty tarczycowe. Dieballa i Ilyes pierwsi stosowali tyreoidynę przy *morbus Brigthi*. Eppinger poleca tabletki Mercka po 0,3 od 1 do 4 dziennie w przeciągu jednego do 2 tygodni pod kontrolą tętna i moczu głównie przy nerczycach. Działanie zaznacza się głównie chudnięciem bez specjalnej szkody dla zdrowia. Wyciągów tarczycy nie powinno się stosować przy krwiomoczu, niedomodze serca i *hyperthyreoidismus*.

Sole potasowe: *liq. kal. acetici, kal. tartaric, kal. nitric.*

Środki te wywołują przy dłuższem stosowaniu zaburzenia dyspeptyczne.

Sole wapniowe zalecają Francuzi przy diecie ubogiej w NaCl i H_2O.

Garofeano widział po dawkach 12—20 *calc. lactic.* lub 5 — 15 g *calc. chlorat.* wspaniały efekt *„crises polyuriques"*. Tak samo Hülse mocno zaleca *calc. chlorat.* jako *diureticum*. Powtórzenie wspomnianej terapji nie potwierdziło zdania tych autorów. Natomiast połączenie *calc. chlorat*, z novasurolem (salyrganem) daje wyśmienite wyniki. Ale o tem później. Również kombinacje Ca z naparstnicą (Singer) lub z teobrominą = *calciumdiuretin* znajdują w praktyce uwzględnienie.

Przechodzę do omówienia najsilniejszych środków moczopędnych t. j. soli rtęciowych. One w niezwykle silny sposób odwadniają tkanki. Vollhard przytacza chorych którzy wśród obfitej diurezy po kalomelu zmarły, gdzie sekcja wykryła ogromnie rozszerzoną *cysterna chyli* oraz gdzie normalnie nie widoczne naczynia limfatyczne lędźwiowe dosięgały grubości rączki od pióra. Flekseder opisuje objaw, obserwowany i na naszym oddziale a mianowicie sączenie się z miejsca wstrzyknięcia novasurolu.

1) Calomel, (schemat leczenia według Fleckseder a) w proszkach *(Calomelanos 0,2, extr. opii 0,005)*. Zaczyna się od jednego i dochodzi się do 4 — 6 proszków dziennie. Jeżeli kalomel nie działa, szybko się schodzi do pierwszej dawki i kończy stosowanie. Razem podaje się 3 — 5 g. Zwyczajnie diureza trwa nawet po usunięciu tego środka. Przy puchlinie sercowej i marskości wątroby wyniki niekiedy są nadzwyczajne. Flekseder używa go przy obrzękach typu tricuspidalnego w połączeniu z wstrzykiwaniami strofantyny, a gdy mięsień sercowy jest jeszcze dość sprawny, to chory jest przytem przez całe lata zdolny do lekkiej pracy. Leczenie kalomelem jest jednak dość ciężkim zabiegiem wobec czego powinno się uciec do niego po wypróbowaniu innych środków moczopędnych. Niekiedy mięsień sercowy ulega niedomodze nie mogąc przetransportować tak wielkich ilości zmobilizowanej wody. Podobne przypadki opisuje Fleckseder, ja też to zaobserwowałem. Niekiedy spostrzega się przeczulicę przeciw kalomelowi objawiającą się wymiotami i biegunką.

2) *Hydrargyrum tannicum oxydulatum* 3 × dziennie 0,10 g w proszku przez 4 — 6 dni poleca Sternberg przy puchlinie towarzyszącej *mesaortitis luetica* oraz przy *emphysema pulmonum*.

Opisuje się też moczopędne działanie:

3) *Hydrargyri salicyl. (1 ad 10 paraffin liquid)* oraz 4) sublimatu 0.01. Do szerszej praktyki wspomniane preparaty się nie dostały.

4) Novasurol, koloidalny roztwór rtęciowy fabryki Bayer, środek do terapji wprowadzony jako *antilueticum*, a jako *diureticum* przypadkowo odkryty przez Saxla i Heiliga. Stosuje się domięśniowo i dożylnie w dawkach 1 — 2 cm^3. Novasurol działa już u zdrowych moczopędnie, u chorych z puchliną wprost krytycznie dając ilości moczu do 5 — 7 — 9 i więcej litrów. Stosowanie według Saxla:

a) leczenie jednorazowe.

Po dostatecznem nasyceniu organizmu naparstnicą daje się ½ cm^3 novasurolu śródmięśniowo lub dożylnie, a gdy chory tę dawkę dobrze znosi, na drugi dzień 1 cm^3, potem 2 cm^3. Co drugi dzień wstrzykuje się w ogólnej ilości 8 — 10 injekcji, aż skutek jest osiągnięty, co już przedtem ma miejsce. Diureza zaczyna się regularnie 2 — 3^h, po injekcji. Zamiast leniwego prądu stężonego moczu, zawierającego dużo urobiliny, płynie szybki srumień rozcieńczonego jasnego moczu. W 5 — 6^h diureza dosięga szczytu, aby po 24^h ustać. Przedstawiając graficznie tę kurację kreślimy strome wzniesienia odpowiadające injekcjom. Działanie novasurolu z czasem się osłabia, nawet gdy puchlina jeszcze częściowo istnieje. Następuje przyzwyczajenie się do novasurolu.

b) Leczenie przewlekłe polega na podawaniu przez dłuższy czas 1 — 2 × na tydzień injekcji w połączeniu z naparstnicą.

Niekiedy novasurol wogóle nie działa. Gdy po 2 — 3 injekcjach niema skutku, należy przerwać z obawy przed zatruciem rtęcią.

Objawy intoksykacji są: *stomatitis*, w niektórych wypadkach *colitis haemorrhagica*, wysoka gorączka, które to objawy znikają po zaprzestaniu kuracji. Uszkodzenia nerki Saxl i Fleckseder nie zauważyli.

Profilaktycznie należy przed rozpoczęciem leczenia novasurolem nasycić organizm naparstnicą. Novasurol stosuje się przy puchlinie sercowej, przy której nerka prócz zmian wywołanych zastojem żylnym nie ucierpiała. (Rozpoznanie nerki czysto zastoinowej: oligurja, wysoki ciężar gatunkowy, albuminurja (często bez cylindrurji, zdolność do koncentrancji utrzymana). Dalej stosuje się przy nefrozach, *cirrhosis hepat, lues hepatis z ascites*. Specjalnie dobrze działa według Saxla przy *venostasis pulmonum* jako najważniejszym objawie niedomogi serca przy nieznacznym obrzęku wątroby bez obrzęków na obwodzie. Ma to miejsce przy *insuff. valv. mitral.* lub przy względnej *insuff. valv. mitral.* przy miażdżycy, dalej przy niektórych formach obrzęku płuc na tle przejściowego niedowładu lewej komory.

Przeciwwskazania *glomerulonephritis, nephrosclerosis maligna*, azotemia wogóle, każda forma *peritonitis, stenosis intestini*, wysoka *gorączka, charlactwo*, znaczna *myocarditis*, przeczulica do rtęci.

Preparatem konkurencyjnym novasurolu jest salyrgan fabryki Höchster Farbwerke w dawce 1 — 2 cm^3, który ma tę zaletę, że — jest mniej toksyczny. Do salyrganu odnosi się to wszystko, co o novasurolu zostało powiedziane.

Firma Spiess wyrabia również środek moczopędny o działaniu novasurolu a mianowicie neptal, który ponadto zawiera chlorek amonu, wzmacniający — jak badania amerykańskich autorów wykazały — siłę diuretyczną soli rtęciowych.

Kombinacja rtęci i chlorku amonu (wzgl. chlorku wapnia) jest jedną z ostatnich zdobyczy na polu terapji puchliny. Zatrzymanie rtęci w ustroju — jak wiadomo — prowadzi do omówionych już objawów intoksykacji. Użycie więc środków rtęciowych specjalnie przy tych stanach, w których eliminowanie tychże jest utrudnione,

np. przy chorobach wątroby przebiegających z utrudnieniem mechanicznem odpływu żyły wrotnej, natrafia niekiedy na trudności. Zastrzeżenia niekiedy pochodzą stąd, że pierwsze wstrzyknięcie novasurolu (salyrganu) nie daje pożądanej diurezy, co odstrasza ostrożnego terapeutę od dalszych wstrzyknięć. W tych wypadkach przygotowuje się chorego przez podawanie przez 1 — 3 dni chlorku amonu per os. Saxl i Erlsbacher przepisują *ammon. chlorat. puriss. 8,0, succ. liquir 6,0, aq. font. 100,0* Mds: 5 × dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu we wodzie mineralnej. Ujemną stroną tego środka jest zły smak oraz niekiedy występujące zaburzenia dyspeptyczne. Ale zato działanie novasurolu wzmaga się do 100%. Autorowie tłumaczą powyższe zjawiska tem, że leczenie chlorowe doprowadza do zakwaszenia chlorowego ze zmniejszeniem się ilości sodu w ustroju, czem przygotowuje się odpowiednie podłoże dla działania połączeń rtęciowych. Leczenie kombinacyjne chlorowo - rtęciowe stosuje się przedewszystkiem przy marskości wątroby z następującem nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej. U chorych na schorzenia serca, powikłane ze zmianami zastoinowemi w nerkach i puchliną ogólną należy podawać chlorek wówczas dopiero, gdy połączenia rtęciowe pozostają bezskuteczne. W podobny sposób należy się zachować przy nerczycach.

Na zakończenie referatu nadmienię, że proteinoterapja nie wywiera działania moczopędnego. Wstrzykiwania mleczne lub innego białka mają wpływ hamujący na diurezę, upust krwi zaś nie wiele korzyści przysparza. Nie wiele warte są wreszcie wstrzykiwania hypertonicznych roztworów soli kuchennej oraz glykozy.

Piśmiennictwo.

1) Dietrich: Störungen des Kreislaufes w Aschoff: Lehrbuch der path. Anatom. Aufl. IV. — 2) Pick: Ueber Wasserhaushalt, Diurese und Diuretica, Verlag Springer 1924. — 3) Frank: Ueber die Entstehung von akuten Wasserretentionen und Oedem bei Behandlung von Diabetikern, Therapie der Gegenw. 1924/7. — 4) Buttenwieser: Einfluss des Insulins auf den Wasserstoffwechsel und Körpergewicht des Säuglinges. M. Kl. 1925/18. — 5) Fleckseder: Klinik der Diurese, Verlag Springer 1924. — 6) Pisek: Demonstracja przypadku ascites chylosus w Lwowsk. Towarz. Lekarskim. — 7) Bądzyński: Wymiana materji i energji u zwierząt. — 8) Nowaczyński: Leczenia schorzeń nerek. Przegl. Lek. 1922. — 9) Saxl: Die Wassersucht und ihre Behandlung, Springer 1924. — 10) Adler: Oedemerkrankungen der Schwangeren, M. Kl. 1923/15. — Saxl-Erlsbacher: Ueber Verstärkung der Novasurol (Salyrgan) Diurese durch Ammoniumchlorid, W. kl. W. 1922/2. — 12) Blum-Carlier: Stosowanie rtęciowych środków moczopędnych, Wiedza Lekarska 1928/5 według Presse Med. 1928/23. — 13) Lehr: Pathogenese und Therapie der kardialen und renalen Oedeme, M. Kl. 1923/45. — 14) Fleckseder: Gebräuchliche Diuretica und ihr Anwendungsgebiet für den prakt. Arzt. Aerztl. Pr. 1928/8. — 15) Falta: Neue Probleme des Wasserstoffwechsels, W. kl. W. 1926/8. — 16) Richter: Chronische Nephritiden w Kraus - Brugsch VII. —17) Frank: Ueber die Beziehungen des Hypothalamus und Hypophyse zum Wasserstoffwechsel M. kl. 1929/18. — 18) Cassirer Hirschfeld: Quinckesches Oedem w Kraus - Brugsch. X.

OCENY.

W. Vignal: *Electrothérapie.* Paris 1928. G. Doin et Cie. VIII⁰. Str. VI + 550.

Bardzo pożyteczny i dobry podręcznik elektroterapji. Część pierwsza omawia w sposób przystępny fizykę, aparaturę i fizjologję prądów galwanicznych, faradycznych i galwano - faradycznych, dalej elektryki statycznej a więc maszyn elektrostatycznych i kondenzatorów, w końcu prądów o wysokiej częstotliwości.

Część druga praktyczna omawia stosowanie lecznicze wyżej omówionych prądów w rozpoznawaniu i leczeniu chorób układu nerwowego, krążenia, kostnego i stawów. moczowego, oddechowego, pokarmowego, chorób skóry, gruczołów, oczu i uszu.

Przy końcu omówione jest ratownictwo i lecznictwo nieszczęśliwych wypadków zpowodowanych prądem elektrycznym. Podręcznik pisany jest stylem łatwym i zrozumiałym nawet dla nie władającego doskonale językiem francuskim.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. St. Batorego, rok V, zeszyt 4, za lipiec - sierpień 1929 r.: A. Safarewicz: W sprawie zaopatrywania w wodę m. Wilna. — R. Szadowski: Przyczynek do leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. — W. Zaleski: Miednica kobiet Wilna i Kresów północno - wschodnich. — H. Kulikowska: Grzybek z grupy „Trichomycetes" w przypadku grzybicy płuc. — A. Rudzki: Wartość kliniczna odczynu Davisa w raku. J. Mahrburg: Przypadek olbrzymiego tętniaka oraz zmian spowodowanych przez niego w naczyniach kończyn górnych. — M. Rubinsztejn: Wpływ bodźców cieplnych na skład krwi. — Wł. Jakowicki: Pierwsze pięciolecie Kliniki Położniczo - Ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. Rozdział XXXVIII. — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867 — 1875 (c. d.).

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 110, z września 1926 r.: D. Kossowska: Bakterje przewodu pokarmowego szczupaka. — S. Runge: Dwa przypadki wrzekomego obojnactwa męskiego u świń. — L. Bindel: Cztery przypadki zatrucia trójnitrofenolem u bydła.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 40, z 6 października 1929 r.: St. Klawe: Przyczynek do badań nad proszkowaniem naparstnicy. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 6 z 1929 r.: H. Sokołowska: Zastosowanie katatermometru Hilla w szkołach. — W. Gądzikiewicz: Temperatura efektywna. jej istota, sposób oznaczania i zastosowanie w higjenie szkolnej. — R. Szuszkiewicz: Wychowanie fizyczne w Finlandji. — W. Sikorski: Dobór ćwiczeń ze stanowiska wpływu na organizm.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 7 — 8, z 1929 r.: Z. Walicka: Przyczynek do sprawności fizycznej żydów żołnierzy W. P. — W. Gądzikiewicz: Temperatura efektywna, jej istota, sposób oznaczania i zastosowanie w higjenie szkolnej. — F. Fidziński: Jan Kochanowski o wychowaniu fizycznem w Polsce XVI wieku.

Przegląd zdrojowo - kąpielowy, rok XVIII, nr. 10, z 1 października 1929 r.: L. Korczyński: O racjonalne podstawowe formy propagandy polskiego zdrojownictwa. — W. Szczawińska: Przyczynek do propagandy zdrojowisk w Polsce. — Z. Gilewicz: Spółdzielcze domy odpoczynkowe, a rozbudowa polskich zdrojowisk. — L. Korczyński: Swoszowice jako zdrojowisko wód siarczanych.

Wiadomości lekarskie, rok II, zeszyt za sierpień - wrzesień 1929 r.: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego (dok.). — E. Doliński: Azylum dla wykolejonych. Dr. Villems'a. — B. Ziemilski: Z problemu lecznictwa kasowego. — M. Osuchowski: Środki, których unikać należy przy naświetlanach promieniami Roentgena.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 18, z 15 września 1929 r.: M. Gojdź: Badania dziennych i nocnych wahań ciśnienia tętniczego w hipertenzji oraz ciśnienia w naczyniach włosowatych i w żyłach. — J. Klukowski: Wygląd naczyń włosowatych w nadciśnieniu tętniczem i zachowanie się ich w paradoksalnym odczynie naczyniowym u hipertoników. — T. Bętkowski: Periarthritis humero - scapularis. — L. Banaszkiewicz: Stosowanie Koagulenu w ginekologji. — R. E. Matuszewski: Ś. p. Dr. med. Romuald Wierzbicki.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 19, z 1 października 1929 r.: M. Gojdź: Badanie wpływu adrenaliny, azotynu sodu, acetylcholiny, nitrogliceryny i wyskoku na ciśnienie krwi w hipertenzji pierwotnej. — L. Banaszkiewicz: Niewidzenia i ślepota podczas ciąży i miesiączki. — St. Łaguna: O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VII, zeszyt 1, z 1929 r.: Z. Czeżowska i J. Goertz: Wpływ atropiny na poziom cukru we krwi. — W. Filiński: Badania nad sposobem działania środków odkwaszających (antacida). — M. Goldman sen.: Rozwój tarczycy dodatkowej, jako przyczyna powstania choroby Basedowa. Ciężkie objawy naczynioruchowe po stosowaniu ergotaminy. — G. Pokorny: W sprawie leczenia białaczek zimnicą.

E. Reicher: O działaniu ćwiczeń cielesnych na układ nerwu błędnego wraz z uwagami o ich wpływie na procesy chemiczne w ustroju. — M. Rosnowski i S. Marczewski: Zespół bezsoczności żołądka. — M. Semerau-Siemianowski, K. Rachoń i M. Mancewicz: O wpływie jodu na naczynia włosowate u człowieka. Doniesienie I. Część doświadczalna. — J. Typograf: W sprawie niedomogi wielogruczołowej. — Z. Gorecki: Ewolucja poglądów na patogenezę gruźlicy płuc.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VII, zeszyt 2, z 1929 r.: S. Bronowski: Przyczynek sekcyjny do powstawania t. zw. metalicznego 1-go tonu sercowego, słyszalnego zdala. — P. Demant: Znaczenie układu autonomicznego w przecukrzeniu krwi po dożylnem podaniu srebra koloidowego. — A. Falkiewicz: Przyczynek do zaburzeń przewodnictwa serca w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Chwilowy podwójny blok. — A. Gluziński: Kiła wątroby. — Z. Malkiewicz: O roli ciśnienia osmotycznego ciał białkowych w powstawaniu obrzęków. — E. Reicher: Praca fizyczna a krążenie krwi. Działanie ćwiczeń cielesnych na ciśnienie krwi i pracę tętna z uwzględnieniem wpływu doświadczenia Valsalvy na krążenie krwi. — Z. Świder i E. Żera: Badania nad związkiem między chemicznemi a biochemicznemi cechami ustroju z uwzględnieniem szczególnem gruźlicy płuc. I. Grupy serologiczne, a poziom wapnia we krwi u chorych na gruźlicę płuc. — A. Galewski: Fizjopatologja gospodarki wodnej w ustroju. — H. Rasolt: O znaczeniu klinicznem elektrokardjografji.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VIII, zeszyt 4, z 1929 r.: J. Golakowski: Dożylne zastrzyki stężonego roztworu chlorku sodu w samozatruciu ustroju na tle ostrej niedrożności jelit. — Z. Dziembowski: Wyniki wycięcia splotu współczulnego przedkrzyżowego. — K. Rowiński: Przypadek uchyłka przełyku. — W. Zeyfert: Przypadek skrętu kątnicy i jelit cienkich w uwięzłej przepuklinie pachwinowej. — L. Nieczypurowicz: Przypadek dotrzewnego przebicia pęcherza moczowego przez nabicie się. W. Dobrzaniecki: Homotransplantacja a grupy krwi. — D. Jewrzejenko: Modyfikacje szwu jelita grubego po resekcji. — W. Ostrowski: Leczenie chorych w oddziele chirurgicznym II Szpitala Dzieciątka Jezus w 1928 r.

Folia morphologica, vol. I, nr. 2—3 z 15 września 1929 r.: J. Tur: Studia Teratogenetica. II. Les monstres incohérents. — T. Marciniak i K. Serafin: W sprawie unerwienia łuku mięśniowego pachy przez nerw międzyżebrowo - ramienny u człowieka. P. Słonimski: W sprawie składników komórkowych i ich pochodnych we krwi Batrachoseps atenuatus Esch. — Z. Zakolska: Przypadki partenogenetycznego podziału jaj w jajniku szczura. — A. Rodrigus, L. de Pina et S. Pereira: Dissection d'un Nègre de Mozambique. (C. I. R. P. Note. Nr. 1). — E. Leblanc, M. Ribet, P. Goinard, G. Chevaux, H. Ezes, E. Curtillet, F. Merand: Recherches sur 40 sujets indigènes d'Algérie (Berbères) 1927/28. (C. J. R. P. Note Nr. 2).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 36. — 1929.

H. Planner: *O próbie luetynowej i jej zastosowaniu*. W celach rozpoznawczych stosował autor w 106 przyp. III-rzędnej kiły próbę luetynową przez wśródskórne wstrzykiwanie wyciągu kiłowych narządów. W 70,4% przyp. odczyn luetynowy zgadzał się z odczynem Wassermanna. W 30% przyp. istniała rozbieżność w wyniku obu prób, w połowie tych przyp. ujemny Wa był poprawiony przez dodatnią próbę luet. i odwrotnie. Obie te próby uzupełniają się.

G. Stiefler: *O odruchu stawowym palców i jego zastosowaniu w praktyce (Grundgelenkreflex)*.

H. Finsterer: *Rokowanie w przyp. resekcji żołądka z powodu raka*. (Ciąg dalszy). Praca statystyczna obejmująca wyniki po 348 przyp. resekcji żołądka z powodu raka.

N. Strasser: *O ostrym toxycznym cukromoczu i jego związku z cukrzycą*. Opis przypadku cukromoczu, który wystąpił wśród stanu gorączkowego. Stan ten ujawnił ukryty niedowład (Insuffizienz) aparatu wysepkowego trzustki.

H. Deutsch: *W sprawie leczenia ostrego zapalenia żył kończyn dolnych*. Leczenie zapalenia żył opatrunkiem cynkowym (Zinkleim).

F. Schmuttermayer: *Leczenie jodowe Jodisanem*.

P. Werner: *Zaburzenia czynnościowe jajnika i ich leczenie*. Kurs dokształcający.

H. Rubritziu: *Pyelis i Pyelonephritis. Kurs* dokształcający.

E. Fremzel: *Kąpiele i picie wód mineralnych u chorych sercowych*. Dla praktyki.

R. Priesel i R. Wagner: *Cukrzyca u dzieci*. Dla praktyki.

Nr. 37. — 1929

St. Jelinek: *Zadania i cele elektropatologji*. Wykład inauguracyjny.

A. Reuss: *Stosowanie lecznicze mleka kobiecego*. Autor wykazuje na przykładach że mleko kobiece można z powodzeniem używać do sporządzania płynnych i papkowatych pokarmów zkoncentrowanych dla niemowląt. Przy odpowiedniej organizacji można mleko kobiece otrzymać w dostatecznej ilości.

L. Bickel: *Związek między ostrą aplastyczną niedokrwistością, ostrą aleukemiczną lymphadenosą i agranulocytozą*. Opis przypadku który przebiegał klinicznie jak aplastyczna niedokrwistość a sekcja wykazała nacieki limfatyczne we wszystkich narządach. Autor omawia związek wyżej wymienionych spraw chorobowych i przypuszcza że sprawy te polegają na zaburzeniach w szpiku kostnym. Ważnym momentem etjologicznym jest wrodzona konstytucja rodzinna.

E. Róth: *Schorzenie nerek jako przyczyna śpiączki cukrzycowej*. Opis przypadku.

H. Biesenberger: *Zupełne zamknięcie zespolenia żołądkowo - kiszkowego wskutek plastycznego zapalenia otrzewnej*. Opis przypadku.

V. Mihajlowić: *W sprawie leczenia łuszczycy produktami rozpadu łusek skórnych*. Autor stosował w przyp. łuszczycy wyciąg z łusek skórnych sporządzony metodą Joannovića zapomocą trypsyny i pepsyny. Zastrzyki podskórne tego preparatu nie wywołują żadnej lokalnej ani ogólnej reakcji. Z początku leczenia występuje świąd połączony z silnem łuszczeniem się wykwitów skórnych. Całość schorzenia ulega wybitnej poprawie. (Opis przypadków). Zastrzyki stosuje autor co 2 dni w ilości 1 — 5 — 10 cm^3

J. Mayer: *Pernocton w chirurgji othorhinolaryngologicznej*.

F. Fischl: *Gumma jako objaw podrażnienia (Gumma als Reizphänomen)*. Opis przypadku kiły ukrytej III-rzędnej, która ujawniła się po zastosowaniu leczniczem promieni Roentgena na schorzenie skórne niekiłowego pochodzenia.

C. Ewald: *Następowe leczenie złamań*. Kurs dokształcający.

H. Heidler: *Znaczenie urazu porodowego dla główki noworodka*. Kurs dokształcający.

J. Hass: *Sposoby leczenia w Arthritis deformans*. Dla praktyki.

F. Schreinburg: *Najważniejsze objawy wścieklizny*. Dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Minister Wyznań religijnych i Oświecenia Publicznego. Warszawa dnia 5-go października 1929 r. Nr. I-WF-5746/29.

Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych. W porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie, Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego organizuje kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych. Program kursu będzie obejmował 4 działy: 1) Organizacja i wykonawstwo opieki higjeniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną (9 godzin). 2) Patologja schorzeń wieku szkolnego (28 godzin). 3) Podstawy higjeny społecznej w zastosowaniu do wieku szkolnego (24 godziny) oraz 4) Wytyczne kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznem młodzieży (10 godzin). Wykłady obejmują wybitni specjaliści z każdego działu. Kurs trwać będzie od 8-go do 22-go grudnia b. r. ogółem dni 14, i odbywać się będzie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie przy ulicy Chocimskiej 24. Wykłady i zajęcia trwać będą codziennie od 9 do 13 i od 15 do 18. Dla ułatwienia pobytu na kursie Ministerstwo dla pewnej liczby słuchaczy zarezerwowało

bursę Państwowej Szkoły Higjeny, gdzie pobyt całodzienny łącznie z wyżywieniem wynosić będzie w drodze opłaty ulgowej 3 złote dziennie. Zgłoszenie na kurs przesłać winni kandydaci przed 20 listopada bezpośrednio do Wydziału wychowania fizycznego i higjeny szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (Bagatela 12 w Warszawie), nadmieniając, czy ubiegają się o bursę. O zakwalifikowaniu do bursy kandydat zostanie powiadomiony do dnia 30 listopada b. r. W razie przyjęcia do bursy, kandydat winien całkowitą opłatę za burse wnieść w Sekretarjacie Państwowej Szkoły Higjeny niezwłocznie po przybyciu na kurs. Wykłady na kursie są bezpłatne, poza wpisowem, które wynosi 10 złotych i jest płatne przed rozpoczęciem kursu. Polecam PP. Kuratorom podanie powyższego do wiadomości dyrekcjom szkół średnich ogólnokształcących, seminarjów nauczycielskich i ochroniarskich oraz szkół zawodowych, i zezwalam na udzielanie lekarzom szkolnym w szkołach państwowych, pragnących wziąć udział w kursie, płatnego urlopu na czas kursu. Minister (—) Czerwiński.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, iż z funduszu im. Grzegorza Piramowicza wakuje nagroda konkursowa w wysokości zł. 400 na cele popierania higjeny szkolnej: za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiejkolwiek dziedziny higjeny szkolnej — w braku zaś podobnej pracy, nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinji władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie, pod względem higjeny szkolnej, pracował w okresie od 1. IX. 1928 r. do 1. IX. 1929 r. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 15 listopada 1929 r.

Lwów.

Izba lekarska lwowska donosi: Do Izby lekarskiej lwowskiej zwrócił się jeden z członków Komisji egzaminacyjnej dla szoferów z zażaleniem, że świadectwa lekarskie, mające stwierdzić zdolność fizyczną kandydatów na kierowców, wydawane przez prywatnie praktukujących lekarzy, są niedbałe i lekkomyślne. Inaczej tego nazwać nie można, gdyż zdarzało się, że osoby pozbawione kończyny, a używające protezy, dalej osoby z przykurczeniami prawej kończyny górnej, dotknięte hemeralopią, t. zw. kurczą ślepotą i innemi schorzeniami, otrzymywały świadectwa pełnej fizycznej zdatności bez najmniejszej wzmianki o swem kalectwie. Lekarz badał więc albo pobieżnie i nie dojrzał kalectwa, albo unosił się źle zrozumianą litością i zatajał zauważone braki cielesne. Komisja egzaminacyjna nie ma prawa kwestjonować prawidłowo wystawionego świadectwa lekarskiego i zauważywszy podczas egzaminu niedokładności fizyczne, przechodziła nad tem do porządku dziennego, o ile kandydat odpowiadał innym warunkom egzaminu. Badania lekarskie szoferów powinny być bardzo dokładne, subtelne i szczegółowe, dlatego lekarze prywatni z trudnością mogą je wykonać, a przecież istnieje we Lwowie, podobnie jak w innych wielkich miastach, dobrze wyposażona pracownia psycho - techniczna przy ul. Boularda l. 5 w Instytucie technologicznym, dokąd powinni lekarze skierowywać kandydatów. Badania te są bezpłatne, a lekarz wolno praktykujący za swe badanie i końcową opinję może pobrać honorarjum od kandydata. Sprawa jest poważna, bo chodzi o bezpieczeństwo obywateli, którym zagraża szofer kaleka, a nadto chodzi o powagę świadectwa lekarskiego i zaufania do lekarzy. Izba lekarska po upomnieniu niniejszą odezwą, będzie nadal ściśle przestrzegać, aby świadectwa lekarskie były zgodne z prawdą, a w razie przeświadczenia, że stało się inaczej, odda sprawę Sądowi Izby. W końcu przypomina Zarząd Izby, że lekarze powinni żądać od kandydatów osobistej legitymacji z fotografją.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 11-go października b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. W. Elmer i M. Scheps: Przypadek xanthomatosis hepatica (pokaz); 2) Kol. H. Mierzecki: Twardzina urazowa skóry u skrzypka (pokaz); 3) Kol. W. Reis: a) O pęcherzykach gazowych w przedniej komórce oka (wykład); b) Sprawozdanie z XXII Międzynarodowego Zjazdu Okulistycznego i historycznej Wystawy okularów w Amsterdamie. — W dyskusji zabierali głos kol.: Nowicki, Moraczewski Goldschlag.

Z kraju.

Personalja. Kraków. Prezesem Polskiej Akademji Umiejętności obrany został jej dotychczasowy wice-prezes Prof. Dr. Kazimierz Kostanecki.

Członkami korespondentami Wydziału matematyczno-przyrodniczego Polskiej Akademji Umiejętności ostatnio mianowani zostali Prof. Dr. Jan Grochmalicki (Poznań), Doc. Dr. Maksymiljan Rose (Warszawa) i Prof. Dr. Jan Tur (Warszawa).

Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został na rok 1929/30 Prof. Dr. med. i fil. h. c. Henryk Hoyer.

Warszawa. Prof. Dr. Wacław Roszkowski mianowany został Dyrektorem Państwowego Muzeum Zoologicznego w Warszawie.

Doc. Dr. Władysław Poliński, kustosz Państw. Muzeum Zoologicznego został mianowany profesorem zoologji w Szkole Głównej Gosp. Wiejskiego.

Dr. Tadeusz Jaczewski, kustosz wydziału owadów i Dr. Tadeusz Wolski, kustosz wydziału zwierząt kręgowych Polskiego Państwowego Muzeum Zoologicznego udali się z ramienia tej instytucji na badania zoologiczne do Meksyku.

Prof. Dr. i med. Edward Loth zaproszony został w marcu b. r. do Francji celem wygłoszenia kilku referatów na temat antropologji części miękkich.

Wykłady miały miejsce w l'Ecole d'Anthropologie w Paryżu oraz w Uniwersytecie w Montpellier. Zwłaszcza wykład w Montpellier cieszył się dużą frekwencją.

Wilno. Wydział Lekarski Uniwersytetu im. Stefana Batorego powołał na katedrę histologji Doc. Dr. Stanisława Hillera z Krakowa.

Dr. med. Stefan Bagiński, st. asystent Zakł. Histol. habilitował się z zakresu histologji.

Sanatorjum dla Chorych Piersiowych w Rudce. (stacja Mrozy k. ż. Teresp.) W dniu 6-go b. m. wycieczka złożona z przedstawicieli Departamentu Służby Zdrowia, Magistratu m. Warszawy oraz Zarządu Głównego T-wa Hygjenicznego przybyła do Rudki dla zwiedzenia tamtejszego Sanatorjum dla Chorych Piersiowych imienia ś. p. Dra Teodora Dunina. Drugie skrzydło tego Sanatorjum było jak wiadomo, wykończone i oddane do użytku w grudniu roku zeszłego. Obecnie zaś powiększono i wykończono ostatecznie wszystkie budynki i urządzenia gospodarcze. Tak więc rozpoczęte przed dwudziestu laty dzieło powstałe z ofiar publicznych, zostało nareszcie ukończone pomimo ciężkich lat wojny i również ciężkich warunków powojennych. Zebrani stwierdzili ponownie, że Rudka, położona wśród pięknych lasów sosnowych, mogąca pomieścić obecnie 120 chorych w jaknajlepszych warunkach hygjenicznych, zaopatrzona we wszelkie nowoczesne środki i urządzenia lecznicze i prowadzona wzorowo, może być zaliczona do najpierwszych zakładów tego rodzaju nietylko w kraju ale i zagranicą. Sanatorjum w Rudce jest pozatem instytucją społeczno-dobroczynną, a nie zarobkową, pobiera bowiem za leczenie niewysokie opłaty, zaledwie pokrywające koszty własne.

Ankieta „Czystości". Chcąc jaknajlepiej spełnić nasze zadanie — szerzenie zasad czystości w Polsce, — postanowiliśmy przeprowadzić następującą ankietę:

1) Jaki jest ogólny stan sanitarno-higjeniczny miejscowości?

2) Co uczyniono od czasu Odrodzenia Polski, aby podnieść stan higjeniczny danej miejscowości?

3) Jakie są najbliższe zadania pod tym względem?

4) Które czynniki rządowe, samorządowe czy też prywatne, najwięcej ku podniesieniu stanu higjeny w danej miejscowości dotychczas się przyczyniły lub też przyczynić by się mogły?

Odpowiedzi na te pytania możliwie treściwe, prosimy nadsyłać do Redakcji „Czystości" w Warszawie, skrz. poczt. nr. 729 lub też do filji naszej w Częstochowie skrz. poczt. nr. 104, podając przytem, czy dana osoba życzy sobie ujawnienia nazwiska swego, czy też — nie.

Uprasza się wszystkie pisma o przedrukowanie niniejszego.

Redakcja otrzymała.

Egon Ranzi: Die Chirurgie des Gehirns und seiner Häute.

F. Brüning i O. Stahl: Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems, jako zeszyt 25, tom III, zbiorowego wydania „Die Chirurgie" Nakł. Urbana Schwarzenberga, Berlin 1929.

Nr. 44. 3. listopada 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Robert BERNHARDT, Warszawa.
ordynator szpitala Św. Łazarza.
Dr. Aleksander WILEŃCZYK,
st. asystent Zakładu serologji i mikrobiologji U. W.

Grzybica strzygąca nietypowa. Obecność grzybka fiołkowego w krwi.

Na oddziele dermatologicznym szpitala Św. Łazarza czasy ostatniemi spostrzegano przypadek grzybicy rozległej, zasługujący na uwagę szczególną. Już podczas pierwszych oględzin w dniu 2. II. 1929 r. ustalono, że ma się do czynienia z grzybicą strzygącą nietypową, wywołaną prawdopodobnie grzybem fiołkowym *(Tr. violaceum)*.

Przypadek dotyczył 21-letniej wieśniaczki Zofji W., leczonej dotychczas bez powodzenia przez kolegów białostockich. Sprawa trwa około 5 lat. Pierwsze zmiany chora zauważyła na podudziach a następnie na pośladkach. Po 2 latach trwania schorzenia, ogniska chorobowe wystąpiły jeszcze na grzbiecie rąk, w okolicy łokciowej, na ramionach a także na tułowiu. Były to niewielkie „plamy suche", różowe, trwające czas pewien, znikające bez leczenia i powstające w umiejscowieniach nowych. Wysypka nie powoduje swędzenia silnego i trwalszego. Objawy podmiotowe występują jeno przygodnie. Przed 3 miesiącami chora zwróciła uwagę na przerzedzenie się uwłosienia tyłogłowia. W sprawie zmian paznokci nie można było uzyskać wiadomości wiarogodnych.

Chora podaje poza tem, że jej siostra młodsza 19-letnia wykazywała podobne zmiany skóry w 16-tym roku życia. Schorzenie trwało około 2 lat i ustąpić miało pod wpływem stosowania środków domowych.

Podczas badania Zofji W. w dniu 2. II. r. b. stwierdzono stan następujący:

Na tyłogłowiu widać przestrzeń skóry schorzałej wielkości około dłoni. W obrębie tego miejsca, odgraniczonego nieostro, skóra wykazuje zabarwienie różowo - czerwonawe, zgrubienie bardzo nieznaczne, łuszczenie mierne, przerzedzenie włosów wyraźne. Łuski niegrube, białoszarawe przylegają słabo. Wśród uwłosienia przerzedzonego spostrzega się niemało włosów, ułamanych tuż przy skórze (pieńki włosowe). W sąsiedztwie tej przestrzeni, a także w innych miejscach uwłosionej skóry głowy (okolice ciemieniowe, skroniowe) można stwierdzić obecność licznych ognisk drobnych, okrągłych i owalnych, wykazujących cechy wskazane wyżej (nawarstwienie łusek, przerzedzenie włosów, pieńki).

Na policzku lewym, na karku i w okolicy międzyłopatkowej znajduje się kilka blaszek okrągłych wielkości od monety 5-groszowej do złotowej srebrnej. Wykwity barwy bladoróżowej są zaledwie wzniesione ponad otoczenie i łuszczą się nieznacznie. Niektóre z nich znajdują się widocznie w stanie rozwoju wstecznego.

Twory podobne znajdują się w skórze kończyn górnych, które jednak uległy zmianom nieznacznym. Niewielkie gromady blaszek typu rumieniowo - złuszczającego można stwierdzić na powierzchniach wyprostnych obu ramion głównie powyżej łokcia, a także na grzbietach rąk i palców. Ułożenie jest dosyć umiarowe.

Kończyny dolne wykazują zmiany najrozleglejsze. Zajęta jest skóra pośladków, okolic kolanowych, podudzi, grzbietu stóp oraz podeszwy lewej. W tych miejscach stwierdza się wszędzie umiarowość z wyjątkiem podeszew. Zmiany lite zajmują przestrzenie znaczne i są miejscami odgraniczone niewyraźnie (okolice kolanowe, pośladki), miejscami zaś zaznaczone dosyć ostrem łuszczącem się obrzeżem naskórkowem. Zjawisko spostrzega się na grzbiecie stóp oraz w przylegających odcinkach podudzi, gdzie ocalały wysepki skóry prawidłowej wśród zmian rozległych i rozsianych. Na przestrzeniach schorzałych skóra jest barwy jasno i ciemno czerwonej, wyraźnie zgrubiała, pokryta obficie łuskami. Odcienie czerwone jaśniejsze stwierdza się na pośladkach i w połowie górnej podudzi, ciemniejsze zaś w okolicy kolanowej, w połowie dolnej podudzi a także na grzbiecie stóp i na podeszwie lewej. Zabarwieniu ciemniejszemu odpowiada stopień wyższy zgrubienia skóry. Dotyczy to zwłaszcza brzegu zewnętrznego stóp, okolic piętowych i podeszwy lewej, gdzie skóra jest zgrubiała znaczne i wykazuje ponad to szereg popękań płytkich i głębszych. Zgrubieniu niemałemu uległa też skóra jamek podkolanowych.

Co tyczy się łuszczenia naskórka, zaznaczyć trzeba, że na kończynach dolnych wykazuje ono głównie postać listeczkowatą *(desquamatio lamellosa)*. Łuski wielkości paznokcia, białe ibiałoszarawe, dosyć grube, suche i przylegające niesłabo występują najwyraźniej na powierzchni wyprostnej stawu kolanowego, na podudziach, stopach i na podeszwie lewej. Nawarstwienia szczególnie obfite stwierdza się na podeszwie, na piętach, na brzegu zewnętrznym stóp. Skóra pośladków łuszczy się miejscami listeczkowato, miejscami otrębowato. W jamkach podkolanowych łuski są otrębowate, choć skóra wykazuje zgrubienie wyraźne i niemałe.



Wszystkie paznokcie rąk i niemal wszystkie paznokcie stóp uległy zmianom chorobowym. Paznokcie są nieprzejrzyste, zgrubiałe, sprążkowane wzdłuż lub wpoprzek, u brzegu wolnego zaś kruche, łamliwe, rozłupane w listki. Pomiędzy wolnym brzegiem paznokci a ich łożyskiem stwierdzono nagromadzenie się masy rogowej suchej i kruchej.

Gruczoły chłonne nie są obrzmiałe.

Badanie mikroskopowe wykryło obecność zarodników i nici grzybni w łuskach, pobranych z różnych miejsc powierzchni schorzałej, a także w zeskrobinie paznokciowej oraz w masie rogowej podpaznokciowej. Badanie włosów ujawniło, że ma się do czynienia z grzybem wewnątrz włosowym *(Trichophyton endotrix*

W narządach wewnętrznych nie stwierdzono zmian wyraźniejszych. Ciepłota ciała była prawidłowa. W moczu nie wykryto składników nieprawidłowych.

Badanie krwi postaciowe dało wyniki następujące:
Hemoglobiny 68 (S a h l i)
Ciałek czerwonych 4,200.000
Ciałek białych 6.400
Wzór ciałek białych:
Eozynochłonnych 1%
Obojętnochłonnych młodych 2%
Obojętnochłonnych pętlowatych 5%
Obojętnochłonnych segmentowanych 67%
Monocytów 3%
Limfocytów 22%.

Odczyn śródskórny trichofytynowy (1 : 50) dał wyniki wyraźnie dodatnie. Utworzyła się grudka duża i twarda, trwająca około 6 — 7 dni.

Odczyn tuberkulinowy na- i śród skórny wypadł ujemny.

Na pożywce S a b o u r a u d a założono liczne hodowle z materjału pobranego z miejsc rozmaitych. Posiano łuski, włosy oraz zeskrobiny paznokciowe. Hodowle umieszczono w cieplarce w t° 25 C. Po upływie 5 dni stwierdzono w wszystkich rurkach wzrost grzyba, który pod względem hodowlanym i pod względem własności postaciowych zupełnie przypominał grzybek strzygący fiołkowy *(trichophyton violaceum)*. Po kilku dniach następnych

powierzchnia hodowli zrobiła się wilgotna wyraźnie i zaczęła nabierać znamiennej barwy fiołkowej.

Niezależnie od powyższego posiano krew, pobraną z żyły łokciowej. Hodowle założono w buljonie zwykłym, w buljonie cukrowym, na agarze zwykłym, na agarze Sabourauda, a także na pożywkach Wrzoska i Tarozziego. Piątego dnia zauważono wzrost hodowli na pożywce Wrzoska i Tarozziego. Początkowo wzrost odbywał się na powierzchni buljonu, później zaś wystąpił też w warstwach głębszych pożywki. Własności postaciowe tego grzybka, oraz szczegóły jego budowy nie różniły się od spostrzeganych w grzybku strzygącym fiołkowym. Badanie tych hodowli w kropli wiszącej potwierdziło słuszność rozpoznania. Nie stwierdzono bowiem żadnej różnicy pomiędzy grzybem otrzymanym z krwi a wyhodowanym z łusek, włosów i paznokci. Odrębność polegała jedynie na tem, że w pożywce Wrzoska i Tarozziego hodowla wykazywała zabarwienie jasno żółte. Gdy jednak tę hodowlę przeszczepiono na pożywkę Sabourauda, wyrastały typowe kolonje grzybka fiołkowego.

Nadmienia się, że posiewy wznawiano kilka razy i że otrzymywano stale wyniki jednakie.

Do celów badania tkankowego wycięto kawałek skóry podudzia w miejscu, wykazującem wybitniejsze zmiany kliniczne. Podczas oględzin skrawków wyjaśniło się, że ma się do czynienia z zmianami nieznacznemi jedynie naskórka i pokładów górnych skóry właściwej. Warstwa zrogowaciała naskórka jest zgrubiała i łuszczy się wyraźnie. Zgrubienie nie jest równomierne i zależy głównie od zrogowacenia nadmiernego *(hyperkeratosis)*. Rogowacenie nieprawidłowe jest zaznaczone słabo i występuje miejscami na przestrzeniach bardzo nieznacznych. Warstwa komórek kolczastych najczęściej nie wykazuje zmian wyraźniejszych. Tu i owdzie można w niej stwierdzić stopień nikły obrzęku międzykolczastego oraz obecność oddzielnych komórek wędrujących. Komórki walcowate są prawidłowe. Miejscami zawierają one jednak nadmiar barwika. Zjawiska akantozy nie występują z wyrazistością przekonywającą.

Brodawki skóry właściwej znajdują się w stanie obrzęku surowiczego nieznacznego. Światło naczyń krwionośnych warstwy brodawkowej i podbrodawkowej jest nieco rozszerzone. Dokoła naczyń widać nacieczenie komórkowe stopnia słabego. Składa się ono głównie z limfocytów obok odsetka nikłego leukocytów oraz komórek kwasochłonnych i tucznych. W pokładach głębszych skóry właściwej nie stwierdzono spraw chorobowych. Nacieczenie nieznaczne towarzyszy jedynie niektórym gałązkom naczyniowym wstępującym. Utkanie sprężyste skóry jest prawidłowe. Gruczoły łojowe i potowe nie wykazują zmian widomych.

* * *

Spostrzeżenie niniejsze należy do gromady grzybic strzygących nietypowych skóry nieuwłosionej, spowodowanych grzybkiem fiołkowym i opisanych po części przez panią A. Pelevine i N. Tschernogouboffa (1927 r.) głównie zaś przez M. G. Mguebrowa (1928 r.). W danym razie miało się do czynienia z sprawą przewlekłą rozległą, dotyczącą uwłosionej skóry głowy, skóry nieuwłosionej kończyn, a wreszcie paznokci rąk i stóp obu. Te umiejscowienia należy uważać widocznie za typowe, gdyż w spostrzeżeniach Mguebrowa występowały one w stosunku 74 : 100. Może się jednak zdarzyć, że paznokcie, albo skóra uwłosiona głowy jest wolna od sprawy chorobowej. Spostrzegano też umiejscowienie wyłączne grzybicy w skórze nieuwłosionej (17%). Poza tem potwierdziliśmy słuszność uwag Mguebrowa co do zajęcia przeważającego kończyn dolnych (podudzia 65%, okolica stawu kolanowego 56,5%, uda i pośladki 39%, podeszwy i okolica stawu skokowego 21,7%). W spostrzeżeniu własnem zmiany najwybitniejsze wystąpiły na podeszwie (nieumiarowo), a następnie w okolicach kolanowych oraz na podudziach.

Na uwagę zasługuje umiejscowienie grzybicy w uwłosionej skórze głowy. Rzecz nie dotyczy jakości tych zmian, lecz ich przetrwania poza okres pokwitania. Pod tym względem spostrzeżenie nasze pozostaje w zupełnej zgodzie z danemi Mguebrowa. Nie mogliśmy jednak ustalić z pewnością, czy schorzenie skóry głowy poprzedziło wystąpienie grzybicy przestrzeni nieuwłosionych, czy też rzecz miała się przeciwnie. Wywiady wskazują na zdarzenie drugie, chora jest jednak niezwykle chwiejna w swych zeznaniach. Nie rozeznaje się ona zupełnie w położeniu rzeczy i nawet nie umie podać, kiedy rozpoczęły się zmiany paznokci. Najprostszem wydawałoby się przypuszczenie, że skóra głowy uległa w dziecięctwie zakażeniu grzybem fiołkowym, że paznokcie uległy wtórnie zmianie i że paznokciami zakażonemi chora zaszczepiła i zaszczepia sobie grzybicę w skórę nieuwłosioną. Mguebrow przemawia za takiem ujęciem zagadnienia patogenetycznego.

Że zakażenie grzybem strzygącym fiołkowym uwłosionej skóry głowy może przetrwać okres pokwitania, należy dziś uważać za fakt udowodniony. O zdarzeniach podobnych wspomina Sabouraud, Hudelo, Richon, Krzyształowicz, W. Borkowski, A. Wileńczyk i in. W spostrzeżeniach klinicystów rosyjskich wiek chorych wahał się pomiędzy 17-ym a 23-cim r. ż. W naszym przypadku mieliśmy do czynienia z osobnikiem 21-letnim. Na te dane Sabouraud kładzie nacisk szczególny w ostatniej pracy, dotyczącej grzybka strzygącego fiołkowego (1928 r.). W rozważaniach ogólnych omawia on jeszcze inne własności biologiczne i kliniczne tego grzybka a wreszcie dochodzi do wniosku, że grzybkowi fiołkowemu należy wyznaczyć stanowisko odrębne wśród pozostałych grzybic strzygących. To ujęcie odrębności Sabouraud już dziś posuwa tak daleko, że pragnąłby określić mianem *Erythrophytia* sprawy chorobowe, wywołane grzybkiem fiołkowym.

W przytoczonych uwagach patogenetycznych należałoby jeszcze uczynić zastrzeżenia, wynikające z faktu wyhodowania z krwi krążącej grzybka strzygącego fiołkowego. Hodowle zakładano kilka razy z zachowaniem wszystkich środków ostrożności, wyłączających źródło omyłki. Wyniki zawsze były jednakie i dodatnie. Jest to pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju. Mguebrow zaznacza bowiem wyraźnie, że w jego spostrzeżeniach posiewy krwi (4 przypadki) i soku tkankowego gruczołów chłonnych (1 przypadek) dały wyniki ujemne. (Niestety Mguebrow nie podaje, jakich używał pożywek). Obecnie wyłania się zatem pytanie, czy zmiany skóry naszego spostrzeżenia mogły powstać drogą obiegu krwi. Zagadnienie jest niezwykle drażliwe i z pewnością nie może być rozstrzygane na zasadzie spostrzeżenia samotnego. Zmiany lite skóry na przestrzeniach znacznych, przebieg przewlekły schorzenia oraz wykrywalność łatwa grzybków w łuskach widocznie nie przemawia na korzyść grzybiczaka strzygącego *(trichophytid)*. Dane te wskazują raczej na zakażenie z zewnątrz. Nie będziemy jednak dziś kusili się o rozstrzygnięcie tych zagadnień i nie będziemy omawiali szczegółowiej znaczenia patogenetycznego obecności grzybka fiołkowego w krwi. Sprawa jeszcze nie jest dojrzała dostatecznie. Wymaga ona dalszych spostrzeżeń klinicznych i prac doświadczalnych.

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Warszawa.

O niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia (endocarditis lenta).

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Dokończenie.

B) *Niedomoga nerkowa, wywołana przez rozlane zapalenie kłębuszkowe nerek, jako zejście powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia i przyczyna śmierci.*

Spostrzegaliśmy dwa takie przypadki. W obu objawy niedomogi nerkowej wystąpiły jako zejście końcowe powolnego złośliwego wsierdzia, i w obu niedomoga nerkowa, wśród objawów mocznicowych, doprowadziła do śmierci.

Przypadek 8. — Z. K., lat 31, zgłosił się na oddział dnia 19. VIII. 1928 r. ze skargami na duszność i bicie serca. Choruje od 2-ch miesięcy. Gorączkuje do 37,8°, odczuwa duszność wysiłkową, niedawno zjawiły się obrzęki stóp i kostek. Przed tygodniem wystąpił nagły, gwałtowny ból w okolicy dołka podkolanowego prawego. Od tego czasu utrzymuje się bolesność tej okolicy. W r. 1918 przechodził gościec stawowy.

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 37,6°. Bladość powłok skórnych. Obrzęki powiek. Paznokcie kolbowate. Tętno 110 na minutę, miarowe, chybkie. Objaw Duroziera dodatni. Ciśnienie krwi 123/55 mm rtęci. Tętno na *arter. dorsalis pedis dextra* niewyczuwalne. Oscylacje sfigmomanometru występują na prawej kończynie dolnej dopiero powyżej *art. poplitea*. Serce: uderzenie koniuszkowe w 5-tej przestrzeni międzyżebrowej, tuż nazewnątrz od linji sutkowej lewej; lewa granica serca na l. sutk. lewej, prawa na 1 palec nazewnątrz od linji mostkowej prawej; osłuchowo — nad wszystkiemi ujściami dwa szmery. Płuca — 0. Wątroba powiększona na 3 palce, bolesna. Śledziona: rąbek macalny z pod łuku żebrowego, twardy niebolesny. Wstrząs nerkowy obustronnie żywo bolesny.

Mocz: c. wł. 1016, białka 0,6‰ w osadzie do 20 leukocytów i 3—4 krwinki czerwone w każdem polu widzenia, 1 wałek szklisty, 3 wałki ziarniste na preparacie.

Badanie morfologiczne krwi: czerw. ciałek 3,100 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 60%, wskaźnik 0,97, białych ciałek 13.500 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 77%, limf. 15%, monoc. 6%, eozyn. 2%.

Mocznika w osoczu 0,80 g na litr, kwas moczowego 79 mg na litr, kreatyniny 28 mg na litr. Próba sucha: stężenie max. do 1016. Próba fenolsulfoftaleinowa: ślad wydalania barwnika po 20 minutach, w 1-szą godz. wydzielił 10%, w 2-gą 10%, łącznie 20%.

Przebieg kliniczny: chory leżał na oddziale przez dwa miesiące, gorączkował stale do 37,6°—37,8°. Stałe skargi na duszność samoistną. Diureza stale powyżej 1-go litra, o c. wł. 1014—1016. Białkomocz wahał się stale pomiędzy 0,5‰ i 0,8‰, w osadzie stale wałki ziarniste i liczne wyługowane krwinki. Od dnia 5. X. diureza zaczęła się stopniowo zmniejszać, dochodząc do 600—700 cm³ na dobę. 10. X. obrzęki twarzy zwiększyły się znacznie, wkrótce zjawiły się mdłości i wymioty. Wśród narastającej oligurji, która doszła pod koniec do 200—300 cm³ na dobę, dalej ustawicznych mdłości, wymiotów i hypotermji dnia 17. X. chory zmarł.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis lenta. Insuff. vv. aortae et v. mitralis. Dyscompensatio cordis. Glomerulo - nephritis haemorrhagica c. infarctis. Tumor lienis subacutus c. infarct. Embolia art. popliteae dextrae.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Połtorzycka) dnia 18. X. 1928 r.: *Thrombendocarditis vv. aortae c. insuff. et stenosi ostii arteriosi consecutiva. Hypertrophia excentrica cordis. Venostatis et infiltratio adiposa myocardii. Glomerulo - nephritis diffusa subacuta (?). Cicatrices post infarct. renum et lienis. Infiltratio adiposa hepatis. Induratio venostatica pulmonum et lienis. Catarrhus venostaticus tractus digestivi. Anasarca.*

Nerki: duże, zasinione. Rysunek kory zaciera się; w niej pasma sine i żółte. Powierzchnia gładka, w niej blizna pozawałowa. Kora szeroka. Nerki twarde i miernie kruche.

Badanie mikroskopowe nerek (Dr. Połtorzycka): Obraz mikroskopowy jest mniej więcej jednakowy w obu nerkach. Zmiany są naogół daleko posunięte o charakterze przewlekłym i wykazują nadzwyczajną rozmaitość pod względem umiejscowienia i stopnia nasilenia. Wielkość kłębków Malpighiego jest zmienna, przeważają jednak kłębki zmniejszone, znajdujące się w rozmaitych okresach marnienia aż do całkowitego zeszkliwienia włącznie. Mają one wtedy wygląd różowych okrągłych bryłek o zatartej zupełnie budowie. Nie można już tu rozróżnić torebek Bowmanna od pętli naczyniowych. W innych kłębkach zmiany zapalne kombinują się w sposób rozmaity, obejmując poczęści pętle naczyniowe, poczęści torebkę Bowmanna. Pętle kłębków zbrylają się, ujednostajniają; w niektórych kłębkach liczba jąder jest jeszcze dość znaczna, przeważnie jednak bardzo wyraźnie zmniejszona. Nierzadkie są obrazy rozplemu i nawarstwiania się nabłonka zewnetrznej ściany torebki Bowmanna do wewnątrz w postaci półksiężyców. W innych znowu kłębkach nabłonek, wyścielający torebkę Bowmanna ma wygląd zwykły, następuje natomiast zgrubienie torebki od zewnątrz. Kanaliki moczowe są nierównomiernie szerokie. Obok kanalików zwiędłych widzimy kanaliki porozszerzane o nabłonku spłaszczonym lub szereg kanalików odradzających się, wysłanych nabłonkiem z ciemno barwiącemi się jądrami. Nabłonki kanalików krętych ulegają w rozmaitym stopniu zmianom tłuszczowym i miąższowym. W świetle kanalików znajdują się nieraz wałki szkliste, złuszczone nabłonki, krwinki czerwone, białe ciałka krwi oraz ścięte białko. Tkanka śródmiąższowa jest bardzo obfita. Składa się ona z bogatej w komórki ziarniny oraz większych skupień limfocytów głównie dookoła kłębków oraz w pobliżu naczyń. Te ostatnie są bardzo znacznie porozszerzane i wypełniane krwią. Niektóre tętnice średniego kalibru mają ściany zgrubiałe.

Rozpoznanie: *Przewlekłe rozpierzchłe zapalenie kłębkowe nerek. Glomerulo-nephritis chronica diffusa.*

Przypadek powyższy powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia o trwaniu przeszło 4 miesięcznem jest wielce ciekawy. Na autopsji, obok zmian typowych dla tego schorzenia stwierdzono w nerkach obok blizny pozawałowej rozlane zmiany zapalne. Badanie histopatologiczne wykazało, że mieliśmy tu do czynienia z przewlekłem rozlanem zapaleniem nerek kłębuszkowem, a jak świadczyły o tem charakterystyczne „półksiężyce", była to postać do pewnego stopnia również ekstrakapillarna.

Za życia mieliśmy obraz ciężkiej niedomogi nerkowej na którą składały się objawy następujące: względna poliurja, następnie oligurja z izostenurją przy białkomoczu i obecności licznych czerwonych krwinek wyługowanych i wałków ziarnistych w osadzie moczowym; dalej złe stężanie przy próbie suchej i bardzo niedostateczne wydalanie fenol-sulfo-ftaleiny, obrzęki typu nerkowego i wreszcie azotemja. Po 4 miesięcznem trwaniu sprawy chorobowej rozwijać się tu zaczął stan mocznicowy, który wśród typowych objawów zatrucia moczowego doprowadził do zejścia śmiertelnego.

Przypadek 9. — T. Fr., lat 37, przybył na oddział dnia 31. I. 1928 r. Choruje od 5 tygodni. Choroba obecna zaczęła się od gwałtownego, nagłego bólu w lewej kostce, połączonego z obrzękiem i zaczerwienieniem tej okolicy. Od tego czasu gorączkuje, odczuwa bóle w okolicy serca. Od 3-ch tygodni stale bóle w lewej okolicy lędźwiowej i uporczywe bóle głowy.

Badanie przedmiotowe: Stan bezgorączkowy. Bladość powłok skórnych i błon śluzowych. Wybroczyny punkcikowate na lewej spojówce dolnej. Tętno 96, chybkie. Ciśnienie krwi 100/38 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe w linji sutkowej w 5-tej przestrzeni międzyżebrowej, lewa granica serca na lewej linji sutkowej prawa na prawej iinji mostkowej; wymiary serca: lewy 10 cm. prawy 3 cm. całkowity poprzeczny 13 cm.; osłuchowo — nad wszystkiemi ujściami 2 szmery. Płuca O. Wątroba na 2 palce, tkliwa. Śledziona na 2 palce, miękka, gładka. Wstrząs nerkowy obustronnie bolesny.

Mocz: c. wł. 1013, białka 0.8‰, w osadzie; 5—8 krwinek czerwonych wyługowanych w każdem polu widzenia, liczne wałki ziarniste i okrągłe komórki nerkowe. Badanie morfologiczne krwi: czerw. ciałek 2300 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 44%, wskaźnik 0.9, białych ciałek 9200 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 71%, limfocytów 24%, monoc. 3%, eozyn. 2%.

Próba na izostenurję: w ciągu całej doby c. wł. moczu utrzymuje się na poziomie 1012—1014. Próba sucha: stężenie max. do 1020. Próba wodna (z 1500 cm³): w ciągu 4-ch godzin wydzielił 165 cm³, rozcieńczenie max. do 1015. Próba fenol-sulfo-ftaleinowa: ślad wydalania barwika dopiero po 30 minutach; w ciągu 1-szej godz. wydzielił 7%, w ciągu 2-ej 5%. łącznie 12%. Stała Ambarda 0,14. Dno oczne (Dr. Szwarc) wybitna bladość obu tarcz, silne zwężenie obu tętnic. Mocznika w osoczu (20. I.) 0,40 g na litr, kwasu moczowego 62 mg na litr kreanityny 41 mg na litr.

Przebieg kliniczny: Chory leżał na oddziale 3 tygodnie. Stan na ogół bezgorączkowy, co kilka dni obostrzenia ciepłoty do 37.4° 37.6°. Diureza stale około litra o c. wł. moczu 1012—1014; w moczu stała obecność białka w ilości od 0.8‰ do 1.1‰ w osadzie liczne wyługowane krwinki i wałki ziarniste. Od dnia 1. II. diureza opadła do 500—600 cm³ na dobę. Dnia 30. I. uporczywe krwawienie z nosa. Dnia 5. II. stan chorego nagle się pogorszył, wystąpiło odurzenie, niepokój, chory zaczął wymiotować. Wkrótce niepokój przeszedł w senność, a nazajutrz dnia 6. II. chory stracił przytomność. Wymioty się nasiliły, oddech przybrał charakter „oddechu gonionego zwierza".

Mocznika w osoczu, określonego ponownie dnia tego, 1.20 gr. na litr, kwasu moczowego 137 mgr. na litr, kreatyniny 52 mgr. na litr, zasób zasad osocza (met. V. Slykea) 26,0 obj. CO_2. Dnia tego chory, nie odzyskawszy przytomności, zmarł.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis lenta. Insuff. vv. aortae. Glomerulo-nephritis diffusa et embolica. Embolia ad epiphys. malleoli dextr.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Siedlecka) dnia 8. II. 1928 r.: *Endocarditis ulcerosa vv. aortae et verruc. v. mitralis. Hypertrophia excentrica cordis totius praecique sinistri. Infiltratio adiposa et cicatrisatio myocardi. Glomerulo-nephritis chronica diffusa. Cicatrices post infarct. renum et lienis. Hepar moschatum. Induratio fusca pulmonum. Tumor lienis venostaticus.*

Nerki małe, torebka schodzi, zabierając nieco miąższu. Powierzchnia ziarnista, nieco żółtawa; na przekroju budowa niewyraźna, miejscami rysunek zatarty. W korze widać szarawe i żółtawe ogniska. Kora wąska, spoistość nerki duża. W lewej nerce blizna pozawałowa.

W przypadku tym autopsja potwierdziła rozpoznanie kliniczne powolnego złośliwego zapalania wsierdzia. W nerkach obok blizny pozawałowej stwierdzono typowy obraz przewlekłego rozlanego kłębkowego zapalenia nerek, (małą ziarnistą nerkę). Jest to ciekawe, jeśli uwzględnić zwłaszcza, że od ujawnienia się klinicznego zapalenia wsierdzia nie minęło jeszcze nawet 2-ch miesięcy. Za życia u chorego tego istniały liczne objawy niedomogi nerkowej, które pozwoliły ustalić rozpoznanie rozlanego zapalenia nerek. Poliurja, później oligurja z izostenurją, przy białkomoczu i obecności krwinek czerwonych, wałków ziarnistych i komórek nerkowych w osadzie, dalej wyniki prób czynnościowych, a mianowicie niedostate-

czne stężanie przy próbie suchej, złe wydzielanie wody i rozcieńczanie przy próbie wodnej, znikome wydzielanie barwika przy próbie fenol-sulfo-ftaleinowej i wysoka stała Ambarda, dalej podniesienie poziomu kreatyniny (przy niepodniesionym co prawda poziomie mocznika), wreszcie objawy kliniczne takie, jak silne zwężenie tętnic na dnie ocznem i stałe bóle głowy — wszystko to świadczyło o istnieniu znacznej niedomogi nerkowej, której podłożem anatomicznem musiał być rozlany proces zapalny w nerkach. Fatalne zejście tej sprawy nie dało długo na siebie czekać. Po 3-ch tygodniach pobytu szpitalnego, mimo diety, podawania środków moczopędnych i t. d. wystąpił pełny obraz mocznicy (wybitna oligurja, niepokój, potem odurzenie i senność, dalej mdłości, wymioty, biegunka, typowy oddech kwasicowy, wreszcie śpiączka) i wśród tych objawów w ciągu 2-ch dni chory zmarł. Badanie krwi wykonane w dzień śmierci wykazało pełny obraz kwasicy mocznicowej.

Powyższe oba przypadki zastanawiają swoim przebiegiem. W obu istniały za życia objawy niedomogi nerkowej. Niedomoga ta, wikłając pierwotny obraz sprawy chorobowej, stale się nasilała, aż wreszcie, prowadząc do pełnego obrazu zatrucia moczowego stała się przyczyną zejścia śmiertelnego. Podłożem anatomicznem obu tych przypadków było przewlekłe zapalenie kłębuszkowe nerek. Prócz zmian zapalnych rozlanych w obu tych przypadkach stwierdzono blizny pozawałowe, tak charakterystyczne dla procesów zatorowych w powolnem złośliwem zapaleniu wsierdzia.

W obu tych przypadkach niedomoga nerkowa wysunęła się na plan pierwszy dopiero pod koniec trwania pierwotnej sprawy zapalnej na wsierdziu.

Przypadki podobne znane są dopiero w piśmiennictwie od niedawna. W piśmiennictwie klinicznem opisano dotychczas dopiero 9 przypadków rozlanego zapalenia nerek w przebiegu *endocarditis lenta*, powodującego niedomogę nerkową i zejście śmiertelne wśród objawów moczniczych; a mianowicie w Niemczech 3 przypadki opisane zostały przez Nonenbrucha[16]) (z tego 1-go nie potwierdzono autopsyjnie), we Francji 2 przypadki przez Pujola[17]), 1 przypadek przez Bonnamoura i Delorea[18]), 1 przypadek przez Caussadea i Foucarta[19]) i 1 przypadek w tezie Auperina[20]); w Ameryce 1 przypadek podobny opisany został przez Libmanna i Sacksa[21]). Nasze oba przypadki, potwierdzone autopsyjnie, są zupełnie jednolite i przekonywujące.

C) Utajona postać powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia z pozornie samoistną, pierwotną niedomogą nerkową, będącą bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego.

We wszystkich poprzednich przypadkach mieliśmy do czynienia z ujawnionem klinicznie powolnem złośliwem zapaleniem wsierdzia, gdzie objawy niedomogi nerkowej uzależnić można było od pierwotnego zasadniczego schorzenia zastawkowego. Istnieją jednak jeszcze postaci pozornie samoistnej, pierwotnej niedomogi nerkowej, w których dopiero na autopsji stwierdza się proces zapalny na wsierdziu, klinicznie zupełnie utajony. Są to te postaci *endocarditis lentae*, które autorzy francuscy nazywają *„des véritables formes rénales d'endocardite lente"*, a które do tego stopnia maskują pierwotny proces zastawkowy, że uchodzą za samoistne rozlane zapalenie lub marskość zanikową nerek.

Przypadków pewnych ogłoszono dotychczas w piśmiennictwie klinicznem 5[22]) a mianowicie: 1 przyp. Morawitza[9]) 1 przyp. Curschmanna[22]), 1 przypadek Auperina[19]), dalej 1 przypadek autorów ljońskich Devica i Dechaume[23]) i wreszcie 1 przyp. ogłoszony ostatnio przez Lenoirea, Baizea, i Boquiena.

Przypadek podobny spostrzegaliśmy na oddziale naszym w roku zeszłym.

Przypadek 10. — Chory S.S., lat 61 przybył na oddział dnia 14. VIII 1928 r. Choruje od 7-miu miesięcy. Choroba zaczęła się stopniowo od osłabienia ogólnego i duszności wysiłkowej. Mocz od początku choroby przybrał podobno barwę popłuczyn mięsnych. Wkrótce zjawiły się obrzęki twarzy i stóp. Od 2-ch miesięcy objawy powyższe się nasiliły. Stale leży w łóżku. Leczony był podobno „na nerki".

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 35.6°. Bladość powłok skórnych. Twarz nalana. Obrzęki blade stóp i podudzi. Tętno 72 sł. napięte. Ciśnienie krwi 128/70 mm. rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe w 6-ej przestrzeni międzyżebrowej, w linji sutkowej lewej; lewa granica serca na lewej linji sutk. prawa na 1 palec nazewnątrz od prawej linji mostk. wymiary serca: lewy 10 cm. prawy 5 cm. poprzeczny całkowity 15 cm. Przy koniuszku 1-y szmer, 2-gi ton, nad tętn. płucną 2-gi ton akcentowany, nad tętn. główną 1-y szmer, 2-gi ton, nad tętn. szyjnemi 1-y szmer, 2-gi ton. Płuca: opuk jawny granice prawidłowe, akcentowany w dole obu płuc liczne rzężenia wilgotne. Wątroba na 4 palce. Śledziona od 8-go ż., macalna na 3 palce, miękka.

Mocz: c. wł. 1012, białka 1.2‰; w osadzie: każde pole widzenia usiane wyługowanemi krwinkami czerwonemi, wałeczki ziarniste co 3—4 pola widzenia. Badanie morfologiczne krwi: czerw. ciałek 3100 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 42%, wskaźnik 0.68, białych ciałek 7300 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 63%, limf. 30%, monoc. i przejść. 7%, eozyn. 0%.

Próba na izostenurję: c. wł. moczu przez całą dobę znajduje się na poziomie 1012—1011. Mocznika w osoczu 2.64 gr. na litr, kwasu moczowego 88 mgr. na litr; azotu niebiałkowego 1.80 gr. na litr.

Przebieg kliniczny: chory leżał w szpitalu przez 6 dni. Ciepłota stale niżej 36.0°. Diureza początkowo wynosiła od 300 do 500 cm³ na dobę, przez ostatnie 2 dni opadła do 100 cm³ na dobę. Mocznik w osoczu, określony powtórnie 2.60 gr. na litr. Wśród objawów mocznicowych (odurzenie, senność, wymioty uporczywe) chory dnia 20. VIII. zmarł.

Rozpoznanie kliniczne: *Glomerulo-nephritis haemorrhagica chronica c. nephrocirrhosi. Hypertrophia et dilatatio cordis. Atheromatosis aortae. Insuff. v. mitralis relativa.*

Rozpoznanie sekcyjne: *Glomerulo-nephritis subchronica. Endocarditis verruc. vv. aortae c. stenosi ostii arteriosi sinistri. Endocarditis verr. v. bicuspidalis minoris gradus. Hypertrophia excentrica cordis totius, praecipue sinistri. Oedema pulmonum. Induratio venostatica hepatis et lienis. Tumor lienis subacutus. Perisplenitis cartillaginea. Anaemia organorum. Ascites et hydrothorax sinister parvi gradu. Anasarca.*

Nerki: średniej wielkości. Torebka łącznotkankowa schodzi, zabierając nieco miąższu. Powierzchnia gładka, szaro żółta, miejscami centkowana czerwono. Nerki średniej spoistości. Na przekroju kora szaro-żółta, miejscami widoczne szare i czerwone nakrapianie kory. Piramidy sino-czerwone, niewyraźnie odcinają się od kory. Budowa pręcikowa kory zupełnie zatarta.

W przypadku tym na plan pierwszy wysuwały się od początku objawy niedomogi nerkowej. Oligurja z izostenurją, białkomocz, wielki krwiomocz i cylindrurja, wybitna azotemja, obrzęki typu nerkowego — wszystkie powyższe objawy składały się na obraz marskości zanikowej nerek, w jej okresie końcowym, w okresie zupełnej niewydolności nerkowej. I rzeczywiście po tygodniowym pobycie w szpitalu chory zmarł wśród typowych objawów mocznicy. Zmiany, które za życia stwierdzono ze strony serca (szmer skurczowy nad tętn. główną, przy zachowanym 2-gim tonie, oraz szmer skurczowy przy koniuszku), ze względu na wiek chorego i brak objawów, świadczących o czynnej sprawie zapalnej na wsierdziu — rozpoznano jako rozszerzenie miażdżycowe aorty i jako niedomykalność względną zast. dwudzielnej, wywołaną rozszerzeniem lewej komory serca. Objawów, świadczących o czynnej sprawie zapalnej na wsierdziu nie było. Nie było tu ani podniesienia ciepłoty, ani leukocytozy, ani objawów skórnych. Niedokrwistość, która tu istniała, tłomaczyć należało niedokrewnością, która istnieje z reguły w stanach mocznicowych, a powiększenie śledziony odnieść można było do zmian zastoinowych.

Dopiero autopsja wykazała, po za rozlanem zapaleniem nerek, wyrośla świeże brodawkowate na zastawkach tętn. głównej, powodujące ich zwężenie, dalej takież wyrośla, mniej obfite na zast. dwudzielnej oraz podostre obrzmienie śledziony *(tumor lienis subacutus)*. Przypuszczenie, że mieliśmy tu do czynienia z pierwotną marskością zanikową nerek, na które się nawarstwiło jako epilog zapalenie wsierdzia jest mało prawdopodobne. Raczej myśleć należy, że było to powolne złośliwe zapalenie wsierdzia o objawach b. dyskretnych, przebiegające tak, jak w przypadkach podanych wyżej, z rozlanem kłębkowem zapaleniem nerek. Brak

---

[16]) Nonnenbruch, l. c.

[17]) Pujol, cyt. Lenoire et Baize.

[18]) Bonnamour i Delore: Soc. Méd. Hop. Lyon 6 mars 1924 r.

[19]) Caussade i Foucart: Buil. te Mem. Soc. Méd. Paris, 29 avril 1921.

[20]) Auperin: Thèse de Paris 1926.

[21]) Libmann a. Sacks: cyt. Lenoire et Baize.

[22]) cyt. wg. Lenoirea i Baizea: Presse medicale. Nr. 78, 1928 r.

[23]) Curschmann: Münch. Klin. Woch. Nr. 12, 1922.

[24]) Devic et Déchaume: Journ. Med. Lyon, 20 Avril 1922.

stanów gorączkowych w czasie obserwacji tłómaczy się hypotermją, wywołaną przez azotemję. Za przyjęciem pierwotnej sprawy na wsierdziu przemawia typ od początku krwotoczny zapalenia nerek, tak jak to ma miejsce i w innych schorzeniach paciorkowcowych.

Przypadki podane w piśmiennictwie są wielce podobne. Tak np. w przypadku opisanym przez Lenoirea i Baizea, poza objawami krwotocznego zapalenia nerek, nie było żadnych danych klinicznych, świadczących o powolnem złośliweṁ zapaleniu wsierdzia, a podwójny szmer aortalny, który u chorego tego istniał, przypisywano zmianom kiłowym tętnicy głównej. Chory ten zmarł wśród objawów moczniczych, a na autopsji stwierdzono wyrośle brodawkowate na zastawkach aorty.

Podobnie sprawa się miała w przypadku, ogłoszonym przez Auperina, gdzie również rozpoznania klinicznego ustalić nie można było. Wreszcie w przypadku Devica i Déchaumea, gdzie za życia nie stwierdzono żadnych objawów wysłuchowych ze strony serca, a chory zmarł wśród objawów mocznicowych, autopsja wykazała istnienie *endocarditis parietalis*.

Sprawa tych utajonych, wzgl. znajdujących się w okresie remisji, postaci *endocarditis lenta*, przebiegających pod postacią przewlekłego zapalenia nerek, nabiera ostatnio coraz większego znaczenia. Libmann [25]), autor amerykański, przypuszcza, że istnieje szereg przypadków pozornie pierwotnej niedomogi nerkowej, która, gdyby ją sprawdzano zawsze autopsyjnie, okazałaby się „postacią nerkową“ utajonego zapalenia wsierdzia. Curschmann idzie jeszcze dalej. Sądzi on, że powolne złośliwe zapalenie wsierdzia z następowem przewlekłem zapaleniem nerek jest podłożem anatomicznem szeregu przypadków niedomykalności zast. tętn. głównej, przebiegającej z przewlekłem zapaleniem nerek, a które uchodzą za *nephro - aortitis luetica*. Rozpoznanie różniczkowe tych obu schorzeń jest jeszcze i z tego względu trudne, że dodatni odczyn Wassermanna nie przemawia tu bezwzględnie na korzyść procesu kiłowego. Jak to przed paroma laty podali Landau i Held [26]), dodatni odczyn Wassermanna zjawia się również i w przebiegu *endocarditis lenta* (mniej więcej w 20% tych przypadków). Podobnie i wśród naszego obecnego materjału obejmującego 12 przypadków *endocarditidis lentae*, przebiegających z niedomogą nerkową, w 4-ch przypadkach stwierdzono dodatni lub słabo dodatni odczyn Wassermanna. W jednym z nich (przyp. Nr. 12) chory przechodził kiłę, w pozostałych jednak trzech przypadkach (Nr. 3, 5 i 8), przebiegających pod postacią niedomykalności zastawek aorty i w których na autopsji nie stwierdzono żadnych objawów kiły trzewnej, odczyn Wassermanna zarówno jak i odczyn Sachs-Georgiego za życia był dodatni (w 2-ch przypadkach słabo dodatni, w jednym zaś ++). Dodatni więc odczyn Wassermanna, który występuje w poszczególnych przypadkach powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, bez zmian kiłowych w narządach wewnętrznych, nie może być sam przez się momentem różniczkowo-rozpoznawczym dla różnicowania między *nephro - aortitis luetica* a postacią nerkową powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, przebiegającego z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej.

Pozatem Curschmann przypuszcza, że niedomoga sercowo - nerkowa, będąca często ostatnim etapem zastarzałych wad sercowych, w szeregu przypadków nie zależy od zastoju nerkowego, ale że jest utajoną postacią nierozpoznanego klinicznie utajonego powolnego zapalenia wsierdzia, przebiegającego z rozlanem przewlekłem zapaleniem kłębuszkowem nerek. Przypadek podany wyżej mógłby przemawiać na rzecz poglądów Curschmanna, sprawa ta jednak nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona i wymaga dalszych badań.

Nerka zastoinowa, jako przyczyna niedomogi nerkowej.

Istnieje wreszcie jeszcze jedna postać niedomogi nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. Jest to zespół niewydolności nerkowej, zależny od zmian zastoinowych w miąższu nerkowym. Dwa przypadki, które tu podajemy, są ilustracją tej postaci niedomogi nerkowej.

Przypadek 11. — M. O., lat 57, przybył na oddział dnia 11. VIII. 1928 r. Choruje od 8-iu miesięcy. Duszność wysiłkowa, osłabienie ogólne, stany podgorączkowe. Ostatnio zaczął oddawać mało moczu, zjawiły się obrzęki stóp.

Badanie przedmiotowe: Stan bezgorączkowy. Chory wybitnie apatyczny, senny. Obrzęki stóp, kostek i podudzi. Na łukach podniebiennych kilka drobnych wybroczyn z białemi plamkami w środku. Tętno 100 na min., miarowe. Ciśnienie krwi 100/60 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe tuż na zewnątrz od linji sutk. lewej, w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej; lewa granica serca tuż nazewnątrz od l. sutk. lewej, prawa 1/2 palca nazewnątrz od l. mostk. prawej; przy koniuszku szmer skurczowy, nad tętn. główną szorstki, piłujący szmer, przenoszący się do tętnic szyjowych, II-gi ton niesłyszalny. Płuca: 0. Wątroba na 4 palce, twarda. Śledziona na 1 palec, twarda, tkliwa.

Mocz: c. wł. 1016, białka 0,45‰, w osadzie: 20 — 30 krwinek wyługowanych w polu widzenia. Leukocytoza: białych ciałek 8 tys. w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 83%, limf. 15%, monoc. 2%, eozyn 0%.

Przebieg kliniczny: Chory leżał na oddziale 3 tygodnie. Ciepłota naogół prawidłowa, co kilka dni wzniesienia do 37,4° — 37,7°. Diureza przez cały czas skąpa (600 — 800 cm³ moczu na dobę), przy ciężarze właściwym od 1016 do 1020 i białkomoczu od 0,6‰ do 1,2‰. Po tygodniu zjawił się płyn wolny w jamie brzusznej. Nakłucie próbne wykazało obecność płynu przesiękowego (c. wł. 1005, białka 1,2%, Rivalta ujemny, w osadzie wyłącznie komórki śródbłonkowe i limfocyty).

Dnia 28. VIII. chory zaczął wymiotować. Po kilku godzinach stracił przytomność i zaczął oddawać mocz pod siebie. Mocznik w osoczu, badany dnia tego wykazał liczbę 2,8 g na litr. Od dnia tego chory przytomności nie odzyskał, wymioty nasiliły się znacznie, ciepłota opadła do 35,5° — 35,4°.

Dnia 30. VIII. zjawiła się czkawka. Ponowne określenie azotemji wykazało: mocznika w osoczu 2,8 g na litr, kwasu moczowego 105 mg na litr. Nie odzyskawszy przytomności, wśród ustawicznych wymiotów i nieustępującej czkawki dnia 1. IX. chory zmarł.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis subacuta verrucosa(et ulcerosa). Stenosis vv. sem. aortae (et insuff. v. mitralis). Glomerulo - nephritis haemorrhagica diffusa c. induratione renum. Dyscompensatio cordis. Ascites.*

Rozpoznanie sekcyjne (Dr. Połtorzycka) dnia 3. IX. 1928 r.: *Endocarditis chronica fibrosa exacerbans v. mitralis. End. ulcerosa chronica vv. sem. aortae. Stenosis ostii arteriosi sinistri consecutiva. Insuff. v. bicuspidalis. Hypertrophia excentrica cordis. Myofibromatosis maioris gradus cordis totius. Haemorrhagiae punctate myocardii subpericardiales, mucosae ventriculi et intestinorum, vesicae urinariae, renum, tracheae et linguae. Venostasis organorum. Cirrhosis hepatis cardiaca. Oedema pulmonum. Anasarca.*

Nerki powiększone; torebka schodzi łatwo, powierzchnia gładka, zabarwienie powierzchni i przekroju wybitnie sine; liczne punkcikowate i nieco większe wybroczyny w korze; takież wybroczynki w błonie śluzowej miedniczek.

Przypadek ten zasługuje na baczną uwagę. Klinicznie mieliśmy tu do czynienia z powolnem złośliwem zapaleniem wsierdzia. Pod koniec życia zjawiły się wybitne objawy niedomogi nerkowej, a zejście śmiertelne nastąpiło wśród typowych objawów mocznicowych. Co było podłożem anatomicznem mocznicy za życia trudno było rozstrzygnąć. Prób czynnościowych ze względu na stan chorego nie można było wykonać. Wobec tego, że u chorego stwierdzano stale białkomocz i wielki krwiomocz, i ze względu na długotrwałą sprawę zapalną na wsierdziu, przypuszczać można tu było przewlekłe krwotoczne zapalenie nerek. Jednakże nie było tu ani cylindrurji, ani izostenurji, ani nadciśnienia tętniczego, ani wreszcie obrzęków typu nerkowego. Natomiast na plan pierwszy wysuwały się ogólne objawy zastoinowe (obrzęki typu sercowego, wątroba zastoinowa, płyn przesiękowy w jamie brzusznej i oligurja z względnie wysokim ciężarem właściwym moczu).

Na autopsji stwierdzono przewlekłe wrzodziejące zapalenie wsierdzia obostrzone na zastawce dwudzielnej i ogólny zastój we wszystkich narządach ustroju. W nerkach stwierdzono również zmiany zastoinowe, bez zmian typowych dla przewlekłego rozlanego ich zapalenia (duża sina nerka). Prócz tego w nerkach, podobnie jak i na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, tchawicy, pęcherza, miedniczek nerkowych i języka — stwierdzono liczne punkcikowate i nieco większe wybroczyny, znajdujące się oczywiście w związku z ogólną endotheliozą, która w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia nieraz się zdarza.

Tak więc w przypadku tym podłożem anatomicznem mocznicy, która była bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego, były zmiany nie zapalne, lecz zastoinowe w nerkach. Była to jednem słowem ta postać mocznicy, którą Merklen nazywa *„urémie asystolique“*, a którą Gallavardin opisuje pod nazwą *„forme cardioplégique de l'insuffisance rénale“*. Jest to niedomoga nerkowa wtórna, pochodzenia sercowego, zależna wyłącznie od zmian zastoinowych. Pisał o tem już i dawniej Chauffard. Dwa przy-

[25]) Libmann, l. c.

[26]) Landau i Held: Med. Dośw. i Społ., t. II., 1925.

padki podobne niedomogi nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia zależnej od zastoju w krążeniu opisują ostatnio w piśmiennictwie francuskiem Fontanel, Devic i Durand[27]) oraz Sautereau[18]). Śmierć nastąpiła tam również wśród objawów mocznicowych, a na autopsji stwierdzono wyłącznie objawy zastoinowe w nerkach.

W przypadku naszym niedomoga nerkowa zależała z jednej strony zapewne od zmian zastoinowych, z drugiej jednak strony również chyba i od licznych wylewów krwawych w miąższu nerkowym, które oczywiście redukują znacznie sprawność czynnościową nerek. Przypadek drugi jest nieco inny.

Przypadek 12. — J. Zn., lat 57, przybył na oddział dnia 25. VIII. 1928 r. Kilkanaście lat temu zakażenie kiłowe. Od roku odczuwa duszność i osłabienie ogólne. Od 6-ciu tygodni zaczął gorączkować, duszność się zwiększyła, zjawiło się kłucie w okolicy serca i obrzęki stóp.

Badanie przedmiotowe: Ciepłota 37,8°. Obrzęki powiek, twarzy i kostek. Tętno 100 na min., chybkie. Ciśnienie krwi: 165/18 mm rtęci. Serce: uderzenie koniuszkowe w 6-tej przestrzeni międzyżebrowej, na 1 przeszło palec na zewnątrz od lewej linji sutkowej; lewa granica serca na 1 palec na zewnątrz od lewej l. sutk., prawa na 2 palce na zewnątrz od prawej l. mostkowej przy koniuszku 2 szmery, nasilające się w kierunku mostka; u podstawy i w tętnicach szyjowych 2 szmery. Płuca: w dole obu płuc z tyłu, na przestrzeni 3-ch poprzecznych palców tępość z osłabieniem drżenia piersiowego i zniesieniem oddechu. Nakłucie próbne wykazało obecność przesiękowego (c. wł. 1006, białka 0,8%, Rivalta ujemny). Wątroba na 4 palce. Śledziona na 2 palce, miękka. Wolny płyn w jamie otrzewnej. Nakłucie próbne wykazało obecność płynu przesiękowego (c. wł. 1003, białka 0,3%. Rivalta ujemny, komórki śródbłonkowe i limfocyty w osadzie).

Mocz: c. wł. 1020, białka 0,5‰ w osadzie: 1—2 krwinki wyługowane czerwone w każdem polu widzenia. Badanie morfologiczne krwi: czerw. ciałek 4000 tys. w 1 mm³, hemoglobiny 76%, wskaźnik 0,9, białych ciałek 8400 w 1 mm³ o wzorze następującym: neutr. 80%, limf. 19%, monoc. 1%, eozyn. 0%.

Mocznika w osoczu 1,60 g na litr, kwasu moczowego 76 mg na litr.

Przebieg kliniczny: Chory leżał w szpitalu przez 2 miesiące, gorączkując stale do 37,4°. Diureza początkowo około 300—400 cm³ moczu na dobę. Pod wpływem zastrzykiwań ouabainy i koffeiny diureza przekroczyła wkrótce 1 litr dziennie, chory stracił 11 kilo, obrzęki ustąpiły. Jednocześnie białko i krwinki czerwone zniknęły z moczu, ciśnienie opadło z początkowej liczby 165 mm na 110 mm rtęci, a poziom mocznika opadł z wartości początkowej 1,6 g na 0,7 g na litr. Chory został na własne żądanie wypisany dnia 23. X. 1928 r.

Rozpoznanie kliniczne: *Endocarditis subacuta maligna ad vv. sem. aortae. Insuff. vv. sem. aortae c. dilatatione aortae diffusa luetica. Insuff. v. mitralis relativa. Myodegeneratio et dyscompensatio cordis. Hepar moschatum. Tumor lienis subacutus. Venostasis renum. Ascites. Hydrothorax ambilateralis.*

Był to chory z kiłowem zapaleniem tętnicy głównej, na które, jak to wynikało z całokształtu klinicznego obrazu nawarstwiło się powolne zapalenie wsierdzia. Współistnienie tych dwu spraw jest jak wiadomo, wcale nierzadkie. Chory przybył na oddział w stanie wybitnej niedomogi sercowej (zastoje, obrzęki, przesięki i t. d.). Co było przyczyną tej niedomogi sercowej, w jakim stopniu zależna ona była od zmian kiłowych mięśnia sercowego, a w jakim stopniu od nawarstwienia zakaźnego, oczywiście rozstrzygnąć nie było można. Prócz objawów niedomogi sercowej i zmian, świadczących o czynnej sprawie zapalnej na wsierdziu, u chorego tego stwierdzono objawy daleko posuniętej niedomogi nerkowej (wysoka azotemja, podniesienie ciśnienia). Co było przyczyną tego zespołu? W moczu stwierdzono wyłącznie objawy, świadczące o zastoju nerkowym. Rozstrzygającym dla oceny przyczyny tej niedomogi nerkowej okazał się dalszy przebieg kliniczny tej sprawy. Z chwilą wyrównania niedomogi sercowej diureza wzmogła się znacznie, z moczu znikły elementy patologiczne, obrzęki ustąpiły, ciśnienie powróciło do normy, a azotemja obniżyła się z liczby 1,6 g mocznika na litr, na 0,7.

Świadczyło to o tem, że mieliśmy tu do czynienia, jak i w przypadku poprzednim, z niedomogą nerkową wtórną pochodzenia sercowego, a zależną od zastoju w nerkach. Czy prócz tego nie istniało tu jeszcze swoiste uszkodzenie miąższu nerkowego przez czynnik kiłowy, jeśli zważyć na to, że poziom mocznika, obniżywszy się znacznie, nie powrócił jednak całkowicie do normy — rozstrzygnąć oczywiście nie możemy. W każdym jednak razie niedomoga nerkowa, która tu istniała, zależała w dużym stopniu od zastoju krążenia. Przypadki podobne rozpoznać można klinicznie jedynie z przebiegu sprawy chorobowej, z ustępowania objawów niewydolności nerkowej pod wpływem leczenia, skierowanego wyłącznie na narząd krążenia, i z cofania się ich w miarę wyrównania niedomogi sercowej.

Uwagi ogólne o niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia.

Przytoczone wyżej 12 przypadków świadczą o tem, że prócz klasycznych postaci powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia istnieją wcale nierzadkie przypadki *endocarditidis lentae,* przebiegające z niedomogą nerkową.

Jeśli idzie o zespoły nerkowe w przebiegu tego cierpienia, to odróżnić tu należy przedewszystkiem dwie zasadnicze kliniczne postaci powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia:

1) *endocarditis lenta* z wydolnością nerkową,

2) *endocarditis lenta* z niedomogą nerkową.

Pierwsza grupa jest to postać klasyczna powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. Zmiany nerkowe anatomo-patologiczne sprowadzają się tu bądź do ogniskowego, zatorowego zapalenia nerek, bądź do pojedyńczych lub mnogich, mniejszych lub większych zawałów. Względnie często przyłączają się tu wreszcie zmiany zastoinowe. Klinicznie grupa ta cechuje się, jak to już o tem była mowa na wstępie, krwiomoczem i nieznacznym białkomoczem. Sprawność czynnościowa nerek jest tu zupełnie zachowana, azotemja znajduje się na poziomie normalnym, brak tu obrzęków nerkowych, ciśnienie tętnicze jest niepodniesione.

Druga grupa — obejmuje przypadki powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, przytoczone tutaj, przebiegające z niedomogą nerkową. Podłoże anatomo-patologiczne niewydolności nerkowej może być następujące:

1) Przewlekłe ogniskowe zapalenie nerek *(glomerulo-nephritis dispersa chronica).*

2) Podostre rozlane zapalenie kłębkowe nerek *(glomerulo-nephritis subacuta diffusa).*

3) Przewlekłe rozlane zapalenie kłębkowe nerek *(glomerulo-nephritis chronica diffusa).*

4) Nerka zastoinowa względnie stwardnienie zastoinowe nerek *(venostasis* względnie *induratio cyanotica renum).*

Klinicznie odróżnić tu można (za autorami francuskimi: Deschampsem, Auperinem, Lénoirem i Baizem) — 3 typy niedomogi nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia:

1) Niedomoga nerkowa, pojawiająca się w przebiegu *endocarditidis lentae,* nie będąca jednak przyczyną zejścia śmiertelnego. Śmierć następuje wskutek niedomogi sercowej bądź powikłań zatorowych. Jest to postać najczęstsza niedomogi. Należą do niej przypadki, podane tutaj, oznaczone Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12.

2) Niedomoga nerkowa postępująca, która prowadzi do zejścia śmiertelnego. Postać mniej częsta. Należą do niej przypadki nasze oznaczone Nr. 8, 9, 11.

3) Niedomoga nerkowa pozornie pierwotna samoistna przysłaniająca utajone powolne złośliwe zapalenie wsierdzia. Postać najrzadsza (przypadek Nr. 10).

Podłożem anatomicznem grupy 1-ej jest, jak to wynika z naszych spostrzeżeń, najczęśniej podostre rozlane zapalenie kłębkowe nerek (przyp. Nr. 2, 3, 4), rzadziej przewlekłe rozlane (przyp. Nr. 5) lub przewlekłe ogniskowe zapalenie nerek (przyp. Nr. 1), wreszcie czasem zmiany zastoinowe w nerkach (przyp. Nr. 12).

Podłożem anatomicznem 2-iej grupy jest najczęściej przewlekłe rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek (przyp. Nr. 8, 9), względnie wybitne zmiany zastoinowe (przy Nr. 11).

Kliniczne objawy niedomogi nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia nie różnią się naogół od zwykłego obrazu niewydolności nerkowej w samoistnem rozlanem kłębuszkowem zapaleniu lub marskości zanikowej nerek. Poliurja lub oligurja z izostenurją, mniejszy lub większy białkomocz i krwiomocz, obecność elementów nerkowych w osadzie moczowym, obrzęki, podniesienie ciśnienia tętniczego, azotemja, zwiększenie stałej Ambarda, zaburzenia w rozcieńczaniu i stężaniu (przy próbie wodnej i suchej), upośledzenie wydalania wody i fenolsulfoftaleiny, dalej takie objawy kliniczne jak bóle głowy, mdłości, wymioty, biegunki i t. d. — wszystkie powyższe objawy w ramach ogólnego obrazu klinicznego świadczą o niedomodze nerkowej. Różnicowanie kliniczne poszczególnych postaci anatomicznych zmian nerkowych w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia odbywać się winno w myśl ogólnych zasad rozpoznawa-

---

[27]) cyt. Thèse Auperin, Paris 1926.

nia chorób nerkowych. Jednakże z pewnych względów jest ono tu nieraz utrudnione. Wynika to z tego, że obok zmian rozlanych istnieją tu bardzo często zmiany zatorowe, dalej z tego, że oba te rodzaje zmian kojarzą się względnie często z procesem zastoinowym w nerkach, co utrudnia wielce odczytanie wyniku prób czynnościowych. Poza tem niektóre objawy niedomogi nerkowej przysłania tu pierwotna sprawa zapalna na wsierdziu. Tak np. podniesienie ciśnienia tętniczego, objaw tak ważny dla rozpoznania zapalenia rozlanego lub marskości zanikowej nerek, spotyka się tu rzadko. Wynika to z tego, że niedomoga sercowa, wywołana sprawą zapalną na wsierdziu przeciwdziała temu i nie jest wstanie utrzymać ciśnienia tętniczego na wysokim poziomie. To samo powiedzieć można o objawach takich, jak obrzęki pochodzenia nerkowego, które zostają tu przysłonięte nieraz przez obrzęki pochodzenia sercowego. Wszystkie te czynniki utrudniają wielce rozpoznanie niedomogi nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia.

Jeśli idzie o patogenezę rozlanych zmian zapalnych nerkowych to sądzić należy że sprawa ta ma się tu podobnie jak i w innych schorzeniach paciorkowcowych. Nie wiadomo ostatecznie, czy chodzi tu o bezpośrednie zadziałanie żywych paciorkowców na miąższ nerkowy, czy też zmiany te są pochodzenia toksycznego, zależne od jadu paciorkowcowego. Spostrzeżenia Gaskella, potwierdzone później przez wielu badaczy, który stwierdził obecność paciorkowca zieleniejącego w nerkach w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia, przemawiają za pierwszą teorją. Natomiast Nonnenbruch wypowiada się raczej za drugą teorją. W każdym razie przyjąć należy, że powinowactwo paciorkówców do kłębków nerkowych, czego wyrazem są rozlane zapalne zmiany nerkowe w przebiegu anginy, płonicy, róży i t. d. — rozciąga się również i na paciorkowca zieleniejącego.

Jeżeli zadać wreszcie pytanie, czy niedomoga nerkowa w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia jest zjawiskiem częstem, to bezwzględnie odpowiedzieć musimy twierdząco. Przez ostatnie 3 lata spostrzegaliśmy na odziale około 20 przypadków *endocarditidis lentae*, z tego w 10 przypadkach [28]), tu przytoczonych, mieliśmy do czynienia ze zmianami nerkowemi, odbiegającemi od typu klasycznego. Podczas gdy anatomo-patologowie często spotykają zmiany rozlane nerkowe w przebiegu tego schorzenia, to w klinice sprawa ta jest niedostatecznie uwzględniana. W piśmiennictwie światowem klinicznem zostało dotychczas ogłoszonych zaledwie około 35 przypadków rozlanego kłębkowego zapalenia nerek w przebiegu *endocarditidis lentae* [29]). Jeżeli wziąć pod uwagę, że na materjale naszym, pochodzącym wyłącznie z jednego odziału szpitalnego, w przeciągu 3 lat spostrzegaliśmy aż 9 przypadków rozlanego kłębkowego zapalenia nerek, z tego 7 przypadków, potwierdzonych autopsyjnie, to powiedzieć musimy, że sprawa ta jest znacznie częstszą, niżby to się pozornie wydawać mogło. To zjawisko, że w piśmiennictwie klinicznem istnieje dotychczas tak mało o tem wzmianek, tłómaczyć sobie można tylko tem, że na objawy niedomogi nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia za mało dotychczas zwracano uwagi.

Mimo, że zejście *endocarditidis lentae* jest i tak niepomyślne, to jednak rozpoznanie niewydolności nerkowej ma tu znaczenie nietylko akademickie. Rozpoznanie niedomogi nerkowej i ocena stopnia wydolności miąższu nerkowego ma tu znaczenie dla rokowania co do długości życia i nasuwa wskazania, które uwzględniać należy. Jeżeli nie każda niedomoga nerkowa w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia prowadzi do zejścia śmiertelnego, to mimo to obciąża jeszcze bardziej rokowanie tej i tak złowrogiej sprawy i wymaga od lekarza odpowiedniego postępowania leczniczego.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

O prądzie wstępującym N. Cybulskiego w mięśniach.

Z Zakładu Fizjologji U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. E. Maydell.

Ciąg dalszy.

Potencjał mięśnia spoczywającego.

Jak z poprzedzającego wynika mamy dwa skrajnie sprzeczne ze sobą poglądy: Hermanna, przedstawiciela teorji izopotencjalności mięśnia, oraz Cybulskiego, głoszącego, że mięsień w spoczynku daje silny prąd wstępujący.

[28]) Dwa pozostałe przypadki Nr. 4 i 11 — pochodzą z lat poprzednich.

[29]) wg. Lenoirea i Baizea: Presse médicale. Nr. 78, 1928.

Aby się przekonać, która z tych teoryj jest słuszną, powtórzyłem w pierwszym rzędzie doświadczenia Cybulskiego. Posługiwałem się przytem elektroskopem kapilarnym w połączeniu z obwodem kompensacyjnym, oraz elektrodami niepolaryzującymi się du Bois Reymonda o końcach hubkowych według Cybulskiego, nasyconemi (jak u Cybulskiego) 0,9% NaCl.

Z szeregu takich doświadczeń wynika, że stanowisko Cybulskiego jest zupełnie słuszne. Tak więc każdy mięsień wypreparowany bez jakichkolwiek uszkodzeń i, jak się z początku wydawało, bez dotknięcia go zewnętrzną powierzchnią skóry, jest źródłem silnego prądu wstępującego. Również rozkład potencjału jest zgodny z rezultatami otrzymanemi przez Cybulskiego. Za przykład służyć może następujące doświadczenie:

Żaba świeża, zabita, skóra rozcięta wzdłuż całego uda, następnie zdjęta. Nóżka tylna lewa przecięta w połowie uda i ułożona na płytce szklanej. Przy ustawieniu elektrod na dwóch końcach mięśnia łydkowego otrzymano prąd wstępujący o sile 21,3 mV. Następnie ustawiałem elektrody na mięśniu w odległości 1 mm od siebie uważając, aby koniec drugiej wypadał w następnem ułożeniu zawsze tam, gdzie przedtem znajdował się koniec pierwszej.

Przy pierwszem ułożeniu otrzymano prąd zstępujący o sile 0,6 mV.

Przy drugiem ułożeniu otrzymano prąd wstępujący o sile 8,5 mV.

Przy trzeciem ułożeniu otrzymano prąd wstępujący o sile 15,0 mV.

Przy czwartem ułożeniu otrzymano prąd zstępujący o sile 0,2 mV.

Inne, w podobny sposób przeprowadzone, doświadczenia dały takie same wyniki, z tą jednak różnicą, że siła prądu znacznie zmieniała się w zależności nietylko od żaby, ale nawet stale bywała różna w dwóch symetrycznych mięśniach tej samej żaby. Siła prądu dla m. łydkowego wahała się od 4,4 do 35 mV. Jednak prąd miał zawsze wstępujący kierunek choć rozmieszczenie wzrostu potencjału wzdłuż włókien mięsnych wcale nie zawsze było jednakowe, a nawet często w poszczególnych odcinkach mięśnia można było spotkać prąd zstępujący. Dotyczyło to zwłaszcza obydwu końców mięśnia, w których jako prawie stały objaw stwierdza się prąd zstępujący. Jak można przekonać się z protokołów Cybulskiego stwierdzał on również na końcach prąd o zstępującym kierunku, choć w tekście pomija to milczeniem. Przy ustawieniu jednej elektrody na ścięgnie Achillesa, a drugiej na sztucznym przekroju m. łydkowego na końcu proksymalnym tegoż wyniki bywają bardzo różne. Czasem silny prąd wstępujący czasem silny zstępujący. Czyli zgodnie z twierdzeniem Cybulskiego przekrój mięśnia czasem może być dodatni w stosunku do nieuszkodzonej powierzchni, wbrew teorji Hermanna.

Jak więc wytłómaczyć stanowisko Hermanna? Z powtórzenia doświadczeń tego ostatniego wynika, że i Cybulski i Hermann mieli słuszność. Do powtórzenia doświadczeń Hermanna użyłem tegoż samego elektroskopu kapilarnego oraz elektrod przyrządzonych jak wyżej. Preparowanie mięśnia było jednak odmienne niż u Cybulskiego. O sposobie preparowania była już mowa poprzednio. Doświadczenia zasadnicze Hermanna udają się bardzo dobrze. Jednak uwagę zwraca tu fakt szczególny. Przy prądach uszkodzeniowych powierzchnia nieuszkodzona powinna mieć stale ładunek dodatni w stosunku do miejsca uszkodzonego wydzieliną skóry. Tymczasem po ułożeniu skóry na mięśniu pojawia się prąd zawsze o wstępującym kierunku. Czyżby więc nadżarciu przez wydzielinę skóry mogły ulegać tylko dystalne części mięśnia? Czy też może przy tem doświadczeniu skóra nie równomiernie zostaje rozłożona? Wcale nie. Prąd wstępujący pojawia się stale niezależnie od sposobu ułożenia skóry. Co więcej, wszystkie mięśnie żaby dają prąd o tymże kierunku w tych warunkach.

Wobec tego, że ten prąd którego źródłem ma być uszkodzenie, pojawia się w sposób pełen prawidłowości, zupełnie mało prawdopodobnem wydać się musi mniemanie, że powstaje on dzieki różnicy potencjałów części uszkodzonej i nieuszkodzonej. Jeśli zaś przypomnimy, że w niektórych wypadkach, jak wyżej było nadmienione, prąd może mieć kierunek wstępujący nawet wówczas, gdy proksymalna elektrodę ułożymy na sztucznym przekroju mięśnia, który podług uszkodzeniowej teorji musi być zawsze ujemny względem powierzchni nieuszkodzonej, wówczas będziemy mogli z pewnością powiedzieć, że nietylko prądy demarkacyjne wchodzą tu w grę. Wobec tego nasuwa się pytanie: co to za prąd powstaje w mięśniu po dotknięciu go skórą?

Tablica I.

	Czas od zabicia żaby w minutach	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	20	30	40	50	60	120	180	240
Prąd w miliwolt. w mięśniu	m.	+0,2	+0,2	0,0	−0,1	−0,3	−0,3	−0,4	−0,4	−0,2	−0,4	−0,3	−0,4	−0,3	−0,2	−0,2	0,0		
	gastrocnemius	+1,3	+1,0	+1,0			0,0			−0,1			−0,1			0,0			
	"	−0,1	−0,1	0,0			−0,1			−0,2			−0,1			−0,1			
	"	+0,3		0,0			−0,1			−0,7	−0,7	−0,6	−0,7	−0,4	−0,4	−0,4	−0,4		
	"	+0,3		0,0			−0,4			−0,9	−0,7	−0,7	−0,7	−0,7		−0,5	−0,3		
	"	+2,2		+1,5			+1,3	+1,2	+1,0	+0,8	+0,8	+0,8	+0,7	+0,4	+0,4	+0,2	+0,2	+0,2	+0,1
	"	+0,3	+0,1	+0,1	−0,3	−0,3	−0,3	−0,3	−0,1	−0,1	−0,1	−0 1	−0,1			−0,1			
	"	0,0	0,0	0,0	−0,3	−0,3	−0,4	−0,4	−0,4	−0,4	−0,4	−0,4	−0,2			−0,2			
	"	0,0	−0,1	−0,4	−0,6	−0,6	−1,1	−1,3	−1 3	−1 3	−1,3	−1.4	−1,4	−1,4	−1 4				
	Triceps fem.	+0,3	0,0	0,0	0,0	−0,6	−0,1	−0,3	−0,3	−0,3		−0,3	−0,3	−0,3		−0,3	−0,3		
	"	+0,6	+0,6	+0,4	+0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0.0	0,0	−0,3	0,0	−0,3	0,0	+0,1	+0,1		
	"	+0,3	+0,4	+0,1	+0,3	+0,3	+0,2	+0,2	0,0	0,0	0,0	−0,4	0.0		−0,4	−0,1	−0,2		
	"	+0,0	−0,1	−0,1	−0,3	−0,3	−0,3	−0 4	−0,4	−0,4	−0 3	−0,4	−0,4	−0,3	−0,3	−0.3			
	"	+0,3	+0,1	+0,1	−0,1	−0,3	−0,4	−0,4	−0,2	−0,3	−0,2	−0,2				−0,2	0,0		

Aby to pytanie należycie rozstrzygnąć, trzeba było rozpocząć od zasadniczej sprawy: dokładnego poznania stanu potencjalnego nieuszkodzonego mięśnia. W tych doświadczeniach posługiwałem się temi samemi przyrządami, które już zostały wymienione, z tą jednak różnicą, że hubki elektrod były u mnie przesiąknięte nie 0,9% Na Cl, lecz płynem Ringera dla żab. Można bowiem przekonać się, że jeśli czas dłuższy pozostawimy hubki elektrod przesiąknięte 0,9% NaCl, a nawet 0,6% NaCl w styczności z mięśniem, wówczas pojawiają się często na jego powierzchni samoistne drgania pojedynczych włókienek. W tych warunkach również często pojawia się po upływie pewnego czasu prąd wstępujący. Roztwór soli kuchennej wydaje się więc nieobojętnym dla mięśnia. Jak wnoszę ze swego doświadczenia, elektrody użyte do mięśnia dotkniętego skórą, a więc zanieczyszczone drobną ilością wydzieliny skórnej mogą być nadal używane nawet do mięśni nieuszkodzonych. Przy bezpośredniem przełożeniu elektrod z mięśnia powleczonego wydzieliną skóry na mięsień prawidłowy występuje zwykle słabe spolaryzowanie miejsca dotkniętego. Uniknąć tego można przez zanurzenie elektrod do płynu Ringera i staranne opłókanie pendzelkiem. Elektrody, przy zachowaniu tej ostrożności mogą być używane wielokrotnie przez szereg dni.

Wstępne badania wykazały, że mięsień wypreparowany bez najmniejszych uszkodzeń i bez dotknięcia skórą przecież nie jest zupełnie izopotencjalny. Powierzchnia jego daje, choć i słaby bardzo prąd, przyczem potencjał wykazuje zupełnie prawidłowe rozmieszczenie. Mianowicie przy odprowadzaniu prądu z dwóch końców mięśnia łydkowego lub trójgłowego w preparatach otrzymanych z zastosowaniem największych ostrożności otrzymałem następujące wyniki, uwidocznione w tablicy I.

Zdjęcia skóry z nad mięśnia dokonywałem w sposób nieco odmienny od wymienionego poprzednio ponieważ, jak się okazało, sposób powyższy nie zawsze pozwala uniknąć dotknięcia mięśnia skórą. Preparowanie wykonywałem jak następuje: Za pomocą mocnych nożyczek przecinałem kręgosłup żaby ok. 1 cm. od dystalnego jego końca, zgłębnikiem niszczyłem rdzeń i mózg, okrawałem skórę i mięśnie dookoła brzucha i odcinałem wnętrzności od nóżek tylnych. Następnie, po przecięciu obydwu plexus lumbosacrales i oddzieleniu skóry od kręgosłupa i miednicy, przymocowywałem nóżki za kręgosłup do silnych kleszczy umieszczonych na stojaku nieco nad stołem. Dalej oddzielałem skórę od mięśni brzucha i odwijałem ją starannie tak, aby strona wewnętrzna skóry wywinięta była na zewnątrz, i ściągałem skórę z obu nóżek razem. Skóra przyrośnięta jest mocno w okolicy kloaki i w tem miejscu należy ją krótko uchwycić mocnemi szczypcami aby ją oderwać nie rozrywając. Przy tej czynności wskazanem jest odcięcie stópek żaby przed ściągnięciem skóry. Bowiem skóra przyrośnięta jest mocno do palców i zwykle na nich pozostają nieoderwane kawałki, które potem przy układaniu łapek łatwo mogą dotknąć mięśnia, powodując powstanie prądu. Zazwyczaj do skóry przyczepiają się niektóre mięśnie uda, jednakże większość pozostaje nieuszkodzona.

W tablicy I. prąd o kierunku wstępującym, zgodnie z tem, że dawni autorzy nazywali go także dodatnim, oznaczony jest znakiem + zaś prąd zstępujący znakiem —. Jak widać z tej tablicy w ogromnej większości mięśni, które bez uszkodzenia i bez dotknięcia skórą zostały wypreparowane, znajdujemy zaraz po zdjęciu skóry bardzo słaby prąd wstępujący, który w ciągu pierwszych kilku minut maleje do zera poczem w mięśniu pojawia się prąd zstępujący również o bardzo słabej sile. Prąd zstępujący utrzymuje się w mięśniu przez dłuższy przeciąg czasu, a po paru godzinach słabnie często nawet zmienia się na wstępujący.

Wszystko to daje się stwierdzić, tylko na takich mięśniach, których się nie niepokoi żadnemi podnietami i które znajdują się w wilgotnej atmosferze. Przy wysychaniu mięśnia powstaje zwykle słaby prąd wstępujący. Szybkość powstawania tego prądu i jego nasilenie są dla różnych mięśni bardzo różne.

Od powyższych prawideł odbiegają nieliczne wyjątki, polegające na tem, że w mięśniu natychmiast po wypreparowaniu znajdujemy stosunkowo silny prąd wstępujący (1 — 2 — 3 m V), który z czasem maleje, ale nie spada do zera, utrzymując się przez długi czas. Prąd ten daje się niejako zmyć z mięśnia płynem Ringera w ten sposób, że mięsień spłókujemy zapomocą pendzelka. Przytem prąd bardzo znacznie maleje, a czasem zamienia się na zstępujący. Po krótkim jednak czasie prąd wstępujący powraca do poprzedniej siły i utrzymuje się nadal mimo opłókiwania płynem Ringera. Przypadki, w których znajdujemy w mięśniu silniejszy prąd występujący zdaje się pochodzą stąd, że zdarza się mimo woli i wiedzy dotknąć mięśnia brzeżkiem skóry lub zanieczyszczonem narzędziem. Przy odpowiedniej wprawie i ostrożności wyjatki te zdarzają się bardzo rzadko.

Prąd wstępujący, jaki w mięśniu dobrze wypreparowanym znajdujemy w pierwszych minutach po wypreparowaniu, łatwo natychmiast przemienić na zstępujący za pomocą przemywania płynem Ringera, jak wyżej. Wówczas prąd zstępujący utrzymuje się zwykle nadal. Również jeśli mięsień z powodu wysychania zaczyna dawać prąd wstępujący łatwo zmniejszyć ten prąd lub zmienić go w zstępujący przez choćby jednokrotne zwilżenie mięśnia płynem Ringera. Skutek ten jest jednak tylko krótkotrwały. Prócz tego przez zwilżenie mięśnia dającego prąd zstępujący zwykle powodujemy wzrost przemijający siły prądu.

Jeśli mięsień rozciągniemy, a więc np. silnie zegniemy stópkę wobec podudzia przy jednoczesnem wyciągnięciu podudzia, jeśli chodzi o m. łydkowy, oczywiście nie dotykając samego mięśnia pincetą, wówczas mięsień dający prąd zstępujący nagle zmienia swe własności: pojawia się prąd wstępujący czasem do miliwolta wynoszący, który po kilku minutach słabnie, aby znów zamienić się na zstępujący. Prąd po rozciągnięciu mięśnia daje się również „zmyć" przez zwilżenie mięśnia płynem Ringera. Jest możliwe, że prąd wstępujący spotykany w mięśniu zaraz po zdjęciu skóry należy przypisać skurczom względnie rozciąganiu mięśni, mającym miejsce w czasie zabijania i preparowania żaby. Z powyższych danych można wnioskować, że prawidłowy nieuszkodzony mięsień spoczywający daje prąd zstępujący o bardzo słabej sile (dziesiąte części miliwolta).

Dalsze pomiary, mające na celu zbadanie rozmieszczenia potencjału wzdłuż włókien mięsnych, przy zastosowaniu powyższych metod nie dały zadowalających wyników. Główną przyczyną tego był nieodpowiedni dla danego celu sposób odprowadzania prądu z mięśnia. Jeśliby bowiem chodziło o dokładne zbadanie rozmieszczenia potencjału, najlepiej byłoby układać elektrody wzdłuż włókien mięsnych blisko siebie np. co 1 — 2 mm. i w ten sposób przebadać całą długość mięśnia. Sposób ten jednak nie daje się zastosować przy użyciu niepolaryzujących się elektrod, gdyż w okolicach końców hubki elektrod na mięśniu zbiera się nieco płynu Ringera, wobec czego wytwarza się oboczne połaczenie elektrod o małym stosunkowo oporze. Prócz tego przy oznaczaniu t. zw. prądów wstępujących i zstępujących wobec układania na mięśniu dwóch elektrod, mamy do czynienia właściwie nie z pomiarem jednej wielkości lecz z badaniem różnicy dwóch wielkości, z których każda

może ulegać zmianie. W ten sposób wynik wikła się znacznie, utrudniając poznanie istotnych zmian, które w danem miejscu powierzchni mięśnia zachodzą.

Celem zaś naszym bynajmniej nie jest oznaczenie kierunku prądu, z którym mamy do czynienia. Zadanie nasze raczej powinno się odnosić do zbadania potencjałów różnych miejsc mięśnia, ponieważ prąd wynika z różnicy potencjałów połączonych ze sobą elektrodami miejsc. Dlatego też najbardziej celowem byłoby oznaczanie potencjału danego miejsca mięśnia w stosunku do potencjału zerowego t. j. potencjału ziemi. Połączenie jednak mięśnia z ziemią przez elektrody wydaje mi się stosunkowo złożonem. Z drugiej strony za potencjał zerowy dałby się przyjąć potencjał środowiska, w którem mięsień się znajduje. A więc, jeśli mięsień spoczywa na płytce szklanej w odrobinie limfy czy płynu tkankowego zmieszanej czasem z małą ilością płynu Ringera, moglibyśmy rozlać nieco więcej płynu Ringera dookoła mięśnia i jedną elektrodę ustawić na mięśniu w tem miejscu, którego potencjał ma ulec zbadaniu, a drugą w płynie Ringera w miejscu dość oddalonem od mięśnia aby potencjał jego nie wpływał lub tylko w znikomym stopniu na potencjał elektrody.

Oczywiście niewielka ilość płynu Ringera, w którym zanurzona jest elektroda musi się znajdować w połączeniu z płynem otaczającym mięsień, gdyż inaczej ciągłość obwodu ulegnie przerwaniu i nie otrzymamy prądu w galwanometrze. Różnicę potencjału elektrody zerowej i mięśniowej oznaczałem przy pomocy obwodu kompensacyjnego w miliwoltach, przyczem za wskaźnik prądu miałem galwanometr kapilarny.

Chodziło jeszcze o to, aby móc możliwie w sposób najdokładniejszy oznaczyć potencjał każdego miejsca wzdłuż mięśnia i wykonać to kilkakrotnie, a więc mieć możność powracania szereg razy dokładnie na to samo miejsce koniuszkiem elektrody. Aby to sobie umożliwić umieszczałem elektrodę zerową a więc zanurzoną w płynie Ringera na zwykłym stojaku od elektrod niepolaryzujących się na stałe w jednem miejscu. Natomiast elektrodę mięśniową przymocowywałem do specjalnego statywu, pozostającego w połączeniu ze śrubą mikrometryczną, pozwalającą na przesuwanie tegoż. Podziałka milimetrowa i odpowiednia wskazówka pozwalały na oznaczenie dokładne położenia elektrody mięśniowej. Mięsień układano na płytce szklanej pod elektrodą mięśniową równolegle do osi śruby. W ten sposób dała się osiągnąć możność łatwego i dokładnego przesuwania elektrody wzdłuż mięśnia, którego każde miejsce odpowiadało odpowiedniej kresce na milimetrowej skali. Przyczem można było zawsze z łatwością ustawić koniuszek elektrody na oznaczone miejsce, naturalnie dopóki mięśnia nie ruszy się z obranego położenia.

Przy powyżej opisanym sposobie ogromne usługi oddają końce hubkowe elektrod Cybulskiego. Jak się z piśmiennictwa przekonać można hubki, jako końce do elektrod, mimo rady Cybulskiego, nigdzie poza Polską się nie przyjęły. Mają one jednak ogromną wyższość nad końcami z glinki lub włóczki. Można powiedzieć że bez końców hubkowych powyżej opisana metoda przesuwania elektrody wzdłuż mięśnia wogóle nie dałaby się zastosować.

Zająłem się najprzód oznaczeniem potencjału różnych miejsc mięśnia łydkowego żaby, w warunkach takich jak przy poprzednich doświadczeniach. W tym celu mięsień po wycięciu wraz z nóżkami w sposób poprzednio opisany, układałem pod elektrodami na płytce szklanej i natychmiast oznaczałem potencjał pięciu miejsc na mięśniu łydkowym. Elektrodę zerową ustawiałem przy tem tak, aby znajdowała się z przodu w stosunku do łapki żaby, tak że mięsień badany znajdował się po przeciwnej stronie, aby tem mniej jego potencjał mógł wpływać na elektrodę zerową. Miejsca mięśnia, których potencjał badałem były następujące: 1) kostka Achillesa, 2) ok. 2 mm proksymalnie od granicy między mięśniem a ścięgnem Achillesa, 3) mniej więcej w środku mięśnia, 4) w miejscu, gdzie mięsień jest najszerszy oraz 5) ok. 2 mm. od dogłowowego końca mięśnia. Jeśli postępuje się dość sprawnie wówczas pomiędzy chwilą przecięcia kręgosłupa, a dokonaniem pomiarów nie upływa więcej niż 3 minuty czasu.

Z pomiarów, które wykonałem, podaję 10 wykonanych 3 minuty po przecięciu kręgosłupa. Są one zestawione w tablicy II. Potencjał danego miejsca niższy od zerowego oznaczony jest znakiem —, wyższy znakiem +. Potencjał podany jest w miliwoltach. Numery miejsc odpowiadają powyżej wymienionemu spisowi.

Jak z tej tablicy wynika w mięśniu łydkowym starannie wypreparowanym zaraz po zdjęciu skóry potencjał proksymalnej części jest wyższy niż dystalnej. Pozostaje to w zupełnej zgodzie z poprzedniemi badaniami, które wykazały w mięśniu natychmiast po wypreparowaniu prąd wstępujący. Bardzo nieliczne wyjątki dają się usprawiedliwić usterkami w preparowaniu, gdy mięsień przez nieuwagę zostanie dotknięty narzędziem lub brzeżkiem skóry.

Tablica II.

Nr. żaby	Wiosenna czy zimowa	Potencjał mięśnia w miejscu					Różnica pomiędzy I a V
		I	II	III	IV	V	
21	zimowa	−0,3	−0,3	−0,5	+0,1	+0,7	+1,0
22	„	−0.3	−0 3	−0,1	+0.1	+0,3	+0,6
28	„	−0,5	−0,5	−0,8	0,0	+0,1	+0,6
29	wiosenna	−0,3	−0,3	−0,1	+0,1	+0,3	+0,6
30	zimowa	+1,3	+1,0	+0,8	+0.7	+0,7	−0 6
31	wiosenna	−0,3	−0,3	0,0	+0,3	+0.8	+1,1
32	zimowa	0,0	0,0	+0,3	+0 3	+0,8	+0.8
33	wiosenna	+0,1	+0,1	0,0	0 0	+0 9	+0,8
34	zimowa	+0,1	+0,1	+0.1	+0,4	+0,4	+0,3
35	wiosenna	0,0	0,0	+0,3	+0,8	+0,8	+0,8

Przy oznaczaniu potencjału wzdłuż mięśnia co 1 — 2 mm. można się przekonać, że spadek potencjału wzgl. wzrost nie jest równomierny. Znajdujemy zwykle taki rozkład, że przeważna ilość miejsc ma potencjał równy z sąsiedniemi, a w paru lub kilku miejscach stwierdzamy nagły choć niewielki spadek lub wzrost.

Za przykład takiego schodkowatego zmieniania się potencjału służyć może każdy mięsień, choć bardzo wyraźnie zaznaczone schodkowanie potencjału zarysowuje się tylko u niektórych. Tak np. w mięśniu żaby nr. 21 od 1-go do 12-go milimetra, licząc od kostki Achillesa, znaleziono potencjał równy — 0.3 m V. Na milimetrze 14-tym spada nagle do — 0.5, na 15-tym wynosi — 0.2, a od 16-go do 20-go + 0.1. Przy 21-szym milim. znów mamy nagły wzrost do + 0.6, na 22-gim — do + 0.7 m V. i na tym poziomie potencjał utrzymuje się do samego końca mięśnia.

Ogólnie można powiedzieć, że choć rozłożenie potencjału wzdłuż włókien mięśnia nie jest równomierne, to jednak prawie stale spotykamy się z tem, że każde miejsce proksymalne ma potencjał wyższy lub równy w stosunku do każdego miejsca bardziej dystalnie położonego. Tylko wyjątkowo (jak w przytoczonym przykładzie) zdarza się przeciwnie. Tak więc zaraz po wypreparowaniu w jakimkolwiekbądź odcinku albo nie znajdujemy prądu, albo otrzymamy słaby prąd dodatni. Mamy więc tu do czynienia ze szczególną polaryzacją tylko niektórych odcinków mięśnia.

Przy badaniu zmian, występujących w miarę czasu na powierzchni mięśnia leżącego na powietrzu, w niezbyt suchej atmosferze, spostrzeżemy zmiany dwojakiego rodzaju. Po pierwsze znajdujemy zmianę dotyczącą potencjału mięśnia, jako całości: potencjał ten bliski z początku zera, a nawet często słabo ujemny, staje się coraz silniej dodatni przez przeciąg kilku minut. Potem, po osiągnięciu pewnego poziomu, w średniej zwykle bliskiego 1 m V., utrzymuje się długi czas na jednakowym poziomie. Rzadko się zdarza, aby potencjał w sposób równomierny wzrastał na całej powierzchni mięśnia, jak to widzimy na przykładzie przedstawionym na tablicy III.

Znacznie częściej wraz ze zmianą potencjału całego mięśnia, zmienia się również rozmieszczenie tegoż wzdłuż włókien mięsnych. W przeważnej liczbie wypadków mamy więc do czynienia z jednoczesną zmianą polaryzacji mięśnia przyczem w czasie gdy potencjał końca dystalnego szybko się podnosi i staje się coraz bardziej dodatni, to potencjał końca proksymalnego zmienia się znacznie mniej i znacznie wolniej. Zdarza się dość często, że nietylko nie wzrasta, lecz nieco się obniża. Stąd różnica potencjałów obydwu końców zmienia się w ten sposób, że koniec proksymalny mięśnia, który zaraz po zdjęciu skóry był dodatni w stosunku do przeciwległego, staje się coraz mniej dodatnim i w przeważającej liczbie wypadków staje się ujemnym. W związku z tem, jak to już poprzednio było podane, prąd wstępujący ustępuje miejsca zstępującemu, który utrzymuje się przez czas dłuższy. Najprostsze wypadki tego rodzaju przedstawione są na tablicach IV i V.

Czasem jednak od samego początku, część dystalna mięśnia ma potencjał niski, proksymalna — wysoki, w dalszych minutach różnica potencjałów zmniejsza się choć koniec proksymalny mięśnia stale zachowuje potencjał wyższy. Czasem też bywa, że od samego początku znajdujemy potencjał końca proksymalnego niższy, niż dystalnego, a w dalszych minutach różnica jeszcze bardziej się zwiększa.

Jak można wnioskować z poniżej podanych tablic, zgodnych z innemi doświadczeniami, których tu ze względu na miejsce jakiegoby na to potrzeba, nie podaję, można wnioskować, że i spadek

Tablica III. Żaba nr. 31.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów												
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
3	−0,3			−0,3			0,0			+0.3			+0,8
4	0,0			0,0			+0,1			+0.4			+0,8
5	+0.3			+0,3			+0,4			+0 7			+0,9
9	+0,4	+0,4	+0,4	+0,4	+0,4	+0,4	+0,5	+0,9	+0,9	+0 8	+0,8	+0,8	+0,8
15	+0,4	+0,4	+0,4	+0.4	+0 4	+0,4	+0,5	+0,8	+0,9	+1 2	+1,2	+1,3	+1,3
30	+0,5	+0,5	+0,5	+0 5	+0,5	+0,5	+0,5	+0,8	+1,0	+1 0	+1,2	+1,2	+1,2
40	+0,4	+0,4	+0,4	+0,4	+0,4	+0,4	+0,5	+0,7	+0,9	+1,2	+1,2	+1,2	+1,2

Tablica IV. Żaba 34.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów											
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22
3	+0,1		+0,1			+0.1			+0,4			+0,4
5	+0,7		+0,7			+0,7			+0.5			+0,3
8	+1,3		+1,3			+1.3			+1.3			+0,8
10	+1,3	+1,3	+1,4	+1,4	+1 4	+1,4	+1,4	+1 4	+1 4	+1,4	+1 4	+1.0

Tablica V. Żaba 37.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów											
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22
3	+0,1			+0,1				+0,1	+0,3			+0,3
4	+0.3			+0,3				+0,1	+0,1			+0,1
6	+0,7			+0 7				+0,3	+0 3			+0,3
10	+1,0	+1,0	+1,0	+1,0	+0,7	+0,5	+0.5	+0,3	+0 3	+0,3	+0 3	+0,3
17	+0,9	+0.9	+0 9	+0 9	+0,7	+0,4	+0,3	+0,3	+0.3	+0,3	+0,3	+0,3
20	+0,8	+0,8	+0,8	+0 8	+0,7	+0,4	+0,3	+0,3	+0,3	+0 3	+0,3	+0,3

Tablica VI. Żaba 33.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów														
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
3	+0.1				+0,1			+0 0			+0,1				+0,4
4	+0,5				+0,5			+0 3			+0,0				+0,4
6	+0,9				+0,8			+0,5			+0 5				+0,5
7	+1,3				+1,0			+0,7			+0,4				+0,5
9	+1,3	+1,3	+1,3	+1,3	+1,0	+1 0	+1,0	+0,8	+0,3	+0,3	+0,3	+0,7	+0,9	+1,2	+1,2
14	+1,3	+1,3	+1,3	+1.3	+1,3	+1,0	+1,0	+0,8	+0,4	+0 3	+0,5	+0.8	+1,0	+1,3	+1,4
20	+1,3	+1,3	+1,3	+1,3	+1,2	+1,2	+1,0	+0,8	+0,5	+0,5	+0,5	+1,0	+1,2	+1,2	+1,4

potencjału u mięśnia leżącego już jakiś czas na powietrzu, cechuje tylko niektóre odcinki mięśnia, podobnie jak to widać było u mięśni zaraz po zdjęciu skóry, których jednak kierunek polaryzacji był przeciwny. Jednak i w danym wypadku zazwyczaj każde miejsce proksymalne ma potencjał niższy od dystalnego, lub conajmniej jednakowy. Rzadziej się zdarza, aby kierunek polaryzacji w różnych miejscach był różny. Wyjątkiem pod tym względem są obydwa końce mięśnia, które stosunkowo często są spolaryzowane w kierunku przeciwnym niż reszta mięśnia.

W rzadkich wypadkach, gdy kierunek polaryzacji w środkowym przebiegu włókien mięsnych jest różny w różnych miejscach, najczęściej zmiana dotyczy tylko jednego odcinka mięśnia, którego potencjał w przeciwieństwie do reszty powierzchni, przedstawiającej stosunki zupełnie prawidłowe, wykazuje wybitne obniżenie potencjału. Być może, że te wyjątki odnoszą się do mięśni, na które zadziałał jakiś czynnik szkodliwy. Za przykład posłużyć może mięsień żaby nr. 33, z którego otrzymane wyniki przedstawione są na tablicy VI.

W zupełnie podobny sposób zachowuje się pod względem potencjału elektrycznego drugi mięsień żaby, którego stosunkowo długa powierzchnia daje się uzyskać bez oddzielania go od sąsiednich, mianowicie: *triceps femoris*. Również znajdujemy w nim zaraz po wypreparowaniu wyższy potencjał końca proksymalnego, a po upływie kilku minut stosunki się zmieniają i najwyższy potencjał ma koniec dystalny. Tak samo jak i u m. łydkowego spolaryzowanie nie jest równomierne i dotyczy tylko niektórych odcinków.

Zbierając teraz dotychczasowe wyniki o stanie potencjalnym powierzchni mięśnia dobrze zachowanego w spoczynku, będziemy mogli powiedzieć, że mięsień natychmiast po wypreparowaniu, mówiąc językiem dawnych fizjologów, jest słabo dodatnio spolaryzowany. Leżąc na powietrzu mięsień staje się po kilku minutach słabo ujemnie spolaryzowany, a ogólny jego potencjał jako całości wybitnie się zwiększa. W dalszym przeciągu czasu stan ten utrzymuje się długo choć siła polaryzacji nieco słabnie. Zdarzają się od tych ogólnych prawideł wyjątki, lecz prawdopodobnie odnieść je należy do usterek w preparowaniu. Różnice potencjałów, o których mowa, a więc i prądy, będące ich wynikiem, są w stosunku do prądów demarkacyjnych H e r m a n n a i wstępujących prądów C y b u l s k i e g o bardzo nieznacznej siły.

Porównywując te prawidła z wynikami innych autorów, można wypowiedzieć zdanie, że ani teorja izopotencjalności powierzchni

mięśnia, ani teorja prądów wstępujących nie ujmują istoty rzeczy. Powyżej wspomniane prawidła natomiast najbardziej są zbliżone do zdania du Bois Reymonda, który choć za pomocą najstarszych przyrządów pracował, najbliższe prawdy wyniki podaje. Du Bois Reymond twierdził, że normalne mięśnie w spoczynku (w stanie anelektronomicznym) albo nie dają prądu albo wykazują słaby prąd zstępujący.

Celem wyjaśnienia istoty i pochodzenia prądów wstępujących, dających się otrzymać po dotknięciu mięśnia skórą, należałoby badać rozmieszczenie potencjału na mięśniach dotkniętych skórą. Ponieważ jednak Hermann, jak się potem okazało nie bez słuszności, uważał działanie skóry za czynnik uszkadzający powierzchnię mięśnia, więc postanowiłem doświadczenia na mięśniach uszkodzonych wydzieliną skóry poprzedzić badaniami mięśni uszkodzonych przez inne bardziej proste i o bardziej zrozumiałem działaniu czynniki. Przytem chodziło również o to, aby móc zmieniać miejsce działania danego czynnika i jaknajściślej je oznaczyć, aby było wiadomem kiedy elektroda znajduje się na miejscu uszkodzonem a kiedy w jego sąsiedztwie.

Za takie czynniki pozwalające na obranie z góry miejsca działania i pozostawiające ślad na mięśniu dla uwidocznienia części uszkodzonej obrałem: 1) nacinanie mięśnia brzytwą, 2) przypalanie rozgrzanym drutem i 3) nadżarcie stężonym amoniakiem. Każde z doświadczeń było tak przeprowadzone, że po najdokładniejszem wypreparowaniu mięśnia wraz z tylnemi kończynami w sposób poprzednio podany badałem jego potencjał przez kilkanaście minut aż do zupełnego ustalenia się, poczem dopiero działałem danym czynnikiem na z góry obrane miejsce mięśnia i natychmiast potem, a zwykle również i potem w pewnych odstępach czasu badałem potencjał, rozpoczynając od dolnej części mięśnia. Pierwsze i najgruntowniejsze badania przeprowadziłem na mięśniu łydkowym.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 4446/29.

Warszawa, dnia 23 września 1929 r.

Okólnik Nr. 207.
W sprawie tępienia gryzoniów.

Do Panów Wojewodów!

Wobec znacznego rozpowszechnienia plagi szczurów w Polsce, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uważa, że należałoby przystąpić do szerszej akcji odszczurzania w osiedlach, gdzie zaszczurzenie wybitnie występuje, drogą obowiązkowego tępienia gryzoniów. Przeprowadzać odszczurzanie należy na zasadzie ustawy z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych, występujących nagminnie (Dz. Ust. Nr. 67 poz. 402) dwa razy do roku w tych osiedlach, gdzie liczba ludności przekracza 2.000 mieszkańców, gdyż plaga szczurów w Polsce, prócz strat materjalnych, częstokroć grozi także pojawieniem się chorób zakaźnych.

Przy tępieniu gryzoniów szczególną uwagę zwracać należy na sanatorja, szpitale, magazyny żywnościowe, młyny, rzeźnie, sklepy spożywcze, hotele i t. p.

Dla celowości akcji tępienia gryzoniów wskazane jest przeprowadzanie masowego tępienia w ściśle oznaczonym dniu, w którym właściciele realności oraz wyżej wyszczególnionych objektów winni wykładać trutkę, lub też stosować wyławianie szczurów pułapkami, a wreszcie przez psy, specjalnie dla tego celu tresowane.

O wynikach każdorazowo przeprowadzonej akcji odszczurzania zechce Pan Wojewoda przedłożyć sprawozdanie Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia), gdyż obecnie z polecenia Departamentu Służby Zdrowia Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie prowadzi eksperymentalne badania w sprawie dezynsekcji oraz odszczurzania, a więc pożądane są dane o wyniku tej akcji na poszczególnych terenach. Sprawozdanie powinno być sporządzone według załączonego do niniejszego schematu.

Z trutek, obecnie stosowanych z dość dobrym wynikiem, zasługują na uwagę:

1) preparat cebuli morskiej wraz z węglanem barytu „Ratol“ firmy „Sanator“ — fabryka chemiczno-farmaceutyczna w Bydgoszczy;

2) pasta fosforowa, przygotowana ex tempore, sprzedawana prawie w każdej aptece;

3) pasta „Zelio“ firmy Fr. Bayer w Lewerkusen — pasta tłuszczowa, zawiera farbę anilinową i sól Thalium — preparat dobry, lecz zbyt drogi;

4) pasta na tępienie szczurów firmy Zalewski w Rawie — pasta ta zawiera cebulę morską w postaci skwarek;

5) „Mortidar“ L. Spiess i Syn w Warszawie — preparat zawiera węglan baru, zabarwiony czerwoną farbą anilinową;

6) „Morol“ Laboratorjum „Sanitas“ — wapno palone, gips i olejek anyżowy.

Przy stosowaniu trutek przeciwko szczurom pamiętać należy, że częstokroć szczury nie dają się truć stale jedną trutką, dlatego też od czasu do czasu należy trutki zmieniać.

Dr. Piestrzyński
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Załącznik do L. Z. Z. 446/29.

Schemat sprawozdania

1) Miejscowość, w której przeprowadzono odszczurzenie
2) Czas trwania akcji odszczurzania od do
3) Nazwa trutki lub też krótki opis innych sposobów odszczurzania (jak to: zapomocą psów, pułapek, gazów trujących)
4) Ilość zużytej trutki
5) W ilu posesjach rozłożono trutkę
6) Jaki % posesyj nie odszczurzono
7) Czy na właścicieli tych posesyj nałożono kary administracyjne i w ilu przypadkach?
8) Pod czyim nadzorem przeprowadzono odszczurzanie (gmina czy przedsiębiorstwo prywatne?)
9) Przeciętny koszt odszczurzenia jednej posesji
10) Wnioski co do skuteczności przeprowadzonej akcji odszczurzania oraz co do działania poszczególnych trutek
11) Uwagi

OCENY.

Roentgenatlas der Lungentuberkulose des Erwachsenen. Dr. Alekxander, Dr. Beckmann Wydawnictwo: Tuberkulose Bibliothek Johan Ambrosius Barth 1929. Stron 493, Przypadków 149 Ilustracji 321.

Powyższy atlas jest zbiorem, poprzednio wydanych pojedynczych atlasów t. j. części I. ogólnej i części II. szczegółowej. Wydanie obecne jest jednak znacznie powiększone. Dodano dużo przykładów, tak z zakresu patologji gruźlicy, jak i djagnostyki różniczkowej. Przez zestawienie większej ilości zdjęć okresowo dokonywanych u tego samego chorego, cykle poszczególnych postaci gruźlicy zostały dokładniej przedstawione. Atlas obejmuje: podział gruźlicy płuc, przebieg jej, wyniki leczenia operacyjnego, wreszcie djagnostykę różniczkową. — Wydanie bardzo staranne. Ilustracje wyraźne.

Dr. Przybylski (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Czasopismo Sądowo-lekarskie, rok II, nr. 2—3, z roku 1929: L. Wachholz: O senzacyjnych przypadkach śmierci nagłej z naturalnej przyczyny. — J. Olbrycht: Wątpliwy stan umysłowy nałogowego oszusta. — W. Grzywo-Dąbrowski: Zgwałcenia w Warszawie. — S. Manczarski: Niezwykły przypadek samobójstwa. — E. Neymark: Henryk Ferri.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 41, z 10 października 1929. J. Typograf: O upuście krwi. — I. Landesberger: Badania nad układem siateczkowo-śródbłonkowym. — B. Karbowski: Obecny stan wiedzy o uleczalności raka krtani. — St. Kramsztyk: Współczesny stan organoterapji (streszczenie zbiorowe c. d.). — B. Nowakowski, H. Rabinowicz i J. Czarkowska: Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich (dok.).

Ratownictwo, rok I. nr. 10, z października 1929. Fr. Białokur: Pokazy ratownictwa na P. K. W. w Poznaniu. — St. Jellenta: Ś. p. Aleksander Zawadzki (wspomnienie pośmiertne); Uzdrowiska i letniska polskie (dok.).

Położna, rok II, nr. 10, za październik 1929. A. Papée: Uwagi o kilku objawach chorobowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 41, z 13 października 1929. St. Klawe: Przyczynek do badań nad proszkowaniem naparstnicy (dok.). — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 8, z października 1929. J. Gadomski: Nowopowstające światy. — J. Muszyński: Używki kofeinowe ludzkości. — K. Strawiński: Zwalczanie szkodników i ochrona roślin w Polsce. — K. Sochaniewicz: O roli niektórych mieszkańców naszych lasów w życiu gospodarczem polskiego średniowiecza.

Medycyna Warszawska, rok I, nr. 8, z 15 października 1929. W. Mikułowski: O t. zw. „Pthysis pneumonica morbillosa" u dzieci. — J. Bukowska: Wpływ solanki ciechocińskiej na ustrój dziecka. — W. Grzywo-Dąbrowski: Uwagi lekarza sądowego do projektu części szczegółowej kodeksu karnego. — P. Pręgowski: Obsadzanie katedr na wydziałach lekarskich. — J. Kurczyński: Przyszłość medycyny.

Lekarz Polski, rok V, nr. 10, z 1 października 1929. K. Koronkiewicz: Morskie kąpieliska zatoki ryskiej. — M. Zachert: Obecny stan jaglicy i jej zwalczanie w Polsce. — Medycyna społeczna zagranicą.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 10 z października 1929. Gantkowski: Cośmy zdziałali w pierwszem dziesięcioleciu Odrodzonej Polski dla przyszłości uzdrowisk polskich w świetle przeszłości i teraźniejszości. — W. Szczawińska: Przyczynek do propagandy zdrojowisk w Polsce.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 9 z września 1929. Różne popularne artykuły z dziedziny higjeny życia codziennego.

Pedjatrja Polska, tom IX, zeszyt 3—4, za maj, sierpień 1929. M. Wolfson: Adolf Koral. — K. Jonscher: Z epidemjologji odry. — J. Zeyland: Martwica prosówkowa wątroby u niemowląt. — J. Bogdanowicz: Porównawcze badanie odczynów skórnych Trambusti i Pirquet'a. — R. Barański i R. Trawiński: Przypadek skurczu odźwiernika wyleczony na drodze chirurgicznej. — W. Kwaskowski: Krwotoczność a choroba płonicza. — M. Dmochowska: Kilka uwag o środku przeciwkaszlowym „Danutol" Rawskiego. — J. Truszkowski: Powikłanie świnki przez surowicze zapalenie opon mózgowych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 42, z 17 października 1929. H. Strauss: Kiedy należy operować w cierpieniach pęcherzyka żółciowego? — M. Rosnowski: W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdzia. — St. Kramsztyk: Współczesny stan organoterapji (Streszcz. zbior. c. d.). — Mayzner: Rzeżączka wieku dziecięcego i związane z nią zagadnienia społeczno-higjeniczne.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, nr. 20, z 15 października 1929. Z życia Związku lekarzy P. P. — Z Izb lekarskich. — P. Specklin: Idealna oszczędność przymusowa jako rozwiązanie racjonalne ubezpieczenia społecznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XV. Nr. 5.

Z. H. Douglass, I. A. Siegel (Baltimore, Md). *Krytyczny rozbiór 64 przypadków łożyska przodującego.*

Z analizy tej wynika, że nieprawidłowość częściej występuje u białych kobiet, aniżeli u kolorowych. Najczęstszym zabiegiem, który stosowano był obrót na nóżkę. 14 razy wykonano cięcie cesarskie, a kilka kobiet urodziło siłami przyrody. Śmiertelność u matek wynosiła około 6%, u dzieci około 5,8% w co wliczone są również płody niedonoszone. Autorowie uważają cięcie cesarskie za najlepszy zabieg, który należy stosować częściej niż to się dzieje obecnie. Zabieg ten jedynie zabezpiecza życie rodzącej, (0% śmiertelności), a i ze względu na dziecko jest również polecenia godny.

Arthur E. Hertzler: (Halstead, Kansas) *Operacja usuwająca wypadanie macicy.*

Po plastyce pochwy i krocza cięcie poprzeczne Pfamenstiela. Wyciągniętą macicę obszywa się dokoła otrzewną, tak, że część jej dna wystaje ponad poziom otrzewny. O ile kobieta jest po okresie przekwitania przecina się trąbki. Następnie na przedniej ścianie macicy między obydwoma jej rogami wykonywa się cięcie poprzeczne, a w ranę wszywa się dolny brzeg powięzi. Brzeg płatu utworzonego z dna macicy przyszywa się do powierzchni wszytej w ranę macicy powięzi, Wszystko zaś przykrywa się górnym brzegiem powięzi.

Liczne rysunki objaśniają dostatecznie tekst.

C. P. Bauer: (Chicago Ill.) *Studjum porównawcze okresu zdrowienia 150 kobiet u których wykonano odcięcie macicy przez pochwę lub zapomocą otwarcia jamy brzusznej.*

Autor porównywa okres zdrowienia w 150 wybranych przypadkach dotyczących kobiet, u których wykonano wycięcie macicy trzema różnemi sposobami (hysterectomia vaginalis, supravaginalis, abdominalis). Do każdej grupy zaliczył on po 50 kobiet, a w wyborze przypadków kierował się przedoperacyjną ciepłotą, wysokością ciśnienia krwi, obrazem krwi i zawartością barwika krwi, zważając, aby omawiane przypadki wykazywały pod tymi względami podobieństwo. W ocenie zaś kierował się autor ilością dni gorączki pooperacyjnej, długością pobytu w zakładzie i przyczynami ewent. zejścia śmiertelnego. Brak wypadku śmierci po operacjach pochwowych przekonał autora o wyższości tej metody nad inemi sposobami. Ujemną stroną jej jest to, że metody tej nie można zastosować we wszystkich przypadkach. Natomiast droga brzuszna daje dwa razy większe niebezpieczeństwo i wymaga dłuższego pobytu w zakładzie.

W. H. Serbin (Chicago, Ill.): *Sprawozdanie z 320 wypadków śmierci u płodów w czasie porodu i bezpośrednio po nim w szpitalu Lying (Chicago).*

Sprawozdanie to obejmuje 320 wypadków śmierci u płodów, które zdarzyły się w ciągu 6 i pół lat w szpitalu Lying, z tego 107 płodów urodzonych nieżywo, w czem 60 płodów obumarłych w czasie porodu. Wypadki śmierci skutkiem krwotoku mózgowego zdarzyły się 18 razy skutkiem porodu siłami przyrody i 45 razy po operacjach (obrót, kleszcze). Na 5 przp. krwawień nadnerczy 2 razy zdarzyło się to u płodów urodzonych siłami przyrody. Na 66 przypadków zamartwicy było 48 płodów urodzonych przedwcześnie siłami przyrody, 5 płodów na czasie urodzonych również siłami przyrody i 13 płodów prawidłowych urodzonych zapomocą cięcia cesarskiego. Zaburzeń rozwojowych było 13. 4 razy przyczyną śmierci płodu była pituitryna, która odtąd w II. okresie uważana jest jako szkodliwa i w klinice tamtejszej używać jej w tym okresie nie wolno.

Z chorób zakaźnych wymienia autor 7 przyp. kiły w tem 1 przyp. pęcherzycy i 1 „pneumonia alba". Zejściem śmiertelnem skończyły się 4 przyp. zapalenia płuc i 1 przyp. zakażenia paciorkowcami przez ranę pępkową.

Francis W. Sovak: (New York). *Przewlekły nieżyt szyji* (badanie przed i pooperacyjne).

Istotną przyczyną nieżytów szyji macicy są przebyte porody i poronienia, podczas których powstają pęknięcia szyji (na 229 przyp. 165 razy). Bardzo często występują następnie obfite śluzowo-ropne upławy, trwające niekiedy miesiące i lata (w 80% przyp. trwały upławy około 2 lat). Co do innych schorzeń równocześnie występujących, to często stwierdzał autor nieprawidłowe położenie macicy (w 70% przyp.) rzadziej zaś zapalenia przydatków (około 11% przyp.). Mała liczba badanych przypadków (około 7%) nie wykazała pewnej, dającej się stwierdzić przyczyny nieżytu. Co do leczenia to w przypadkach nieprawidłowych położeń macicy naprawa jej położenia dawała wyleczenie, lub przynajmniej znaczną poprawę, o ile zaś nie można było stwierdzić przyczyny nieżytu, wykonywano plastykę szyji, wycinając w całości schorzałą błonę śluzowa.

Dobre wyniki miał autor w 88% przyp. a 66% leczonych kobiet zaszło następnie w ciążę i rodziło prawidłowo, siłami przyrody.

J. Bay Jacobs: (Washington D. C.). *Nowy położniczy „inclinometr".*

Autor podaje nowy model przyrządu do mierzenia kąta płaszczyzn miednicy kobiecej. Zaletą przyrządu jest to, że można go rozłożyć na części, wyjałowić a następnie bez pomocy wymierzyć dokładnie trójkąt utworzony przez spojenie, sprzężną prawdziwą i sprzężną przekątną.

E. Allen (Chicago Ill.): *Dwa przypadki częściowego zwyrodnienia wodniczkowego łożyska w późnej ciąży.*

Przypadki te dotyczą dwóch kobiet, które w 7 i pół i w 8-ym miesiącu urodziły płody z wyraźnemi obrzękami, a łożyska wykazywały częściowe zwyrodnienie wodniczkowe. Kobiety te miały również obrzęki, a badanie moczu wykazało u jednej z nich oprócz białka także wałeczki szkliste i ziarniste.

Salvatore di Palma: (New York, N. Y.). *Ciąża trąbkowa śródmiąższowa* (wraz z opisem przypadku).

W powstawaniu ciąży trąbkowej zakażenie tryprowe nie odgrywa tak wybitnej roli, jak to się zwyczajnie przyjmuje. Dowodzą tego rzadkie przypadki ciąży zewnątrzmacicznej u białych i kolorowych kobiet, które przeszły zakażenie. O wiele częstszą natomiast przyczyną są zakażenia po porodach i poronieniach.

Przebieg ciąży trąbkowej zależy od miejsca zagnieżdżenia się jaja zapłodniowego i od rozwoju naczyń w tem miejscu. O ile jaje zagnieździ się w jednej trzeciej zewnętrznej części śródmacicznego odcinka trąbki, ulega ona bardzo szybko pęknięciu, dłużej trwa ciąża w połowie, najdłużej zaś w jednej trzeciej części wewnętrznej trąbki, o ile oczywiście nie wystąpi poronienie do wnętrza macicy. Rokowanie jest o wiele gorsze niż w innych postaciach ciąży zewnątrzmacicznej.

W końcu opisuje autor przypadek pękniętej ciąży śródmiąższowej.

Irving F. Stein, Robert A. Arens (Chicago, Ill.): *Samotrzymający się przyrząd dla próby Rubina i wypełniania jodem.*

Opis przyrządu, który zapomocą osobnych urządzeń przytrzymuje kaniulę szyjkową do tylnej łyżki samoistnie trzymającego się w pochwie wziernika.

D. A. Calhorn (Troy, New York): *Poprawione krótkie kleszcze położnicze* (z 2 rycinami).

Jacob Sarnoff: (Brooklyn, N. Y.) *Opis przypadku przepukliny macicy i trąbek w pachwinowym kanale (Salpingohysterocele).*

W. E. Levy (New Orleans, La): *Samotrzymający się wziernik pochwowy boczny dla operacji na szyji.*

Opis trójdzielnego wziernika, który samoistnie utrzymuje się w pochwie, a przeznaczony jest głównie dla operacji na szyji macicy.

Myer N. Moss: (St. Paul, Minn.). *Nowy model kleszczy rotacyjnych* (z ryciną).

Walter E. Levy: (New Orleans, La). *Nowa kaniula maciczna* (z ryciną).

Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo węgierskie.
Gyarkorló orvos Könyvtára.

Nr. 10 1929.

Prof. Artur Hasenfeld: *O hypertonji.*

Hypertonję, względnie wahania w ciśnieniu krwi, występujące w zależności od naturalnego lub sztucznie sprowadzonego okresu przekwitania skutecznie zwalczać można za pomocą przetworów jajnikowych. Niezawodnie hormony jajnikowe poprawiają równowagę w wegetacyjnym układzie nerwowym.

Przetwory jajnikowe można podawać do wewnątrz, wstrzykiwać podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie. Godnem uwagi też jest w tym kierunku leczenie prokliman „Ciba".

Piśmiennictwo niemieckie.
Therapie der Gegenwart.

kwiecień 1929.

Dr. B. Molnar — jun.: *Leczenie chorych hypertonicznych tabletkami gruczołu tarczykowego.* Hypertonję zalicza się zwykle do przeciwskazań w leczeniu preparatami tarczycy. Autor poddał mimo to, terapji tarczykowej większą liczbę chorych w starszym wieku (między 40 a 60 rokiem życia) ze skłonnością do otyłości, duszności, obrzęków i hypertonji. Podawał on z początku 3 razy dziennie 0,1 gr. Glandulae Thyreoideae siccatae „Merck", zwiększając dawkę powoli do 0,15 3 razy dziennie. Co 6-ty dzień preparat odstawiano, a chorych poddawano kontroli. Leczenie to przeprowadzono w ciągu 3-ch tygodni, skutek był bardzo dobry. W każdym przypadku zmniejszała się waga ciała, obrzęk znikł, a ciśnienie krwi zmniejszało się znacznie. Działań ubocznych nie zauważono. Dietę ograniczono nieznacznie.

czerwiec 1929.

Dr. Gertrud Trepte (z oddziału nerwowego szpitala Berlin-Lankwitz): Autorka podaje wyniki przy stosowaniu zastrzyków podskórnych 20% roztworu Luminal'u. Używała preparatu w 40 przypadkach schorzeń organiczno-neurologicznych, mianowicie przedewszystkiem w miażdżycy rozsianej, Tabes dorsalis, Lues cerebri, ucisku wewnątrzczaszkowym i zapaleniu opon mózgowych po punkcji lumbalnej. Dr. T. używała Luminal również w bólach głowy, spowodowanych uciskiem na mózg, oraz bólach, którym towarzyszyły wymioty pochodzenia mózgowego. Dalej podawano go chorym z lżejszemi niedomaganiami psychicznemi. Dawkowanie wahało się między 0,5 a 2,5 cm^3, czyli między 0,1 a 0,5 g. Luminal'u pro dosi. Sen następował naogół po 30—45 minutach, i trwał zazwyczaj 6—8 godzin. Zdaniem autorki, nowy ten sposób podawania Luminal'u w postaci 20% roztworu, należy powitać z radością, jako zupełnie pewny w użyciu i nie dający żadnych objawów ubocznych.

Klinische Wochenschrift

Nr. 18 1929.

H. Eufinger, H. Wiesbader, L. Foscaneanu. *Doświadczenia na zwierzętach nad zapobiegawczem działaniem Vigantol'u.* Zawartość w młodziwie lub mleku zdrowych położnic, nie wystarcza do wyleczenia wywołanej doświadczalnie ciężkiej krzywicy u szczurów, lub polepszenia tego stanu. Podawanie matkom Vigantol'u powoduje nadzwyczaj wielkie nagromadzenie witaminy D w młodziwie i w mleku, co umożliwia w krótkim czasie wyleczenie nawet najcięższej krzywicy u szczurów. Podawanie Vigantol'u przez czas dłuższy nie jest konieczne; wystarczy, jeżeli zastosuje się go na dzień przed pobraniem mleka. Witamina przechodzi natychmiast i bezpośrednio do wydzieliny gruczołu piersiowego. Zapobiegawcze leczenie osesków przez podawanie Vigantol'u matce, jest zatem możliwe. Oseski, znajdujące się w szczególnie niepomyślnych warunkach higienicznych lub takie, które tylko częściowo karmi się piersią, można zatem ochronić przed krzywicą, podając Vigantol matce.

Deutsche med. Wochenschrift.

Nr. 22. 1929.

Oddział nerwowy miejskiego szpitala Hufeland w Berlinie.

Dr. H. Pinéas. *Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem Harmin'y „Merck".* Autor omawia doświadczenia swoje z Harmin'ą „Merck", którą stosował podskórnie u 24 pacjentów, zmieniając indywidualnie dawkowanie. Z 13 przeważnie badzo ciężkich przypadków Parkinsonizmu po zapaleniu mózgu wywarła Harmina u 10 pacjentów wpływ bardzo dodatni. Z 5 przypadków paralysis agitans — 3 wykazały polepszenie. Na chorych w stanie odrętwienia z innej przyczyny, preparat nie działał prawie wcale. Dawkowanie wahało się między 0,03 a 0,05 g. Optimum działania występowało średnio po 40 minutach i trwało kilka godzin, poczem zwolna ustępowało. U niektórych chorych wywoływał jeden jedyny zastrzyk Harmin'y „Merck" nawet kilka tygodni trwające tak podmiotowo jak i przedmiotowo polepszenie zdolności ruchowej mięśni. Chorych obserwowano szczególnie w ważnych dla chorego sytuacjach codziennego życia, mianowicie przy ubieraniu i rozbieraniu się, goleniu, jedzeniu i t. d. Dodatni wpływ wywierał preparat także na wyraz twarzy, mimikę i mowę. Autor streszcza wyniki swoje, oświadczając, że Harmin'a „Merck" jest bardzo wartościowym środkiem dla zwiększenia zdolności ruchowej przedewszystkiem u chorych z Parkinsonizmem po zapaleniu mózgu. Pozatem zdaje się ona wywierać także dodatni wpływ na Paralysis agitans.

Münch. med. Wochenschrift.

Nr. 26. 1929.

Dr. K. Brückl i Dr. F. Mussgnug: *Mineralogiczny Instytut w Monachjum.* Nie tak dawno stwierdzono identyczność Harminy z Banisteryną w laboratorjach fabryki chemicznej E. Merck, Darmstadt, tak pod względem chemicznym jak i fizykalnym. Autorowie użyli obecnie i metod krystalograficznych dla zbadania identyczności tych preparatów, mianowicie goniometrycznych kryształów, badania zapomocą mikroskopu polaryzacyjnego i badania rentgenograficznego kryształów. Metody te są daleko dokładniejsze od innych. Właśnie przy badaniu Harminy i Banisteryny

uwydatniła się celowość tych metod. Okazało się, że forma kryształu, własności optyczne, gęstość i układ Harminy i Banisteryny są te same. Nie może być zatem wątpliwości co do identyczności tych dwóch alkaloidów.

Nr. 23. 1929.

Dr. A. Kollman (Miejskie sanatorjum dziecięce w Augsburgu): *W sprawie dawkowania Vigantol'u.* Autor omawia działanie Vigantol'u w dawkach po 2 mg pro die. Tą małą dawką osiągnięto w 73 przypadkach początkowej i rozwiniętej krzywicy zupełne wyleczenie, wszystkie objawy chorobowe przeciętnie ustępowały w przeciągu 26-ciu dni, mimo, że badania przeprowadzano podczas ubogich w światło, niesprzyjających wyleczeniu krzywicy, miesięcy zimowych. Nawet w najcięższych przypadkach, dawki ponad 2 mg, nie były konieczne. Ważnem jest także, że wśród leczonych dzieci był wielki odsetek z komplikacjami innych organów (odoskrzelowe zapalenie płuc, ropomocz, czyraczność, zapalenie ucha środkowego i t. d.) i że mimo to wyleczenie krzywicy Vigantolem nie zostało wstrzymane. Można zatem twierdzić, że dawka 2 mg dziennie wystarcza do wyleczenia we wszystkich przypadkach krzywicy. Dawki większe żadną miarą lepszego skutku nie wywołują. Występowania nabłonka cylindrycznego w moczu w rzadkich przypadkach nie należy przypisywać, jak sam autor spostrzegał, działaniu ubocznemu Vigantol'u, ponieważ, na tej samej stacji, w tym samym czasie, zaobserwowano wspomniany objaw również u dzieci, które Vigantol'u nie otrzymywały.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

V Posiedzenie naukowe z dnia 22 lutego 1929 r.
Przewodniczy Kol. Gąsiorowski.

1) Kol. Hilarowicz przedstawia nader rzadki przypadek *nawrotu wrzodu trawiennego po wycięciu żołądka według Rydygiera* u mężczyzny operowanego przed 2-ma laty z powodu wrzodu dwunastnicy. Nawrót przedstawiany należy zaliczyć do t. zw. prawdziwych, t. j. takich, które powstają w samej bliznie w odróżnieniu od fałszywych t. j. wrzodów już przedtem istniejących a przeoczonych w czasie pierwszej operacji. Mowca omawia etjologję nawrotów pierwszego rodzaju, zwracając uwagę na to, że do powstania ich potrzeba całego zespołu niekorzystnych warunków, jak niezupełne wycięcie części odźwiernikowej, szew jedwabny, zmiany zapalne w otoczeniu, anastomozy i inne. W każdym razie późne powikłania jak nawrót wrzodu, zwężenia obserwowano w klinice lwowskiej wyłącznie przy metodzie Rydygiera tak. że metoda Bilrota II — Krönleina — Reichla niewątpliwie pod tym względem zasługuje na pierwszeństwo jakkolwiek jest mniej fizjologiczną; metody Rydygiera nie wolno nigdy wymuszać kosztem radykalności usunięcia części odźwiernikowej, drożności anastomozy i pewności szwu, toteż mowca rezerwuje ją tylko do wyjątkowych przypadków.

W dyskusji: Kol. Franke M. podkreśla, iż operacyjne wycięcie wrzodu nie zamyka leczenia, lecz wymaga dalszego leczenia przez internistę. — Kol. Pisek: Nie ulega wątpliwości, że jedną obok szeregu innych przyczyn nawrotów wrzodu po zabiegu chirurgicznym leży w niedostatecznem leczeniu internistycznem po operacji. Jest to kwestja pierwszorzędnej wagi — wpływa ona decydująco na statystykę. Wszak jeden z wybitnych chirurgów[1]) oświadczył wprost że wyniki zależą nietylko od doskonałej techniki, wielkiego doświadczenia operatora, unikania szkody możliwej z narkozy — ale i od tego czy „po dokonanej operacji odesłano napowrót chorego do fachowego leczenia następowego (wewnętrznego *(zur sachgemässen internen Nachbehandlung)* do internisty wzgl. lekarza praktyka.

Ważność leczenia takiego jakkolwiek powszechnie uznawana zdaje się jednak dotąd nie weszła w czyn; widać że uznano za potrzebne książkowo przedstawić np. djetetykę pooperacyjną — jak to uczynił Kelling i wielu innych.

Z ogólnego znów stanowiska oceniając wyniki leczenia chirurgicznego wrzodu — o czem nieraz w tem tow. obszerniej mówiłem musimy powiedzieć:

Wyniki bezpośrednie są niewątpliwie b. dobre. Wyniki dochodzą do 98%. Wyniki trwałe — trudno ocenić. Statystyka tu zawodzi, jest wręcz niemożliwą, często złudną — jakkolwiek wyleczenie „trwałe" w przybliżeniu również z pewnością przewyższą połowę operowanych.

Nie mamy tu do czynienia z chorobą miejscową — nie z wrzodem lecz z chorobą wrzodową powstałą na tle konstytucjonalnem — przy współdziałaniu szeregu czynników nerwowych, naczyniowych, humoralnych i wreszcie miejscowych. Ani leczenie chirurgiczne ani leczenie internistyczne nie jest schorzeniem idealnem. Zasadniczo schorzenie wrzodowe jest schorzeniem internistycznem. Zadaniem naszem powinno być jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby — wtedy przypadki wymagające zabiegu chirurgicznego będą mniej częste. Zabieg chirurgirczny właściwie usuwający tylko objaw najgroźniejszy — mimo wszystko — będzie miał zawsze swoje niezaprzeczone ścisłe wskazania.

Jeżeli chirurdzy zarzucają internistom że zbyt późno odsyłają chorych do zabiegu to przypominam że wogóle nie wiemy kiedy choroba się rozpoczęła, że b. często chory zgłasza się dopiero gdy zmiany anatomiczne są szeroko rozwinięte że wreszcie choroba b. często przebiega latami skrycie, że zmiany anatomiczne stoją nieraz w rażącym niestosunku do przypadłości — i na odwrót, że wrzód — goi się nieraz bez naszego udziału — a znów leczenie internistyczne celowe i należyte — ma wcale dobre wyniki. — Kol. Schramm podnosi, że leczenie internisty już po utworzeniu się wrzodu jest bardzo mało wydajnem, — zwykle koniecznym jest zabieg operacyjny. Szybkość tworzenia się nawrotu zależy od nekrozy blizny i zwężenia części oddźwiernikowej, powodującej silne zakwaszenie żołądka. Dobór metody operacyjnej zależy od zmian chorobowych w każdym wypadku. — Kol. Hilarowicz zwraca uwagę że w klinice chirurgicznej operuje się tylko te przypadki które są niedostępne dalszemu leczeniu wewnętrznemu ze względów anatomicznych lub społecznych i że bynajmniej nie lekceważy się leczenia wewnętrznego a zwłaszcza współdziałania z internistą po operacji, co jedynie może zapewnić trwały i dobry wynik.

2) Kol. Elmer i Scheps omawiają przypadek *cukromoczu nerkowego.*

3) Kol. Czyżewski K. omawia przypadek *skrętu esicy.*

W dyskusji Kol. Schramm H.: w przypadkach takich, jak przedstawiony należy robić cięcie po lewej stronie lub w linji środkowej, cięcie po prawej stronie — to wielkie utrudnienie dalszego zabiegu. — Kol. Ostrowski zwraca uwagę, że założenie kleszczyków Mikulicza było zabiegiem wyjątkowym, — zwykle otwiera się jamę brzuszną i stara się utworzyć połączenie, zbliżone do normalnego. Nie należy zbyt obawiać się zakażenia otrzewnej masami kałowemi.

4) Kol. Bocheński wygłasza odczyt p. t. *Znaczenie i organizacja zawodowej i pedjatrycznej opieki nad noworodkiem w klinikach i oddziałach położniczych.* (Przeznaczone do druku w Ginekologji Polskiej).

W dyskusji: Kol. Groër Fr. podkreśla doniosłość współpracy położnika i pedjatry, omawia organizację służby pielęgniarskiej we Lwowie tudzież opieki nad dzieckiem, — wreszcie zaznacza iż niedostateczność kredytów, udzielanych na ten cel nie pozwala na usunięcie braków, do dzisiejszego dnia istniejących. — Kol. Sołowij podnosi, że odział położniczy Szpitala powszechnego posiada również fachową opiekę nad niemowlętami (jeden lekarz - pedjatra i dwie pielęgniarki). — Kol. Węgrzynowski L. zauważa, że wojna nauczyła nas, co znaczy fachowa pielęgnacja chorego, — praca pielęgniarek daje znakomite rezultaty w przychodniach gruźliczych.

Sekretarz: *St. Legeżyński.*

IV. Polski Zjazd Stomatologiczny jako XXII. Sekcja Zjazdu Przyrodników i Lekarzy polskich w Wilnie.

Od 26. — 29. września 1929 odbył się w Wilnie IV. Polski Zjazd Stomatologiczny przy bardzo licznym współudziale uczestników. Około 150 lekarzy-dentystów i stomatologów zjechało do Wilna. Słabo reprezentowaną była Wielkopolska i zachodnia Małopolska, silniej Małopolska wschodnia, przeważały północno-wschodnie kresy i Warszawa.

Głównym tematem obrad były choroby okolicy przyzębnej, przedwczesny zanik wyrostka zębodołowego, powodujący w późniejszych okresach rozchwianie zębów i bardzo często ropne zapalenie dziąseł. Badania anatomiczne, bakterjologiczne,

[1]) Finsterer: Med. Kl. 1927. Nr. 15/16.

anatomo-patologiczne, eksperymentalne i kliniczne oraz związek przyczynowy z chorobami ustroju przedstawił w $1^1/_2$ godzinnym referacie Prof. Cieszyński ze Lwowa. Prelegent wskazał na łączność z zaburzeniami w podstawowej przemianie materji nadmierną zasadowością ustroju, z gruczołami wkrewnemi, ze skazą moczanową, cukrzycą, autointoksykacją wskutek przewlekłego zaparcia stolca oraz nadmierna kwasotą żołądkową. Referat na drugi temat główny o leczeniu zachowawczem i ogólnem spraw parodontalnych (okolicy przyzębnej) wygłosił również Prof. Cieszyński w zastępstwie nieobecnego prelegenta, podając równocześnie swoje sposoby leczenia, zmierzające do uzyskania pomyślnych wyników. — Trzeci temat główny: *„O najlepszem leczeniu korzeni"* opracował obszernie Prof. Hilary Wilga z Warszawy, przedstawiając historycznie rozwój leczenia przewodów i podając sposoby polecane w ostatnich czasach oraz sposoby własne. — O zmianach anatomo-patologicznych w tkankach okołozębowych i szczytowych referowali lek. dent. Mokrzycki, Bartoszek i Gombiński (wszyscy prelegenci z Warszawy). Wielkie zainteresowanie wzbudził również temat: *„Historyczny przegląd krytyczny operacji odcięcia wierzchołka korzenia po 23-letniem doświadczeniu"*, wygłoszony przez Prof. Cieszyńskiego z koreferatem: „O klinicznych, roentgenologicznych, anatomo-patologicznych i bakterjologicznych wynikach badań zębów po odcięciu wierzchołka korzenia", opracowanym przez st. asystenta Instytutu dentystycznego Uniwersytetu J. K. we Lwowie lek. dent. Józefa Jarząba, a obecnie zast. prof. stomatologji przy Uniwersytecie Poznańskim. — Operację resekcji korzenia wprowadził do Polski Prof. Cieszyński, przedstawiając wyniki swoich doświadczeń już w r. 1912 na Zjeździe w Krakowie. Obecnie podał szereg przyczynków, dotyczących przygotowań do operacji, techniki samej operacyjnej i kontroli roentgenowskiej. Na 1.000 zębów operowanych można zanotować 5 wyników ujemnych. 11% przypadków wymaga ponownego wyłyżeczkowania z powtórzeniem leczenia korzenia. Operacja przeszła ogniową próbę. Zęby operowane mogą nietylko pełnić funkcje własne ale i zwiększoną i służyć za filarki pod mostki. Prelegent przedstawił kilka przypadków tego rodzaju. Operacja ta jest jedną z najwybitniejszych zdobyczy ostatnich 25 lat, wymaga jednak doskonałej techniki i wielkiej dokładności podczas przygotowawczego leczenia, inaczej wyniki będą ujemne. *„O jamach szczękowych"* znajdujących się powyżej górnych bocznych zębów, mówił Dr. Mancewicz z Wilna, demonstrując bardzo ciekawe preparaty korozyjne jam szczękowych. Dr. Mancewicz — Wilno referował również o leczeniu lampą kwarcową, lampą Sollux i o stosowaniu prądów d'Arsonvala przy chorobach okolicy przyzębnej.

O klinicznych przypadkach, dotyczących *powikłań zębowych z jamą szczękową* wygłosił referat Dr. Drozdowski z Krakowa. — Eksperymentalną pracę przedstawiła Dr. Bardaszówna z Lwowskiego Instytutu dentystycznego Uniw. J. K. — O znaczeniu statystyk w zębolecznictwie mówił lek. dent. Ligęza z Inowrocławia. — Dr. Gayer z Berlina przedstawił bardzo ciekawy film: *„Ustawianie całkowitych dostawek sposobem Gysi'ego"*. — Pokaz ten świadczył, że nie wystarcza tylko znajomość techniki ale i znajomość teorji, opierającej się na wynikach badań naukowych.

Wysoki poziom wykładów, bardzo ciekawa dyskusja jest dowodem wielkiego rozwoju stomatologji w dziesięcioleciu istnienia Państwa Polskiego i wykazywał — podobnie jak udowodniono to już na poprzednich Zjazdach we Lwowie, Warszawie i Krakowie, że istnieje wielki wpływ ustroju na uzębienie i odwrotnie; wskazanem jest rozszerzenie studjów dentystycznych przez pogłębienie ich w kierunku ogólnej medycyny.

Zębolecznictwo nie jest obecnie li tylko techniką i rękodziełem, lecz poważną gałęzią medycyny; bez gruntownych wiadomości z nauk lekarskich nie można obecnie wykonywać zębolecznictwa, o ile leczenie zębów i szczęk ma stać na poziomie nauki, przynosić korzyści choremu a nie wywoływać ujemnych skutków, niewidocznych na razie, ale pojawiających się dopiero z biegiem czasu. — O wielkiem zainteresowaniu uczestników świadczy to, że do ostatniej chwili obrad, trwających przez 3 dni do godz. $7^1/_2$ wiecz. sala była wypełniona szczelnie. Koledzy wileńscy przyjęli przybyłych gości z wielką serdecznością, za którą im się należy uznanie i wdzięczność.

Następny, t. j. V. Zjazd stomatologiczny ma się odbyć za dwa lata we Lwowie, VI. zaś za cztery lata w Poznaniu.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Prof. Ludwik HIRSZFELD. Warszawa.

Kilka uwag w sprawie reformy nauczania higjeny na uniwersytetach.

Świadome dążenie szerokich mas do higjenicznych i kulturalnych warunków bytu, rozwój ubezpieczeń społecznych i rozbudowa administracji sanitarnej wysuwają na pierwszy plan sprawę nauczania higjeny publicznej. Słusznem jest twierdzenie, że obowiązek lekarza zaczyna się nie przy łóżku chorego lecz zdrowego i że powinien on uprawiać nie tylko leczenie jednostki, ale terapję i profilaktykę społeczną. Higjenista świadomie odnoszący się do zadań, jakie wymaga od niego uczelnia i społeczeństwo, musi przyznać, że ani zasób jego wiedzy, ani doświadczenie, ani wreszcie sfera jego zainteresowań nie obejmują więcej całokształtu zagadnień zdrowia i że organizacja współczesna zakładów higjenicznych bez bardzo daleko idącej reformy nie nadaje się do rozbudowy nauczania higjeny.

Higjena w nauczaniu uniwersyteckim zwraca za dużo uwagi na sprawy często nieistotne, lub też takie, które nie są w ewidencji lekarza. Sprawy klimatu, regulacji cieplnej, chemji i bakterjologji gleby i t. p. zajmują dużo miejsca w nauczaniu, podczas gdy sprawy tak istotne, jak ruch ludności, ubezpieczenia społeczne, profilaktyka na terenie, ocena stanu zdrowia pewnej populacji, niezbędne zarządzenia administracyjne nie mają dostatecznego wyrazu w nauczaniu higjeny. Brak też warunków dydaktycznych, kontaktu z terenem, by student mógł zetknąć się z zagadnieniami higjeny, jako zagadnieniem społecznem. Niektóre uniwersytety, odczuwając niewystarczający sposób nauczania higjeny, wprowadziły katedry medycyny społecznej, wyodrębniając w ten sposób sprawy higjeny indywidualnej od higjeny społecznej. Głównym motywem tego podziału było, że w badaniu zjawisk masowych niezbędne są inne metody przedewszystkiem metody statystyczne i że w ocenie zjawisk społecznych grają rolę nietylko nauki przyrodnicze. Bez wątpienia jest to pewien postęp, dający prelegentowi możność omówienia szczegółowego niektórych zjawisk, traktowanych zbyt po macoszemu na wykładach z higjeny. Mimo tego podkreślić należy, że różnorodność tematów, która z punktu widzenia pedagogicznego i badawczego jest główną trudnością w nauczaniu higjeny, spotyka się i nawet w stopniu spotęgowanym w higjenie społecznej.

Poniżej podaję spis rzeczy podręcznika higjeny społecznej Gottsteina, Schlossmanna i Teleki:

1) Metody statystyki.
2) Ruch ludności.
3) Zagadnienia dziedziczności i higjeny rasy.
4) Antropometrja.
5) Propaganda.
6) Organizacja służby zdrowia.
7) Higiena pracy.
8) Budowa szpitali.
9) Domy dla starców.
10) Pielęgniarstwo.
11) Ratownictwo.
12) Kąpiele.
13) Ubezpieczenia społeczne.
14) Wybór zawodu.
15) Choroby zakaźne.
16) Fizjologja pracy.
17) Mieszkania.
18) Klimat.
19) Odżywianie.
20) Socjologja chorób wewnętrznych.
21) Socjologja chorób zakaźnych.
22) Socjologja chorób kobiecych.
23) Socjologja chorób dziecięcych i t. p.
24) Wychowanie fizyczne.
25) Opieka nad matką i dzieckiem.
26) Higjeny szkolna.
27) Opieka nad młodocianymi.
28) Dezynfekcja.
29) Ubezpieczenia społeczne.
30) Lekarz u inwalidów.

Nie wydaje mi się możliwem, ażeby profesor mógł się znać jednocześnie na socjologii chorób zakaźnych i inżynierji sanitarnej, na zagadnieniach eugeniki i odżywianiu, budowie szpitali i wychowaniu fizycznem lub administracji sanitarnej. Profesor wyższej uczelni powinien znać metodykę i problematy nauki, którą wy-

kłada. Nie znaczy to naturalnie, by musiał twórczo pracować we wszystkich działach. Sposób ujęcia zagadnienia, strona doświadczalna, wreszcie piśmiennictwo muszą być przez niego opanowane. Profesor, który jedynie referuje treść podręcznika nie rozbudzi zainteresowania i nie będzie miał dla słuchacza autorytetu, który się zdobywa jedynie przez przeżycie zagadnień, o których się mówi. Najcięższe, powiedziałbym najtragiczniejsze, zagadnienie profesora higjeny, wielostronność objektu, którego objąć nie może, a wykładać musi, nie zostaje bynajmniej usunięte przez wyodrębnienie medycyny społecznej, jako oddzielnego objektu nauczania. Higjena społeczna według wielu higjenistów społecznych obejmuje nie tylko nauki przyrodnicze, ale i socjologję, ekonomję polityczną i prawo. Naturalnie, nauka o społeczeństwie powinna być nauczana nie tylko z punktu widzenia patologji, przynajmniej dla działaczów społecznych, a powinna uwzględniać linje rozwojowe społeczeństwa, bogactwo i zdolności wytwórcze i eksportowe kraju i t. p. Powiedzmy sobie otwarcie, że tak szeroko ujęta nauka o zdrowiu społeczeństwa, obejmująca wszystkie przejawy życia społecznego, nie może być objektem nauczania i badania jednego człowieka. Dlatego nauczanie higjeny nie może obejmować całokształtu bytowania społeczeństwa, a powinno się ograniczać w pierwszej linji do tych dziedzin, które są pod wpływem działalności lekarza. Słyszę często, że higjena jako nauka o sposobach zachowania zdrowia, powinna być w pewnym momencie kształcenia studenta przedstawiona mu, jako całość jednolita. Jest to słuszne, jeśli rozchodzi się o wstęp do nauki higjeny, o pojęcie profilaktyki społecznej i podkreślenie jej znaczenia. Jest to jednak niemożliwe, jeśli mamy mówić o zagadnieniach specjalnych i wejść w meritum sprawy. Patologja ogólna jest przecież również wykładana dla tłomaczenia studentowi pojęć ogólnych, szczegóły i terapja są wykładane dopiero w różnych klinikach. Dlatego nie widzę motywu, dla którego patologja i terapja społeczna miałyby być przedstawione jako jednolita całość, mimo że patologja społeczna jest w wielu swoich objawach więcej skomplikowana i mniej znana, niż patologja pojedyńczego ustroju. W urzędach administracyjnych agendy higjeny muszą być zespolone tak, jak szpital jednoczy szereg oddziałów, poświęconych różnym chorobom. Są to jednak konieczności urzędowania, przyczem szef sanitarny reprezentuje inicjatywę sanitarną wzgl. egzekutywę, wiedzę szczegółową pozostawia jednak swoim referentom. Profesor jednak musi umieć to, co wykłada i granice, zakreślone pamięcią i inteligencją prelegenta i badacza powinny być granicami wykładanego przedmiotu. Podział na katedry medycyny społecznej i higjeny indywidualnej nie rozstrzyga, jak widzimy, spraw nauczania higjeny z punktu widzenia możności intelektualnych profesora. Stwarza on specjalność z społecznego ujęcia badzo różnostronnych zagadnień. Ponieważ jednak zróżniczkowanie nauczania higjeny wydaje mi się koniecznością, to należałoby się zastanowić po jakiej linji i w jaki sposób podział ten powinien nastąpić. Wydaje mi się słuszniejszem, ażeby pewne przedmioty higjeny były omawiane wszechstronnie przez jednego prelegenta, a zatem zarówno z punktu widzenia społecznego, jak i patologji indywidualnej. Omawiając sprawy gruźlicy, uwzględniamy przecież jej epidemjologję i zależność od warunków mieszkaniowych, pracy zawodowej i odżywiania i każdy niezbyt jednostronny bakterjolog zna i interesuje się temi zagadnieniami. Jeżeli nawet temperament badacza laboratoryjnego lub pewne prądy w medycynie przyczyniają się często do przeceniania czynnika etjologicznego, to jest kwestją drobnego wysiłku i dobrej woli, by tę sprawę omówić wszechstronnie. Być może przemawia przezemnie psychologja teoretyka, ale nie wydaje mi się możliwem omówienie zarządzeń sanitarnych, sprawy izolacji bez analizy pojęcia utajonego zakażenia, sprawy powstawania epidemji, bez opanowania zagadnienia mutacji drobnoustrojów i epidemjologji doświadczalnej i t. p. Dlatego byłoby wskazanem, by reforma przy wyodrębnianiu nowych gałęzi wzgl. nowych przedmiotów nauczania higjeny liczyła się przedewszystkiem z odrębnością metodyki, głębią i faktycznem wyodrębnieniem pewnych gałęzi wiedzy, by uwzględniała zatem możności pedagogiczne i badawcze, jednem słowem psyche wykładowcy. I tutaj uczy nas życie, że szereg zagadnień, związanych z nauką o zdrowiu, z medycyną zapobiegawczą, wymaga specjalistów. Higjena pracy nie może być wykładana ani przez bakterjologa, ani człowieka, który się poświęcił badaniom statystycznym lub demograficznym. Gałąź ta wymaga wyszkolenia fizjologicznego znajomości toksykologji i jedynie w związku z temi badaniami można rozumnie oświetlić sprawę prawodawstwa społecznego i ochronę pracy. Sprawa higjeny odżywiania wymaga nietylko znajomości metabolizmu, ale i możności produkcyjnej kraju, jakości jego produktów, sposobów odżywiania różnych warstw społeczeństwa. Takie ujęcie jest możliwe jedynie przez specjalistę. Najwdzięczniejsze zadanie higjeny społecznej — opieka nad dzieckiem — może być pozostawione pedjatrze, na co zresztą wskazuje życie. Znamy wielkie zasługi naszych pedjatrów w tej sprawie. Inżynierja sanitarna dawno przestała być sprawą, w której lekarze mają coś więcej do powiedzenia. Gałąź tę należy całkowicie pozostawić inżynierom sanitarnym. Jeżeli zatem zastanowimy się jakie specjalności powinny być wykładane, to powinniśmy przedewszystkiem wyodrębnić te, które z większem powodzeniem mogłyby być przedstawione przez przedstawicieli katedr innych, już istniejących. Do tej gałęzi zaliczyłbym opiekę nad matką i dzieckiem higjenę umysłową, higjenę odżywiania, ew. sporty i wychowanie fizyczne, (to ostatnie należy więcej do internisty lub fizjologa, wzgl. mogłoby być połączone z higjeną pracy). Do higjeny właściwej zatem musielibyśmy zaliczyć: medycynę zapobiegawczą w szerszem tego słowa znaczeniu, profilaktykę chorób zakaźnych na wyższym poziomie z uwzględnieniem strony społecznej, higjenę zawodową (pracy), szkolną, odporność rasową i eugenikę, szereg spraw z inżynierji sanitarnej, statystykę i demografję, wreszcie administrację sanitarną i ubezpieczenia społeczne. Widzimy zatem, że nawet po odrzuceniu niektórych działów, otrzymujemy zbyt wielką wielostronność dla wykładów, które mógłby objąć jeden człowiek. W naszych warunkach ekonomicznych jest chwilowo nie do pomyślenia próba stworzenia dla poszczególnych działów poszczególnych katedr. Należałoby jednak nauczanie higjeny zorganizować w ten sposób, by profesor higjeny mógł przyciągać bądź teoretyków, bądź praktyków z tej dziedziny do wykładów zleconych, któreby się odbywały pod jego ogólnym kierunkiem. Profesor higjeny musiałby zatem obejmować pewną całość z punktu widzenia metod nauczania i potrzeb lekarza. Część wykładów, szczególniej zajęcia praktyczne, musiałyby się jednak dla niektórych przedmiotów odbywać w formie wykładów zleconych. Które z tych zagadnień byłoby centralnem zagadnieniem profesora, a które wolnoby mu było oddać, jako wykłady zlecone, powinno zależeć ściśle od jego specjalności i od sfery jego zainteresowań. Konieczność większej specjalizacji jest zjawiskiem, które daje się odczuwać i w innych gałęziach wiedzy; szereg uniwersytetów rozstrzyga to palące zagadnienie przez przerzucanie wykładów specjalnych na siły pomocnicze, pozostawiając profesorowi wielkie i zasadnicze zagadnienia podług jego uznania. Dlatego nie omawiam bliżej ani sprawy programu, ani węższego podziału — sprawy te mogą być traktowane jedynie indywidualnie. W związku jednak z taką reformą nauczania higjeny, muszą iść w parze dwie sprawy: reorganizacja zakładu i reorganizacja zajęć praktycznych. Zakłady higjeny powinny być więcej zróżniczkowane, mieć więcej oddziałów kierowanych przez ludzi samodzielnych, którzy powinni być jednocześnie w kontakcie z niektóremi gałęziami administracji sanitarnej i prawodawstwem społecznem. Zajęcia z higjeny nie powinny się jedynie ograniczać do badań laboratoryjnych. Określenie blasku lub wykonanie badań powietrza, których lekarz nigdy nie robi, wydaje mi się bezcelowem. Natomiast student powinien móc na terenie ocenić zdrowotność pewnego osiedla, zorjentować się, na czem błędy sanitarne polegają, jaka jest kontrola środków spożywczych i mleka, jakie są studnie i woda, jakie zabiegi sanitarne i administracyjne są niezbędne. Np. w Brazylji i Rumunji egzamin z higjeny polega na podobnej ocenie. Tem, czem szpital jest dla klinicysty, jest teren dla higjenisty t. zn. objektem badań i działania. Takie prace na terenie, kontakt z urządzeniami opieki społecznej są jednak niemożliwe, jeśli nauczanie higjeny będzie nadal bez żadnego kontaktu z urzędami administracyjnemi. Forma tego kontaktu, metodyka nauczania na terenie, podział wykładów i reorganizacja zakładów — to są zagadnienia nauczania higjeny.

Niepodobieństwem jest podać całokształt ewent. planów, dotyczą one bowiem nietylko wyszkolenia i zainteresowania intelektualnego ale i sposobów podziałania na psychikę i pobudzenia instynktów społecznych młodzieży uniwersyteckiej. Metody takiego oddziaływania w stosunku do zagadnień higjeny muszą być dopiero stworzone. Jedno zdaje mi się jednak ważnem: mianowicie zbliżenie młodego medyka do pracy realnej na terenie. Pokazanie nędzy życia naszego może stworzyć zainteresowanie dla planów higjenicznego odrodzenia kraju. Podaję do dyskusji parę sposobów, by przerzucić praktykę higjeny na teren, bez pretensji zresztą do wyczerpania tematu. Tak np. uważałbym za wskazane, by studenci medycy odbywali praktykę u lekarzy powiatowych lub sanitarnych miejskich, w fabrykach u ew. lekarzy fabrycznych i t. p. Naturalnie nie wszystkie powiaty i okręgi, nie wszyscy lekarze by się do tego nadawali, należałoby stworzyć rozumną selekcję. Podniesie to poziom wielu lekarzy powiatowych, gdy będą zmuszeni pokazać młodym kolegom swoją pracę, zwróci uwagę medyka na pracę higjenisty. Nie wątpię że podobna akcja znalazłaby całkowite popar-

cie obecnego Ministra Spraw Wewnętrznych. Przez przesunięcie wyszkolenia na czas wakacyjny, stworzenie pewnej liczby stypendjów wzgl. etatów dla pomocników lekarzy powiatowych możnaby taką akcję ułatwić. Przeszkolenie to możnaby zresztą przełożyć na rok praktyczny. Zarezerwowanie tego roku jedynie dla pracy szpitalnej nie odpowiada, mojem zdaniem, współczesnym koniecznościom społecznym i wielostronnym czynnościom, których społeczeństwo wymaga od lekarza. Prace w instytucjach użyteczności publicznej, zakładach higjeny, ośrodkach zdrowia, przychodniach kas chorych, poradniach i t. p. powinny być uwzględnione w roku praktycznym. W roku praktycznym powinna być dana możność specjalizacji w kierunku higjeny. O ile ustawa przewiduje jedynie pracę w szpitalu, to przecież byłoby możliwe wewnętrzne porozumienie się wydziałów lekarskich i zainteresowanych ministerstw. Szkolenie w dziedzinie higjeny na terenie zostało wprowadzone już w niektórych uniwersytetach. W Zagrzebiu np. studenci biorą udział w lekcjach asanizacji wsi, przyczem fundacja Rockfellera udzieliła dość znacznych zapomóg.

Obecnie przy pomocy fundacji Rockfellera i dzięki z takim rozmachem prowadzonej pracy Komitetu Higjeny Ligi Narodów pod kierunkiem Rajchmana, zostały stworzone wielkie prądy międzynarodowe w tej dziedzinie. Zainteresowanie Komitetu Higjeny sprawami nauczania higjeny wyraziło się zresztą w stworzeniu specjalnej komisji. Należałoby się zastanowić, czy możnaby zahaczyć nauczanie higjeny na uniwersytetach o tę pracę i wykorzystać środki i sposoby, jakiemi te organizacje starają się spotęgować zainteresowanie higjeną. A zatem zbiorowe wycieczki studentów, praktyka przy poszczególnych akcjach uzdrowotnienia w kraju i zagranicą, zachęcanie i selekcjonowanie materjału ludzkiego przez udzielanie stypendjów do Szkoły Higjeny w Warszawie lub zagranicą, ew. pobyt przez pewien czas w sekcji higjeny w Genewie, jak to np. zostało zorganizowane dla prawników, i t. p.

Jest mojem głębokiem przeświadczeniem, że apel do pracy nad medycyną zapobiegawczą powinien być skierowany już do młodzieży uniwersyteckiej. Szkoły higjeny mogą się zająć wyszkoleniem i specjalizacją ludzi, zdecydowanych poświęcić się higjenie. Okres uczulenia intelektualnego i duchowego trwa krótko — zwykle tylko w latach uniwersyteckich — i z tego okresu należy skorzystać, żeby zapalić do spraw higjeny. Później twardnieje umysł i dusza.

Jasnem jest, że ręka w rękę musi iść stworzenie placówek higjenicznych. Kilka ministerstw zainteresowanych jest. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych potrzebuje higjenistów administratorów, bakterjologów, epidemjologów, statystyków i t. p. Ministerstwo Pracy niema dosyć wyszkolonych higjenistów pracy, inspektorów lekarskich, Ministerstwo Oświaty potrzebuje lekarzy szkolnych i t. p. Opracowanie programu, co z poszczególnych działów powinien znać każden lekarz, w danej chwili nie byłoby nawet możliwe. Zbyt młodą jest współczesna higjena. W pewnym momencie jednak Wydziały lekarskie winnyby się porozumieć z urzędami w celu dostosowania programu nauczania uniwersyteckiego do potrzeb życia.

Jak wspomniałem na wstępie obecne zakłady higjeny wydziałów lekarskich i to zagranicą również jak i u nas, nie mogą zorganizować wykładów higjeny i zajęć praktycznych na wysokości, odpowiadającej zróżniczkowaniu współczesnej higjeny.

Nie wierzę w zbyt dużą wielostronność bez szkody dla głębi. Zresztą często rozmawiałem o tych sprawach z profesorami higjeny i spotkałem się stale z tem samem zdaniem. Jeżeli zakłady higjeny uniwersyteckie będą nadal posiadały organizacje tak prymitywną, oderwaną zupełnie od terenu, nieumożliwiającą pracę w kilku zasadniczych kierunkach higjeny, to życie bez wątpienia przejdzie nad niemi do porządku dziennego.

Z drugiej strony należy stworzyć popyt na higjenistów i warunki, by ta praca mogła stać się zawodem. Obecny stan rzeczy w Polsce jest dla rozwoju higjeny zabójczy. Lekarz powiatowy w VIII st. sł. musi traktować swoje zajęcie jako uboczne. Państwowy Zakład Higjeny i ze Szkołą i filjami jest tą organizacją, która pracuje teoretycznie i szkoli w tej dziedzinie. Zaszeregowanie pracowników naszego Zakładu jest najniższe ze wszystkich zakładów naukowych w Polsce, niższe niż w uniwersytetach, niższe niż w urzędach centralnych. Podobny stosunek jest nietylko krzywdą i niesprawiedliwością w stosunku do obecnych pracowników, jest on niepojętem zabijaniem idei, by praca nad organizacją i zadaniami higjeny mogła być wogóle zadaniem życiowem lekarza. W godzinach wolnych od zajęć zarobkowych nie można pracować poważnie nad sprawami, wymagającemi całkowitego skupienia.

Widzimy zatem, że sprawa zainteresowania ogółu medyków sprawą higjeny, jak i stworzenie kadr specjalistów wymaga zespolonych wysiłków organizacyjnych i pedagogicznych wydziałów i urzędów administracyjnych. Trzeba zainteresować młodego lekarza intelektualną i społeczną stroną zagadnienia i wciągnąć go w prąd wielkich dążeń międzynarodowych o lepsze i higjeniczniejsze jutro. Zaś sprawą urzędów administracyjnych jest stworzyć i zabezpieczyć te placówki tak, by praca nad medycyną zapobiegawczą nie była jak dotychczas jednostronną ofiarą higjenisty.

SPRAWY ZAWODOWE.

Tandeta lekarska.

Pod tym tytułem pojawiły się w numerach 32-gim i 34-tym Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego z r. b. artykuły Drów: Handelsmana i Zamenhofa, omawiające krytycznie stosunki panujące obecnie w świecie lekarskim.

Ze względu na aktualność szczegółów w obu tych artykułach naprowadzonych podajemy poniżej oba wspomniane artykuły w dosłownem ich brzmieniu.

Tandeta lekarska.

Przy przeglądaniu naszego bieżącego piśmiennictwa lekarskiego, przy obserwowaniu tempa życia lekarskiego, przejawiającego się w najrozmaitszych odczytach, wykładach, różnych wystąpach publicznych, a także przy zapoznawaniu się ze stosunkami lekarskiemi, panującemi w instytucjach, przeznaczonych do leczenia chorych, uderza niezmiernie przykro w ostatnim dziesiątku lat panująca niemal wszechwładnie, panosząca się powszechnie, wciskająca się w każdą komórkę życia lekarskiego cecha, której nazwać nie moglibyśmy inaczej, niż — t a n d e t a l e k a r s k a.

Do tandety w dziedzinie p r a k t y k i lekarskiej przyzwyczajeni byliśmy oddawna. Przywykliśmy do tego typu lekarza, który zdobywał i dotąd zdobywa praktykę nie drogą pracy, kształcenia się, pogłębiania swoich wiadomości lekarskich, doskonalenia się technicznego, lecz przy pomocy metod, zdala od wiedzy prawdziwej stojących. Trochę sprytu, sporo tupetu i gruntowna znajomość „medycyny handlowej" — oto środki, prowadzące w szybkiem tempie do opanowania „rynku" lekarskiego, do zdobycia nawet tytułu powagi w świecie, który vult decipi. Z tym typem lekarza już zżyliśmy się, nawet powoli zapominamy, w jaki sposób powstała ta lub owa „firma" lekarska, i sami, jak ów oszukiwany świat, z czcią i szacunkiem dłoń potężnego praktyka ściskamy.

Nie o nizinach praktyki lekarskiej jednak tu mówić chcemy: uderzają i bolą nas fakty, dowodzące, że tandeta wkrada się bezkarnie i do szlachetniejszych dziedzin działalności lekarskiej.

Fakty, o których istnieniu przed wojną nie można byłoby pomyśleć, spotykają się obecnie na porządku dziennym i nie otrzymują należytej odprawy czy krytyki; niema faktycznie nawet możności walczyć z niemi, ponieważ tam, gdzie ta tandeta wchodzi, nie dociera przeważnie poważna myśl lekarska; a że tandeta jest powierzchowna, łatwo znajduje więc zwolenników śród młodych, niedoświadczonych lekarzy.

Fakty te, jak rzekłem, nie spotykają się jednak z należytą odprawą, a nawet choćby z łagodną krytyką. Przeciwnie, tandeta lekarska znajduje często ochronę w ustawach, nie pozwalających usuwać jednostek, które na zajmowanych przez siebie stanowiskach żadnej nie przynoszą korzyści, tandeta kryje się bezpiecznie pod opiekuńcze skrzydła wpływowych zwierzchników, korzysta z protekcji lub obojętności tych, którzy na straży dobra publicznego stać powinni.

Nie mogę w krótkim artykule wymienić szeregu takich dowodów tandety, które obniżają wybitnie poziom naukowy medycyny, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej, jednak na kilka faktów pragnąłbym zwrócić uwagę. Naprz. niektóre wykłady o charakterze najbardziej publicznym, przeznaczone dla najszerszej publiczności, wypowiadane są przez ludzi, mających zaledwie elementarną znajomość przedmiotu, którzy kompilację zwykłą, bez podania źródła kompilacji, pustemi słowami, okraszonemi t. zw. teatralnem krasomówstwem, przedstawiają szerokiej publiczności. Wina za takie wystąpienia spada nietylko na autora, wygłaszającego odczyt, ale i na tych, którzy zapraszają nieodpowiedzialnych prelegentów do wygłaszania takich „utworów".

Wiele czasopism lekarskich drukuje w ostatnich latach artykuły, napisane bez naukowego przygotowania, bez przestudjowania piśmiennictwa, nie wnoszące do skarbnicy wiedzy żadnej nawet iskierki oryginalnej myśli lub dowodu pracy poważnej. U takich lekarzy, zajmujących się medycyną niby „naukowo",

widać najwyraźniej tendencję do ogłaszania „prac" jedynie w celach reklamy. Faktycznie jednak elaboraty te nie noszą zupełnie charakteru naukowego, opracowywane są bez metodyki, po dyletancku, bez podawania faktów, stwierdzonych klinicznie, bez zbadania klinicznego i laboratoryjnego, wnioskowanie częstokroć jest bezkrytyczne, o ile — co gorzej — niema wniosków tendencyjnie fałszywych. Są pisma, które przyjmują prace, niemające żadnych cech naukowych. Redakcje czasopism poważnych mają dużo kłopotów z odrzucaniem prac bezwartościowych, które mnożą się w sposób niepokojący. Pism powstaje coraz więcej, prac, mających istotną wartość naukową, jest coraz mniej. Bibljografja lekarska wzrasta liczbowo szybko, jednocześnie widać jej wyraźny upadek. Natomiast ci lekarze, którzy zajmują się taką pseudonaukową pracą, podają coraz większą liczbę prac na swoje konto, niby „naukowe", pomnażając tandetę lekarską, a w ocenie bezkrytycznego ogółu po reklamiarsku uchodzą w ten sposób za ludzi nauki.

Jeszcze gorsze stosunki panują w niektórych instytucjach, przeznaczonych do leczenia chorych, że się tak wyrażę, „masowego". Rozpacz ogarnia, gdy widzi się, z jakim tupetem i pewnością siebie młodzi lekarze, bez żadnego doświadczenia, bez należytego przygotowania szpitalnego, podejmują się wykonywania czynności lekarskich, wymagających właśnie doświadczenia, z jaką łatwością usuwają się od wszelkiej kontroli innych lekarzy; jedynym dla nich dowodem „znakomitego" wypełniania obowiązków lekarskich jest liczba „załatwianych" coraz szybciej pacjentów; wydaje im się na skutek coraz większej „praktyki", że faktycznie nabierają wiedzy, gdy istotnie tracą oni te jej początki, które wynieśli z ławy szkolnej, i nie zwiększają jej ani przez pracę szpitalną, ani nawet przez czytanie odpowiedniego piśmiennictwa. Tandeta lekarska nabiera tam rozmachu, i obniżanie poziomu medycyny staje się widoczne nietylko dla czujnych obserwatorów, ale nawet dla leczącej się publiczności.

Jedynie tam, gdzie niewiedzę spotyka krytyka i odprawa, mianowicie, na posiedzeniach towarzystw lekarskich naukowych, tandeta lekarska wkracza bardzo nieśmiało; dyletanci lekarscy nic mogą i nie umieją podejmować naukowej dyskusji, i, jeżeli nawet od czasu do czasu zdarza się jakieś przemówienie lub odczyt, wypowiedziany przez pseudonaukowca, to dzieje się to sporadycznie. Wobec tego na posiedzeniach towarzystw naukowych lekarskich spotykamy bardzo mało świeżych sił lekarskich czynnych, ale — co znacznie gorsze — widzi się również bardzo mało młodzieży lekarskiej nawet wśród słuchaczy.

Słowem, dyletantyzm wybitny, niechęć do pogłębiania wiedzy, tupet, pęd do reklamiarstwa, brak autokrytycyzmu — są to cechy tej choroby, którą nazywam tandetą lekarską. Walki takiej nie mogą podjąć ani Izby lekarskie, ani Urzędy Zdrowia, bo nie należy ona do ich kompetencji. Ale w celu wprowadzeniu pewnego ładu w postępowaniu lekarskiem, kontroli nad stosunkami lekarskiemi powinna powstać rada, złożona z przedstawicieli wszystkich naukowych towarzystw lekarskich. Jak myśl tę urzeczywistnić, jak przezwyciężyć trudności formalne, z jej realizacją związane, — nie umiem narazie powiedzieć. Ale zbliża się właśnie termin Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Czyby myśl, tu przeze mnie rzucona, nie mogła się znaleźć na porządku dziennym obrad Zjazdu, by tam w gronie ludzi wytrawniejszych odemnie w formę projektu konkretnego ujęta została? Jeżeli nie powstanie instytucja kontrolująca, jeżeli świeże siły lekarskie, niekrępując się etyką lekarską i niemając odpowiednich hamulców, będą nadal uprawiały tandetę lekarską, nastąpi zupełny upadek myśli lekarskiej polskiej w szerszych warstwach lekarzy.

Józef Handelsman (Tworki)

Źródła tandety lekarskiej.

Artykuł kol. Handelsmana p. t. „Tandeta lekarska", który ukazał się w Nr. 32 W. Cz. Lek., należy do rzadkich zjawisk w prasie naszej. Odważny, szczery i zupełnie wyraźny w swojej tendencji. Temat, zasługujący bezwzględnie na omówienie. Niestety, prasa lekarska, nawet poświęcona zagadnieniom społecznym, niechętnie umieszcza artykuły podobnej treści. Być może, z obawy, aby nie przedostały się one do prasy codziennej i nie skompromitowały naszego szczytnego zawodu? Taki jest oddawna system naszej obrony. Obrony biernej. Na czynną nas, niestety, nie stać! Żyjemy przeważnie z kredytu moralnego, zdobytego przez nieliczne jednostki, które, jak sen, przesunęły się przez życie, pozostawiwszy po sobie piękne, niewygasłe wspomnienia. Wygodnie jest żyć pod osłoną ich moralnego kapitału, łatwo jest zdobyć sobie jego kosztem nietylko fortunę, lecz nieraz i sławę ludzi, społecznie zasłużonych. Ale temi pasywami nie można żyć przecież wiecznie. System powoływania się na gęsi kapitolijskie nie może liczyć na kredyt nieograniczony. Do życia trzeba od czasu do czasu wnieść kapitał własny. Bez samokrytyki, bez wytykania sobie wzajemnych błędów nie obudzimy się do nowego życia.

Aby artykuł kol. H. nie przebrzmiał bez echa, pozwolę sobie uzupełnić go kilku uwagami.

Podzielając w zupełności wszystko, wypowiedziane przez kol. H., uczyniłbym jednak następujące zastrzeżenia w sprawie oświetlenia jego tez.

Młodzież lekarska, niestety, przeżywa dziś narówni z całem społeczeństwem kryzys moralny. Płytkość, bezideowość, niewybredność w wyborze sposobów walki o życie — oto hasła, pod któremi występuje cała inteligencja współczesna. Byłoby więc niesłuszne czynić za to odpowiedzialnem tylko młodsze pokolenie. Autor mówi o braku zainteresowania do wiedzy, o zaniedbaniu szczytnych ideałów lekarskich. Jestto prawda bezwzględna. Lecz bądźmy sprawiedliwi! Skąd miała czerpać młodzież te piękne ideały? Gdzie są uczelnie szczytnych haseł, gdzie ich kierownicy?

Od chwili odrodzenia Polski powstały niezliczone placówki samodzielnej wiedzy. Minęło 10 lat pracy organizacyjnej. Duży szmat czasu! Czy zakwitła u nas gdziekolwiek bujniej piękna tradycja przeszłości? Na oddziałach szpitalnych, z małemi wyjątkami, panują stosunki coraz gorsze. Na lepszych odbywa się praca wyłącznie mechaniczna. Bez żadnych ideałów, żadnych aspiracyj. Kierownicy ich w większości wypadków to urzędnicy, zajęci myślą o swojem stanowisku i troską o pracę zarobkową. Mało dbają oni o wychowanie młodego pokolenia, które w ciężkiej walce o byt, niehamowane żadnemi względami natury etycznej, całą swą twórczość wysila jedynie w kierunku praktycznym.

Są to nauczyciele, którzy nietylko nie troszczą się o ideały swych uczniów, lecz często pobłażliwie traktują wszystkie ich uchybienia. A są podobno i tacy, którzy przed swoimi uczniami zazdrośnie ukrywają tajemnice wiedzy.

Czy lepiej dzieje się w uczelniach uniwersyteckich, powołanych przedewszystkiem do kształcenia młodych pokoleń? Czy można powiedzieć z czystem sumieniem, że przynajmniej tu wyrósł kwiat bez kąkola? W ciągu kilkunastu lat tyle powstało pism naukowych, tyle pracowni specjalnych, czy zapaliły one nowe światło w umysłach młodych pokoleń, czy wzrósł zapał do pracy?

Bankructwo ducha w obronie swojej wystawiło nowe hasło — medycyny, jako czystej wiedzy. Wartość lekarzy mierzymy liczbą ogłoszonych przez nich prac, zapominamy zupełnie o tem, że powołanie lekarza praktyka przedewszystkiem opiera się na jego stosunku do społeczeństwa. Medycyna bez uwzględnienia tego stosunku — to wiedza bez duszy — „c'est la science sans conscience, c'est la ruine de l'âme', jak się wyraził znakomity lekarz i satyryk Rabelais.

Trzeba sobie uprzytomnić tę prawdę, o której tyle pięknych aforyzmów i sentencyj wypowiedzieli wielcy twórcy naszej nauki i nauczyciele, niestety, lat już minionych.

Zwolennicy medycyny, jako wyłącznie nauki, niech zdobędą się na odwagę porzucenia praktyki, gdyż drogi istotnej wiedzy i kompromisu życiowego idą w zupełnie różnych od siebie kierunkach.

„Gdybym był prawodawcą, mówi w swych „myślach i aforyzmach" Biegański, zabroniłbym przedewszystkiem praktyki profesorom wydziałów lekarskich. Godność profesora jest dziś uważana, jako firma do wyrobienia praktyki. Tymczasem zadanie profesora polega właściwie na tem, żeby uczył, nie zaś, żeby większą część swego czasu poświęcał dla praktyki, dla pobocznego zarobku. Pomijając bezpośrednią szkodę, wypływającą stąd dla nauki, już sama gonitwa za praktyką, owa „sacra auri fames" wpływa wysoce demoralizująco na uczniów".

Taką sentencję wypowiedział nie teoretyk-fantasta, lecz wielki praktyk, lekarz-myśliciel.

Ta fatalna żądza złota, niestety, stępia w nas poczucie najprostszych naszych obowiązków. Iluż mamy kierowników różnych oddziałów szpitalnych, którzy już tę żądzę nasycić zdążyli i, zdawałoby się, że na schyłku swego życia winni byliby przypomnieć sobie o tym obowiązku względem młodszych pokoleń i resztę swego żywota poświęcić na ten cel, albo usunąć się ze swych stanowisk i powierzyć je innym, może godniejszym swoim następcom. Cóż widzimy w rzeczywistości?

Pod pretekstem zasłużonego spoczynku zaniedbują oni tylko coraz bardziej swój obowiązek, zdobywając się tylko na jeden akt — podniesienia swych honorarjów, w czem widzą największe ustępstwo na rzecz młodszych kolegów, którym w ten sposób usuwają się z pod konkurencji.

Czy wobec takiego stanu rzeczy można całą odpowiedzialność rzucać wyłącznie na młodzież?

Badźmy szczerzy. Czy my, starsi lekarze, mamy prawo do żądania czegoś lepszego od nowego pokolenia, jeżeli większość z nas nietylko nie przyczyniła się niczem do podniesienia godności lekarskiej, lecz, przeciwnie, przez swoje stałe bierne zachowanie się względem błędów młodych moralnie je popierała? Chorobę należy zwalczać u podstaw, My lekarze wiemy najlepiej, że leczenie samych objawów jest tylko partactwem. Jeżeli dopuszczalne to jest czasami w praktyce klinicznej ze względu na wyjątkowe okoliczności, to bezwzględnie jest przeciwwskazane w życiu społecznem, bo prowadzi do paljatywów, które często bywają groźniejsze od niezamaskowanej rzeczywistości.

Dlatego też nie podzieliłbym zdania kol. H. aby bolączkę naszą wytoczyć przed forum Zjazdu przyrodników i lekarzy.

Poco wtrącać w tę sprawę przyrodników, którzy przez swoje bezpośrednie obcowanie z naturą dalecy są od nienormalnych stosunków, panujących u nas w medycynie? Skompromitujemy się tylko bez osiągnięcia żadnej korzyści. Zresztą, czy jest możliwe wpłynięcie na nas nawet ze szczytów powagi zjazdowej?

„Upadającą etykę lekarską“, mówi Biegański, „chcą dziś ratować przez instytucje Izb Lekarskich i sądów honorowych. Daremne starania! Nikt nie stawia grobli w czasie wylewu... Zreformujcie system nauczania medycyny. Nie o wiedzę Wam tylko chodzić powinno lecz i o serce. Rozwijajcie w uczniach współczucie, wszczepiajcie w nich poczucie obowiązku, uczcie, że chory to nietylko mniej lub więcej ciekawy przypadek patologiczny, lecz nieszczęśliwy człowiek, wasz bliźni i nauczajcie przytem nie słowami, lecz własnym przykładem, a sądy honorowe będą zbyteczne“.

Oto jedyna racjonalna terapja — tej straszliwej choroby, której na imię jest postępujący upadek moralny.

Aby medycyna nie rozwinęła się ze swem istotnem powołaniem, trzeba albo zło usunąć doszczętnie, albo stworzyć ogniska nowe, niezależne, ratując, jak z ognia to, co jeszcze nie stało się pastwą płomieni.

Od wielu lat trzymam mocno na uwięzi myśl, która wyrywa się z pod mojej władzy — o powołaniu do życia towarzystwa lekarzy myślących społecznie, których zadaniem powinno być nietyle piętnowanie błędów innych, ile stworzenie nowych ośrodków myśli lekarskiej, opartej nie na karnych artykułach deontologicznych, lecz na istotnych wymaganiach życia.

Jest zupełnym anachronizmem stosowanie dziś starych, nieumiejętnie łatanych sieci kodeksów etycznych zbudowanych tak, że wielkie ryby łatwo je omijają, a ofiarami padają tylko bezsilne i niezaradne płotki.

Z obawą ją dziś wypowiadam, bowiem lękam się, że może przebrzmieć bez echa, a wówczas pierzchną nawet złudzenia, i rzeczywistość obnaży swe beznadziejnie cyniczne oblicze...

A może ziarno, rzucone dziś, zakiełkuje w następnem, zdrowszem niż nasze pokolenie?

Zresztą, jeżeli mogło powstać koło lekarzy imienia M a r c i n k o w s k i e g o, czemuż nie mogłoby być powołane do życia inne, imienia Władysława B i e g a ń s k i e g o, tej świetlanej postaci i chluby naszej nauki?

Leon Zamenhof (Warszawa).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

„R o d z i n a L e k a r s k a“, dziękując niniejszem za tak hojną ofiarę Panu Dr. Adamowi Przyborowskiemu, który raczył łaskawie przeznaczyć połowę należnej sumy w wysokości 2.500.— zł z Kasy Pogrzebowej po Jego śmierci na cele „Rodziny Lekarskiej“, zwraca się niniejszem, by o ile należą się pozostałości, niepobrane przez Spadkobierców z Kasy Pogrzebowej, a nie uszczupli to ich funduszów, zechcieli naśladować Dr. Adama Przyborowskiego, któremu życzymy z głębi serca, by Jego szlachetny czyn miał jaknajpóźniejsze zrealizowanie.

Z a r z ą d P o l s k i e g o T o w a r z y s t w a M e d y c y n y S p o ł e c z n e j zawiadamia niniejszem, że od 1 września 1929, wakuje stypendjum Towarzystwa w sumie 1000 zł płatne w dwóch ratach półrocznych po 500 zł.

Stypendjum przeznaczone jest dla studenta medyka 4 lub 5 roku, lub młodego lekarza na wykonanie pracy naukowej z zakresu nauk lekarskich.

Stypendjum nadawane jest w drodze konkursu na przeciąg jednego roku akademickiego, licząc od 1 września.

Osoby, pragnące ubiegać się o stypendjum, winne złożyć na ręce Sekretarza Towarzystwa Dr. W. Knappe, Warszawa, Hoża 37, m. 4, podanie wraz z krótkim życiorysem i zaświadczeniem kierownika naukowego o rozpoczętej pracy naukowej.

Zasadniczo przyznaje się stypendjum na rok jeden; prolongowanie jest możliwe, ale najwyżej dwukrotne. Stypendjum zobowiązuje do złożenia sprawozdania z pracy, wykonanej w ciągu roku.

Termin składania podań do 1 listopada 1929. Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej: *Dr. K. Dłuski.* Sekretarz: *Dr. W. Knappe.*

„I n d e x A n a l y t i c u s C a n c e r o l o g i a e“ R e d a k c j a n a P o l s k ę. Komitet Redakcyjny na Polskę, wychodzącego w Paryżu pisma międzynarodowego „Index Analyticus Cancerologiae“ prosi wszystkich Autorów, którzy w drugiej połowie r. 1928 i w r. 1929 ogłosili w pismach polskich prace dotyczące nowotworów, o nadesłanie streszczeń (pożądane w języku francuskim ewentualnie polskim) pod adresem Doc. Dr. Sterlinga - Okuniewski, Marszałkowska 49 lub Dr. med. Wejnert, Marszałkowska 73.

A l k o h o l i z m j e s t c h o r o b ą n a j b a r d z i e j r o z p o w s z e c h n i o n ą a jednak lekkomyślnie traktowaną i niedocenianą nietylko przez ogół społeczeństwa, ale i przez tych, którzy się stali jej ofiarami.

Z klęską alkoholizmu, rujnującą zdrowie fizyczne i moralne narodu, rujnującą jego dobrobyt, zapełniającą swemi ofiarami więzienia i przytułki, zwyradniającą rasę — walczyć należy, jak z innemi klęskami społecznemi, jak gruźlicą, rakiem, chorobami wenerycznemi i t. p. przez poznanie wroga — skutków jego oddziaływania oraz metod walki.

Pragnąc umożliwić zainteresowanym dokładne zaznajomienie się z zagadnieniem alkoholizmu, Państwowa Szkoła Higjeny z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych organizuje w dniach 18 — 23 listopada IV-ty kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie“, przeznaczony w głównej mierze dla nauczycielstwa i działaczy społecznych.

Wszelkich wyjaśnień w sprawach kursu udziela i przyjmuje zapisy codziennie Sekretarjat Kursu — Warszawa — Chocimska 24 — telefon 423 - 58 — Państowa Szkoła Higjeny w godzinach 1 — 3 popołudniu.

Lwów.

L w o w s k i e T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e. XXIII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 18 października b. r. z następującym porządkiem dziennym: Kol. H. Sochański: O różnych rodzajach ludzi nacechowanych podciśnieniem tętniczem. W dyskusji zabierali głos kol.: Pisek i Marischler.

Z kraju.

K u r s d o k s z t a ł c a j ą c y d l a l e k a r z y w C i e c h o c i n k u. Doroczny kurs dla lekarzy w Ciechocinku od 31. VIII. do 2. IX. 1929 r. zgromadził 150 uczestników z całej Polski przeważnie lekarzy chrześcijan, gdyż lekarze żydzi po pamiętnym incydencie w roku ubiegłym, od udziału w kursie się uchylili:

Na kursie wygłosili odczyty:

Doc. Dr. Janiszewski: „O obowiązkach społecznych lekarzy“, prof. Gröer: „Działanie solanek na ustrój dziecięcy“, prof. Karwowski: „Nowoczesne metody rozpoznawcze i lecznicze w kile“, Doc. Melanowski: „Leczenie zołzowych powikłań narządu wzroku“, Doc. Wojciechowski: „Schorzenia odbytnicy ze szczególnem uwzględnieniem guzów krwawniczych, oraz nowych metod ich leczenia“, prof. Szmurło: „Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny praktycznej“, Doc. Sabatowski: „O osobliwym odczynie allergicznym ustroju wywołanym z przewodu pokarmowego“, prof. Hirszfeld: „Nowe metody szczepień ochronnych“, Doc. Karwacki: „Sprawa leczenia i zapobiegania gruźlicy w świetle zjawisk odpornościowych w tem cierpieniu“, prof. Gröer: „O dzieciach nie jedzących“.

K i l k a u w a g w s p r a w i e p o d a t k u o b r o t o w e g o i d o c h o d o w e g o. W liczbie kosztów, poniesionych celem osiągnięcia, zachowania i zabezpieczenia dochodów (art. 6 ustawy) oraz wydatków, które ustawa w artykule 10 wylicza, jako potrącalne od ogólnego dochodu, znajduje się pozycja: „Wszystkie wydatki, związane z wykonywaniem praktyki lekarskiej“.

Jakie to są wydatki, związane z wykonywaniem praktyki lekarskiej?

1) Mieszkanie: jeżeli lekarz posiada oddzielne ubikacje dla wykonywania swego zawodu, potrąca się cały płacony za nie czynsz. W wypadkach, w których lekarz używa tylko części mieszkania prywatnego dla praktyki lekarskiej, odliczyć może tę

kwotę, która odpowiada ilości na ten cel użytych pokojów. Jeżeli lekarz np. w swojem 6-cio pokojowem mieszkaniu posiada poczekalnie i gabinet lekarski, potrąca ²/₆ czynszu ogólnego.

2) Koszty oświetlenia i opału poczekalni i gabinetu.

3) Składki za ubezpieczenie od ognia i kradzieży za przedmioty, znajdujące się w tychże ubikacjach.

4) 5% amortyzacji ogólnej sumy, wydanej na urządzenie poczekalni i gabinetu lekarskiego jako ekwiwalent za zużycie.

5) Wydatki na służbę (miesięczne zasługi, utrzymanie i ubezpieczenia społeczne).

6) Pensja asystenta.

7) Honorarjum dla zastępcy.

8) Wydatki na środki lokomocyjne, obojętnie, czy lekarz posiada własny pojazd, czy też wynajmuje go od wypadku do wypadku. Na zużycie powozu odpisać można 10%, a od samochodu, motocyklu i roweru 15% rocznie aż do zupełnej amortyzacji.

9) Wydatki na materjały opatrunkowe, środki lecznicze i chemikalja.

10) Wydatki na portorja, książki kancelaryjne i adresowe, oraz druki i kalendarze lekarskie.

11) Koszty, związane z pierwszem urządzeniem lekarskiem, które należy uważać jako kapitał zakładowy, nie są potrącalne; natomiast odliczać można wydatki na utrzymanie i uzupełnienie potrzebnych instrumentów. Oprócz tego uprawniony jest lekarz do potrącania kwoty 5%, jako ekwiwalent za zużycie utensyljów lekarskich.

12) Opłata za telefon.

13) Składki za ubezpieczenie od odpowiedzialności prawno-cywilnej.

14) Ogłoszenia, dotyczące czynności lekarskich.

15) Wydatki na polikliniki i kliniki prywatne.

16) Wydatki na ubrania, związane ściśle z wykonywaniem praktyki lekarskiej, jak np. u lekarzy wyjeżdżających futra podróżne, dalej płaszcze, rękawiczki operacyjne, fartuchy lekarskie etc.

17) Składki do Izby Lekarskiej i Kasy Pogrzebowej.

(„Nowiny Społ.-lek." Nr. 20 z r. 1929).

Ze świata.

II. Kongres Międzynarodowy Pedjatrów. Stockholm 17—20 VIII 1930. II. Kongres Międzynarodowy Pedjatrów odbędzie się w Stockholmie w czasie od 17 do 20 sierpnia 1930 r.

Komitet Kongresu zażądał, by wzorem innych narodowości zawiązał się Polski Komitet Narodowy dla rzeczonego Kongresu, Komitet, któryby reprezentował nasze interesy w stosunku do Biura Kongresu, utrzymywał z nim kontakt, kwalifikował ew. tematy i referaty, zgłoszone z Polski, informował kolegów i zorganizował ich wyjazd do Stockholmu. W myśl tego Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, najwyższej Organizacji Pedjatrycznej w Polsce, postanowił taki Komitet zorganizować i uchwalił, by do Polskiego Komitetu Narodowego dla Kongresu w Stockholmie weszło Prezydium T-wa, Dyrektorowie wszystkich klinik Dziecięcych, Docenci Pedjatrji oraz przewodniczący Oddziałów Pol. Tow. Pedjatrycznego.

Prezesem Pol. Komitetu Narodowego został obecny prezes Pol. Tow. Pedjatrycznego, kol. T. Kopeć, Wice-prezesami prof. Fr. Gröer i prof. M. Michałowicz, Sekretarzem Generalnym — Sekretarz stały Pol. Tow. Pedjatrycznego — prof. Wł. Szenajch.

Adres Pol. Kom. Narodowego Warszawa, ul. Mokotowska Nr. 39 m. 3, Dr. Med. Tadeusz Kopeć.

Referaty przeznaczone dla Kongresu muszą być zgłoszone pod adresem Pol. Kom. Narodowego do dnia 1 lutego 1930.

Prace Kongresu będą w miarę potrzeby rozdzielane pomiędzy Sekcje poszczególne.

Jest pożądanem możliwie wczesne zgłaszanie udziału w Kongresie pod adresem Pol. Kom. Narodowego, aby Komitet mógł zawczasu zorjentować się w liczbie uczestników i zabezpieczyć im wszelkie ułatwienia w podróży, mieszkania oraz uprzyjemnienia podczas pobytu w Stockholmie tembardziej, że właśnie w tym czasie odbędzie się również Wystawa Szwedzkiego Przemysłu i Sztuki Stosowanej.

Równocześnie ze zgłoszeniem uczestnictwa trzeba przesłać pod adresem Pol. Komitetu 22 korony szwedzkie, w tem 20 koron jako wpisowe i 10 proc. na koszty organizacyjne Pol. Komitetu Narodowego.

Aby uniknąć przykrych pomyłek i nieporozumień uprasza się o wypisywanie imienia, nazwiska i dokładnego adresu literami drukowanemi, najlepiej na maszynie.

Dalsze komunikaty w sprawie kongresu będą w miarę potrzeby ogłaszane.

Kursy dokształcające w Londynie. Angielskie Stowarzyszenie dla dokształcających kursów lekarskich (Fellow ship of Medicine, 1 Kimpale Street, London, W. 1) przesłało nam zawiadomienie, że kursy dokształcające odbywają się w ciągu całego roku, z zajęciami praktycznemi w 40 szpitalach londyńskich. Warunkiem koniecznym jest znajomość angielskiego.

Sprostowanie omyłek drukarskich.

W ogłoszonej w numerze 42-gim „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. pracy Dra J. Muenzera p. t. „Przyczynek do kliniki białaczki monocytarnej u dziecka" zaszły następujące omyłki drukarskie:

1) Na stronie 796 w tytule pracy, wiersz 17-ty od dołu zamiast „biaczki" ma być „białaczki".

2) Na stronie 797, szpalta 1-sza, wiersz 10-ty od dołu zamiast „Zgorzelnia" ma być „Zgorzelina".

3) Na stronie 797, szpalta 2-ga na początku tablicy przedstawiającej wyniki badania krwi zamiast daty 8. V. ma być 8. VII.

Redakcja otrzymała:

Prof. J. Olbrycht: „Orzeczenie rekursowe, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem a udarem apoplektycznym". Odbitka z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego" 1928.

Prof. J. Olbrycht: „Śmiertelne, samobójcze otrucie formaliną". Odbitka z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego" 1929.

Prof. J. Olbrycht: „Orzeczenie rekursowe nieprzyjmujące zwiazku przyczynowego między wypadkiem a powstaniem przepukliny pachwinowej". Odbitka z „Czasopismo Sądowo-Lekarskiego" 1929.

Prof. J. Olbrycht: „Orzeczenie rekursowe przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem a śmiertelnem zapaleniem płuc". Odbitka z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego" 1929.

Prof. J. Olbrycht: „Zur Kasuistik der selteneren Vergiftungsarten". Odbitka „Beiträge zur gerichtlichen Medizin" 1929.

Prof. J. Olbrycht: „Forensische Untersuchungsmethoden von Mekoniumspuren". Odbitka „Beiträge zur gerichtlichen Medizin" 1928.

Wachholz i Olbrych: „Forensische Bedeutung der Schriftveränderung durch Krankheit". Odbitka „D. Z. für gesamte gerichtliche Medizin" 1929.

Olbrycht i Śnieszko: „Untersuchungen über Präcipitine." Odbitka „D. Z. für gesunde gerichtliche Medizin" 1928.

Prof. J. Olbrycht: „La docimasie pulmonaire histologique chez les foetus et les nouveau-nés carbonisés". Odbitka „Annales de Medecine légale" 1929.

Prof. J. Olbrycht: „Anatomical changes in epidemie influenza" 1928. IV Międzynarodowego zjazdu medycyny i farmacji wojskowej, księga pamiątkowa.

Pathologica, anno XXI, nr. 456, 15 Ottobre 1929. — VII.

Ch. Achard: „L'oedème Brightique". Collection franco-britannique des sciences médicales et biologiques. G. Doin et Cie. Paris 1929 r.

A. C. Guillaume: „L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques". II La clinique des endocrines les malformations corporelles. G. Doin et Cie. Paris 1929.

A. Pic et L. Morenas: „Tuberculose cardio-vasculaire". Bibliotheque de la tuberculos. G. Doin et Cie Paris 1929.

Revue internationale de médecine professionnelle et Social, 2-e anne, Nr. 5.

Eiger Marjan: „O badaniach interferometrycznych". Odb. z „Nowotworów" tom IV, zesz. 1.

Kasa chorych miasta Wilna „Sprawozdanie z działalności Kasy za lata 1922—1927. Wilno 1929.

Janusz W.: „Stany rozrzedzeniowe tkanki mózgowej". Odb. z „Medycyny Warszawskiej" Nr. 2 (21) z r. 1929.

Le Monde Médical, numéro 758, 15 octobre 1929.

R. Sabouraud: „Pelades et Alopécies en Aires". Maladies du couir chevelu. Masson et Cie Paris 1929.

Bureau international du travail „Hygiène du travail, fascicules" Nr. 195—212.

Nr. 45. 10. listopada 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Zygmunt STANOWSKI Kulparków.

Dr. Majer — poprzednik kretschmeryzmu w Polsce przed 90 laty.

Rzecz wygłoszona na zebraniu krakowskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w dn. 27. VI. 1929.

W okresie tak modnych dziś roztrząsań konstytucjonalnych na temat zależności „Soma i Psyche" — rozbudzonych dziełem psychjatry z Tübingen Kretschmera „Körperbau und Charakter", nie od rzeczy będzie rzucić światło na zapomnianą już dziś postać Dra Józefa Majera, profesora krakowskiej wszechnicy z pierwszej połowy XIX. wieku.

Ten będąc profesorem fizjologji w Krakowie nie ogranicza się do swego przedmiotu, lecz kładzie wcześnie podwaliny pod gmach polskiej antropologji. Jest jej pierwszym wykładowcą w Krakowie i Polsce. Z tego okresu jego twórczości pochodzi praca wydana w r. 1838 przez drukarnię Gieszkowskiego w Krakowie pod znamiennym tytułem: „O różnicy osobniczej — przyczynek do nauki o temperamentach i konstytucjach".

Nim przejdę do porównawczego rozbioru tej broszury, chcę w kilku rysach skreślić tło i stan ówczesnej nauki w dziedzinie psychologji i pokrewnych jej nauk frenologji i fizjognomiki.

Psychjatrja była jeszcze w powijakach — są to czasy, kiedy psychicznie chorym wkładano do kieszeni płaszcza szpitalnego tabliczkę z 3-ma literami I. a. S. — „ich armer Sünder" (ja biedny grzesznik) — co najlepiej może i najdosadniej charakteryzuje ówczesne zapatrywania tkwiące swym korzeniem w arystotelesowskiej poprzez średniowieczny katolicyzm przepuszczonej filozofji — uważającej chorobę psychiczną za dopust Boży w karę za popełnione za życia grzechy. Gdy przetłumaczymy ten pogląd na język dzisiejszej psychjatrji — wszystkie choroby psychiczne byłyby niejako psychogennemi i exogennemi — powstałemi na skutek przeżyć (grzechów) jednostki (jak według niektórych dzisiejszych zapatrywań histerja czy neurastenja).

Zapomniana hippokratesowska teorja humoralna — wprowadzająca pojęcie konstytucji i usposobienia — temperamentu nie przekracza granic książkowej hipotezy. Trafiają się wprawdzie tu i ówdzie próby przeniknięcia wgłąb psychiki ludzkiej drogą więcej namacalną — drogą przyrodniczego badania jednostki.

Czyni to stworzona przez Galla frenologja — usiłująca znaleźć odpowiednik mózgu jako siedziby duszy w ukształtowaniu morfologicznem czaszki.

Rozwijają tę naukę, a raczej ścieśniają pracujący w XVIII. wieku Lavater i późniejszy Carus — oni propagują twierdzenie, iż z rysów twarzy t. zw. fizjognomji samej odczytywać można tajemnicę duszy, konstrukcję psychik i charakterów.

Myliłby się ten jednak, kto w nich chciałby się doszukiwać poprzedników dzisiejszej nauki o konstytucji psychofizycznej. Z całego „Soma" ludzkiego wybierają oni bowiem samą czaszkę, bądź twarz i jej mimikę jako pieczęcie zewnętrzne duszy.

Czemuż duch w całym człowieku jako jednostce tkwiący, miałby z taką predylekcją obrać dla swego wyrazu li tylko głowę? Twarz bowiem swą człowiek obnosi wszędzie resztę kryjąc ubraniem. Taka psychologja czyni na mnie wrażenie „djagnozy z ulicy".

Zrozumienie dla zależności całego ciała od duszy i vice versa temperamentu od konstytucji organizmu jako całości — znajduje dopiero antropolog ogarniający okiem zrazu obserwatora, potem i miarą całe ciało człowieka.

Bystre oko — zdolność stwierdzania, iż „różnice osobnicze" grupują się jednak w pewne typy — cechują Dra Majera. Lecz on jako fizjolog-lekarz idzie dalej, niż czysty antropolog — czy somatyk. Dla niego człowiek przedstawia indywiduum złożone z dwóch pierwiastków: „utworu" czyli konstytucji cielesnej i „usiłu" czyli temperamentu.

Poszczególne jednostki różnią się od siebie, a na całość tej różnicy osobniczej, jak on ją zwie „udoli" składa się fizjologiczno-somatyczna odmienność konstytucji w ścisłej będąca zależności z różnością temperamentu.

Wsparty fizjologją szuka Majer substratu materjalnego dla swej udoli. — Przejawy temperamentów widzi w czynnościach — a podstawą tych czynności, ich podłożem jest system nerwowy.

W czynności nerwowej, jakbyśmy ją raczej dziś nazwali psychicznej, znajduje przejście od działań mechaniczno-chemicznych związanych z materją (fizykochemiczne procesy w obecnem pojęciu) do przejawów energetycznych samodzielniejszych, niż światło i elektryczność — bo mających świadomość siebie.

System nerwowy jest nośnikiem siły życiowej — jest „obrębem animalnym" ustroju — pośrednikiem działalności duszy — w przejawach jego przeważa życie wewnętrzne.

Łącznikiem namacalnej biernej materji, tego wszystkiego co tworzy „obręb wegetacyjny" jednostki — jest krew. Ona pośredniczy w tworzeniu i utrzymaniu ciałotworu. W niej jest ciągły ruch, ciągła przemiana materji — w niej wyraża się całe życie zewnętrzne — somatyczne ustroju.

W zespolonem życiu krwi i nerwów, zbiega się życie organizmu tj. działalność z bytem, siła z materją, dusza z ciałem, zbiega się również udola osobnicza tj. temperament z utworem (czyli konstytucją).

W śmiałem zdaniu powyższem mamy zwięźle podaną syntezę poglądów Majera na to, co dziś rozumiemy pod pojęciem osobowości psycho-fizycznej.

Tem dziwniejszym i przenikliwszym wyda się nam umysł, który nie znając dzisiejszej wiedzy o gruczołach wkrewnych, w epoce gdy dogmatem niemal niewzruszonym było doszukiwanie się przejawów psychicznego życia tylko w mózgu i nerwach — tworzy koncepcję zespolonego współdziałania nerwów i krwi w kształtowaniu się indywidualności osobniczej.

Krew ma podwójne, zdaniem Majera, działanie na utwór: 1) troficzne i 2) ożywcze. Toż w tej drugiej funkcji krwi najwyraźniej zapowiedź nienazwanych tu po imieniu hormonów. Nie wie on jeszcze o ich istnieniu, stąd nośnikiem tej funkcji ożywczej czyni krwinki — a ich siłę ożywczą uzależnia pod wpływem Okena, od stanu i składu powietrza. Lecz to są szczegóły rozbudowy hipotezy, gmach zasadniczy i fundament po dziś zostaje słusznym, mimo, że wzniesiony został na lat kilkadziesiąt przed pracami Brown-Sequarda. Konstytucję zbiera Majer w 4 zasadnicze typy somatyczne: Rozróżnia utwór 1) kwitnący, 2) silny, 3) zawiędły i 4) wątły.

Na temperament w jego pojęciu składa się różnorodność zespolenia dwóch cech psychiki 1) tkliwości czyli odbierania wrażeń i 2) odporności albo oddziaływania czyli reakcji na wrażenia.

Z nich wyprowadza 4 rodzaje temperamentów: 1) tkliwy, 2) rączy, 3) odporny i 4) leniwy.

Z tych elementów soma i psyche budują się typy psychofizyczne: „udole", przyczem doświadczalnie drogą obserwacji (a może i miary) znajduje Majer powinowactwo — kongruencję między każdym z poszczególnych typów budowy a temperamentu. Najlepiej ujmie to schemat:

	1	2	3	4
Konstytucja:	kwitnąca	silna	zawiędła	wątła
Temperament:	tkliwy	rączy	odporny	leniwy

Tak otrzymujemy 4 udole (osobowości psychofizyczne) którym Majer nadał imiona, hołdując starogreckiej nauce o temperamentach, następujące: 1) krwista, 2) choleryczna, 3) melancholiczna, 4) flegmatyczna.

Przejdźmy z kolei do krótkiej charakterystyki każdego z poszczególnych typów.

1. Udola krwista, czyli zbieg temperamentu tkliwego z konstytucją kwitnącą:

Temperament tkliwy cechuje się dużą wrażliwością w odbieraniu wrażeń, a małą odpornością w odpowiadaniu na nie. Za lada bowiem bodźcem ruch prędki i żywy, lecz krótki i przemijający, pojęcia prędkie lecz nie głębokie, uwaga łatwo rozpraszalna coraz to nowemi wrażeniami, pamięć łatwa, lecz nie trwała afektywność labilna: łatwość uniesień i rychły powrót do spokoju, wygórowana czułość i litościwość — zmienność i płochość, popęd do działania prędki, równie szybkie odstąpienie od zamiaru.

Odpowiednią do tego temperamentu jest konstytucja kwitnąca czyli bujna. Charakteryzuje się fizjologicznie skoremi ruchami, szybszym obiegiem krwi, żywszą mową i oddechaniem — wogóle wzmożoną ruchliwością. Somatycznie ciało jest bujne, choć nie tęgie — nawet wysmukłe, skóra biała i cienka — przebijają przez nią naczynia krwionośne — ulega ona zwłaszcza na twarzy żywej

grze naczynio-ruchowej. Wyraz twarzy szczery, otwarty i przyjazny, wejrzenie żywe i pogodne.

Cechą ogólną udoli tej jest duża chyżość objawień życiowych bez wytrwałości.

II. Udolę choleryczną tworzy temperament rączy z silną konstytucją ciała.

Temperament rączy charakteryzuje się znakomitą tkliwością i odpornością. Czucie ma mocne, lecz dla wielkiej odporności. nie łatwo uległe wpływom zewnętrznym. Stąd umysł tej udoli rzadko baczy na drobnostki (w przeciwieństwie do sangwinika) — pojmuje prędko i bystro — posiada dużą przenikliwość — nie popada w roztargnienie. Wola jest silna, trwała, nieugięta, świadoma celu. Motywy działania wypływają nie tyle ze sfery uczuciowej altruistycznej — (np. ze współczucia) ile z egoistycznego założenia pokonywania przeciwieństw, stanowiących zaporę dla jego swobodnego działania. Stąd częściej zawistny, niż litościwy — częsty u niego gniew, żądza władzy i zaszczytów.

Konstytucja silna, wskutek równowagi części ożywczej i odżywczej krwi — odznacza ciało jędrnością i tęgością. Mięśnie ma silne i czerwone, skórę grubą i suchą — pierś obszerną — co zatem idzie silne i swobodne oddychanie, pełne twarde tętno — mocny głos, wejrzenie bystre i ogniste. Brak jest tej konstytucji smukłości i bujności sangwinika, jest ona raczej jędrna, zbita.

Cechą ogólną objawień żywotnych udoli cholerycznej jest ich rączość i wytrwałość.

III. Udolę melancholijną stanowi połączenie temperamentu odpornego z konstytucją zawiędłą (stanowi więc ona przeciwieństwo udoli krwistej).

Temperament odporny: odznacza się słabą tkliwością przy mocnej odporności czyli małą wrażliwością na bodźce zewnętrzne z długotrwałą reakcją na silne podniety. Odpowiada temu tem większe zamknięcie się wewnątrz siebie; tam odbywają się procesy życia psychicznego. Z tego temperamentu płyną zrozumiałe pamięć trudna, lecz wierna, wyobraźnia silnie twórcza, namysł głęboki, w stosunku do zewnętrza obojętność — wewnętrznie zadumczywość. Wolę cechuje wytrwałość i stałość, — lecz łączy się z nią przezorność daleko posunięta — a brak jej ognia właściwego cholerykowi.

Zmierza ona głównie do utrzymania tego, co umysł sobie już wytworzył, co teraz posiada, — a nie obchodzi jej dążenie do osiągania i tworzenia nowego w przyszłości.

Ogólnie dynamizm psychiczny, jakbyśmy to dziś nazwali, tego temperamentu odznacza się maxymalnem natężeniem wewnętrznego działania — pozbawionego rozciągłości (w przestrzeni i czasie).

Konstytucja zawiędła: warunkowana jest przewagą odżywczej części krwi nad ożywczą. Czynniki pobudzające („hormony") są uśpione lub spaczone. Stąd płynie ogólna leniwość fizjologiczna organizmu — szczegółowo zwolniona przemiana materji, leniwy obieg krwi — oddychanie i mowa wolniejsza. Samo ciało jest zawiędłe — określenie negatywne oznaczające, iż brak mu bujności sangwinika jak i jędrności choleryka — skóra jako słabo ukrwiona jest zimna i ciemnawa.

Ogólnym przejawem udoli melancholicznej są wytrwałe, lecz powolne objawienia żywotne.

Łączy Majer występowanie tej udoli z „podniebiem" (klimatem) wilgotnym, chłodnym.

IV. Na udolę flegmatyczną składa się związek temperamentu leniwego z wątłym utworem ciała.

Temperament leniwy czyli gnuśny powstaje wskutek zespolenia słabej tkliwości i słabej odporności. Cechuje się zatem niewrażliwością na bodźce — a reakcja nawet na silny bodziec jest powolna i gnuśna. Umysł odznacza się spokojem wewnętrznym i zewnętrznym — i płynącą stąd cierpliwością i obojętnością osobowości.

Na całość obrazu psychicznego składają się tępa zarówno pamięć, jak wyobraźnia, sądy proste i pewne, gruntowny rozsądek — pod względem uczuciowym niezdolność do uniesień, namiętności i zapału — tkwienie w raz nabytych skłonnościach — nienawiść do nowości, wola słaba i chwiejna pod wpływem napotykanych trudności — stąd szybkie odstępowanie od zamiaru.

Konstytucja wątła wskutek przewagi surowicy krwi nad elementami krwi (krwinki i włóknik) odznacza się specjalną konsystencją tkanek. Są one miękkie, lecz nie bujne, a raczej nalane, ciastowate. Wskutek tego flegmatyk łatwiej przybiera w obwodzie — w przeciwieństwie do smuklejszego sangwinika.

Na całość somatyczno-fizjologiczną składa się obraz osobnika: otyłego, z okrągłą pełną bladą twarzą, z obwisłym podbródkiem, z krótką, okrągłą i tłustą szyją — o ruchach wolnych, wejrzeniu spokojnem, — skłonności do wypoczynku, tętnie wolnem, powolnem oddechaniu i mowie.

Ogólną cechą tej udoli gnuśność objawień żywotnych i brak wytrwałości.

Przejdźmy teraz po tym z konieczności nieco dłuższym ustępie zaznajamiającym nas z typologią majerowską do próby porównania jej z dzisiejszą nauką o konstytucji psychofizycznej — w postaci, jak ją rozwinął w 1921 roku Kretschmer.

Kretschmer dzieli ludzi za Kräpelinem na dwa wielkie typy psychologiczne cyklotymów i schizotymów. Pod względem budowy somatycznej rozróżnia 3 zasadnicze konstytucje: 1) pykniczną, 2) leptosomową albo asteniczną i 3) atletyczną, przyjmując ponadto istnienie całego szeregu nieharmonijnych typów t. zw. dysplastycznych.

Powinowactwo jakie zachodzi między pewną budową ciała, a typem psychiki odczuł Kretschmer intuitywnie.

Mając wrodzony dar obserwacji z góry był przeświadczony o istnieniu typów psychofizycznych. Stosował wprawdzie i mierzenia antropometryczne dla diagnozy konstytucjonalnej — uważa je jednak osobiście jako ośrodek pomocniczy. „Miara jest ślepa" powiada, ona winna tylko potwierdzać zdobycze oka obserwatora, względnie chronić przed zbytnim a nieuchronnym subjektywizmem patrzenia.

Cóż za związki „widzi" Kretschmer między budową ciała a typem charakteru? (On posługuje się już tu nowem pojęciem charakteru w sensie jednak używanego przez Majera pojęcia temperamentu).

Oto zestawienie:

	1		2	
	a	b	c	d
Typ budowy	pykniczny	atlet.	leptosom.	dysplastyczny
charakteru	cyklotym.	schizotym		

Nie będę tu przechodził kolejno charakterystyki typów kretschmerowskich, zbyt są one dziś popularne, postaram się jedynie uchwycić pewne punkty styczne w formułach psychofizycznych Kretschmera i udolach majerowskich.

Już cyfrowo 4 „utwory" Majera: 1) kwitnący, 2) silny, 3) zawiędły i 4) wątły nakryją się z 4-ma konstytucjami kretschmerowskiemi. Przy porównaniu opisów tych typów okaże się, iż odpowiadają one sobie naogół w zarysie również i w treści i to w kolejności jaką podałem.

Pyknik — to konstytucja kwitnąca z małemi zastrzeżeniami; astenik — odpowiada budowie zawiędłej; utwór silny — nakrywa się z atletykiem; konstytucja wątła podana wyżej przez Majera żywo przypomina jeden szczególny typ z grupy dysplastycznej Kretschmera — typ „otyłych".

Zapewne, że sangwinik majerowski jest smuklejszy od pyknika, lecz wziąć trzeba pod uwagę, iż Majer uważa go (zresztą niesłusznie) za typ właściwy wiekowi młodzieńczemu — podczas gdy wiek średni rozwiniętego pyknictwa leży między 30 a 40 rokiem życia.

Również zawiędły melancholik nie jest dokładnie równym czystemu leptosomowi w dzisiejszem jego pojęciu jako typu normalnego, a raczej zbliża się do dawnego astenika w sensie Stilerowskiego pojęcia „morbus asthenicus".

Budowa silna u Majera nosi w sobie prócz cech atletyzmu kretschmerowskiego i rysów właściwych sigaudowskim typom oddechowym („pierś obszerna") i mięśniowym — niektóre cechy pyknika. Podkreślam szczególnie ową zbitość, jędrność ciała choleryka — cechę par excellence pykniczną.

Który z badaczy bystrzej ujmował przejście od typu 1-go (pykn.) do 2-go (atlet.) — trudno jest orzec — trzeba jednak tu podnieść, iż sam Kretschmer zaznacza w swej pracy, że jego typ atletyczny nie jest ściśle skrystalizowany i wymaga dalszych badań — po drugie, iż Majer i Kretschmer stykali się z elementami rasowo odmiennemi.

Badania rosyjskie ostatnich czasów (Makarow z kliniki Ossipowa i Andrejew) wykazują na terytorjum słowiańskiem znacznie większe przesunięcie w częstości spotykanego atletyzmu — podczas gdy Niemcy południowe i Szwajcarja dają większy odsetek gęstych pykników. Stąd może i różnice u naszych badaczy. „Silny" człowiek słowiański Majera przejął w siebie niektóre z cech właściwych pyknikowi, który na terytorjum słowiańskiem jest w czystej formie rzadziej spotykanym.

Podkreśliłem ten szczegół, gdyż, gdy zastanowić się przyjdzie z kolei nad stroną psychiczną typów u obu grup zaznaczą się również identyczne przesunięcia w dziedzinie własności psychicznych.

I tak widzimy, że temperament tkliwy sangwinika odpowie naogół cyklotymji wraz z jej pograniczami od strony choroby, jak cykloidja i hypomaniakalność.

Ale już w temperamencie rączym poza schizotymicznemi właściwościami, jak egoizm, wygórowana ambitność, odporność na wpływy zewnętrzne da się odnaleźć komponenty cykliczne, takie jak wytrwałe przeprowadzanie swych planów cechujące kretschmerowskiego „tatkräftigen Praktiker" — będącego jednak w budowie pyknikiem, a nie atletykiem. To przesunięcie pewnych właściwości psychicznych pokrewnych pyknictwu w kierunku zespołu psychicznego związanego u Majera z budową zbliżoną do atletycznej daje nam dopiero razem temperament rączy choleryka majerowskiego — a łączy się ono z przesunięciem gęstości budowy od konstytucji kwitnącej, odpowiadającej pyknikowi, ku silnej, analogicznej do atletyzmu.

Czy czynnikiem rzeźbiącym tę odmienność typów Majera i Kretschmera jest rasa, stwierdzić mogą jedynie badania porównawcze przeprowadzone na materjałach rasowo różnych, lecz to nie jest przedmiotem mojego dzisiejszego porównania.

Trzeci z koleji temperament odporny Majera ma wyraźne cechy już nietylko schizotymu, lecz nawet schizoidu kretschmerowskiego, z zaznaczeniem bodaj że autyzmu.

To, że Majer przyjmuje występowanie tej udoli melancholicznej (nie nakrywającej się zresztą zgoła z dzisiejszem pojęciem melancholji — depresji z grupy psychoz okresowych) w klimacie wilgotnym i chłodnym świadczy o jego wielkiej przenikliwości. Wszak większość Anglików czy Skandynawów żyje w klimacie warunkom Majera odpowiadającym, a pod względem psychiki dają oni dużo schizoidu.

Temperament leniwy znajdzie swój odpowiednik również w grupie schizotymji — w obrębie podgrupy określonej przez Kretschmera jako apatyczni, „Afektlahme", grawitującej ku schizofrenijnemu otępieniu.

Nierówności niniejszej paraleli tłómaczą się odmiennością materjałów obu badaczy pod względem rasowym — a obaj zgodni są co do zdania, iż rasa wywiera wpływ niezaprzeczony w kształtowaniu się konstytucyj psycho-fizycznych.

Rozbudowę swej typologji oparł Kretschmer na wyraźnem rusztowaniu teoretycznem nauki o wydzielaniu wewnętrznem. — Płynie stąd jednolitość jego ujęcia, czego brak daje się odczuwać w typologji Majera. Błądzi Majer jeszcze poomacku, gubiąc się w hipotezach — dźwięczą w nich jednak genjalne zapowiedzi gruczołów wkrewnych i hormonów.

Dziełko swoje kończy Majer zapowiedzią prac dalszych, które zajmą się związkiem pomiędzy udolami a usposobieniem do chorób wogóle.

Nie spotkałem tych prac mimo poszukiwań. Zapowiedź ta mieści w sobie frapujące, jak na owe czasy, doszukiwanie się konstytucjonalnych dyspozycyj do chorób na wiele lat przed pracami Bauera. Czy Majer te zapowiedziane prace przeprowadził nie wiem.

Z tego jednego tu omówionego dziełka płynie jednak pewnik, iż palma pierwszeństwa za wniknięcie w związek zachodzący między ciałem a duszą i za próby teoretycznego ujęcia tego problemu należy się intuitywnemu umysłowi polskiego uczonego Dra Józefa Majera z Krakowa na blisko 100 lat przed Kretschmerem.

H. REITEROWSKI i M. KOCEN. Łódź.

O wartości prognostycznej określania stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: Dr. Seweryn Sterling.

W pierwszym kwartale roku 1928 przystąpiliśmy do badań wyjaśniających stan układu roślinnego zapomocą próby adrenalinowej i zachowania się stosunku elektrolitów potasu i wapnia w surowicy krwi chorych na suchoty płucne. Badań naszych dokonaliśmy u chorych na różne postacie suchot płucnych, posługując się przytem klasyfikacją anatomo-kliniczną. Zbadaliśmy 21 przypadków phthisis pulmonum incipiens, 4 phthitis declarata stationaris, 3 phthisis declarata progrediens i 17 phthisis pulmonum consumptiva. Na podstawie dokonanych badań doszliśmy do następujących wniosków:

1) w okresie phthisis pulmonum incipiens chorzy reagują przeważnie normalnie lub też sympatykotonicznie, jednocześnie zaś poziom wapnia waha się w granicach normy podług Kylina; w pewnej dość znacznej ilości przypadków przekraczał on granice normy, potas zaś wahał się też w granicach normy lub był zmniejszony: stała K/Ca wynosiła 1,4—1,86; 2) w okresie phthisis declarata stationaris i progrediens krzywa miała przeważnie charakter normalny, a w zachowaniu się potasu, wapnia i stałej K odchyleń od normy nie stwierdzaliśmy. 3) w okresie phthisis pulmonum consumptiva krzywe miały przeważnie charakter normalny, lecz bez wybitnego wzniesienia ciśnienia skurczowego krwi; otrzymaliśmy też wtedy krzywe wagotoniczne, rzadziej sympatykotoniczne. Wapień wahał się w granicach normy, lub też był zmniejszony, potas zaś był w normie lub był zwiększony, stała wynosiła 1,55—2,4. Ponieważ zarówno stosunek potasu do wapnia określony przez stałą K, jak i odczyn poadrenalinowy u chorych znajdujących się w jednym i tym samym okresie choroby wypadał różnie, a mianowicie chorzy w okresie phthisis incipiens reagowali na adrenalinę normalnie, sympatykotonicznie, a nawet wcale nie reagowali, chorzy zaś na phthisis consumptiva i declarata reagowali również różnorodnie i stosunek potasu do wapnia odpowiednio do odczynu poadrenalinowego był też różnorodny — nasunęło nam się przypuszczenie, że również różnorodny może być i dalszy przebieg choroby, znajdujący się domniemalnie w zależności od wyników tych poprzednich badań. Sądziliśmy, że rokowanie u chorych, u których, bez względu na postać suchot płucnych, krzywa poadrenalinowa, zawartość wapnia i potasu i stała K wykazywała przewagę układu sympatycznego — będzie pomyślniejsze; w wypadkach zaś, gdy te wszystkie badania wykazywały przewagę układu parasympatycznego, rokowanie gorsze lub złe (co zgadzałoby się z poglądami Dra Sterlinga) — wobec tego po upływie 14 — 16 miesięcy przystąpiliśmy do sprawdzenia stanu naszych chorych. Powtórnie zbadano 15 chorych z phthisis incipiens; stwierdzono kliniczną poprawę w 12 przypadkach, w 2 stan bez zmian i w 1 pogorszenie; w przypadku pogorszenia stwierdziliśmy zamiast poprzedniej normalnej krzywej ciśnienia, krzywą wagotoniczną i zamiast stałej (stosunek K/Ca K = 1,7 stałą 2,1. Na 12 przypadków phthisis incipiens regrediens otrzymaliśmy krzywą ciśnienia sympatykotoniczną w 6 przypadkach, w 4 normalną, co się tyczy 2 chorych, to wprawdzie nie przeprowadzaliśmy żadnych badań, ale posiadamy wiadomości o dobrym stanie ich zdrowia. Stała wahała się od 1,4 — 1,8 (poniżej przeciętnej, a nawet poniżej normy. (Tablica N I patrz badania dokonane w 1929 r.). W 2 przypadkach bez zmian z tendencją do sprawy chorobowej postępującej otrzymaliśmy krzywe wagotoniczne i stałą 1,8. U chorych z phthisis pulmonum declarata stationaris stwierdziliśmy w 2 przypadkach poprawy krzywą sympatykotoniczną, a stałą K 1,4 — 1,6 (Patrz tablicę II.). U jednego chorego z phthisis pulmonum declarata progrediens stwierdziliśmy pogorszenie znaczne i otrzymaliśmy krzywą poadrenalinową wagotoniczną i stałą 1,9.

Z 14 chorych na phthisis pulmonum consumptiva 6 zmarło w 1928 r. po upływie kilku miesięcy od daty pierwszego badania, a 3 zmarło w 1929 r. Poprawę stwierdziliśmy u 2 chorych; pogorszenie też u 2, a w jednym przypadku stan bez zmian (Tablica III).

Zestawiając wyniki powyższych badań uwidocznionych na tablicach I, II, III (patrz datę badań kolejnych), doszliśmy do następujących wniosków:

1. U chorych z phthisis incipiens ze skłonnością do gojenia się sprawy chorobowej badania przeprowadzone w 1928 r. wykazały, iż chorzy reagowali na adrenalinę przeważnie normalnie lub też sympatykotonicznie, stała wahała się między 1,4 — 1,86; a w jednym przypadku Nr. 10 wynosiła 2; przy sprawdzaniu stanu zdrowia, po kilkunastu miesiącach, stwierdziliśmy prawie we wszystkich tych przypadkach poprawę, tylko w jednym przypadku pogorszenie, co znalazło swój odpowiednik w zmianie krzywej normalnej na wagotoniczną i zmianie stałej K = 1,7 na 2,1. W 2 przypadkach stan objektywny (wysłuchowo) jest bez zmian, lecz wobec zmiany krzywej poadrenalinowej normalnej na wagotoniczną, przypuszczać możemy zbliżanie się okresu przewagi układu parasympatycznego i prawdopodobnego pogorszenia sprawy chorobowej w niedalekiej przyszłości.

2. Przebieg suchot płucnych u chorych z phthisis pulmonum declarata i consumptiva reagujących krzywą normalną lub sympatykotoniczną i mających stałą K niską, jest znacznie pomyślniejszy, niż u osobników z odczynem wagotonicznym i stałą K przekraczającą normę przeciętną.

Przypadki zejścia śmiertelnego u chorych (Tablica III Nr. 13 i 15) nie przeczą powyższemu wnioskowi, gdyż chorzy ci zmarli po upływie 14 miesięcy od daty pierwszego badania. Możliwe, że badania laboratoryjne dokonywane w częstszych odstępach czasu u tych chorych wykryłyby chwilę wyczerpania układu sympatycznego. Przypadek Nr. 10 (tablica III) objaśniamy powikłaniem po stosowaniu odmy w postaci wysięku po stronie przeciwległej i domniemalnego rozsiania się gruźlicy.

3. Normalny lub sympatykoniczny odczyn poadrenalinowy i normalna lub niska stała K świadczą o przewadze układu sym-

Tablica I. Phthisis incipiens.

Zestawienie tabelarne badań do artykułu „O wartości prognostycznej określenia stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych“ podanego przez H. Reiterowskiego i M. Kocena.

Chory Nr.	Objaw Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' (po wstrzyknięciu podskórnem 1 mg adrenaliny)	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' (po wstrzyknięciu podskórnem 1 mg adrenaliny)	Daty badań	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia w surowicy krwi (norma 10,6—12,0 mg%)	Poziom potasu w surowicy krwi (norma 18—24 mg%)	Stała K. K/Ca (1,7-2,15) przeciętna 1,98	Uwagi Stan objektywny i subjektywny
1	180'	0	0	/12 1927	nie reagował	11,2	20,9	1,86	zmarł na zapalenie nerek w styczniu
2	155'	10	0	/12 1927	normalna	14,0	21,6	1,5	
	—	25	—	22/8 1929	sympatykotoniczna	8 4	14 2	1,7	poprawa
3	75'	20	0	29/1 28	normalna	11,8	20 9	1 8	
	72'	—	15	23/8 29	wagotoniczna	10 0	18,4	1,8	bez zmian
4	400'	0	0	29/2 28	nie reagował	11.5	21,0	1,8	
	—	5	—	14/6 29	normalna	9.4	15,8	1 7	poprawa
5	248'	20	0	6/3 28	„	13 6	22,0	1,6	
	—	10	—	17/7 29	„	8,4	15,6	1,85	poprawa
6	—	100	0	6/3 28	sympatykotoniczna	13,0	18,6	1,4	
	—	90	—	21/8 29	„	11,4	18,0	1,58	poprawa
7	327'	20	0	/3 28	normalna	14,0	24 0	1 7	
	200'	—	20	12/6 29	wagotoniczna	8 8	19,4	2,1	pogorszenie (Phtisis declarata pr.)
8	400'	40	0	10/3 28	sympatykotoniczna	13,0	22,4	1,7	
		50	--	19/6 29	„	11,4	19,8	1,7	poprawa
9	—	0	0	/3 28	nie reagował	13,2	22,5	1,7	brak danych
10	410'	0	15	20/3 28	wagotoniczna	11,6	23,4	2,0	
		60	0	25/8 29	sympatykotoniczna	12,0	19,1	1,6	poprawa
11	390'	0	0	20/3 28	nie reagował	11,6	21,0	1,8	
		15	—	24/6 29	normalna	10,6	18,6	1,75	poprawa
12	450'	70	0	/3 28	sympatykotoniczna	11,6	19,2	1,65	brak danych
13	350'	15	0	28/3 28	normalna	13,0	22,0	1,7	
		15	—	21/6 29	„	10,6	19,3	1,8	poprawa
14	—	20	0	3/4 28	„	10,6	18,8	1,8	
		—	20	10/6 29	wagotoniczna	11,6	20,0	1,8	bez zmian
15	660'	25	0	/2 28	lekko sympatykoton.	11,8	19.8	1,7	
	—	—	—	/8 29	—	—	—	—	poprawa
16	385'	50	0	21/4 28	sympatykotoniczna	10,2	17,0	1,66	brak danych
17	400'	20	0	/4 28	normalna	11,8	17,7	1,5	poprawa
18	520'	50	0	/4 28	sympatykotoniczna	11,6	17,7	1,52	
	—	30	—	25/8 29	„	11,0	17,7	1,6	poprawa
19	222'	50	0	/4 28	„	11,8	19,0	1,6	zmarł 30/1 1929 (przyczyna zgonu niewiadoma)
20	274'	25	—	15/1 28	„	12,0	18,4	1,5	
		45	—	21/5 29	„	10,2	16,0	1,6	poprawa

patycznego, o skłonności sprawy chorobowej do spraw wytwórczych i dają prawo do rokowania pomyślnego; odczyn poadrenalinowy wagotoniczny i stała K wyższa od przeciętnej normy świadczą o wyczerpaniu ustroju i uprawniają do rokowania niepomyślnego — zgadzałoby się to z poglądami Dra Sterlinga o obronnej roli nerwu sympatycznego w walce zarazka gruźliczego z ustrojem.

4. W przypadkach suchot płucnych nie ulegających pogorszeniu stała K określona przy pierwszem i drugiem badaniu wykazywała niewielkie wahania, co świadczyłoby o dążności ustroju do zachowania normalnej równowagi elektrolitów potasu i wapnia w surowicy krwi.

5. Posługiwanie się określeniem krzywej poadrenalinowej i stałej K w przebiegu suchot płucnych dla celów rokowniczych jest uzupełnieniem naszych metod używanych w tym celu.

Piśmiennictwo.

1. R e i t e r o w s k i i K o c e n: Polska Gazeta Lekarska Nr. 3 (1929). — 2. S. S t e r l i n g: Polskie Archiwum Medycyny We-

Tablica II. Phthisis pulmonum declarata stationaris.

Chory Nr.	Objaw Biernackiego	Wzrost ciśnienia skurczowego krwi do 10' (po wstrzyknięciu podskórnem 1 mg adrenaliny)	Spadek ciśnienia skurczowego krwi do 10' (po wstrzyknięciu podskórnem 1 mg adrenaliny)	Daty badań	Krzywa przebiegu ciśnienia	Poziom wapnia w surowicy krwi (norma 10,6—12,0 mg%)	Poziom potasu w surowicy krwi (norma 18—24 mg%)	Stała K. K/Ca (1,7-2,15) przeciętna 1,98	Uwagi
1	65'	15	0	24/2 1928	normalna	12,6	21,3	1,7	po stosowaniu odmy wyleczenie
2	480'	0	0	/1 28	nie reagował	11.6	18,8	1,6	
	—	60	0	23/8 29	sympatykotoniczna	11,6	16,3	1 4	poprawa
3	20'	10	0	/2 28	normalna	11,6	20,8	1,8	w 1928 odma w 1929 torakoplastyka
4	480'	20	0	24/2 28	normalna	14,0	23,0	1,65	
		50	0	23/8 29	sympatykotoniczna	13,0	21,0	1,6	poprawa
					Phthisis pulmonum declarata progrediens				
1	33'	0	0	28/12 1927	nie reagował	12,0	26,2	2,19	brak danych
2	55'	0	10	/1 28	wagotoniczna	10,2	21,3	2,0	
		0	25	7/6 29	„	11,0	21,0	1,9	pogorszenie znaczne
3	450'	5	0	28/5 28	normalna	11,4	20,4	I,8	brak danych

Tablica III. Phthisis pulmonum consumptiva.

1	30'	10	0	25/7 1928	normalna	12,6	25,2	2,0	
	18'	40	—	16/8 29	sympatykotoniczna	10,4	19.1	1,8	bez zmian
2	90'	10	0	/12 27	normalna	11,8	21,6	1,8	brak danych
3	24'	0	25	30/12 27	wagotoniczna	9,2	22,3	2,3	brak danych
4	—	0	5	16/1 28	wagotoniczna	10,2	24.5	2,4	zmarł 27/9 1928
5	10'	10	0	/1 28	normalna	8,5	18,4	2,15	zmarła /4 1928
6	15'	0	0	26/1 28	nie reagował	10,0	23,0	2,3	zmarł 18/2 1928
7	237'	33	0	26/1 28	sympatykotoniczna	10,8	18,1	1,7	
	219'	35	—	25/8 29	„	11,0	20,5	1,9	poprawa znaczna
8	8'	0	0	/1 28	nie reagował	11,2	23,0	2,0	zmarła /5 1928
9	20'	10	0	4/2 28	normalna	11,6	19,4	1,7	brak danych
10	20'	10	0	4/2 28	normalna	12,3	21,4	1,8	powikł. po odmie szt. zmarła /4 1928
11	15'	0	0	/2 28	nie reagował	11,1	20,4	1,84	zmarł 30/3 1929
12	19'	0	5	/2 28	wagotonja	10,0	21,0	2,1	
			30	22/8 29	„	9,4	18,7	2,0	znaczne pogorszenie
13	60'	70	0	/2 28	sympatykotonja	12,5	22,0	1,75	zmarła /6 1929
14	30'	20	0	18/2 28	normalna	11,6	22,0	1,87	zmarła /5 1928
15	20'	20	0	/2 28	normalna	13,2	24,1	1,8	zmarła 19/6 1929
16	60'	55	0	/4 28	sympatykoton.	11,9	18,4	1,55	
		15	—	31/8 29	normalna	11,0	25,0	2 3	pogorszenie
17	31'	5	0	/5 28	normalna	10,8	20,9	2,0	
			15	28/8 29	wagotoniczna	10,6	18,4	1,7	bez zmian

wnętrznej Tom IV. Z. 3 1926. — 3. Świder: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom VII. Z. 2. 1929. — 4. Spiro: Zeitschift für Klinische Medizin. Band 110. Heft 1.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

O prądzie wstępującym N. Cybulskiego w mięśniach.

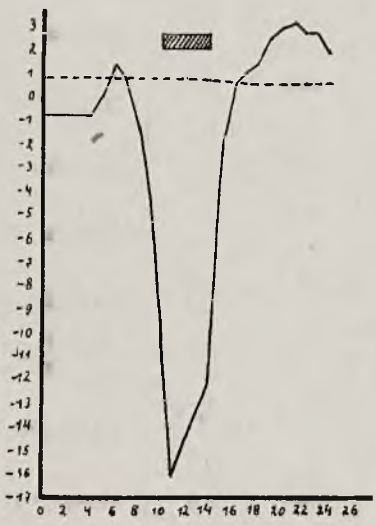
Z Zakładu Fizjologji U. J.
Dyrektor Prof. Dr. E. Maydell.

Ciąg dalszy.

Opisywanie wyników na mięśniach po zadziałaniu czynnikami szkodliwemi zacznę od tych, które otrzymano u mięśni nacinanych brzytwą, a to dlatego, że przy tym sposobie uszkadzania, jak by to się zdawało podług teorji Hermanna, powinniśmy mieć najprostszy zbieg okoliczności: mięsień nie zostaje zadrażniony na swej powierzchni przez żadne czynniki poza samem miejscem uszkodzenia, żadna wydzielina nie rozchodzi się po mięśniu. Tak więc potencjał mięśnia w miejscach nieuszkodzonych nie powinien ulec zmianie, jedynie samo miejsce nacięte powinno mieć potencjał znacznie niższy niż reszta powierzchni.

Wyniki jakie otrzymaliśmy wcale nie potwierdzają tych wniosków. Dla przekonania się przytaczam, jako przykład wyniki otrzymane przy badaniu mięśnia łydkowego żaby nr. 53. Mięsień został wypreparowany wraz z nóżkami tylnemi, ułożony na płytce szklanej. Potencjał zaraz po wypreparowaniu w dolnej części mięśnia wynosi 0,3, w górnej + 0,3 mV. Po kilku minutach potencjał końca dystalnego wzrasta, jak też potencjał końca proksymalnego choć ten ostatni w słabszym stopniu na skutek czego potencjały się wyrównują. Po 10 min. prawie cały mięsień jest równomiernie naładowany. Potencjał wynosi + 0,8 mV. W 12 min. po wypreparowaniu nacięto mięsień brzytwą w dolnej części ok. 10 mm od kostki Achillesa, tuż koło granicy między ścięgnem a mięśniem. Tablica VII. podaje otrzymane liczby, a rys. 1. ilustruje powyższe stosunki, wyniki przedstawione są w sposób podobny do zastosowanego poprzednio z tą różnicą, że napięcie podane jest w dziesiątych częściach miliwolta.

Na tablicy przez wzgląd na jej uproszczenie, ponieważ podanie wyników odnoszących się do każdego milimetra powierzchni zajęłoby dużo miejsca pominięte zostały pomiary dotyczące nieparzystej liczby milimetrów. Pomiary te jednak były wykonane i są uwzględnione w rysunku. Na tem małem pominięciu ogólny wygląd zmian potencjału przebiegu włókien mięsnych nic nie traci z charakterystycznego rozmieszczenia.



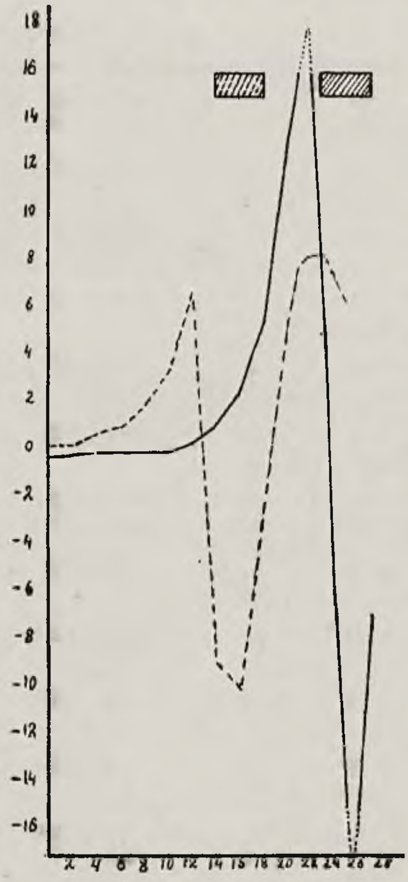
Rys. 1.

Potencjał mięśnia żaby nr. 53. Linja kreskowana — potencjał przed nacięciem, 10 min. po wypreparowaniu. Linja ciągła — potencjał po nacięciu między 10 — 14 mm od kostki Achillesa. Oś rzędnych odległość danego miejsca od kostki Achillesa w mm. Oś odciętych potencjał w miliwoltach.

Z powyższego doświadczenia wynika, że istotnie otrzymaliśmy bardzo wybitna zniżkę potencjału w tem miejscu, gdzie elektroda mięśniowa dotykała sztucznej powierzchni. Jednak nie jest to jedyna zmiana, która pojawiła się po nacięciu mięśnia. Na powierzchni nieuszkodzonej również znajdujemy zmiany. Wynik pozwala powiedzieć, że potencjał miejsca uszkodzonego nie wpływa, lub tylko w bardzo słabym stopniu, na potencjał części sąsiadujących, widzimy bowiem, że zmiana dotycząca przekroju nie obniża potencjału części sąsiadujących, a na granicy pomiędzy przekrojem i nieuszkodzoną powierzchnią mamy bardzo gwałtowną ostrą zmianę potencjału. Prócz tego w częściach mięśnia najbliżej sąsiadujących z miejscem uszkodzonem znajdują się odcinki o powierzchni silnie dodatnio spolaryzowanej. W części proksymalnie od przekroju położonej spolaryzowanie to można by przyjąć za wpływ ujemnego potencjału przekroju, lecz przestrzega przed takiem ujęciem sprawy część dystalnie położona, w której idąc od kostki Achilesa mamy wzrost silny potencjału między milimetrem 4 a 6, i na tem miejscu spotykamy nagłe załamanie się potencjału — gwałtowny jego spadek. Potencjał przekroju mógłby tą zmianę zmniejszyć, gdyby wpływał na otoczenie.

Rozróżniamy więc dwa rodzaje zmian: obniżenie potencjału powierzchni uszkodzonej oraz spolaryzowanie powierzchni bezpośrednio z nią sąsiadującego odcinka.

Mając jeden taki przykład można by przypuścić, że mamy do czynienia z wynikiem przypadku. Ale zapatrywanie takie nie może być utrzymane wobec dalszych wyników. W badaniach dotyczących mięśni naciętych w różnych miejscach otrzymujemy analogiczne wyniki. Jako przykłady przytoczę tu dane uwidocznione w tablicy VIII. i rys. 2. otrzymane przy badaniu mięśni żab nr. 48 i 77. Mięśnie te preparowano i badano w sposób już opisany. Po kilkakrotnem zbadaniu prądu spoczynkowego mięsień żaby 48 w 20-tej minucie nacięto w okolicy 17-go mm, mięsień żaby 77 w 14-tej min. w okolicy 25-go mm. Dla uproszczenia krzywych opuszczono w rysunku krzywe normalne mięśni. W tablicy umieszczono pomiary potencjału mięśnia normalnego z ostatniego pomiaru przed zadziałaniem czynnika szkodliwego. Liczby oznaczają potencjał w dziesiątych częściach miliwolta.



Rys. 2.

Linja kreskowana — potencjał mięśnia żaby nr. 48 po nacięciu między 16 — 18 mm. Linja ciągła. — Potencjał mięśnia żaby nr. 77 po odcięciu końca proksymalnego począwszy od 23 mm.

Wyniki przedstawiają się równie jaskrawo, jak u żaby 53. Równie znamienne jest obniżenie potencjału miejsca skaleczonego w obydwu wypadkach. Spolaryzowanie miejsc otaczających, przedstawia się jeszcze bardziej wybitnie niż w pierwszym wypadku. Jest ono zwłaszcza doskonale zaznaczone po stronie dystalnej z powodu silnej różnicy potencjału odcinka spolaryzowanego i uszkodzonego. Mniej ostro uwydatnia się spolaryzowanie po

Tablica VII. Żaba 53.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów												
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
3	−3			−3			−1			0			+3
10	+8			+8			+8			+6			+8
12	mięsień nacięto pomiędzy 10 a 14 mm.												
15	−8	−8	−8	+13	−13	−108	−145	−121	+ 6	+14	+29	+28	+20
30	−8	−8	−8	+13	−29	−104	−113	− 94	+ 9	+19	+24	+23	+19

Tablica VIII. Żaba 48 i 77.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów														
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
	żaba nr. 48														
18	+8					+8			+7			+2		+2	
20	mięsień nacięto pomiędzy 16—18 mm.														
22	+3	+3	+8	+10	+20	+35	+47	+77	−89	−100	−20	+51	+82	+71	
	żaba nr. 77														
13	+6				+6		+4			+3				+3	
14	mięsień nacięto na samym górnym końcu od 23 mm.														
15	−3	−1	0	0	0	0	+3	+10	+24	+54	+132	+159	−65	−152	−69

Tablica IX. Żaba 47 i 59.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów														
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
	Żaba nr. 47														
15	+12			+8				+6			+4		+6		
17	mięsień uszkodzono amoniakiem pomiędzy 16—23 mm.														
20	+12	+12	+14	+18	+33	+40	+34	+20	+2	−20	−65	−49	−19	+43	+41
	żaba nr. 59														
10	+10			+8				+8			+4		0		
13	mięsień uszkodzono amoniakiem pomiędzy 6—12 mm.														
15	−85	−85	−88	−109	−220	−251	−96	0	+15	+40	+56	+65	+63	+54	

Tablica X. Żaba 21 i 22.

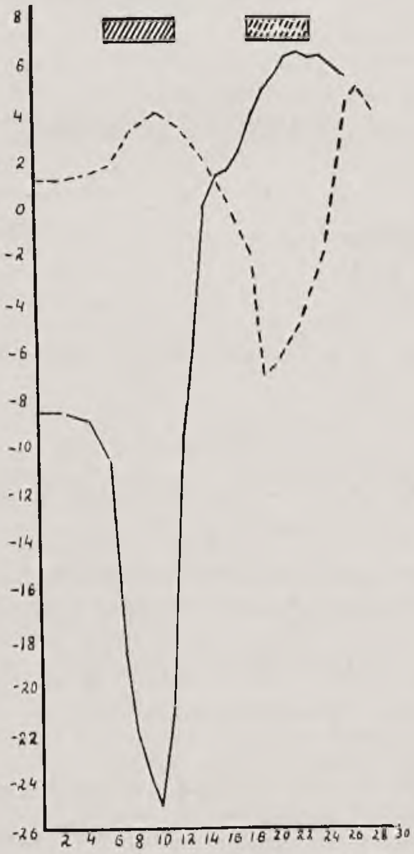
Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów												
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
	żaba nr. 21, mięsień łydkowy lewy												
10	+8				+8					+6			+6
18	mięsień przypalono pomiędzy 12—14 mm.												
20	−8	−8	−8	−8	−8	−26	−96	−95	+15	+34	+36	+36	+36
	żaba nr. 22 m. łydkowy lewy												
10	−1				+3					+4		−1	
13	mięsień przypalono pomiędzy 4—6 mm.												
15	−32	−43	−113	−242	−59	+6	+20	+24	+26	+36	+39	+36	
	żaba nr. 22 m. łydkowy prawy												
39	+3					+1			+1		+1	+1	
41	mięsień przypalono pomiędzy 20—22 mm.												
42	−4	0	+1	+1	+4	+6	+8	+14	+28	+34	−85	−12	−20

proksymalnej stronie gdyż obydwie zmiany nakrywają się wzajemnie.

Podobnych doświadczeń przeprowadziłem kilka, przyczem dają one wyniki analogiczne, tak że zmiany polegające na obniżeniu potencjału miejsca uszkodzonego i na silnem spolaryzowaniu części z niem sąsiadujących można uważać za ogólne przy zastosowaniu powyższego czynnika. Obniżenie potencjału wydaje się najsilniejsze wówczas, gdy nacięty został dystalny koniec mięśnia, natomiast spolaryzowanie najjaskrawiej jest widoczne w mięśniach uszkodzonych na końcu dystalnym.

W sposób zasadniczo podobny przedstawiają się rezultaty otrzymane na mięśniach na które działano innym czynnikiem: stę-

żonym amoniakiem. Aby mięsień uszkodzić zanurzałem cienką pałeczkę szklaną w stężonym amoniaku i zraszałem odrobiną tego płynu, pozostałą po wyjęciu na pałeczce, powierzchnię mięśnia w określonem miejscu. Następnie przemywałem uszkodzone miejsce oraz cały mięsień większą ilością płynu Ringera przy pomocy pendzelka. Przemywanie to jest konieczne, aby nie dopuścić do przesiąknięcia elektrod amoniakiem, co mogłoby wywołać daleko idące zmiany w otrzymanych wynikach, z powodu rozprowadzenia płynu nieobojętnego po całej powierzchni. Takich doświadczeń również kilka zostało wykonanych. Tutaj podam wyniki uzyskane przy badaniu żab nr. 47 i 59. Przedstawia je tablica IX.



Rys. 3.
Linja przerywana — potencjał mięśnia żaby nr. 47 po uszkodzeniu anoniakiem między 16 — 23 mm. Linja ciągła — Potencjał mięśnia żaby nr. 59 po uszkodzeniu amoniakiem między 6 — 12 mm.

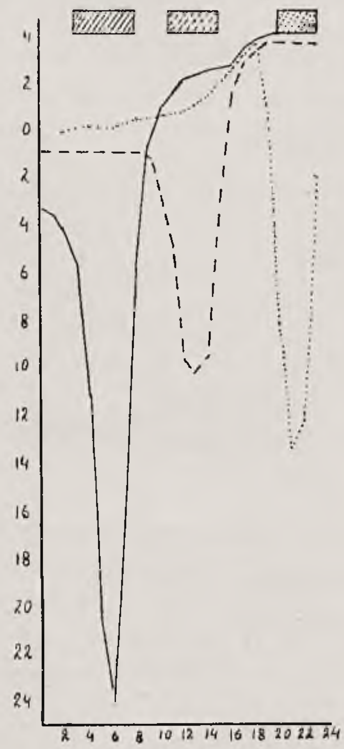
i rys. 3. Sposób przedstawienia jest taki, jak w poprzednich doświadczeniach. Należy zauważyć, że w danym wypadku oznaczenie miejsca uszkodzenia nie mogło być równie ścisłe, jak poprzednio z tego powodu, że miejsce uszkodzone amoniakiem nie odcina się wyraźnie, ani ostro od powierzchni otaczającej.

Jak widać wyniki są podobne do tych, jakie otrzymaliśmy u mięśni nadciętych brzytwą. Różnica polega głównie na tem, że przecięcie jest czynnikiem działającym znacznie silniej, tak na obniżenie potencjału w miejscu uszkodzonem, jak i na spolaryzowanie powierzchni nieuszkodzonej. Prócz tego granice pomiędzy częścią nadżartą i spolaryzowaną nie przedstawiają tak ostrych zarysów, co widać zwłaszcza przy porównywaniu krzywych. Gdy po lewej stronie od miejsca uszkodzonego w poprzednich wypadkach mieliśmy ostre załamanie potencjału to w obecnie przedstawionych krzywych mamy zaokrąglone kształty.

Przyczyną tej zmiany jest sposób działania amoniaku: Nadżarcie amoniakiem nie może dać ostrych granic, ponieważ płyn rozchodzi się na miejsca sąsiednie.

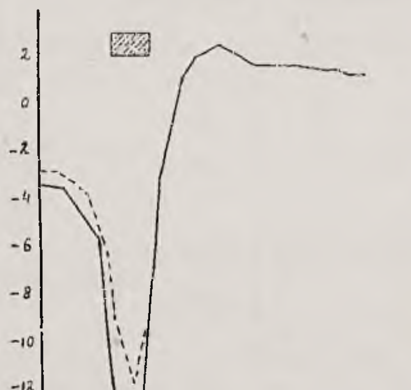
W zasadniczych zarysach podobnie przedstawiają się wyniki otrzymane u mięśni przypalonych rozgrzanym drutem. Tablica X. i rys. 4. przedstawiają rezultaty otrzymane na mięśniu łydkowym lewym żaby nr. 21. oraz na m. m. łydkowych lewym i prawym żaby nr. 22. Sposób preparowania i badania mięśni był zupełnie taki jak poprzednio. Celem uszkodzenia mięśnia drut żelazny o średnicy 2 mm. rozgrzewano do słabej czerwoności w płomieniu Bunsena, poczem drut przykładano w poprzek mięśnia na zgóry obrane miejsce na przeciąg paru sekund. W tablicy opuszczone są, podobnie jak w poprzednich, dane dotyczące nieparzystych milimetrów. W krzywych nie uwzględniono potencjału mięśni przed przypaleniem.

Z tablicy i krzywych wnosić można, że miejsce uszkodzone, podobnie jak w poprzednich wypadkach, ma potencjał znacznie niższy, niż powierzchnia mięśnia. Spolaryzowanie natomiast przedstawia się znacznie słabiej niż w poprzednich doświadczeniach. W przeważnej większości wypadków niema tu ostrego załamania po stronie dystalnej. O tem, że jednak spolaryzowanie, zapewne tylko najbliżej części uszkodzonej położonych odcinków, ma miejsce i w danym wypadku zdaje się świadczyć to, że zawsze po stronie proksymalnej od oparzenia potencjał jest znacznie wyższy niż po stronie dystalnej. Nie widać tego tylko u mięśni uszkodzonych na samym końcu dogłowowym, ale wtedy o spolaryzowaniu świadczy część dystalna, jak to ma miejsce w mięśniu łydkowym prawym żaby nr. 22.



Rys. 4.
Linja przerywana — potencjał mięśnia łydkowego lewego żaby nr. 21 po przypaleniu między 12 — 14 mm. Linja ciągła — potencjał mięśnia łydkowego lewego żaby nr. 22 po przypaleniu między 4 — 6 mm. Linja punktowana — potencjał mięśnia łydkowego prawego żaby nr. 22 po przypaleniu między 20 — 22 mm.

Tak więc, w mięśniach pod wpływem przypalenia obniżenie potencjału miejsca uszkodzonego występuje w całej pełni, gdy tymczasem polaryzacja zaznaczona jest stosunkowo bardzo słabo. Ten słaby sposób reagowania i w tem staje się widoczny, że w częściach mięśnia położonych dalej od przypalenia można czasem stwierdzić polaryzację ujemną, którą się stwierdziło przed za-



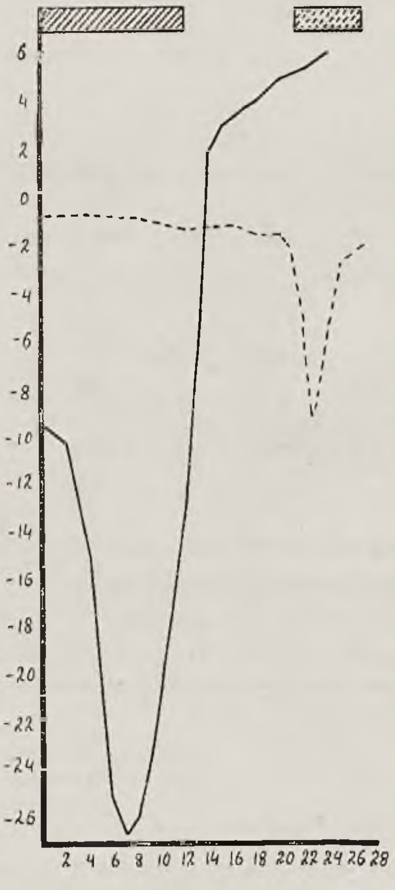
Rys. 5.
Linja ciągła — potencjał mięśnia żaby nr. 41 po przypaleniu między 6 — 8 mm. Linja przerywana — potencjał tegoż mięśnia 15 min. potem.

działaniem czynnikiem szkodliwym. Wypadek taki przedstawiony jest na tablicy XI. i rys. 5. z wyników otrzymanych na żabie 41.

Gdy teraz wiadomo, w jaki sposób zachowuje się potencjał mięśnia wobec obcych czynników uszkadzających jego powierzchnię, łatwiej będzie eksperymentować i zrozumieć działanie wywierane na mięsień przez skórną wydzielinę.

Aby zbadać ten wpływ skóry na potencjał mięśnia, preparowałem je w taki sposób jak do poprzednich doświadczeń, badałem ich potencjał prawidłowy, a potem na dane miejsce mięśnia układałem skórę świeżo zdjętą. Używałem do tego zazwyczaj skóry tejże żaby, choć z równem powodzeniem można posłużyć się inną. Skóra leżała zazwyczaj na mięśniu przez kilka do kilkunastu sekund, przyczem starałem się o to, aby działanie jej ograniczyć tylko do danego odcinka, aby więc wydzielina nie rozchodziła się po całym mięśniu. Uniknąć tego jednak w zupełności zapewne się nie dało z powodu tego, że wydzielina ta nie pozostawia śladów działania. Po zdjęciu skóry badałem rozmieszczenie potencjału, albo bezpośrednio, albo też po uprzedniem przepłókaniu mięśnia płynem Ringera przy użyciu pendzelka. W obu wypadkach wyniki przedstawiają się podobnie. Oznaczenie miejsca, na którem spoczywała skóra wykonywałem przy pomocy elektrody ruchomej nieco ponad mięsień uniesionej, jednak ponieważ wydzielina nie daje się spostrzec i trudno uniknąć jej rozprzestrzeniania na miejsca sąsiednie, więc oznaczenie to nie mogło być tak dokładne, jak przy nacinaniu mięśnia.

Dotknięcie skórą nie da się zastosować na tak małej powierzchni jak przy stosowaniu poprzednich czynników. Z kilku wykonanych doświadczeń podaję tu wyniki otrzymane na żabach 65 i 68 (tablica XII. i rys. 6) przedstawiających rezultaty w sposób analogiczny do poprzednich. Z tablicy i rysunku wynika, że dotknięcie skórą działa w zasadzie w sposób identyczny z innemi czynnikami szkodliwemi, wypróbowanemi poprzednio, to zn. wywołuje obniżenie potencjału miejsca uszkodzonego oraz spolaryzowanie części okolicznych. Jednakże należy te dwa sposoby działania więcej rozróżnić, niż przy poprzednich czynnikach, co będzie w dalszym ciągu uzasadnione.



Rys. 6.

Linja ciągła — potencjał mięśnia żaby nr. 65 po obłożeniu skórą pomiędzy 0 — 12 mm. Linja przerywana — potencjał mięśnia żaby nr. 68 po obłożeniu skórą między 21 — 28 mm.

Przy przeglądaniu wyników otrzymanych na mięśniach pod wpływem działania skóry, spostrzega się pewne różnice w sposobie oddziaływania w różnych odcinkach, co daje się zauważyć i przy działaniu innemi czynnikami szkodliwemi. Mianowicie ułożenie skóry na mięśniu wywołuje najwybitniejszy odczyn, tak pod względem obniżenia potencjału miejsca nadżartego jak i polaryzacji wtedy, gdy miejsce dotknięte skórą znajduje się w dystalnej części mięśnia, za wyłączeniem naturalnie ścięgna. Nieco słabiej oddziaływuje mięsień w swej środkowej części, zaś najsłabiej w części proksymalnej. Widać to dobrze z przytoczonych powyżej krzywych.

Dotychczasowe wyniki nie pozwalają na wytłómaczenie tego szczególnego zachowania się mięśnia. Nie wchodzi tu w grę ani ilość włókien mięsnych ani łatwość dostępu do nich. Przeciwnie najsilniejsze spolaryzowanie otrzymujemy w dolnej części mięśnia, stosunkowo biednej we włókna. Wydaje się więc możliwem, że stoi to w związku z ogólnym sposobem polaryzacji włókien w mięśniu. Co ciekawsze, nie każde dotknięcie skórą mięśnia wywołuje obydwa powyżej opisane odczyny. Należy tu rozróżnić dwa czynniki zmieniające sposób, w jaki mięsień oddziaływuje. Są to: świeżość mięśnia i czas dotykania. Jeśli mięsień przez pewien czas leżał na powietrzu otwartem i powierzchnia jego wyschła nieco, wówczas działanie skóry w powyżej opisany sposób przyłożonej na krótki przeciąg czasu wywołuje spolaryzowanie mięśnia wraz z nieznacznem tylko obniżeniem potencjału miejsca dotkniętego. Również przez bardzo krótkotrwałe zadziałanie skóry, możemy otrzymać słabą polaryzację bez jednoczesnego obniżenia potencjału części dotkniętej.

Wypadek taki przedstawia tablica XIII. ułożona z wyników otrzymanych u żaby nr. 64. Żabę preparowano w sposób znany, ułożono na deseczce pod elektrodami i dwukrotnie badano rozkład potencjału. W 8 min. po przecięciu rdzenia przez chwilkę ułożono skórę na mięśniu w górnej jego części. Na skutek tego otrzymaliśmy, zamiast spadku, dość silny wzrost potencjału dotkniętego skórą miejsca, przeciwnie spadek notujemy w części dystalnej mięśnia, na którą skóra nie działa wcale.

Widzimy, że polaryzacja pogłębia się nawet z czasem. Następnie 20 min. po przecięciu rdzenia jeszcze raz w tem samem miejscu ułożono skórę na dłuższy przeciąg czasu przyczem osiągnięto obniżenie potencjału miejsca, na którem leżała skóra, wywołując jednocześnie wzmożenie się polaryzacji pozostałej powierzchni.

Jeśli w podobnie słaby sposób działać będziemy na dystalną część mięśnia, nigdy nie da się otrzymać zwiększenia potencjału tej części, natomiast prawie zawsze wzrasta przytem potencjał niedotkniętej części proksymalnej. Jeśli tu zastosujemy poprzednio wypowiedziane przypuszczenie, że przy słabem działaniu skóry występuje polaryzacja, przy małym udziale obniżenia potencjału na skutek uszkodzenia, będzie można wysnuć przypuszczenie, które będziemy mogli potwierdzić, że na drażniące czynniki (ale nie szkodliwe) mięsień oddziaływuje w osobliwy sposób przez spolaryzowanie włókien, dopiero przy silniejszych czynnikach wywołujących uszkodzenie mięśnia otrzymujemy obniżenie potencjału miejsca uszkodzonego, któremu towarzyszy spolaryzowanie podrażnionych części okolicznych.

Należałoby w dalszym ciągu przystąpić do ściślejszego odgraniczenia polaryzacji i uszkodzeniowego obniżenia potencjału, aby głębiej poznać istotę działania słabych czynników szkodliwych na mięsień. Stosunkowo dobrym objektem do celów tych wydaje się mięsień, którego powierzchnia podeschła nieco na powietrzu, prawdopodobnie dlatego, że czynnik szkodliwy, działając poprzez warstewkę nieco podeschła, nie może przejawiać swego działania w całej pełni i wywołać nadżarcia powierzchni. Wydzielina skórna okazała się niezbyt dobrym czynnikiem do badania powyższych stosunków. Drażnienie skórą nie może być w dostateczny sposób regulowane ilościowo; zapomocą zmiany czasu drażnienia nie osiągamy pożądanego celu, ponieważ, jak się zdaje, nie wszystkie miejsca skóry są w jednakowym stopniu jadowite. Prócz tego niewidoczna wydzielina łatwo bez wiedzy eksperymentatora może ulec zawleczeniu na miejsca niepożądane. Również konieczna dla danych celów równomierna siła działania czynnika na wszystkie miejsca nie daje się osiągnąć z powodu niejednakowej jadowitości i łatwego fałdowania się skóry. Natomiast do osiągnięcia celu daje się z powodzeniem użyć krótkotrwałe ogrzanie mięśnia, do czego zaraz przejdziemy.

Oczywistem jest, że mięśnie preparowane bez, lub przy zastosowaniu niewystarczających, ostrożności, muszą ulegać polaryzacji, czy też uszkodzeniu pod wpływem wydzieliny skóry i, jako takie, nie mogą być uważane za prawidłowe pod względem potencjału powierzchni. Czy za tem idą i inne zmiany w fizjologji mięśnia będzie mowa na innem miejscu.

Dla zobrazowania następstw, jakie pociąga za sobą nieostrożne preparowanie mięśnia, przytaczam tablicę XIV. i rys. 7.

Tablica XI. Żaba nr. 41.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów														
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
20	+6	+6	+6	+6	+6	+5	+5	+5	+5	+4	+4	+4	+4	+4	+4
23	mięsień przypalono pomiędzy 6—8 mm.														
25	—35	- 36	—49	—116	—156	—31	+10	+20	+23	+16	+16	+16	+13	+11	+11
40	—29	—31	39	—106	—98	— 4	+15	+17	+16	+16	+16	+14	+13	+13	

Tablica XII. Żaba 65 i 68.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów														
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
	żaba nr. 65														
10	+4			+4					+3			+3			
13	mięsień dotknięto skórą pomiędzy 0 -- 12 mm.														
15	—94	—100	—150	- 250	- 257	—196	—128	+19	+35	+46	+51	+55	+61		
	żaba nr. 68														
2	+1									—3				0	
3	mięsień dotknięto skórą pomiędzy 21 — 28 mm.														
5	—5	—5	—5	—5	— 5	- 6	—8	—10	- 10	- 10	—13	—51	—53	—21	- 8

Tablica XIII. Żaba nr. 64.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów													
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26
2	—1					—1			—1				—1	
5	+1				+1	0			—1				—1	
8	dotknięto krótko mięśnia skórą pomiędzy 18 — 26 mm.													
10	— 18	—18	—22	—26	— 38	—38	—41	—36	—16	8	+ 8	+24	+22	+20
15	—26	—26	—30	34	— 44	—44	—28	—13	0	+13	+18	+ 24	+24	
20	dotknięto mięśnia skórą pomiędzy 19 - 26 mm. przez 30 sek.													
22	—36	—36	48	—52	—46	—40	—10	+11	+32	+10	—44	—56	- 52	

Tablica XIV. Żaba nr. 63.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów															
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
3	—163				375										+85	
4	—240	- 240	- 244	- 240	—278	—423	—423	—416	—392	- 382	- 382	—362	—298	—193	0	+110
20	—194	—192	—189	- 190	—217	—319	—343	—334	—327	—325	—337	—324	—263	—154	+3	+93

ułożone podług wyników otrzymanych u mięśnia łydkowego preparowanego bez ostrożności przed dotknięciem skórą, a więc mięśnia podobnego do tych, z jakiemi powszechnie przy badaniu jego własności fizjologicznych mamy do czynienia. Rys. 7. przedstawiony jest w skali dwukrotnie zmniejszonej niż poprzednie.

Wszystkie zmiany potencjału, o których mowa, nie są zmianami utrzymującemi się stale. Tak stan polegający na spolaryzowaniu, jak i obniżenie potencjału miejsca uszkodzonego zmieniają się z czasem w ten sposób, że stale tracą na sile.

Przytem zwykle im wybitniejsze zmiany, tem prędzej następuje ich obniżenie. Obniżenie to w pierwszych minutach postępuje szybko, potem staje się coraz wolniejsze, ale nawet po upływie godzin nie obniża się do zera.

Zmiany powyżej przedstawione zachodzą nie tylko w mięśniu łydkowym. Inne mięśnie oddziaływują w sposób zupełnie podobny na działanie czynników szkodliwych. Z szeregu doświadczeń przytoczę tu tylko tablicę XV, dotyczącą mięśni trójgłowych uda żab nr. 71, 72 i 73 po przypaleniu rozgrzanym drutem w sposób podobny do zastosowanego przy badaniach na mięśniu łydkowym, oraz tablicę XVI. zestawioną z wyników otrzymanych u żab 74 i 75, których mięśnie trójgłowe uszkadzano przez ułożenie na nich w odpowiednio obranem miejscu zewnętrznej powierzchni skóry.

Z tych tablic wynika jasno podobieństwo odczynu mięśnia trójgłowego do m. łydkowego. Jedynie względna krótkość tego mięśnia jest powodem, że różnice pomiędzy potencjałem uszkodzonego miejsca i odcinków spolaryzowanych są nieco mniej jaskrawo uwydatnione. Potencjał elektryczny danego miejsca powierzchni m. trójgłowego oznaczałem w zależności od oddalenia od górnego brzegu stawu kolanowego, podobnie jak poprzednio oznaczałem miejsca na m. łydkowym w zależności od oddalenia od kostki Achillesa.

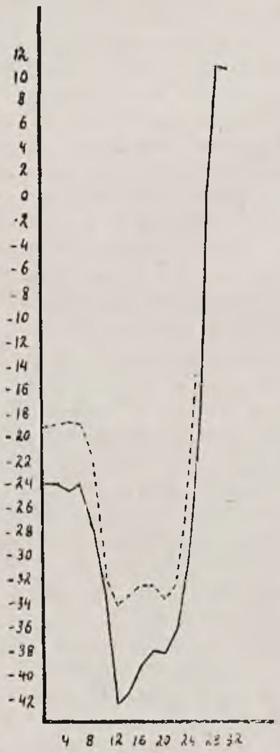
Podobne wyniki otrzymać można również na innych mięśniach żaby, z których zbadałem jeszcze *m. peroneus i m. gracilis*. Przy tych badaniach ze zrozumiałych powodów ograniczyć się należy do pomiarów potencjału powierzchni zewnętrznej mięśnia bez odpreparowywania go od sąsiednich. Obydwa odczyny t. j. obniżenie potencjału miejsca uszkodzonego oraz spolaryzowanie

Tablica XV. Żaba nr. 71, 72 i 73.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od stawu kolanowego o milimetrów													
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26
	żaba nr. 71													
10	+18				+13				+8				+3	
13	mięsień przypalono pomiędzy 9 — 11 mm.													
15	−45	−50	−63	−80	−179	−185	−185	+30	+31	+23	+16	+13	+11	+8
	żaba nr. 72													
3	+5				+3				0			−3		
6	mięsień przypalono pomiędzy 14 — 18 mm.													
8	0	0	−1	−3	0	−3	−21	−148	221	−182	+38	+50	+40	
12	+3	+3	+5	+8	0	−8	−113	−178	−178	−10	+40	+45	+43	
	żaba nr. 73													
3	+4				0			+4				+5		
5	mięsień przypalono pomiędzy 20 — 23 mm.													
6	+1	+1	+3	+3	+4	+16	+43	+69	+43	−91	−200	−188	−138	−57

odcinków sąsiednich pojawiają się zawsze w tych mięśniach po zadziałaniu wszystkich powyżej nadmienionych czynników.

W ostatnich czasach E. Koch (14) przeprowadził doświadczenia, które mają pewne pokrewieństwo z mojemi. Mój sposób jednak powstał zupełnie niezależnie od sposobu Kocha, o którego badaniach dowiedziałem się dopiero w czasie moich badań.



Rys. 7.
Potencjał mięśnia żaby nr. 63. preparowanego bez ostrożności przed dotknięciem skórą. Linja ciągła — 4 min., linja przerywana 20 min. po przecięciu rdzenia.

E. Koch przeprowadzał swe badania w ten sposób, że jedną niepolaryzującą się elektrodę ustawiał w górnym końcu mięśnia, drugą zaś przesuwał począwszy od pierwszej aż do przeciwległego końca mięśnia, przyczem zapisywał prąd na przesuwającej się kliszy w galwanometrze strunowym Einthovena. Badania tego autora choć na pierwszy rzut oka bardzo zbliżone do moich, jednakże nie spełniają warunków, które potrzebne były do osiągnięcia celu niniejszych doświadczeń mianowicie do oznaczenia rozmieszczenia potencjału wzdłuż mięśnia.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prof. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

W sprawie techniki zakładania preparatów radowych w przypadkach raka szyji macicy, nienadających się do operacji.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.

Dotychczasowe doświadczenia w sprawie stosowania energji promieniotwórczej w przypadkach raka szyji macicy wykazały, że jest to środek dzielny, który słusznie zdobył sobie prawo obywatelstwa, zwłaszcza w przypadkach nienadających się do operacji. Dotychczasowe wyniki, oparte na bardzo obfitym materjale klinicznym, stwierdzają, że środkiem tym uleczyć możemy przeszło 10% tych przypadków. Jeśli uwzględnimy, że są to przypadki. wobec których dotychczas nie mieliśmy żadnego środka leczniczego, a więc przypadki poprostu stracone, gdyż byliśmy wobec nich bezradni, to wyniki te musimy uważać za bardzo dobre Nasuwa się pytanie, jeżeli środek ten w istocie działa skutecznie, a powyższe wyniki dowodzą tego niezbicie, to, dlaczego odsetek wyleczenia jest stosunkowo tak mały i czy można i w jaki sposób uzyskać wyniki lepsze?

Wchodzą tu w grę różne okoliczności jak np. jakość samego nowotworu, stopień zatrucia organizmu jadem rakowym, siła odporności ustroju dotkniętego tem cierpieniem, sposób stosowania energji promieniotwórczej, dawka tejże itp. Że tak jest w istocie, dowodzą tego różne wyniki, jakie różni autorowie uzyskują, stosując energję promieniotwórczą w różny sposób i w różnych dawkach. Nie ulega wątpliwości, że do wyleczenia raka macicy potrzebna jest koniecznie pewna ilość energji promieniotwórczej, lecz, stosując we wszystkich przypadkach tę samą, powiedzmy, minimalną dawkę energji promieniotwórczej, mimo to nie uzyskamy wyleczenia wszystkich przypadków. Oprócz wyżej wspomnianych okoliczności, zależy ten różny wynik bezwątpienia od sposobu, w jaki tę energję stosujemy.

Dotychczasowe własne doświadczenia, jakie mam sposobność od lat 9 przeprowadzać na stacji rakowej kliniki lwowskiej, umacniają mię w tem przekonianiu niezbicie. Stosując bowiem pewną stałą dawkę energji promieniotwórczej według metody opracowanej przez nas przez szereg lat w pewnej serji przypadków, uzyskaliśmy różne wyniki, a uwzględniwszy różne okoliczności i czynniki, jakie bezwątpienia tu muszą mieć znaczenie, przyszliśmy do przekonania, że bardzo ważnym czynnikiem jest nietylko dawka, ale także sposób jej zastosowania. To sprawiło, że z biegiem czasu metodę swą modyfikowaliśmy, starając się zdobyć taką, którąby dawała możność uzyskania jak najlepszych wyników. Tutaj winienem nadmienić, że już po pierwszych doświadczeniach przyszliśmy do przekonania, że najlepsze wyniki dawało nam leczenie skombinowane, to jest stosowanie naświetlań Roentgenem i radem. Zasadniczo stosujemy najpierw naświetlania roentgenem, a po pewnym czasie stosujemy rad.

O ile idzie o naświetlania roentgenowskie, to stosujemy je w ten sposób, że z czterech pól (2 na brzuchu, 2 na pośladkach) stosujemy dawkę, równającą się dwom pełnym dawkom rumieniowym (2400 r.).

Co się zaś tyczy naświetlań radowych, to stosowaliśmy je w postaci najrozmaitszej. Pierwotnie zakładaliśmy preparat

w ilości 50 mg. Staraliśmy się zawsze założyć preparat, o ile możności, w środku guza nowotworowego, a więc do kanału szyi. Atoli okazało się, że założenie preparatu do szyi macicy nie zawsze jest łatwe, a często niemożliwe. Niejednokrotnie w przypadkach guzów nowotworowych niepodobna jest doszukać się kanału szyi, a silenie się o to powoduje obfite krwawienie i tak maltretuje tkanki, że chora taka następnie gorączkuje wśród objawów zatrucia i podrażnienia otrzewnej, o czem mieliśmy sposobność się przekonać.

W przypadkach, w których istniał krater, zakładaliśmy preparat do jamy krateru, unieruchomiając go przy pomocy tamponady. Ponadto zakładaliśmy preparat w sklepienia lub na szczyt guza nowotworowego.

W przypadkach guzów wielkich części pochwowej stosowaliśmy preparat radowy w postaci igieł, któremi nabijaliśmy cały guz w odstępach co kilka cm. (radiopunctura). O ile istniały nacieki w przymaciczach, zakładaliśmy preparat radowy do krateru, względnie do szyi, a ponadto drogą laparotomji w postaci igieł lub nabojów grubszych o zawartości 10 mg. radu wprost w nacieki.

Po licznych, wieloletnich doświadczeniach przyszliśmy do przekonania, że wszystkie te sposoby są niedostateczne i nie prowadzą do celu i że najlepszym sposobem jest zakładanie preparatów w sam środek nowotworu, w dawkach mniejszych, lecz działających przez czas dłuższy. Ze względu na rozprzestrzenianie się sprawy nowotworowej, musimy się starać, by tak samo pierwotne ognisko nowotworowe, jak przymacicza otrzymały odpowiednią dawkę. Można to uzyskać tylko w ten sposób, że rozdzielone mniejsze preparaty założy się do szyi tak, by obszar ich działania przekraczał makroskopowe granice nowotworu, a preparaty w sklepieniach obejmowały nacieki w przymaciczach. Tylko w ten sposób, kiedy naświetlania obejmują ten cały obszar, możliwe jest zniszczenie nowotworu w całości. Niestety nie zawsze to się udaje, zwłaszcza w przypadkach, gdzie sklepienia są zanikłe, względnie tak zniszczone, że brak w nich miejsca na pomieszczenie preparatu, a zajęta nowotworem część pochwowa nie pozwala na wprowadzenie preparatu do szyi. Ponieważ zaś, jak to wyżej wspomniano, założenie preparatu radowego do kanału szyi od strony pochwy nie zawsze jest możliwe, względnie połączone jest ze zbyt wielkiem niebezpieczeństwem dla chorej, postanowiliśmy szukać innego sposobu, któryby umożliwił założenie preparatu w sposób należyty do kanału szyi, a równocześnie nie narażał chorej na wspomniane niebezpieczeństwa.

W tym celu w przypadkach tych wybraliśmy drogę od strony jamy brzusznej. Postępujemy zaś następująco. Jamę brzuszną otwieramy cięciem niedużem w linji środkowej powyżej spojenia łonowego. Cięciem poprzecznem od jednego rogu do drugiego, względnie wycięciem klina z dna macicy otwieramy jamę macicy. Szczypczykami Chrobaka kontrolujemy przebieg kanału szyi, którą w razie potrzeby rozszerzamy podczas wyjmowania szczypczyków przez odpowiednie ich rozłożenie do szerokości mniejwięcej 8 mm. Preparat sam umieszczony jest w rurce gumowej wyjałowionej i składa się właściwie z 3 preparatów każdy po 10 mg. radu. Długość wszystkich 3 preparatów w rurce wynosi około 8 cm tak że po założeniu koniec pierwszego preparatu sterczy w okolicy ujścia zewnętrznego, następne zaś 2 preparaty biegną kolejno jeden za drugim w kierunku do dna macicy. Górny koniec rurki zaopatrzony jest w nitkę, którą przeciąga się przez ranę dna macicy i powłok aż na zewnątrz, gdzie się ją przyszywa do skóry powłok. Następuje zaszycie rany macicy szwami węzełkowymi i szew typowy powłok brzusznych.

Ponadto, o ile to możliwe zakładamy do pochwy w sklepienie 2 preparaty, każdy po 10 mg., w odpowiednich rurkach lub pierścieniach gumowych, poczem tamponujemy bardzo lekko pochwę gazą przesiąkniętą szczepionką Besredki.

Preparaty założone do pochwy wyjmuje się co 24 godzin i po oczyszczeniu zakłada na nowo w ten sam sposób. Preparaty, założone do szyi i jamy macicy, pozostają nietknięte przez 5 dni. Po skończonych 5 dniach usuwa się je w ten sposób, że przecina się nitkę przymocowaną do powłok brzusznych a biegnącą od górnego końca rurki gumowej, zawierającej preparaty, poczem we wziernikach łyżkowych nastawia się część pochwową, chwyta się szczypczykami dolny koniec rurki gumowej sterczącej z ujścia zewnętrznego i wyciąga się takową. Kanał szyi, macicy i pochwy przestrzykuje się następnie szczepionką Besredki.

Jako ujemną stronę tego postępowania możnaby podnieść, że wykonujemy laparatomję, a więc zabieg bądźcobądź poważny, dla celu tak pozornie małego, jakim jest założenie preparatu radowego do kanału szyi. Zarzut ten atoli odpada w zupełności, jeśli się zważy, że cały zabieg trwa bardzo krótko, bo od początku aż do ostatniego szwu w powłokach nie dłużej, jak kilkanaście minut, jest prosty, pojedynczy, nie każe przewidywać żadnych poważniejszych powikłań i można go swobodnie wykonać w znieczuleniu miejscowem. Posiada zaś ogromne zalety i czyni zadość wymaganiom polegającym na należytem rozmieszczeniu preparatów radowych, co gwarantuje najlepsze ich działanie.

W bardzo wielu przypadkach, w których dotychczas zakładaliśmy preparat radowy do pochwy i który dlatego musieliśmy tamże ustalać przy pomocy silnej tamponady, już po kilkunastu godzinach występowało podniesienie ciepłoty jako objaw zatrucia, będącego następstwem resorbcji wskutek tamponady pochwy. W tych przypadkach, w których dotychczas stosowaliśmy opisany sposób postępowania, powikłania tego nie zauważyliśmy, co przypisać należy temu, że nie przychodzi do wchłaniania z powierzchni guza żadnych produktów rozkładu, gdyż pochwy nie potrzebujemy tamponować, a lekko założona do pochwy gaza przesiąknięta szczepionką Besredki nie tamponuje takowej, a więc umożliwia odpływ. Nie bez znaczenia, sądzę, jest również działanie samej szczepionki.

Wszystkie chore, u których zastosowaliśmy dotychczas ten sposób postępowania, zniosły ten zabieg bardzo gładko bez najmniejszych zaburzeń. U wszystkich stwierdzić mogliśmy, że sprawa nowotworowa ustępuje. O ostatecznym losie ich trudno dziś coś pewnego powiedzieć, gdyż czas obserwacji ich wynosi zaledwie kilka miesięcy. Nie przypuszczamy, aby ten sposób aplikowania radu dał nam możność wyleczenia wszystkich chorych na raka szyi macicy. Lecz nie o to nam chodzi. Celem naszym było założenie radu w sposób należyty w tych przypadkach, w których założenie go od strony pochwy jest niemożliwe i niebezpieczne. Sądzimy zaś, że w powyższej metodzie znaleźliśmy sposób, który zadanie to należycie spełnia.

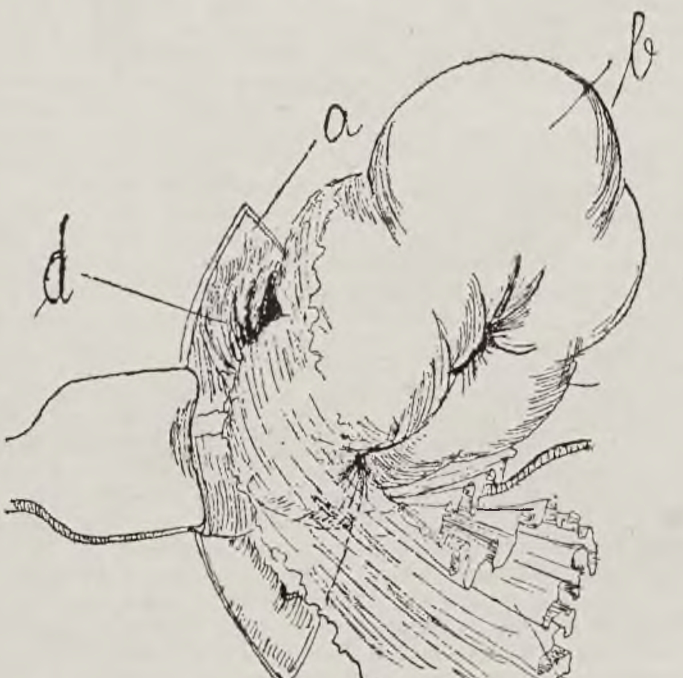
Dr. Alfred KRAUSS, kierownik Szpitala. Wilejka

O rzadkim przypadku skrętu poprzecznicy.

Wśród skrętów osiowych jelit oraz kiszek grubych skręt poprzecznicy zajmuje miejsce bodaj że wyjątkowo rzadkie. W dostępnej mi literaturze wprawdzie szczupłej przypadku takiego nie spotkałem zupełnie. Powody tak rzadkiego występywania wymienionego schorzenia leżą w stosunkach anatomicznych, które nie pozwalają na wydatniejsze ruchy kiszki grubej w części poprzecznej, w osi strzałkowej, co by doprowadziło do zamknięcia światła, względnie przez zaciśnięcie naczyń w więzadle żołądkowo-kiszkowem do zaburzeń w odżywieniu ściany kiszki. Zresztą w warunkach prawidłowych więzadło żołądkowo-kiszkowe jest tak krótkie, że o samodzielnem skręcie mowy być nie może. Wyjątkowość tego przypadku upoważnia do ogłoszenia go.

Dnia 4. VII. 1929 r. o godzinie 5 rano przywieziono do Szpitala w Wilejce ze szpitala w Mołodecznie chorą z rozpoznaniem ostrej niedrożności jelit *(ileus)*. W szpitalu w Mołodecznie wyczerpano wszystkie środki leczenia wewnętrznego, jak wysokie lawatywy i t. d. W wywiadzie chora podaje: ma 34 lat, choruje od 48 godzin, cierpienie powstało nagle o godz. 4 rano gwałtownym bólem, który ją zbudził ze snu. Ból umiejscowiony ściśle w dołku podsercowym, promieniujący ku krzyżowi i plecom; z początku wystąpiły wymioty przeważnie żółcią, które później ustały i od tej chwili ani sama siąść ani wstać nie mogła. Osłabienie było tak silne, że kilkakrotnie omdlewała. Natychmiast nastąpiło zatrzymanie gazów, stolca i moczu. Dopiero po dobie chora mocz oddała samoistnie. Bóle z początku występowały napadowo w okolicy ponad pępkiem, po 24 godzinach ból stał się ogólny, stały, jednostajny, burczenie prawie zupełnie ustało. Od kilku godzin ból nasila się w dość znacznym stopniu. Z wywiadu należy jeszcze zanotować, że chora rodziła 8 razy, przed chorobą cierpiała od dłuższego czasu na nieokreślone dolegliwości żołądkowe. W ostatnich czasach bardzo głodowała w związku z nieurodzajem na Wileńszczyźnie, tak, że straciła 16 kg na wadze (?) Wieczorem przed zachorowaniem spożyła bardzo obfitą wieczerzę, złożoną z kapusty, fasoli, kaszy i czarnego chleba z racji bezpłatnego rozdawnictwa środków żywności przez władze dla głodującej ludności. Badaniem stwierdza się: ciepłota 37,5° C. Budowa dobra, silna, odżywienie liche, język suchy, pokryty czarno-bronzowym nalotem. Typ oddychania wybitnie obojczykowy, 70 oddechów na minutę. W płucach rozsiane zapalenie oskrzeli suche. Tony serca głuche, bardzo szybkie, tętno około 130 na minutę. Jama brzuszna wysklepiona w całości, W szczególności nad pępkiem. Wypuk wszędzie bębenkowy. W miejscu stłumienia wątrobowego wypuk bębenkowy na dwa palce powyżej łuku żebrowego. Obmacywanie wszędzie bolesne, najsilniejsza bolesność nad pępkiem i w dołku podsercowym. Osłuchiwaniem stwierdza się dźwięczne przelewania, chwilami rzadkie skurcze jelit. Badaniem przez pochwę i odbytnicę nie wykrywa się nic szczególnego.

W znieczuleniu miejscowem przez zastrzyknięcie, a później w odurzeniu eterowem otwarto jamę brzuszną cięciem 20 cm. długości w okolicy pępka nieco ku górze. Natychmiast wysunęła się z rany operacyjnej czerwono-sina rozdęta pętla kiszki grubej, zakręconej oraz wylała się spora ilość wysięku krwawo-mętnego z wybitnym zapachem prątka okrężnicy. Wydobyto nie bez trudności całą skręconą kiszkę, zlepioną z częściami sąsiedniemi, obwód jej wynosił 31 cm. Sieć i cała otrzewna silnie nastrzyknięta wykazuje objawy zapalenia w postaci licznych zlepów i nalotów włóknika. Z przyczepu sieci i z ukazania się żołądka po pociągnięciu stwierdzono, że jest to poprzecznica, która wykonała obrót w kierunku przeciwnym ruchowi wskazówek zegara o 180 stopni. Po odkręceniu poprzecznicy zauważono, że więzadło żółądkowo-kiszkowe jest bardzo wydłużone, dochodzi (zmierzone nitką jedwabną) do 25 cm. tak, że poprzecznica zwisała w kształcie girlandy aż do miednicy małej. Żołądek zaś nie był opuszczony, gdyż przy pociąganiu dał się sprowadzić do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Jama brzuszna wszędzie wolna od jakichkolwiek zrostów, sieć mała krótka, uboga w tłuszcz, ściana skręconej poprzecznicy w kilku miejscach uległa zgorzeli. Miejsca te wpuklono szwami Lemberta do środka i obszyto na wielkiej przestrzeni siecią. Wprowadzono gruby dren przez odbytnicę i opróżniono kiszkę grubą przez uciskanie jej, o ile to było możliwe z gazów i zawartości. Po wypuszczeniu płynu zapalnego lekko przemyto jamę brzuszną rivanolem 1:1000 i aby usunąć przyczynę skrętu i zapobiec w przyszłości nawrotom, przyszyto kiszkę grubą poprzeczną w trzech miejscach do otrzewnej ściennej, wykonano zatem w ten sposób kolopeksję, ranę brzuszną zamknięto na głucho. Podczas zabiegu chora otrzymała Coraminę 1 cm śródżylnie. Po operacji i dwa razy jeszcze tegoż dnia wlano chorej celem odtrucia ustroju po 12 cm. 10% Na Cl śródżylnie. Działanie tych wlewań było bardzo dodatnie. Stan chorej w sposób rzucający się w oczy dla otoczenia, poprawiał się po zastrzyku. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, stolec na drugi dzień, na 8-my dzień zdjęto szwy, 14-tego dnia chora wypisana.



Rysunek przedstawia nieco schematycznie stosunki, jakie istniały podczas operacji po częściowem odkręceniu poprzecznicy: a) żołądek, b) poprzecznica, c) sieć, d) więzadło kiszkowo-żołądkowe (te dwa ostatnie przedstawione na rysunku mocno schematycznie, gdyż w rzeczywistości posklejane i zgrubiałe otaczały wszystko).

Rozważając powyższy przypadek stwierdzić należy, że główną przyczyną schorzenia była tutaj nadmiernie długa poprzecznica na długiem i silnie ruchomem więzadle żołądkowo-kiszkowem. Stan ten chorobowy pozwolił na powstawanie skrętu, gdyż przy krótszem więzadle, o ileby skręt nastąpił, musiałby ulec ruchowi obrotowemu cały żołądek. Jaki był ostateczny mechanizm tego skrętu trudno przypuścić; bardzo prawdopodobnym wydaje się pogląd Spasakukotskija i Wechsnera, gdyż i w tym przypadku schorzenie poprzedzało niedostateczne odżywianie ze znacznym ubytkiem tkanki tłuszczowej. Ubytek taki mógł przecież doprowadzić do pewnego zwiotczenia więzadeł, a tem samem ułatwić powstawanie skrętu. Bardzo obfita, a co ważniejsza niestrawna wieczerza, wywołująca gazy, mogła swą masą przyczynić się do powstania obrotu, a to tem więcej, że spożyta bardzo nagle, naczczo w olbrzymiej ilości. Pokarm strawiony dochodzi do kiszki grubej w 7 — 8 godzin i wtedy też, wedle opowiadania chorej wystąpił ów nagły przejmujący ból. Żadnej pracy ani też gwałtownych ruchów chora nie wykonywała, leżała bowiem we śnie. Skręt powstać musiał li tylko z przyczyn związanych z perystaltyką kiszki grubej, przesuwaniem się kału i z powodu wielkiej ilości gazów, które powstały wskutek tak ciężko strawnej wieczerzy. Brak wszelkich zrostów, śladów przewlekłego zapalenia, guzów, któreby przez swoją wagę wywołały przemieszczenie, świadczy też dobitnie o tem, że bezpośredni powód zawrotu musiał zależeć od ruchów samej kiszki. W 27 przypadkach skrętów kiszek, które leczono w Szpitalu w Wilejce w 22 można było za pomocą wywiadów stwierdzić podobne stosunki. Skręt występował o tym czasie kiedy mniej więcej główne części masy pokarmowej ostatniego ciężkiego posiłku znajdowały się w miejscu schorzenia. Początek schorzenia, jak zwykle, tak i w naszym wypadku był nagły. Schok, zatrzymanie gazów, moczu i stolca, żywa i bardzo bolesna perystaltyka, po 18 godzinach znacznie się zmniejsza i tylko troskliwe badanie wykrywa nieznaczne ruchy w jamie brzusznej, obraz staje się powoli podobny do zapalenia otrzewnej. Szybkość z jaką choroba postępuje, wprawdzie nie tak znaczna jak w zakrzepie żył i tętnic krezkowych, jednakowoż choroba rozwijała się o wiele szybciej, niż inne skręty kiszek. W przeważnej części chorzy na drugi dzień choroby znajdywali się *ceteris paribus* w daleko lepszym stanie. Chora, o której mowa, mimo że zawsze była silną kobietą i aż do zachorzenia potrafiła ciężko pracować, a w 16 godzin po zabiegu siedziała o własnych siłach w łóżku, w chwili przyjęcia tak była osłabiona, że robiła wrażenie umierającej. Ciężki stan, w którym się chora znajdowała należy odnieść, mojem zdaniem, do odruchu nerwowego dzięki sąsiedztwu żołądka, za który kiszka przy skręcie pociągała oraz dzięki tej okoliczności, że naczynia leżące w cienkiem i delikatnem więzadle żołądkowo-kiszkowem szybko uległy zaciśnięciu, wywołując uszkodzenie ścian kiszkowych. Z powodu zaś silnie w tym odcinku kiszki rozwiniętej flory bakteryjnej drobnoustroje dostawały się w krótkim czasie przez uszkodzoną tkankę do jamy otrzewnej wywołując stan zapalny zakaźny. W analogicznym skręcie esicy, zgrubiała z powodu przewlekłych spraw zapalnych krezka skuteczniej ochrania naczynia przed uciśnięciem.

Rozpoznania właściwego przed zabiegiem nie ustaliłem o ile by jednak wypadek taki zdarzył mi się znów w praktyce to na zasadzie opisanych objawów tak charakterystycznych, można by się pokusić o właściwe rozpoznanie przed zabiegiem. Przedewszystkiem umiejscowienie bólów wybitnie powyżej pępka, przy braku innych objawów, któreby świadczyły o schorzeniu ze strony żołądka. Przeciw skrętowi pętli jelita cienkiego przemawia późne stosunkowo występowanie wymiotów. Po pierwszych odruchowych wymiotach ustąpił ten objaw zupełnie. Po dwuch dniach nie było ich jeszcze, zgłębnik żołądkowy przed operacją wydobył tylko trochę wody. Przeciw skrętowi esicy przemawia umiejscowienie bólu oraz szybki bardzo postęp choroby i ciężki stan. Niedrożność z powodu zamknięcia światła w tych okolicach da jako *ileus e obturatione* objawy o wiele łagodniejsze.

Leczenie może być oczywiście tylko operacyjne i to możliwie szybkie, a to ze względu na gwałtowność występowania martwicy ściany kiszki i zapalenia otrzewnej; dzięki umiejscowieniu niepomyślnemu sprawa zapalna będzie miała skłonność do rozprzestrzeniania się na całą jamę brzuszną. Na długie leczenie wewnętrzne i z tego powodu nie należy tracić czasu, że o odkręceniu przy pomocy głębokich lewatyw mowy być nie może; wszakże płyn w większych ilościach wogóle poza esicę się nie dostaje. Sam zabieg zasadniczo nie różni się od innych zabiegów w razie skrętów. Polegać będzie na odkręceniu kiszki, obszyciu podejrzanych miejsc otrzewną, zawinięciu chorej kiszki w sieć, która tu jest pod ręką ewentualnie od zawartości rozdętej pętli. Wskazane jest celem zapobieżenia nawrotom odpowiednie ustalenie kiszki grubej poprzecznej. Skracanie więzadła żołądkowo-kiszkowego pomijając niezbyt pomyślne wyniki tego sposobu (Payer) w tym wypadku nie nadaje się z powodu schorzenia tego więzadła wskutek skrętu a co za tem idzie fałdowanie go w takih wypadkach jest nie tylko trudne ale i szkodliwe. Urządzanie zawieszek z rozcięgien (*(Perthes, Vogel, Tonniesen)* jest za długie i zbyt skomplikowane dla tak

bardzo osłabionych chorych. Wprawdzie najlepszym i radykalnym sposobem byłoby wycięcie kiszki i przez to skrócenie jej długości, z powodu złego jednak stanu chorej zadowoliłem się przyszyciem w 3-ch miejscach kiszki grubej do otrzewnej ściennej szwami jedwabnemi w ten mniej więcej sposób jak się przyszywa macicę do powłok brzusznych przy tak tak zwanej *Ventrofixatio uteri*, starając się by szwem nie wytworzyć nigdzie ostrych zagięć i chwytając wszędzie taśmę (taenia) celem uzyskania dobrego zrostu. Szwy wypadły po obu stronach w okolicy mięśni prostych brzucha, co dało się łatwo uskutecznić po wywinięciu przy pomocy asysty powłok. 3-ci szew w miejscu cięcia laparatomijnego łączył otrzewnę ścienną z kiszką.

Po zauważeniu opisanego przypadku skrętu poprzecznicy kilkakrotnie próbowałem przy operacjach i przy sekcjach, w razie opadniętej poprzecznicy bez równoczesnego opadnięcia żołądka wykonać taki skręt, zawsze mi się to udawało i dlatego dziwi mię że tak rzadko takie skręty operujemy. kiedy warunki do powstania ich są przecież dość częste. Gdyby stwierdzono w przyszłości częstsze powstawania podobnych schorzeń, należałoby jeszcze niebezpieczeństwo skrętu poprzecznicy dorzucić na szalę wskazań operacyjnych przy opuszczeniu trzew, a wszczególności poprzecznej części kiszki grubej, które to schorzenie jest prawie wyłączną domeną leczenia wewnętrznego.

Literatura: Kirschner Nordmann Chirurgie tom V tamże obszerne zestawienie.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Emil MEISELS. Lwów

O ważności naświetlań raka macicy z wielu ognisk.

Ze stacji rakowej kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Wykład wygłoszony na XIII Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich w Wilnie 1929 roku.

Bez względu na to, w czem będziemy się dopatrywać leczniczego wpływu energji promieniotwórczej przy nowotworach, czy wyłącznie tylko w miejscowem niszczącem działaniu na komórki nowotworowe, czy także i w ogólnem działaniu uodporniającem i wzmacniającem cały organizm przez wywoływanie w nim pewnych obronnych reakcji, sprawa dawkowania odgrywa bardzo ważną rolę. Zapatrywania Wintza o ważności dokładnego dawkowania i uzależniające w pierwszej mierze od niego wyniki, może pod pewnym względem przesadzone, okazały się jednak pod wieloma względami słusznemi i dla całej sprawy lecznictwa nowotworów owocnemi. Dla obu zapatrywań na istotne podłoże działania energji promieniotwórczej można znaleść szereg argumentów zarówno potwierdzających jak i zaprzeczających. Sprawa ta do dziś dnia nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona. Osobiście jestem za pierwszem zapatrywaniem, pozostawiam jednak sprawę tę obecnie na boku. Natomiast co się tyczy postępowania leczniczego, to jest ono obecnie już wcale ściśle określone tak, że w praktyce przestrzeganie pewnych wytycznych jest nieodzownie konieczne dla uzyskania korzystnych wyników. Tu należy zaznaczyć, że obecnie także i zwolennicy zapatrywania o pośrednim wpływie naświetlań, drogą działania na czynniki biologiczne jak Lazarus, Engel i Anschutz, są również zdania, że dawki potrzebne do pobudzenia sił ochronnych organizmu równają się dawkom działającym miejscowo niszcząco. Mimo zasadniczych różnic w tłumaczeniu działania stosują także i ci autorowie te same dwie dawki. Małe t. zw. „drażniące“ dawki zostały w lecznictwie nowotworów prawie wszędzie zarzucone. Jest to dla ujednostajnienia postępowania i oceny i porównania wyników rzecz nadzwyczajnej wagi.

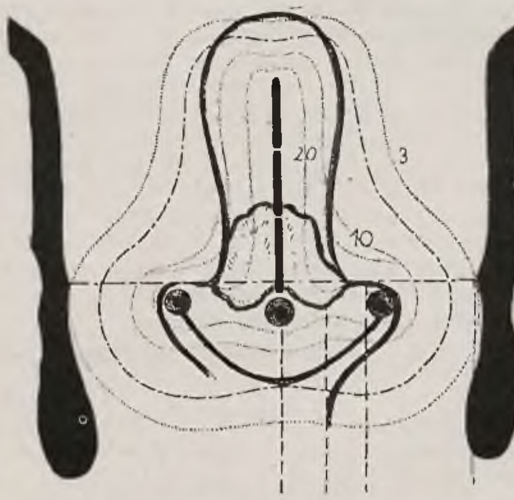
Jak dalece zależy wynik od odpowiednio przeprowadzonego leczenia świadczy statystyka Lacassagne'a. W pracy p. t.: „O przyczynach wyników korzystnych i niepowodzeń w radjoterapji raków szyjki macicy“ przychodzi autor ten do wniosku, że przy dokładnie i całkowicie przeprowadzonym planie leczniczym są widoki dla zupełnego wyleczenia prawie te same dla wszystkich grup bez względu na miejscową rozległość zmian i obraz drobnowidowy. Wyjątek stanowią tylko raki gruczołowe. Z czterech przyczyn, od których wyniki lecznicze radjoterapji nowotworów zależą t. j. 1) rozmiaru zmian, 2) sposobu leczenia, 3) obrazu drobnowidowego i 4) towarzyszących procesów zakaźnych, najważniejszą jest sprawa techniki leczenia. Niepowodzenia są spowodowane przedewszystkiem nie przeprowadzeniem, względnie niemożnością przeprowadzenia należytego leczenia. Gorsze wyniki w przypadkach z rozleglejszemi zmianami i znaczniejszymi procesami zakaźnemi są uwarunkowane przedewszystkiem niemożnością przeprowadzenia w sposób należyty całego planu leczniczego. I przeciwnie, korzystne wyniki w przypadkach grupy pierwszej są uwarunkowane przedewszystkiem tem, że w nich najłatwiej udaje się całe leczenie bez przeszkód przeprowadzić. Statystyka, którą autor ten podaje, jest też pod tym względem bardzo przekonywującą. W grupie pierwszej wynosi ilość wyleczeń po zupełnem i należytem przeprowadzeniu leczenia 77%; w grupie drugiej obejmującej przypadki nadające się jeszcze do operacji t. zw. graniczne 72%, w grupie trzeciej zawierającej przypadki nie nadające się już do operacji 60%, w grupie czwartej przypadków zaniedbanych jeszcze 50%. Statystyka podana na podstawie przypadków leczonych w instytucie paryskim radioterapeutycznym. Mimo więc tak znacznych różnic w obrazie klinicznym są cyfry wyników leczniczych bardzo do siebie zbliżone. Przy tem uwzględnione są przypadki w których śmierć nastąpiła z powodu odległych przerzutów przy miejscowem zupełnem wyleczeniu. Przy wyłączeniu tych przypadków stosunek wyleczeń we wszystkich grupach znaczniebу się jeszcze wyrównał. Wyniki te wyraźnie i dobitnie wykazują zależność końcowych rezultatów w pierwszej mierze od sposobu leczniczego. Zmuszają one do najdokładniejszego przeprowadzenia leczenia i nakładają obowiązek przeprowadzenia go o ile to tylko możliwe w jak największej liczbie przypadków.

Tutaj chcę podkreślić jedną okoliczność, a mianowicie wcale często odstępuje się od leczenia, uważając dane chore za zbyt wycieńczone lub zbyt charlacze i wskutek tego nie nadające sie już do leczenia. Uważa się, że chore nie będą w stanie znieść leczenia, i że przeciwnie samo leczenie może im nawet przynieść szkody. Jest to we wielu przypadkach niesłuszne. Doświadczenia, które mogliśmy zebrać na materjale już dzisiaj setki chorych liczącym, pouczyły nas, że wnioski wysnuwane z ogólnego stanu chorych okazały się pod tym względem często zupełnie nieuzasadnione. Przekonaliśmy się, że nieraz chore bardzo osłabione i wycieńczone znosiły całe leczenie lżej i lepiej, niż chore, które na pierwszy rzut oka wyglądały zupełnie dobrze i silnie. Dodać należy, że na ogół całe leczenie nie stawia siłom chorych większych wymogów i że pod tym względem zapatrywania ogólnie panujące są mocno przesadzone. Wobec tak widocznej zależności wyników od postępowania leczniczego, jak to z wyżej przytoczonej statystyki Lacassagne'a wynika, musimy być bardzo ostrożni z osądzaniem ogólnego stanu chorych i wyłączeniem ich na tej podstawie od leczenia. Musimy przeciwnie dokładać wszelkich starań i uruchomić wszystkie nam do dyspozycji stojące środki, by móc jak najczęściej leczenie w sposób należyty i poprawny przeprowadzić. Jak prof. Bocheński w pracy swej p. t. „W sprawie techniki zakładania preparatów radowych w przypadkach raka szyji macicy nie nadających się do operacji“, przedstawił, uciekamy się nawet do laparatomji celem wprowadzenia preparatów do szyjki macicy w przypadkach, w których nie możemy ich założyć od strony pochwy. Często jesteśmy zmuszeni modyfikować leczenie w ten sposób, że rozkładamy je na pojedyncze aplikacje. Czynimy to u chorych które nie są w stanie znieść ich jednoczasowo.

Jak właściwie przedstawia się obecnie „należyte“ leczenie raka macicy energją promieniotwórczą? Stosowane są trzy metody: 1) naświetlania samymi tylko promieniami rentgenowskimi, 2) kombinacja naświetlań rentgenowskich i radowych i 3) naświetlania samemi tylko promieniami radu. Pierwszy sposób jest dzisiaj najrzadziej stosowany. Nawet Wintz, twórca metody naświetlań rentgenowskich raka szyjki macicy, uzupełnia je dzisiaj naświetlaniami radowemi. Przypisuje jednak główne znaczenie naświetleniom rentgenowskim. Za przykładem Wintza stosują ten sposób postępowania leczniczego z mniejszemi lub większemi modyfikacjami i inni ginekologowie niemieccy jak Martius, Seitz. We Francji i Szwecji stosowane są przedewszystkiem naświetlania preparatami radowemi i na nie kładzie się główny nacisk. Naświetlania rentg. są stosowane tylko jako uzupełnienia. Niektórzy autorowie (u nas Flokszttrumpf) stosują tylko naświetlania radowe i odrzucają zupełnie naświetlania rentg. uważając je za zupełnie zbyteczne, a nawet szkodliwe.

Metoda, którą stosujemy w stacji rakowej lwowskiej kliniki chorób kobiecych od lat 6 polega na kombinowaniu obu sposobów leczenia. Zdaniem naszem zapatrywania autorów, odrzucających naświetlania rentg. nie są słuszne. Przyczyna ich stanowiska leży może w stosowaniu niewłaściwej techniki rentgenologicznej. W porównaniu z techniką naświetlań radowych jest mianowicie technika rentgenologiczna bardziej skomplikowana i co najważniejsze, przedawkowania są tu połączone z o wiele cięższemi na-

stępstwami niż to ma miejsce po naświetlaniach radowych. Na podstawie naszych doświadczeń nie możemy zrezygnować z naświetlań rentg. i uważamy połączenie obu sposobów naświetlań za najstosowniejszą metodę postępowania. Tyczy się to przedewszystkiem przypadków należących do grupy III i IV, do których niestety większość naszych chorych należy. Zresztą nie jesteśmy w tem zapatrywaniu odosobnieni. Autorowie francuscy, jak wyżej wspomniany Lacassagne, dalej Laborde, Gunset i inni stosują również w przypadkach posuniętych naświetlania rentg. i radowe, a ograniczają się do naświetlań wyłącznie radowych tylko w przypadkach grupy I. Już dla przypadków grupy II. t. zw. granicznych uważa Lacassagne tylko takie leczenie za należyte, w którem obok stosowania wśródszyjnego i wśródpochwowego naświetlania preparatami radowemi, zastosowano także naświetlania z zewnątrz przez powłoki brzuszne. Autorowie francuscy, rozporządzający wielką ilością preparatód radowych, stosują je także i przy zewnętrznych naświetlaniach. Nie zmienia to jednak zasadniczo rzeczy. Podobne stanowisko zajmuje w tej sprawie szkoła szwedzka.



Przy naszej metodzie, jak to już dawniej opisaliśmy, stosujemy najpierw naświetlania rentg. Usuwamy przez nie większość mas nowotworowych i uzyskujemy przez to oczyszczenie całego pola. Na odkażający wpływ naświetlań rentg. zwrócił już dawniej uwagę Mayer, który używa ich celem zmniejszenia zakażeń przed zabiegiem operacyjnym. My stosujemy je też dla tych samych celów przed założeniem preparatów radowych. Na odkażenie przed wprowadzeniem preparatu do szyjki należy zwracać szczególną uwagę. Niebezpieczeństwo infekcji jest bowiem prawie zawsze z tem połączone i stanowi ono jedno z najcięższych powikłań tej metody. W niem też leży jedna z głównych przyczyn niepowodzenia. Obawa przed zakażeniem wstrzymywała też nas przez długi czas od stosowania aplikacji wśródszyjnych. Usunięcie większości mas nowotworowych przez poprzednie naświetlania rentg. umożliwia nieraz dopiero zastosowanie preparatów radowych. Można to wprawdzie uzyskać także przez poprzednie wprowadzenie preparatu radu do pochwy. Nie wydaje nam się jednak sposób ten korzystny ze względu na konieczność silnego tamponowania pochwy. Wobec szybkiego rozpadu mas nowotworowych zawierających wiele materjału zakaźnego, nie jest zabieg ten dla chorych obojętny.

Dalsze znaczenie naświetlań rentg. polega na tem, że obejmując szeroko całą okolicę nowotworu wzmacniają wpływ naświetlań radowych w częściach obwodowych. Pomijam opis stosowanej przez nas metody naświetlań rentg. Uczyniłem to bowiem już w poprzednich pracach. Zaznaczam tutaj krótko, że stosujemy ją nadal w ten sposób, że z czterech pól na podbrzuszu i okolicy krzyżów aplikujemy chorym w rozdzielonych dawkach po 24 jednostek Holzknechta (2 dawki rumieniowe) na każde pole. Obecnie zajmę się nieco szerzej przedstawieniem sposobu naświetlań radowych, które teraz stosujemy. Od stosowania tylko wewnątrz pochwowego przeszliśmy obecnie do połączonych naświetlań wśródszyjnych i wśródpochwowych, które obecnie we wszystkich przypadkach stosujemy. Przekonaliśmy się bowiem, że naświetlania wśródpochwowe nie wystarczają dla większości przypadków, szczególnie grup wyższych. Wzorujemy się w tem na metodzie paryskiej. Metoda ta polega na wprowadzeniu pewnej ilości preparatów radowych do szyjki macicznej i równoczesnem umieszczeniu kilku preparatów w pochwie. W obecnej formie przedstawia się w ten sposób, że 2—3 preparaty w szyjce i 2—3 preparaty w pochwie dają dawkę 20 — 30 mlcδ, w obu miejscach w przeciągu około 120 godzin. Szkoła Regauda, która dawkowanie to stosuje od roku 1925, kładzie dość silny nacisk na stosowanie naświetlań bez przerwy. Musimy jednak zaznaczyć, że niestety nie zawsze to się udaje. Wskutek zwyżek ciepłoty, a nawet i zaznaczenia się objawów otrzewnowych jesteśmy nieraz zmuszeni leczenie przerwać. Zazwyczaj jednak do kilku dni objawy te mijają i wówczas możemy dalej leczenie kontynuować. Wielką wagę przypisujemy, o ile możności, asyptycznemu wprowadzeniu preparatów. Dokładne przeprowadzenie tego postulatu jest tu naturalnie niemożliwe wobec znacznego zakażenia pola przy rozpadających się masach nowotworowych. Staramy się jednak przez wygotowanie preparatów radowych, wyjałowienie narzędzi i t. d. o ile możliwości, aseptycznie postępować. Bardzo korzystnem okazało się nasycanie tamponów gazy płynem Besredki. Poprzednie naświetlania rentg., które przez zmniejszenie, a często nawet i zupełne usunięcie mas nowotworowych oczyszczają w wysokim stopniu całe pole, wpływają również bardzo korzystnie pod tym względem. Rozdzielanie zaś dawek, o czem kilkakrotnie mogliśmy się przekonać, nie wpływa wcale ujemnie na ostateczny wynik. I dlatego też uważamy forsowanie naświetlań w razie wystąpienia wspomnianych objawów za zupełnie zbyteczne, a nawet wprost szkodliwe. Dawka w sumie około 50 mlc δ ustanowiona empirycznie przez autorów francuskich, okazała się dla większości przypadków zupełnie wystarczająca. Jak już wyżej wspomniałem w przypadkach posuniętych należy ją koniecznie uzupełnić naświetlaniami rentg. z zewnątrz wzgl. przez zastosowanie w podobny sposób odpowiednio silnych preparatów radu. Dawka 50 mlcδ odpowiada przy obliczaniu wysokości dawek z iloczynu godzin i ilości miligramów około 6000 mgh.

Z porównania ogólnych statystyk instytutów przeciwrakowych francuskich, szwedzkich i niemieckich, wynika, że cyfrowo najlepsze wyniki uzyskano właśnie przy stosowaniu dawki w tej wysokości. Tyczy to się przedewszystkiem przypadków grupy I i II. Natomiast stosowanie tutaj dawek mniejszych, lub większych, jest prawie zawsze połączone z pogorszeniem się wyników. Jedynie dla grupy III i IV są wskazane nieco wyższe dawki, względnie uzupełnienie ich przez naświetlania z zewnątrz.

Korzystny wpływ tej metody naświetlań radowych polega na tem, że pozwala ona uzyskać w całej miednicy odpowiednio silną intensywność przy równoczesnem oszczędzaniu narządów sąsiednich. Przy naświetlaniach radowych kierować nami muszą dwie wytyczne: 1) musimy uzyskać w całej miednicy taką intensywność, by także i oddalone, na obwodzie znajdujące się komórki rakowe otrzymywały odpowiednio silną dawkę i 2) musimy uważać, by pęcherz i odbytnica nie doznały przytem większych uszkodzeń. Niebezpieczeństwo to jest dość wielkie, gdyż przy bardzo szybkiem zmniejszaniu się intesywności preparatów radowych z odległością, jesteśmy zmuszeni koncentrować miejscowo bardzo wielkie dawki. Tym wszystkim wymogom czyni zadość metoda rozdzielania preparatów radowych, jak to poleca szkoła paryska. Jak z dołączonego rysunku (ryc. 1) i obliczenia wedle Lahma wynika, uzyskujemy przy tej metodzie jeszcze w odległości pięciu cm od kanału szyji dawki „rakowe" 450 mgh/cm wedle mianownictwa Lahma, odpowiadające 3 mlcδ/cm wedle mianownictwa francuskiego. Błona śluzowa macicy i mięsień maciczny otrzymują dawkę znacznie większą 2400 mgh/cm (krzywa 20) i 1200 mgh/cm. Dawkę w tej wysokości znoszą jednak jeszcze zupełnie dobrze. Dla tych części nie jest jeszcze dawka taka szkodliwa. Dawką 1200 mgh/cm (krzywa 10) są objęte przymacicza, część pochwowa i sklepienia. Na ścianie miednicy mamy jeszcze dawkę 360 mgh/cm (krzywa 3), wystarczającą do zadziałania na gruczoły limfatyczne. Odbytnica, pęcherz i moczowody, leżące w przeciętnej odległości 2,5 cm, otrzymują 1030 mgh/cm, dawkę, która co najwyżej wywołuje lekkie podrażnienie błony śluzowej, szybko mijające przy odpowiedniem leczeniu. Nie wywołuje zaś nigdy cięższych lub dłużej trwających uszkodzeń.

Podobne korzystne rozdzielenie dawek można uzyskać także przy stosowaniu metody instytutu stokholmskiego. Metoda ta wymaga jednak większych i silniejszych preparatów radowych (40 mg w szyjce, 80 mg przed częścią pochwową). Przy metodzie zaś paryskiej wystarczają do tego celu stosunkowo niewielkie ilości, co stanowi dalszą jej zaletę, szczególnie cenną w naszych warunkach.

Piśmiennictwo:

W. Lahm: Die Radiumbetrahlung als Heilbehandlung des Collumcarcinoms. Strahlentherapie 1929. — A. Lacassagne: Die relative Bedeutung der Ursachen für den Erfolg oder das Fehlschlagen bei der Radiotherapie der Collumepitheliome. Strahlenthe-

rapie 1929. — Flokstrumpf Mieczysław: Wyniki trzyletniego stosowania radu w nowotworach złośliwych narządów rodnych kobiety. Biuletyn Pols. Komitetu do zwalczania raka T. IV. z. 1. — E. Meisels: Podstawy kliniczne i biologiczne leczenia raka szyjki macicy energją promieniotwórczą. Ginekologja Polska 1927. — E. Berven, J. Heyman and R. Thoracus: The Technique in the treatment of tumours at radiumhemmet. Stockholm 1929.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 4286/29.

Warszawa, dnia 8 października 1929 r.

Zwalczanie chorób zawodowych. — *Formularze zgłaszań.*

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Celem ułatwienia lekarzom wykonywania włożonego na nich artykułami 5 i 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676) obowiązku zgłaszania przypadków chorób, wymienionych w § 3 wykaz II. rozporządzenia wykonawczego z dnia 17 grudnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 5/29 poz. 50), przesyła się w załączeniu przepisane paragrafem 4 powołanego rozporządzenia wykonawczego formularze zgłoszeń z prośbą dostarczenia z tego zasobu odpowiedniej liczby ambulatorjom Kas Chorych i innym przychodniom, oraz szpitalom, pozatem lekarzom, którzy poza wymienionemi zakładami zajmuja się w większej mierze leczeniem pracowników przemysłowych. Zaznacza się przytem, że o ile lekarz powiatowy przez wzgląd na wielką liczbę wpływających zgłoszeń nie byłby w stanie spełnić należycie związanych z tem badań, albo jeżeliby w powiatach o wybitnie rozwiniętym przemyśle, podlegającym nadzorowi sanitarnemu w myśl art. 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu nie był w stanie wykonywać rzeczonego nadzoru, należy o tem zdać sprawę z wnioskiem, ażeby Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w myśl art. 78 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej (Dz. U. R. P. Nr. 11 poz. 86) wystąpiło do Rady Ministrów o przekazanie walki z chorobami zawodowemi w danym powiecie (mieście) również lekarzom samorządu terytorjalnego.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
(Dr. Piestrzyński).

Załącznik MB.

Wykaz II.

A) Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową, z następującemi substancjami, ich stopami i związkami:

1) ołów, 2) rtęć, 3) arszenik i związki arsenowe, 4) fosfor, 5) chrom, 6) tlenki azotu, 7) tlenek węgla, 8) siarczek węgla, 9) związki cjanowe, 10) benzol i pochodne, 11) alkohol metylowy, 12) terpentyna.

B) 13) Zmiany chorobowe, wywołane przy pracy działaniem promieni Roentgena i substancjami radjoaktywnemi, 14) owrzodzenia i nowotwory u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły dziegciu, sadzy, parafiny, 15) pylica krzemicowa u osób, narażonych przy pracy na wdychanie pyłu, zawierającego krzem (z kwarcu, granitu, piaskowca i t. p.), 16) glistnica u górników, 17) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak wełna, włosie, skóry i t. d.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Kazimierz Zgórski: *Higjena.* Podręcznik dla szkół średnich. Lwów. Wyd. Zakładu Narodowego im. Ossolińskich. 1930. Stron tekstu 128. Rysunków 92. Tablice 4.

Autor, którego podręcznik higjeny dla szkół powszechnych doczekał się już ósmego, rozszerzonego wydania, co jest najlepszym dowodem poczytności i wartości dydaktycznej tej książki, opracował podręcznik higjeny przeznaczony dla szkół średnich, napisany więc dla innej kategorji młodzieży i wymagający stąd nieco odmiennego ujęcia aniżeli podręcznik higjeny dla szkół powszechnych. Obficie ilustrowany, o stylu przystępnym, jasnym, o szerokiej skali wiadomości tak z dziedziny wiedzy biologicznej jak i innych działów nauk przyrodniczych, przykuwa odrazu uwagę czytelnika. Odrazu uderza w całej pracy wytrawne znawstwo psychiki młodzieży, dla której obrazowe ujęcie przedmiotu i jasny styl są przy nauce niezbędne. Ujmuje też sposób w jaki autor umie podać młodym czytelnikom cenne rady, by ich ustrzec od różnych szkodliwości. Całość dzieli się na 12 rozdziałów głównych i jeden dodatkowy. Pierwszy omawia higjenę oddychania, drugi higjenę odżywiania następne poświęcone są z kolei higjenie mieszkań, hartowaniu ciała, higjenie ćwiczeń cielesnych, higjenie pracy umysłowej, zwalczaniu chorób zakaźnych (ostrych), gruźlicy i alkoholizmu, higjenie miast, miasteczek i wsi, higjenie zawodów i ratownictwu. Pracę kończy rozdział dodatkowy przeznaczony dla dziewcząt. Ocena, który rozdział jest najlepszy nie jest łatwa, bo wszystkie są one bardzo dobre w ujęciu i świadome swego dydaktycznego zadania. Jeśli chodzi o podkreślenie, to zasługuje na nie m. i. rozdział drugi pięknie ilustrowany i zawierający jedną z tablic, która w bardzo pouczający sposób przedstawia w sposób barwny skład chemiczny różnych pokarmów. Rozdziały o zwalczaniu chorób zakaźnych, gruźlicy i alkoholizmu jako klęsk społecznych zajmują łącznie ponad jedną szóstą całej książki, co świadczy o należytej ocenie przez autora ich wagi. Ratownictwo omawia Z. z dużem zrozumieniem jego wartości. Rozdział poświęcony ratownictwu zwraca uwagę bogactwem rycin.

Książka ma w sobie wszelkie dane, by stała się rychło składową cennej dla młodzieży lektury. Daje jej ona wgląd w ustrój ludzki i jego życie a przytem przestrzega przed szkodliwościami, na jakie organizm narażony być może. W książce, o której mowa, podał autor swym młodym czytelnikom nie tylko sporą ilość wiadomości, ale okazał im ponadto w sposób szczery i odczuć się dający, iż dobro ich bardzo mu leży na sercu.

Doc. Dr. H. Sochański (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł Chemiczny, nr. 19 z r. 1929: W. Świętosławski, B. Roga i M. Chorąży: Brykietowanie miału półkoksowego i koksowego z użyciem węgla jako środka wiążącego. — M. Bornstein: Sprawa zakupu i oceny surowców i materjałów pomocniczych w przemyśle chemicznym z punktu widzenia naukowej gospodarki. — W. Górski: Metody techniczne otrzymywania rogu sztucznego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 42, z 20 października 1929 r.: M. Gatty-Kostyal: W sprawie ujednostajnienia wartości leczniczej leków grupy naparstnicy. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 20, z 15 października 1929: J. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa: Prace poznańskie nad szczepionką przeciwgruźliczą B. C. G.; jej zastosowanie u dzieci. — A. Matzke: Prognoza przebiegu porodu u pierwiastek zależnie od wieku. — Z. Osińska: Leczenie promieniami słońca na tle piśmiennictwa lekarskiego ostatniej doby.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 9, z 1 września 1929 r.: III-ci Zjazd delegatów Międzynarodowego Związku Kas chorych i Stowarzyszeń pomocy wzajemnej. — Al. Woycicki: Zjazd Stowarzyszeń postępu społecznego. — W. B.: Ubezpieczenia społeczne w Polsce w r. 1927 (dok.). — Fr. Pajerski: Ustawa o organizacji Kasy chorych w Austrji. — St. Balcerski: Lecznictwo na podstawie art. 61 Rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. — St. Sasorski: Sprawa opodatkowania świadczeń wypłacanych na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 20, z października 1929 r.: Konst. S. Gałczyński: Wiersz: Złota kąpiel. — Z. A. Wołowska: Pogoda, radość, gra. — M. Czerkawska: Tadzio. — Bjernstjern-Pfauhauserowa: Jakie zabawki kupować dzieciom. M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — F. Łuniewska: Dobre nawyknienia w dziedzinie odżywiania. Ogólne przyczyny chorób kiszkowych. — Ursz. Niepokoyczycka: Proces oddychania u dzieci.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 14, nr. 5, z 1 września 1929 r.: Zajączkowski: Statystyczne dane o ciśnieniu tętniczem wśród żołnierzy i młodzieży szkolnej. — Szulc: Choroby przewodu pokarmowego w wojsku polskiem w latach 1922—1927 ze szczególnem uwzględnieniem chorób wyrostka robaczkowego. — Łukasiewicz: W sprawie różniczkowania enterokoków od paciorkowców mlecznych. — Safarewicz: O znaczeniu sanitarnej analizy wody.

Medycyna Warszawska, nr. 7 (26) z 1 października 1929: K. Gerner: O zaparciach czynnościowych. — E. Bogacka: O bakterjach kwasoodpornych. — St. Kramsztyk: Kolka pępkowa czyli przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego? — M. Kruszówna i L. Ligęza: Wpływ jodku kadmu na gruźlicę doświadczalną u morskich świnek i królików. — J. Kurczyński: Przeszłość medycyny.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom IV, nr. 2 (22) lipiec-wrzesień 1929 r.: A. Pruszczyński: Nabłonkowiec złośliwy jądra z komórek macierzystych plemników. — J. Stein: O tworach żółciakowych (xanthomata). — W. Miklaszewski: Próba statystyki nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej. — S. Sterling-Okuniewski: Zagranicą — a u nas.

Medycyna Praktyczna, rok III, nr. 9 z r. 1929: W. Janusz: Eteryzacja jako metoda rozpoznawcza w psychjatrji. — J. Śniegowski: Nerwica płciowa. — Z. Szymoński: Konstytucja, dziedziczność cech psychofizycznych, eugenika (dok.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 38. — 1929.

J. Lange: *Problem schizophrenii u bliźniaków.*

J. Aiginger: *Fosfaturia, krzywica i tężyczka jako objawy niedomogi mózgu, zwłaszcza w zakresie jego czynności wegetatywnej.*

R. Bauer i J. Schwarz: *Przyczynek w sprawie leczenia rzeżączki u kobiet na podstawie statystyki.* Leczenie rzeżączki kobiecej wakcyną gonokokową z równoczesnem stosowaniem leczenia miejscowego dało w kilkuset przypadkach do 97% wyleczenia.

F. Mihaljewić i G. Spengler: *O leczeniu Mesaortitis luetica malarją.* Rozważania autora oparte na obserwacji przypadków zdążają do tego, że leczenie malarją mesaortitis luetica nie daje wyniku. Z drugiej strony mesaortitis luetica nie daje przeciwwskazania do leczenia malarją z innych powodów.

K. Herman: *O gastritis luetica.* Opis przypadku.

L. Moszkowicz: *Leczenie chronicznej Osteomyelitis.* Kurs dokształcający.

E. Herrmann: *Etjologja, rozpoznanie i leczenie wśródotrzewnowego krwawienia u kobiet.* Kurs dokształcający.

P. Eichenwald: *Jakie schorzenia u dzieci można pomylić z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego.* Dla praktyki.

Nr. 39. — 1929.

A. Edelmann, L. Schönbauer, W. Schloss: *O Karcinolizynach.* Rozdrobnione masy nowotworowe i przeszczepiane na bulion wstawiano do autoklawu na 8 dni. W ten sposób uzyskanym t. zw. autolyzatem działano na zawiesinę komórek rakowych. Wyniki są następujące: 1) „Autolizyny" buljonowe ze świeżo uzyskanej tkanki rakowej działają rozpuszczająco na komórki rakowe. — 2) Działanie to nie jest stałe. W przeciągu 2 mies. od sporządzenia przybiera na sile a po 2 do 4 tyg. traci na sile. — 3) Autolizyny działają najsilniej na kom. rakowe pochodzące z tego samego narządu. — 4) Normalna surowica działa w 60% rozpuszczająco na kom. rakowe. — 5) Działanie Autolizyn jest silniejsze. Dalsze badania w toku.

J. Lange: *Problem schizophrenii u bliźniaków.* Dokończenie.

H. Kahler: *Klinika zaburzeń przewodu pokarmowego na tle naczyniowym.* Kurs dokształcający.

J. Aiginger: *Fosfaturia, krzywica i tężyczka jako objawy niedomogi mózgu zwłaszcza w zakresie jego czynności wegetatywnej* (Dokończenie).

N. Blatt: *Szczepienie ospy jako metoda leczenia interferencyjnego.* Leczenie choroby, wywołaniem innego schorzenia wyrobiło sobie już mocne stanowisko w medycynie. Na niem opiera się leczenie białkiem parenteralnie podanem, malarją w przyp. metakiły. Turnowski nazywa ten sposób interferencją schorzeń. Autor zastosował w przyp. Keratoconjunctivitis eccematosa i w przyp. keratitis parenchymatosa cum lue cong. wakcynację wzgl. rewakcynację ospową z bardzo dobrym skutkiem.

H. Maendel: *O odczytywaniu manometru przy odmie płucnej kombinowanej z exhairesą n. przeponowego.*

A. Sachs: *Migotanie przedsionków usunięte strumectomią.* Opis przypadku.

W. Zweig: *Rak żołądka.* Kurs dokształcający.

A. Saxl: *O chirurgicznem i fizykalnem leczeniu kontraktur.* Kurs dokształcający.

W. Kornfeld: *Ocena budowy ciała i stopnia rozwoju dzieci.* Dla praktyki.

F. Mandl: *Na czem polega profilaktyka nawrotów pooperacyjnych nowotworów złośliwych.* Dla praktyki.

Dr. Krzyżanowski (Gdynia).

Biochemische Zeitschrift.

1929, 204. Band 4—6 zeszyt.

J. A. Gollazo, P. Rubino i B. Varela (Montevideo): *Hyperwitaminoza u szczurów, wywołana w celach doświadczalnych przez podawanie dużych dawek ergosteryny.* Podjęto badania na szczurach przez podawanie dużych dawek witaminy — D. (Vigantol). Okazało się, że przy stosowaniu 5 mg witaminy — D (Vigantol) występuje u szczurów stan kachektyczny, spadek wagi, zahamowanie wzrostu, obniżenie ciepłoty i wreszcie następuje śmierć. Objawom tym nadają autorowie nazwę Vitaminismus lub Hyperwitaminoza doświadczalna.

Dawka witaminy — D jest mniejwięcej 5000 do 50.000 razy aktywniejsza niż rachityczny pokarm Nr. 3143, który Mc. Collum i współpracownicy podawali szczurom, to znaczy rozpiętość między leczniczą a u ludzi bardzo trudną do osiągnięcia trującą dawką jest nadzwyczaj wielka. Autorowie uważają, że Hyperwitaminozę — D jest trudno u ludzi wywołać, jest ona jednak możliwa. Mechanizm tego zjawiska stoi prawdopodobnie w związku z działaniem witaminy — D, polegającem na ustabilizowaniu wapnia w przemianie materji tkanki zwierzęcej.

Hyperwitaminoza ma wielkie znaczenie w witaminologji, gdyż zmienia ona nasze pojęcie o ewent. patologicznem działaniu życianów. Dawniej znano jedynie brak witamin, jako powód zachorzenia, t. zn. awitaminozę. Dziś dowiedziono, że nadmiar życianów wywołuje wpływ patologiczny. Dlatego proponują autorowie obu tym krańcowym stanom nadać nazwę Vitaminopatji.

Deutsche med. Wochenschrift.

Nr. 18. 1929.

Dr. Chrystjan Jacobsen: *Leczenie ekzemy Vigantol'em.* Autor donosi o trzech przypadkach ekzemy u dzieci, której leczenie często w praktyce nastręcza wiele trudności. Po podaniu Vigantol'u w drażetkach (dziennie 1—2 draż.), stan wszystkich trojga dzieci poprawił się znacznie, ekzema została nawet zupełnie wyleczona. Dalej opisuje autor przypadek zanokcicy na wszystkich palcach u starszej pacjentki. Miejscami nawet był zanik paznokci na tle odżywczem. Także i w tym wypadku uzyskano zupełne wyleczenie w krótkim czasie, podając dwa razy dziennie po 4 mg. Autor uważa, że zwiększono w tym przypadku osłabioną odporność organizmu przez podanie D witaminy. Dobre wyniki zauważono również u osłabionych, rekonwalescentów i gruźlików, u których wzmagał się apetyt i poprawiło się samopoczucie.

Medizinische Klinik.

Nr. 21. 1929.

(Z II. oddziału chirurgicznego szpitala miejskiego Charlottenburg Westend.)

Dr. Chr. Atanasow-Sofja.: *O zastosowaniu Ephetonin'y Merck w narkozie awertynowej, stosowanej per rectum.* Jak wiadomo, występują w narkozie, wywołanej awertyną niepożądane działania uboczne, a mianowicie podrażnienie ośrodka naczynioruchowego i oddechowego, wskutek czego może nastąpić obniżenie ciśnienia krwi aż do ciężkiego wstrząsu, powierzchowny oddech i silna sinica. Celem uniknięcia tych objawów, zastosował autor z dobrym wynikiem Ephetonin'ę Merck'a i to w zastrzykach w ilości 0.01 g Ephetonin'y na 1.0 g awertyny. Dobre wyniki oddała Ephetonin'a również w zwalczaniu już rozwiniętego wstrząsu. Niemniej wskazana jest Ephetonin'a w półśnie awertynowym. Nieprzyjemnych działań ubocznych autor nie zauważył. Wobec chwiejności i nadwrażliwości układu sympatycznego w chorobie Basedowa, również w silnych hypertonjach, uważa autor preparat za przeciwskazany.

Therapie der Gegenwart.

Kwiecień 1929.

Dr. Hans Franke: *Vigantol w leczeniu Asthma bronchiale.* Autor omawia przypadek czystej dychawicy oskrzelowej przy równoczesnej skłonności do kurczów. Wszystkie zastosowane preparaty nawet stałe podawanie preparatów wapnia, zowiodły. Kiedy w przypadku ciąży z powodu próchnicy zębów podano Vigantol, zauważono, że istniejące poprzednio stany astmatyczne słabły i wreszcie ustępowały zupełnie. Jakiś czas później, po przebytem płatowem zapaleniu płuc, wystąpiły znowu napady astmatyczne. Także i tym razem zmalała siła i częstość napadów po podaniu Vigantolu (dziennie 2 drażetki) a po 14 dniach napady ustały zupełnie. W przypadkach odpornych na dawki czystego wapnia, można Vigantol polecić do leczenia dychawicy oskrzelowej.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VI Posiedzenie naukowe z dnia 1 marca 1929 r.

Przewodniczy Kol. N. Gąsiorowski.

1) Kol. Gellert J. Glücker L. przedstawiają i omawiają przypadek *Ostitis fibrosa.*

W dyskusji Kol. Meisels E. zauważa, że ani obraz kliniczny, ani zdjęcia roentgenowskie nie odpowiadają rozpoznaniu przyjętemu przez mowców. Przeciwko torbielowatemu, włóknistemu zwyrodnieniu kośćca przemawia brak najcharakterystyczniejszej cechy w obrazie roentgenowskim t. j. brak torbielowatych rozrzedzeń. Przeciw chorobie Pageta przemawia młody wiek chorej, umiejscowienie i sposób rozprzestrzeniania się zmian. Choroba Pageta występuje przeważnie w wieku późniejszym, lub dojrzałym, znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Obejmuje bądź to tylko poszczególne kości, przy postaci monoosteicznej, ale wówczas zmiany dotyczą w sposób rozlany całego przekroju zajętych kości, albo też zajmują całą kość. Przy postaci ogólnej zajęta jest większa ilość kości, względnie nawet cały kościec, ale zmiany rozszerzają się per continuitatem, zajmując jedną kość po drugiej. Przebieg jest powolny, długotrwały. Nie napotykamy natomiast tego rodzaju rozprzestrzeniania się, który widzimy w przedstawionym przypadku, gdzie rozmaite kości wykazują tylko ograniczone zmiany i gdzie pomiędzy zajętemi miejscami znajdujemy niezmienione części i także nawet całe kości o zupełnie prawidłowej strukturze. Następnie przemawia też przeciw chorobie Pageta obecność zmian okostnowych, które do obrazu tego schorzenia zupełnie nie należą. Zdaniem mowcy zmiany w tym przypadku odpowiadają zmianom kiłowym, najprawdopodobniej na tle kiły dziedzicznej. Niektóre kości, jak np. kość promieniowa wykazują wprost typowy obraz zmian kiłowych. — Kol. Ostrowski St. rozpoznaje w przedstawionym przypadku kiłę trzeciego okresu, zwraca uwagę na objawy zapalenia kilakowego okostnej. — Kol. Elmer W. przychyla się do zdania Meiselsa i Ostrowskiego, że należy wpierw przeprowadzić leczenie przeciwkiłowe a gdyby ono dało wynik ujemny, przeprowadzić badania nad przemianą wapnia t. j. oznaczyć bilans wapnia, oznaczyć poziom kalcemji i kalcinurji. Jeżeliby badania wykazały zaburzenie przemiany wapniowej, należałoby próbować leczenia parathormonem Collipa ewentualnie szukać zmian w gruczole przytarczycowym. — Kol. Baracz uważa zmiany w przypadku przedstawionym jako kiłowe, zaczem przemawiają nocne bóle głowy, zmiany bardzo charakterystyczne w kościach, a osobliwie w lewej kości sprychowej, jak również korzytsny wpływ podawania jodku potasu. — Kol. Goldschlag: liczne ogniska chorobowe przemawiają za kiłą. — Kol. Marischler przypomina swój przypadek Ostitis fibrosa, przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa.

2) Kol. Tennebaum S. przedstawia gorset do bocznych skrzywień kręgosłupa który różni się od dotychczasowych tem, że nie ściska ani klatki piersiowej ani brzucha. Kosz biodrowy jest silny, tak, że tworzy dobrą podstawę gorsetu. Po stronie krzywizny piersiowej idzie od tyłu łuku biodrowego ku górze łuk torakalny i skręca na przeciwną stronę pod pachę ku przodowi. W ten sposób stworzono silne oparcie pod pachą. Od przodu łuku biodrowego tej samej strony prowadzi szyna ku górze, do której przymocowana jest pelota miękka podatna, która służy do skorygowania skrzywienia. Przy gorsecie tym niema sznurowania żadnego, a oddychanie jest zupełnie swobodne. Dzieci mogą nosić takie gorsety kilka lat nawet bez szkody rozwinięcia się klatki piersiowej i organów wewnętrznych. Gorset ten wzorowany wedle typu Schedego z Lipska. Wykonany we własnej pracowni.

W dyskusji Kol Gruca A.: przedstawiona odmiana gorsetu Schedego jednego z najbardziej nowożytnych typów gorsetów ma szereg zalet, z których najważniejsze jest zostawienie swobody rosnącemu szkieletowi klatki piersiowej. Ma jednak i zasadniczą wadę — gorset ten uciskając na garb żebrowy z boku w płaszczyźnie strzałkowej, a nawet nieco skośnie od przodu ku tyłowi — przypłaszcza żebra i tem samem załamuje jeszcze bardziej i tak już bardzo ostry ich kąt; prostuje skrzywienie kręgosłupa, ale nietylko nie wpływa na zasadniczą składowa każdego skrzywienia bocznego t. zw. „torzję“ kręgosłupa lecz jeszcze je powiększa. Więcej celowe są gorsety typu włoskiego, a poprawione przez prof. Wierzejewskiego — które niewywierając okrężnego ucisku na klatkę piersiową zapomocą sztywnej płytki umieszczonej na szczycie krzywizny kręgosłupa od tyłu — redressują skręcenie żeber zapomocą pasów elastycznych — przypinanych do pasa biodrowego strony przeciwnej.

Kol. Ostrowski St. podaje tymczasowy komunikat: „Prosty sposób zapobiegania objawom ubocznym po arsenobenzolach“. Referent zwraca uwagę na częstsze występowanie objawów ubocznych po przetworach arsenowych w ub. roku na 240 chorych kiłowych u 24 chorych spostrzegano różne nasilenia wspomnianych objawów w tem 2 przypadki ciężkiego ostrego zapalenia skóry. Na podstawie klinicznego porównania przetworów arsenowych mówca przepuszcza, że powstanie objawów ubocznych zależy tylko w pewnej mierze od jadowitości samych przetworów, głównie zaś od skłonności nabytej w związku ze stanem ogólnym chorego względnie narządów wewnętrznych i układów. Następnie przedstawia dotychczasowe sposoby zapobiegania objawom ubocznym, przyczem podnosi, że środki zapobiegawcze nieraz zawodzą i podrażają leczenie szpitalne. Wychodząc z założenia, że adrenalina znosi wstrząs azotynowy a równocześnie wywołuje przecukrzenie krwi, Ostrowski wprowadził cukier trzcinowy doustnie, uważając ewentualne przecukrzenie przejściowe krwi jako zastępczy element działania adrenaliny.

Wynik zastosowania cukru u kiłowych z objawami ubocznemi był wcale zadowalający. Na 15 chorych tylko w 2 przypadkach musiano przerwać leczenie z powodu rozwijającej się hepatitis acuta. Referent przypuszcza, że wpływ korzystny cukru odbywa się na drodze układu współczulnego; nie wyklucza jednak możliwości wiązania przejściowego wątroby, która jest ważnym węzłem w gospodarce węglowodanowej a równocześnie odgrywa rolę w przemianie przetworów arsenowych.

Sposób zapobiegania polega na wprowadzeniu doustnem 20 gr cukru stołowego na 20 minut przed wstrzyknięciem roztworu arsenobenzolu. — *W dyskusji* Kol. Elmer W. nie zaprzeczając, że stosowanie cukru jest istotnie prostym sposobem zapobiegającym nietolerancji na arsenobenzol, wspomina jednak o również prostej, acz tylko w niektórych przypadkach skutecznej metodzie (podobnie jak w niektórych tylko przypadkach skuteczną jest metoda stosowania cukru) Sicarda, tj. topophylaksji. Polega na tem że po uciśnięciu opaską żyły ramieniowej wstrzykuje się wpierw bardzo nieznaczną ilość arsenobenzolu, czeka się przy ciągle uciśniętej żyle ramieniowej przez 10 minut, po upływie których dopiero opaskę się popuszcza i wstrzykuje się b. powoli arsenobenzol dożylnie, ustawicznie mieszając ten środek z krwią, która dzięki własnościom przeciwkrzepnącym arsenobenzolu, nie krzepnie. Analogicznie metoda ta została wykorzystaną w leczeniu surowicami celem nie dopuszczenia do pojawienia się wstrząsu anafilaktycznego.

Kol. Mierzecki: Komunikat prelegenta zachęca do kontroli podanej metody. Do metody tej odnosi się jednak z pewnym sceptyzmem. wskazując na to dotychczasowe wyniki prelegenta. Wyższość każdej metody dożylnego podawania leku nad podawaniem per os tkwi w nierównomiernej wsysalności leku przez ścianę żołądka, czy jelit. Ten moment wsysalności odpada przy dożylnem podawaniu leku. W przypadkach wykazujących skłonność do szoku azotynowego podawał mówca neosalvarsan w roztworach 10% glukozy z wynikiem niezawodnym. W praktyce prywatnej podaje od kilku lat stale najrozmaitsze przetwory neoarsenobenzolowe w roztworze glukozy i nie stwierdził ani jednego przypadku szoku azotynowego lub innych ubocznych objawów stwierdzonych przy podawaniu neosalvarsanu.

Kol. Ostrowski St.: W odpowiedzi kol. Elmerowi podnosi, że metoda powolnego wstrzykiwania jest elementarnym nakazem dla każdego. Nie mniej przeto, wpływ jej na powstawanie lub znikanie objawów ubocznych po arsenobenzolach jest mały. Odnośnie do przemówienia kol. Mierzeckiego referent podnosi, że w komuni-

kacie swoim wskazał na dożylne stosowanie cukru gronowego metodą Duhota i sposób własny, nazwał dlatego modyfikacją. Musi jednak zwrócić uwagę na prostotę zabiegu, różnicę dróg stosowania, a przedewszystkiem różnice chemiczne pomiędzy cukrem stołowym a cukrem wprowadzanym dożylnie.

4) Kol. Koskowski Wł. podaje komunikat tymczasowy o *trawiennym stanie krwi*. (Przeznaczone do druku).

5) Kol. Aleksiewicz J. wygłasza odczyt p. t. *O leczeniu złamań kości ramieniowej przy pomocy szyny Slajmer-Lieblaina.*

W dyskusji: Kol. Selzer J. sądzi, że szyna systemu Slajmer-Liebleina, pokazana przez kol. Aleksiewicza nie odpowiada całkowicie celowi, gdyż jako kombinowana szyna Cramera jest zanadto podatną i kość złamana nie spoczywa w tym wypadku na pewnem, trwałem oparciu; z tego powodu odłamki mogą łatwo ulec przesunięciu. Zaleca szynę, którą od szeregu lat stosuje przy złamaniach kości ramieniowej i pokazuje rozmaite modele tej szyny. Szyna ta z drzewa miękkiego, kształtu trójkąta składa się z części przylegającej do klatki piersiowej, z części ramieniowej i z części przedramieniowej, która jest szyną prostą i jest przyklejoną lub spojoną nitami z trójkątem. Część przylegająca do klatki piersiowej jest opatrzona pasem miękkiej tektury szerokości około 30 cm. i dzięki temu szyna nie może uledz przesunięciu dokoła klatki piersiowej. Ramię jest uniesione w elewacji, tak, że unika się w ten sposób następowej kontraktury abdukcyjnej, nadto daje się zastosować w razie potrzeby w wyciąg, zwłaszcza w wypadkach złamań poniżej główki kości ramieniowej, gdzie wyciąg ten jest wskazany z powodu tego, że mięśnie deltowy i nadgrzebieniowy odwodzą odłamek górny i przesuwają go ku dołowi i nazewnątrz, zaś trójgłowy odciąga odłamek dolny na wewnątrz. Wyciąg w tym razie nie dopuszcza do przesunięcia się tych odłamków. System tej szyny drewnianej trójkątnej demonstrowany przez kol. Selzera uznał za racjonalny nawet sam Slajmer z którym miał sposobność razem pracować w czasie wojny na terenie frontu włoskiego. Zalety jej są. że jest lekką i że sama dzięki swojej konstrukcji odciąga, wierzchołek jej bowiem wchodzi do pachy, mając w niej punkt oparcia, zaś część przedramieniowa działa w przeciwnym kierunku tak, że przy złamaniu samej główki niema potrzeby zakładania dodatkowego wyciągu. Wzmacnia się ją tylko longettą gipsową po zewnętrznej stronie złamanej kości ramieniowej, zaś samą szynę przytwierdza się do tułowia opaską miękką i organtynową. Szyny systemu Lieblein-Slajmera powinno stosować się tylko przy złamaniach górnej trzeciej części kości ramieniowej, do złamań w połowie kości i dolnej trzeciej nie nadają się, gdyż odłamki ulegają łatwo przesunięciu — dlatego, że konstrukcja wyciągowa szyny za słabo działa na miejsca oddalone od szczytu szyny, gdzie spoczywa głównie siła wyciągowa i nawet dodatkowa ekstenzja nie wiele tutaj może zdziałać. W takich wypadkach, stosuje mówca szynę Middeldorfa z okrężnym gipsem przez złamane ramię i osiąga znakomite wyniki unikając występującej najczęściej w tych miejscach pseudoarthrozy. Zasadą dobrego założenia szyny powinno być ułożenie kończyny takie, by acromion t. j. jego koniec, tuberc. majus i epicondylus ext. humeri tworzyły jedną linję. Nadto pokazuje szereg modeli szyn nadających się do złamań powikłanych kości ramieniowej, gdzie z wielką łatwością daje się przeprowadzać zmiany opatrunków bez potrzeby usuwania szyny. Spostrzeżenia swoje opiera na przeszło 1.500 przypadkach złamań górnych kończyn w czasie wojny na froncie włoskim, w szpitalach w Lublanie, Grazu i w grupie chirurgicznej Schloffera, nie licząc wielkiej ilości przypadków z praktyki codziennej.

Sekretarz: *St. Legeżyński.*

HIGJENA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 5591/29. Warszawa, dnia 10 września 1929 r.

Okólnik Nr. 194.

Sprzedaż uliczna artykułów żywności.

Do Panów Wojewodów.

Wobec nasilenia duru brzusznego i celem zapobieżenia szerzeniu się przypadków epidemji, spowodowanej niehigjenicznym sposobem sprzedaży artykułów żywności, zwracam uwagę P. P. Wojewodom, by na podstawie par. 8 pkt. 10 i 12 pruskiej ustawy z dnia 28 sierpnia 1905 r. (Zb. u. p. str. 373), oraz w związku z p. 6 okólnika Nr. 166 (Z. Z. 4885/29) z dnia 9. VIII. 1929 przestrzegane były ściśle zarządzenia pisma okólnego z dnia 17. X. 1928 Nr. Z. H. 4796/28, dotyczące sprzedaży artykułów żywności (p. p. 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13), tych zwłaszcza, które przeznaczone są do bezpośredniego spożycia t. j. bez uprzedniego mycia lub gotowania.

W szczególności należy zarządzić by aż do odwołania:

1) ze sprzedaży ulicznej wykluczone były gatunki cukierków, nieposiadające indywidualnego opakowania (papier, bibułka, cynfolja);

2) przy sprzedaży na ulicach, targach, rynkach, straganach, budkach:

a) wyroby cukiernicze (ciasta, pierniki, obwarzanki, chałwa i t. p.) oraz pieczywo umieszczane były bezwarunkowo pod szkłem (szafki, gablotki, klosze),

b) owoce, w szczególności wszelkie gatunki śliwek oraz pokrajane melony i t. p. pozostawały pod przykryciem z czystej gazy muślinowej;

3) sprzedaż lodów odbywała się w sposób, zabezpieczający produkty te przed zanieczyszczeniem.

W wydanych w powyższej sprawie okólnikach zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) podać załączony wzór powiatowym władzom administracji ogólnej do stosowania.

Podsekretarz Stanu: *Pieracki.*

Zarządzenie Starosty
z dnia . . . . 1929 r.
o ograniczeniu obrotu artykułami żywności.

Na podstawie § 8 pkt. 10 i 12 pruskiej ustawy z dnia 28 sierpnia 1905 r. (Zb. u. p. str. 373) oraz wobec ustalenia w obrębie gminy (miejskiej, wiejskiej) . . . . . . choroby zakaźnej duru brzusznego zarządzam co następuje:

§ 1. Cukierki w handlu ulicznym (sprzedaż na ulicy, targach i rynkach ze straganów, budek, koszów i t. p.) mogą być sprzedawane tylko w indywidualnem opakowaniu (zawinięte w papier, bibułkę, cynfolję).

§ 2. Inne wyroby cukiernicze, jak ciastka, pierniki, obwarzanki, chałwa i t. p. oraz pieczywo w handlu ulicznym powinny być umieszczane bezwarunkowo pod szkłem (szafki, gablotki, klosze).

§ 3. Owoce, w szczególności wszelkie gatunki śliwek, oraz pokrajane kawony, melony i t. p. w handlu ulicznym powinny pozostawać pod przykryciem z czystej gazy muślinowej.

§ 4. Lody w handlu ulicznym powinny być sprzedawane w sposób, zabezpieczający przed zanieczyszczeniem.

§ 5. Winni naruszenia postanowień niniejszego zarządzenia podlegają w drodze administracyjnej karze grzywny do 1000 zł. lub aresztu do 3-ch miesięcy, albo obu tym karom łącznie, niezależnie od konfiskaty przedmiotów, wprowadzanych w obieg niezgodnie z przepisami niniejszego zarządzenia.

Konfiskata może być orzeczona samoistnie.

§ 6. Zarządzenie niniejsze obowiązuje od chwili ogłoszenia.

Starosta.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 3405/29. Warszawa, dnia 9 września 1929 r.

W sprawie instrukcji dla położnych.

Do wszystkich Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że w Monitorze Polskim z dnia 13 sierpnia 1929 r. Nr. 185 poz. 488 ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 r., zawierające instrukcję dla położnych.

Rozporządzenie to jest dopełnieniem całokształtu przepisów wykonawczych, normujących prawa i obowiązki położnych, a opartych na rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. Ust. Nr. 34 poz. 316).

Instrukcja dla położnych, podzielona na trzy działy, obejmuje obowiązki ogólne położnej, dotyczące regestracji, przeszkalania i t. d., spis narzędzi pracy i leków, które położna winna posiadać, oraz normuje stosunek położnej do ciężarnej, rodzącej, położnicy i dziecka.

Ze względu na ważność postanowień instrukcji, z któremi położna winna dokładnie się zapoznać i ściśle się do nich stosować, w par. 2 wprowadzono obowiązek nabycia przez położną u lekarza powiatowego 1 egz. instrukcji, a przepis ten należy ściśle wykonać w stosunku do ogółu położnych.

Broszury zawierające instrukcję dla położnych, przygotowało Polskie Lekarskie Tow. Wydawnicze (Warszawa, ul. Mokotowska l. 49) po cenie 50 groszy za egzemplarz.

Zarządzenie niniejsze należy udzielić do wiadomości i wykonania p. p. lekarzom powiatowym.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 31 października 1929 r. o godz. 8-ej wieczorem w lecznicy Dra Czarneckiego przy ul. Zgoda Nr. 8. Porządek dzienny: 1) demonstracja chorych i preparatów. 2) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia27 czerwca 1929. 3. Dr. Lubliner: krótkie sprawozdanie ostatniego walnego zebrania, które odbyło się dnia 27 września w Wilnie. 4. Dr. Czarnecki: Wrażenia ze Zjazdu w Wilnie. 5. Komunikaty Zarządu. 6. Wolne wnioski.

Dnia 4 sierpnia poświęcone zostało Ambulatorjum Kasy Chorych m. Warszawy przy ul. Wolskiej l. 54. Okazały ten 3 piętrowy gmach, wybudowany kosztem 3½ miljona złotych, mieści w sobie wszystko, czego od instytucji tego rodzaju wymagać można. A więc, prócz siedemdziesięciu kilku gabinetów, w których jednocześnie przyjmować może tyluż lekarzy, znajdujemy tu doskonale, a nawet z przepychem urządzoną hidromechano- i fototerapię, oraz wielką pływalnię z ciągłym odpływem i przypływem świeżej wody chlorowanej. Przed wejściem do basenu mająca z niego korzystać publiczność myje się gruntownie w urządzonych po bokach umywalniach. W korytarzach i obszernych poczekalniach ustawione są spluwaczki na odpowiedniej wysokości. Szczególnie bogato urządzony jest dział dentystyki, rozporządzający 10 gabinetami. Dzielnicy Wolskiej przybyła przeto instytucja pierwszorzędnego znaczenia, w której 3000 ubezpieczonych może codziennie znaleść skuteczną pomoc lekarską.

W sprawie kursu przeciwalkoholowego. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 4458/29. Warszawa, dnia 4 października 1929 r. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) Państwowa Szkoła Higjeny w porozumieniu z Polskiem Tow. „Trzeźwość" organizuje w dniach 18—23 listopada włącznie IV kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie".

Wykłady odbywać się będą codziennie od 9—13 i od 17—19 wieczorem w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny. Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 5 zł.

Dla pewnej liczby słuchaczów wyznacza się stypendja w postaci zapomogi wysokości 50 zł., lub w postaci bezpłatnego mieszkania i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higjeny.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli kandydaci, delegowani przez wojewódzkie i powiatowe władze administracji ogólnej oraz przez kuratorja szkolne. Podania o przyjęcie na kurs oraz o stypendjum składać należy pisemnie do państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24 Warszawa) do dnia 10. XI. r. b. włącznie. Do podania należy dołączyć: 1) krótki życiorys ze wskazaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji, delegującej kandydata. O przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed rozpoczęciem kursu.

Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy codziennie Państwowa Szkoła Higjeny — Sekretarjat Kursu (ul. Chocimska 24, tel. 423—58).

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zawiadomienie o kursie właściwych organów i zainteresowanych instytucyj społecznych, oraz o ułatwienie zainteresowanym wzięcia w nim udziału. *Dr. Piestrzyński* Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXIV Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 25 października b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. A. Nadel: Przypadek leczonego białactwa skóry (pokaz); 2) Kol. W. Elmer i M. Scheps: W sprawie różniczkowego rozpoznawania tężyczki od podobnych stanów chorobowych (pokaz); 3) Kol. F. Gröer: Działanie lecznicze solanek kainitowych (wykład).

W dyskusj zabierali głos kol.: Gröer, Halban, Pisek, Nowicki, Zieliński, Opieński, Serbeński i dyr. Sp. akc. eksploatacji soli potasowych Greiner.

Konkurs Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie na dwie dalsze broszury Bibljoteczki Higjenicznej Powszechnej, przeznaczone dla sfer włościańskich i robotniczych na temat „Ciąża, poród i połóg" oraz „Czystość ciała, kąpiele". Każda z broszur ma obejmować jeden do półtora arkusza druku.

Dyspozycja do tematu pierwszego: Objawy ciąży, trwanie jej, także wzmianka o przerywaniu jej czyli t. zw. spędzenie płodu; higjena ciąży, między innemi także znaczenie badania wewnętrznego, nieprawidłowości ciąży, szczególnie te, w których należy zasięgnąć porady lekarza. Przygotowania do porodu: oznaki zbliżającego się porodu, przebieg prawidłowego porodu, (także o badaniu wewnętrznem), t. zw. poród uliczny, nieprawidłowości porodu, (najogólniej te, w których potrzebna jest pomoc lekarska). III. Trwanie połogu, higjena połogu, nieprawidłowości połogu. O karmieniu dziecka.

Dyspozycja do tematu drugiego: I. Znaczenie fizjologiczne powłok zewnętrznych ciała, zanieczyszczenia skóry brudem nieorganicznym, organicznym, pasorzytami zwierzęcemi, skóra i błony śluzowe zewnętrzne jako wrota zakażenia w chorobach zakaźnych, higjena skóry (na miejscu naczelnem czystość), czystość błon śluzowych ciała, zmywanie ciała. — II. Kąpiele i ich znaczenie higjeniczne, urządzenia kąpielowe w domu (zwyczajne, improwizowane), urządzenia kąpielowe dla użytku publicznego, wzór urządzenia kąpielowego na wsi (o ile możności także w obrazku), zakłady kąpielowe gmin wyznaniowych żydowskich, kąpiele rzeczne i stawowe. Dodatek: kąpiele powietrzne i słoneczne.

Za jedną bruszurę na każdy z podanych tematów, którą Sąd konkursowy Towarzystwa Higjenicznego (Sekcja Higjeny ludu) uzna za najbardziej odpowiadającą celowi, będzie wypłacona nagroda w kwocie 200 zł. Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie.

Prace, zaopatrzone godłem (bez wymienienia nazwiska autora) należy nadsyłać najpóźniej do 15 grudnia b.r. pod adresem: Dr. Adolf Kuhn, Lwów, ul. Łyczakowska l. 46 w osobnej kopercie zaopatrzonej tem samem godłem i zaklejonej, należy umieścić kartkę z imieniem, nazwiskiem oraz dokładnym adresem zamieszkania autora.

Za Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie: Sekretarz: *Ćwikliński* m. p. Przewodniczący: *Prof. Dr. Nowicki.*

Poznań.

Zamierzona likwidacja aptek Kasy chorych w Poznaniu. Od pewnego czasu dochodziły nas wiadomości, że Kasa Chorych w Poznaniu ma zamiar zlikwidować swe apteki. Pogłoski te potwierdzają obecnie doniesienia dzienników. „Dziennik Poznański" z dnia 20. b. m. pisze:

„Kasa Chorych miasta Poznania zamierza wkrótce uprzystępnić ubezpieczonym korzystanie z wszystkich aptek, położonych na terenie miasta Poznania. Chorzy należący do wspomnianej Kasy, otrzymywali dotychczas lekarstwa jedynie w trzech aptekach kasowych i dwu zakontraktowanych. Taki stan rzeczy, zwłaszcza w okresie epidemji, powodował znaczne przeciążenie tych aptek pracą. Ubezpieczeni skazani byli często na zbyt długie wyczekiwanie, by odebrać przygotowane według recepty lekarstwo, co wywoływało niejednokrotnie głośne wśród nich niezadowolenie.

Z uznaniem powitają więc wszyscy ubezpieczeni podjęte w tym kierunku poczynania władz Kasy, gdyż, zrównani pod względem nabywania lekarstw z pacjentami prywatnymi, mieć będą wolny wybór aptek i, co najważniejsza, otrzymywać będą lekarstwa szybciej i bliżej, bo w najrozmaitszych punktach miasta.

Takie rozwiązanie sprawy przyniesie niezawodnie i Kasie Chorych pewne korzyści materjalne. Administracja własnych aptek bowiem stała się z biegiem czasu nietylko uciążliwą, ale i kosztowna. Korzystną zmianę wywoła zarządzenie to również w położeniu materjalnem samych właścicieli aptek, którzy dotąd dotkliwie odczuwali odebranie im prawa wykonywania recept kasowych.

Według naszych informacyj likwidacja aptek Kasy Chorych jest już rzeczą zdecydowaną i o ile wszystko ułoży się pomyślnie, ukończona będzie około połowy listopada".

Wilno.

Dr. Rafał Raddziwiłowicz, profesor psychjatrji Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie zmarł nagle tamże w dniu 28-go października b. r.

Nr. 46. 17. listopada 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

O prądzie wstępującym N. Cybulskiego w mięśniach.

Z Zakładu Fizjologji U. J.
Dyrektor Prof. Dr. E. Maydell.

Dokończenie.

Sposób Kocha nie może służyć do oznaczania rozmieszczenia potencjału z następujących powodów: 1) Ponieważ obie elektrody niepolaryzujące się odprowadzają prąd od powierzchni mięśnia, czego właśnie uniknąć się starałem, w grę wchodzi nie potencjał badanego miejsca, lecz różnica potencjałów dwóch miejsc, co znacznie utrudnia poznanie właściwego odczynu. 2) Ponieważ Koch wykresy swoje wykonuje oddalając elektrody od siebie, więc w obwodzie zmienia się opór, przyczem jako wynik otrzymamy nie wykres potencjału, wzgl. różnicy potencjałów, lecz wykres siły prądu. Ponieważ zaś opór mięśnia jest znaczny, więc, gdy w ciągu wykresu zmieniamy odległość między elektrodami, to zmiany w sile prądu wcale nie będą równoznaczne ze zmianami potencjału. Gdy elektrody są położone blisko siebie, jak to ma miejsce na początku doświadczenia Kocha, wówczas stykają się ze sobą za pośrednictwem niewielkiej ilości płynu Ringera, która stale się zbiera w okolicy elektrody, przyczem powstaje połączenie boczne jeszcze bardziej zmieniające wyniki. Autor sam zresztą przyznaje, że jego wykresy dotyczą siły prądu, a nie rozmieszczenia potencjału. 3) Wreszcie autor odprowadza prąd od mięśnia zapomocą elektrod w postaci cienkiej nitki otaczającej cały obwód mięśnia na kształt pierścienia przesuwanego wzdłuż jego osi, Jak się zdaje elektrody tego kształtu — to konieczność wywołana brakiem innych odpowiednich. Autor, zbyt mało mając zaufania do końców hubkowych Cybulskiego, i mając, prócz nitkowych, do zastosowania elektrody o końcach z glinki, nie mógł tych ostatnich zastosować z powodu ich niepodatności i kruchości, co nie pozwala na przesuwanie elektrody „wędrującej" wzdłuż niejednostajnie wypukłego mięśnia. Z tego to powodu zostaje wprowadzona elektroda pętlicowa, mająca niemniej tą ujemną stronę, że przez nią utraca się całą czułość doświadczenia, polegającego na odprowadzeniu prądu z jednego tylko miejsca. Elektroda pętlicowa odprowadza prąd odrazu od całego obwodu, co oczywiście daje nie prąd z jednego miejsca, ale z całego szeregu, wpływając w ten sposób bardzo wybitnie na wyniki.

Wyższość sposobu Kocha polega na graficznem i momentalnem zapisaniu siły prądu, gdy tymczasem do wykonania szeregu pomiarów potencjału wzdłuż mięśnia potrzeba kilka minut czasu. Chociaż potencjał ulega wybitnym zmianom z czasem, to jednak zmiany te nie są znów tak szybkie, i dlatego mój sposób, jak z wyżej przedstawionych wyników wnosić można, pozwala osiągnąć zupełnie dobre wyniki. W przyszłości być może da się zastosować graficzne zapisywanie pradu sposobem Kocha przy tutaj zastosowanym sposobie odprowadzania prądu i wówczas, gdy opór pomiędzy elektrodami, w każdem tychże ustawieniu, będzie jednakowy, wahania siły prądu będą również obrazem rozmieszczenia potencjału.

Krzywe Kocha dają obraz zupełnie od moich wyników odmienny, co z powyższych względów zupełnie jest zrozumiałe. Krzywe Kocha nie dają możności wykrycia i oddzielenia od siebie dwóch swoistych odczynów mięśnia na obce szkodliwe czynniki.

Dotychczas wymieniono dwie zmiany w potencjale powierzchni mięśnia, jakie po zadziałaniu szkodliwych czynników, czyto fizycznej, czyto chemicznej natury powstają. W rzeczywistości ten stosunkowo prosty odczyn wikła się skutkiem tego, że wielkość obniżenia potencjału uszkodzonego miejsca jest zależna od miejsca zadziałania podniety i skutkiem tego, że spolaryzowanie mięśnia pod wpływem sąsiedztwa z częścią uszkodzoną nie we wszystkich odcinkach mięśnia jest dodatnie.

Co do różnic w głębokości obniżenia potencjału, to była mowa o tem, że części dystalne m. łydkowego oddziaływują znacznie silniej od odcinków proksymalnych. Podobnie sprawa się przedstawia i w innych mięśniach: odczyn części dystalnych jest zawsze wybitny, natomiast odcinki proksymalne silnie obniżają swój potencjał przy działaniu silnych czynników, przy działaniu słabszych obniżenie potencjału jest czasem bardzo nieznaczne, a można się spotkać przeciwnie nawet z podwyższeniem potencjału słabo zadrażnionego dogłowowego odcinka. Co do różnic w polaryzacji poszczególnych odcinków, to polaryzacja dodatnia, zaznaczająca się stromym wzrostem potencjału po obu stronach miejsca uszkodzonego i różnicą potencjału części mięśnia powyżej i poniżej uszkodzenia się znajdującej (a w słabiej zaznaczonych wypadkach, tylko w ten ostatni sposób), daje się zawsze w sposób niewątpliwy stwierdzić jedynie w środkowej części mięśnia, niejako w całym jego trzonie. Przeciwnie, jak to można wnosić w przytoczonych powyżej krzywych oraz z materjału, którym rozporządzam, a którego nie sposób w całości przytaczać, nawet przy najsilniejszych odczynach prawie bez wyjątku same końce mięśnia przedstawiają ujemną polaryzację. I tak przy spolaryzowanej dodatnio części dystalnej mięśnia widać najczęściej na samym końcu nieznaczne obniżenie potencjału. W podobnych warunkach znajdujemy zazwyczaj zmniejszenie ujemnego naelektryzowania końca dystalnego.

W celu poznania sposobu w jaki mięsień ulega polaryzacji należałoby zadziałać jakimś czynnikiem, któryby spowodował wyłącznie zupełnie równomierną polaryzację bez jednoczesnego obniżania potencjału, lub któryby uszkodził powierzchnię mięśnia, ale tak równomiernie, aby obniżenie potencjału było jednakowe wszędzie tak, abyśmy nie mieli przeszkód w poznaniu różnic potencjału wywołanych przez polaryzację. Takim czynnikiem wydaje się krótkie ogrzanie mięśnia do 50°.

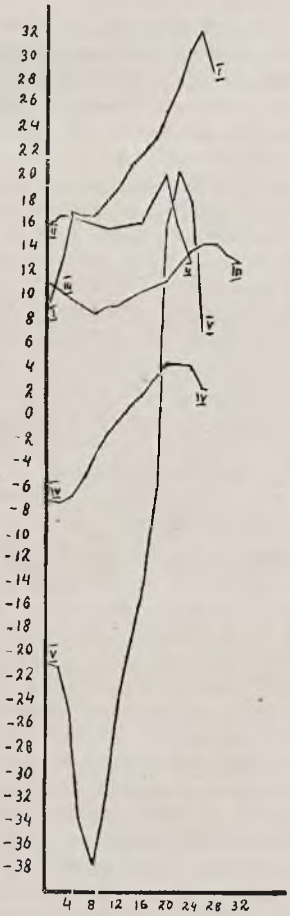
Ogrzanie to wykonywałem w sposób następujący: Po odjęciu tylnych łapek żaby, w sposób wymieniony przy poprzednich doświadczeniach i po przecięciu splotów lędźwiowo-krzyżowych, ale przed zdjęciem skóry, zanurzałem łapki, trzymając kręgosłup szczypcami, do większego naczynia z wodą ogrzaną do 50° C. na czas ściśle oznaczony, poczem po wyjęciu zdzierałem skórę, stosując znane ostrożności przed dotknięciem mięśni skórą i oznaczałem potencjał w znany sposób. W ten sam sposób bez różnicy w wynikach można stosować kąpiel w ogrzanej do 50° płynnej parafinie. Taki sam skutek otrzymuje się również przez zanurzenie do wodnej kąpieli nóżek po zdarciu skóry, jednak czas zanurzenia dla osiągnięcia tego samego skutku musi być znacznie krótszy. Z powodu nowego czynnika, który zostaje tu wprowadzony (działanie wody na mięsień) nie stosowałem tego sposobu. Można również stosować kąpiel wodną o niższej ciepłocie, a nawet 40-stopniową, ale ogrzewanie musi być wówczas znacznie dłuższe. Jak i przy poprzednich badaniach większość doświadczeń wykonana była na mięśniu łydkowym.

Potencjał mięśnia w czasie ogrzewania zmienia się w sposób bardzo charakterystyczny. Przytaczam tutaj dane dotyczące wyników otrzymanych na żabach Nr. 93—97, których mięśnie łydkowe były ogrzewane w kąpieli przez przeciąg 4—15 sek. (tablica XVII i ryc. 8).

Mięsień łydkowy badany po kąpieli trwającej 1—3 sek. staje się nierównomiernie dodatnio naładowany; tylko niektóre odcinki nieprawidłowo rozmieszczone mają wybitnie dodatni potencjał, inne natomiast sa bliskie zera, a niektóre nawet słabo ujemne, prawidłowości w tym okresie zwykle się nie spostrzega. Po dłuższej nieco, 4—6-cio sekundowej, kąpieli mięsień staje się na całej swej powierzchni bardzo nieraz silnie (40 mV) naładowany dodatnio, najczęściej potencjał mięśnia wynosi około 20 mV. Jednocześnie zauważyć dają się już zwykle prawidłowości w rozmieszczeniu potencjału: często daje się w tym okresie zauważyć niższy potencjał na dystalnym końcu, choć bywają mięśnie mające prawie na całej powierzchni potencjał jednakowy, czyli wykazujące brak polaryzacji.

Po przebyciu w kąpieli 5—10 sek. mięśnie przedstawiają już zazwyczaj zupełnie prawidłowe rozmieszczenie potencjału (mięsień 94 i 95 na ryc. 8). Koniec dystalny ma potencjał silnie dodatni, który idąc w kierunku przeciwległego końca mięśnia, nieco w ciągu pierwszych milim. wzrasta, poczem spada znacznie aż do końca dystalnego, który w tym okresie posiada zwykle ujemny lub dodatni, ale niezbyt od zera oddalony potencjał, przyczem często na samym końcu notujemy nieznaczny wzrost potencjału.

Mięśnie po kąpieli trwającej 15 — 20 lub nieco więcej sek. mają rozmieszczenie potencjału bardzo charakterystyczne: koniec proksymalny jest silnie dodatnio naładowany. Dodatni potencjał idąc ku dołowi mięśnia wzrasta jeszcze silnie w ciągu kilku milimetrów, dochodząc do maksimum, potem dość ostro się załamuje i przez całą długość mięśnia nadzwyczajnie silnie opada, zwykle już w górnej połowie mięśnia potencjał przecina linję zerową, staje się ujemny i dalej szybko maleje, najwybitniejszy spadek dając zwykle mniej więcej w środku mięśnia, wreszcie około 8 — 10 mm oddystalnego końca osiąga swe minimum, poczem znów dość ostro się załamuje i z początku szybko, potem nieco wolniej wzrasta aż do kostki Achillesa, pozostając jednak nadal znacznie poniżej potencjału zerowego.



Ryc. 8.

I Potencjał mięśnia żaby Nr. 97 po ogrzaniu przez 4 sek. II-potenc. mięśnia żaby Nr. 93 po ogrzaniu przez 6 sek. III-potenc. mięśnia żaby Nr. 94 po ogrzaniu przez 10 sek. IV-potenc. mięśnia żaby Nr. 95 po ogrzaniu przez 10 sek. V-potenc. mięśnia żaby Nr. 96 po ogrzaniu przez 15 sek w 50° C.

To rozmieszczenie potencjału jest bardzo charakterystyczne i jeśli dbać będziemy o zachowanie odpowiednich warunków przy przygotowaniu spolaryzowanego mięśnia, występuje z wielką prawidłowością. Przy tym sposobie spolaryzowania mięśnia nie mamy schodków ani nagłych zmian, przeciwnie prawidłowe zaokrąglenie krzywych i stale powtarzający się kierunek polaryzacji zdają się świadczyć, że zmiany te jako podstawę mają swoisty stan włókienek mięśnia prążkowanego. Powyżej opisany piękny stan spolaryzowania mięśnia przy dłużej trwającej kąpieli nie utrzymuje się. Po upływie 50 — 60 sek. potencjał szybko zaczyna słabnąć: dodatni potencjał końca proksymalnego i ujemny dystalnego zmniejsza się i po parominutowej kąpieli wszelkie prawidłowości rozmieszczenia potencjału zacierają się i potencjał staje się słaby. Jednocześnie z tem mięśnie, które poprzednio, dopóki się utrzymuje swoiście rozmieszczony potencjał, były lśniące przejrzyste i sprężyste, stają się matowe, białawe, o ciastowatej konsystencji, czyli pojawia się t. zw. tężec cieplny.

Jeśli będziemy badać zmiany występujące z czasem w rozmieszczeniu potencjału mięśnia spolaryzowanego w sposób charakterystyczny przez zanurzenie do ciepłej kąpieli, wówczas otrzymamy wyniki zgodne z temi, jakie widywaliśmy w mięśniach spolaryzowanych przez działanie innych szkodliwych czynników. Potencjał, tak dodatni po stronie proksymalnej, jak ujemny po stronie dystalnej maleje w pierwszych minutach szybko, potem coraz wolniej. Stosunki te uwidocznione są na przykładzie otrzymanym przy badaniu mięśnia łydkowego żaby Nr. 62, w którem nóżki pokryte skórą zanurzono do kąpieli na 10 sek. poczem badano potencjał po 2, 5, 15, 30 i 60 minutach.

Charakterystyczne rozmieszczenie potencjału po ogrzaniu jest podobne w sposób daleko idący do tego rozmieszczenia, jakie można otrzymać przy preparowaniu mięśnia bez dostatecznych ostrożności przed dotknięciem skórą. Stosownie do tego, co mówiliśmy poprzednio, wydzielina skórna może wywołać spolaryzowanie mięśnia przy jednoczesnem tylko słabem obniżeniu potencjału z powodu nadżarcia. Choć to spolaryzowanie ze względu na niemożność dostatecznego regulowania tego czynnika nie zawsze jest zupełnie prawidłowe, to jednak w większości wypadków otrzymujemy wynik bardzo przybliżony do tego, który powstaje przy ogrzaniu.

Przypominając sobie teraz podobieństwo odczynu polaryzacyjnego mięśnia na ciepło i na wydzielinę skóry oraz kierunek, w którym bywały spolaryzowane odcinki włókien mięsnych sąsiadujące z miejscami uszkodzonemi przez działanie innych czynników, dojdziemy do wniosku ogólnej natury, mającego duże znaczenie dla zrozumienia zachowania się mięśnia umieszczonego w nieprawidłowych warunkach. Wniosek ten głosi, *że silne szkodliwe czynniki, oprócz obniżenia potencjału miejsca uszkodzonego, wywołują pewien stan mięśnia, charakteryzujący się typowem spolaryzowaniem jego włókien, zaś czynniki słabsze tylko ten stan swoisty bez uszkodzeniowego obniżenia potencjału. Typowa polaryzacja, stosownie do miejsca działania, może być tylko miejscową lub ogólną przyczem kierunek polaryzacji danego miejsca jest typowy* i daje się, oczywiście tylko z pewną dokładnością, zgóry przewidzieć.

Na podstawie tego wniosku zrozumieć będzie łatwo fakt poprzednio zauważony, że wielkość zniżki potencjału miejsca uszkodzonego zależy od miejsca na które dany czynnik działa. Jeśli bowiem uszkodzenie dotyczyło środkowej, a zwłaszcza dolnej części mięśnia, wówczas polaryzacja, jaka powstaje, pogłębia jeszcze zniżkę potencjału wywołaną przez uszkodzenie. Natomiast im bliżej maksimum potencjału umiejscowiona zostanie część uszkodzona, tem zniżka będzie mniejsza, ponieważ wówczas spolaryzowanie będzie działać pod względem zmiany potencjału w kierunku przeciwnym niż uszkodzenie. Jeśli miejsce uszkodzone znajdzie się na samym końcu proksymalnym — otrzymamy wynik podobny do tego jaki widzieliśmy u mięśnia żaby Nr. 77; zniżka będzie wybitna i z powodu sąsiedniego odcinka silnie spolaryzowanego, będziemy mieli ogromnie ostre załamanie potencjału na granicy części spolaryzowanej i uszkodzonej.

Wyniki powyżej przytoczone odnoszą się do m. łydkowego, ale inne zbadane przezemnie mięśnie żaby wykazują zmiany zupełnie podobne pod wpływem tychże czynników. Do badań nad polaryzacją cieplną ogrzewałem mięśnie całych nóżek, nie zdejmując z nich skóry. Po zdjęciu tejże badałem potencjał powierzchni danego mięśnia, bez odpreparowywania go od sąsiednich. Charakterystyczne rozłożenie potencjału, uzyskane przedtem na mięśniu łydkowym przez krótkie ogrzanie, daje się otrzymać i nosi zupełnie podobne cechy w następujących, zbadanych przezemnie, mięśniach: m. triceps fem., m. sartorius, obydwuch części m. tibialis anticus longus i m. peroneus.

Każden mięsień pod wpływem ogrzania polaryzuje się zupełnie niezależnie od sąsiednich, a nawet obie głowy m. piszczelowego przedniego są pod tym względem niezależne od siebie. Mięśnie są więc jakby izolowane, tak że potencjały dwuch sąsiadujących bezpośrednio ze sobą mięśni mogą być zupełnie różne, zależnie jedynie od typowej polaryzacji danego odcinka. Czas ogrzewania potrzebny dla osiągnięcia typowej polaryzacji nie jest jednakowy u różnych mięśni. Drobne mięśnie są już spolaryzowane po 8 — 10 sekundowej kąpieli w 50°, gastrocnemius po 10 — 20, zaś mięśnie uda, wymagają znacznie więcej czasu, zwykle 30 — 50 sek.

Na tle powyższych rezultatów wyniki innych autorów stają się zrozumiałe. D u B o i s R e y m o n d z początku z powodu niedość dokładnego preparcwania otrzymywał prąd „żabi" pochodzący od spolaryzowanych mięśni, potem, gdy spostrzegł, że jakieś czynniki wpływają na powstania prądu i zmienił sposób preparowania i odprowadzania prądu, znajdował słaby prąd zstępujący z powodu ujemnego spolaryzowania mięśnia nieuszkodzonego. H e r m a n n, uzależniając powstanie prądu w mięśniu od uszkodzenia a między innemi od dotknięcia skórą, niedość dokładnie poznał rozkład potencjału z powodu niewłaściwego układania elektrod i, niezauważywszy polaryzacji mięśnia, uważał że prąd w mięśniu daje się sprowadzić do prądu pomiędzy miejscem uszkodzonem o niskim potencjale, a nieuszkodzonem o potencjale wyższym.

Tablica XVI. Żaba 74 i 75.

Czas od przecięcia rdzenia w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od stawu kolanowego o milimetrów												
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
	żaba nr. 74												
3	0			+3			+4			+3			
5	mięsień dotknięto skórą na przestrzeni między 0 — 7 mm.												
6	—99	—110	—185	—182	—19	+28	+41	+48	+48	+44	+40		
	żaba nr. 75												
7	+3				+3				0			—1	
8	mięsień dotknięto skórą na przestrzeni między 10 — 16 mm.												
10	—55	-61	—69	—96	—219	—319	—358	—288	—99	—43	+48	+79	+69

Tablica XVII. Żaba 93 — 97.

Czas od początku kąpieli w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów																
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32
	żaba nr. 93, kąpiel w 50° C. przez 6 sek.																
4	+156	+162	+162	+160	+158	+154	+156	+158	+160	+180	+200	+156	+125				
	żaba nr. 94, kąpiel w 50° C. przez 10 sek.																
4	+110	+104	+96	+80	+83	+88	+89	+96	+102	+107	+110	+122	+136	+141	+141	+133	+125
	żaba nr. 95, kąpiel w 50° C. przez 10 sek.																
4	74	—77	—72	—58	—37	—18	—5	+6	+15	+26	+42	+41	+40	+21			
	żaba nr. 96, kąpiel w 50° C. przez 15 sek.																
4	—209	—212	—248	—341	—379	—320	-243	—190	—144	—70	+145	+203	+178	+66			
10	—150	—163	—190	—253	—268	—236	—182	—148	—106	—38	+100	+142	+120	0			
	żaba nr. 97, kąpiel w 50° C. przez 4 sek.																
4	+85	+124	+168	+164	+164	+178	+191	+206	+218	+230	+253	+275	+301	+320	+285		
12	+174	+174	+174	+175	+183	+191	+200	+213	+221	+230	+244	+263	+285	+293	+293		

Tablica XVIII. Żaba nr. 62, kąpiel 10 sek. w 50° C.

Czas od początku kąpieli w minutach	Potencjał miejsca oddalonego od kostki Achillesa o milimetrów																
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32
2	—213				—488										+120		
5	—140	—140	—158	—185	—210	—250	-275	—285	—275	-248	—298	—145	—41	+43	+110	+115	+103
15	—99	—100	—120	143	—189	—215	—228	—213	—198	—178	—132	—86	—14	+59	+101	+95	+85
30	—83	—86	—100	—123	—158	—194	—213	—205	—194	—170	—141	—111	—56	+28	+79	+81	+73
60	—79	—81	—90	—113	—142	—170	—198	—212	—194	—185	—163	—145	—75	+25	+48	+48	

Cybulski zaś główną uwagę zwrócił na polaryzację mięśnia, przyczem miał do czynienia z mięśniami spolaryzowanemi przez działanie wydzieliny skóry. Że tak istotnie było, wnosić można z siły i kierunku prądu, który Cybulski za spoczynkowy uważał. Mianowicie, choć Cybulski mówi tylko o wstępującym prądzie w mięśniu, to jednak w protokołach, które w pracy podaje, znajdują się dane świadczące, że końce mięśni były często spolaryzowane w kierunku przeciwnym niż reszta mięśnia, a więc dawały prąd zstępujący, co jednak autor, pisząc o kierunku polaryzacji mięśnia, pomija milczeniem. Te jednak, tak często zdarzające się wyjątki, są najlepszem potwierdzeniem tego, że mięśnie Cybulskiego były spolaryzowane przez dotknięcie skórą. I tak np. w doświadczeniu I Cybulskiego różnica potencjału miejsca w dole mięśnia obranego za zerowe z miejscem odległem o 15 mm wynosi 47,1 mV, zaś między tymże punktem zerowym i miejscem odległem o 18 mm — 41,1 mV; czyli że pomiędzy 15 a 18 milimetrem mamy prąd o kierunku przeciwnym od zasadniczego, a więc zstępującym. Również w doświadczeniu II tegoż autora mamy do czynienia z prądem zstępującym w dolnej części mięśnia wynoszącym aż 5 mV.

Z obecnego punktu widzenia, łatwo jest też zrozumiałe to zjawisko, które podług Cybulskiego miało być stanowczem zaprzeczeniem teorji Hermanna o uszkodzeniowem pochodzeniu prądów, a mianowicie to, że czasem górny przekrój ma dodatni potencjał w stosunku do dolnego końca, o czem była mowa poprzednio. Mięsień silnie spolaryzowany pod wpływem wydzieliny skóry zostaje nacięty w górnej części w okolicy maksimum dodatniego potencjału. Nacięcie to powoduje obniżenie potencjału, któremu jak wiadomo z naszych wyników, przeciwdziała polaryzacja włókien mięsnych, dzięki czemu potencjał sztucznego przekroju może nie osiągnąć minimum, które wykazuje dolny biegun mięśnia. Stąd prąd wstępujący nawet jeśli w górnej części elektrodę ułożymy na przekroju. Jeśli, jak to się przy przypadkowem dotknięciu skórą zdarza, spolaryzowanie jest słabe, wówczas potencjał ujemny miejsca uszkodzonego przeważy i można stwierdzić prąd zstępujący. Odpowiednie doświadczenia mogą przekonać o tem, gdyż jeśli mięsień przez umyślne dotknięcie skórą silnie spolaryzujemy, wówczas między przekrojem w górnej części mięśnia a ścięgnem Achillesa wstępujący prąd będziemy stwierdzać jako prawidło. Przeciwnie, preparaty wykonane bez dotknięcia skórą po wykonaniu przekroju w górze stale wykazują prąd zstępujący, przewidziany przez teorję Hermanna.

Jak to poprzednio już zauważono, polaryzacja mięśnia powinna być uważana nie za bezpośredni skutek działania danego czynnika

na mięsień, lecz za odczyn spowodowany przez biologiczne własności włókien mięsnych. Jeśli zaś tak jest, wówczas wydawałoby się słusznem, że prócz polaryzacji, muszą zachodzić w mięśniu jeszcze inne zmiany usprawiedliwiające ten szczególny odczyn. Tak też jest w istocie. Polaryzacja nie jest jedynym odczynem mięśnia na powyżej użyte czynniki. Badania odnośne nie są zakończone i ukażą się w innej publikacji. Tutaj pozwolę sobie tylko nadmienić, że wraz z swoistem spolaryzowaniem włókien mięsnych pojawia się również przykurcz mięśnia, przykurcz polaryzacyjny. Przykurcz ten pojawia się powoli, zupełnie inaczej niż skurcz pojedyńczy lub tężcowy i trwa bardzo długo, bo aż do śmierci mięśnia, powoli zmniejszając się na nasileniu, ale nie spadając do zera, podobnie jak i zmiany elektromotoryczne. Przykurcz polaryzacyjny pojawia się tak po obłożeniu mięśnia skórą, jak po nacięciu, po przypaleniu i po krótkiem ogrzaniu mięśnia do 50° C i również po nadżarciu amoniakiem. Może dotyczyć tylko pewnej części lub całości mięśnia. Jak się zdaje opisane w piśmiennictwie przykurcze mięśni prążkowanych po zadziałaniu kwasów i zasad na ich powierzchnię należy uważać za przykurcze polaryzacyjne.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, adjunkt Zakładu. Lwów.

W sprawie nowotworów, wychodzących z nabłonka wyściółkowego komór mózgowych, kanału rdzeniowego i splotów naczyniówkowych.

Z Zakładu anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Nowicki.

Nowotwory, wychodzące z nabłonka wyściółkowego komór mózgowych (ependymy) kanału rdzeniowego i splotów naczyniówkowych, należą do spraw naogół rzadko zachodzących. Mogą to być typowe brodawczaki dobrotliwe lub też raki, guzy niekiedy nader złośliwe, dające przerzuty w mózgu.

Szereg autorów dzieli te nowotwory na dwie dalsze grupy, mianowicie na nowotwory, wychodzące z nabłonka wyścielającego komory, i z nabłonka splotów naczyniówkowych; opierając się na nowszych badaniach histologicznych i embrjonalnych, według których te nabłonki, tak postaciowo jak czynnościowo, różnią się od siebie. Przedewszystgiem Vonviller zwraca uwagę na różnice postaciowe tych dwóch rodzajów nabłonków. Autor ten, opierając się na innych badaczach, przedstawia komórki wyściółkowe, jako jednowarstwowe, wysokie lub też niższe komórki nabłonkowe. Na podstawie swej nie odgraniczają się one ostro od tkanki podścieliskowej, tylko posiadają jakgdyby wypustki, będące zakończeniem komórki, coraz bardziej się zwężającej. Wypustki te można wykazać zapomocą swoistych sposobów, służących do barwienia gleju. Nadto posiadają one często rzęski, zachodzące nie tylko u dzieci, ale także u dorosłych. Natomiast nabłonki splotów naczyniówkowych są komórkami bardziej kubicznemi lub okrągłemi o powierzchni nieco kopułowatej, przeważnie nie posiadają one rzęsek i wypustek plazmatycznych. Vonviller, podobnie jak Luschke, Engel i Fuchs, sądzi, że nabłonek splotów jest nabłonkiem gruczołowym; w pierwoszczu jego można stwierdzić ziarenka, będące wytworem jej wydzielania, jako negatyw zaś tych ziarenek, można stwierdzić budowę wodniczkową i piankowatą pierwoszcza. Budowę taką mogą wykazywać także komórki ependymowe, u ludzi jednak rzadko się to widzi, niekiedy w pierwoszczy stwierdza się kulki koloidowe. W przypadku Zieglera były komórki wałeczkowe. Zależnie więc od tego, który typ tych komórek wchodzi w skład tego nowotworu, rozpoznaje się w nim nowotwór splotu naczyniówkowego lub też wyściółki komór i rdzenia. Czy taki podział zawsze da się przeprowadzić, zobaczymy poniżej.

Dla odróżnienia tych obu typów nowotworów może służyć jeszcze ich wygląd makroskopowy, miejsce usadowienia i przyczepu, jakoteż ich unaczynienie, t. zn. skąd przychodzą naczynia, nowotwór odżywiające.

Takiego typowego brodawczaka komory IV. mózgu miałam sposobność spostrzegać na sekcji u mężczyzny Z. K. 26 letniego, zmarłego na oddziale nerwowym tutejszego Szpitala Powszechnego.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Tumor cerebelli.*

Z powodu wysokiego ciśnienia śródczaszkowego wykonano u chorego zabieg operacyjny w krótki czas przed śmiercią, polegający na zrobieniu otworu w kości potylicznej, po stronie lewej, celem zmniejszenia ucisku śródczaszkowego.

Poniżej podaję w krótkości opis zmian, stwierdzonych sekcyjnie, przedewszystkiem zaś mózgu Nr. prot. 100/28. Czaszka jest prawidłowo zbudowana, w kości potylicznej lewej stwierdza się otwór operacyjny. Opona twarda jest silnie napięta, a w jej zatokach żylnych jest obfita krew płynna. W jamie czaszkowej znajduje się znaczna ilość płynu surowiczego, jasnego, nieco mętnego. Mózg jest wielkości odpowiedniej, zwoje jego są przypłaszczone. Opony miękkie mózgu i móżdżku są obrzękłe a pod niemi stwierdza się płyn obrzękowy, tu i ówdzie świeży wysięk ropny. W miejscu rany operacyjnej wysięk jest bardzo obfity i przechodzi częściowo w korę mózgu. Na przekroju stwierdza się obrzęk mózgu słabo ukrwionego. Komory boczne mózgu i komora III. są w wysokim stopniu rozszerzone i wypełnione obfitym przeźroczystym płynem. W komorze IV. zaś, również rozszerzonej, stwierdza się guz wielkości orzecha włoskiego, wypełniający szczelnie tę komorę i zamykający wejście do wodociągu Sylviusza i do kanału rdzeniowego. (Ryc. 1). Guz ma powierzchnię nierówną, brodawkowatą i przyczepiony jest zapomocą szerokiej szypuły do sklepienia komory IV. W kilku miejscach jest on zrośnięty również ze ścianami komory. Zrosty te jednak są bardzo luźne, dają się łatwo odrywać, tak, że cały guz można wyłuszczyć, bez głębszego uszkodzenia ściany. Na przekroju powierzchnia nowotworu jest nieznacznie ziarnista a tkanka guza jest dość miękka.



Ryc. 1.
Brodawczak IV. komory mózgu w linji strzałkowej przeciętej; komora otwarta.

Ponieważ w innych narządach nie stwierdzono zmian nowotworowych, podaję tylko w krótkości ich wygląd i zmiany. Polegały one na przekrwieniu narządów, częściowo niedorozwiniętych, i na utrzymaniu wielkiej grasicy i przeroście całego narządu gruczołowego; stwierdzono zatem stan grasiczo-limfatyczny. Jako przyczynę śmierci, należało uważać znaczne podwyższenie ciśnienia śródczaszkowego, wywołane nagromadzeniem płynu mózgowo-rdzeniowego w następstwie mechanicznego utrudnienia jego odpływu z komór mózgowych.



Ryc. 2.
Liczne przekroje gałązek brodawczaka. — Na prawo ogniska zwapniałe.

Drobnowidowo guz przedstawia budowę silnie rozgałęzionego brodawczaka którego wypustki składają się z podścieliska i z nabłonka. (Ryc. 2.). Podścielisko jest wytworzone z luźnej, częściowo obrzękłej tkanki łącznej, w której stwierdza się obfite naczynia porozszerzane i krwią wypełnione. Nabłonki rozmaicie się przedstawiają. Przeważnie ułożone są one pod postacią jednej wąskiej warstwy, jedne komórki są kubiczne i krągłe, ostro odcinają się od podścieliska a powierzchnia ich jest miejscami kopulasta, miejscami znowu wklęśnięta i nierówna. Obok tych komórek stwierdza się komórki bardzo wysokie o długich wypustkach, kończących się i gubiących w podścielisku.

Pierwoszcze komórek jest piankowate, niekiedy stwierdza się w nich nawet dość wielkie wodniczki, szczególnie w komórkach, typu pierwszego. Jądra są krągłe a w nich stwierdza się wyraźnie barwiące się ziarenka chromatyny i jąderka. W opisanym nowotworze należy jeszcze zwrócić uwagę na liczne zwapniałe ziarna i kulki, okazujące jeszcze budowę dośrodkową. Jak z powyższego widać, opisany guz mózgu, pod względem budowy i wyglądu drobnowidowego przedstawia obraz nabłoniaka dobrotliwego. Nasuwa się pytanie, z jakich nabłonków on wychodzi, czy z nabłonków splotów naczyniówkowych, czy z wyściółkowych komory IV. Z całą pewnością na podstawie wyglądu samego nabłonka nie byliśmy w stanie tego powiedzieć. Stwierdziliśmy bowiem tutaj oba typy nabłonka, pozatem postacie niejasne, może przejściowe. Mojem zdaniem, wymienione różnice obu rodzajów nabłonka, są zmianami subtelnemi, mającemi znaczenie w materjale prawidłowym, idealnie zakonserwowanym. W nowotworach zaś, wychodzących z tych nabłonków, trudno je będzie zawsze wykazać, szczególnie, gdy się uwzględni, że komórki nabłonkowe, tu zachodzące, mogą przedstawiać rozmaite okresy rozwoju pochodzące z jednej komórki macierzystej. Dlatego też przeprowadzenie ścisłego podziału nowotworów omawianych na podstawie wyglądu nabłonków, nie zawsze da się przeprowadzić, jak to chcą niektórzy autorowie, gdy będzie się rozchodzić o nowotwory złośliwe. W naszym przypadku była przewaga komórek, odpowiadających nabłonkom splotów naczyniówkowych, a cały obraz w wysokim stopniu przypomina prawidłowe sploty, zawierające niekiedy obfite ciałka zwapniałe.

Pozatem usadowienie guza w miejscu splotu naczyniówkowego, jego wygląd makroskopowy i brak ściślejszego związku ze ścianami komory IV., przemawia w wysokim stopniu za jego wyjściem ze splotu naczyniówkowego. Umiejscowienie guza, jego wygląd makroskopowy, stosunek do otoczenia, mają, mojem zdaniem, jeżeli już taki podział chcemy przeprowadzić, ważniejsze znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowem, jak wygląd i budowa nabłonków. Guz opisany wypełniał komorę IV., zamykając ujście wodociągu Sylviusza, w następstwie czego powstało wodogłowie wewnętrzne. Nagromadzenie się płynu w komorach było jednak bardzo wybitne, wywołało znaczne podwyższenie ciśnienia śródczaszkowego, prowadząc nawet do zabiegu operacyjnego. Przyczyny tak znacznego wodogłowia należy dopatrywać się może nietylko w samem mechanicznem zamknięciu wodociągu Sylviusza przez nowotwór, lecz również wodogłowie to może być następstwem czynności wydzielniczej komórek nabłonkowych nowotworu, zaczem znowu mógłby przemawiać obraz drobnowidowy.

W piśmiennictwie podany jest szereg przypadków brodawczaków, wychodzących ze splotów naczyniówkowych. Wychodzić one mogą, jak w naszym przypadku ze splotu komory IV, następnie też z komory III i komór bocznych.

Brodawczaka, wychodzącego z komory IV opisuje Vanviller (V. A. 204/II). Stwierdził on go u chłopca 15 i ½ letniego, guz był tak wielkich rozmiarów, że podnosił i rozpychał półkule móżdżku i uciskał na rdzeń przydłużony i na most Varola. Vanviller przytacza w swej pracy przypadek Robina i Blendla, którzy brodawczaka komory IV wielkości orzecha laskowego stwierdzili u chłopca 11-letniego, następnie przypadek Spilmanna i Schmiedta, dotyczący mężczyzny 30-letniego, przypadek Balasinda, dotyczący mężczyzny 35-letniego i przypadek Rheindorfa. Zupełnie podobny przypadek do przypadku Vanvillera opisuje Natanek (V. A. 218/14) wspominając o szeregu dalszych przypadków mianowicie, Garroda, Curschmanna, Slagmakera, Keeley'ego, Robina, Auvraya, Vigouraux, Beneckego.

Wszystkie brodawczaki wymienione IV komory uważają autorowie za brodawczaki, wychodzące ze splotu naczyniówkowego, ze względu na ich ułożenie, na ich miejsce wyjścia ze sklepienia komory IV, i na ich podobieństwo do splotu naczyniówkowego. Również drobnowidowo przypominały one budowę splotów, podobnie jak w naszym przypadku, choć komórki nabłonkowe niezawsze odpowiadały komórkom splotów, tak, jak w naszym i w przypadku Rheindorfa, gdzie one były wysokie i miały wypustki, cechy, które posiadają komórki wyściółkowe. Rheindorf uważa, że są to jednak komórki splotu, tylko jeszcze nie zróżniczkowane, tak, jak to widzieliśmy także w naszym przypadku. Prawie we wszystkich przypadkach wymienionych, zwracają uwagę na wysoki stopień wodogłowia. Brodawczaki, podobne do wyżej opisanych, wychodzące ze splotów komory III, opisują Henneberg, Ziegler wychodzące z komór bocznych Plath, Le Blanc, Chauppe, Stroo'eber, Bourdet, Clunet, Körner, Bruchonow, Anchey, Borchers.

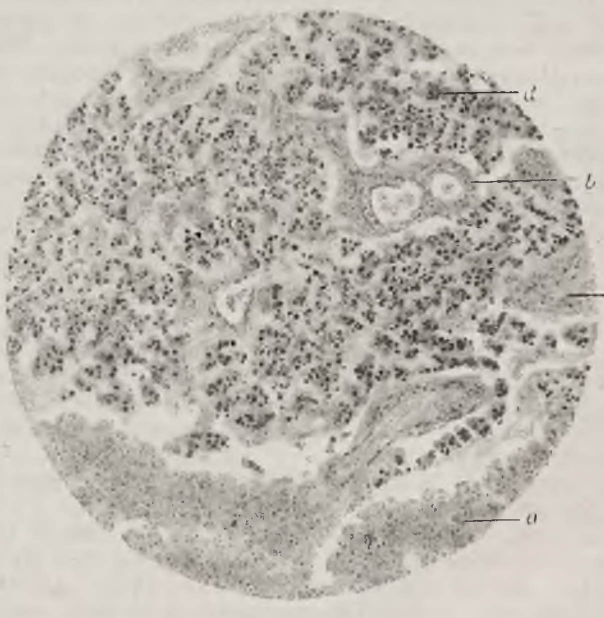
Co się tyczy tych ostatnich, to usadawiają się one przeważnie w tylnym rogu komory bocznej, są niewielkie, w przypadku Anchey, brodawczak był wielki, jak orzech laskowy, i nie wywierał on większego ucisku na otoczenie, mimo to wodogłowie, rozszerzenie komór i ciśnienie śródczaszkowe było tak znaczne, że doprowadziło do śmierci. Autor przypisuje to właściwościom wydzielniczym brodawczaka.

Jak już wspomniałam, nowotwory, wychodzące z nabłonków splotów naczyniówkowych, mogą mieć charakter złośliwy. Taki guz złośliwy stwierdzono sekcyjnie w naszym Zakładzie także w czasach ostatnich. Dotyczył on kobiety 42-letniej G. L., która zmarła na klinice nerwowej i przysłana została do nas z rozpoznaniem: *tumor cerebri.*

Podaję w krótkości obraz sekcyjny głowy, Nr. pr. 862/28. Całej sekcji nie wykonano.

Głowa: Czaszka jest mesocefaliczna, kości jej grubości prawidłowej. Opona twarda jest silnie napięta. W jamie czaszkowej stwierdza się obfity płyn jasny, nieco mętnawy. Mózg jest wielkości odpowiedniej, zwoje mózgu są w wysokim stopniu przypłaszczone. Opony miękkie mózgu i móżdżku są obrzękłe i blade. Na przekroju tkanka mózgowa jest obrzękła, blada, wszystkie komory mózgu, szczególnie komora boczna prawa, są silnie rozszerzone i wypełnione obfitym płynem przeźroczystym. Nadto stwierdza się w komorze bocznej prawej w tylnym jej rogu, w okolicy *hypocampus* guz wielkości wielkiego orzecha włoskiego, który dość łatwo daje się wyłuszczać, ściślej zrosły jest on tylko z boczną ścianą komory. Guz ten ma powierzchnię nierówną, na przekroju jest szaro-różowy, dość miękki, od wewnątrz zaczyna rozmiękać i rozpadać się.

Drobnowidowo: guz przypomina w grubych zarysach raka brodawczakowatego; grube pasma rozgałęziającej się tkanki łącznej, zawierającej obfite i krwią wypełnione naczynia, pokryte są nabłonkiem przeważnie wielowarstwowym, komórki mają postać bądź to wałeczkowatą, wysoką, często z wypustkami pierwoszcza, bądź też krągłą, kubiczną i wielopostaciową. Jądra komórek są pęcherzykowate i blado się barwią, miejscami jednak są one ciemne, hyperchromatyczne. Naogół komórki okazują wielką różnorodność. W pierwoszczu komórek widać gdzieniegdzie kuleczki kolloidowe lub drobniutkie wodniczki. Nadto stwierdza się wśród nowotworów liczne ogniska martwicze (Ryc. 3). Na pod-



Ryc. 3.

Brodawczak IV komory mózgu: *a)* Tkanka mózgowa; *b)* Naczynie krwionośne; *c)* skośnie przecięta ściana naczynia; *d)* tkanka nowotworowa. Ok. rys. Leitz II. Zeiss obj. AA.

stawie zatem wyglądu makroskopowego i obrazu drobnowidowego guz ten należy uważać za brodawczaka złośliwego a uwzględniając jego usadowienie, budowę drobnowidową, mianowicie charakter bardziej kubiczny pewnej części nabłonków, następnie objawy wydzielania komórek, należy rozpoznawać brodawczaka złośliwego, wychodzącego ze splotu komory bocznej.

W przypadku opisanym należy podnieść niestosunek wielkości nowotworu, nie wywierającego też większego ucisku na otoczenie, do wysokiego stopnia wodogłowia, powodującego znaczne podwyższenie ciśnienia śródczaszkowego. Także w tym przypadku wodogłowie to można odnieść do czynności wydzielniczej komórek rakowych. Andry opisuje zupełnie podobny nowotwór, wielkości orzecha laskowego, wychodzący ze splotu naczyniówkowego tylnego rogu komory bocznej lewej. Pomimo małego guza, objawy ciśnienia śródczaszkowego były bardzo znaczne. Autor przypisuje to również obecności wielkiej ilości płynu mózgowego, wydzielanego częściowo przez komórki nowotworowe.

H. Körner ogłosił przypadek raka brodawczakowatego, wychodzącego ze splotu naczyniówkowego komory IV. Nowotwór ten stwierdzono u mężczyzny 40-letniego, wychodził on ze sklepienia komory IV miał wygląd brodawczaka, a pod mikroskopem przedstawiał utkanie raka brodawczakowatego. Bardzo podobny do przypadku H. Körnera jest przypadek Wunschheima, badany przez Saxera, stwierdzony u mężczyzny 51 letniego, jakoteż przypadek Rokitańskiego, w którym guz okazywał utkanie raka śluzowatego. Raki brodawczakowate wydzielały również obfity śluz, a wychodziły one ze splotów lewej komory bocznej; opisał je Kaufmann, Bielschowski i Unger. W tym ostatnim przypadku nowotwór dawał liczne przerzuty do mózgu. Również Ziegler przytacza w swym podręczniku rycinę raka brodawczakowatego, który powstał ze splotów komory III. We wszystkich przytoczonych przypadkach raka splotu naczyniówkowego nowotwór przedstawiał się pod postacią guza, przeważnie ostro odgraniczonego, przypominającego z powodu nierównej powierzchni brodawczaka. Były to prawie wszystko guzy samotne, tylko w przypadku Bielschowskiego stwierdzono liczne przerzuty do mózgu. Prawie we wszystkich przypadkach zwracano uwagę na wysoki stopień wodogłowia, powodującego klinicznie znaczne podwyższenie ucisku śródczaszkowego. Na ten szczegół należałoby zwrócić uwagę w diagnostyce nowotworów mózgu. W odróżnieniu do wyżej przytoczonych raków, wychodzących ze splotów naczyniówkowych pod postacią guzów miałam niedawno sposobność sekcyjnie badać podobny przypadek, dotyczący kobiety 57 letniej L. pr. 905/27 w którym sprawa rakowa rozpoczęła się w splotach komory III, a stąd natychmiast drogą naczyń przeszła na opony miękkie mózgu i móżdżku oraz rdzenia, powodując w miejscu powstania zmiany gołem okiem widoczne. Również w oponach sprawa przedstawiała się tylko pod postacią lekkich zgrubień i zmętnień. Na sekcji nie myślano o nowotworze dopiero mikroskop wyjaśnił sprawę. Ten bardzo rzadki przypadek zostanie osobno ogłoszony. Dodam, że podobne przypadki opisywano dotychczas jako śródbłoniaki opon i okołonaczyniaki, ponieważ nie zdawano sobie sprawy z właściwego ich miejsca wyjścia. Także w przypadku przezemnie opisanym ucisk śródczaszkowy był bardzo wybitny, a powodowany był również przez wysoki stopień wodogłowia wewnętrznego i zewnętrznego.

Piśmiennictwo.

Auçray: Ztrbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat. T. 9. — Benecke: Virch. Arch. T. 119. — Bielschowsky i Unger: Arch. f. kl. Chir. T. 81. — Borschers: Inaug. Diss. München 1909. — Bourdet i Clunet: Arch. de méd. exper. et anat. pathol. T. 22. 1910. — Le Blanc: według Natanka. — Blasius: Virch. Arch. T. 165. — Brüchanow: Prag. med. Woch. 1898. Nr. 47. — Chauppe: według Natanka. — Curschmann: według Natanka. — Engel: Arch. f. Zellf. T. II. Z. 1. Fuchs: Anat Hefte T. 77. 1901. — Henneberg: Berl. Kl. Woch. 1903. Str. 271. — Kelly: według Natanka. — Körner: Virch. Arch. 1919. — Kaufmann: Lehrb. d. sp. path. Anat. 1904. Natanek: Virch. Arch. T. 218. — Plath: Jahrb. f. Kinderhlk. T. 21. — Rheidorf: Charité An. Jahrg. 22. 1908. — Robin i Blendek: według Vonvillera — Rokitański: Prag. Med. Woch. 1856. — Slagmaker: według Natanka. — Spilmann i Schmidt: według Vonvillera. — Sroeber: Berl. Kl. W. 1893. Nr. 5. — Vonviller: Virch. Arch. T. 204. — Vigonraux: według Natanka. — Wunschheim: Prag. Med. W. 1881. Nr. 29. — Ziegler: Lehrb. d. sp. path. Anat. II Aufl.

Dr. A. BORYSIEWICZ, Lwów.
Dr. L. PTASZEK, st. asystenci.

O wpływie insuliny na przemianę spoczynkową (p. s.)*).

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Badając przemianę spoczynkową (p. s.) u chorych cukrzycowych przed rozpoczęciem leczenia insuliną i w różnych okresach w toku tego leczenia, mogliśmy stwierdzić fakt wzrostu przemiany gazowej (p. g.) po dłuższem przewlekłem insulinowaniu. Aby uzyskać pewien bliższy wgląd w sam mechanizm zmian w p. g. po insulinie, przeprowadziliśmy doświadczenia na zwierzętach. Wyniki, tak praktycznie jak i teoretycznie ciekawe, podamy poniżej i to wpierw rezultaty badań u ludzi a potem u zwierząt doświadczalnych.

U ludzi [1]) badaliśmy zachowanie się p. s. w 16 przypadkach cukrzycowych i w 2 przypadkach niecukrzycowych. Z chorych cukrzycowych badaliśmy p. s. u 14 osób po dłuższem (najmniej 2-tygodniowem) a u 2 po krótszem insulinowaniu w odpowiednich dawkach leczniczych. U niecukrzycowych, u których z powodu zmian ogólnych na tle złośliwego nowotworu macicy podawano insulinę celem przeprowadzenia leczenia tucznego, okres podawania tego leku pomiędzy dwoma oznaczeniami wynosił 4 tygodnie.

Na 14 przypadków cukrzycy insulinowanych przewlekle, w 13 stwierdziliśmy wzrost p. s. raz mniej, raz więcej wyraźny, w granicach od + 4 do + 30% ponad poziom wyjściowy p. s. Dla przykładu podajemy przypadki następujące:

1) Sł. J. 16. IV. QR 0,76 p. s. + 10% a po 3-tyg. insulinowaniu:
9. V. QR 0,84 p. s. + 29%
2) Ch. J. 5. V. QR 0,81 p. s. — 5% a po 3-tyg. insulinowaniu:
25. V. QR 0,88 p. s. + 30%
3) Bu. M. 1. II. QR. 0,74 p. s. ± 0% a po 2-tyg. insulinowaniu:
16. II. QR 1,00 p. s. + 13%
4) Fr. C. 7. VI. QR 0,72 p. s. + 8% a po 2-tyg. insulinowaniu:
20. VI. QR 0,80 p. s. + 18%
5) S. F. 21. X. QR 0,74 p. s. + 12% a po 2-tyg. insulinowaniu:
8. XI. QR 0,93 p. s. + 16%

W jednym tylko przypadku stwierdziliśmy lekki spadek p. s.:

1) J. A. 29. IV. QR 0,81 p. s. ± 0% a po 2-tyg. insulinowaniu:
15. V. QR 0,83 p. s. — 10%.

Wzrost więc p. s. po insulinowaniu dłuższem występował u nas w 92,9%. W 2 przypadkach cukrzycowych leczonych insuliną krócej niż 2 tygodnie nie zauważyliśmy wahań p. s.:

1) Tr. M. QR 0,80 p. s. + 10% po tygodniu:
QR 0,83 p. s. + 10%
2) S. P. QR 0,80 p. s. — 10% po 5-ciu dniach:
QR 0,81 p. s. —13%.

Dwa przypadki niecukrzycowe wspomniane powyżej wykazały po miesięcznem insulinowaniu w dawce 30 jednostek dziennie również wzrost p. s.:

1) Sad. przed insuliną QR 0,76 p. s. + 5%
po insulinie QR 0,81 p. s. + 17%
2) Ub. przed insuliną QR 0,72 p. s. + 2%
po insulinie QR 0,83 p. s. + 18%

W większości zatem przypadków klinicznych mieliśmy do czynienia ze zwiększonem zapotrzebowaniem tlenu przez ustrój przewlekle insulinowany. Wzrost ten występował dopiero w dłuższy czas po rozpoczęciu leczenia insulinowego. Tylko parokrotne podanie leku nie wpływało na p. s. a nawet dłuższe podawanie małych dawek insuliny, mimo, że wpływało na procesy oksydacyjne węglowodanów, nie wywołało wzrostu p. s., który występował dopiero ze zwiększeniem dawki insuliny, jak to miało miejsce w przypadku Feu. (Elmer-Ptaszek: Pol. Gaz. Lek. Nr. 45 r. 1928).

Przy porównaniu wszystkich powyższych danych, występuje pewna niezgodność między procesami oksydacyjnemi a zapotrzebowaniem do tego celu tlenu z zewnątrz Można bowiem zauważyć, że, o ile chodzi o zmniejszenie się cukru we krwi, występuje ono tu bardzo wcześnie, natomiast wzrost zużycia tlenu pojawia się

---

*) Referat wygłoszony na XIII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie w dniu 27 września 1929 r.

[1]) Przypadki kliniczne uzyskaliśmy dzięki uprzejmości kol. Dra Elmera, za co na tem miejscu Mu dziękujemy. Szczegółowy opis tych przypadków znajdzie czytelnik w odnośnej pracy (Elmer-Scheps).

w okresach późnych. Na pozór wskazywałoby to na zdolności insuliny polegające raczej na magazynowaniu glikogenu niż na spalaniu glukozy; w takim jednak razie nie spotykalibyśmy się ze wzrostem współczynnika oddechowego, który wykazując zwiększenie produkcji CO_2 względem zużycia tlenu, przemawia za wzmożeniem ostatecznych produktów utleniania. Celem wyjaśnienia tych sprzeczności przeprowadziliśmy doświadczenia na zwierzętach.

Doświadczenia te miały wyjaśnić procesy przemiany gazowej ustroju zwierzęcego zdrowego w krótki czas po podaniu insuliny (do kilku godzin). Posługiwaliśmy się w tym celu wielkiemi dawkami tego leku, obserwując u zwierząt przemianę gazową oraz kontrolując działanie insuliny oznaczaniem cukru krwi i glikogenu wątroby. Skutkiem stosowania wielkich dawek insuliny u zwierząt, pozostających od 12-tu godzin bez pożywienia, wywoływaliśmy w dużej liczbie przypadków uraz hipoglikemiczny z nasilonemi drgawkami mięśniowemi, który to uraz powodował często śmierć zwierzęcia wśród objawów niedocukrzenia organizmu. Celem uniknięcia tych następstw wlewaliśmy po skończonej obserwacji większą ilość glukozy dożylnie.

U zwierząt, u których występowały drgawki, mogliśmy stwierdzić równocześnie bardzo wybitny wzrost przemiany gazowej, co odnieśliśmy do wspomnianych drgawek; uległo temu 48% zwierząt użytych do doświadczenia.

Dla przykładu podajemy 2 przypadki tego rodzaju:

Pies 1. QR 0,77 po 40 jedn. insuliny współczynnik wzrósł po godzinie do
QR 0,92 a po 3 godzinach do
QR 0,85
P. g. wzrosła po godzinie do + 207%
po 3 godzinach wynosiła + 133%

Pies 6. QR 0,79 po 40 jedn. insuliny współczynnik wzrósł po godzinie do
QR 0,81 po 2 godzinach do
QR 0,87 a po 3 godzinach wynosił
QR 0,83
P. g. początkowo lekko opadała po godzinie —5%, z wystąpieniem drgawek szybko zaczęła wzrastać, tak że po 2 godzinach wynosiła + 96%, a po 3 godz. + 306%.

Tu, jak zresztą we wszystkich doświadczeniach wystąpił szybko silny spadek cukru krwi i wątroby.

Większe zainteresowanie budzą przypadki (52%), w których po insulinie nie występowały drgania mięśniowe. U tych zwierząt przemiana gazowa przebiegała zgoła odmiennie, niż to opisaliśmy powyżej. Mianowicie w ¼ przypadków zaznaczył się wprawdzie lekki wzrost p. g., występował on jednak dopiero w 3 godziny t. j. pod sam koniec doświadczenia, przyczem towarzyszyły mu nieznaczne skurcze mięśniowe o podobnym charakterze, jak poprzednio opisane, lecz minimalnie nasilone. W pozostałych ¾ przypadków wolnych od drgawek mięśniowych wystąpił raczej spadek przemiany gazowej, choć był on w tych przypadkach ogółem nieznaczny i nie odstępował wybitnie od cyfr wyjściowych. Te też przypadki nadają się, naszem zdaniem, do ścisłej analizy, jako wolne od wstrząsu, który musi odbić się na przemianie gazowej ustroju. Nie chcemy tu przytaczać wszystkich przypadków, podamy tylko niektóre, zaznaczając przytem, że pozostałe zachowywały się zupełnie identycznie, jak opisane niżej.

Np. pies 4. przed insuliną QR 0,83 p. s. + 0%. Po upływie 1 godz.
po insulinie QR 0,96 p. s. —23%. Po upływie 2 godz.
po insulinie QR 0,93 p. s. — 5%. Po upływie 3 godz.
po insulinie QR 0,90 p. s. + 12%.

Wystąpił tu zatem pod koniec doświadczenia lekki wzrost p. s., może właśnie z podobnych przyczyn, jakie przytoczyliśmy na wstępie doświadczeń zwierzęcych.

Wolna od wpływów wstrząsowych insuliny reszta zwierząt przez nas obserwowanych przedstawia się następująco:

Np. pies 5. QR 0,77 p. s. ± 0%. W godzinę po insulinie
QR 0,85 p. s. — 9%. W 2 godziny po insulinie
QR 0,84 p. s. —17%.
pies 8. QR 0,71 p. s. ± 0%. W godzinę po insulinie
QR 0,82 p. s. —19%. W 2 godziny po insulinie
QR 0,89 p. s. —22%. W 3 godziny po insulinie
QR 0,85 p. s. —22%.

Dwie zatem cechy zachowania się przemiany gazowej po insulinie należy podnieść a to: Stale występujący wzrost współczynnika oddechowego i nieznaczny wpływ insuliny na przemianę gazową, powodujący raczej jej spadek niż wzrost (jeżeli chodzi jak tu o doświadczenie ostre).

Ażeby wglądnąć w mechanizm wzrostu współczynnika oddechowego, przytaczamy szczegółowo doświadczenie z psem Nr. 14, u którego p. g. po insulinie przedstawia się następująco:

Przed insuliną zwierzę produkowało 116 l. bezwodnika węglowego a zużywało 155 l. tlenu na dobę. Stosunek tych liczb a więc QR wynosił 0,75. W 3 godziny po podaniu dużej dawki insuliny (40 jednostek na 18 kg wagi psa) obraz przemiany gazowej uległ znacznej zmianie, a mianowicie: produkcja bezwodnika węglowego wzrosła do 123 l. a zużycie tlenu spadło na 130 l. na dobę; dzięki temu uległ wzrostowi też i współczynnik oddechowy do 0,95. Zwiększona produkcja bezwodnika węglowego u tego psa i co zatem idzie wzrost współczynnika oddechowego wskazywały na wzmożone procesy spalania, a na uwagę zasługuje fakt, że mimo to nie zwiększyło się zapotrzebowanie tlenu, lecz owszem, nawet spadło.

Podobnie przebiegały też i inne doświadczenia, jak np.:

Pies Nr. 5. Tutaj wprawdzie nie stwierdziliśmy bezwzględnego wzrostu ilości bezwodnika węglowego ale owszem nieznaczny spadek bo z 70 l. już w godzinę po insulinie na 69 l. na dobę, spadek jednak zapotrzebowania tlenu na dobę był znacznie wybitniejszy, nie postępując równolegle z zachowaniem się bezwodnika. Tlenu zużywało bowiem zwierzę przed doświadczeniem 89 l. a w godzinę po insulinie tylko 80. Wystąpiło tu podobnie więc jak poprzednio zwiększenie się produkcji bezwodnika względem zużycia tlenu, co wpłynęło na wzrost współczynnika oddechowego z 0,77 na 0,85. Nasilone procesy spalania odbywały się tu jak i poprzednio przy zmniejszonem zużyciu tlenu z zewnątrz.

Podobne stosunki w przemianie gazowej spotkaliśmy także w innych doświadczeniach.

Ogólnie w każdym przypadku insulinowanym czy to przewlekle (obserwacje na ludziach) czy to ostro (doświadczenia na zwierzęciu) mogliśmy stwierdzić wzrost QR Wzrost ten, obok zmniejszania się poziomu węglowodanów ustroju, przemawia wybitnie za wzmożonemi procesami spalania. Jako drugą cechę wysoce znamienną należy podnieść zachowanie się gospodarki tlenowej przy tych wzmożonych procesach oksydacyjnych. W doświadczeniach bowiem ostrych przy użyciu wielkich dawek i przy krótkiem insulinowaniu przewlekłem, a nawet w przypadku dłuższego insulinowania w dawkach jednakże bardzo małych, nie występuje wzrost zapotrzebowania tlenu, mimo, że procesy oksydacyjne toczą się ze wzmożoną siłą. Pokrycie zapotrzebowania oksydacyjnego odbywa się tu może więc tlenem odebranym innym produktom przemiany materji z pewnym uszczerbkiem w przemianie tych produktów. Przypuszczamy, że produktami temi są tłuszcze, których spalanie przy podaniu insuliny zostaje prawdopodobnie powstrzymane właśnie dzięki zużyciu tlenu do spalania węglowodanów. W tym przypadku niespalony tłuszcz może odkładać się w tkankach ustroju, prowadząc do otłuszczenia, co jest znanym faktem jako t. zw. działanie tuczne insuliny.

W każdym razie na podstawie doświadczeń głównie zwierzęcych, należy wysnuć wniosek, że insulina mimo swego wpływu na spalanie, nie wpływa na wzrost przemiany gazowej, tem samem na zapotrzebowanie tlenu z zewnątrz, o ile oczywiście mówimy o doświadczeniach ostrych, krótko insulinowanych lub insulinowanych małemi dawkami. Przewlekłe insulinowanie u ludzi w odpowiednio wielkich dawkach, jak to na wstępie podnieśliśmy, prowadzi przeciwnie do wzrostu przemiany gazowej dzięki zwiększonemu zużyciu tlenu.

Wzrost ten przemiany gazowej u ludzi zdrowych i cukrzycowych, jak to na wstępie zestawiliśmy, musi mieć przyczynę, jeżeli uwzględnimy doświadczenia na zwierzętach, — leżącą poza własnościami insuliny służącemi do spalania węglowodanów. Widzieliśmy bowiem w eksperymencie, że mimo to, iż procesy spalania po insulinie ulegają zmianie, nie ulega wzrostowi zużycie tlenu z zewnątrz. Insulina więc reguluje gospodarkę oksydacyjną ustroju wprost, rozmieszczając tę samą zawsze ilość tlenu w odmienny sposób. Podawanie codzienne insuliny utrzymuje tę gospodarkę w ciągłym zarządzie, ale nie mamy żadnych danych, aby przyjmować, że do tego celu zwiększa się zużycie tlenu z zewnątrz, owszem przeciwnie możemy sądzić, opierając się na wnioskach z eksperymentu, że do utrzymania prawidłowych warunków spalania u cukrzycowych, a wytworzenia się przewlekłego stanu hipoglikemicznego u zdrowych nie jest zupełnie potrzebne doprowadzenie większej ilości tlenu. Wzrost zatem przemiany gazowej po przewlekłem insulinowaniu może mieć swoje źródło w innych jeszcze własnościach insuliny. Mogą to być ciała zawarte w insulinie o charakterze hormonalnym ogólnym w odróżnieniu od ciał wpływających wybiórczo na odcukrzenie; ciała te mogą być identyczne z ciałami wpływającemi na spalenie się węglowodanów i wtedy insulina wykazywałaby działanie dwukierunkowe: wybiór-

cze dla węglowodanów, przyczem reakcja po podaniu jej występuje w bardzo krótki czas, i ogólne, wpływające na przemianę gazową wogóle, o reakcji późnej występującej dopiero po przewlekłem insulinowaniu.

Zachodzić tu może jeszcze i inna możliwość, a mianowicie ta, że w insulinie znajdują się obok ciał bardziej zróżnicowanych, działających wybiórczo na węglowodany, także ciała o charakterze ogólnym, mające wpływ na gospodarkę ogólną tlenu (p. g.). To tłómaczenie wydaje się nam prawdopodobniejsze, ze względu na wysoce złożoną budowę samej insuliny, jako produktu otrzymanego in toto z gruczołu.

Piśmiennictwo.

1) Murphy i Grant: J. Metab. Research. r. 1922, 2, 253—765. — 2) Dudley, Laidlaw, Trevan i Boock: J. Physiol. London r. 1923, 57. — 3) Dickson, Eadie Macleod i Pember: J. Exp. Physiol. London 1924, 14. — 4) Matton: C. R. de la Soc. Biol. 1924, 90, 361—364. — 5) Hawley: Proc. Soc. Exper. Biolog. et Med. 1924, 22, 66—67. — 6) Brugsch, Horsters i Shinoda: Biochem. Ztschft. 1924, 151,, 318—334. — 7) Bornstein: Ztschft. f. ges. exp. Med. 1924, 43, 376—390. — 8) Meyer: Ztschft. f. kl. Med. 102, H. 2/3. S. 250, 1925. — 9) Bornstein i Holm: Ztschft. f. die ges. exp. Med. 1924, Bd. 43, H. 3/4. 10) Denel, Chambers i Evengen: Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med. 1925, 22. — 11) Lublin: Kl. Wchschft. 1927, 25, 1211. — 12) Elmer i Ptaszek: Pol. Gaz Lek 1928, 45

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

O hormonach łożyska.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

(I doniesienie).

Łożysko jest narządem pośredniczącym w przemianie materji pomiędzy matką a płodem. Część matczyna jest to *decidua basalis* ściany macicy, w której znajdują się przestrzenie wypełnione krwią, a w niej nurzają się kosmki części płodowej łożyska. Reszta zaś kosmków tworzy wiotkie połączenie z cześcią matczyną łożyska. Biologicznie ważne są zatem kosmki zanurzone w krwi matczynej, pokryte cienką tylko błoną. We wczesnym okresie rozwoju łożyska na tym nabłonku leży syncycjalna warstwa protoplazmy zawierającej jądra, lecz nie zróżnicowanej jeszcze na poszczególne komórki. Krążenie matki i płodu oddziela więc ściana naczyń włosowatych i nabłonek pokrywający kosmki. Naczynia części płodowej i łożyska łączą się i tworzą tętnicę i żyłę pępkowa. Powierzchnia kosmków wynosi około 6,5 qm, jest przeto 4 i 1/2 razy większa niż powierzchnia skóry dorosłego człowieka (Hinselmann). Niezmiernie skomplikowane czynności komórek łożyskowych, wynikające z ich przeznaczenia, nie polegają jedynie na przenikaniu. Związane z przyswajaniem i rozkładem koloidowo-chemiczne czynności tego narządu wykazują wpływ różnic układu koloidowego matki i płodu, przejawiający się we właściwościach ich krwi. Chwiejność układu koloidowego we krwi matki ulega w łożysku wyrównaniu pod wpływem stałych wartości tego układu we krwi (v. Oettingen).

Nie rozstrzygnięta dotąd sprawa oddychania płodu przez łożysko postąpiła znacznie naprzód dzięki wykazaniu w niem „oxydazy" ułatwiającej wiązanie tlenu z czerwonym barwikiem krwi ciałek (Hofbauer). Nie wykluczone jest jednak zwykłe przenikanie gazów z krwi do krwi płodu i na odwrót (Zuntz). Napięcie i zawartość tlenu i zagęszczenie jonów wodorowych krwi wpływają na stan naczyń łożyska.

Badania Abelsa zapomoca „vividiffusii" pozwalają przypuszczać, że w przemianie koloidów białkowych łożyska kosmki z pobranych z krwi matki kwasów aminowych tworzą ciała białkowe. Również przenikanie tłuszczu z krwi matki do płodu ułatwiają komórki kosmków, a istnienie licznych zaczynów rozszczepiających wodany węgla przemawia za czynnym udziałem łożyska w przemianie węglowodanowej.

Oettingen i Felix badali sprawę rozkładu w łożysku, a Warburg i Oettingen przekonali się, że łożysko nie spala cukru na kwas mlekowy. Ilości bowiem kwasu mlekowego w dopływającej tętniczej krwi były większe niźli w naczyniach żylnych z łożyska wypływających.

Zdaniem Hofbauera łożysko działa bardzo podobnie do jelita. Dowodzą tego: oddawanie żelaza zaczerpniętego z krwi matczynej i wchłanianie tłuszczu. Białko przechodzi przez łożysko w postaci albumoz, czynny jest tu zaczyn proteolityczny łożyska. Z albumoz powstaje białko płodowe różniące się od białka matczynego, z cukrów wytwarza się w łożysku glykogen. Za zwiększeniem ilości soli we krwi płodu przemawia obniżenie punktu zamarzania, a badania Breta, Ratnera, Genehla i Holmesa wykazały, że łożysko przepuszcza antitoxyny, aglutyniny, hemolizyny, precypityny, bakterjolizyny, opsoniny i t. p. wysoko molekularne ciała białkowe trudno przenikające przez błony. Różnica w przepuszczalności łożysk zwierzęcych (przeżuwaczy) i ludzkich polega na tem, że u ludzi obieg krwi matki i płodu oddziela tylko jedna warstwa komórek *(placenta haemochorialis)*, u przeżuwaczy natomiast istnieje potrójna warstwa tych komórek *(placenta syndesmochorialis)*.

Dzięki pracom Dietricha, Kraula, Bodnera, Hellmutha i Oettingena poznaliśmy ciała, które z płodu przechodzą przez łożysko do ustroju matki i przeciwnie. Z badań Hinselmanna zaś wiemy, w jaki sposób przechodzą różne rodzaje bakteryj zaporę łożyskową i w jaki sposób ją uszkadzają. Hirschfeld i Zborowski wykazali, że przepuszczalność łożyska zależy od przynależności grupowej krwi matki i płodu.

Sievers wykazał w łożysku cholinę i to w stosunkowo dość dużych ilościach. Prawdopodobnie więc łożysko nie ogranicza się tylko do roli czynnika wspierającego przemianę gazową lecz ma inne jeszcze czynności jak np. wywoływanie bólów porodowych. Dojrzałe łożysko gromadzi cholinę, która następnie ułatwia lub wywołuje czynność porodową. Zatem przemawiałyby doświadczenia Ludwiga, który wykazał, że ciało pobudzające macicę do skurczów znajduje się w dojrzałem już zupełnie łożysku.

Isei Obata wykazał, że wyciągi ludzkiego łożyska działają na zwierzęta zabójczo, które giną wśród objawów klinicznych i zmian anatomicznych podobnych do rzucawki porodowej. Surowica krwi ludzkiej posiada własności odtruwające ten jad i to surowica ciężarnych posiada własności te w równym stopniu jak i surowica nieciężarnych. Natomiast surowica kobiet ciężarnych u których wystąpiło schorzenie nerek i niepowściągliwe wymioty działa silniej odtruwająco niż surowica zdrowych ciężarnych, która prawdopodobnie nie posiada ciał skierowanych przeciw jadom łożyska.

Schoenfeld, Obata i inni badacze sądzili więc, że przyczyną drgawek porodowych są jady swoiste łożyska, które zostały niedostatecznie zobojętnione przez surowicę ciężarnej. Na poparcie swych wywodów przytaczali oni doświadczenia na zwierzętach. Wyciąg łożyskowy wolny od elementów komórkowych, wstrzyknięty dożylnie zwierzęciu wywoływał drgawki i zejście śmiertelne skutkiem zwiększonej krzepliwości krwi i licznych zatorów w narządach. Ten sam jednak wyciąg wstrzyknięty równocześnie ze surowicą nie wywoływał żadnych objawów trujących. Oettingen jednak wykazał, że podobnie jak wyciągi łożyska działają też wyciągi innych narządów i że wyciągi z łożysk kobiet cierpiących na rzucawkę porodową nie tylko nie wykazywały większej jadowitości, ale nawet działanie ich było o wiele słabsze, w porównaniu z wyciągami wątroby lub nerek. Z doświadczeń tych wynika zatem, że w łożysku nie ma pewnego swoistego jadu i że ciała trujące zawarte w niem są podobnie jak i w innych narządach jedynie produktami przemiany materji i rozpadu ciał biorących w niej udział.

Kubosono badał stosunek łożyska do tarczycy i spostrzegł, że zwierzę, któremu wstrzykiwano wyciągi tarczycy lub które karmiono tarczycą, wykazywało większą odporność na jady łożyska, a dawka śmiertelna dla niego była trzykrotnie większa od dawki śmiertelnej dla innych zwierzat. Zwierzęta pozbawione tarczycy wykazywały mniejszą odporność i ginęły po 1/3 dawki śmiertelnej. Zwierzęta karmione łożyskiem były odporniejsze od prawidłowych lub karmionych nerką, tarczyca zaś zwierząt nastrzykiwanych wyciągami łożyska lub karmionych łożyskami wykazywała zwiększoną czynność.

De Lauretis i S. Martines wstrzykiwali żabom różne trucizny zmieszane z tkanką łożyskową. Dla kontroli wstrzykiwano żabom o takim samym ciężarze te same trucizny bez tkanki łożyskowej. Pokazało się, że tkanka łożyska zobojętnia trucizny. Np. strychnina z tkanką łożyskową wywoływała skurcze o wiele później aniżeli sama. Wyjątek stanowiły łożyska kobiet z rzucawką porodową, które znosiły zupełnie działanie strychniny. Podobnie jak tkanka łożyska działały także tkanki nerkowe i wątrobowe. Dawka śmiertelna chininy po dodaniu tkanki łożyska nie wywoływała żadnych objawów, natomiast dodatek tkanki nerkowej lub macicy zobojętniał trucizny. Działanie więc ochronne nie jest swoiste dla łożyska, gdyż i inne tkanki działają podobnie.

Przechodzenie hormonów z ustroju matki do płodu zostało wielokrotnie stwierdzone. Niewiadomo jednak, które z nich prze-

zwyciężają barjerę łożyskową (z wyjątkiem hormonu tarczycy). Również i inne ciała z ustroju płodu przenikają do ustroju matki co stało się podstawą wielu odczynów ciążowych.

Zagadnienie wewnętrznego wydzielania łożyska jest oddawna przedmiotem licznych badań i doświadczeń. Hormonalna zawartość jego dziś już nie ulega żadnej wątpliwości, jakkolwiek niewiadomo czy łożysko jest tylko miejscem gromadzenia się tych ciał, czy też należy uważać je za gruczoł wydzielający.

Za uznaniem łożyska jako narządu o wewnętrznem wydzielaniu przemawiałyby znajdywane w niem ilości hormonu jajnikowego nie stojące w żadnym zgoła stosunku do ilości tego ciała wytwarzanego w jajnikach.

Guggisberg badał wpływ wyciągów łożyska na wyodrębnione narządy i przekonał się, że wyciągi te działają na ścianę macicy i trąbek. Puppelowi udało się otrzymać wyciągi z tkanki łożyskowej, które on nazwał „optonem", a które wstrzykiwane domięśniowo pobudzały macicę do skurczów. Zdaniem tych autorów w łożysku znajdują się ciała, które w czasie ciąży wywołują przerost ściany macicy, pod koniec zaś ciąży są przyczyną wystąpienia czynności porodowej.

Ludwig na podstawie doświadczeń swych z wyciągami łożyska i surowicą osób ciężarnych doszedł do przekonania, że ciała pobudzające macicę do skurczów znajdują się tylko w dojrzałem już zupełnie łożysku, niema ich natomiast w rosnącem jeszcze. Inni autorowie jak Sievers, Böhm i Kieländer przypisywali własności wywołujące skurcz macicy cholinie, która znajduje się w łożysku i pobudza macicę ciężarną, nieciężarną zaś poraża. W czasie czynności porodowej wyciśnięta z łożyska do macicy działa na nią pobudzająco.

Dalsze doświadczenia na zwierzętach Halbana, Fillipsa i Frankla wykazały, że w łożysku znajdują się także ciała mające wpływ na gruczoły piersiowe.

Aschner, Grigoriu, Niklas, Lederer i Pribram wstrzykiwali zwierzętom wyciągi łożyskowe i widzieli przerost gruczołów piersiowych i wydzielanie ich nawet u zwierząt niedojrzałych jeszcze. Baschowi zaś udało się w ten sam sposób u 3—4 miesięcznych dzieci pobudzić gruczoły piersiowe do wydzielania. Sądzi on przeto, że t. zw. „mleko czarownic" u noworodków należy przypisać wpływom hormonów łożyska. Bouchacourt podawał położnicom wyciągi łożyskowe owiec i stwierdził już na drugi dzień po porodzie zwiększone wydzielanie siary, a u kilku nawet mleko.

Ogólnie więc przyjąć można, że oprócz ciał pobudzających macicę do wzrostu i skurczu, które pod koniec ciąży są przyczyną wystąpienia czynności porodowej, znajdują się w łożysku również ciała, które dostawszy się do krwiobiegu wywołują przerost gruczołu piersiowego i wydzielanie mleka.

Co się tyczy pożerania łożyska przez niektóre zwierzęta po porodzie, to sprawa ta była również przedmiotem licznych badań. Nie udało się jednak stwierdzić istotnych przyczyn tego zjawiska. Dawniej sądzono, że może dzieje się to skutkiem zwiększonego łaknienia i uczucia głodu, które zwierzęta odczuwają po porodzie, przekonano się jednak, że nie może się to odnosić do zwierząt domowych, gdyż te w okresie porodu i po porodzie otrzymują większe ilości pożywienia niż zwyczajnie. Samego więc głodu nie można uważać za jedyny czynnik działający i prawdopodobnie łożysko zawiera jakieś ciała o swoistym smaku i zapachu, które pobudzają zwierzę.

Loewe i Voss badali hormony łożyska na wytrzebionych świnkach morskich. W tym celu na obu rogach macicy podwiązywali równe odcinki, z których jeden wypełniali czystą oliwą a drugi wyciągiem hormalnym łożyska. Ilości hormonu wynosiły 0,2 jednostki rujnej świnki morskiej. Wycięte po tygodniu oba rogi różniły się bardzo znacznie, gdyż odcinek wypełniony wyciągiem hormonalnym wykazywał kilkakrotny przerost odcinka kontrolnego.

W dalszych badaniach wstrzykiwali wspomniani autorowie wyciągi hormonalne łożyska wprost do macicy przez pochwę i wywoływali znane objawy rujne na błonie śluzowej pochwy tych zwierząt. Te same ilości hormonu wstrzyknięte podskórnie nie wywoływały żadnych objawów i dopiero 5-krotnie większa dawka wywoływała częściowe objawy. Z doświadczeń tych wysnuwają ci autorowie wniosek, że w łożysku znajdują się ciała o charakterze hormonów, działające na ścianę macicy i pobudzające ją do przerostu w ciąży, i że ciała te działają miejscowo silniej aniżeli ogólnie przez krwiobieg. Równocześnie ogłosił wyniki swoich badań Frankl, który stwierdził, że łożysko jest gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu i nazwał je „gruczołem ciążowym" (Gestational gland).

Teoretyczne założenie naszych doświadczeń miało na celu wykazanie, że w łożysku wytwarzają się ciała o charakterze hormonalnym i stwierdzenie wpływu tych ciał na ustrój zwierzęcia obcogatunkowego. W tym celu przeszczepialiśmy psom, samcom — aby wykluczyć działanie przeciwciał ustrojowych — pozaotrzewnowo, łożyska ciężarnych królic, będących tuż przed porodem, trzy do czterokrotnie w odstępach tygodniowych. Po 10 dniach po ostatniem wszczepieniu psy skrwawiono, a surowicę pobraną jałowo przechowywano w zamkniętych fiolkach. Surowicę tę wstrzykiwano przez szereg (5 — 10 — 15) dni królicom zdolnym do zajścia w ciążę, które następnie pokrywano kilkakrotnie. Żadna z badanych (kilkunastu) królic nie zaszła w ciążę w ciągu 2 tygodni od ostatniego wstrzyknięcia. W trzecim tygodniu jednak, kiedy działanie surowicy ustało, wszystkie królice zaszły łatwo w ciążę, kilka już po jednorazowem pokryciu.

O ile surowicę wstrzykiwaliśmy już po zapłodnieniu królicy, wówczas działanie jej było odmienne i zależało od czasu rozpoczęcia wstrzykiwań. Im wcześniej po zapłodnieniu królicy zaczęto wstrzykiwanie tem łatwiej i prędzej ciąża ulegała przerwaniu.

O ile wstrzykiwania zaczęliśmy tego samego, drugiego lub najpóźniej trzeciego dnia po zapłodnieniu, występywało po kilku dniach poronienie. O ile wsrzykiwania rozpoczęliśmy później nieco, lecz w ciągu tego samego tygodnia jeszcze, ciąża nie przerywała się, jakkolwiek czas trwania jej ulegał zmianie. Płody rodziły się przedwcześnie i to częściowo nieżywe lub ginęły wnet po urodzeniu. W kilku przypadkach ciąża przyciągnęła się o 3 — 5 dni poza okres prawidłowy, a płody zginęły w ciągu pierwszych 3 dni. Natomiast wstrzykiwania rozpoczęte dopiero w drugim tygodniu ciąży nie wpływały zupełnie na czas trwania ciąży i nie przerywały jej, a płody rodziły się na czasie, prawidłowo rozwinięte i zdolne do życia.

Doświadczenia kontrolne ze surowicą psów, którym niczego nie przeszczepiano wykazały, że wyniku naszych doświadczeń żadną miarą odnieść nie można ani do wpływu obcogatunkowej surowicy, ani też do zatrucia nadmiernie dużemi dawkami. Przekraczając nawet o wiele dawki nie otrzymywaliśmy nigdy ani czasowej niepłodności ani też przerwania istniejącej już ciąży. Nastrzykiwane surowicą kontrolną królice łatwo i szybko zachodziły w ciążę, która trwała czas prawidłowy, a urodzone płody były zdolne do życia i nie wykazywały żadnych zaburzeń rozwojowych.

Pragnąc przekonać się o słuszności zapatrywań Boetznera i Becka kilkakrotnie, równocześnie z przeszczepieniem łożysk, wstrzykiwaliśmy psu surowicę danej królicy. Ma to rzekomo wzmacniać i przedłużać działanie przeszczepionych narządów przez zniszczenie zaczynów i przeciwciał powstałych skutkiem wchłaniania obcych narządów. Nie zauważyliśmy jednak różnic w naszych wynikach.

Ilości wstrzykiwanej surowicy wahały się od 3,5 ccm do 6,5 ccm na klg. wagi zwierzęcia. Dawki te wstrzykiwano 2 — 3 razy dziennie.

Doświadczenia nasze przekonały nas przeto, że skutkiem wchłaniania łożysk króliczych w ustroju psa powstają pewne przeciwciała skierowane przeciw ciąży. Ciąża pobudza zatem ustrój do wytwarzania ciał przeciw niej skierowanych. Ze stanowiska celowości możnaby to uważać za próbę samoobrony ustroju przeciw jadom powstałym i krążącym w ustroju ciężarnym i gromadzącym się głównie w łożysku.

Badanie drobnowidowe jajników królic nie wykazało wybitniejszych zmian. Przeważały na ogół objawy zwyrodnienia. Prawdopodobnie jednak istniały również zmiany czynnościowe, którym głównie należy przypisać wyniki naszych doświadczeń.

Na podstawie tych wyników — łącznie z wynikami poprzednich naszych doświadczeń — musimy przyjąć za prawdopodobne, że łożysko jest narządem o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż powstaja w niem ciała o właściwościach i charakterze hormonów, o działaniu biologicznem podobnem do hormonu jajnikowego, zdolne do wytwarzania przeciwciał nawet w ustroju obcogatunkowym.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA

Dr. K. PERŁOWSKI. Zawiercie.

Leczenie rzeżączki gonacriną na podstawie własnych doświadczeń.

Z ambulatorjum Kasy chorych w Zawierciu.

Każdemu z nas lekarzy wiadomem jest, jak niedoskonałą jest metoda leczenia rzeżączki wstrzykiwaniami do cewki, jak nieraz leczenie tą metodą przeciąga się bardzo długo przy najprawidłowszem postępowaniu lekarza, przy najwłaściwszem zachowaniu się chorego.

To też nic dziwnego, że każda odmienna metoda leczenia rzeżączki, dająca jeżeli nie lepsze, to w każdym razie takie same rezultaty, znajduje wśród lekarzy licznych zwolenników. W lutym 1926 roku w Nr. 13 „Presse Medicale" dwaj lekarze francuscy Jaussion i Vaucel ogłosili nową metodę leczenia rzeżączki dożylnemi wstrzykiwaniami gonacriny, przyczem chorzy w domu nie potrzebowali już robić żadnych zabiegów, ani nawet zachowywać diety.

Wyniki, jakie otrzymali Jaussion i Vaucel, są tak zachęcające, że już w kwietniu tegoż roku zwróciłem się do firmy „L. Spiess i Syn" w Warszawie, aby sprowadziła z Paryża gonacrinę i nadesłała mi. W maju tegoż roku rozpocząłem już leczenie chorych na rzeżączkę gonacriną w ambulatorjum Kasy Chorych w Zawierciu i w swej praktyce prywatnej.

Nie będę powtarzał wyników leczenia Jaussiona i Vaucela, jak również nie będę opisywał właściwości chemicznych gonacriny, bo to znajdą Sz. Koledzy w doskonałych pracach polskich autorów kolegi Szczodrowskiego w „Lekarzu Wojskowym" z lipca 1927 r. i kolegi Podkomorskiego w „Nowinach Lekarskich" Nr. 24 z 1927 roku.

Przy leczeniu swych chorych stosowałem się ściśle do przepisu Jaussiona i Vaucela t. j. wstrzykiwałem chorym śródżylnie po 5 cm 2% wodnego roztworu gonacriny, nie stosując w większości moich przypadków u chorych przez cały czas leczenia żadnego innego leczenia. Tem właśnie różnię się od kol. Podkomorskiego, który stosując gonacrinę śródżylnie, stosował jednocześnie wstrzykiwania do cewki. Dla tego czuję się uprawnionym do ogłoszenia wyniku leczenia gonacriną w moich przypadkach, tembardziej, że liczba ich jest dosyć pokaźna, jak na lekarza, nie rozporządzającego odziałem szpitalnym, gdzie łatwiej można wybrać odpowiednie przypadki i przeprowadzić ścisłe leczenie. Chorzy ambulatoryjni trudniej się naginają do regularnego leczenia, a wtedy wyniki leczenia mogą być zupełnie inne.

W ciągu dwóch lat, 1926 i 1927, zdołałem przeprowadzić leczenie gonacriną według klasycznego przepisu autorów francuskich u 59 chorych. W następnych latach z przyczyn odemnie nie zależnych, nie mogłem przeprowadzać regularnego leczenia gonacriną, stosowałem ją tylko dorywczo; przypadki te więc nie mogą wchodzić do mej statystyki poprzedniej.

Wszystkie 59 przypadków, leczonych przezemnie gonacriną, były przypadkami ostrego trypra.

Przypadki te można podzielić na 4 grupy.

Do I-szej grupy będą należeć te przypadki, które od samego początku były leczone gonacriną i gonacriną doprowadzone były do wyleczenia.

Do II-ej grupy — te przypadki, których leczenie było rozpoczęte gonacriną, a zakończone zwykłą metodą wstrzykiwania do cewki.

Do III-ej grupy — te przypadki, których leczenie rozpoczęte było zwykłą metodą wstrzykiwania do cewki, a zakończone gonacriną.

Wreszcie do IV-tej grupy te przypadki, które były leczone jednocześnie gonacriną i wstrzykiwaniami do cewki.

Najważniejszą jest grupa I-sza, albowiem w tej grupie wszyscy chorzy, w liczbie 29 leczeni byli jedynie wstrzykiwaniami gonacriny śródżylnie. Tu zauważyłem, że im wcześniej od początku choroby rozpoczęte było leczenie, tem mniej czasu było potrzeba do zupełnego wyleczenia. Mocz mętny zwykle oczyszczał się stopniowo po 10 — 12 injekcjach, czasem oczyszczał się nagle od jednej do drugiej injekcji, tak że niekiedy nie mogłem wyjść z podziwu, że tak bardzo mętny mocz w przeciągu 48 godzin mógł się zupełnie oczyścić. Wyciek z cewki zmniejszał się i znikał po 8 — 10 wstrzykiwaniach, ale gonokoki można było znaleść w nitkach jeszcze przez czas dłuższy.

W grupie tej znajdują się chorzy, którzy już po 4 — 6 injekcjach zostali wyleczeni. Tak szybkie wyleczenie przypisuję temu, że chorzy ci zgłosili się bardzo wcześnie, zaraz po ukazaniu się wycieku z cewki. Nie małą rolę prawdopodobnie odegrała tu i niewielka zjadliwość gonokoków.

Z drugiej strony dwum chorym z tej grupy trzeba było zrobić większą ilość injekcji, bo jednemu 28, a drugiemu 33. U tego ostatniego jeszcze po 25 injekcjach w nitkach z przeźroczystego moczu znajdywałem typowe gonokoki. U większości jednak chorych gonokoki znikały już po 10 — 15 injekcjach. Jednak dla pewności robiłem jeszcze 3 — 4 injekcje, kiedy już gonokoków ani w wydzielinie, ani w nitkach nie znajdowałem.

Ani jeden z tej grupy chorych nie przerywał zajęcia, choć w dwóch przypadkach było zapalenie najądrza (chorzy ci zgłosili się do leczenia już z tem powikłaniem), ani jeden nie dostał powikłania w postaci zajęcia tylnej cewki, pęcherza lub sterczu. Zapalenie najądrza nie przechodziło prędzej, niż przy leczeniu szczepionką i środkami wewnętrznemi. Objawy ze strony pęcherza znikały już po 2 — 3 injekcjach gonacriny. U chorych tej grupy nie obserwowałem wtórnej infekcji innemi bakterjami, np. gronkowcami. Te wtórne infekcje spotykamy bardzo często przy zwykłej metodzie leczenia rzeżączki, gdzie chorzy, nie będąc w stanie wstrzykiwać sobie aseptycznie, wprowadzają do cewki rozmaite bakterje, które wywołują tak zwane potryprowe zapalenie cewki, cierpienie niekiedy bardzo uporczywe.

Do II-ej grupy, w której u chorych rozpoczęte było leczenie gonacriną, a skończone zwykłą metodą zaliczam 16 chorych. U pięciu z nich trzeba było przejść do zwykłej metody, albowiem nawet po 15 do 30 injekcjach gonacriny nie było żadnej poprawy.

U 6 chorych była poprawa w postaci oczyszczenia się moczu i znacznego zmniejszenia się wycieku, jednak trzeba było przejść do zwykłej metody, ponieważ albo chorzy nie mogli przychodzić regularnie, albo następowało takie stwardnienie żył, że nie można było dokonać injekcji.

U pięciu chorych po 6 — 7 injekcjach nie było żadnej poprawy, i trzeba było przejść do leczenia zwykłą metodą, bo chorzy albo nie mogli przychodzić regularnie, albo nastąpiła obliteracja żył.

W III-ej grupie znajdują się chorzy, którzy rozpoczęli leczenie zwykłą metodą, a skończyli gonacriną. Takich chorych było siedmiu. Po zwykłem leczeniu, które trwało około miesiąca, chorzy byli wyleczeni 7 — 10 injekcjami gonacriny, u jednego tylko chorego trzeba było zrobić 19 injekcji. Dwaj chorzy z tej grupy po 2 — 3 miesiącach bezskutecznego leczenia zwykłą metodą zostali wyleczeni 10 injekcjami gonacriny.

Nakoniec do IV-tej grupy zaliczam chorych, którzy byli wyleczeni kombinowanem leczeniem t. j. injekcjami gonacriny i miejscowem leczeniem gonacriną, lub preparatami srebra ewentualnie przemywaniami Janeta, ponieważ samą gonacriną nie można było osiągnąć wyleczenia, a nawet poprawy. Takich chorych było 7.

U sześciu z nich trzeba było wstrzykiwać gonacrinę od 21 do 33 razy wraz z jednoczesnem wstrzykiwaniem do cewki, aby osiągnąć wyleczenie.

Ostateczny rezultat leczenia u większości chorych był kontrolowany dwoma lub trzema powszechnie znanemi metodami prowokacyjnemi (prowokacja piwem, wstrzykiwania 1% lub 2% lapisu sposobem Gujona, rozszerzanie cewki dilatatorami Kollmana, wstrzykiwania śródmięśniowe szczepionki gonokokowej).

Reasumując to wszystko, widzimy że wszystkich leczonych gonacriną było 59, u których dokonano 838 injekcji śródżylnych. Z tych 59 chorych 29 chorych było leczonych tylko gonacriną, co stanowi 50%, przyczem u 22 wyleczenie było stwierdzone rozmaitemi metodami prowokacyjnemi, 7 zaś chorych, uważając się za wyleczonych, przestało przychodzić do ambulatorjum.

13 chorych 6 (II-ga grupa) i 7 (III-cia grupa) doznało znacznej poprawy, co stanowi 22%.

U 12 chorych nie można było stwierdzić żadnego dodatniego rezultatu leczenia gonacriną, co stanowi 20%.

Nakoniec u 5 chorych II-ej grupy po 6 — 7 injekcjach nie było poprawy, co stanowi 8%, choć ci chorzy nie powinni być brani w rachubę, bo otrzymali zbyt małą ilość injekcji.

Z tego zestawienia widać, że rezultaty moje są daleko gorsze od rezultatów Jaussiona i Vaucela, którzy wyleczenie osiągnęli w 90%.

Jednak rezultaty moje są takie, że uprawniają mnie do dalszego stosowania gonacriny tembardziej, że metoda leczenia gonacriną posiada takie dobre strony, których nie posiadają inne metody, a więc:

1) Niema okresu w przebiegu rzeżączki, gdzieby było przeciwwskazanie do leczenia gonacriną, a więc możemy ją stosować przy bardzo ostrych objawach rzeżączki przedniej cewki, przy obrzmieniu całego prącia i napletka, przy wszystkich powikłaniach: przy ostrych objawach zajęcia tylnej cewki, sterczu, najądrza, pęcherzyków nasiennych, kiedy miejscowego leczenia zwykłą metodą musimy nieraz na dłuższy czas zaniechać. Ma wtedy leczenie gonacriną ogromne znaczenie, bo jednak działanie bakterjobójcze na gonokokki trwa przez cały czas, z drugiej strony działamy również na psychikę chorego, który w śródżylnych injekcjach zawsze widzi najenergiczniejszą metodę leczenia.

Przy zajęciu tylnej cewki i pęcherza we wszystkich moich przypadkach widziałem zupełne oczyszczenie się moczu już po 3 — 4 injekcjach.

2) Przy leczeniu gonacriną, jeżeli nie zupełnie unikamy powikłań w postaci zajęcia sterczu, pęcherza lub najądrza, to w każdym razie z temi powikłaniami spotykamy się rzadziej, niż przy zwykłych metodach. Dalej unikamy tak zwanych porzeżączkowych katarów cewki, o których już wyżej wspominałem.

3) Leczenie gonacriną jest pod tym względem wygodne dla chorego, że nie potrzebuje on w domu robić sobie żadnych zabiegów, co ma ogromne znaczenie u tych chorych, którzy mieszkają tak zwanym kątem i muszą kryć się po różnych ubikacjach, a tacy chorzy stanowią przynajmniej u nas w Zagłębiu największy kontygent chorych. Dlatego też i leczenie rzeżączki gonacriną, da się łatwiej przeprowadzić u tego rodzaju chorych, jak również i u tych, którzy z powodu swego zawodu muszą ciągle wyjeżdżać, a więc u rozmaitych komiwojażerów, funkcjonarjuszów policji i t. d.

4) Leczenie gonacriną znajduje pełne uzasadnienie przy rzeżączce u kobiet szczególnie wtedy, kiedy są zajęte: macica, jajowody i jajniki. Tu prędzej możemy się spodziewać dobrego rezultatu, niż przy leczeniu innemi środkami, bo gonacrina, działając przez krew, łatwiej przenika do gonokoków i działa na nich bakterjobójczo. W takich razach dotychczas stosowaliśmy vaccino- lub proteinoterapję, która jednak nie dawała zadowalniających rezultatów.

Ja leczyłem gonacriną tylko trzy kobiety z ostrym tryprem. dwie z zajęciem jajników. Dwie z nich zostały wyleczone tylko injekcjami gonacriny, jedna bez zajęcia jajników po 5 injekcjach, druga z zajęciem jajników po 15 injekcjach, a trzecia również z zajęciem jajników po 25 injekcjach przestała przychodzić do ambulatorjum, więc rezultat nie jest mi wiadomy.

Niestety leczenie gonacriną nie da się przeprowadzić u wszystkich kobiet, albowiem żyły u kobiet są nieraz bardzo słabo rozwinięte i przy injekcjach gonacriny ulegają nieraz obliteracji, co naturalnie uniemożliwia dalsze injekcje.

Ale mówiąc o dobrych stronach leczenia gonacriną, nie mogę pominąć i złych jej stron. Jedną z najgorszych jej wad, to występujące niekiedy zbyt silne jej fotodynamiczne działanie. Objawia się ono w ten sposób, że niektórzy chorzy są tak uczuleni na światło, że po kilkunastu injekcjach stają się czarni, jak murzyni, lub czują ogromne pieczenie na twarzy i szyi. Spotkałem się z takiem działaniem gonacriny w dwóch przypadkach. Podawanie 0,25 rezorcyny na ½ godziny przed injekcją, jak radzą J a u s s i o n i V a u c e l nic nie pomogło i musiałem u tych chorych zaniechać dalszego leczenia gonacriną. Na szczęście tak mocno występujące fotodynamiczne działanie gonacriny rzadko się zdarza u takich chorych, którzy są zbyt wrażliwi na światło słoneczne. Słabsze fotodynamiczne działanie gonacriny sprzyja leczeniu, albowiem zauważyłem, że chorzy w lecie i na wiosnę prędzej się poprawiają, niż w zimie, kiedy niema operacji słonecznej. Z innych ubocznych objawów przy leczeniu gonacriną spotkałem się również tak, jak inni autorzy z przyspieszoną akcją serca w kilku przypadkach; w 6 przypadkach z wymiotami zaraz po injekcji, niekiedy tylko z mdłościami. Większych i niepokojących zaburzeń nie spotykałem.

Jedną z wielkich wad gonacriny jest jej kaustyczność tak, że wstrzyknięta pod skórę wywołuje niekiedy nawet zgorzel, a wstrzykiwana śródżylnie powoduje czasem obliterację żył, prawdopodobnie wskutek zadraśnięcia igłą ścianki naczynia. Dlatego też powinna być stosowana tylko u osobników z dobrze rozwiniętemi żyłami, bo wtedy można uniknąć tego zadraśnięcia ścianki naczynia.

Wadą także gonacriny jest to, że mocz jest bardzo silnie zabarwiony na żółto i plami bieliznę. Choć gonacrina bardzo prędko wydziela się z organizmu, to jednak żółty kolor moczu utrzymuje się bardzo długo nawet po zaprzestaniu wstrzykiwań.

W n i o s k i:

1) Gonacrina w niektórych przypadkach rzeżączki działa doskonale i nieraz w krótkim czasie doprowadza do zupełnego wyleczenia.

2) Jeżeli po 15 injekcjach nie widać u chorego żadnej poprawy, należy przejść do zwykłego leczenia. Czas, zużyty na leczenie gonacriną nie jest stracony, albowiem w takich razach prędzej można chorego doprowadzić do wyleczenia zwykłą metodą.

3) Gonacrina winna być stosowana w tych przypadkach, gdzie nie można stosować leczenia miejscowego.

4) Wprowadzenie gonacriny do lecznictwa jest znacznym krokiem naprzód w leczeniu rzeżączki.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prof. O. BUJWID. Kraków.

Żółta febra w Brazylji.

Z historji dawnych epidemij tej choroby wiadomo, że dziesiątkowała ona niejednokrotnie ludność licznych osiedli i większych miast, zwłaszcza tam, gdzie był większy ruch ludności. Statki roznosiły ją po wybrzeżu, stąd szerzyła się ona coraz dalej, ale nie dochodziła do głębi kraju. Niejednokrotnie śmiertelność sięgała bardzo wysokich cyfr: 75 i więcej %. Można twierdzić, że jeżeli Brazylja jest dotąd tak słabo zaludnioną — powierzchnia jej równa prawie powierzchni Europy posiada zaledwie 35 miljonów mieszkańców — przyczyną tego są właśnie choroby podzwrotnikowe jak: żółta febra, zimnica złośliwa, ankylostomiaza, które nigdzie nie zostały w zupełności wytępione i od czasu do czasu dają silne obostrzenia, wystarczające, lub niszczące ludność pewnych okolic. Do tych chorób do niedawna można było zaliczyć jeszcze i morową zarazę (dżumę). Znane są opisy dawnych podróżników, którzy spotykali na morzu statki pozbawione załogi skutkiem żółtej febry i dżumy. Wiadomo również, że w środkowej Ameryce zimnica i żółta febra tak niszczyły ludność tubylczą i przybyłą, że nie można było wykonać przekopania kanału Panama. Zrobiono to wówczas dopiero, gdy stało się wiadomem, że komary są przenośnikami tych chorób. Ochrona od komarów należycie przeprowadzona pozwoliła dokonać tego wielkiego dzieła i była triumfem nowoczesnej medycyny zapobiegawczej.

Przez lat 20 skutkiem należycie prowadzonej walki z komarami i odosobniania przypadków żółtej febry, choroba stała się w Brazylji rzadkością; nie można jednak powiedzieć ażeby wygasła. Pojedyncze przypadki stale miały miejsce. Osobna komisja robiła poszukiwania w r. 1927 w stanach: Amazonas, Alagoas, Bahia, Ceara, Esprito Santo, Pernambuco, Ru Grande do Norbe, Sergipe, Maranhao, Minas Geraes, Para, Pianhy, Parahyba, w niektórych z nich znajdowała po kilka przypadków, na które jednak nie zwrócono należytej uwagi i poznoszono w wielu miejscach ośrodki zwalczania, jakkolwiek były one jeszcze tam potrzebne. Zaznaczono, że S. Salvador jest stałem siedliskiem, zkąd rozwleka się choroba po innych stanach.

Nie można nie zaznaczyć, że nietylko Ameryka środkowa i wymienione stany Ameryki południowej bywają stale nawiedzane przez żółtą febrę. Dotyczy to niektórych wysp strefy zwrotnikowej, oraz brzegów środkowej Afryki. Podobnie jak w Brazylji nie było jej tu również przez lat 20. Od 2 lat zaś są częste przypadki. Widocznie ma się tu do czynienia z pewnem okresowem nasileniem zarazy, jak to i przy innych chorobach zakaźnych spostrzegamy.

Ponieważ nie jest wykluczonem, że żółta febra będzie się szerzyć w najbliższych kilku latach, co może być nie bez znaczenia i dla naszych stosunków kolonjalnych w Brazylji, postarałem się zebrać na miejscu w Rio Janeiro pewne szczegóły z piśmiennictwa oraz przyjrzeć się samym przypadkom chorobowym, o których europejski lekarz ma dotychczas pojęcie tylko z książek i opowiadań.

Zaznaczę, że w zebraniu potrzebnych materjałów pomocni mi byli: Dr. Carlos Chagas Dyr. Instytutu Oswaldo Cruz, Dr. Blaurepaire Arago kierownik stacji przygotowania szczepionek w tymże Instytucie, Dr. Adolf Lutr słynny badacz chorób podzwrotnikowych, oraz Dyrektor Urzędu Sanitarnego, Dr. Clementine Froga wraz z swoim personalem pomocniczym. Wszystkim tym Panom Kolegom niniejszem uprzejmie dziękuję za ułatwienia.

Przedewszystkiem zwiedziłem Szpitale izolacyjne w mieście Rio de Janeiro: jeden w Instytucie Oswaldo Cruz, drugi miejski Sao Sebastigo. Tutaj dostają się wszyscy podejrzani o żółtą febrę i natychmiast zostają odosobnieni w osobnych salach, których okna i drzwi posiadają podwójną siatkę metalową nieprzepuszczającą komarów. Przed wejściem jest przedpokój, którego drzwi mogą być otwarte tylko wtedy, gdy drzwi wejściowe do sali opatrzone siatką są zamknięte. Wchodzący zamyka jedne drzwi i otwiera drugie.

W dniach mych odwiedzin w pierwszym z tych szpitali znalazłem 5 chorych; jeden przypadek ciężki. W drugim 5 chorych z rozpoznaniem żółtej febry, wszystkie przypadki słabego natężenia, oraz 10 chorych, u których nie stwierdzono żółtej febry.

Choroba rozpoczyna się bólem w krzyżach, ogólnem osłabieniem i bólami w stawach i mięśniach kończyn podobnie jak to się dzieje przy grypie. Ciepłota zwykle odrazu skacze do 39° i wyżej dochodząc w ciągu 3 dni nieraz 41°. Niepokój, bredzenie, bezsenność zwłaszcza w nocy, pożółknienie skóry, dostrzegalne odrazu

pożółknienie białkówki oczu, skłonność do wymiotów, białkomocz, zmniejszenie ilości moczu, dochodzące w ciężkich przypadkach do bezmoczu. Również występują w ciężkich przypadkach wymioty krwawe, oraz krwawienie z nosa. Tętno niezbyt ciągłe i niezbyt mocne nie odpowiada liczbą uderzeń wysokości ciepłoty. W lekkich przypadkach na 3 — 4 dzień ciepłota spada, ilość moczu się powiększa, wymioty ustępują i stopniowo w ciągu 10 — 15 dni następuje wyzdrowienie. Białkomocz trwa nieraz dłużej. W ciężkich przypadkach następuje zapaść, ciepłota spada do 36° i niżej, występuje uporczywa czkawka, bezmocz trwa — utraty przytomności niema do ostatniej chwili.

Niekiedy następuje po kilku dniach, nawrót choroby, kończący się śmiercią, rzadziej wyzdrowieniem.

Występuje powiększenie wypukowe wątroby — nie stwierdza się powiększenia śledziony. Ze strony płuc mogą występować objawy zapalne, nie są jednak wyraźne i częste. Kaszel nie jest objawem częstym, ani koniecznym. Chory jest zakaźnym w ciągu pierwszych 3 dni — i wówczas ukąszony przez komara staje się źródłem zakażenia. Przed okresem gorączki, ani po jej ustąpieniu nie jest zakaźnym i nie musi być odosobnionym. O tem jeszcze później. Leczenie bywa objawowe, może jeszcze zdziała coś surowica ozdrowieńców, na co są dane poważne. Rozpoznanie kliniczne jest jak widzimy b. trudne, a ponieważ do pomocy nie przychodzi ani mikroskop ani inne metody badania, wiemy przecież, że Leptospira Noguchi'ego została odrzuconą — więc chorego odosabnia się często dopiero wtedy, gdy pobliskie komary zdołały się już zakazić.

Jak widać z tego, za najważniejszą musimy uważać walkę z przenosicielem zarazka t. j. z komarem.

Tutaj musimy streścić historję z lat niedawnych co do odkrycia sposobu przenoszenia się choroby i obecne sposoby zapobiegania. Według Hindle (2) Real, Carrol, Agramonte i Lazear odkryli w 1900 r. że przenośnikiem są komary Stegomyja fasciate należący do odmiany Culicidae i Aedes aegypti i Aedes argenteus. Mają być łatwe do zniszczenia gdyż przebywają w pobliżu domów. Pierwszeństwo odkrycia Hoffmann (3) przypisuje Finbay'ono z Kuby.

Gorgas w Hawanie i Panamie potrafił pierwszy skutecznie przeprowadzić walkę z żółtą febrą niszcząc komary. Potem nastąpiły kolejne postępy walki w Afryce środkowej: Senegalu, Liberji, Gold Coas Lagos i Matadi (Congo belg.).

Afrykańska komisja z James'em Fowler 1913-15 zaznaczyła, że w południowej Ameryce ma się do czynienia z tym samym przenosicielem. Później jednak Bauer wypowiada twierdzenie, że i inne komary mogą być przenośnikami.

Próby szczepienia na małpach. — Szczepionka ochronna.

Stokes, Bauer i Hudson (2) odkryli, że małpy azjatyckie *Macacus Rhesus* mogą być zakażone zapomocą krwi chorych i ukąszenia komarów. Zakażona małpa może być przenosicielem. Aragao w swej pracy z Instytutu Oswaldo Cruz zaznacza, że nie udało mu się zakazić małp Ameryki południowej.

Pierwszy szczep otrzymano z młodego Syryjczyka z Daker, który przeszedł lekką postać. Po 24 dniach od chwili ssania, komara puszczono na małpę. Pierwsze objawy choroby po 3 dniach, śmierć po dalszych 2½ dniach. Przez rok szczep ten był jadowitym dla małp. Dalsze badania stwierdziły różną jadowitość różnych szczepów. Prace wykonali: Stokes, Bauer, Hudson, Aragao i Petit, Stefanopoulo i Fracey: doświadczenia wykazały, że szczepy wywołujące słabe natężenie choroby u człowieka, mogą być bardzo jadowite dla małp (Aragao).

Wątroba małpy zawiera w 1 gm 1000 — 100.000 dawek, krew nieco mniej. U małpy zarazek powiększa się ilościowo do chwili śmierci. U człowieka po 3 dniach już zarazka w krwi nie ma. (Czy nie istnieje w wątrobie?). Dawki niższe od śmiertelnej niekiedy robią małpę odporną na większe dawki. 0,1 gm wątroby z reguły małpę zabija jeżeli jad jest świeży. Gdy się wątrobę zamrozi i trzyma 3 tyg. bez powietrza — wówczas 0,2 — 0,5 nietylko nie zabija ale uodparnia. Krew suszona w próżni jeszcze po 3 miesiącach zachowuje jadowitość.

Szczepić ochronnie żółtą febrę próbował Marchoux w 1906 roku zapomocą ogrzanej surowicy. Noguchi po odkryciu Leptospira zastosował szczepionkę otrzymaną z hodowli. Nie pokazała się ona skuteczną i teorja Leptospiry została obalona, gdyż pokazało się że to jest właściwie Leptospira żółtaczki zakaźnej (chor. Weil'a). Stokes, Bauer i Hudson wykryli w r. 1928, że jad należy do zarazków przesączalnych jak zaraza pyskoworacicowa. Hindle w 1928 r. zastosował wyciąg glicerynowy fenolowany z wątroby i otrzymał u małp odporność. Przekonał się również że 2% fenol niszczy działanie uodparniające. Aragao 1928 roku używa 20% mieszanki z wątroby, nerek i dodatku krwi małp zakażonych, zabitych w agonji z dodatkiem 0,5 fenolu i 1/1000 formaliny. Wątrobę i nerki rozciera się z wyjałowionym piaskiem i dodatkiem 9% rozcz. soli kuchennej po połowie, poczem stoi na lodzie, potem się zlewa z nad osadu, dodaje 10-krotną ilość wody. 0,0001 tego płynu winna być dawką śmiertelną dla małpy. Po dodaniu 0,2% formaliny szczepionka jest gotową. Próbuje się ją jaką posiada wartość uodparniającą. Aragao twierdzi, że odporność uzyskuje się dopiero po 15 i więcej dniach. W pierwszych dniach a nawet w pierwszych 2 tyg. odporności nie ma, i dlatego u ludzi proponuje dla pewności przy grożącem niebezpieczeństwie zastrzykiwać 0,1 surowicy ozdrowieńca, która wykazuje wpływ ochronny a nawet leczniczy. Ostatnio do przygotowania szczepionki Aragao używa jeszcze i mózgu małp. Szczepionkę w ten sposób przyrządzoną stosują obecnie na wielką skalę Hindle i Aragao, którzy twierdzą jednak, że są pomimo stosowania szczepionki ciężkie a nawet śmiertelne przypadki zachorowania. Szczepionkę tę zastosowałem w Poselstwie polskiem w Rio de Janeiro u 9 osób, poczynając od siebie. Dotąd szczepiło się w Rio de Janeiro około 20.000 osób.

Komary i ich niszczenie.

Jak już wspomniano *Aedes aegypti* i jego odmiany są przenosicielami żółtej febry. Złowione komary przechowuje się w słoikach o podwójnem dnie z gazy. Przez gazę daje się nassać z chorego człowieka lub małpy zakażonej. W ten sposób zakażony komar staje się zakaźnym po 9 — 12 dniach i przechowuje w sobie jad do końca życia t. j. około 90 dni. Dla wyjęcia zakażonego komara lekko się go eteryzuje. Można również zdrową małpę poddać ukłuciu — jedno ukłucie wystarcza do zakażenia.

Komary składają jajeczka i przechowują się najlepiej przy ciepłocie 28° C. Ciepłota niższa od 15° C już przeszkadza rozwojowi larw i znosi ruchliwość komara, który wówczas mniej zdolnym zdaje się do przenoszenia zakażenia. Dlatego w porze zimowej epidemja ginie całkowicie lub znacznie maleje; ale pozostaje w stanach północnych Brazylji, gdzie ciepłota rzadko opada poniżej + 15° C.

Aedes aegypti jest komarem dziennym, nie tak jak *Anopheles* który kąsa przed zachodem słońca i w nocy. Lęgnie się w pobliżu domu w zbiornikach wody, w kawałkach naczyń, w pochwach liściowych roślin — w ciągu 8 dni z jajeczek powstają gotowe, dojrzałe owady. Larwy karmią się roślinami wodnemi. Aragao w Instytucie Oswaldo Cruz hoduje je na listkach róży, zmienianych co pewien czas dla odświeżenia. Potomstwo komara nie jest zakaźne.

Niszczenie komarów polega jak i przy *Anopheles* na usuwaniu wody stojącej w pobliżu domu w naczyniach. W Araucarja wspólnie z Dr: Crapini przekonaliśmy się, że dosyć jest polać naczynie z wodą o objętości kilku litrów 5 kroplami nafty, ażeby zupełnie zniszczyć larwy komara będące tam w ilości conajmniej 4000. Mieszkania po chorych, oraz mieszkania nawiedzone przez komary po troskliwem uszczelnieniu wszystkich otworów i szpar poddaje się opyleniu zapomocą specjalnych przyrządów działających motorem elektrycznym lub benzynowym — pyłem nafty z dodaniem czterochlorku węgla i esencji *Pyrethrum roseum flor* (proszek perski). Gdzie tego wykonać nie można, mieszkania i siedliska komarów poddaje się siarkowaniu, paląc siarkę 20 g na 1 m³ objętości mieszkania.

Zmiany anatomiczne.

Zmiany anatomo-patologiczne najbardziej charakterystyczne spostrzegamy w wątrobie, bardzo podobne u małpy i człowieka. Zmiany te są tak charakterystyczne, że uderzają na pierwszy rzut oka. Wątroba nabiera barwy jasnej, o charakterze stłuszczenia, coś podobnego do zatrucia fosforem.

Drobnowidowo widzimy zwyrodnienia tłuszczowe z niezwykle silną wakuolizacją komórek wątrobowych. Spostrzegamy zmiany również w nerkach o charakterze ostrego zapalenia i złogach fosforanu wapniowego. Do badania anatomo-patologicznego przywiozłem z sobą kawałki narządów małp i człowieka i mogę materjału tego udzielić specjalistom chcącym wykonać bliższe badanie.

Piśmiennictwo.

1) N. H. Hoffman: Laboratoru Finlay Habana. Journal of Tropical Medecine and Hygiene. London, November 15, 1922. — 2) Transactions of the Royal Society of Tropical Med. a. Hyg. Vol. XXII, Nr. 5. — 3) Dr. W. H. Hoffman: Die Gelbfieber Gefahr im Mittelmeer. Arch. Ital di science med. 1926. — 4) H. de Beaurepaire Aragao: Relatorio a respeilo de algumas perquizas sobre a febre amarella. Instituto Oswaldo Cruz 15. XI. 1928.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. Dr. Pfeifer: *Die Angioarchitektonik der Grosshirrinde* Berlin r. 1929 str. 157.

Dzisiejsza wiedza o strukturalnej budowie układu nerwowego zasadza się na dwóch odrębnych metodach badania naukowego, stanowiących obecnie już niemal samodzielne gałęzie nauki a mianowicie na architektonice oraz histologji. Pod mianem architektoniki rozumiemy naukę o miejscowem ustosunkowaniu się wzajemnem, strukturalnych pierwocin układu nerwowego na swoistych preparatach pod względem ułożenia, liczby oraz zewnętrznego wyglądu. Zależnie od metod technicznych, jakiemi posługujemy się — wyróżniamy cyto-myelo-fibrollo-glio i angioarchitektonikę. Powyższe określenia już same przez się mieszczą treść odpowiednich zagadnień poszczególnych gałęzi nauki o układzie nerwowym. Natomiast zadanie histologji polega na jeszcze głębszem wnikaniu celem poznania subtelnej budowy składowych części układu nerwowego.

Do niedawna przed angioarchitektoniką piętrzyły się nieprzezwyciężone trudności techniczne, wobec których wykazanie przebiegu naczyń mózgowych w swoistych obrazach barwienia było prawie niemożliwe. Dopiero autor omawianego dzieła pokonał owe trudności, stosując nową metodę całkowitego nastrzykiwania naczyń mózgowych *in situ*. Dzięki wspomnianej metodzie stwierdził on szereg ciekawych faktów anatomicznych, dotyczących szczegółów ukrwienia mózgu.

W piśmiennictwie naukowem po dziś dzień przewija się od czasów Conheim'a zupełnie nieuzasadniona teorja, głosząca, że naczynia mózgu należą do rodzaju naczyń końcowych, których istnienia domniemywano się jedynie na podstawie hypotetycznych przesłanek. Twórca pojęcia naczyń końcowych Conheim nigdy tych naczyń sam nie wydzielał ani nawet nie dostrzegał lecz pojęcie ich wprowadził do nauki na podstawie zmian ogniskowych w przebiegu spraw zatorowych. Dopiero Pfeifer, opierając się na wynikach własnych badań nad 40 zdrowemi zwierzętami, którym zastrzykiwał w narkozie barwiki do krwi odpowiednich naczyń usiłuje dowieść, że układ naczyniowy mózgu tworzy jednolitą nieprzerwaną całość (continuum) na wzór podobnego przebiegu naczyń płuc. Badania jego polegały na stosowaniu udoskonalonego nastrzykiwania naczyń; kontrolował wypełnianie się ich aparatem Abbe'go oraz mikroskopem stereoskopowym. Ze spostrzeżeń autora wynika, że zasada Duret'a, wyodrębniającego krótkie tętnicy i żyły korowe i takież naczynia długie istoty białej mózgu — jest niesłuszna, albowiem w rzeczywistości nie można wogóle dowieść obecności takich naczyń. Ważne jest natomiast, że tętnice i żyły łączą się wzajemnie nietylko przez sieć naczyń włosowatych, lecz posiadają nadto pewne wzajemne anastomory powyżej powszechnie uznanego zespolenia włosowatego. Taka rozbudowa naczyń umożliwia dokładnie nastrzykanie tętniczek oraz najdrobniejszych żył włosowatych. Wspomniana okoliczność, dotycząca zwartego przebiegu ukrwienia układu nerwowego stanowi ważny przyczynek w rozwoju nauki o lokalizacjach. Nie ulega wątpliwości, że w korze mózgowej należy odróżniać jej angioarchitektonikę na wzór wyróżnianej w tej okolicy cyto i myeloarchitektoniki. Układ rozbudowy naczyniowej opiera się przedewszystkiem na cytoarchitektonice zwłaszcza, że rozwój naczyń włosowatych zależy głównie od odżywczego zapotrzebowania tkanki nerwowej. Układ naczyniowy mózgu jest zatem pośredniem ogniwem, łączącem morfologiczne właściwości rozbudowy tkanki nerwowej z biologiczną jej czynnością, który, przyczyniając się zarazem do zaniechania nieścisłego podmiotowego wyróżniania pól komórkowych w architektonicznem rozdziale, ustala ich podział na bardziej przedmiotowych przesłankach. Wedle poglądów architektoniki naczyniowej kora mózgowa podlega również rozczłonkowaniu się na poszczególne pola i warstwy. W pewnych odcinkach mózgu poszczególne pola oddzielają się ostro zapomocą naczyń włosowatych jak naprzykład *area praeparietalis w gyrus lateralis,* bądź okolica kresowa *areae striatae,* bądź przesmyk przejściowy z *rhinencephalon (allocortex),* zmierzający w kierunku *pallium (isocortex).* Rozbudowa naczyniowa mimo wspólnych dążności z cytoarchitektoniką posiada zresztą własne zasady. I tak naczynia włosowate umiejscowiają się zazwyczaj w okolicach największego skupienia się komórek czyli w miejscach największego zapotrzebowania środków odżywczych. W swoiście sporządzonych obrazach angioarchitektonicznych przebieg naczyń włosowatych uwydatnia się wyraźnie obok wykształconych zespoleń przedwłosowatych naczyń. Mózgowie wogóle nie zawiera zasadniczo naczyń o przebiegu wężykowatym lub korkociągowatym, a jeśli one nawet przybierają taką postać, wówczas mamy do czynienia raczej ze sztucznym wytworem wadliwej techniki. Przebieg naczyń włosowatych jest zazwyczaj prosty choć nieraz trafiają się tu i ówdzie zgięcia kolankowate. Dane angioarchitektoniczne wskazują, że kierunek obiegu krwi ulega łatwym zmianom. Krew mianowicie przepływa z miejsca wyższego ciśnienia w okolicę niższego ciśnienia a celowość rozbudowy naczyń włosowatych polega na zadaniu wyrównywania wahań w ciśnieniu. Tętnice i żyły mózgowe nie mają równoległego przebiegu. Krew wypływająca z doprowadzającej tętnicy zdąża poprzez sieć włosowatą w kilka żył i naodwrót żyła pobiera krew z szeregu tętnic. Powyższy fakt dowodzi ustalonego zresztą pojęcia o nieprzerwanym układzie naczyniowym mózgu. Użyte metody techniczne autora wyjaśniły ustosunkowanie się krążenia w oponie miękkiej, w której z łatwością można wyróżnić trzy warstwy wzajemnie poprzeplatane i zespalające się. górną warstwę tworzą tętnice opony miękkiej, wysyłające boczne odgałęzienia w różnej liczbie, zależnie od miejscowych właściwości, trudno atoli dopatrzeć się w niej jakiegoś swoistego przebiegu tętnic. Pod wspomnianą warstwą bliżej powierzchni mózgu rozpościera się w sposób dość jednostajny pośrednia sieć żylna — „das venoese Zwischennetz" na wzór pajęczyny rozciągniętej nad wysklepieniem półkul. Trzecia wreszcie warstwa, którą jeno z pewnem zastrzeżeniem odnieść można do opony miękkiej — układa się bezpośrednio na powierzchni mózgu w postaci najsubtelniejszej sieci naczyniowej (Filigranauflage). Celowość rozbudowy architektonicznej ostatniej tej warstwy ma polegać na wytwarzaniu przestrzeni, w której tętnice przeistaczają się w naczynia włosowate, wnikające do górnych pokładów kory oraz, na inwolucji mózgowych naczyń włosowatych w żyły. Niewątpliwie owa przemiana odbywa się częściowo również po za tkanką mózgową. Zauważone szczegóły anatomiczne, dotyczące rozmieszczenia naczyń mózgowych — upoważniają autora do twierdzenia, że naczynia te zawierają krew o mieszanym składzie, czego dowodziłyby obfite zespolenia tętniczo-żylne. Zadanie tych zespoleń polega prawdopodobnie na przyśpieszeniu prądu krwi dzięki czemu tworzą czynniki, sprzyjające ssącemu działaniu żylnych naczyń przedwłosowatych względnie sieci włosowatej. Metoda nastrzykiwań naczyń nie jest dotychczas w stanie rozstrzygnąć czy owe tętniczo-żylne zespolenia stoją stale otworem, czy może występują jeno wobec zmian w ciśnieniu jako czułe regulatory obiegu krwi. Zdaniem autora — prąd krwi, zdążający od powierzchni półkul wgłąb istoty mózgu nie wraca w całości, lecz odpływa częściowo do głębiej leżących żył mózgowych w następstwie skrzyżowanego obiegu krwi. Ciekawe te fakty, wyjaśniające w szczegółach ukrwienie mózgu, wzbudzą niewątpliwie zainteresowanie u tych, którym zależeć będzie na istotnem zrozumieniu wielu schorzeń nerwowych.

W. Janusz.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 43, z 24 października 1929 r.: Wł. Sterling: Ciężkie i poronne postaci choroby Swift-Feera. — M. Rosnowski: W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdzia (c. d.). — E. Wejnkiper: O fizjologji i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego. — S. Adamowicz: Umieralność matek w wielkich miastach polskich.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 43, z 27 października 1929 r.: M. Gatty-Kostyal: W sprawie ujednostajnienia wartości leczniczej leków grupy naparstnicy (dok.). — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Medycyna Warszawska, nr. 9 (28), z 1 listopada 1929 r.: A. Rytel: Istota podstawowej przemiany materji i sposoby jej określania. — K. Chodkowski: Przyczynek do anatomicznej postaci gruźlicy jelit. — A. Kaczyński i M. Kruszówna: Badania nad zawartością fosfolipin w surowicy krwi człowieka. — A. Leszczyński: Wrażenia z pobytu w Krynicy w sezonie letnim b. r. — J. Kurczyński: Przeszłość medycyny.

Gruźlica, rok IV, nr. 5, za wrzesień - październik 1929 r.: K. Dąbrowski, W. Sobocińska i J. Piasecki: O wyrwaniu nerwu przeponowego w gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli. — W. Kruszewska i M. Werkenthinówna: Przyczynek do rozpoznania gruźlicy jelit z szczególnem uwzględnieniem badania rentgenologicznego. — K. Dąbrowski i W. Kruszewska: Leczenie gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 10, z października 1929 r.: S. Cytronberg: O leczeniu wrzodu trawiennego. — A. Lumière: Chwiejność płynów tkankowych (L'instabilité humorale).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

R. Güterbock: *Ocena krytyczna nauki o t. zw. naciekach wczesnych z punktu widzenia literatury obcej, szczególnie francuskiej.* Są tu zestawione dane w nagłówku obiecane, wskazujące na to, że nauka, za której autorów podają się Redeker, Lydtin i inni — nie przedstawia poglądów ani oryginalnych, ani nowych; przeciwnie — w literaturze francuskiej często jest to zagadnienie rozważane. Charakter artykułu Gütenbocka jest przyczyną, że to streszczenie nie jest wykładem płynnym, jest zestawieniem oddzielnych cytat.

I. Ranke. Autorzy francuscy odrzucają wartość podziału Rankego. Vaudremer jest zdania, że przy obecnym stanie wiedzy nie wolno brać odczynów humoralnych za podstawę podziału gruźlicy. Bezançon mówi, że we Francji istnieje już podział przebiegu gruźlicy na trzy okresy: osesek, dziecko, dorosły; podobne to do okresów Rankego. Rankemu należy odpowiedzieć, że *affectus primarius* nie zawsze zostaje inkapsulowany, że zespół pierwotny może ulec pogorszeniu, że choroba jego gruczołów może różnie wyglądać. Zarzuca Bezançon teorji Rankego, że nie tłomaczy długiego okresu wtórnego. Leon Bernard również odróżnia trzy okresy: 1) *affectus primarius;* 2) okres wtórny z *lymphangitis tuberculosa peribronchialis* (w Roentgenie pasma i sieci ciągnące się do wnęki) z powstaniem przerzutów; 3) okres trzeciorzędny — okres *superinfectiones endogenes* i *exogenes.*

II. *Le „terrain"*. Pruvost, Bernard wyrażają wątpliwość, czy słuszne jest uznawanie wysokiego znaczenia dla przebiegu gruźlicy warunków immuno-biologicznych. Obok odporności swoistej istnieje czynnik odporności; pomyślna obrona przeciw lasecznikowi Kocha jest po części skutkiem odporności humoralnej swoistej, zależnej od obecności zagojonego ogniska gruźliczego, ale też skutkiem czynnika konstytucyjnego, dzięki któremu dochodzi wogóle do wytworzenia owej swoistej sprawy humoralnej. Brunon odmawia wartości *immunitatis;* człowiek tak długo nosi w sobie laseczника, dopóki ten nie znajdzie dla siebie odpowiedniej gleby do rozwoju. Aubertin mówi, że istnieją warunki natury ogólnej, które czynią człowieka podatnym na gruźlicę lub dla niej nietykalnym; podobnie istnieją i warunki miejscowe, ważne dla powstania gruźlicy oddzielnych narządów. Bezançon i Philibert są zdania, że *hypersensibilitas* małą gra rolę przy postępie gruźlicy. Przecenianie allergji doprowadziło nas do zaułka bez wyjścia. Tak samo sądzi Sergent: „Niech siewca rzuca ziaren ile chce — jeśli padną na opokę, nie wzejdzie ani jedno".

Liczni autorzy francuscy wskazują na niezgodności panujące pomiędzy rozważaniami czysto immuno-biologicznemi i spostrzeżeniami przy łóżku chorego.

Jedynie Leon Bernard i Calmette uznają *i dispositio i resistentio specifica.*

Obecnie poszukiwany jest warunek występujący w biegu przemiany materji, warunek, który może zwiększa skłonność ogólną i miejscową; podjęte są właśnie badania w celu określenia, jakie zmiany wywołuje laseczник gruźlicy w przemianie materji.

III. Nacieki wczesne. *Periscissurite, Corto-pleuritis, Lobite, Foyer juxta* — lub *perihilaire, Infiltration précose sous-claviculaire, Congestion pulmonaire primaire* — to są miana nacieków wczesnych.

W r. 1922 Rist i Ameuille pisali, że *affectus primarius* jest sprawą wysiękową; że i suchoty dorosłych zaczynają się od sprawy ostrej, wysiękowej i opisali dwie postaci tego początku; jedną odpowiadającą t. zw. ognisku Assmana, inną, zajmującą odrazu cały płat. Obie postaci umiejscawiają się najczęściej w płacie górnym, ale nie zawsze w samym szczycie, raczej tuż ponad lub pod wcięciem międzypłatowem. Te „nacieki wczesne" mogą się rozejść, mogą stać się trwałemi ogniskami; takie ogniska ulegają szybkim zmianom, czasem w ciągu dni, nawet i godzin. Do nich mogą się dołączyć skoki w zdrowych dotąd okolicach płuc, co raz to nowe, przez czas długi, dopóki nagła generalizacja nie doprowadzi do zgonu. Mówią tu autorzy francuscy wyraźnie i niedwuznacznie, że naciek jest początkiem przewlekłych suchot. Braun (r. 1911) mówi o naciekach pierwotnych u ludzi, którzy dotąd mieli gruźlicę skrytą *(latens)* i o naciekach pierwotnych u ludzi, którzy przedtem mieli objawy gruźlicy wyraźne. Mówi już wówczas, że mogą się one wessać lub wytworzyć jamy; w ostatnim przypadku będzie to zwykły *(banal)* suchotnik. Braun czerpie z prac Fowlera, Tripier i całej t. zw. szkoły ljońskiej. Postać nacieków zwanych *cortico-pleuritis* opisana została przez Perona (1897) i jest też odmianą nacieku.

Podług Piguet i Giraud suchoty rozwijają się jako skoki alweolitów, które albo towarzyszą gruźlicy, albo występują pierwotnie. Jakkolwiek takie alweolity mogą się cofnąć, dzieje się to jedynie dopóty, dopóki ich zawartość nie zserowacieje. Piguet i Giraud uznają współcześnie możność rozwinięcia się suchot z ognisk wytwórczych. Odróżnienie, jaki był początek suchot, jest na autopsji — u dorosłych — niemożliwe.

Jacquerod jest zdania, że ogniska początkowe *(récentes)* są zawsze zapalne i wysiękowe. Brak tu tkanki włóknistej; nie zawsze dochodzi do serowacenia; sprawy wysiękowe mogą się na czas pewien stabilizować; mogą po czasie powrócić *ad integrum.* W możności rozwoju suchot postępujących odróżnia Jacquerod trzy typy: 1) Typ poronny, czyli postać gruczołowa gruźlicy zamkniętej; 2) *Tuberculosis miliaris discerta;* 3) Postaci umiejscowione broncho-pneumoniczne i pneumoniczno-zapalne.

Rist, podtrzymany przez Küssa, mówił na kongresie gruźliczym w Strassburgu (1923), że zmiany oddechu opisane przez Grancher, więc objawy t. zw. gruźlicy szczytów, nie zawsze zależą od zmian gruźliczych. Są to ewentualnie gruźlice drobne, nieczynne, niewymagające leczenia sanatoryjnego. Küss jednak sądzi, że istnieją w szczycie zgrubienia, które z początku są charakteru łagodnego, by jednak z czasem doprowadzić do rozmiękania. Jest to treść właściwa kongresu w Wildbad, który się odbył w Niemczech w r. 1928-ym.

Ribadeau-Dumas, jak i Rist, są zdania, że pierwsze ognisko suchot ludzi dorosłych nie leży we właściwym szczycie (na co już wskazywał Fowler, Bard, Piéry). Bernard mówi: „Aparat Roentgena raz znajduje ognisko wczesne w okolicy wnęki, często promieniujące wachlarzowato do zewnętrznej ściany klatki piersiowej, lub w kierunku obojczyka; innym razem zmiany miąższu najwcześniej tuż nad obojczykiem; wreszcie w trzeciej kategorji jest odrazu zajęty cały płat górny. Wtedy zmiany są odgraniczone przez wcięcie międzypłatowe; taki *lobite supérieur* zdarza się częściej od strony prawej". Zgodnie z Ristem sądzi, że ogniska wnękowe szerzą się ku górze i w ten sposób imitują samoistne ogniska szczytowe.

Bard po latach trzydziestu od ogłoszenia swojej klasyfikacji zmienił ją, uznając jako początek suchot trzy etapy: Początek *phtisis fibro-caseosa communis* powstać mianowicie może jako: a) *la forme congestive simple;* b) *la forme congéstive à poussée. successives;* c) *la forme congéstive localisée, lobite.*

W sprawie leczenia jam pochodzących z nacieków, pomimo że widujemy ich gojenie się zupełnie, Sergent nie radzi zwlekać z założeniem odmy sztucznej.

Co do epituberkulozy, to opisał ją Ribadeau-Dumas o dwa lata wcześniej, aniżeli Eliasberg i Neuland. Armand Delille uważa epituberkulozę za sprawę u dzieci bardzo rzadką. Nazywa mniemaniem śmiałem uznawanie możliwości rozejścia się u dzieci cienia widocznego na fotografji, zależnego od epituberkulozy.

Należy wątpić o tem, czy opisane przez Redekera nacieczenia u dzieci starszych stanowią twory zapalne nacieczeniowe wkoło istniejących już ognisk, a nie odczyny zapalne świeżych samodzielnych ognisk. Jest też sprawą wątpliwą uważanie splenopneumonji Grancher za zapalenie uboczne wkoło ognisk starych.

Piery, Fowler, Tripier (1910) za miejsce początku suchot podawali międzyżebrze pierwsze lub drugie, pod zewnętrzną trzecią częścią obojczyka. Piery zwrócił uwagę (w r. 1910) na wierzchołki płatów dolnych jako na miejsce początku suchot.

Francuzi są zdania, że suchoty płuc nie szerzą się z góry na dół; uważają, że rozpoczynają się one prawie zawsze jako sprawa pneumoniczna; posuwają się jako skoki nacieków, szerzą się sposobem zatorów oskrzelowych rozrzucanych na różną odległość.

IV. *Granulie froide. — Tramitis.* Burnaud i Sajé opisali w r. 1924 postać gruźlicy prosówkowej, *granulie froide,* wyróżniającej się przebiegiem przewlekłym. Dla zrozumienia istoty tej postaci należy przypomnieć co następuje.

Jako pierwszy objaw gruźlicy płuc uważa Rist *bronchio-alveolitis exsudativa,* Letulle mówi o wysepkach broncho-pneumonicznych. Odpowiada to ognisku gronkowo-guzkowemu Nicola. Główną rolę przy powstawaniu gruźlicy gra zatem sprawa wysiękowa, *alveolitis:* francuzi przy sprawie gruzełkowej stawiają na pierwszem wcześniejszem miejscu sprawę wysiękową. Rist powiada: dostrzeżono wreszcie, że zmiany wytwórcze mogą być nieobecne, że są one wogóle charakteru wtórnego, przypadkowego, wówczas gdy sprawy wysiękowe dominują. Obecnie większość autorów francuskich wyprowadza pochodzenie gruzełka z wysięku. W Niemczech tego zdania jest Hübschmann.

Większość chorych z t. zw. katarem szczytów albo nie mają gruźlicy, albo jej charakter jest niewinny.

Za postać przejściową między *granulie froide* a suchotami uważa B e z a n ç o n t. zw. *tramite*, moment, kiedy choroba swoista dotyczy jedynie tkanki łącznej, jedynie rusztowania płuc; czasem towarzyszy temu odczyn między-pęcherzykowy; jest to niejako słabo wyrażona *phtisis fibrosa productiva*.

Byłby to początek suchot nie w świetle pęcherzyka, niejako naciek rusztowania, naciek ścianek pęcherzykowych, w przegrodach między-pęcherzykowych.

Postać Bardowska: *miliaris discreta i granulie froide* B u r n a u d a są sobie pokrewne. Obie postaci są blizkie tramitowi B e z a n ç o n a, jak i postaci *tuberculosis abortiva*.

We wszystkich tych postaciach mamy przebieg łagodny, skłonność do stwardnienia, skłonność do krwotoków.

Te postacie dzieli wyraźna linja nacieków pierwotnych.

U w a g i k o ń c o w e. Próba dźwignięcia nowego budynku bez względów dla starych zasad doprowadziła do zamieszania.

Nacieki były studjowane już od dziesiątków lat i znany był ich związek z suchotami. Zdjęcia serjowe były od wielu lat używane we Francji — zanim R e d e k e r o nich pomyślał.

I w Niemczech upada uznawanie roli allergji jako ważnego czynnika decydującego w kierunku rozwoju suchot płucnych.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z n i e z dnia 24 kwietnia 1929 r.

PrzewodniczącyPrezes Prof. Dr. J. L a t k o w s k i.

Obecnych 100. Posiedzenie ogłoszono w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 23. r. 1929.

P o s i e d z e n i e z dnia 1. maja 1929 r.

Przewodniczący Prezes Prof. Dr. J. L a t k o w s k i.

Obecnych 50. Prezes odczytuje list Prof. Dra. Kostaneckiego, w którym Prof. Dr. Kostanecki dziękuje Towarzystwu za przesłane życzenia z okazji jego wyboru na Prezesa Polskiej Akademji Umiejętności.

Odczyt Dra Skarżyńskiego p. t. „Chemja hormonów". Badania nad chemiczną strukturą hormonów połączone są ze szczególnemi trudnościami, nienapotykanemi w takim stopniu w innych dziedzinach biochemji a spowodowanemi przedewszystkiem tem, że hormony występują w organizmach zwierzęcych w ilościach minimalnych, że otrzymanie odpowiedniej ilości surowca zwierzęcego jest niezmiernie trudne, a wreszcie brakiem charakterystycznych odczynów chemicznych, pozwalających odróżnić poszukiwane hormony od ciał nieswoistych. Tylko najściślejsze powiązanie metod chemicznych z eksperymentem fizjologicznym umożliwiło w ostatnich latach osiągnięcie szeregu świetnych wyników w dziedzinie chemji hormonów. W roku 1926 H a r r i n g t o n ustala ostatecznie strukturę hormonu tarczycy, tyroksyny, stwierdzając, że jest jodowym produktem kondensacji hydrochinonu i tyrozyny i otrzymuje tyroksynę drogą syntezy. Insulinę otrzymano w stanie krystalicznym jako substancję o sile działania wielokrotnie przewyższającej najlepsze p zetwory handlowe. Jakkolwiek do wyjaśnienia chemicznej struktury insuliny jeszcze bardzo daleko, nie ulega dziś już wątpliwości, że jest ona wysokocząsteczkową pochodną białek. Z wielorako działającego pod względem farmakologicznym wyciągu z tylnego płatu przysadki udało się na drodze chemicznej wydzielić dwie substancje o odmiennych właściwościach farmakologicznych, vasopresynę i oxytocynę. Wreszcie współpraca chemików i fizjologów doprowadziła do otrzymania hormonu jajnikowego w stanie bardzo czystym, co pozwala na wyprowadzenie daleko już idących wniosków o charakterze chemicznym tego hormonu.

W dyskusji zabierają głos: Kol. D. Szczeklik: nawiązując do faktu istnienia środków hormonalnych działających przy pobieraniu doustnem podnosi brak środków skutecznych przeciw cukrzycy mogących być podanemi per os. Synthalina i glukhorment o których początkowo sądzono, że potrafią zastąpić insulinę okazały się nieprzydatne skoro stwierdzono szkodliwe własności uboczne, a przy tem inny mechanizm działania niż przy insulinie. Kol. S. podnosi że według niektórych badaczy insulina zawiera również pochodne guanidyny.

Kol. Skarżyński w odpowiedzi zaznacza, że guanidyny nie wykryto w insulinie: następnie przemawia w sprawie synthaliny i glukhormentu.

W dyskusji prelegent zaznacza, że niema żadnych danych pozwalających przypuszczać, że naturalna insulina należy do tej samej grupy związków chemicznych do jakich zalicza się syntetyczne środki przeciwcukrzycowe jak synthalina albo galegina. Efekt końcowy działania insuliny jest naogół ten sam, ale mechanizm działania zupełnie inny. Glukhorment, który reklamowano jako naturalny produkt otrzymany z trzustki, okazał się synthaliną, otrzymaną syntetycznie.

Prof. Latkowski podkreśla, że II. Klinika wewnętrzna zwróciła uwagę na toksyczność synthaliny już w pierwszych początkach jej stosowania, oraz na jej właściwości uszkadzające wątrobę. Prof. L. był zdania już dawniej z okazji odczytu kol. Łukaszczyka wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem że glukhorment jest tem samem co synthalina, że wobec tego nie należy również tego środka stosować.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

VII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 8 marca 1929.

Przewodniczy kol. N. G ą s i o r o w s k i.

1) Kol. G r u c a A. przedstawia: 1) Chorą z zastarzałem złamaniem szyjki kości udowej, wyleczoną operacyjnie. M. N. lat 50. w listopadzie 1927 złamanie szyjki kości udowej. W kwietniu 1928 zgłosiła się ze stawem wrzekomym w miejscu złamania i znacznemi dolegliwościami. U chorej po odświeżeniu powierzchni złamania zeszyto szyjkę z główką gwoździem kostnym, wziętym z kości strzałkowej. Obecne zdjęcie wykazuje zupełny zrost złamania. Ruchy w stawie biodrowym w granicach prawie prawidłowych. Objaw Trendelenburga ujemny. Dolegliwości pewne sprawiają ślady zmian zniekształcających, które zwykle występują po leczeniu kąpielami. W podobny sposób operowano przed kilku dniami 18 letnią chorą z takiem samem złamaniem. (Pokaz przeźroczy).

2) 17 letnia chora z operacją wytwórczą stawu kolanowego po przebytej w dzieciństwie gruźlicy. Na klinikę zgłosiła się z przykurczem pod kątem około 120 i zesztywnieniem łącznotkankowem a częściowo kostnem. Przed 9 miesiącami wykonano operację wytwórczą w kolanie. Obecnie chora chodzi bez żadnych dolegliwości, zginanie czynne w granicach ok. 55°, wyprostowanie zupełne. Przeźrocza wykazują coraz to lepsze formowanie się nowowytworzonego stawu. Wynik w tym przypadku jest wyjątkowy, gdyż zwykle zabiegi wytwórcze na stawach gruźliczych dają złe wyniki.

3) Pokaz przeźroczy 19 letniego chorego z gruźlicą kręgów piersiowych u którego wykonano nakłucie ropnia przedkręgowego zmodyfikowanym sposobem C a l v é. Do punkcji użyto igły zakrzywionej. Kierunek wbicia w płaszczyźnie czołowej. Po dojściu do bocznej powierzchni trzonu igłę obraca się o 90° i dalsze posuwanie się odbywa się w płaszczyźnie poziomej. Nakłuciem wydobyto ok. 80 cm^3 ropy; chory zabieg zniósł bardzo dobrze. Zabieg ten możnaby wykonać również igłą prostą. Przeźrocza pokazują położenie igły podczas zabiegu.

Kol. N o w i c k i przedstawia i omawia: a) preparat wady rozwojowej serca wysokiego stopnia u dziecka jednomiesięcznego: serce dwujamiste, składające się z jednej komory i z jednego przedsionka. Do przedsionka wchodzą dwie żyły główne, górna i dolna, z komory wychodzi jedna bardzo szeroka aorta z jej zwykłemi odgałęzieniami w zakresie łuku. Brak głównego pnia tętnicy płucnej i żył płucnych. Krew do płuc dochodzi z aorty przez szeroki przewód tętniczy Botalla, który wpada do jednej z głównych zachowanych gałęzi tętnicy płucnej. Wobec zupełnego braku żył płucnych, należy przyjąć, że krew z płuc wpływała przez żyły oskrzelowe tylne do żyły nieparzystej krótkiej i żyły nieparzystej prawej, która ostatecznie odprowadza krew do żyły głównej górnej. Przedstawione stosunki anatomiczne tłomaczą dostatecznie sinicę wybitną, jaką spostrzegano u dziecka od chwili urodzenia aż do śmierci. Mówca podnosi niezwykłą rzadkość tego rodzaju wady rozwojowej serca oraz fakt, że dziecko z taką wadą mogło żyć przez miesiąc;

b) Preparat gruczolaka torbielowatego całej trzustki u mężczyzny 51-letniego; u chorego wykonano laparotomję, jednak nie wycięto nowotworu, gdyż miejscowe zmiany na to nie pozwalały. Trzustka przedstawia się pod postacią wydłużonego guza, położonego za żołądkiem, wypychającego szczególnie część odźwiernikową żołądka do przodu i uciskającego od tyłu na żyłę główną dolną. Tkanka guza jest dość miękka, bladożółtawa, jakby nieco

gąbczasta. Wśród tego utkania stwierdza się liczne torbiele, przeciętnie wielkości orzecha włoskiego, o ścianach gładkich, wypełnione treścią ciągnącą się przeźroczystą i w jednej torbieli znacznie większej była treść mętna i krwawa. Guz jest cześciowo zrośnięty z otoczeniem. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie gruczulaka, który gdzieniegdzie przybiera już charakter utkania atypowego. Mówca poświęca kilka słów sprawie torbieli jajnikowych, podnosząc, że nowotwory typu przedstawionego należą do rzadkości.

c) preparat mięsaka krągłokomórkowego jelita biodrowo-kątniczego u dziecka 3 i pół letniego zmarłego z powodu zapalenia płuc. Całość przedstawia obraz rodzaju wgłębienia jelita o ścianie wybitnie nowotworowo nacieczonej, dochodzącej grubości 2—3 cm podobnie nowotworowo nacieczona jest ściana kątnicy, która też w jednem miejscu wykazuje przebicia i miejscowe otorbione ropienie.

W dyskusji Kol. F e l s: Odnośnie do wrodzonej anomalji serca przytacza przypadek ogłoszony niedawno w Internacia Medicina Revuo przez T a k e y a-Siko w Hukuoka w Japonji. Dotyczy on sekcji jednoletniej dziewczynki. Wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy i kiszka gruba były prawidłowo położone, zaś położenie śledziony, żołądka, trzustki i płuc było opaczne *(situs inversus viscerum partialis)*. Serce samo dla siebie było prawidłowo położone, lecz położenie jego wszystkich części było widocznie przewrotne *(situs inversus partis omnis cordis)*. Przegroda przedsionków była tylko szczątkowa, żyły płucne wraz z żyłami głównemi wpływały do lewego przedsionka, aorta wychodziła z prawej komory, tętnica płucna z lewej. Ściana komory prawej grubsza niż zwykle, zastawka trójdzielna była po lewej, dwudzielna po prawej stronie. — Kol. P r o g u l s k i St.: w przedstawionym przypadku wady serca wrodzonej mieliśmy sposobność obserwować dziecko od urodzenia. Przyszło ono na świat siłami natury jako dziecko nieco przedwczesne (2640 gr) z objawami wybitnej zamartwicy. Po zastosowaniu środków cucących stan ogólny się poprawił, sinica zmalała lecz nie zupełnie, w czasie płaczu dziecka zaznaczała się wyraźnie. Badanie wykazało wyraźne zasinienie twarzy, warg, rąk i nóg. Stałe przekrwienie spojówek oczu. Osłuchiwanie serca niewykazało żadnych nieprawidłowości a przeciwnie tony czyste i dźwięczne. Wymiary serca niepowiększone. Dziecko nie rozwijało się należycie, przyjmowanie pokarmów było utrudnione, ciągłe rozwolnienia, spadki na wadze, kaszel przy braku wykazywalnych zmian w płucach, ropny wyciek z uszu a wreszcie wśród postępującego charłactwa zejście śmiertelne. Na szczególną uwagę zasługuje to, że u dziecka tego mimo wyraźnych objawów wady serca wrodzonej brak było charakterystycznych szmerów sercowych a wreszcie, że dziecko z takiemi zmianami tak długo żyło, to jest cały miesiąc. Szczegółowego określenia wady nie było można dokonać. Oznaczanie takie należy do zadań trudnych i niepewnych, albowiem wady serca są najczęściej kombinowane i różne nieprawidłowości anatomiczne dają za życia nieraz te same objawy. — Kol. S t e l l a: opisuje objawy kliniczne chorego, którego trzustkę przedstawiono.

3) Kol. C h w a l i b o g o w s k i i S c h u s t e r ó w n a H. wygłaszają wykłady o hepatosplenomegalji Niemann-Picka. (przeznaczone do druku).

W dyskusji Kol. N o w i c k i W. podnosi pewne podobieństwo między chorobą Gancher a Niemann-Picka; w jednej i drugiej sprawa ma charakter rodzinny, prowadzący wcześniej, czy później do śmierci, jedna i druga histo-anatomicznie zajmuje układ R — E, wprawdzie w chorobie Gancher ulegają zajęciu tylko komórki siateczkowe i to wątroby, śledziony, szpiku kostnego i gruczołów. Pokazuje się jednak, że w chorobie Gancher u dzieci mogą być zajęte także inne narządy, jak grasica, nadnercza, nerki, migdałki i t. p. a więc tak jak w chorobie Niemann - Picka. Lubusch stara się ten fakt tłómaczyć tem, że u osób starszych komórki siateczkowe narządów innych, poza wymienionemi, zatracają własność żerną zachowaną jednak u dzieci. Podobieństwo obu procesów do siebie i niewątpliwie przyczyna dla obu, tkwiąca w zaburzeniu przemiany materji, każe przypuszczać, że zachodzić mogą przypadki pośrednie, będące pomostem między chorobą Gancher'a a Niemann-Picka. Przedstawiony przez prelegentów przypadek, pierwszy w piśmiennictwie polskiem, jest jednym z liczniejszych dowodów, jak szczęśliwą była koncepcja Landau'a i Aschoffa powiązania pewnych stałych składników tkaninowych i wędrujących w t. zw. układ siateczkowo-śródbłonkowy: dzięki jej możemy dziś wyodrębniać pewne jednostki chorobowe, tak pod względem klinicznym, jak anatomicznym. — Kol. E l m e r W. z największem uznaniem podnosi wartość tej pracy, która stanowi przyczynek do rzadkich schorzeń zaburzeń przemiany ciał tłuszczowatych nie tylko u dzieci, ale też u dorosłych. Mówca zwraca uwagę na niedawno ogłoszoną pracę R o w l a n d'a, który pod obrazem t. z. zespołu Christiana opisuje przypadki zaburzeń przemiany ciał tłuszczowatych: zmiany rozmiękczynowe w kościach wskutek nacieczenia ich masami ciał tłuszczowatych, zmiany w układzie śródbłonkowo-siateczkowym, zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu jak przysadka (stąd diabetes insipidus, infantilismus, dystrophia adiposo genitalis), zmiany w skórze (xanthomatosis). Odgrywa tutaj rolę pierwotne schorzenie przemiany ciał tłuszczowatych, podobnie jak w chorobie Niemann-Picka a może też w chorobie Gancher'a. Podobne obrazy spotyka się niekiedy w cukrzycy, w której jednak wadliwa przemiana ciał tłuszczowatych jest sprawą wtórną, zaś wadliwa przemiana wodanów węgla sprawą pierwotną. W takich przypadkach cukrzycy poziom cholesteryny, lecytyny i kwasów tłuszczowych jest wzmożony, przychodzi do odkładania się cholesteryny w rozmaitych narządach jak w drogach żółciowych (kamica żółciowa, wątrobowa) w ścianie naczyń krwionośnych *(endarteritis obliterans)* jakto mówca miał możność wspólnie z Kędzierskim spostrzegać i opisać (P. G. Lek. 1927 w 6 i 7) na dnie oka *retinitis diabetica punctata)* na skórze *(xanthomatosis diabetica)*. W takich przypadkach leczenie przeciwcukrzycowe, a zwłaszcza skąpocholesterynowe i insulinowe daje pomyślne wyniki. Należy pamiętać, że insulina obniża nie tylko cholesterynę, krążącą we krwi, ale usuwa też cholesterynę, zdeponowaną w tkankach. — Kol. F e l s J. zapytuje, czy w przedstawionym przypadku były objawy niedołęstwa Tay-Sachsa, dlaczego spleno-hepatomegalia Niemann-Picka łączy się często z niedołęstwem rodzinnem Tay-Sachsa i czy przyczyną tego nie są komórki tłuszczowe, które w spleno - hepatomegalii znaleść można także w mózgu? — Kol. C h w a l i b o g o w s k i A. odpowiada na pytania, postawione w dyskusji.

Sekretarz: *St. Legeżyński.*

Sprawozdanie z XIII Międzynarodowego Zjazdu okulistycznego w Amsterdamie i Hadze oraz z historycznej Wystawy okularów (5. — 13. IX. 1929 *).

Podobnie jak ogólne międzynarodowe zjazdy lekarskie, mają i kongresy okulistyczne już swoją tradycję. Pierwszy zjazd światowy okulistów odbył się w Brukseli w r. 1857 a uczestniczyli w nim założyciele nowoczesnej okulistyki: H e l m h o l t z, G r a e f e i D o n d e r s. Dalsze zjazdy urządzano przeciętnie co cztery lata a następujące miasta gościły okulistów: dwa razy z rzędu Paryż (gdyż w r. 1866 cholera wybuchła we Wiedniu), później Londyn, New-York, Medjolan, Heidelberg, Edinbourgh, Utrecht, Lucerna i Neapol. W r. 1914 planowano odbycie międzynarodowego zjazdu w Petersburgu ale wybuch wojny zniweczył te zamiary. Ponieważ jednak prace naukowe do tego zjazdu były w całości zebrane, postanowiono je wydać drukiem jako prace zjazdu XII.

Obecny XIII, w ścisłem tego słowa znaczeniu międzynarodowy kongres, poprzedziły w latach powojennych dwa zjazdy: jeden w Washingtonie w r. 1922, drugi w Londynie w r. 1925 dla narodów mówiących językiem angielskim.

Mimo starań ze strony Ameryki i Anglji nie można było doprowadzić do zgody między powaśnionymi przez wojnę narodami. Francuskie i belgijskie towarzystwa okulistyczne założyły protest na wypadek, gdyby Niemców dopuszczono do wspólnych obrad; dopiero w r. 1927 przychodzi do obopólnej zgody i zostaje wybrany komitet międzynarodowy ze współudziałem Niemców, który zajął się przygotowaniem XIII zjazdu. W komitecie tym Polska miała również swoich delegatów.

Wśród 24 narodowości, których przedstawiciele zgłosili wykłady na zjazd obecny, najliczniej zastąpione były Niemcy (wykładów 36) następnie idzie Francja (34), Ameryka (25), Anglja (20), Hiszpanja (17), Włochy (13), Austrja (11), Polska (10), Węgry i Palestyna po 5, Belgja i Japonja po 3 a inne narody po 2 lub 1 wykładzie.

Na zjeździe było obecnych około 800 (według spisu członków zamieszczonych w gazecie wydawanej p. t. XIII Concilium ophtalmologicum). Jest to pokaźny odsetek, jeżeli się weźmie pod uwagę, że w całym świecie rozprószonych jest okulistów 10.000, jak to wynika ze żmudnej pracy komitetu, wydanej w postaci osobnego obszernego tomu p. t. *„Indicia ad oculorum morbos medicosque ab oculis pertinentia, rationum in modum collecta"*. Książka ta za-

*) Wygłoszone wraz z pokazem przeźroczy na posiedzeniu naukowem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 11. X. 1929 roku.

wiera poza nazwiskami i miejscem zamieszkania wszystkich okulistów całego świata, także wyliczenie wszystkich ocznych zakładów leczniczych, towarzystw okulistycznych, czasopism okulistycznych a w końcu zakłady i szkoły dla ślepych. Jak z tytułów poszczególnych rozdziałów widać, praca w tem dziele zawarta jest olbrzymia.

Sprawozdanie z działalności zjazdu musimy podzielić na 3 działy. Pierwszy dział ściśle naukowy obejmował wykłady programowe nazwane klasyczną nazwą „Symposia" i wykłady oraz demonstracje poszczególne; te ostatnie wskutek nadmiernej ilości znowu rozdzielono na 3 odrębne grupy. Wykłady programowe odbywały się stale w wielkiej auli Instytutu kolonialnego, inne zaś odczyty i pokazy w tejże sali lub położonych w najbliższem sąsiedztwie salach wykładowych Anatomji i Hygjeny.

Pierwsze *„symposium"* na temat: *„Etjologja i leczenie nieoperacyjne jaskry"* wygłosili Duke-Elder z Londynu, Hagen z Oslo, Magitot z Paryża i Wessely z Monachium.

Duke-Elder, znany ze swych licznych prac doświadczalnych, rozpatruje temat jaskry ze stanowiska fizjologicznego. Uważa on że podwyższenie ucisku śródocznego przy jaskrze nie jest istotnym czynnikiem chorobotwórczym, tylko wskaźnikiem zaburzeń w równawadze termodynamicznej między ciśnieniem kapilarnem krwi, napięciem osmotycznem osocza krwi z jednej strony a cieczą wodną i objętością wewnętrznej zawartości gałki z drugiej strony. Badacz ten uważa ciecz wodną jako djalizat krwi naczyń włosowatych. Istotną cechę termodynamicznej równowagi stanowi wzajemny stosunek między osoczem krwi a cieczą śródgałkową (obniżenie przy zawartości soli, wzrost przy zasadowości krwi, rozszerzeniu naczyń i zwiększeniu przepuszczalności naczyń włosowatych). Istnieje jeszcze drugi stosunek między cieczą śródgałkową a ciałem szklistem (pęcznienie ciałka szklistego w następstwie zaburzeń w krążeniu), chociaż ten ostatni nie odgrywa tak ważnej roli. Mimoto jednak dalsze badania będą musiały się zająć zmianami, jakie zachodzić muszą w wewnętrznym metabolizmie samego ciałka szklistego. Uwzględnić jeszcze trzeba równowagę, jaka istnieje między osoczem krwi naczyniówki włosowatej a czuciowym przybłonkiem siatkówki.

Zaburzenia w naczyniach włosowatych i utrudniony odpływ przez kanał Schlemma są czynnikami sprzyjającymi powstaniu jaskry. Leczenie chirurgiczne jest tylko zabiegiem paljatywnym, łagodzącym objaw wzmożonego ucisku a nie trafiającym w sedno sprawy chorobowej. Mimoto, wobec nieświadomości naszej co do właściwej istoty cierpienia, leczenie lekarstwami nie może być dość usprawiedliwionym zastępczym środkiem zabiegu operacyjnego.

Magitot uwzględnia w swym wykładzie stronę bardziej kliniczną i jest zdania, że jaskra żadną miarą nie może być utożsamioną z podwyższeniem ucisku śródocznego. Zdarzają się bowiem przypadki, że wysoki ucisk i zmiany ze strony nerwu wzrokowego nie przebiegają ze sobą równolegle, jak np. spostrzegany jaskrowy zanik nerwu wzrokowego przy braku podwyższonego ucisku.

Magitot uważa, że istotę jaskry stanowi sprawa obrzękowa i omawia rozmaite teorje powstawania obrzęków, uwzględniając przytem fizyko-chemiczne czynniki jak zmiany w równowadze osmotycznej lub stosunku jonów wodorowych. Przyznaje także, że nerwowe, hormonalne, toksyczne, zakaźne czynniki mogą odgrywać pewną rolę w powstawaniu jaskry — należy tu także zaliczyć wpływ autolizy komórkowej. Jak z tego zestawienia widać, przyczyny powstawania jaskry są różnolite. Według Magitot'a w patogenezie jaskry główną rolę odgrywają zaburzenia w przepuszczalności ścian naczyń włosowatych, przysposobione do tego przez jeden lub kilka poprzednio wymienionych czynników.

Ale najważniejszemi są wnioski praktyczne, jakie Magitot wyprowadza ze swoich wywodów. Zaznacza on z naciskiem, że oko chore na jaskrę jest tylko jednem z ogniw schorzenia ogólnego ustroju *„que le glaucome est un oeil malade dans un corps malade"* i wielki nacisk kładzie — obok leczenia miejscowego oka — na leczenie ogólne. I na tem miejscu zwrócić się należy do kolegów internistów, aby raczyli pomóc okulistom w pokonaniu tego cierpienia. Szczegółowe badanie stanu ogólnego, zaburzeń w wydzielaniu, zaburzeń sercowo-naczyniowych, dziedzicznej lub nabytej kiły, zaburzeń w czynności wątroby lub gruczołów dokrewnych może w niejednym przypadku dać wskazówki dla swoistego leczenia i przyczynić się temsamem do powstrzymania dalszych postępów tej zgubnej choroby.

Nad etjologją jaskry i leczeniem nieoperacyjnem zastanawia się Hagen również z punktu widzenia klinicznego. Spostrzeżenia nad zachowaniem się krzywej w różnych postaciach jaskry (przy jaskrze prostej krzywa z nocnem podwyższeniem, przy jaskrze następowej krzywa nocna z obniżeniem ciśnienia) czynią prawdopodobnem przypuszczenie, że patogeneza rozmaitych postaci jaskry jest różnolita. W pierwszym przypadku przyjąć należy utrudniony odpływ, w drugim wzmożone wydzielanie. Stare doświadczenie, że zachowanie się źrenic ma pewien wpływ na wysokość ciśnienia przemawia za tem, że podwyższenie ucisku w niektórych postaciach jaskry polega na zaczopowaniu dróg odpływowych w kącie komórkowym i że działanie środków zwężających źrenicę polega właśnie na fakcie uruchomienia tychże dróg. W przypadkach jaskry, w których przypuszczamy, że przyczyną zwiększonego ucisku jest zwiększone wydzielanie, miotica już nie wystarczają i w tych przypadkach wskazane są środki, które są w stanie zadziałać na naczynia śródgałkowe (adrenalina).

Końcowy referat Wessely'ego rzuca krytyczny snop światła na poruszone przez poprzednich mówców zagadnienia. Przyznać musimy, że procesy zachodzące przy jaskrze nie dadzą się w zupełności wytłumaczyć nawet najmodniejszemi teorjami fizyko-chemicznemi. Zaliczenie jaskry do rzędu problemów konstytucyjnych również sprawy nie rozwiązuje a wpływy, którym ciśnienie śródoczne podlega są tak różnolite, że każda teorja uwzględniająca tylko jeden z tych czynników już zgóry zawiera w sobie zarodek niedoskonałości. Jesteśmy zmuszeni w patogenezie jaskry wrócić znowu do tkanek samego oka i tu przedewszystkiem muszą zadziałać nasze środki lecznicze. Z pośród lekarstw miejscowych miotica nadal stoją na pierwszem miejscu; adrenalina ma zastosowanie tylko w ściśle określonych przypadkach a usiłowania nowoczesne dla rozszerzenia zakresu działania lecznictwa lekowego nie powinny żadną miarą stać na przeszkodzie zabiegom operacyjnym. Najważniejszem jest aby nie przeciągać leczenia konserwatywnego i aby jaskra jak najwcześniej dostała się do leczenia operacyjnego.

Nie podobna w ramach dzisiejszego wykładu streszczać przemówień każdego z prelegntów, którzy w dyskusji brali udział. Zainteresowała mnie tylko w szczególności indywidualność Hamburgera, który przez szereg lat był propagatorem leczenia jaskry adrenaliną względnie pokrewnemi preparatami jak glaucosan lub aminglaucosan. Hamburger dał tym razem za wygraną wszystkim przez siebie reklamowanym środkom i wystąpił z teorją nową, która zastosowana w praktyce ma rzekomo obniżać ucisk śródoczny. Hamburger wychodzi z tego założenia, że irydektomja dokonana przy jaskrze dlatego obniża ucisk śródoczny, że wywołuje urazowe zapalenie tęczówki, które — jak z praktyki codziennej wiadomo — przeważnie obniża ciśnienie śródoczne. Aby sztucznie takie zapalenie wywołać, zaleca Hamburger przyżeganie twardówki przy rąbku i spodziewa się że dalsze badania kliniczne jego hipotezę potwierdzą.

Po doświadczeniach z adrenaliną nie można chyba oddawać się złudzeniu, że środek na niezawodne obniżenie ucisku śródocznego został wynaleziony.

„Symposium" II obejmowało rozprawy na temat: *„Rozprzestrzenienie geograficzne jaglicy i międzynarodowa walka społeczna z jaglicą"*.

Dla zapoznania się z tematem każdy z uczestników zjazdu otrzymał osiem broszur, większej lub mniejszej objętości, zawierających sprawozdania zapisanych do głosu mówców. Dla zobrazowania całokształtu wymienię poszczególnych współpracowników:

Grosz (Węgry). Hanke (Austrja), Bakker (Indje Niederlandzkie), Wright (Indje angielskie), Fergusson (Nowa Zelandja), Falen (Luxemburg), Soria (Hiszpanja), Pinto (Portugalja), Petit (Francja), Cuenod (Tunis), Talbot (Annam). Mijashita (Japonja i Chiny), Sobty Bey (Egipt), Vefik Bey i Fehmi (Turcja), Said (Syrja), Hindawy (Arabja), Chams (Persja), Ticho (Palestyna), Maggiori (Włochy — wraz z dodatkiem o rozprzestrzenieniu jaglicy w Belgji, Rumunji, Czechosłowacji i Polsce), Bruckner (Czechosłowacja), Selenkowsky (Rosja). Wreszcie praca Wibaut z Amsterdamu p. t. *Mappa mundi trachomae.*

Brakło w tych sprawozdaniach osobnej pracy o Polsce, mimo że praca Zacherta *„statistique du trachome en Pologne"* okazała się w styczniu b. r. w *Revue du Trachome.* W związku z tem zaznaczyć muszę, że Polska na mapie tej ma wyznaczoną grupę trzecią, dochodzącą do 4,9% jaglicy w stosunku do ludności; co jednakże na zebraniu ogólnem w dyskusji sprostowanem zostało przez Marszałka Szymańskiego, który opierając się na datach rządowych dostarczonych przez Zacherta rewindykował dla Polski miejsce drugie.

Nie będę przytaczał szczegółowych cyfr statystycznych i rozmaitych sposobów zwalczania jaglicy, stosowanych także i u nas w kraju.

Z poszczególnych przemówień wymienię tylko fakty bardziej ogół zajmujące.

Grönholm stwierdza, że jaglica jest zawsze jeszcze bardzo rozpowszechnioną na Litwie i Łotwie, w Estonji i Finlandji i że dopiero w ostatnich czasach następuje poprawa tych stosunków. Kraje skandynawskie są prawie zupełnie wolne od jaglicy. Badania Grönholma wykazują pewną przewagę płci żeńskiej w statystyce jaglicy, co możnaby tem wytłumaczyć, że kobiety częściej i dłużej przebywają w ciasnych zamkniętych ubikacjach. Maksymalną wrażliwość na jaglicę można wykazać do 15 roku życia. Według zestawień rent inwalidzkich w Finlandji wynosi obniżona zdolność zarobkowania chorych jagliczych kilka miljonów rocznie.

Zmniejszanie się jaglicy w Finlandji wykazuje pewną okresowość, co może stać w związku z tem, że jadowitość zarazka jaglicy podlega również pewnym wahaniom.

Mijashita referuje w języku niemieckim o jaglicy w Japonji. Według zestawień statystycznych 10% ludności choruje na jaglicę. Również zaznacza się przewaga płci żeńskiej i zwiększone pojawianie się powikłań wraz z postępującym wiekiem. Japonja prowadzi bardzo energicznie walkę z jaglicą. Osoby, których zawód usposabia do rozszerzania jaglicy, stoją pod kontrolą policyjną i zmuszone są do leczenia. W przeszło 1000 zakładach leczniczych leczy się rocznie około 350.000 chorych na jaglicę.

Maggiore z Rzymu ilustruje na mapach stosunki geograficzne jaglicy we Włoszech. Często się zdarza, że okolice z wielką ilością przypadków jaglicy sąsiadują z takiemi, gdzie jaglicy jest mało. Obok klinik i ambulatorjów przeprowadza się wszędzie badania dzieci szkolnych a nawet w szkole stosuje się leczenie.

Bey referuje o klasycznym kraju jaglicy, Egipcie, gdzie 90% ludności choruje na jaglicę. Tylko arystokracja wśród tubylczej ludności stanowi pewien wyjątek. Rasie nie przypisuje mówca wielkiego wpływu na powstawanie jaglicy. Dzieci są prawie zawsze zakażane przez matkę. Schorzenia dróg łzowych mają, według Beya, wielkie znaczenie dla przebiegu choroby.

Według referatu Zorji prowadzi Hiszpanja od r. 1915 walkę z jaglicą. Znaznajomiono praktycznych lekarzy z jaglicą, zaprowadzono przymus meldunkowy, którego rezultatem była statystyka cały kraj obejmująca. W Madrycie jeszcze 25%, na południu 85% znajduje się chorych na jaglicę w materjale klinicznym. Organizacja walki z jaglicą obejmuje obok komitetu centralnego także komitety prowincjonalne i zakłada się specjalne szkoły i szpitale dla jagliczych.

Trudno referować przemówienia dalszych kilkudziesięciu mówców zapisanych do dyskusji. Streszczę jeszcze tylko przemówienie Zacherta z Warszawy, który przedstawił obecny stan rozprzestrzenienia się i zwalczania jaglicy w Polsce. Zachert zaznacza, że powrót licznych emigrantów z Rosji w czasie powojennym spowodował wzrost jaglicy w kraju, co dało się specjalnie odczuć w sierocińcach i przytułkach dla dzieci (20%). W związku z tym faktem czynnych jest w Polsce 13 klinik jagliczych z 2200 łóżek, gdzie 7000 dzieci było leczonych, tak że ilość chorych leczonych w tych zakładach spadła w r. 1924 do 13% a w r. 1928 6%.

U dzieci szkolnych częstość jaglicy wynosi 1%; w niektórych miejscowościach zorganizowano klasy jaglicze. Na prowincji istnieje 195 poradni przeciwjagliczych. Z powodu małej ilości okulistów, wciągnięto do akcji lekarzy praktycznych, wyszkolonych poprzednio na specjalnych kursach. W ostatnich latach dał się zauważyć znaczny spadek w częstości jaglicy.

Jako konkretny rezultat obrad nad jaglicą można uważać dwa wnioski: 1) aby jaglica pozostała nadal w programie obrad następnego międzynarodowego kongresu i 2) aby obecny zjazd wystąpił z inicjatywą międzynarodowego uregulowania imigracji i emigracji chorych na jaglicę.

„Symposium" III zajmowało się *„Rozpoznawaniem guzów nadsiodłowatych"*. (Christiansen, Cushing, Holmes, Bogaert).

Podczas gdy w obu poprzednich tematach programowych do głosu przychodzili tylko okuliści, to w sprawozdaniu nad tym tematem przemawiali także neurolodzy i chirurdzy. Wiadomą jest rzeczą, że często chorzy ze wspomnianem cierpieniem przychodzą najpierw o poradę do okulisty z powodu obniżenia bystrości wzroku. Trzeba wówczas pamiętać, że w rozwoju guzów chiasma często niema równoległości między objawami schorzenia dróg wzrokowych a wynikami badania wziernikowego. Zdarza się, że chory badany nie wykazuje na dnie oka żadnych zmian i że jedynie wynik badania pola widzenia może być tu miarodajnym. Stwierdzenie połowiczego pola widzenia rozstrzyga w tych przypadkach o rozpoznaniu.

Nie czuję się powołanym by streścić wykłady dotyczące rozpoznania różniczkowego, przebiegu choroby i postępowania operacyjnego. Wspomnę tylko o tabeli trwałych rezultatów, obejmujących przypadki z 6 do 10-letnią obserwacją, które Hirsch z Wiednia przedstawił zjazdowi. Operator ten dostaje się do siodła tureckiego drogą nosową i jest w stanie wyłuszczyć całkowicie guz w siodle się znajdujący. Jeżeli części guza znacznie przerastają siodło i nie dadzą się dosięgnąć narzędziami chirurgicznemi, wówczas wprowadzona do odpowiedniego miejsca puszka radowa powoduje dalsze zniszczenie istoty nowotworowej.

O skuteczności tej metody operacyjnej sam miałem sposobność się przekonać, mając w obserwacji pacjenta, inżyniera kolejowego, u którego przed dwoma laty wzrok począł się stale pogarszać a wziernikiem można było stwierdzić postępujący zanik nerwów wzrokowych. Pole widzenia wykazywało typową hemianopsję. Naświetlanie Roentgenem nie odniosło żadnego rezultatu, dopiero zabieg operacyjny wykonany przez Hirscha wzrok mu przywrócił. Dziś pacjent ten liczy jednem okiem palce w bliskiej odległości a drugiem okiem ma wzrok prawie prawidłowy tak, że nadal może pełnić służbę. Przypadek ten do statystyki Hirscha nie jest jeszcze wliczony.

Z powodzi wykładów (było ich około 250) wymienię jeszcze niektóre. Chcę kilka słów poświęcić jednemu z najcięższych schorzeń siatkówki, których leczenie stanowi prawdziwy crux ophtalmologorum. Mimo olbrzymiego piśmiennictwa dotyczącego tego przedmiotu, właściwa istota *oderwania siatkówki* dziś jeszcze nie jest wyjaśniona. Do hipotez dawnych przybywa obecnie nowa teorja Gonina z Lozanny, który twierdzi, że pęknięcie siatkówki w pewnem miejscu w następstwie ciągnienia ze strony ciałka szklistego jest bezpośrednią przyczyną oderwania siatkówki. Twierdzenie to o tyle jest nowem, że są okuliści, którzy pęknięciom tym przypisują znaczenie wtórne a inni uważają je nawet za objaw złego rokowania. Tymczasem Gonin głosi, że właśnie stwierdzenie takiego pęknięcia w siatkówce wskazuje drogę, która prowadzi do wyleczenia. Trzeba tylko w każdym przypadku to pęknięcie siatkówki znaleść, umiejscowienie jego określić i później galwanokauterem przypalić. Tworzy się w tem miejscu blizna, która zamyka otwór pęknięcia i tem samem doprowadza do wyleczenia oderwania siatkówki. Trudną jednak jest rzeczą pęknięcie to znaleść, czasami znajduje się ono na obwodzie, zdala od oderwanej siatkówki, czasami pokryte jest fałdem siatkówki. Dlatego też twierdzi Gonin, że nie trzeba się zrażać pierwszem niepowodzeniem, trzeba szukać za pęknięciem, wziernikując ze spokojem raz jeden i drugi a tym, którzy nie mają cierpliwości i przesądzają sprawę w sensie negatywnym, rzuca Gonin jako hasło biblijną sentencję: *cherchez et vous trouverez — szukajcie a znajdziecie"*. Ale nie na tem się kończy rola okulisty. Gdy pęknięcie owo zostało stwierdzonem, należy umiejscowienie jego najnajdokładniej określić, gdyż tylko zabieg operacyjny w najbliższem sąsiedztwie pęknięcia może dać dobre wyniki. Dlatego też istnieją dalsze usiłowania okulistów, aby znaleść praktyczną metodę dla dokładnego określenia miejsca pęknięcia.

Na lwowskiej klinice okulistycznej stosujemy przeszło od roku metodę Gonina w leczeniu oderwania siatkówki ale tak dobrych i trwałych rezultatów jak Gonin i Arruga z Barcelony dotychczas nie otrzymaliśmy. Być może, że przypadki, które my dostajemy do leczenia są przypadkami zastarzałemi, gdyż sam Gonin żąda, aby operację wykonać w kilka dni, najpóźniej w kilka tygodni po wystąpieniu oderwania.

Zapewne zainteresują Państwa także nowe usiłowania *wyjęcia zaćmy starczej w całości wraz z torebką*. Zabieg ten jest właściwie ideałem, do którego dąży technika operacyjna, gdyż usunięta zaćma wraz z torebką stwarza czystą źrenicę i nie daje powodu do powstawania zaćmy wtórnej. Metody te operacyjne omawiano i przedstawiano na filmach. Kalt z Paryża, Elschnig z Pragi pokazywali jak ujęcie torebki przedniej odpowiedniemi gładkiemi szczypczykami stwarza podstawę do oderwania soczewki od włókienek obwódki rzęskowej i do odpowiedniego jej wywichnięcia. Zrozumiałem jest, że metody te dopiero obecnie z większem powodzeniem dają się zastosować, kiedy zastrzyki pozagałkowe nowokainy z adrenaliną są w stanie spowodować takie obniżenie ucisku śródocznego, że obawa o wypadnięcie ciałka szklistego przy tych rękoczynach staje się płonną, kiedy możemy spowodować akinezję powiek i zapomocą szwu uzdowego ustalić gałkę w położeniu ku dołowi.

Także głośną przez kilku laty metodę Barraquera pokazywano nam na filmie. Metoda ta polega również na wydobyciu

zaćmy całej z torebką zapomocą wydrążonej łyżeczki, która przy użyciu elektrycznej pompy ssącej przytwierdza soczewkę do swego dna, tak że oderwać ją można od włókienek rzęskowych i na zewnątrz wydobyć.

Nie chcąc przedłużać sprawozdania pomijam wszystkie wykłady, niekiedy bardzo zajmujące z zakresu anatomji, fizjologji, biochemji, refrakcji, zaburzeń mięśni ocznych i t. d., a wspomnę tylko całkiem krótko o fotografji, która dla celów naukowych i dydaktycznych coraz większe znajduje zastosowanie w okulistyce. Fischer z Lipska demonstruje aparaty i przeźrocza ze zdjęć fotograficznych odblasków rogówki (Reflexphotographie), które odmiennie wypadają w stanach prawidłowych i chorobowo zmienionych. Stereoskopowa fotografja dna oka zapomocą specjalnych kamer Nordensona staje się już łatwą w zastosowaniu, Hartinger z Jeny stwarza zdjęcia bezodblaskowe a Nida z Paryża czyni pierwsze próby, aby zdjęcia z dna oka umożliwić w barwach naturalnych.

Na zakończenie sprawozdania z części naukowej chciałbym wymienić jeszcze tytuły wykładów polskich prelegentów:

1) Abramowicz (Wilno): Nowy sposób mierzenia szkieł cylindrycznych.

2) Kapuściński (Poznań): O różnicy objawów między oderwaniem siatkówki starczem a oderwaniem siatkówki krótkowzrocznem.

3) Melanowski i Ławrynowicz (Warszawa): Badania nad bakterjologją jaglicy.

4) Melanowski i Szymański (Wilno): Uwagi nad specjalnością okulistyki w Polsce.

5) Noiszewski (Warszawa): Ostrość wzroku, rozpoznanie i lokalizacja znaków optycznych.

6) Noiszewski (Warszawa): Rzuty korowe siatkówki i omamy wzrokowe prawdziwe i rzekome.

7) Pines (Białystok): Operacyjne leczenie schorzeń rogówki przy acne rosacea.

8) Reis (Lwów): Pęcherzyki gazu w przedniej komórce oka, nowy objaw kliniczny przerzutowego zapalenia całej gałki ocznej na tle prątka okrężnicy w przypadku cukrzycy.

9) Szymański (Wilno): Demi-Elliot (przedstawienie filmu).

10) Zachert (Warszawa): Obecny stan rozprzestrzenienia jaglicy i organizacja walki z jaglicą w Polsce.

Drugi dział sprawozdania obejmowałby wystawy ze zjazdem złączone. Bardzo bogato zastąpioną przez liczne firmy niemieckie, francuskie i angielskie była *wystawa aparatów do badań*, które stale demonstrowane były przez wytwórców. Można więc było zapoznać się z nowemi modelami oftalmometrów, lamp szczelinowych, perymetrów z oświetleniem elektrycznem dla badań wieczornych, przyrządów do oznaczenia siły szkieł; demonstrowano polyoftalmoskop umożliwiający oglądanie dna oka równocześnie 8 osobom, adaptometr w postaci olbrzymiej czarnej bani wewnątrz wybielonej i oświetlonej światłem stopniowanem do badań zdolności odróżniania światła, aparaty do fotografji dna oka, aparaty do kolorowych zdjęć filmowych systemem Buscha (pokazy tych filmów odbywały się w godzinach wolnych od wykładów) i t. p.

Wystawa narzędzi chirurgicznych dała możność oglądania instrumentów nowszych, znanych tylko z opisu a wytwórnie szkieł refrakcyjnych i opraw do okularów wystawiły również dużo modeli.

Na osobne wyróżnienie zasługuje *historyczna wystawa okularów*, przygotowywana przez rok cały przez komitet złożony z następujących okulistów: Greeff (Berlin), Hallauer (Bazyleja), Lundsgaard (Kopenhaga), Pflugk (Drezno), Reis (Lwów), Simon (Barcelona), Weve (Utrecht). Prace przygotowawcze dotyczyły nietylko zebrania, o ile możności, wszystkich dokumentów, dotyczących okularów ale także systematycznego ich ułożenia w katalogu, który poza przemijającą wystawą posiadałby także trwałą wartość historyczną. Wystawa umieszczona w salach Instytutu kolonjalnego zawierała całkowity przegląd rozwoju okularów ze szczególnem uwzględnieniem czasów dawniejszych. Wiadomą jest rzeczą, że sztuka czasów dawnych, w szczególności zaś malarstwo, dostarcza nam bardzo dużo danych o wyglądzie okularów i ich zastosowaniu. Począwszy od roku 1352 — najstarszy obraz z okularami znajduje się w kościele w Treviso — spotykamy w sztuce odtworzone rozmaite postacie okularów w ich chronologicznym porządku. Od okularów nitowanych począwszy, poprzez łękowate, skórzane, kleszczowate, nożycowate i inne, do monokli i okularów wschodnio-azjatyckich — wszystko było na wystawie przejrzyście ugrupowane.

Dla orjentacji dodam, że w Polsce pierwszą reprodukcję okularów spotykamy w dziełku muzycznem Sebastiana z Felsztyna z r. 1520, na którą zwrócił uwagę prof. Bednarski, opisując ten drzeworyt w Arch. Histor. i filoz. medyc. i w dziele p. t. Historja okulistyki w Polsce w wieku XIII — XVIII.

Dalsze poddziały wystawy dotyczyły rozmaitych rodzajów okularów: były więc przedewszystkiem szkła do czytania a wśród nich ogromnie dużo anachronizmów (przeważnie postacie biblijne w szkła zaopatrzone), szkła do patrzenia w dal dla kobiet, ryciny przedstawiające handlarzy okularów. Osobny poddział stanowiły okulary jako ornament (znaki wodne, herby, stampilje) lub godła, okulary w minaturach, grafice i rzeźbie. Osobno zebrane były także okulary sławnych mężów i wreszcie dwa ostatnie rozdziały, opracowane przezemnie p. t. okulary w karykaturze i djabeł w okularach. Zamiast opisu pozwolę sobie pokazać Państwu w projekcji kilka wysłanych przezemnie eksponatów.

Pod koniec nie można pominąć *strony organizacyjnej i towarzyskiej zjazdu*, która w pamięci wszystkich uczestników z wdzięcznością i uznaniem została zapisaną. Miejscowy komitet organizacyjny z prof. Hoevem na czele i prof. Zeemannem, przy udziale prof. Wevego i sekretarza prof. Marxa uczynił wszystko, by uczestnikom pobyt w Holandji uprzyjemnić. Nie zapomniano o osobach towarzyszących członkom zjazdu, istniał bowiem osobny komitet pań, który podjął się oprowadzania towarzyszek podróży po muzeach i urządzał wycieczki w godzinach przez wykłady zajętych. Nie było prawie dnia bez wieczornych przyjęć.

Dla uczczenia kongresu urządziło miasto Amsterdam koncert symfoniczny. Królowa i Jej Małżonek podejmowali cały zjazd w pałacu królewskim. W auli Instytutu jeden wieczór poświęcono pamięci Antoniego van Leeuwenhoek'a, pierwszego wynalazcy mikroskopu, okazując na filmie pierwociny spostrzeżeń mikroskopowych badacza i te same przedmioty zdjęte dziś najnowszą techniką filmową.

Królowa - Matka, która zajmując się w kraju sprawami pośrednio z okulistyką związanemi, dokonała otwarcia kongresu, zaprosiła również 150 delegatów zjazdowych — w tej liczbie także członków komitetu z wystawy okularów — na przyjęcie wieczorne do swego letniego pałacu w Soestdyk. Towarzystwo okulistyczne holenderskie przyjmowało zjazdowców w salonach pawilonu Vondelpark a towarzystwo lekarskie „de Geneeskundige Kring" przyjmowało nas wieczorem — po poprzedniej przejażdżce statkiem na kanałach Amsterdamu — herbatą w pawilonie Y. Po przeniesieniu się kongresu do Scheveningen nastąpiły przyjęcia przez ministra oświaty w starej sali rycerskiej „Ridderzaal" w Hadze i wieczór pożegnalny urządzony przez miasto w „Hotel de Twee Steden".

Polscy uczestnicy kongresu otrzymali ponadto zaproszenie do Poselstwa polskiego w Hadze, gdzie za staraniem Marszałka Szymańskiego odbyło się także powitanie kolegów francuskich i belgijskich.

W dnie przeznaczone dla wspólnych wycieczek, podzielonych z powodu nadmiernej ilości uczestników na cztery grupy, komitet przez dzień cały, na statku lub w poszczególnych miejscowościach, podejmował gościnnie wszystkich uczestników. Osobiście brałem udział w wycieczce autem do Edam, Hoorn i Enkhuizen, zakończonej przejażdżką statkiem po jeziorze Zuider a drogę do Scheveningen obrałem przez Harlem. W wycieczce tej brał także udział nestor okulistów, profesor Fuchs z Wiednia, który na zjeździe jeszcze w Amsterdamie otrzymał od Amerykanów złoty medal „National Society of Prevention of Blindness" nie udzielony dotychczas żadnemu cudzoziemcowi.

Pod znakiem wystawy historycznej okularów pozostawała także odznaka uczestników zjazdu. Jest to plakieta okrągła, sporządzona z holenderskiej porcelany w Delft, na której w środku widnieje sowa, z jednego boku umieszczona świeca a z drugiego okulary. Na odwrotnej stronie znajduje się przysłowie w języku holenderskim, które przetłumaczone na język niemiecki brzmi:

„Was nützen Kerz' und Brill
Wenn die Eul' nicht sehen will".

Rycina na plakiecie wzięta jest z obrazu Jana Steena, malarza holenderskiego z 17 stulecia. Obraz ten znajduje się w muzeum rządowem w Amsterdamie. Kombinacja trzech figur na rycinie dozwala na tak różnorodną interpretację, że komitet przyjął tę odznakę jako godło obecnego zjazdu okulistycznego.

Następny zjazd ma się odbyć za cztery lata w Madrycie.

W. Reis (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dni przeciwgruźlicze. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 4361/29. Warszawa, dnia 21 października 1929 r. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przypomina, że w myśl upoważnienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 4. XI. 1927 Nr. A. P. 11646/27/kwesta/R w okresie od 1 grudnia r. b. do 10 stycznia 1930 r. mają być organizowane wzorem lat ubiegłych „Dni przeciwgruźlicze", poświęcone propagandzie zwalczania gruźlicy oraz zbiórce funduszów na ten cel.

Akcja „Dni Przeciwgruźliczych" staje się coraz bardziej popularna i przynosi coraz większe zyski pieniężne, czego dowodem są wzrastające kwoty, zebrane w tym okresie na cele zwalczania gruźlicy, a które w okrągłych cyfrach przedstawiają się następująco: w roku 1926 osiągnięto ze sprzedaży znaczka przeciwgruźliczego 25.000 zł, w roku 1927 — 63.000 zł, w 1927/28 r. — 72.000 zł, w 1928/29 — 221.000 zł.

W celu osiągnięcia coraz lepszych wyników zarówno wychowawczych w kierunku uświadomienia społeczeństwa o istocie gruźlicy i jej zwalczaniu, jak i finansowych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o poparcie „Dni przeciwgruźliczych", kierując się przy ich organizacji instrukcją Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, przesłaną Panu Wojewodzie w roku ubiegłym przy piśmie okólnem z dnia 1. X. 1928 Nr. Z. H. 4451/28. W szczególności na terenie tych województw gdzie wojewódzkie komitety przeciwgruźlicze podczas ubiegłej kampanji nie były utworzone, lub działały słabo, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zwrócenie uwagi na zwiększenie intensywności akcji propagandowej w wyżej wymienionym okresie. Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia: *Adamski.*

V Kurs trachomatologiczny dla lekarzy. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. Z. 6290/29. Warszawa, dnia 10 października 1929 r. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st Warszawy.

Z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie w czasie od 28 listopada do 7 grudnia r. b. V kurs trachomatologiczny dla lekarzy, prowadzących przychodnie przeciwjaglicze, przychodnie oczne i ogólne, zakłady specjalne i oddziały dla chorych ocznych i jagliczych, oraz lekarzy sanitarnych, powiatowych, miejskich, rejonowych, szkolnych i t. p., sprawujących bądź nadzór nad akcją zwalczania jaglicy, bądź mających obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy. Zadaniem tego kursu będzie zapoznanie słuchaczy ze współczesnemi poglądami na istotę jaglicy, na metody leczenia, zapobiegania oraz organizowania społecznej walki z jaglicą. Program kursu dołącza się.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o powiadomienie interesowanych lekarzy o mającym się odbyć kursie i polecenie podległym władzom, aby właściwych lekarzy, którzy dotychczas takiego kursu nie przesłuchali, wezwały do wzięcia w nim udziału oraz udzieliły im wszelkich niezbędnych ułatwień, aby mogli wziąć udział w tym kursie.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) ze swej strony, aby umożliwić wzięcie udziału w tym kursie lekarzom, którzy nie będą mogli otrzymać delegacji służbowej od swej władzy bezpośredniej, na wniosek odnośnej władzy przełożonej przyznawać będzie zapomogi na pokrycie kosztów podróży i pobytu na kursie.

Kandydaci, ubiegający się o tego rodzaju zapomogę, winni za pośrednictwem swej władzy bezpośredniej do 10 listopada r. b. złożyć do Departamentu Służby Zdrowia podania, zaopatrzone w: 1) krótkie curriculum vitae, 2) poświadczenie bezpośredniej władzy o delegowaniu kandydata na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i diet.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) nadmienia, że liczba zasiłków jest ograniczona.

Kandydaci, którym zapomogi zostaną przyznane, będą niezwłocznie o tem powiadomieni.

W załączeniu przesyła się program kursu i warunki przyjęcia. *Dr. Piestrzyński* Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Program V-go kursu trachomatologicznego dla lekarzy, który się odbędzie od 28 listopada do 7 grudnia 1929 r. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie (ul. Chocimska 24).

I. część. — Wykłady. 1) Rola medycyny zapobiegawczej w zwalczaniu jaglicy (Wykład wstępny — Dr. Chodźbo (Warszawa).

2) Współczesne poglądy na istotę jaglicy (1 godz.) — Prof. Szymański (Wilno).

3) Symptomatologja jaglicy (2 godz.) — Prof. K. Majewski (Kraków).

4) Patogeneza jaglicy (1 g.) — Doc. Melanowski (Warszawa).

5) Epidemjologja jaglicy (1 godz.) — Dr. Zachert.

6) Rozsiedlenie jaglicy (1 godz.) — Dr. Zachert.

7) Jaglica, jako przyczyna ślepoty (1 godz.) Doc Melanowski.

8) Leczenie nieżytów spojówki (2 godz.) — Dr. Wojno (Warszawa).

9) Leczenie jaglicy prostej (2 godz.) — Dr. Zachert.

10) Leczenie jaglicy powikłanej (1 godz.) — Doc. Melanowski.

11) Zasady zwalczania jaglicy (1 godz.) — Dr. Zachert.

12) Profilaktyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.

13) Zadania przychodni przeciwjagliczej (1 godz.) — Dr. Zachert.

14) Zadania lekarza w zakresie zwalczania jaglicy (Seminarjum dyskusyjne) (3 godz.) — Dr. Zachert.

II część — 30 godz. zajęć praktycznych w klinikach okulistycznych i oddziałach szpitalnych oraz w przychodniach przeciwjagliczych w zakresie rozpoznawania, leczenia i zapobiegania jaglicy.

Kandydaci, pragnący wziąć udział w kursie, winni przesłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska l. 24), najpóźniej do dnia 10 listopada r. b., piśmienne zgłoszenie z podaniem wieku i zajmowanego stanowiska i przebiegu pracy (curriculum vitae). Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł, za zajęcia praktyczne 15 zł.

Liczba uczestników w zajęciach praktycznych jest ograniczona do 40-tu.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny, o ile wcześniej zarezerwują sobie miejsca.

Lwów.

Kurs położnictwa i ginekologji dla lekarzy odbędzie się od 12—21 grudnia b. r. w Klinice położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie. Kurs obejmować będzie:

A) Ćwiczenia praktyczne z zakresu położnictwa i ginekologji ze szczególnem uwzględnieniem postępowania w przypadkach położniczych patologicznych. Ćwiczenia te odbywać się będą bez przerwy przez cały czas trwania kursu.

B) Wykłady szczegółowe z demonstracjami z dziedziny dotyczącej: 1) raka macicy, 2) niepłodności, 3) leczenia upławów, 4) wewnętrznego wydzielania, 5) urologji ginekologicznej, 6) leczenia energją promieniotwórczą w ginekologji.

Wykłady i ćwiczenia odbywać się będą pod kierunkiem prof. Dr. K. Bocheńskiego przy współudziale asystentów klinicznych. Liczba uczestników ograniczona. Wpisowe 250 złotych. Zgłoszenia przyjmuje do 30 listopada b. r. Dyrekcja Kliniki. Pijarów 4.

Wilno.

Uchwały XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Pol. w Wilnie, mające związek z dziedziną wychowania fizycznego. XIII. zjazd podkreśla konieczność przyśpieszenia ustawy o zwalczaniu gruźlicy i tworzenia tak poradni, jak sanatorjów. Dla rozszerzenia walki z gruźlicą u ludzi XIII. Zjazd ponownie podkreśla konieczność udziału całego nauczycielstwa i duchowieństwa, i poleca delegacji stałej zwrócić się w tej sprawie do ministerjum W. R. i O. P., kuratorjów szkolnych i ordynarjatów biskupich. XIII Zjazd ponawia postulat wykładów higjeny na wszystkich wydziałach szkół wyższych i w seminarjach duchownych. Istnienie państwowego monopolu spirytusowego jest wręcz sprzeczne z racjonalnem zwalczaniem alkoholizmu. Monopol ten powinien być stopniowo usunięty. Zjazd, stwierdzając z uznaniem wielkie postępy w zakresie wychowania fizycznego dzięki pracy tak władz jak społeczeństwa, uważa za konieczne przyśpieszenie ustawy o wychowaniu fizycznem. XIII Zjazd ponawia jaknajgorręcej apel do prasy, aby unikała wiadomości sensacyjnych i pornograficznych, przedewszystkiem ze względu na to, iż silny wzrost przestępczości w Polsce, dowodzi wyraźnie wzrostu zarazy moralnej, jak również z tego powodu, że państwo Polskie zobowiązało się do zwalczania takiej literatury konwencją miedzynarodową. XIII Zjazd ponawia uchwałę XIII Zjazdu, wskazując na konieczność dołączenia spraw opieki społecznej do spraw zdrowia publicznego w jednym urzędzie naczelnym.

Nr. 47. 24. listopada 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Eugenjusz BRZEZICKI. Kraków.

O dystonji czyli skurczu torsyjnym *).

Z Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Piltz.

Spazm torsyjny jest chorobą, kóra mimo dość rzadkiego występowania doczekała się całego szeregu bardzo dokładnych i rzetelnie opracowanych monografij i większych prac. Z uczuciem zadowolenia należy stwierdzić, że głównie polscy uczeni zajęli się temi ciekawemi zaburzeniami motoryki, a prace Flataua i Sterlinga dalej Bregmana, Higiera i jeszcze kilku innych mają wprost podstawową wartość. W Polsce choroba ta nie przedstawia tak wielkiej rzadkości jak to bywa na Zachodzie i z pewnością każda z naszych klinik czy oddziałów szpitalnych mogłyby nam podobne przypadki nietylko pokazać, ale i podać liczne spostrzeżenia. Dlatego też dokładne opisanie tej choroby i zestawienie całej literatury jak to zwykle bywa przy opracowywaniu referatów, uważałem za zbyteczne, tembardziej, że w bieżącym roku głównym tematem Międzynarodowego Zjazdu w Paryżu był również skurcz torsyjny, gdzie można znaleść opracowanie piśmiennictwa doby ostatniej. Dziś chciałbym Państwu podać tylko krótkie zestawienie najnowszych zapatrywań na tę chorobę i dodać kilka wniosków, uzyskanych na podstawie dużego materjału z Kliniki Neurologicznej U. J. w Krakowie. Nasz materjał obejmuje kilkanaście przypadków dystonicznych, dokładnie klinicznie zbadanych i jeden przypadek, zbadany anatomicznie.

Piśmiennictwo doby ostatniej wypełnione jest pracami autorów, którzy zajmują się głównie uzgodnieniem poglądów na spazm torsyjny w następujących kierunkach:

1) Czy dystonja jest jednostką chorobową czy też raczej syndromem?

2) Czy jest chorobą dziedziczną?

3) Czy jest — że tak powiem — abiotrofją wyłącznie rasy semickiej?

4) Czy przez dystonję należy rozumieć tylko klasyczne przypadki, opisane pod nazwą *dysbasia lordotica* i spazmu torsyjnego, czy też należy ten syndrom ująć szerzej?

5) Czy znalezione dotychczas zmiany anatomiczne są charakterystyczne dla tej choroby?

Jest rzeczą oczywistą, że dawniejsi autorowie uważali spazm torsyjny za chorobę *sui generis*. Od czasu jednak, jak nasz naukowy słownik wzbogacono nowym terminem „syndromu" wyrażającego określenie pewnych objawów klinicznych bez względu na etjologję, ewolucję i lokalizację anatomo-patologiczną, a zwłaszcza od czasu Vogtów, którzy znowu od anatomo-patologicznych, a więc morfologicznych danych *(états)* chcieli uzależnić obrazy kliniczne, od tego czasu wiele obrazów chorobowych w neurologji starano się określić nazwą syndromu. Rzecz oczywista nie zawsze szczęśliwie; np. wysiłki Vogtów utrzymały się tylko w części. Jednak, jeśli chodzi o dystonję to prawie wszyscy autorowie nawet tacy, którzy przez dystonję rozumieją jedynie tylko objawy, opisane przez Ziehena i Oppenheima nie uważają jej za jednostkę chorobową, tylko za syndrom w szerokiem tego słowa znaczeniu. Na zmianę zapatrywania wpłynęło przedewszystkiem uznanie przez większość bliskiego pokrewieństwa tego stanu z innemi schorzeniami pozapiramidowemi, jak z chorobą Wilsona, pseudosklerozą, atetozą, pląsawicą Huntingtona, a nawet z parkinsonizmem. Takie wrażenie przynajmniej odnosi się czytając prace Bonhoeffera, Flataua i Sterlinga, Jeliffe'a, Oppenheima, Pollock'a, Spiller'a, Strümpla, Stertza, Sicard'a, Souque et Bertrand'a, Taylora, Thévénard'a, Wimmera i wielu, wielu innych.

Od czasu poznania stanów powstałych po nagminnem zapaleniu mózgu, w których zjawiają się czasami objawy dystonji, od czasu, jak do dystonji zalicza się nietylko stany klasyczne, ale i stany o hyperkinezach bardziej różnorodnych, składających się raczej z mięszaniny ruchów atetotycznych, pląsawiczych, myoklonicznych i ticków, od tego czasu jest niemożliwem uważać „dystonję" za jednostką chorobową. Obecnie cały szereg poważnych badaczy opisuje takie przypadki — nazwijmy je narazie atypowemi — zaliczając je do syndromu dystonicznego. I tak między innemi, opisano przy spazmie torsyjnym pierścień rogówkowy Fleischera, śmiech i płacz przymusowy, zaburzenia mowy i połykania, zajęcie hyperkinetyczne mięśni twarzy, sztywność, przypominającą chorobę Wilsona, drżenie i inne tym podobne objawy, nie należące zasadniczo do obrazu dystonji, opisanych przez pierwszych autorów. Nawet rzekomo tak typowy przypadek Richtera sławny z tego powodu, że był sekcjonowany, wykazywał spastyczny niedowład połowiczy. Wystarczy zresztą przeczytać paryski referat o spazmie torsyjnym Wimmera, by nabrać przekonania, że prawie wszyscy autorowie nie uważają spazmu torsyjnego za jednostkę nosograficzną, tylko za zespół chorobowy. Mam wrażenie, że największe podobieństwo wykazuje dystonja względnie spazm torsyjny — do atetozy. Zresztą dla Foerstera, Jakoba, Thévénard'a, Rosenthala i Wimmera spazm torsyjny i atetoza to prawie te same stany.

Kehrer, poważny znawca nauki o dziedziczności, zajmował się ostatnio sprawą dziedziczności spazmu torsyjnego. Otóż zdaje się, że nie omylimy się bardzo, jeśli powiemy, że właściwej dziedziczności w tej chorobie niema zupełnie, a niektóre, t. zw. dodatnie przypadki Mendla, Rosenthala, Prismanna, Freunda, a ostatnio Mankowsky'ego i Czerne'go nie mogłyby się ostać, jeślibyśmy je poddali ścisłej analizie. Należy jednak przyznać, że w rodzinach dystoników spotyka się czasami zaburzenia aparatu tonicznego lub zaburzenia hyperkinetyczne, czyli, że ewentualnie mamy w tych przypadkach jakąś „abiotrophię" układu motorycznego lub aparatu tonizującego, która w pewnych tylko warunkach może wyrodzić się w spazm torsyjny. Kehrer i Wimmer, omawiając dziedziczność w przypadkach Wechslera i Brocka, Dawidenkowa, mają pewne zastrzeżenia co do rozpoznania uważając je raczej za „degenerację hepato-lenticularną". Na podstawie piśmiennictwa zatem nie mamy narazie dostatecznych dowodów, by spazm torsyjny uważać za heredo-degeneratywną chorobę.

Ogólnie biorąc, miało się wrażenie, że spazm torsyjny jest chorobą wyłącznie rasy semickiej. Otóż w ostatnich czasach opisano liczne przypadki dystonji, u Amerykanów, Niemców, Francuzów, Polaków, Szwedów i Duńczyków. Mam jednak wrażenie, że mimo tych kilkunastu opisanych przypadków dystonji u osobników pochodzenia aryjskiego przecież większość idjopatycznych dystoników należy do rasy semickiej.

Jeśli przejrzymy dokładnie piśmiennictwo, to przekonamy się, że różni autorowie — zależnie od symptomatologji swoich przypadków — używali różnych nazw dla określenia syndromu dystonicznego. Oppenheim użył niezwykle celowo nazwy *dysbasia lordotica* dla przypadku dystonji o przewadze objawów lordozy z zaburzeniami chodu, a Flatau i Sterling, zwróciwszy główną uwagę na skręcające i ciągnące ruchy, spotykane u ich chorych, nazwali przypadki dystonji spazmem torsyjnym. Jednakże nie we wszystkich przypadkach dystonji mamy lordozę i nie we wszystkich przypadkach, opisanych jako spazm torsyjny, spotykamy się głównie z objawami kurczowemi. Do objawów opisanych przez Ziehena i Oppenheima, do objawów, tak po mistrzowsku sprecyzowanych przez Flatau'a i Sterlinga, dołączono jeszcze inne objawy dystonji, blisko tamtych stojące i częściowo płynnie, przechodzące w poprzednio wymienione objawy, tak, że siłą faktu musi się raczej utrzymać wprowadzona przez Oppenheima nazwa, szerzej obejmująca wszystkie dotychczas opisane przypadki. Mam wrażenie, że zupełnie niepotrzebnie utożsamia się narazie te 3 nazwy, gdyż tak dysbasia jak i spazm torsyjny mieszczą się raczej w dystonji i przedstawiają poddziały tego ciekawego zespołu. Dystonję należy bowiem uważać głównie za zaburzenie napięcia mięśniowego, cechujące się ciągnącemi, skręcającemi ruchami tułowia i równocześnie także i w kończynach występującemi hyperkinezami, powstającemi przez bardziej lub mniej ciągłą naprzemienność *(alternance)* unerwienia mięśni,, przez co przychodzi bądź do hypotonji bądź do hypertonji co daje obraz tego prawdziwego *„spasmus mobilis"*. Ten skurcz występuje zresztą czę-

---

*) Referat główny sekcji neurologicznej XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

ściej w tułowiu niż w kończynach (Wimmer). Nie zawsze jednak można to zauważyć. Na podstawie własnych przypadków mam wrażenie, że dystonja jest często hyperkinezą mięśni tułowia w której jeden powolny ruch mimowolny jeszcze się nie ukończył zupełnie, a już powstał drugi, co powoduje zlewanie się poszczególnych, spontanicznych ruchów, które są bardzo podobne do atetozy. Te zlewające się ruchy powodują najczęściej zupełne zniesienie znanego prawa Sherringtona naprzemiennego unerwienia *(Reciproke Innervation)*. Oprócz tych powolnych atetoidalnych ruchów spotyka się jednak często nagłe zwiotczenie mięśniowe, które przerywają raptownie te ciągnące, skręcające hyperkinezy.

Jest rzeczą ważną, że dowolny ruch mięśniowy wpływa wybitnie na zaburzone synergje mięśniowe, przez co ma przychodzić do tak zw. dystonji ułożeniowych *(dystonies d'attitude)*, podkreślanych przez francuskich autorów. Nie należy też uważać dystonji jedynie za wynik zmienności unerwienia mięśniowego. Pierwsi Wechsler i Brock oraz Thévénard podkreślili splecenie się zaburzeń kinetycznych z zaburzeniami tonusu postawnego, które są zasadniczemi składowemi dystonji. Ta teorja jest uzasadniona tembardziej, że cały szereg autorów (Morgue, Bing und Schwartz, Foerster, Wimmer, Thévénard i t. d.) opisał skurcz torsyjny, przypominający swojemi cechami sztywność wymóżdżeniową Sheringtona.

W ostatnich czasach zaliczono do dystonji jeszcze i segmentarne zaburzenia tonusu w mięśniach szyji i głowy, które dotychczas nazywano *torticollis*. Również i t. zw. *Krampusneurose*, opisana przez Wernickego, Wollenberga i Foerstera należy uważać za segmentarną dystonję, umiejscowioną w pośladkowych mięśniach podudzia.

Widzimy zatem, że do pierwotnych obrazów, opisanych pod nazwą *dysbasia lordotica*, dodano z biegiem czasu — po dokładniejszem poznaniu mechanizmów ruchowych, powodujących tę chorobę, formy identyczne co do charakteru mające jednak nieco odmienna symptomatologję, np. kyphoskoliotyczną, wymóżdżeniową, *torticollis*. W ten sposób rozszerzono znacznie obszar tego syndromu. Również i poznanie *encephalitis epidemica*, która jak się okazało jest prawdziwą kopalnią najróżnorodniejszych postaci zaburzeń pozapiramidowych, wpłynęło na to, że dystonję uważa się za syndrom a nie za jednostkę chorobową. Pokazało się bowiem, że w przebiegu parkinsonizmu lub nawet innych chorób może również przyjść do przejściowych zaburzeń toniczno - hyperkinetycznych, odpowiadających objawom dystonji.

Niezmiernie ciekawy jest kliniczny rozwój spazmu torsyjnego. Niestety, takich przypadków, w których zdołano zebrać dokładne wiadomości co do dalszego ich przebiegu, jest stosunkowo mało. Jest rzeczą ciekawą, że — o ile mi wiadomo — z dotychczas opisanych przypadków zdaje się tylko 2 przypadki Barkmanna a także Richtera zachowały do śmierci bez najmniejszej zmiany pierwotne objawy skurczu torsyjnego. Należy jednak dodać, że przypadek Richtera, który, nota-bene. stał się wprost sławnym, z powodu przeprowadzonego histologicznego badania, jest uważany za atypowy, a był za życia rozpoznawany z początku za pląsawicę, lub atetozę, a dopiero przed śmiercią za dystonję. Wszystkie inne znane mi przypadki dystonji, których jest mniejwięcej kilkanaście, zmieniły swój wygląd symptomatologiczny, przemieniając się z biegiem czasu przeważnie w sztywność pozapiramidową o charakterze parkinsonowskim lub choroby Wilsona. Dlatego słusznie podnoszą różni autorowie, że ten polimorfizm kliniczny w przebiegu dystonji przemawia raczej przeciw ujęciu dystonji jako jednostki nosologicznej.

Mam zatem wrażenie, że wyrażę ogólne dążenie jeśli zaznaczę, że tak *dysbasia lordotica*, jak i *kyphoscoliotica*, jak i formy wymóżdżeniowe i *torticollis*, — to tylko poszczególne podziały zlewających się ze sobą w jedną całość form jednego i tego samego syndromu dystonicznego. Jądro tego syndromu stanowi idjopatyczną postać dystonji w postaci dysbatycznej, lordotycznej lub kyphotycznej, a nawarstwienia składają się z form nabytych a więc dystonji symptomatologicznej.

Chciałbym teraz podać w skróceniu kilkanaście historji chorób dystoników ułożonych według etjologji.

1) Izak F. Her. 0. Obecna choroba miała się rozpocząć w 15 roku życia. Pierwsze objawy: zrywanie nóg podczas chodzenia i ciągnięcie nogi prawej za sobą. Chory jest dość sprytny jako kupiec jednak niezbyt inteligentny. Wszystkie mięśnie bardzo rozwinięte. W pozycji pionowej lordoza i skolioza w prawo. Napięcia mięśni zwłaszcza uda lewego bezowocne. Ruchy tułowiem są bardziej nagłe niż skręcające, polegają na wyginaniu się do tyłu i na przesuwaniu miednicy ku górze i ku bokom. W rękach ruchy atetoidalne, w nogach raczej pląsawicze. Przewaga hyperkinez w stawach dużych. Poza skurczami uwydatnia się raczej zmniejszenie napięcia mięśniowego. Podczas chodzenia nagłe zwiotczenia w nogach i przytupywania. Liczne współruchy. W twarzy widoczne ruchy mimowolne. Czasami ogólne przejściowe ułożenia wymóżdżeniowe. Wrażenia wzmagają hyperkinezę.

2) Sch. L., lat 14. Od 4 lat zaburzenie chodu, które się zaczęło od niezgrabności prawej nogi oraz niezgrabności ręki prawej. Po pewnym czasie wystąpiła silna lordoza, zwłaszcza podczas stania i chodzenia która po pewnym czasie ustąpiła miejsca skręcającym ruchom przechylania się ku przodowi z podnoszeniem głowy ku tyłowi, przyczem wystąpiły atetoidalno-pląsawicze to rzadkie, to powolne skręcania w kończynach, głównie prawej strony. Najczęstszym obrazem jest fragmentarne wymóżdżeniowe ustawienie ręki prawej i ustawienie nogi prawej w położeniu wyprostnem i w pozycji szpotawej. Podczas chodzenia, przytupywania i nagłe utraty napięcia mięśniowego w nogach, prowadzące do przysiadywania. Chory mówi, że jakby mu nogi podcinało.

3) Kr. Józef, lat 29. Od 21 r. ż. zaczęła słabnąć najpierw prawa noga, potem prawa ręka; podczas stania i chodu wystąpiła lordoza i skolioza prawostronna, głowę zaś ciągnęło ku tyłowi. Obraz się powoli stopniowo zmienił: Lordoza ustąpiła a wystąpiło powolne i skręcające przechylanie się ku przodowi. Głową zaczęło skręcać, tak jak przy *torticollis*, jednak raz w prawo raz w lewo. Wystąpiły niezbyt wybitne atetoidalne ruchy w rękach i nogach oraz zarzucanie prawej ręki za tułów. Prawa noga prawie stale w ułożeniu szpotawo-końskiem. Podczas chodzenia coraz silniejsze ściągania ku przodowi. Wyprostowanie jest możliwe jednak tylko na krótki czas. Napięcie mięśniowe poza kurczami normalne.

4) W. Antoni, lat 18. Od 12 r. ż. zauważyła matka, że syn gorzej chodzi z powodu osłabienia nogi lewej. Nieco później wystąpiło osłabienie ręki lewej z drżeniem. Następnie wystąpiły lekkie pląsawiczo-atetotyczne ruchy głównie w lewej ręce W nogach wystąpiła lekka sztywność. Podczas chodzenia lordotyczne wykręcania tułowia, a od czasu do czasu nagłe prężenia z jeszcze większą lordozą. Jakiś czas później wystąpił śmiech przymusowy i lekkie hyperkinezy w twarzy. Od roku utrudnienie wymawiania słów oraz objawy opuszkowe. Chory inteligentny. Przy końcu wystąpiły balistyczne ruchy w ręce lewej i objawy móżdżkowe w postaci dysmetrji i lekkiej asymetrji. Przed samą śmiercią toniczne skręcania szyji i tułowia o charakterze dystonicznym oraz okręcające ruchy (Rollbewegungen), które groziły wypadnięciem chorego z łóżka.

Nie wchodząc w szczegóły, które będą omówione na innem miejscu przedstawiliśmy skróty historji chorób 4 idjopatycznych form dystonji. Z tych przypadek I i II to formy odpowiadające klasycznym przypadkom *dysbasia lordotica*, III to *dysbasia kyphoscoliotica* z plikaturą ciała do przodu, a IV to forma w której należy podkreślić polimorfizm kliniczny. Do dysbasji lordotycznej z cechami wymóżdżeniowemi dołączyły się na kilka tygodni przed śmiercią objawy idiopatycznej abiotrofji dróg móżdżkowych charakteryzujące się dysmetrją i ataksją.

5) G. Edward, lat 6, od 2 lat zauważyli rodzice, że pacjent skręca nogę prawą do boku i do tyłu. Od czasu do czasu w nodze i ręce prawej zrywania. Później wystąpiły silne ściągania ręki prawej w położeniu wyprostnem i pronacji oraz skręcanie ku tyłowi. W nodze napięcia i hyperkinezy, które obecnie doprowadziły do ustawienia szpotawo-końskiego. Podczas chodzenia nasilająca się lordoza i lekkie ciągnące, skręcające ruchy tułowiem. Lekkie skręcania w twarzy. Ślini się. Śpiączki miał nie przechodzić.

Przypadek ten należy zdaniem mojem do grupy idjopatycznej, gdyż żadnej choroby gorączkowej nie dało się w wywiadach stwierdzić. Jednak wiek pacjenta oraz niektóre objawy mogą przemawiać także za nieśpiączkowem zapaleniem mózgu, niestwierdzonem w wywiadach.

6) S. Józefa, lat 13. W drugim r. ż. jakaś choroba gorączkowa. Od tego czasu stan jak obecnie. Nasilająca się lekko lordoza podczas chodzenia. Skręcające lekkie ruchy tułowia tak, że lewy bok idzie ku przodowi. Balistyczne ruchy lewą górną kończyną obok wymóżdżeniowego ustawienia. (Przyprowadzenie, wyprostowanie, pronacja). Tendencja do zarzucania górnej lewej kończyny ku tyłowi. W palcach nieco atetoidalnych ruchów. Lewa dolna kończyna w położeniu wyprostnem od czasu do czasu nagłe zwiotczenia mięśni prowadzące do przysiadających dysbatycznych ruchów. Liczne hyperkinezy w twarzy i w mięśniu szerokim szyji. W lewej górnej kończynie niezwykle wybitny dodatni odruch Magnusa i de Kleina (wyprostowanie górnej kończyny lewej obok skręcania twarzy w stronę lewą, zgięcie obok skręcania w stronę prawą).

7) P. Zofja, lat 21. W 18 r. ż. przechodziła ostrą chorobę gorączkową. Od tego czasu chybotanie w ręce prawej. Stan stop-

niowo coraz bardziej się pogarszał, wystąpiło osłabienie ręki i nogi prawej z hyperkinezami. Obecnie gdy stoi lub chodzi, toniczne napięcie w mięśniu szerokim szyji po stronie prawej, nasilająca się lordoza i skręcanie tułowiem tak, że prawa połowa wysuwa się lekko ku przodowi. W górnej kończynie prawej występuje nasilająca się lordoza i skręcanie tułowiem, tak, że połowa wysuwa się lekko ku przodowi. W górnej kończynie prawej występuje nasilające się dość bolesne przyprowadzenie, nadmierne wyprostowanie, najsilniejsza pronacja i odchylanie ręki ku tyłowi. Stopa w nadmiernem zgięciu podeszwowem nasilającem się najwyraźniej podczas leżenia. Zmienność napięcia mięśniowego w tych kończynach. Ateroidalne ruchy w palcach prawej ręki. Częste bóle w prawej połowie ciała. Gdy leży na prawym boku oraz we śnie napięcia i hyperkinezy znikają.

8) Z. Danuta, lat 4. Mając 3 lata zachorowała nagle na ostrą chorobę gorączkową. Od tego czasu stan jak obecnie: obrotowe ruchy tułowia w stronę prawą. Rączka prawa, w nadmiernem wyprostowaniu i w hyperpronacji. Rękę prawą można zgiąć biernie tylko po odwróceniu uwagi. Noga prawa w nadmiernem wyprostowaniu, stopa w nadmiernem zgięciu podeszwowem. Gdy zwraca twarz w stronę prawą wyprostowanie się nasila (pozytywny odruch Magnusa i de Kleyna).

Przypadek 6, 7 i 8 to przypadki połowiczej dystonji o typie wymóżdżeniowym, powstałe po ostrych chorobach gorączkowych, najprawdopodobniej po zapaleniach mózgu nie mających objawów nagminnego śpiączkowego zapalenia. Charakterystyczną cechą tych stanów jest przyprowadzenie, wyprostowanie i hyperpronacja kończyny górnej, często występujący odruch Magnusa i de Kleyna lordoza tułowia, nadmierne wyprostowanie kończyny dolnej, nadmierne zgięcie podeszwowe stopy. Często występuje skręcanie tułowiem.

9) S. Paweł, lat 48. W 38 r. ż. przechodził nagminne śpiączkowe zapalenie mózgu. Po 5 latach wystąpiło chybotanie głowy, które powoli zmieniło się w *torticollis* a następnie w skręcające ruchy tułowiem i szyją o charakterze dystonicznym. Ruchy te stale niepokoją pacjenta nawet w pozycji leżącej. Kończyny dolne bez zmian. Nie stwierdza się sztywności pozapiramidowej.

10) K. Wincenty, lat 25. W 21 r. ż. nagminne śpiączkowe zapalenie mózgu, od tego czasu czuje się usztywniony i powolniejszy zwłaszcza po stronie lewej Od kilku miesięcy po zrobieniu 3—4 kroków występuje coraz silniejsza lordoza i przechylanie się tułowia ku tyłowi i w prawo obok równoczesnego otwierania ust. Przechylanie to nasila się tak znacznie, że chory musi przystanąć inaczej upadłby do tyłu. Ruch zatem, który stwierdzamy polega na powiększeniu się lordozy i skręcaniu tułowia w tył i w prawą stronę.

11) G. Izak, lat 26, żyd. W wywiadach brak danych dla zapalenia mózgu. Jednak trudność marszczenia czoła, świecąca, amimiczna twarz, lekki ogólny parkinsonizm i drżenie przemawiają raczej za przebyciem t. zw. „forme fruste". Od kilku miesięcy występuje lordoza podczas stania, ustępująca w pozycji leżącej. Podczas chodzenia lordoza się nasila i chory przechyla się tułowiem coraz bardziej ku tyłowi.

Przypadki 9, 10 i 11 to przypadki dystonji po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu. Przypadek 9 jest o tyle ciekawy, że nie stwierdza się zupełnie parkinsonizmu w 10 lat po przebyciu zapalenia, natomiast stwierdza się skręcające ruchy tułowiem i szyją. Ponieważ te ruchy nie ustają w pozycji leżącej przeto są — że się tak wyrażę — atetozą mięśni tułowia, karku i szyji. W przypadku 10 i 11 można się mojem zdaniem dopatrzyć fragmentów wymóżdżeniowych.

12) H. Alfred, lat 7. Przed rokiem wystąpiły ogólne objawy ucisku śródmózgowego z wymiotami i bólami głowy, wskazujące na nowotwór mózgu. Po przybyciu na Klinikę — na podstawie szybko postępującego charłactwa, pewnych objawów móżdżkowych, zmniejszenia napięcia mięśniowego kończyn obok braku objawów ogniskowych rozpoznano mięsakowatość opon mózgowych. Sekcja potwierdziła kliniczne rozpoznanie. W przebiegu choroby wystąpiły przemijające objawy dystonji wymóżdżeniowej.

13) W. Wincentyna, lat 13. Od 5 miesięcy bóle głowy i wymioty. Nakłucie lędźwiowe i Roentgen wykazały wzmożony ucisk śródczaszkowy. Lekki niedowład prawostronny, wybitne objawy oponowe: Kernig +, Brudziński +. Rozpoznanie: Mięsakowatość opon mózgowych. Po nakłuciu lędźwiowem wystąpiło maksymalne zgięcie i przyprowadzenie kończyn górnych obok lekkiej pronacji, nadmierne wyprostowanie kończyn dolnych obok nadmiernego zgięcia podeszwowego stóp. Grzbiet w lordozie (objawy wymóżdżeniowe). Po chwili wystąpiły skręcające ruchy karkiem i tułowiem ze wzmożeniem i przemijającem zmniejszeniem napięcia mięśni. Ruchy te odpowiadały zupełnie ruchom spotykanym w skurczu torsyjnym. W palcach rąk widoczne czasami atetoidalne ruchy. Te ruchy torsyjne trwały około jednej doby. Sztywność wymóżdżeniowa trwała do tygodnia.

Przypadki 12 i 13 pozwalają mi na twierdzenie, że objawy wymóżdżenia opisane przez Wilsona oraz Zylberblast-Zandową oraz ruchy torsyjne mogą także powstać przejściowo w przebiegu nowotworowatości opon mózgowych.

Mimo, że te zaburzenia ruchowe nie są równoznaczne z idjopatyczną dystonją — mechanizm tych ruchów musi być z całą pewnością ten sam.

14) S. Eugenja, lat 17. Po grypie wystąpiły codziennie kilka godzin trwające ataki ruchów pląsawiczych w rękach. Po pewnym czasie ruchy stały się gwałtowniejsze i dłużej trwające i przemieniły się na gwałtowne rzucanie całego ciała. Po leczeniu, typ hyperkinez się zmienił, przyszło do skręcających ruchów tułowia i karku z maksymalnem wyginaniem się tułowia do tyłu. Ruchy te ustawały tylko we śnie. Z powodu innych cech histerycznych oddzielono chorą na oddziale psychjatrycznym. Po tygodniu ruchy znikły zupełnie.

15) M. Marta, lat 21. Zgłosiła się do Kliniki z hyperkinezą w postaci przechylania się ku tyłowi tułowia i głowy. Oprócz tego dużo objawów histerycznych. Powyżej opisane ruchy, to były nagłe to powolniejsze ciągnące, skręcające. Podczas chodzenia wytwarzała się wybitna lordoza nasilająca się podczas skręcań tułowiem. Postawiono djagnozę dystonji histerycznej. Chora oddzielona na oddziale psychjatrycznym straciła w krótkim czasie te ruchy.

Przypadek 14 i 15 to typowe dystoniczno-dysbatyczne hyperkinezy, znikające tylko we śnie, nasilające się podczas chodu. Rozpoznanie wahało się między nagminnem śpiączkowem zapaleniem mózgu a histerją, gdyż stany te wystąpiły w jednym przypadku po grypie, w drugim po „zaziębieniu". Oddzielenie i odpowiednie leczenie usunęło je szybko.

Wszystkie nasze przypadki dystonji były badane na odruchy szyjne, na odruchy szyjno-ułożeniowe, na formę wstawania (typ symetryczny, asymetryczny, forma prymitywna), na odruch Moro, na *phenomène de la poussée* i na prądy czynnościowe.

Dok. nast.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, adjunkt Zakładu. Lwów.

Rakowatość miękkich opon mózgowych. Przyczynek do jej histogenezy.

Z Zakładu anatomji patologicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Nowicki.

Rozlana postać raka opon miękkich, t. zw. rakowatość opon, należy niewątpliwie do rzadkości. Prawdopodobnie zachodzi ona częściej, tylko nie bywa rozpoznawana i to tak klinicznie, jak anatomicznie, lub też bywa błędnie rozpoznawana jako sprawa zapalna. Co się tyczy miejsca wyjścia i pochodzenia tej rozlanej postaci raka opon miękkich, to nie jest ono dotychczas jasne i pewne i zależnie od zapatrywania poszczególnych autorów i od postępu wiadomości, dotyczących embrjologicznego rozwoju mózgu i opon, opisane przypadki podane są pod rozmaitemi mianami, jako *lymphendothelioma meningum, endothelioma, perithelioma i carcinoma.*

Przypadek przezemnie zbadany podaję już nie tyle z powodu rzadkości sprawy, ile dlatego, że udało mi się wykazać miejsce wyjścia nowotworu rozlanego, mianowicie z nabłonków splotu naczyniówkowego, i na tej podstawie mogłam go nazwać rakiem *(carcinoma).*

Przypadek dotyczył kobiety S. O. l. 57, leczonej i zmarłej na Oddziale nerwowym tutejszego Szpitala (Prym. Dr. Domaszewicz). Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Tumor cerebri ad regionem baseos cranii.*

Sekcję zwłok wykonałam w Instytucie anatomji patologicznej dnia 15. XI. 1927 (Nr. prot. 905/27) w 20 godzin po śmierci.

Zwłoki kobiety wzrostu średniego, źle odżywionej, o budowie kośćca delikatnej. Skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne blade, a na skórze tułowia stwierdza się nieliczne plamy pośmiertne.

Głowa: Czaszka jest prawidłowa, opona twarda jest zgrubiała i silnie napięta, a w jej zatokach żylnych znajduje się obfita krew płynna. W jamie czaszkowej stwierdza się znaczną ilość płynu jasnego, nieco mętnego. Mózg jest wielkości odpowiedniej, zwoje jego półkul są nieco przypłaszczone. Naczynia krwionośne na podstawie mózgu okazują dość rozległe zmiany miażdżycowe. Opony miękkie mózgu i móżdżku są wybitnie zgrubiałe i zmleczałe, a zgrubienia te mają miejscami charakter rozlany, miejscami ogniskowy, przy dokładnem oglądaniu nawet guzkowy. Te zmiany

stwierdza się przedewszystkiem dookoła naczyń, najwybitniej zaś zachodzą one na podstawie mózgu, na oponach móżdżku i rdzenia przedłużonego. Również opony rdzenia są zgrubiałe. Niestety, wyjęto tylko górną część rdzenia, tak, że niewiadomo, czy to zgrubienie dotyczyło opon całego rdzenia. Wśród opon miękkich, jakoteż pod oponami, można wykazać niewielką ilość nieco mętnego płynu. Na przekroju mózgu kora mózgowa jest dość wąska, dobrze odgraniczona, istota biała ciastowata i miernie ukrwiona. Wszystkie komory mózgu są w wysokim stopniu rozszerzone i wypełnione obfitym, przeźroczystym i nieco mętnawym płynem. Szczególnie komora III zawiera sporo płynu. Światło lejka w dnie komory III jest balonowato rozdęte a, uciskając na siodełko tureckie, wywołuje znaczne zcieńczenie kości siodełka i przylega silnie do przysadki mózgowej. Przysadka jest wielkości odpowiedniej, na przekroju zmian nie przedstawia. Most Varola, rdzeń przedłużony i część wyciętego rdzenia nie okazują na przekroju zmian widocznych. Odnogi śródmózgowe naczyniówki *(telae chorioideae)* i sploty naczyniówkowe *(plexus chorioideus)*, są dobrze ukrwione, obrzękłe, mięsiste, zrośnięte z otoczeniem, szczególnie w zakresie komory III, tak, że po ich oderwaniu pozostają ubytki na ścianach komory.

Klatka piersiowa jest wąska, długa i płaska. Opłucna okazuje silne zgrubienia i zrosty w zakresie obu szczytów, szczególnie prawego. Płuca są rozdęte, na przekroju blade w szczytach, przedewszystkiem w szczycie prawym, stwierdza się liczne ogniska i guzki gruźlicze, częściowo serowate, otoczone dość zbitą tkanką łączną.

Gruczoły około-oskrzelowe są częściowo serowate. Tarczyca jest mała i blada. Serce jest rozszerzone, tętnica główna okazuje zmiany miażdżycowe, podobnie naczynia wieńcowe serca. Mięsień sercowy jest wiotki i kruchy.

Jama brzuszna: Ułożenie trzew jest prawidłowe. Otrzewna jest bez zmian. Śledziona jest mała na rozkroju blada. Nadnercza są wąskie i blade. Nerki są również blade. Wątroba jest mała i ma brzegi ostre, miąższ jej jest blady, o odcieniu czekoladowym. W żołądku i jelitach zmian nie wykazano, podobnie w narządach płciowych.

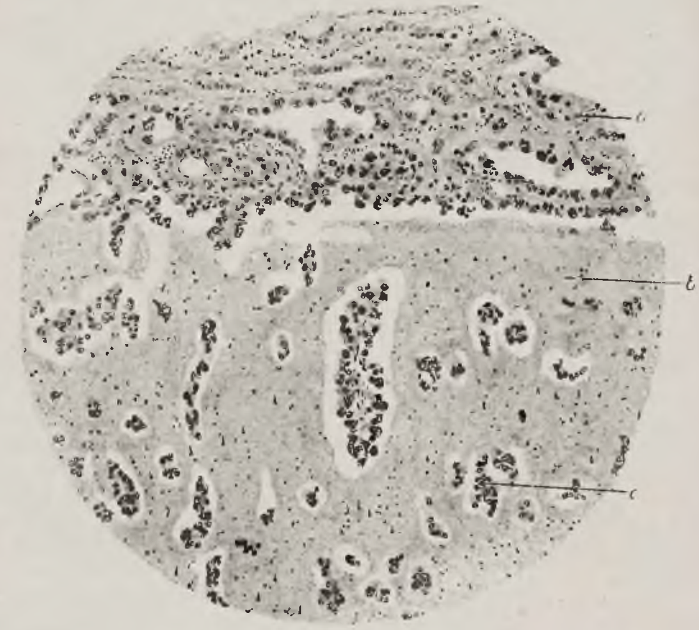
Rozpoznanie sekcyjne: *Leptomeningitis chronica fibrosa, praecipue ad basim cerebri. Hydrocephalus internus et externus maioris gradus. Atrophia e compressione sellae turcicae. Atherosclerosis cerebri, aortae et arteriarum coronarium cordis. Atrophia et dilatatio cordis. Emphysema pulmonum et tuberculosis chronica fibrosa lobi superioris pulmonis utriusque. Adhaesiones pleurales ambilaterales. Lymphadenitis tuberculosa caseosa glandularum peribronchialium. Atrophia et anaemia organorum.*

Za przyczynę śmierci należało przyjąć ogólne wyniszczenie i niedokrwistość, wywołaną starą sprawą gruźliczą w płucach i gruczołach, jakoteż przewlekłą sprawą zapalną w zakresie opon mózgu i rdzenia. Ponieważ jednak zmiany, stwierdzone na sekcji w zakresie mózgu, nie odpowiadały objawom klinicznym i rozpoznanie nasze nie odpowiadało obrazowi klinicznemu, przeto, wobec niewykazania klinicznie rozpoznawanego nowotworu obraz sekcyjny raczej odpowiadał sprawie gruźliczej, ponieważ w płucach i gruczołach stwierdziliśmy gruźlicę a w zgrubiałych oponach w kilku miejscach, jakby guzkowate zgrubienia, które jednak nie wyglądały na gruzełki, przeto dla wykluczenia gruźlicy przeprowadzono badanie drobnowidowe.

Do badania wycięto skrawki z różnych części kory wraz z oponami, i to z mózgu, móżdżku i rdzenia, wycięto również sploty naczyniówkowe z komory III i IV i obu komór bocznych, także wzięto do badania zwoje podstawowe, rdzeń przedłużony i rdzeń.

Badanie drobnowidowe dało wynik zupełnie nadspodziewany. Stwierdzono bowiem, co następuje:

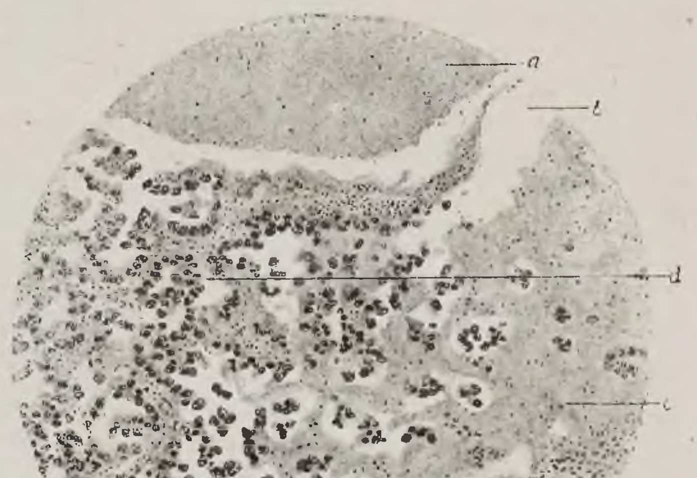
Opony miękkie mózgu są wybitnie zgrubiałe. Wśród opon, przedewszystkiem w ich szczelinach, stwierdza się pasma i gniazda komórek niewątpliwie nowotworowych, układających się często dookoła szczelinek, podobnie jak komórki gruczołowe, tak, że na pierwszy rzut oka nowotwór robi wrażenie raka, i to raka gruczołowego. Komórki nowotworowe są wielkie, jednak rozmaitej wielkości, przeważnie postaci wałeczkowatej, niektóre kubiczne, okrągłe i wielopostaciowe. Jądra komórek są wielkie pęcherzykowate, silnie się barwią a zrąb chromatynowy jest wyraźny. W niektórych komórkach stwierdza się po dwa i więcej jąder. W komórkach można zauważyć często różnego rodzaju zmiany wsteczne, a więc zwyrodnienie wodniczkowe ich pierwoszcza lub jądra, zagęszczenie chromatyny jądra, a wreszcie zwapnienie całej komórki. Komórki poukładane są obok siebie dość luźno, pod postacią jednej warstwy, przeważnie nieprzylegają do tkanki podścieliskowej, miejscami ma się nawet wrażenie, jakby nie były z nią w związku. Gdzieniegdzie komórki odpadają i leżą luźno w świetle tych tworów gruczołowych. Nowotwór zajmuje tylko opony miękkie, które okazują zmiany włókniste, dość obfite nacieki drobnokomórkowe i zgrubienie ścian naczyniowych. Tu i ówdzie jednak można widzieć, jak komórki nowotworowe z opon drogą naczyń wnikają do kory mózgowej, układając się bądźto pod postacią jednej warstwy promienisto dookoła przydanki naczyń (Ryc. 1), bądź też tworzą twory gruczołowe dookoła naczyń. Te nacieki nowotworowe stwierdza się tylko w powierzchownych warstwach



Ryc. 1.
Rakowatość opon mózgu: *a)* opony miękkie rakowo nacieczone, *b)* kora mózgowa, *c)* gniazda rakowe w korze mózgowej.
Ok. rys. Leitz II. Zeiss obj. AA.

kory mózgowej. W móżdżku, gdzie zmiany w oponach były znaczniejsze, już przy badaniu gołem okiem i pod mikroskopem stwierdza się bardzo znaczne nacieczenie nowotworowe opon, a obfite gniazda komórek rakowych wnikają miejscami głęboko do kory móżdżku, nawet do warstwy ziarnistej. W tych miejscach granica opon i kory jest zupełnie zatarta a kora na wielkiej przestrzeni jest zniszczona przez tkankę nowotworową (Ryc. 2).

Podobne zmiany, jak w oponach mózgu, tylko mniejszego stopnia, można było wykazać również w oponach górnych części rdzenia.

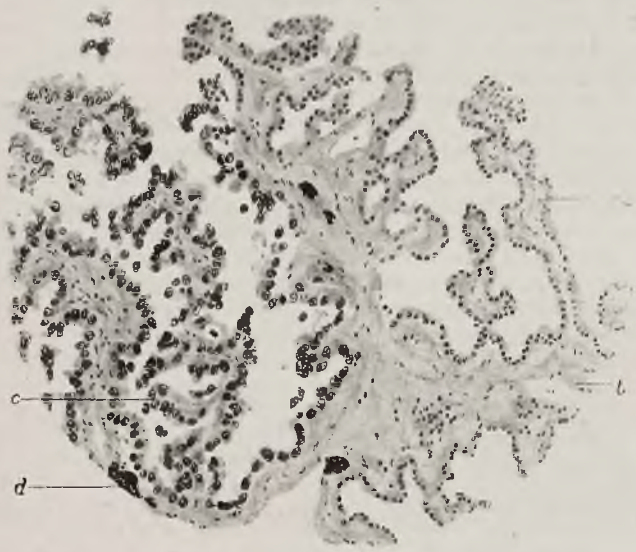


Ryc. 2.
Rakowatość opon mózgu: *a)* kora móżdżku, *b)* rowek między zwojami móżdżku, *c)* tkanka mózgowa rozmiękająca, *d)* tkanka rakowa, wnikająca głęboko w korę móżdżku.
Ok. rys. Leitz IV. Zeiss obj. AA.

Jak już wspomniałam, wzięto do badania drobnowidowego również sploty naczyniówkowe, pomimo, że gołem okiem badane zmian wybitniejszych nie przedstawiały. Zrobiono preparaty osobno ze splotów komory III, komory IV i komór bocznych.

Sploty komory III: Tkanka podścieliskowa splotów jest zgrubiała włóknista, częściowo szklisto zmieniona i miejscami rozlegle zwapniała, naczyń krwionośnych jest w niej mało, a ściany ich są zgrubiałe i szklisto zwyrodniałe. Wypustki splotów naczyniówkowych pokryte są jednowarstwowym nabłonkiem brukowym, którego komórki są przeważnie równej wielkości i okazują wyraźnie jądra ciemno się barwiące .W niektórych komórkach stwierdza się mniejsze i większe wodniczki. Miejscami można zauważyć, jak komórki nabłonkowe, pokrywające wypustki splotów, stają się wielkie i różne co do postaci, jądra ich są wielkie pęcherzykowate, nader intesywnie się barwią. W niektórych komórkach stwierdza się wodniczki niekiedy tak wielkie, że jądro zepchnięte jest do obwodu obrzękłej komórki i ma postać półksiężycowatą.

Tu i ówdzie komórki ulegają również zwapnieniu. Te tak zmienione nabłonki, jak nabłonek prawidłowy, pokrywają przeważnie jedną warstwą wypustki splotów naczyniówkowych, miejscami zaś nabłonek staje się wielowarstwowy i obficie odpada. Zmienione komórki nabłonkowe przypominają w wysokim stopniu nabłonki prawidłowe splotów naczyniówkowych, tylko, że nabrały one niewątpliwie cechy komórek atypowych, rakowych (Ryc. 3). W dalszym ciągu widać, jak nabłonek pod postacią pasm i gniazd i tworów jakby gruczołowych wnika do tkanki podścieliskowej splotów, a stąd do opon miękkich, i do tkanki mózgowej, szerząc się tutaj pod wyściółką komory III. Zauważyć także należy, że niekiedy komórki rakowe stają się wielkie okrągłe, jakby ulegały nawet rogowaceniu i przypominają komórki nabłonka płaskiego, jest to ważne z tego względu, że jak wiadomo, opisywano już raki płaskokomórkowe, wychodzące że splotów naczyniówkowych.



Ryc. 3.
R a k o w a t o ś ć   o p o n   m ó z g u: *a)* nabłonki prawidłowe splotu naczyniówkowego, *b)* tkanka łączna splotu naczyniówkowego, c) nabłonki splotu zmienione rakowo, d) złogi wapnia. Ok. rys. Leitz II. Obj. Zeiss B. Tub. 5 mm.

W splotach komory IV stwierdza się również stare zmiany zapalne i nacieki nowotworowe, które następnie przechodzą już na opony miękkie móżdżku. W komorach bocznych po stronie lewej, sploty okazują tylko zmiany włókniste po stronie prawej zaś są one częściowo nowotworowe. Co się tyczy samego mózgu, móżdżku i rdzenia, zmian godnych uwagi nie wykazano.

Z e s t a w i e n i e: Badanie drobnowidowe opon mózgu i rdzenia, jakoteż splotów naczyniówkowych, wykazało obecność nowotworu złośliwego nabłonkowego o charakterze nabłonka wałeczkowego, szerzącego się rozlanie w oponach całego mózgu i rdzenia i przechodzącego częściowo na korę mózgową. Jako miejsce wyjścia sprawy należy uważać niewątpliwie sploty naczyniówkowe komory III. Widzieliśmy bardzo jasno i wyraźnie przejście nabłonka prawidłowego w nabłonek atypowy, następnie wnikanie nabłonka rakowego zmienionego do tkanki podścieliskowej splotów, stąd do opon miękkich i dalej do kory mózgu i móżdżku. Cały obraz przypomina raka żołądka lub jelit, w którym niekiedy, obok prawidłowego nabłonka, pokrywającego błonę śluzową, widać już częściowo nabłonek atypowy, który następnie wrasta do błony śluzowej i głębiej. Nowotwór znalazł dogodne warunki szerzenia się w wiotkiej tkance i szczelinkach opon miękkich nie wytwarzając nawet wielkiego guza w miejscu pierwotnego powstania. Największe zmiany okazywały opony móżdżku i podstawy mózgu, ponieważ one właśnie, jako pierwsze, były zajęte a zmiany tu powstałe należy uważać za najstarsze. Tutaj też sprawa nowotworowa miała charakter najbardziej złośliwy, zajmując już dość znaczne części kory móżdżku.

Opisany nowotwór, wychodzący ze splotów naczyniówkowych i szerzący się pod postacią rozlaną w oponach mózgu i rdzenia, należy, jak już wspomniałam, do rzadkości a jest on szczególnie uwagi godny dlatego, że udało się wykazać jego miejsce wyjścia. Jak widać, w przypadku tym ani sploty naczyniówkowe, ani opony mózgu i rdzenia, przy badaniu gołem okiem, nie robiły wrażenia nowotworu, dopiero przeprowadzone badanie drobnowidowe wykryło sprawę rakową. W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłam szereg przypadków, które tak z opisu makroskopowego, jakoteż drobnowidowego, przypominają w zupełności nasz przypadek, opisano je jednak z powodu niewykazania wyjścia sprawy pod rozmaitemi mianami jako *lymphendothelioma meningum, endothelioma, perithelioma* i *carcinoma.* Przytoczę je tutaj w krótkości.

E b e r t był pierwszym, który opisał przypadek, podobny do naszego, w roku 1870. U kobiety 27 letniej, która cierpiała na silne bóle głowy, stwierdził on na sekcji w oponach miękkich drobne zgrubienia i guzki, występujące najwybitniej w oponach móżdżku. Zgrubienia te przedstawiały drobnowidowo utkanie nowotworowe, pod postacią śródbłoniaka, wychodzącego, według autora, z naczyń chłonnych opon mózgowych — śródbłoniak limfatyczny *(Lymphendothelioma).* Komórki nowotworowe były wielkie, pęcherzykowate i zawierały pęcherzykowate jądra, niekiedy i więcej jąder. W płucach był przerzut.

E p p i n g e r podał w roku 1875 następny przypadek. Wykazał on u mężczyzny 37 letniego, u którego klinicznie pojawiły się silne bóle głowy, wymioty, sztywność karku i porażenie kończyn, na sekcji zgrubienia guzkowate opon mózgu i rdzenia, przedewszystkiem na podstawie mózgu usadowione. Podobne zgrubienia okazywała opłucna i osierdzie. E p p i n g e r rozpoznał drobnowidowo w utkanych guzkach utkanie śródbłoniaka.

W przypadku N o n n e g o wroku 1902 u dziewczyny 16 letniej klinicznie występowały: bóle głowy, karku, zaburzenia w połykaniu, nieregularne tętno, sinica i zaburzenia czucia w kończynach. Na sekcji wykazano rozlane i ogniskowe zgrubienia i zmleczenia opon mózgu i rdzenia, szczególnie na podstawie mózgu. Zmiany te jednak były tak nieznaczne, że makroskopowo trudno je było uważać na pewne za patologiczne. Pod mikroskopem zgrubienia ukazywały utkanie nowotworowe, składające się z wielkich komórek o jądrach pęcherzykowatych. Jako punkt wyjścia sprawy uważa autor śródbłonki przestrzeni chłonnych dookoła naczynia się znajdujących i nazywa swój nowotwór obłoniakiem *(perithelioma).*

H a e g e r w roku 1911 opisuje przypadek, w którym klinicznie rozpoznawano jakąś zmianę patologiczną, toczącą się na podstawie mózgu, ewentualnie sprawę kiłową. Na sekcji stwierdził H. w zakresie opon mózgu i rdzenia jednolite, częściowo guzkowate zgrubienia występujące najwybitniej na podstawie mózgu i na oponach móżdżku. Autor stwierdził drobnowidowo w zgrubieniach utkanie nowotworu złośliwego, którego komórki były wielkie wielopostaciowe, miały pęcherzykowate jądra i okazywały nietypowy podział jąder. Utkanie było przegródkowe alveolarne i przypominało raka. Jako miejsce wyjścia nowotworu H a e g e r uważa śródbłonki pokrywające opony jakoteż przestrzenie chłonne międzyoponowe, i nazywa go dlatego śródbłoniakiem.

L o b e c k podał w roku 1901 podobny przypadek jako *endothelioma primarium sarcomatosum alveolare piae cerebri et spinalis.* Klinicznie w przypadku tym wykazywano bóle głowy, tarczę zastoinową, ślepotę. Opony mózgu i rdzenia okazywały sekcyjnie niejednolite zgrubienia, brunatno zabarwione, szczególnie wybitnie w zakresie móżdżku występujące i przechodzące częściowo na korę mózgową. Pod mikroskopem zgrubienia przedstawiały tkankę nowotworową częściowo o budowie przegródkowej, częściowo bardziej jednolitej mięsakowatej, komórki nowotworowe były wielkie, okazywały pęcherzykowate jądra. Autor uważa, jako miejsce wyjścia sprawy, śródbłonki, wyścielające opony miękkie. Inni autorowie uważają nowotwory o podobnej budowie za raki i tak F i c k zalicza t. zw. śródbłoniaki opon mózgu do raków, tylko ze względu na ich budowę drobnowidową i zachowanie się komórek. Według F i c k a, histogeneza sprawy jest niejasna. Natomiast K r u m b e i n twierdzi z całą pewnością, że komórki pokrywające błony surowicze i opony mózgu, są nabłonkami pochodzenia ektodermalnego, zatem tak zw. nabłoniakami opon, *rakami.* M e y e r

opisuje dwa przypadki rozlanego nacieczenia rakowego opon mózgu i rdzenia, z częściowem wnikaniem nowotworu do tkanki mózgowej. W obu przypadkach autor nie mógł nigdzie wykazać pierwotnego guza z któregoby sprawa mogła wyjść.

Wellenweber podaje z roku 1923 przypadek rozlany raka w oponach mózgu i rdzenia. Zmianę tę stwierdzono u mężczyzny 39 letniego, który zmarł wśród ciężkich objawów mózgowych. Opony w tym przypadku były jednolicie zgrubiałe zmleczałe częściowo okazywały drobniutkie białawe guzki. Drobnowidowo stwierdził w zgrubieniach utkanie nowotworu złośliwego pod postacią raka.

Obok wymienionych przypadków rozlanego nowotworu opon mózgu i rdzenia, których budowa drobnowidowa przypominała utkanie śródbłoniaka lub też raka, jak w naszym przypadku, a których pochodzenie było dotychczas niejasne, opisane są jeszcze inne przypadki rozlanych nowotworów opon miękkich, które drobnowidowo przedstawiają utkanie typowych mięsaków krągłokomórkowych, i wychodzić mają z tkanki łącznej przydatki naczyń. Lecz o tych tutaj nie wspominam. W przytoczonych przypadkach, przypominających utkanie śródbłoniaków lub też raków, istnieje, jak widzieliśmy, w mianownictwie niejednolitość i niezgodność, która zależy przedewszystkiem od tego, że w żadnym ze zbadanych dotychczas przypadków nie wykazano punktu wyjścia sprawy, tak, jak w naszym przypadku. To też prawie ogólnie przyjmowano, że sprawa nowotworowa wychodzi z komórek pokrywających opony miękkie i ich szczelinki, i zależnie od zapatrywań i poglądów na pochodzenie tych komórek (sprawa właściwie do dziś dzień nie została jeszcze rozstrzygnięta) i na budowę anatomiczną opon, zaliczono nowotwory takie raz do śródbłoniaków, do obłoniaków lub też do raków.

Lewy napisał w r. 1921 większą pracę na temat rozlanych nowotworów opon mózgu i rdzenia, starając się wprowadzić pewien porządek i jednolitość w klasyfikacji nowotworów omawianych. Lewy jest zdania, że nowotwory o budowie podobnej, jak w naszym przypadku, wychodzą z komórek wyścielających opony mózgu. Ponieważ Lewy jest zwolennikiem teorji o ektodermalnem pochodzeniu tych komórek, zatem uważa nowotwory, wychodzące z nich za raki, tak, jak to już przyjmowała część autorów wyżej wspomnianych.

Nasz przypadek przypominał już na pierwszy rzut oka raka, lecz punkt wyjścia sprawy jest jasny. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że wychodzi on z komórek wyścielających sploty naczyniówkowe, zatem z komórek, których pochodzenie ektodermalne jest jasne i nie ulega wątpliwości.

Przytoczone przypadki, co do pochodzenia niejasne, tak sekcyjnie, jak drobnowidowo przypominają w wysokim stopniu nasz przypadek. Haeger podaje w swej pracy ryciny, zupełnie podobne do naszych obrazów, możnaby myśleć zatem, że także w tamtych przypadkach nowotwór wychodził ze splotów naczyniówkowych. Nie były one jednak prawdopodobnie badane, gdyż w pracach niema o tem wzmianki. A gdyby nawet były badane, lecz tylko częściowo, badanie to nie byłoby miarodajne, gdyż niekoniecznie musianoby natrafić na miejsce wyjścia sprawy rakowej. Dopiero dokładne badanie splotu każdego z osobna wykryło miejsce wyjścia nowotworu i rozjaśniło całą sprawę. Na przyszłość powinno się w podobnych przypadkach zwrócić szczególniejszą uwagę na sploty naczyniówkowe, również i wtenczas, gdyby nawet przy badaniu gołem okiem nie przedstawiały one zmian widocznych. Co się tyczy przyczyny bujania złośliwego nabłonków w splotach naczyniówkowych i powstania nowotworu, w naszym przypadku należałoby zwrócić uwagę na nacieki drobnokomórkowe i rozległe zmiany włókniste, nawet szkliste, w splotach naczyniówkowych, oponach miękkich i ich naczyniach. Jak wiadomo, nowotwory lubią powstawać na tle przewlekłych spraw zapalnych.

Należy jeszcze wspomnieć o nowotworach nabłonkowych, wychodzących ze splotów naczyniówkowych. Nowotwory takie są na ogół rzadkie a dzielimy je na postacie dobrotliwe i złośliwe. Postacie dobrotliwe przedstawiają się jako brodawczaki i pokryte są zwykłym nabłonkiem wałeczkowatym, lub też płodowym migawkowym. Niekiedy budowa tych brodawczaków jest bardziej złożona, komórki układają się pod postacią tworów gruczołowych i nadają nowotworowi charakter gruczolaka lub też grupują się dokoła naczyń, a nowotwory takie uważane są wówczas za obłoniaki *(perithelioma)*. Szczegół ten jest ważny z tego względu, że niektóre rozlane nowotwory opon mózgu uważane są za obłoniaki i możnaby myśleć o tem, że także wychodzą ze splotów naczyniówkowych.

Brodawczaki splotów opisali Vanwiller, Borschers, Natonek i Priesel. W przypadku Priesla komórki nabłonkowe zawierały obfity brunatny barwik. Raki wychodzące ze splotów naczyniówkowych, mogą również mieć budowę raka brodawczakowatego rzadziej gruczołowego.

H. Körner ogłosiła w roku 1919 przypadek raka brodawczakowatego, wychodzącego ze splotów naczyniówkowych komory IV, który pod postacią wielkiego guza wypełniał komorę IV, zamykając kanał Sywiusza i otwór Magendiego. Przy tej sposobności zestawiła autorka w piśmiennictwie podane raki splotów naczyniówkowych. Bardzo podobny do przypadku H. Körner jest przypadek Wuschheima badany przez Saxera. U mężczyzny 51 letniego stwierdzono w komorze IV guz, usadowiony na szerokiej podstawie, wychodzący ze splotu naczyniówkowego. Drobnowidowo nowotwór okazywał utkanie raka brodawczakowatego częściowo gruczołowego, i wnikał miejscami do rdzenia przedłużonego. O podobnym nowotworze, wychodzącym ze splotów komory IV wspomina Rokitański tylko że guz okazywał tutaj utkanie raka śluzowatego.

W przypadku Kaufmanna nowotwór wychodził z komory bocznej i miał wyraźną budowę pseudogruczołową.

Bielschowsky i Unger podają przypadek raka brodawczakowatego, wychodzącego ze splotów lewej komory bocznej, a wydzielał on obfity śluz. Również Ziegler przytacza w swym podręczniku rycinę raka brodawczakowatego, który powstał ze splotów komory III. We wszystkich przytoczonych przypadkach raka splotów naczyniówkowych nowotwór przedstawiał się pod postacią guza. Nasz przypadek drobnowidowo przypomina w wysokim stopniu przypadki wyżej opisane, różni się jednak o tyle od tamtych że nie wytworzył on guza w miejscu jego powstania, tylko wrasta do opon miękkich i szerzy się tutaj pod postacią rozlaną, przy badaniu gołem okiem niewidoczną.

Przypadek opisany zasługuje na uwagę:

1) Ze względu na rzadkość występowania nowotworów rozlanych w oponach mózgowych, prawie niewidocznych przy oglądaniu gołem okiem i nieodpowiadających jakiejkolwiek sprawie nowotworowej;

2) ze względu na wykazanie w miejscu wyjścia sprawy nowotworowej, mianowicie z splotu naczyniowego, czego dotychczas nie udało się wykazać w przypadkach podobnych;

3) ze względu na samą postać raka splotów naczyniówkowych pod postacią rozlaną gołem okiem niewidoczną i niedającą się rozpoznać, a nie, jak zwykle, pod postacią guza.

Piśmiennictwo.

Bielschowski i Unger: Arch. f. kl. chir. T. 81. — Borschers: Inaug. Diss. München 1909. — Ebert: Virch. Arch. T. 49. 1870. — Eppinger: Prager Vierteljahrschr. f. d. prakt. Heilk. T. 11. 1875. — Fieck: Virch. Arch. T. 208. 1912. — Haeger: M. f. Psych. u. Nerv. Nr. 30. 1911. — Kaufmann: Lehrb. f. d. spec. pathol. Anat. 1904. — Körner: Virch. Arch. 1919. — Krumbein: Virch. Arch. T. 249. 1924. — Levy: Virch. Arch. T. 232. 1921. — Lobeck: Inaug. Diss. Leipzig 1901. — Natonek: Virch. Arch. T. 218. — Nonne: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1902. T. 21. — Rokitansky: Prag. Med. Woch. 1856. — Vonviller: Virch. Arch. T. 204. —Wellenweber: M. Med. Woch. 1923. Nr. 38. — Wunschheim: Prag. Med. Woch. 1881. Nr. 29. — Ziegler: Lehrb. f. d. spec. pathol. Anatomie. II wyd.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. KAZIMIERZ CZYŻEWSKI. Lwów.

Wycięcie kiszki jako metoda wyboru przy skręcie esicy *).

Z oddz. chirurg. Państw. Szpit. Pow. we Lwowie.
Prym. Prof. Dr. T. Ostrowski.

Skręt esicy jest schorzeniem ciężkiem. Warunki operacyjne kształtują się tu zazwyczaj niepomyślnie, bo — skręt występuje głównie u ludzi starych około 50 lat i więcej; — niedrożność usadowiona nisko nie daje z początku objawów gwałtownych tak, że chorzy zgłaszają się dopiero po kilku dniach do chirurga, kiedy ściana kiszki poważnie już ucierpiała. Wszystko to razem składa się na wyniki nieimponujące. Statystyka śmiertelności waha się u nas i w innych wielkich oddziałach około 50%. Z pozostałych 50% część przypadków ulega nawrotom po zabiegach zapobiegawczych, część po wyłonieniu zgorzelinowej pętli skazana jest na stały odbyt sztuczny.

Usiłowania poprawy wyników muszą iść w dwu kierunkach: zabieg należy przeprowadzać możliwie lekko dla chorego w przypadkach z poważnym stanem ogólnym, — a operować doszczętnie, gdy siły chorego na to pozwalają.

*) Według referatu na XXV zjeździe chirurgów polskich w Wilnie.

Na naszym oddziale wykonujemy obecnie jednoczasowe wycięcie w znieczuleniu miejscowem, łącząc kikuty koniec z końcem. W przypadkach ciężkich ograniczamy się do odkręcenia esicy i opróżnienia jej zapomocą drenu wprowadzonego przez odbytnicę. W razie zgorzeli wycinamy esicę dwuczasowo.

Duże uzasadnienie ma metoda stosowana przez Glatzla*), który przy pierwszym zabiegu ogranicza się do odkręcenia i opróżnienia esicy, w 2—3 tygodnie później wycina ją przy drugim zabiegu „na zimno". Statystyka jego jest bardzo korzystna, bo na 17 przypadków w ten sposób operowanych nie wykazuje żadnego śmiertelnego. Sądzimy jednak, że przy naszym materjale szpitalnym mało znajdziemy chorych, którzyby się zgodzili na powtórny zabieg po kilku tygodniach, kiedy będą się czuli zupełnie dobrze. Toteż wolimy wycinać jednoczasowo, gdy warunki na to pozwalają. Sposób Glatzla możnaby natomiast doradzać w wypadkach, gdy po samem odkręceniu stan chorego w ciągu 2—3 tygodni na tyle się poprawi, że będzie mógł przetrzymać wycięcie kiszki.

Między prostem odkręceniem a doszczętnem wycięciem istnieje szereg sposobów zapobiegawczych przy operacyjnem leczeniu skrętu esicy. A to: — umocowanie esicy do ściany brzucha; — zabiegi wytwórcze na krezce; — zespolenie ramion pętli u jej podstawy. Wszystkie one nie spełniły pokładanych w nich nadziei i narażają chorego na nawroty. O ile są to lekkie zabiegi wytwórcze, można je uważać za niepotrzebne, gdyż w wynikach swoich nie przewyższają prostego odkręcenia. Natomiast zespolenie podstawowe w przeciwieństwie do tamtych metod jest zabiegiem ciężkim, a mimoto nie zabezpiecza przed nawrotami. Na 13 zespoleń mieliśmy 3 zejścia śmiertelne i 3 nawroty czyli 46% wyników złych. Uważamy zabieg ten ze względów teoretycznych i praktycznych za nieusprawiedliwiony. Skracając przez zespolenie podstawę krezki, zwiększamy możliwość skrętu, którego warunkiem jest wąska podstawa i znaczna wysokość krezki. Jeżeli ponadto do ujemnego celu tego dojść trzeba drogą poważnego zabiegu, dyskredytuje to dostatecznie wartość zespolenia. Jednym z celów referatu naszego jest przestroga przed stosowaniem zespolenia, które przecież dość często bywa używane.

Przytoczę pokrótce przebieg naszych nawrotów po zespoleniu:

Przyp. 1. Mężczyzna lat 57. w styczniu 1927 zgłosił się z dwudniowym skrętem. Stan ogólny był dość dobry. Wykonano zespolenie u podstawy esicy. W 8 dni świeża blizna pękła; jelita wprowadzono do brzucha; ranę zeszyto kilkoma węzełkami przez wszystkie warstwy i sączkowano zagłębienie Douglasa. Po miesiącu chory odszedł do domu. — W listopadzie 1928 tj. po 22 miesiącach nastąpił nawrót skrętu mimo licznych zrostów w jamie brzusznej. Esicę wyłoniono. Po 3 dniach śmierć z powodu zapalenia otrzewnej.

Przyp. 2. Mężczyzna lat 31. W kwietniu 1927 zgłosił się z jednodniowym skrętem. Wykonano zespolenie. 17. dnia odszedł zdrów do domu. W październiku 1928 t. j. po 18 miesiącach nawrót. Esicę wyłoniono. W kilka miesięcy później zamknięto odbyt sztuczny: — wycięto otwór kiszki z powłok, zeszyto jego brzegi i kiszkę zapuszczono. Po 3 tygodniach odszedł zdrów.

Przyp. 3. Mężczyzna lat 27. W listopadzie 1926 zgłosił się z pięciudniowym skrętem. Wykonano zespolenie. W styczniu 1929 tj. po 25 miesiącach nawrót. Esicę odcięto; korzystając z istniejącego zespolenia, zaszyto kikuty na głucho. Po 2 tygodniach odszedł zdrów.

Sądzę, że dla pierwszego przypadku byłoby zupełnie wystarczyło odkręcenie esicy, a w 2 następnych można było odrazu esicę wyciąć.

Wycięcie esicy jest bezwarunkowo zabiegiem poważnym i przetrzymać go mogą tylko przypadki z dobrym stanem ogólnym, zdrowem sercem, bez objawów zatrucia wskutek niedrożności (sterkoremji). Jeżeli przy tem zastosujemy znieczulenie miejscowe, a kikuty złączymy koniec z końcem, zabieg będzie trwał możliwie krótko, a organizm chorego dozna najmniejszego wstrząsu.

Wycięcie wykonujemy w sposób następujący:

Znieczulenie. Stosujemy zasadniczo znieczulenie miejscowe powłok w linji środkowej i to odrazu na dużej przestrzeni powyżej i poniżej pępka aż do spojenia łonowego. Często bowiem wydobycie rozdętej esicy wymaga cięcia na 20 cm i więcej. Cięcie musi schodzić nisko, gdyż krótkie ramię odprowadzające stanowi największą trudność techniczną. Uśpienie przy późnym wieku i dłużej trwającym wysokim stanie przepony z małą powietrznością dolnych płatów płuc jest tu szczególnie mało wskazane. Znieczulenie rdzeniowe przy częstej potrzebie przedłużenia cięcia powyżej pępka wymaga wysokiego punktu wkłucia; przy dłużej trwającej niedrożności jelitowej łatwo następuje wtedy ciężki zapad, który odrazu odstręcza operatora od zbyt energicznego postępowania i wogóle stawia wynik zabiegu pod znakiem zapytania. Natomiast znieczulenie miejscowe powłok z nastrzykaniem krezki esicy w miejscu przecięcia jest zupełnie wystarczające. Jedynie nie da się uniknąć bolesnego wydobywania rozdętej pętli. Przy szerokiem cięciu i równoczesnem mimowolnem parciu chorego trwa to krótko, a dla ogromnych korzyści, jakie to znieczulenie daje, można śmiało narazić chorego na tę krótką chwilę bólu. Nie potrzebuję dodawać, że bolesność tych czynności zależy w dużym stopniu od zręczności i delikatności w postępowaniu operatora.

Zabieg na kiszce. Po wydobyciu esicy zeszywamy częściowo ranę w powłokach od góry. Pętlę odkręcamy i opróżniamy zapomocą grubego zgłębnika żołądkowego, używanego u nas do wysokich wlewań do kiszki. Treść okręconej kiszki stanowią zawsze gazy i płynny lub półpłynny kał. Z chwilą gdy otwór zgłębnika zatyka się kałem przepłukujemy go przez załączenie hegara. W ten sposób udaje się esicę dokładnie opróżnić i przepłukać. Potem pozwalamy jej wypełnić się powtórnie treścią wyższych odcinków kiszki i powtarzamy płukanie. Stwarza się w ten sposób bardzo korzystne warunki dla zabiegu i ułatwia wypróżnianie kiszki po operacji. Wybrawszy możliwie nisko miejsce do przecięcia kiszki nastrzykujemy linję cięcia na krezce 5—10 cm^3 1%novokainy. Okłuwamy krezkę 3—4 razy i przecinamy. Esicę wycinamy i łączymy kikuty koniec z końcem szwem dwupiętrowym, przykrywając linję szwów kaldunkami.

Łączenie bok do boku wymaga pozostawienia dość długich kikutów, które nie zawsze dadzą się uzyskać w granicach dostatecznie zdrowych. Sposób ten wymaga też dłuższego czasu. Wytrzymałość okrężnego szwu była u nas zawsze bez zarzutu. Nawet szew wykonany w tak trudnych warunkach, jak w przypadku (2) utrzymał się doskonale. Objawów zwężenia światła nie mieliśmy. Bardzo korzystną rzeczą dla gojenia się szwu jest w tym wypadku papkowata konsystencja kału, który zazwyczaj przez cały czas obserwacji szpitalnej (około 10 dni) nie stawał się zbitym. Tłumaczymy to z jednej strony obrzękiem ścian kiszki zstępującej, który zapewne przez dłuższy czas powoli ustępuje zapewniając treści kiszki dostateczne rozwodnienie dzięki utrudnionemu wsysaniu wody. Ponadto działamy w tym samym kierunku sztucznie wlewając zapomocą lewatyw kroplowych po 1—2 L dziennie płynu Ringera przez pierwsze 2—3 dni, potem stosując codziennie zwykłą lewatywę po 2 nawet 3 razy.

Wycięcia kiszki nie można jednak ryzykować, gdy dostaniemy chorego wyniszczonego wiekiem i kilkudniową niedrożnością z objawami zatrucia. Wobec ujemnych doświadczeń z wszystkiemi sposobami zapobiegawczemi najlepiej pętlę odkręcić, opróżnić i brzuch zaszyć, o ile oczywiście kiszka nie uległa zgorzeli. Wykonując zabieg ten w znieczuleniu miejscowem stawiamy siłom chorego tak minimalne wymagania, jakie tylko pomyśleć się dadzą przy dzisiejszej technice operacyjnej.

Odkręcenie esicy i wycięcie jednoczasowe mają zastosowanie tylko w wypadkach, gdzie ściana kiszki jest żywa i względnie zdrowa. Kiedy spotykamy się ze zgorzelą kiszki zabieg musi polegać na usunięciu esicy z jamy brzusznej. Stosujemy wtedy wycięcie dwuczasowe. Jeżeli już powstała zgorzel: to albo skręt trwał bardzo długo albo był bardzo silny. W pierwszym razie rozpoczęło się już zatrucie organizmu (sterkoremja), w obu razach powstały warunki do zakażenia jamy otrzewnowej przez cienkie, obecnie łatwo przepuszczalne ściany kiszki. Trudno liczyć na wytrzymałość szwu na kiszce i na rozwinięcie się należyte ruchów robaczkowych. Po ostrożnem wydobyciu pętli opróżniamy ją jak wyżej mówiłem. Jeżeli zgorzel nie sięga zbyt nisko, wyłaniamy całą pętlę zmienioną. Do powłok umocowujemy ją chwytając w szwy kaldunki i krezkę bez chwytania w szew właściwej ściany kiszki. Kilkakrotnie mogliśmy się przekonać, że w miejscu, gdzie szew utwierdzający kiszkę zachwytywał jej surowicówkę, powstawały drobne przetoczki kałowe, które bardzo przeciągały wgojenie się odbytu sztucznego, a nawet stawały sie punktem wyjścia zapalenia otrzewny.

Krezkę pętli wyłonionej stale okłuwamy, by zapobiec wchłanianiu produktów rozkładu. W 24 godzin po operacji pętlę wyłonioną odpalamy.

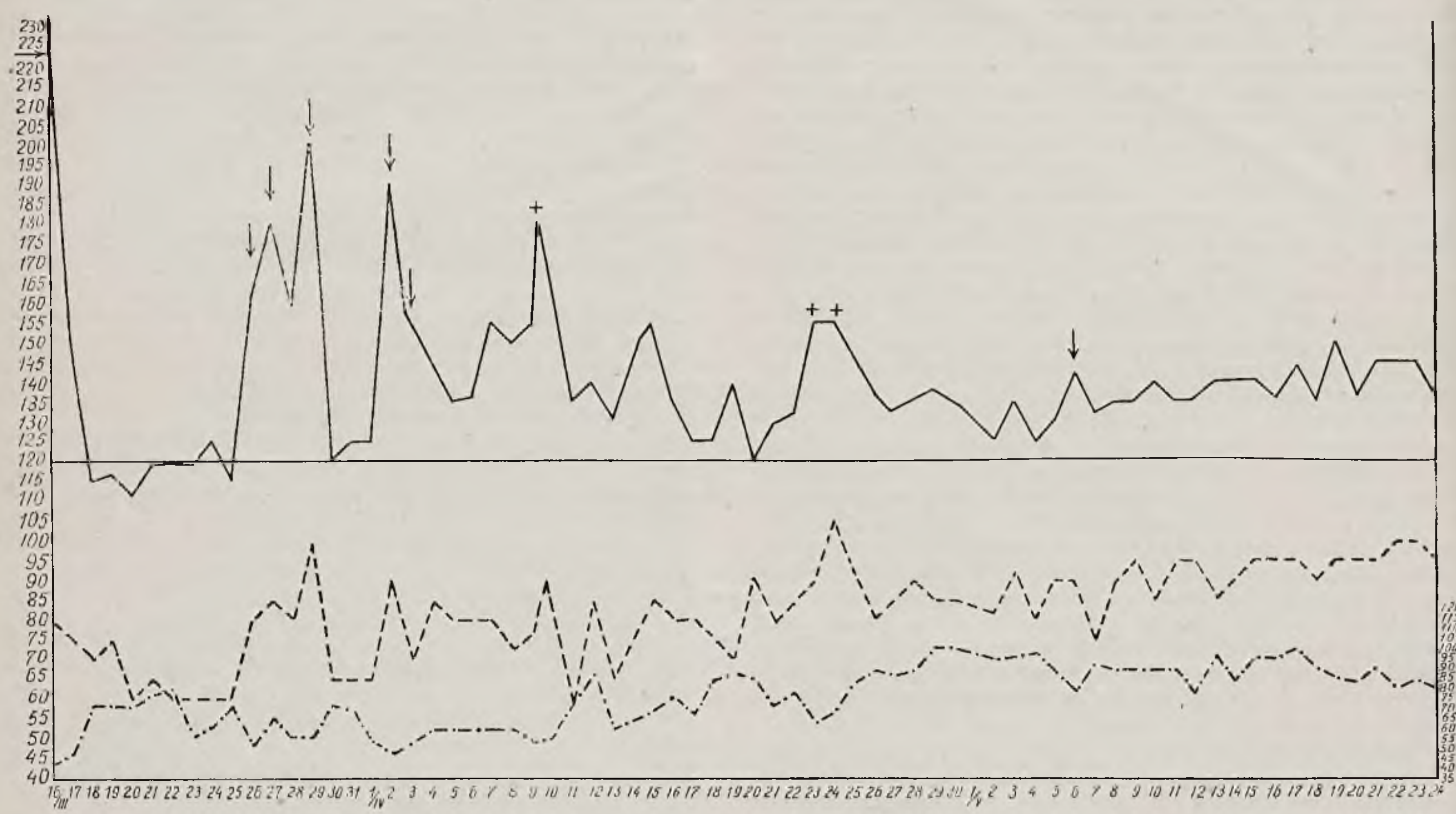
O wiele trudniejszą jest sprawa, gdy zgorzel sięga tak nisko do miednicy małej, że wyłonić obumarłej kiszki nie można. Żadnych reguł ogólnych nie da się tu postawić. Duże uzasadnienie zdaje się mieć sposób polegający na odcięciu pętli zgorzelinowej od odbytnicy i zaopatrzeniu na głucho kikuta obwodowego; kikut doprowadzający wszywa się jako trwały odbyt sztuczny przez nową ranę w powłokach nad lewym górnym kolcem biodrowym. (Glatzel). Ewentualne późniejsze zamknięcie odbytu tego jest bardzo trudne. Istnieje wiele pomysłów czasem tylko teoretycznych, których omawianie nie wchodzi w ramy tego referatu.

---

*) Chirurgja kliniczna 1927. Tom I.

Dodatek do artykułu Dra Jakóba Einsenfarba p. t.
„Badania porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych".

W ogłoszonym w numerze 37—38-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicach 703—710 artykule Dra Jakóba Eisenfarba p. t. „Badania porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych" opuszczono wskutek nieporozumienia wynikłego bez żadnej winy redakcji i podległych jej czynników przy końcu III-go rozdziału artykułu poniżej podaną krzywą tudzież objaśnienie do niej. Na życzenie autora uzupełnia się niniejszem wyżej wspomniany artykuł.



Krzywa przebiegu ciśnienia i tętno podczas pobytu chorej na oddziale.
———————— oznacza ciśnienie maximalne. —— —— —— ciśnienie minimalne. —·—·— tętno.
Strzałki oznaczają ataki kolki wątrobowej — Krzyżyki zdenerwowanie.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Rola i znaczenie Instytutów Higjenicznych w organizacji Służby Zdrowia *).

Sprawa roli i znaczenia Instytutów Higjenicznych w organizacji służby zdrowia nie ma dotąd należytego zrozumienia nawet w środowisku lekarskiem. Jest to, zresztą, zrozumiałe jeśli się weźmie pod uwagę, że pod tym względem brakuje nam własnych tradycji, ułożonego i własnem doświadczeniem utrwalonego poglądu — Instytuty Higjeniczne nasze powstały stosunkowo niedawno.

Dlatego też uważam za wielce wskazane poruszenie tej sprawy opierając wnioski w bardzo znacznej mierze na własnem doświadczeniu zdobytem w 5-cio letnim okresie pracy w Miejskim Instytucie Higjenicznym w Warszawie.

Charakterystyka higjeniczno-epidemjologiczna ziem polskich jest zaledwie w okresie początkowym gromadzenia materjałów. Sztucznie zahamowany przez warunki polityczne normalny rozwój i postęp w zakresie opieki nad zdrowiem wymaga możliwie szybkiego i wszechstronnego wyrównania zalegających terenów pracy. Jednakże wszelka praca pozytywna w zakresie reorganizacji i polepszenia stosunków obecnych oraz rozbudowy systematycznej poszczególnych działów higjeny zapobiegawczej (w szerokiem znaczeniu tego słowa) wymaga przedewszystkiem dokładnej znajomości stosunków istniejących, wymaga rozporządzania liczbami i danemi własnemi. My obecnie, niestety, zbyt często za podstawę organizacyjną zabiegów praktycznych bierzemy schematy i liczby, pochodzące ze środowisk obcych, własnych materjałów mamy mało i jakoś niezbyt wyraźnie zdajemy sobie sprawę z ich wartości praktycznej, z konieczności możliwie szybkiego i systematycznego ich gromadzenia.

Poszczególne części kraju posiadają swoje cechy i właściwości charakterystyczne ogólno-higjeniczne i epidemjologiczne. Tej topografji higjenicznej i epidemjologicznej ziem polskich, stwierdzić to należy, dotąd nie mamy. Jedyną drogą systematycznego i szybkiego wyrównania tych braków może być tylko organizacja regjonalnych Instytutów Higjenicznych, które będą miały jako zadanie główne poznanie wszystkich właściwości higjenicznych i epidemjologicznych swego terenu.

Każdy Instytut tego typu winien posiadać plan systematyczny pracy — wtedy tylko wyniki jego czynności będą odpowiadały zadaniom i założeniom.

Minęły już czasy kiedy higjena i epidemjologja praktyczna (służba zdrowia) mogła na raz przyjętych normach i zasadach, uważając je za trwałe, opierać swoje wykonawstwo. Jeśli takie postępowanie jeszcze gdzie pozostaje, stanowi ono przeżytek czasów dawnych, zniknąć winno możliwie szybko. Obecnie służba zdrowia winna posiadać dużą sprężystość oraz zdolność dostosowywania się do nowych konjuktur życia otaczającego, nowych faktów epidemjologicznych, nowych zdobyczy wiedzy.

Służba zdrowia ma jako zadanie podstawowe — wykonawstwo w zakresie higjeny i epidemjologji — walkę o polepszenie warunków życia. Lecz w toku pracy codziennej niema się zwykle perspektywy, która umożliwiłaby rozejrzenie się w całości stanu obecnego i retrospektywnie w pracy dokonanej. Wykonawstwo codzienne nie może też ująć wszystkich czynników, składających się na to czy inne oblicze danego środowiska. Jeśli ogólną charakterystykę stanu sanitarno-higjenicznego otrzymać możemy z liczb statystycznych (zachorowania, zgony, urodzenia i t. d.), to bardziej dokładne wyjaśnienie roli czynników poszczególnych wymaga badań systematycznych. Część znaczna tych czynników, według planu dokonanych, może być ustalona tylko za pośrednictwem odpowiednio zorganizowanych i prowadzonych Instytu-

*) Referat wygłoszony w sekcji higjeny i bakterjologji XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie.

tów Higjenicznych. Kierownictwo służby zdrowia bez ciągłej i ścisłej współpracy z Instytutami Higjenicznemi oraz bez wykorzystania zdobywanych przez nie danych jest w warunkach obecnych nie do pomyślenia. W organizacji Służby Zdrowia Instytuty Higjeniczne stanowią niezbędną część składową o stałem znaczeniu doradczem, niekiedy decydującem i kierowniczem.

Instytut Higjeniczny organizacyjnie stanowi zespół szeregu działów o specjalnych zadaniach i specjalnym programie pracy. Czyniąc zadość wymogom pracy codziennej Służby Zdrowia, Instytut Higjeniczny winien posiadać działy następujące: 1) higjeny ogólnej, 2) epidemjologiczny, 3) badania produktów spożywczych, 4) statystyki i propagandy sanitarnej.

Rolę i zadania każdego działu poszczególnego omówić należy osobno.

1) *Dział higjeny ogólnej* ma jako zadanie wykonywanie badań oraz ekspertyzę ogólno higjeniczną we wszystkich przypadkach, kiedy tego wymaga praca bieżąca Służby Zdrowia (stwierdzenie stanu obecnego, opracowanie schematu i zasad instalacyj higjenicznych i sanitarnych w zakresie zaopatrzenia w wodę, oświetlenia, wentylacji, zakurzenia, usunięcia ścieków, badania powietrza w szkołach, biurach, higjeny mieszkań, oświetlenia, wentylacji warsztatów pracy, zakurzenia i zadymienia miast i t. d.). Ze względu na warunki miejscowe w przypadkach poszczególnych praca działów higjeny ogólnej wymagać może rozbudowy kierunków specjalnych, np. higjeny zawodowej w ośrodkach przemysłowych (Zagłębie węglowe, Łódź i inne).

Znaczenia działu higjeny ogólnej przeważnie się nie docenia. O ile w perspektywie rozwojowej rzucimy okiem na przyszłość poszczególnych działów Instytutów Higjenicznych, dojdziemy do wniosku, że znaczenie działu higjeny ogólnej w przyszłości stale będzie rosło w przeciwstawieniu do innych działów, naprz. epidemjologicznego, który w miarę postępów w zwalczaniu zachorowań nagminnych będzie ulegał powolnemu zanikowi.

2) *Dział epidemjologiczny* w obecnych warunkach znacznego napięcia epidemji wysuwa się na pierwsze miejsce co do znaczenia w szeregu innych działów Instytutu Higjenicznego. Podstawę pracy codziennej działu stanowi załatwianie potrzeb bieżących Służby Zdrowia, wykonywanie badań epidemjologicznych nadsyłanych do pracowni (błonica, dur brzuszny, czerwonka i inne). Praca bieżąca, często bardzo obfita, z natury swojej daje tylko odpowiedź doraźną na zapytanie kierowane do pracowni przez zainteresowane czynniki służby sanitarnej.

Do poznawania terenu epidemjologicznego danego Instytutu, do syntezy epidemjologicznej, konieczna jest praca według z góry ułożonego planu i systemu, polegająca częściowo na uogólnieniu i zestawieniu wyników pracy bieżącej, częściowo obejmująca dziedziny, które przez praktykę sanitarną nie są na razie, uwzględniane i jej nie interesują, które jednakże po ich opracowaniu zostaną wykorzystane do rozbudowy tego czy innego działu higjeny zapobiegawczej.

W naszych warunkach jednym z najbardziej aktualnych kierunków takiej pracy winno być zagadnienie duru brzusznego, wyjaśnienie dokładne roli czynników poszczególnych epidemjologicznych (nosicielstwo, chorzy, woda, mleko i t. d.). Dla Warszawy praca ta w znacznej mierze została już wykonana; należy jej dokonać na ziemiach Rzeczypospolitej aby topografję epidemjologiczną czynników duru brzusznego ująć w całość.

Dalej nosicielstwo błonicze, jego znaczenie epidemjologiczne, charakterystyka zjadliwości szczepów u nosicieli, znaczenie sezonowości nosicielstwa.

Ustalenie roli kiły jako choroby społecznej drogą masowego serologicznego badania tych czy innych grup ludności. Otrzymuje się tą drogą liczby, charakteryzujące właściwości danego terenu. Pracę tego typu wykonał już dla Warszawy Miejski Instytut Higjeniczny, dla Huculszczyzny Lwowski oddział Państwowego Zakładu Higjeny, dla Krakowa Klinika Położnicza Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace takie należy przeprowadzić wszędzie. Powiązanie pracowni serologicznej z zakładami położniczemi umożliwi wykorzystanie takiego badania do celów walki z kiłą, jako chorobą społeczną, co zostało już zapoczątkowane w Warszawie.

Wysuwają się nadto badania związane z epidemjologją płonicy, nagminnego zapalenia opon mózgowych, bakterjologja wody i inne. Specjalnego uwzględnienia wymagają badania nad rozpowszechnieniem ilościowem i jakościowem pasorzytów jelitowych (robaków), zwłaszcza u dzieci w celu wykorzystania wyników do ich zwalczania.

Badania bakterjologiczne mleka, jego zanieczyszczenia bakteryjnego, stanowią obowiązującą czynność pracowni epidemjologicznej, stanowią one etap w dążeniu do polepszenia jakości higjenicznej mleka. Badania obecności laseczek gruźliczych w mleku rynkowem i obór jako też badanie bakterjologji mięsa z rzeźni łącznie ze spostrzeżeniami nad naturą zatruć mięsnych, wiążą pracę Instytutów Higjenicznych z pracą służby weterynaryjnej.

Byłoby rzeczą ze wszechmiar wskazaną nawiązanie ścisłej współpracy działu epidemjologicznego z instytucjami leczniczemi — przedewszystkiem szpitalami, zwłaszcza zakaźnemi. Umożliwiłoby to szpitalom wykonywanie szeregu badań, wymagających specjalnej aparatury, ułatwiłoby wykonywanie na szerszą skalę takich zabiegów naprz. jak stosowanie szczepionek własnych. Ze ścisłej współpracy obie strony odnosiłyby stale korzyści, nie ulegające wątpliwości. W stosunku do szpitali zakaźnych powiązanie ich w ten czy inny sposób z działem epidemjologicznym Instytutu Higjenicznego regjonalnego miałoby też znaczenie z punktu widzenia wykorzystania materjału szpitalnego do celów charakterystyki epidemjologicznej danego środowiska. Wskazane jest również powiązanie w ten czy inny sposób pracy działu epidemjologicznego z pracownią wodociągów, z pracowniami ośrodków zdrowia.

Dział epidemjologiczny powinien też kierować akcją szczepień ochronnych (z wyjątkiem ospy) na podlegającym mu terenie. Wchodzą tu w rachubę przedewszystkiem szczepienia ochronne przeciwdurowe, przeciwbłonicze, przeciwpłonicze. Przez badanie wrażliwości za pomocą odczynów skórnych winien dział epidemjologiczny ustalić odsetek osobników wrażliwych na ewentualne zakażenie. Praca ta winna być zorganizowana w ten sposób, aby materjały gromadzone poddawano opracowaniu w celu wyciągnięcia wniosków teoretycznych i praktycznych.

W dziale epidemjologicznym mogą być wykonywane rozmaite badania analityczno-kliniczne (krew, mocz, kał i inne). Ta czynność jednak nie jest obowiązującą, jest raczej niepożądaną i może być tolerowana tylko ze względu na konieczność uprzystępnienia wykonywania tych badań ludności niezamożnej.

Jak wynika z powyższego czynności działu epidemjologicznego są niezwykle różnorodne i liczne; dział ten możnaby podzielić nawet na szereg sekcyj; epidemjologiczną, serologiczną, szczepienną, analityczno-kliniczną.

3) *Dział badania produktów spożywczych* wykonywa pracę bieżącą, związaną z kontrolą wszelkich produktów spożywczych, sposobami ich zafałszowania oraz konserwowania. Dział organizuje kontrolę produktów spożywczych, oraz prowadzi badania sposobów i higjeny żywienia na swoim terenie. Daje on wdzięczne pole do pracy badawczej produktów spożywczych.

4) *Dział statystyki i propagandy sanitarnej* stanowi jedno z ogniw szeroko pomyślanej akcji zapobiegawczej drogą uświadamiania higjenicznego ludności wszelkiemi możliwemi sposobami (druki, odczyty, wystawy, muzeum). Dział ten, aczkolwiek może istnieć po za Instytutem Higjenicznym na włączeniu do Instytutu i kontakcie z innemi działami jego powinien zyskiwać. Nie zatrzymuję się na tem miejscu dokładniej nad planem prac tego działu.

Muzeum higjeniczne, dobrze i poglądowo zorganizowane, może stanowić wybitny czynnik propagandy higjenicznej. Muzea tego typu znalazły w szeregu krajów uznanie i szersze zastosowanie (Niemcy, Belgja). Tem większe znaczenie będą posiadały w naszych warunkach. Zarządzanie i organizacja muzeum mogą być związane również dobrze z działem propagandy higjenicznej, jako też z działem higjeny ogólnej.

Nie poruszając całokształtu spraw związanych z organizacją Instytutów Higjenicznych dotknę dwóch tylko — *bezpłatności* badań i sprawy *kierownictwa Instytutów.*

Badania bieżące, wykonywane przez Instytut Higjeniczny (epidemjologiczne i produktów spożywczych), stanowią jedną z czynności służby zdrowia, na drodze do podniesienia stanu zdrowotności. Im więcej będzie dokonanych badań produktów spożywczych, tem rzadziej będą, wobec kontroli, występowały zafałszowania; im więcej zachorowań wykrywają badania epidemjologiczne, tem łatwiej służba zdrowia zwalcza epidemję. Dlatego też wszelkie badania tych typów winny być wykonywane bezpłatnie; z badań epidemjologicznych do tych bezpłatnych badań zaliczyć należy: dur brzuszny i inne zakażenia jelitowe, błonicę, gruźlicę oraz badania serologiczne kiłowe (odczyn Wassermann'a). Pewna dyskusja może powstać tylko w stosunku do badań serologicznych — pobierana za nie opłata, o ile będzie, winna być w każdym razie możliwie niska.

Instytut Higjeniczny stanowi organizm złożony, którego części winny posiadać wspólną myśl przewodnią w pracy, w koordynowaniu czynności działów poszczególnych. Pozostawiając jaknajdalej idącą samodzielność kierownikom działów w wewnętrznej ich pracy, kierownictwo ogólne Instytutu winno być jednolite, winno plan ogólny systematycznie realizować, narzucając, o ileby konieczność tego wymagała, działom te czy inne zadania. Nie może być mowy o Instytucie, jako o jednostce, świadomie i planowo

pracującej, o ile będzie się ona składała z działów, nie spojonych wspólną myślą i wolą.

W toku pracy swojej Instytuty poszczególne mogą się specjalizować w tym czy innym kierunku w zależności od specjalnych warunków pracy i terenu, naprz. prace nad twardzielą w oddziale Lwowskim P. Z. H.

W myśl powyższego pomyślany i zorganizowany regjonalny Instytut Higjeniczny objąłby wszystkie główne potrzeby służby zdrowia. Za pośrednictwem Instytutu i opierając się na gromadzonych i opracowywanych przez Instytut materjałach, służba zdrowia pogłębia znajomość terenu, i, co z tego wynika, uzyskuje trwały fundament do rozbudowania swojej akcji zwalczającej i zapobiegawczej. Ten własny materjał umożliwia bardziej ścisłe i sprężyste dostosowanie zabiegów praktycznych do istotnych warunków terenu własnego.

Nie przesądzając możliwych przypadków poszczególnych, jako schemat ogólny uważać należy, że Instytuty Higj. typu powyższego winny być bądź państwowe, bądź samorządowe. Poza centralnym Instytutem Państwowym, który też może być uważany za regjonalny — ogólno-państwowy inne instytuty państwowe (regjonalne) powstają tam wszędzie, gdzie samorządy z jakichkolwiek bądź powodów nie rozporządzają niemi. Jako typ samorządowego regjonalnego Instytutu Higjenicznego można uważać Miejski Instytut Higjeniczny m. Warszawy, czynny już od roku 1921, posiadający obecnie podaną wyżej organizację. Tam gdzie niema odpowiednio organizowanych i prowadzonych Instytutów Higjenicznych regjonalnych samorządowych — wdzięczne pole pracy ma Państwowy Instytut Higjeny.

Istnieje jeszcze jedna możliwość, którą należy mieć na względzie — połączenie czynności Instytutów Higjenicznych z zakładami uniwersyteckiemi. Możliwość ta ma swoje strony dodatnie i ujemne: dodatnie — odpowiednio wysoko kwalifikowane kierownictwo, dobrze zorganizowane, zaopatrzone w potrzebny do wszelkich badań inwentarz i bibliotekę, ujemne — zasadnicza różnica zadań pracowni uniwersyteckiej oraz regjonalnej higjeniczno-epidemjologicznej. O ile atmosfera pracowni uniwersyteckiej może w przypadkach poszczególnych podnieść poziom pracowni regjonalnej, o tyle duża liczba badań codziennych, właściwa tym ostatnim wpływać może hamująco (zwłaszcza w warunkach braku personelu) na zakres pracy ściśle naukowej pracowni uniwersyteckich. Z punktu widzenia służby zdrowia, jako ujemną uważać należy tę okoliczność, że pracowni uniwersyteckiej służba zdrowia nie może stawiać zadań bezpośrednich, wyłaniających się w toku pracy; bardziej sprężystą pracę gwarantuje Służbie Zdrowia Instytut bezpośrednio od niej zależny.

Pracownie uniwersytecka i regjonalna, higjeniczno-epidemjologiczna, mogą być połączone personalnie wspólnem kierownictwem (zyskują obie na tem niewątpliwie), mogą się mieścić w jednym budynku, ale zasadniczo winny istnieć, jako dwie jednostki samodzielne, które w zależności od konjunktury momentu mogą się znaleźć pod wspólnem, bądź oddzielnem kierownictwem.

W naszych warunkach, gdzie jeszcze się tak mało pracuje naukowo, gdzie jeszcze nie wszędzie zdążyła się wytworzyć tradycja pracy naukowej — Instytuty Higjeniczne winny poza swemi zadaniami praktycznemi (badanie produktów spożywczych, badania epidemjologiczne) stanowić placówki pracy naukowej, wykonywanej w miarę sił i możliwości Instytutów poszczególnych. Praca naukowa winna stanowić obowiązek obywatelski każdej pracowni, która nie chce zostać wyłącznie fabryką analiz. Zbyt mało mamy warsztatów pracy naukowej, zbyt dużo mamy zaległości do odrobienia, abyśmy mogli Instytutów regjonalnych nie traktować jako pracowni naukowych. Praca naukowa ma jeszcze to duże znaczenie, że podnosi automatycznie poziom pracowni i jej personelu. Pracownik pracowni dającej możliwość pracy naukowej, który pracy takiej nie prowadzi, staje się rzemieślnikiem-urzędnikiem.

Jeśli się zatrzymałem nad sprawą pracy naukowej pracowni regjonalnych, to uczyniłem to dlatego, że nawet obecnie, niestety, daje się jeszcze słyszeć głosy, że pracownie te winny tylko załatwiać pracę codzienną „nie bawiąc się w naukę“. W mojem wyobrażeniu pracy codziennej bieżącej od pracy naukowej nie da się oddzielić. Tylko odpowiedni poziom naukowy pracowni daje gwarancję jej wydolności w pracy codziennej, bo nawet praca codzienna, urzędowa winna stanowić cząstkę pracy naukowej zbiorowej wykonywanej przez pracownię. Bo któż inny, jeśli nie instytuty regjonalne, da charakterystykę epidemjologiczną terenu działania służby zdrowia, któż inny śledzić będzie jej zmiany, któż inny stworzy nieistniejącą dotąd epidemjologię ziem polskich.

Wnioski:

1) Gromadzenie materjałów, charakteryzujących stan epidemjologiczny i higjeniczny ziem polskich (topografja epidemjologiczna i higjeniczna) stanowi podstawowe zadanie służby zdrowia.

2) Do gromadzenia tych materjałów służyć winny regjonalne Instytuty Higjeniczne.

3) Regjonalne Instytuty Higjeniczne winny składać się z działów: a) higjeny ogólnej, b) epidemjologicznego, c) badania produktów spożywczych, d) statystyki i propagandy sanitarnej z muzeum.

4) Instytuty regjonalne mogą być rządowe lub samorządowe.

5) Instytuty winny poddawać materjał gromadzony naukowemu opracowaniu, winny prowadzić systematyczną pracę naukową.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 44, z 31 października 1929: Wł. Sterling: Ciężkie i poronne postacie choroby Swift-Feera; M. Rosnowski: W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdzia (c. d.); F. Przesmycki: Przypadek zakażenia człowieka prątkami Banga; E. Weinkiper: O fizjologji i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego; S. Adamowicz: Umieralność matek w wielkich miastach polskich.

Przemysł chemiczny, rok IV, nr. 20, z października 1929 r.: J. Jurkiewicz i K. Kling: Działanie chlorku glinowego na niektóre węglowodory alifatyczne nasycone.

Dziecko i Matka, rok IV ,nr. 19 z r. 1929: M. Czerkawska: Włoskie orzechy. — Z. A. Wołoska: Dzielność. — M. Benisławska: Władna miłość. — A. Maliszewski: Boguś. — Z. Dzięciołowska-Brykalska: Usypianie i uspakajanie niemowląt. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Owoce surowe i warzywa w jadłospisie dziecka. — M. Dziadyk-Kłosińska: Świnka. A. Klęsk: Powstanie garbu u dzieci.

Wiadomości Lekarskie, rok II, za październik 1929 r.: H. Czapnicki: Z zagadnień współczesnej medycyny. — H. Mierzecki: Świąd kiłowy. — H. Leuchter: Obrzezanie zapobiegawcze. — J. Heller: Składniki azotowe surowicy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 44, z 3 listopada 1929 r.: Stein: Kokainizm i walka z nim. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok X, nr. 11 z r. 1929: S. Brokowski: W sprawie reorganizacji opieki higjeniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych, średnich i seminarjach nauczycielskich. — A. Borowski: Właściwości duchowe i fizyczne lekarza szkolnego ze stanowiska zadań higjeny szkolnej. — Zofja Kuncewicz: Stanowisko lekarza szkolnego jako higjenisty i jako klinicysty. — W. Sikorski: Brak konsekwencji w wychowaniu fizycznem. — W. Krawczyk: Współdziałanie, czy współzawodnictwo. — Z. Nożyńska: Ćwiczenia piłkami. — W. Sikorski: Kursy narciarskie.

Nowiny Społeczno - lekarskie, rok III, nr. 21, z 1 listopada 1929: St. Ciechanowski: Henryk Jordan (1842—1907). — Wł. Żydłowicz: Działalność Henryka Jordana w Towarzystwie „Samopomocy lekarzy“ w Krakowie. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — A. Klęsk: Wady zbyt wielkiej specjalizacji lekarskiej.

Nowiny lekarskie, rok XLI, nr. 21, z 1 listopada 1929 r.: S. Schilling-Siengalewicz: Badania doświadczalne nad własnościami odtruwającemi wątroby, pod wpływem karmienia wątrobą. — J. Makowski: Przeciwwskazania i wskazania przy leczeniu lampą kwarcową u dzieci. — E. Jolles-Ruderferowa: Badania nad tężyczką w ostatnich latach. — P. Gantkowski: Z dziedziny orzeczeń lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.
Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 40. — 1929.

G. Politzer: *Promienie pobudzające wzrost (Wachstumstrahlen).* Kontrolując ciekawe doświadczenia Gurwitscha, stwierdził autor na tkance cebuli że pewne grupy komórek wysyłają promienie elektromagnetyczne pobudzające sąsiednie tkanki do wzrostu. Promienie te występują w całym świecie organicznym i działają pobudzająco na wzrost.

A. Bratusch-Marain i J. Siegel: *O leczeniu krzywicy naświetlanem mlekiem.*

L. v. Wikulli: *O badaniu krwi.* Opis przypadków w których badanie krwi pozwoliło na postawienie rozpoznania.

O. Belosević i A. Krautn: *W sprawie rozpoznania różniczkowego ogólnej rakowatości prosówkowej.* Opis dwóch przypadków.

E. Deutsch: *Rokowanie w gruźlicy stawów.*

H. Mautner: *Występowanie płynu na powierzchni wątroby.* Badania onkometryczne wątroby u psa wykazały, że po wstrzyknięciu pewnych środków (histaminy, cukru, roztworów hypertonicznych) występują na powierzchni wątroby krople płynu. Chociaż płynu tego jest bardzo mało, to jednak możliwem jest że jest to droga procesu zagęszczania krwi.

A. Wicke: *Zastosowanie i wyniki naświetlania lampą pochwową Engelhorna.* Naświetlania lampą Engelhorna w przypadkach nadżerek, upławów, zapaleń pochwy i t. d. na 40 przypadków dało w 50% przypadków zupełne wyleczenie w reszcie przypadków poza kilkoma zawodami znaczną poprawę stanu chorobowego.

K. Büdinger: *Przepukliny pępkowe i nietypowe przepukliny powłok brzusznych.* Kurs dokształcający.

G. Lotheipen: *Chirurgja płuc zwłaszcza w przypadku ropienia płuc.* Kurs dokształcający.

E. Lauda: *Technika badania kału.*

A. Brandweiner: *Jak należy leczyć ostry wyprysk twarzy.* Dla praktyki.

K. Biedel: *Przyczyny zawrotów i środki lecznicze.* Dla praktyki.

Nr. 41. — 1929.

F. Gaisböck: *O zachowaniu się obrazu białych ciałek krwi i jego znaczenie praktyczne.* Po intensywnych ćwiczeniach cielesnych względnie po pracy fizycznej, występuje wzmożone wydzielanie adrenaliny, która działając na układ sympatyczny utrzymuje równowagę organizmu. Równocześnie zmienia się obraz krwi w kierunku na lewo. Zmiana ta stoi na granicy reakcji fizjologicznej i grożących zmian chorobowych. Dłuższe trwanie tej zmiany np. u sportowca jest wyrazem przemęczenia i w tych wypadkach dalszy forsowny training winien ustać. Przy badaniu sprawności lekkie przysiady wykonywane przez sportowca wykażą czy przesunięcie obrazu krwi na lewo, jest jedynie przemijające i czy zawodnik zdolny jest do dużych wyczynów sportowych. Naturalnie sam obraz krwi nie wystarczy do oceny sprawności zawodnika.

B. Aschner: *Leczenie konstytucji kobiety.* Autor stoi na stanowisku, że konstytucja osobnika jest zmienna i że osobnik o pewnym typie konstytucjonalnym może np. przez utycie lub schudnięcie po pewnym czasie przedstawiać nowy typ konstytucjonalny. Na tej podstawie uważa autor że typy niepożądane można leczyć, np. typ asteniczny zapomocą tonica, roborantia plastica i t. d.

H. Chiari: *Przypadek cukrzycy z przerostem substancji korowej nadnercza.* Opis przypadku.

J. Siegl: *Znaczenie ujemnej fazy błonicy.*

E. Krammer: *O zastosowaniu dużych dawek surowicy w przypadku tężca.* Opis przypadków wyzdrowienia po zastosowaniu dużych dawek surowicy przeciwtężcowej.

H. Bix: *Pseudotabes diabetica sine glycosuria.* Opis przypadku.

C. Sternberg: *Anatomja patologiczna jelit.* Kurs.

G. Singer: *Nowsze zapatrywania na patogenezę i klinikę kamicy żółciowej.* Kurs.

G. Schwarz: *Leczenie promieniami w urologji.* Kurs.

B. Breitner: *Zagadnienie zachowawczego i operacyjnego leczenia schorzeń tarczycy.* Dla praktyki.

H. Kogerer: *Co może zdziałać lekarz praktyczny na polu psychoterapji.* Dla praktyki.

Nr. 42. — 1929.

E. Loewenstein i E. Singer: *O niewidocznych postaciach prątka gruźliczego.* Dotychczas niema ścisłego dowodu na obecność przenikającej sączki niewidocznej formy prątka gruźliczego. Jednakowoż prątek taki istnieje, gdyż materjał czysty, w którym mikroskopowo nie można stwierdzić zarazka jest zaraźliwy a) w doświadczeniach na zwierzętach b) w kulturze. Kultura na kwasie siarkowym według Löwensteina. Sumyioshi'ego daje najlepsze wyniki.

H. Kahler i F. Knollmayer: *O zastosowaniu sztucznego przecieplenia (hyperthermia) jako środek zastępujący leczenie gorączką.* (Doniesienie tymczasowe). Stosowanie w celu wywołania przejściowej gorączki gorących kąpieli lub nagrzewań elektrycznych z następowemi zawijaniami.

J. Likowsky: *O anginie Plaut. Vincenta.* Opis i omówienie przypadków.

J. Skursky: *O wpływie promieni ultrafiołkowych na siłę bakterjobójczą zapalnych wysięków.* Wysięki zapalne wykazują w doświadczeniach in vitro dużą siłę bakterjobójczą, która wzrasta po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi. Siła ta ulega dość znacznym wahaniom. Nie posiadają jej przesięki.

E. Preissecker: *Obraz kolposkopowy nalotów rakowych.* Zmiany rakowe na części pochwowej oglądane kolposkopem wykazują na granicy, zmiany nabłonka zupełnie podobne do t. zw. leukoplakii. Tak więc twierdzenie Hinschmana że leukoplakie na części pochwowej są początkiem raka byłoby uzasadnione.

S. Plaschkes: *Oddechanie i perystaltyka żołądka.* Autor zwraca uwagę na zwiększenie się perystaltyki żołądka wskutek ruchu przepony przy głębokich wdechach.

J. Schnitzler: *Trudności rozpoznawania różniczkowego w chirurgji.* Kurs dokształcający.

F. Mandl: *O nowych zdobyczach chirurgji na polu schorzeń o wewnętrznem wydzielaniu.* Kurs.

R. Lederer: *O sklejaniu się małych warg u niemowląt i małych dziewczynek.* Opis rzadkiego schorzenia występującego u małych dziewczynek, a polegającego na sklejaniu się warg mniejszych począwszy od spoidła tylnego. Sklejanie takie może prowadzić do zaburzeń w oddawaniu moczu i w następstwie do zapaleń pęcherza (opis przypadku), względnie do atrezji pochwy. Leczenie: rozkleić wargi i zastosować maść gojącą.

G. Gnist: *O związku między zaburzeniami wzroku a bólem głowy.* Dla praktyki.

Nr. 43. — 1929.

A. Reuss: *Skazy w wieku dziecięcym.*

A. Matras: *O Adenofibrochondrolipoma myxomatodes płuc.* Opis przypadku.

A. K. J. Koumans: *Obraz krwi na wąskim pasku filmu.* Liczenie białych ciałek krwi na wąskim pasku filmowym metodą Rogersa.

D. G. Dittel i F. Raab: *Doświadczenia z preparatem hormonu płciowego Hogival.* Opisy przypadków.

A. Fessler i R. Pohl: *O rozpoznawaniu różniczkowem myeloma (mięsaka szpiku).* Opis przypadku.

E. Graff: *Rozpoznanie i leczenie niepłodności.* Kurs dokształcający.

K. Haslinger: *Znaczenie kliniczne nowotworów nerki.* Kurs dokształcający.

H. Mautner: *Profilaktyka chorób zakaźnych.* Dla praktyki.

M. Enghing: *O racjonalnem niszczeniu robactwa w mieszkaniu.* Dla praktyki.

Dr. Krzyżanowski (Gdynia).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 15. maja 1929 r.

Przewodniczący Dr. Ackermann.

Obecnych 37.

Demonstracje: Z I. Kliniki wewnętrznej przedstawia Kol. Braun 1. przypadek żółtaczki hemolitycznej leczonej splenektomią. 2. przypadek policythaemia rubra leczony naświetlaniem promieniami Roentgena, które to leczenie doprowadziło do panmyelophtisis.

Z Kliniki dermatologicznej przedstawia Prof. Walter następujące przypadki: 1. *Lupus erythematodes disseminatus,* 2. *keratoma*

palmare plantare hereditarium. 3. *Alopecia postimpetigenosa.* 4. *Teleangectasia universalis.* 5. *Ulcus vulvae acutum* (L i p s c h ü t z) 6. *Sclerodermia.* 7. *Dermatitis atrophicans.* 8. *Erytrodermia desquamativa.* 9. *Sycosis staphylogenes profunda.*

Z I. Kliniki wewnętrznej Kol. T o c h o w i c z przedstawia przypadek *morbus Addisoni* w dyskusji zabierają głos Kol. S z c z e k l i k i Prof. T e m p k a.

P o s i e d z e n i e z dnia 22. maja 1929 r.
Przewodniczący Prezes Prof. L a t k o w s k i.
Obecnych 60.

Prof. Dr. Juljan N o w a k wygłasza odczyt pod tytułem: Przesączalny zarazek zarazy płucnej (z demonstracjami przeźroczy).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Gieszczykiewicz: Badania Prof. N o w a k a mają znaczenie dla rozwoju badań nad zarazkami przesączalnemi. Nazwa zarazków niewidzialnych jest negatywną; różne są drogi które prowadzą do ich poznania (ultramikroskop, barwienie, fotografje i t. d.) tutaj zastosowanie różnych sposobów badania doprowadziło do poznania całego cyklu rozwoju omawianych bakterji. Prof. G. uważa że trudno jest inaczej tłumaczyć pokazywane tu formy jak mycelium. Zapytuje następnie czy silne wirowanie kolonji nie uszkadza kultur i jest zdania że może sedymentazja byłaby więcej wskazana.

Dr. E i s e n b e r g podnosi zasługi Prof. Nowaka położone nad badaniem zarazka zarazy bydła. Wspomina o trudnościach z któremi się ma do czynienia przy badaniu zarazków pozostających na granicy widzialności. Zastanawia się czy silne barwienie nie przeszkadza w oznaczeniu morfologicznem. Podaje przykład bakterjofagów, które morfologicznie są niezbadane, natomiast zbadano je tylko funkcjonalnie. Przedstawione przez Prof. Nowaka obrazy robią wrażenie promieniowców (zatem przemawia sposób barwienia, struktura kolonji) trudno jest jednak powiedzieć czy to są promieniowce.

Prof. K l e c k i: W każdej kolonji obok zmian postępowych sa i wsteczne. Z rozmaitej wielkości kul, przedstawionych na wyświetlanych przez Prof. Nowaka obrazach, można wnosić, że i tutaj również znajdują się zmiany wsteczne.

Prof. Nowak w odpowiedzi zaznacza jak trudną jest obserwacja w badaniu zarazków niewidzialnych a jedynym sposobem prowadzącym do celu jest silne barwienie bakterji. Prof. N. potwierdza przypuszczenie Prof. Kleckiego, że w przedstawionych przez niego obrazach mogą znajdować się zmiany wsteczne, gdyż barwiąca się silniej w pewnych miejscach substancja wygląda na obumierającą. Sądzi, że analogja z promieniowcami jest dość trafna. Natomiast nie uważa by centryfugowanie miało uszkadzać zarazki niewidzialne, gdyż robione preparaty kontrolne dały te same wyniki.

P o s i e d z e n i e z dnia 29. maja 1929 r.
Przewodniczący Prezes Prof. L a t k o w s k i.
Obecnych 46.

Kol. G o l d b e r g e r przedstawia przypadek ciąży i porodu u chorej na trombopenję. Chora cierpi od dzieciństwa na krwawienia z dziąseł, sińce pojawiające się za najmniejszym urazem, wybroczynki na ciele. Miesiączki regularne, bardzo obfite, długotrwałe. Dziedziczność 0. Po zamążpójściu krwotoki bardzo silne, trudne do opanowania tak, że chora przebywa przez kilka miesięcy na Klinice ginekologicznej następnie wewnętrznej (przypadek opisany przez Prof. Tempkę w P. Arch. Med. Wewn. t. I. zeszyt I. jako trombopenja essentialis). Chorą namawiano wówczas do splenektomji lecz bezskutecznie po kilku latach chora zachodzi w ciążę. Badanie krwi wykazuje ilość trombocytów 64.000, czas krwawienia przedłużony. Ciąża przebiega prawidłowo jedynie pojawiają się silne krwawienia z przypadkowych ran oraz wybroczyny. Chorej podawano przetwory wapniowe. Poród jak u pierwiastki 37 letniej, długotrwający, w czasie którego stosowano: *remedium sedativum*, oraz wstrzykiwania *claudenu i coagulenu*. Po urodzeniu łożyska — *pituigen forte*. Obfite krwawienie z pękniętego krocza które zaszyto i założono setonem z coagulenu, poczem krwawienie ustąpiło. Puerperium prawidłowe. Przypadek ten przedstawiam ze względu na szczęśliwe przebycie porodu i ciąży u chorej z trombopenją (autoreferat).

W dyskusji Dr. E i s e n b e r g podnosi jak uderzającą jest dysproporcja między badaniami laboratoryjnemi krwi a badaniem in vivo, co wskazuje że teorja krzepnięcia krwi nie jest jeszcze ustalona.

Kol. K a r a s i ń s k i wygłasza odczyt p. t.: *„Nowoczesne leczenie krzywicy“* (rzecz okazała się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji zabierają głos Kol. H i r s c h b e r ż a n k a która wspomina o hyperpigmentacji mogącej występować po ergosterynie naświetlanej. Prof. K l e c k i, który podnosi że Vigantol sprowadzono do Zakładu patologji kiedy jeszcze nie było tego leku w handlu i że Kol. K a r a s i ń s k i pierwszy spostrzegał działanie szkodliwe Vigantolu obok działania korzystnego.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 15 marca 1929
Przewodniczy Kol. N. G ą s i o r o w s k i.

1) Kol. L i p i ń s k i przedstawia i omawia *przypadek błonicy sromu.*

W dyskusji Kol. G o l d s c h l a g: Oddział skórny prym. Leszczyńskiego stwierdza kilka przypadków błonicy sromu rok rocznie. Jako punkt wyjścia służy błonica gardła lub nosa. Zwracam uwagę na publikację Füllenbaumówny w P. G. Lek. na powyższy temat.

2) Kol. C z y ż e w s k i przedstawia i omawia *dwa przypadki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.*

3) Kol. M i e r z e c k i H. przedstawia i omawia *przypadek grzybicy guzowatej (Mycosis fungoides).*

W dyskusji Kol. F r a n k e prosi o podanie bliższych danych, które posłużyły do postawienia rozpoznania, jak obrazu krwi i histologicznego badania wycinków skóry. — Kol. G ą s i o r o w s k i zapytuje o wynik odczynu Wassermanna w tym przypadku. — Kol. G o l d s c h l a g omawia zapatrywania na etjologię tego schorzenia. Obraz histologiczny usprawiedliwia raczej nazwę *Granuloma fungoides.* Własny przypadek, wspomniany przez Mierzeckiego, różni się od zwyczajnych wystąpieniem „przerzutów“ w wątrobie i żuchwie. Przypadki *Granuloma fungoides* z „przerzutami“ należą do bardzo rzadkich. — Kol. O s t r o w s k i Stanisław podnosi, że w okresie wstępnym obraz kliniczny grzybicy guzowatej nie przebiega stale jednakowo. Znany jest przypadek, który przebiegał pod postacią *Lichen ruber accuminatus generalis,* dopiero z czasem przyszło do okresu II i III t. j. rozpadu guzów. Leczenie promieniami Roentgena winno być stosowane jedynie w okresach wczesnych, kiedy daje wyniki korzystne, przeciwwskazane jest stosowanie tej metody leczniczej w okresach guzów i rozpadu. Kol. M i e r z e c k i w odpowiedzi podnosi, że we krwi limfocytoza i monocytoza, badania histologiczne kilkakrotnie robione, odczyn Wassermanna ujemny. Przerzuty nie należą do rzadkości. Omówienie leczenia.

4) Kol. M i e r z e c k i H. przedstawia i omawia *dwa przypadki uszkodzenia skóry po Roentgenie.*

W dyskusji Kol. L a n d e s - L e i n e r o w a L. zauważa, że przyczyną uszkodzeń podobnych to używanie małych aparatów, nieostrożność i brak umiejętności lekarzy. Przy postępowaniu odpowiedniem można się przed takiemi przypadkami ustrzec. — Kol. G r a b o w s k i omawia etjologję tych dawniej częstych, obecnie w terapji rzadko spotykanych uszkodzeń, podkreśla rolę ochronną filtrów aluminjowych. — Kol. G o l d s c h l a g: Z zagadnień ogólnych na temat biologji świetlnej skóry na szczególną uwagę zasługują spostrzeżenia Mieschera, wykazujące niezbicie fazowość (perjodyczność) w przebiegu rumienia poroentgenowskiego. Omówienie teoryj mających tłómaczyć to zjawisko. Analiza zmian histologicznych przy ostrych i późnych uszkodzeniach roentgenologicznych. — Kol. O s t r o w s k i Stanisław omawia zmiany skóry po naświetlaniu prom. Roent. i podnosi, że poza samemi promieniami przyczyny uszkodzeń szukać należy w stanach konstytucjonalnych, osobniczych jakoteż w pewnej formie uczulenia skóry. — Kol. S e l z e r J.: O ile podrażnienie i zapalenie skóry po uszkodzeniu promieniami Roentgena dają względnie dobre wyniki leczenia, o tyle leczenie wrzodów na tem tle jest bardzo uporczywe i napotyka na znaczne trudności. Oczyszczanie się tychże jest barzo powolne i niepewne tak że nie należy zbytnio spieszyć się z ewentualną plastyką, o ile niema bezwzględnej pewności, że wrzód już jest należycie oczyszczony. Bardzo dotkliwe bóle należy łagodzić narkotykami, oczyszczanie się zaś wrzodów występuje łatwiej po po stosowaniu 2% maści pellidolowej i po naświetlaniu lampą kwarcową, a nawet radem. Naogół prognoza tego schorzenia jest zła i w znacznej mierze przypisać je należy pewnym właściwościom skóry, — a nie każdy przypadek przypisać nieuwadze roentgenologa. — Kol. M i e r z e c k i H. w odpowiedzi podkreśla trudności, a często beznadziejność w leczeniu omawianych uszkodzeń.

5) Kol. L e n c z o w s k i J. wygłasza wykład: *„Poród i połóg u chorych kiłowych“.* (Przeznaczone do druku w P. G. L.).

IX Posiedzenie naukowe z dnia 22 marca 1929.
Przewodniczy Kol. N. Gąsiorowski.

1) Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Towarzystwa bł. p. Dr. Izydora Heschelesa, poświęcając mu wspomnienie pośmiertne. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Meler N. i Piotrowski E. przedstawiają i omawiają *przypadek ropnia płuc, wyleczonego odmą*. Chory A. E. lat 40 zgłosił się na oddział W. I. dnia 22. I. 1929. W anamnezie podaje, że przed 6 tygodniami wystąpiły czyraki na grzbiecie i pośladkach. W3 tygodnie później nagle kłucie w boku lewym i z przodu klatki piersiowej, silny kaszel. Po tygodniu wykrztusił naraz większą ilość plwociny z domieszką krwi. Wówczas kłucie ustąpiło a w dwa tygodnie później podwyższenie ciepłoty, plwocina stała się obfitą, brudną i silnie cuchnącą. Z temi objawami zgłasza się do szpitala.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie dobre. Foetor ex ore. Klatka piersiowa skoliotyczna. Wypuk nad płucami jawny, jedynie z przodu po lewej stronie na wysokości II i III międzyżebrza ograniczone przytłumienie.

Szmery pęcherzykowe zaostrzone, w miejscu przytłumienia wyraźnie nieczyste, w okolicy wnęki lewej chuchające.

Serce oraz narządy jamy brzusznej bez zmian. Mocz bez zmian. Temperatura 38,2° C. Plwocina brudno - zielona, ropna, silnie cuchnąca. Prątki Kocha nieobecne. Włókna elastyczne obecne,

Rozpoznanie: Ropień płuc usadowiony w płacie górnym lewym.

Prześwietlenie Rcetgenem potwierdziło powyższe rozpoznanie, wykazując w polu przywnękowem lewem widoczne wyjaśnienie wielkości orzecha włoskiego o konturach ostrych (caverna?) Również wykonane w kilka dni później zdjęcie Roentgenologiczne wykazało te same stosunki.

Choremu podano środki wykrztuśne oraz olejki eteryczne, ponadto zaczęto stosować w odstępach czterodniowych zastrzyki Neosalwarsanu w dawkach I-szy — 0,15 g, II-gi — 0,30 g, ostatnie dwa po 0,45 g.

Efektu leczniczego nie można było zauważyć i wszystkie objawy jak kaszel, brudno - zielona cuchnąca plwocina, bóle głowy i brak apetytu utrzymywały się nadal a nawet przy 2 ostatnich zastrzykach Neosalwarsanu wzniesienie się ciepłoty powyżej 40° C.

Wobec niepowodzenia leczenia t. zw. medykamentalnego oraz przywnękowego usadowienia ropnia, co zgóry wykluczało możność opróżnienia go na drodze chirurgicznej przystąpiono do leczenia odmą.

Po raz pierwszy otrzymał chory 500 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem — 5 — 8, końcowem — 1 — 3.

Prześwietlenie Roentgenem wykazało, że płuco jest uciśnięte od boku do obojczyka na 2 palce poprzeczne. Już po I-szej odmie, temperatura opadła, tak że tylko wieczorami utrzymywały się stany podgorączkowe, a plwocina stała się mniej cuchnąca. Po tygodniu dopełniono choremu 750 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem — 3 — 5, końcowem — 1 — 2.

Po drugiej odmie ciepłota spadła do normy, kaszel oraz plwocina ustąpiły zupełnie, foetor ex ore oraz bóle głowy znikły, apetyt się poprawił, a stan chorego ocenić można było jako zupełnie dobry.

Wykonane prześwietlenie Roentgenem wykazało, że płuco lewe jest uciśnięte na 2 palce od boku a na ½ palca od strony mediastinum.

Odmę dopełniono w odstępach tygodniowych jeszcze trzy razy. Po raz trzeci dostał chory 1200 cm³ a Roentgen wykazał że płuco lewe uciśnięte od góry i boku ⅓ objętości. W polu podszczytowem silny zrost z boczną ścianą kl. piersiowej. W kącie niewielka ilość płynu. Od strony mediastinum widoczne pasemkowate nagromadzenie powietrza. Po raz czwarty dopełniono choremu 1000 cm³ powietrza a Roentgen wykazał, że płuco lewe uciśnięte jest do połowy objętości. Zrost w polu podobojczykowem. Po raz piąty otrzymał 1200 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem — 2 — 3, ciśnieniu końcowem + 5 + 6. Roentgen wykazywał, że płuco lewe uciśnięte jest do cienia środkowego. Zrost w okolicy obojczyka.

Doszedłszy w ten sposób do dobrego uciśnięcią płuca i dodatniego ciśnienia w jamie opłucnowej ukończono na razie leczenie, uważając wspomniany przypadek za wyleczony pod względem klinicznym, ze względu na zupełne cofnięcie się objawów chorobowych, utrzymujących się przeszło od 5 tygodni.

Chory opuścił szpital 15. III. zupełnie zdrów a wykonane w tym samym dniu prześwietlenie Roetgenem wykazało, że płuco lewe dolne uciśnięte — zrost w okolicy obojczyka. Choremu polecono zgłosić się do kontroli za 4 tygodnie, albowiem niewiadomo, czy po zresorbowaniu się powietrza nie nastąpi nawrót objawów. W każdym razie podnieść należy, że leczenie odmą tego przypadku dało wynik bardzo dobry, jakiego nie zdolano uzyskać żadnym innym sposobem.

3) Kol. Zalewski przedstawia i omawia przypadek *ropnia płatu skroniowego pochodzenia usznego.*

W dyskusji Kol. Ostrowski T. zauważa, że do sączkowania dren gumowy jest za twardy i łatwo zatyka się, lepszą jest guma ze starej rękawiczki, — płukań jakichkolwiek nie stosuje, — ważnem jest odpowiednie ułożenie chorego zależne od umiejscowienia ropnia, mimo iż wypływ ropy następuje pod działaniem ucisku wśródmózgowego.

Kol. Zalewski zwraca uwagę, że płukanie ma swoje uzasadnienie i daje wyniki dobre. W przedstawionym przypadku stosowano je codziennie dwukrotne. Ze względu na umiejscowienie ropnia w płacie skroniowym chorego podtrzymywano w pozycji siedzącej.

4) Kol. Gruca A. przedstawia 21-letnią chorą *z zupełnem porażeniem obu kończyn dolnych — leczoną operacyjnie.* M. S. w r. 2-gim życia przebyła chorobę Heine - Medina — po której pozostało jej porażenie zupełne obu nóg; do 18 roku życia nie chodziła zupełnie. W 1925 r. zgłosiła się na klinikę chirurgiczną. Na kończynie prawej istniał ślad ruchów palcami, ślad działania zginaczy uda oraz czynny mięsień lędźwiowo biodrowy. Na lewej ślad działania zginaczy uda, czynny mięsień ileopsoas. Wszystkie inne mięśnie łącznie z polaśdkowemi były porażone zupełnie. Obie kończyny wysoce niedorozwinięte przykurczone były pod kątem prostym w obu stawach biodrowych, pod kątem ostrym w kolanach, a w pozycji końsko-szpotawej w stopach. U chorej w kilku etapach wyprostowano przykurcze — potem na kolanie prawem przeszczepiono dwa zginacze na rzepkę. Kolano lewe usztywniono — następnie usztywniono sposobem Alberta oba stawy skokowe (operacje wykonał Prof. Schramm) a w końcu napinacz powięzi szerokiej odłuszczono od kości biodrowej, obrócono o 180° i przyszyto do powięzi lędźwiowej nieco ku przodowi od tylnego górnego kolca biodrowego. Obecnie chora stoi bez pomocy, chodzi o dwu laskach bez aparatów i z czasem będzie mogła chodzić o jednej lasce. Wszystkie zabiegi dały wynik dodatni. Częściowo wynik jest tylko w prawym stawie skokowym, gdzie usztywnienie jest niezupełne. Podobnie ciężkich przypadków porażeń leczono operacyjnie w klinice kilkanaście, uzyskując we wszystkich umożliwienie chodzenia. Kończyny podobnie porażone można uczynić użytecznemi przez odpowiednie aparaty. Jest to jednak leczenie nienowożytne, nieekonomiczne i paljatywne tylko, gdyż chory bez aparatu pozostaje nadal kaleką — podczas gdy po operacyjnym zabiegu można mówić o trwałem usunięciu kalectwa.

W dyskusji Kol. Tennenbaum S. podkreśla dobry wynik zabiegów operacyjnych, ale i aparatami ortopedycznemi można takie wyniki uzyskać. Opis własnego przypadku.

5) Kol. Elmer W. i Scheps M. przedstawiają i omawiają dalsze spostrzeżenia *nad leczeniem parathormonem Collipa w tężyczce.* (Przeznaczone do druku w P. G. L.).

6) Kol. Demianowski wygłasza odczyt p. t. *„Kokainizm"*.

W dyskusji Kol. Dobrzański omawia stosowanie kokainy w zabiegach laryngologicznych, podkreśla jej wielkie znaczenie. Kokainizmu w praktyce laryngologicznej nie spotyka się. Przedstawia procesy wchłaniania się kokainy na podstawie własnych badań doświadczalnych. — Kol. Legeżyński St. zapytuje o bliższe znaczenie pojęcia „sportowiec" jako zawodu, dysponującego według prelegenta do kokainizmu, podkreśla brak uwzględnienia czynnika społecznego w doprowadzaniu do omawianych nałogów. Kol. Demianowski H. odpowiada, że: zawód sportowca cytował z prac autorów zagranicznych — omawia odrębne właściwości psychiczne prowadzące jednych do morfinizmu, drugich do alkoholizmu i kokainizmu.

Sekretarz: *St. Legeżyński.*

Polskie Towarzystwo Biologiczne Oddział we Lwowie.

Protokół z posiedzenia z dnia 21 października 1929.
Przewodniczący: Prof. Dr. Marjan Franke.

1) Kol. Elmer, przedstawił dwie prace wykonane wspólnie z kol. Ptaszkiem i Schepsem, pod tytułem: a) O przemianie spoczynkowej i współczynniku oddechowym u chorych cukrzycowych i b) O wpływie insuliny na przemianę spoczynkową i współczynnik oddechowy w cukrzycy.

Autorowie doszli do wniosku, że zachowanie się przemiany spoczynkowej i współczynnika oddechowego nie idzie w parze z objawami ciężkości cukrzycy, a podanie insuliny wpływa w większości przypadków na wzrost przemiany gazowej, zawsze zaś na wzrost współczynnika oddechowego.

2) Kol. Ptaszek referował pracę wykonaną wspólnie z kol. Jankowskim p. t.: Diatermja a tarczyca Cz. II, w której podnosi znaczenie lecznicze nagrzewań tarczycy diatermją w przypadkach jej nadczynności i niedomogi. Ponadto autorowie wyjaśniają mechanizm wpływu diatermji na tarczycę, opierając się na badaniach przemiany spoczynkowej.

3) Kol. Sembrat przedstawił wyniki swej pracy pod tytułem: Aparat Golgiego i wakuom w komórkach płciowych męskich Dendrocoelum lacteum Müll. i Planaria gonocephla Dug. (Turbellaria Tricladidea), w której na materjale utrwalonym i w komórkach barwionych śródżyciowo stwierdza w spermatocytach i spermatydach wypławków wymienionych w tytule, obecność aparatu Golgiego, mitochondrjów i wakuom.

4) Kol. Rosenbusch w pracy p. t. o Zapasie zasad i ciałach aromatycznych we krwi w toksycznej niedomodze nerkowej, przedstawia zmiany jakie występują we krwi zwierzęcej przy zatruwaniu zwierząt rozmaitemi związkami nefrotoksycznemi.

5) Prof. Dr. Franke, w pracy p. t.: Tło anatomiczne retencji ciał azotowych w zmianach nerkowych u psów, przedstawia obraz azotemji i zmiany mikroskopowe w miąższu nerkowym jak i w korze, występujące zależnie od czynników nefrotoksycznych wprowadzonych do ustroju i uzależnia retencję azotu pozabiałkowego od zmian w kanalikach krętych.

Na zakończenie posiedzenia komunikuje przewodniczący celem ustalenia terminu posiedzeń naukowych stały dzień i godzinę zebrań, a to: posiedzenia naukowe Pol. Tow. Biolog. Lwów, będą się na przyszłość stale odbywać w drugi poniedziałek w miesiącu o godzinie 18 i 30 minut w sali Instytutu Zoologji U. J. K. (Stary gmach Uniwersytetu II. piętro).

Na tem posiedzenie zamknięto.

SPRAWY ZAWODOWE.

Wynagrodzenie lekarzy Kasy Chorych w Warszawie.

Wynagrodzenie lekarzy Kasy Chorych w Warszawie składa się z:

a) Płacy zasadniczej za godzinę pracy w czasie od 1-go lipca do 30-go września 1929 r. — 8 zł., od 1-go października 1929 roku — 8 z. 40 gr.

W razie zmiany warunków ekonomicznych w dniu 1 stycznia lub 1 lipca, każda ze stron może zażądać rewizji płac; w razie niedojścia do porozumienia, sprawę rozstrzyga się według zasad § 4-go.

b) Dodatku za lata pracy w Kasie Chorych w wysokości 10% płacy zasadniczej za każde trzy lata do wysokości 50% uposażenia.

c) Dodatku za specjalizację w wysokści od 10—25% płacy zasadniczej.

d) Niestałego wynagrodzenia za wizyty na mieście i poszczególne zabiegi określone na podstawie załącznika Nr. 2 do umowy niniejszej.

Wszystkie godziny ordynacyjne (etatowe, nieetatowe, dodatkowe), płatne są jednorazowo.

Wynagrodzenie (punkty a, b i c) lekarze otrzymywać będą w terminach wyznaczonych przez Zarząd Kasy Chorych nie rzadziej jednak niż co miesiąc i nie później niż ostatniego dnia każdego miesiąca.

Wynagrodzenie niestałe lekarzy otrzymuje się po przedstawieniu rachunku nie później niż 10 dnia następnego miesiąca.

Lekarzom wyjeżdżającym na urlop wypoczynkowy Zarząd Kasy wypłaca w miarę możności, zgóry, pełne uposażenie za cały miesiąc, nie później niż ostatniego dnia przed urlopem.

Lekarzom zaangażowanym do Kasy Chorych m. Warszawy z innych Kas Chorych mogą być zaliczone przez Zarząd Kasy lata pracy w tych Kasach do wysługi lat.

Integralną część umowy niniejszej stanowią trzy załączniki, a mianowicie 1) przepisy o dodatkach dla lekarzy Kasy Chorych miasta Warszawy; 2) cennik; 3) deklaracja.

I. Lekarze Kasy Chorych otrzymują wynagrodzenie w stosunku do lat przepracowanych w Kasie oraz do lat pracy w swojej specjalności.

II. Określenie lat pracy w Kasie Chorych dokonywa Zarząd Kasy Chorych. Lata pracy liczą się od dnia pisemnego zaangażowania lekarza do pracy w Kasie Chorych i o ile jest zachowana ciągłość pracy.

III. Dodatki za lata pracy wypłacają się każdemu lekarzowi po upływie trzech lat w Kasie Chorych, przyczem za każde trzy lata dodatek 10% zasadniczego uposażenia, przyznawany dwa razy do roku (1 stycznia i 1 lipca każdego roku kalendarzowego). Ogólna suma dodatku za lata pracy w Kasie Chorych, nie może przekraczać 50%.

IV. Dodatki za specjalizację mogą być przyznawane wyłącznie lekarzom specjalistom za lata praktyki w obranej specjalności. Jako specjalność uznaje się: a) choroby wewnętrzne lub poszczególne ich gałęzie, b) choroby nerwowe, c) chirurgja, ortopedja, urologja, d) laryngologja, otjatrja, rynologja, okulistyka, e) ginekologja, f) choroby dzieci, g) choroby skórne i weneryczne, h) roentgenologja, i) fizjoterapja i j) praca w laboratorjum.

Lekarze dzielnicowi i rejonowi, o ile nie są specjalistami, kwalifikują się według lat praktyki w zakresie medycyny administracyjno-lekarskiej lub ogólnej według uznania Zarządu Kasy.

V. Specjalista, który pragnie otrzymać dodatki za specjalizację, winien wnieść podanie i udowodnić rok, w którym rozpoczął pracę nad obraną specjalnością przez przedstawienie: a) zaświadczeń z odbytych studjów w klinikach, szpitalach, laboratorjach i t. p.; b) prac naukowych drukowanych; c) w razie braku tych obu świadectw zaświadczeń dwóch lekarzy praktykujących w Kasie Chorych o odbytych studjach.

VI. Za pełne 10 lat praktyki w obranej specjalności lekarz otrzymuje dodatek w wysokości 10% całkowitych poborów, za lat 15 do 15%, za 20 lat 20%, za 25 lat 25%.

Dodatki za specjalizację nie mogą przekraczać 25%.

VII. Dodatki za specjalizację otrzymuje lekarz po przesłużeniu w Kasie Chorych conajmniej jednego roku.

VIII. Określenie lat pracy w danej specjalności dokonywa Komisja Weryfikacyjna w składzie następującym: a) dwóch lekarzy przedstawicieli Zarządu Kasy; b) dwóch lekarzy przedstawicieli Zrzeszenia Lekarskiego Kas Chorych; c) jako przewodniczący-delegat Rady Lekarskiej.

Za wizytę na mieście Kasa Chorych płaci — „a". (Opłata za godzinę pracy ambulatoryjnej).

Za wizyty dzienne w dzielnicach odległych, podmiejskich lub zamiejskich, może Kasa Chorych płacić wynagrodzenie stosownie do ilości godzin straconych przez lekarzy dla ich załatwienia przy obliczeniu za godzinę nie mniej „a", lub też zwrócić ich rzeczywiste wydatki podług cennika obowiązującego w danej miejscowości. Środki przewozowe — samochód lub konie, powinne być dostarczone przez administrację Kasy.

Wizyta na zlecenie lekarza dzielnicowego dla lekarzy specjalistów i lekarzy rejonowych w innych rejonach — płatne są jednostkowo — równa się „a".

Wizyty nocne i w dni świąteczne, oraz konsylja — liczą się podwójnie. Za wizyty nocne uważane są wizyty od godz. 8-mej wiecz. do godz. 8-mej rano.

Jeżeli w jednem i tem samem mieszkaniu lekarz udziela porady kilku pacjentom, cierpiącym na choroby, które wymagają osobnych zabiegów lekarskich, honorarjum jego składa się z całkowitej płacy za poradę pierwszą i o połowę mniejszą za każdą poradę następną.

W wypadkach wezwań pod adresem fałszywym lub nieścisłym, o ile adres został podany przez Kasę Chorych — honorarjum wypłaca się tak jak za wizyty załatwione.

Każde wezwanie lekarza powinno odbywać się zapomocą specjalnych druków „żetonów".

Cennik za zabiegi ginekologiczne: 1) Zabiegi proste (zeszycie krocza, skrobanie instrumentalne) — 5 a; 2) zabiegi złożone (kleszcze, obrót, usunięcie łożyska, wymóżdżenie, rozkawałkowanie) — 8 a; 3) usunięcie łożyska ręczne (bez narkozy) — 2 a; 4) chloroformowanie (resp. asystentura) — 2 a.

Cennik zabiegów chirurgicznych: 1) nacięcie ropnia (ewent. ropowicy, wąglika), szew, podwiązanie naczynia, przekłucie bębenka, tamponada nosa, nacięcie ropnia okołomigdałkowego, cewnikowanie, odprowadzanie przepukliny, nakłucie opłucnej, nałożenie opatrunku ustalającego przy złamaniach obojczyka, przedramienia, kostki i stopy — 2 a. — 2) Opatrunki ustalające przy złamaniach uda, ramienia lub podudzia, wlewanie dożylne lub podskórne, nacięcie ropnia z sutka, ropnia około-odbytnicowego, nastawienie zwichnięcia, nacięcie żyły (venaesectio) — 3 a. — 3) Wyssanie wysięku opłucnej (punctio et aspiratio), nakłucie brzucha (ascites), nakłucie lędźwiowe — 4 a.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs analiz lekarskich. Państwowy Zakład Higjeny zawiadamia, że kurs analiz lekarskich rozpocznie się dnia 8 stycznia 1930 r. i trwać będzie z jednotygodniową przerwą podczas Świąt Wielkanocnych, do dnia 1 lipca 1930 r. Program kursu obejmować będzie w zasadzie całokształt badań, potrzebnych do wykonywania analiz lekarskich: a) z bakterjologji: diagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych, b) z serologji: serodiagnostykę chorób zakaźnych, serodiagnostykę kiły, c) z mikroskopji klinicznej: hematologię, badania na zimnicę, krętkowice, robaki, grzybki chorobotwórcze, d) badania chemiczne i mikroskopowe moczu, kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków itp., e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi, f) podstawowe wiadomości z anatomji, histologji i fizjologji.

Kierownikiem kursu będzie Doc. Dr. H. Sparrow, adjunkt Państwowego Zakładu Higjeny.

Wykładać będą:

Bakterjologję — Doc. Dr. H. Sparrow, adjunkt Państwowego Zakładu Higjeny, zajęcia praktyczne pod kierunkiem p. H. Rabinowiczówny, asystent. Zakładu.

Serologję — Prof. Dr. L. Hirszfeld, Dyrektor Państwowego Zakładu Higjeny.

Hematologję i mikroskopję kliniczną — Dr. Górecki, st. asystent II. Kliniki Wewnętrznej.

Grzybki chorobotwórcze — Dr. Kapuściński, st. asystent Kliniki Dermatolog.

Parazytologję — Prof. Dr. Błędowski.

Zajęcia trwać będą od 9-ej do 2-ej pp. Wykłady 1—2 godziny dziennie, reszta zajęcia praktyczne.

W czasie trwania kursu odbywać się będą colloquia po ukończeniu działu. Po skończonym kursie odbędzie się egzamin wobec komisji urzędowej, po którym słuchacze otrzymają świadectwa tymczasowe, stwierdzające, że są pod względem naukowym przygotowani do wykonywania badań lekarskich.

Następnie Państwowy Zakład Higjeny będzie wymagał po ukończeniu kursu półrocznej praktyki w jednej z pracowni, zaaprobowanych przez Zakład, poczem Państwowy Zakład Higjeny wyda świadectwo, które będzie dawało prawo do uzyskania zezwolenia (koncesji), na samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich.

Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kurs: ukończone studja wyższe, 1) lekarskie, II) farmaceutyczne, III) przyrodnicze, IV) chemiczne. Wyłączona jest Wolna Wszechnica, która na razie nie jest przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego uznana za równorzędną z uczelniami wyższemi.

Kandydaci nieposiadający wyższych studjów, mogą być przyjmowani jako wolni słuchacze, niemający prawa do świadectwa.

Opłaty za kurs wynosić będą: wpisowe Zł 100., następnie Zł 100 miesięcznie, płatnych z góry 15-go każdego miesiąca.

Bardzo pożądany jest własny mikroskop, gdyż Państwowy Zakład Higjeny nie daje gwarancji, że każdemu słuchaczowi dostarczy oddzielny mikroskop.

WWPP. reflektujących na przyjęcie na kurs, prosimy uprzejmie o nadesłanie najpóźniej do dnia 7 grudnia 1929 r. pod adresem: Państwowy Zakład Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, Kierownik kursu Analiz Lekarskich, Doc. Dr. Sparrow, 1) podania, 2) curriculum vitae, 3) kopji dyplomu, 4) świadectwa z odbytej praktyki, względnie kursów, mających związek z analizami lekarskiemi.

Około 15 grudnia 1929 r. Państwowy Zakład Higjeny roześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty, czy nie.

Kandydaci przyjęci obowiązani będą wpłacić najpóźniej do dnia 7 stycznia 1930 r. pod wyżej wymienionym adresem wpisowe, w sumie Zł 100, — zaś dnia 8 stycznia 1930 r. stawić się na kurs i wnieść opłatę za pierwszy miesiąc.

Pomoc lekarska inwalidom wojennym. Komisarjat rządowy Ogólnopaństwowego Związku Kas Chorych pismem z dnia 16. X. r. b. komunikuje nam, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, postanowiło poruczyć leczenie inwalidów wojennych Kasom Chorych. Liczba inwalidów woj. wynosi w Państwie Polskiem około 140 tys. osób, w tem 90 tys. uznanych za niezdolnych do pracy. Inwalidzi będą leczeni (o ile nie mają do tego innego tytułu) jedynie na choroby, pozostające w związku przyczynowym ze stanem inwalidztwa. Przejście to inwalidów pod opiekę lekarską Kas Chorych nastąpić ma z dn. I. XI. r. b., albowiem w dniu tym Ministerstwo P. i Op. S. przejmuje od Min. Spr. Wojskowych leczenie inwalidów. Zwracamy na tę okoliczność uwagę naszych Kolegów-lekarzy kasowych, zwłaszcza z dzielnic Polski Zachodniej.

Liczba lekarzy w Warszawie. Według danych Wydziału Zdrowia Komisarjatu Rządu było w Warszawie w d. 1 stycznia 1929 r. 2118 lekarzy. W ciągu r. b. zmarło 24 lekarzy, wyjechało 16, przybyło 220; ogólna liczba lekarzy wynosi 2296; najmłodszy liczy lat 24, najstarszy 91.

Odczyty. W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy, Warszawa, Widok 23, odbyły się w listopadzie 1929 r. dla członków i wprowadzonych gości odczyty wraz z dyskusją. 8. listopada piątek. Dr. Bolesław Jakimiak I. Rola i zadania organizacyj społeczno-lekarskich. II. Wynagrodzenia, uposażenia i zabezpieczenia emerytalne lekarzy i ich rodzin, a 22 listopada, piątek: prof. Gabryel Tałwiński: O zamieszkalności planet.

Wykłady Dr. Wroczyńskiego w Uniwersytecie Poznańskim. Dr. Czesław Wroczyński, b. dyrektor Służby Zdrowia w Min. Spr. Wewn. i naczelnik Urzędu Zdrowia Magistratu m. Warszawy wygłosił, względnie wygłosi w czasie od 26. X. do 7. XII. r. b. cykl wykładów z zakresu medycyny społecznej na tematy następujące: 1) Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość medycyny społecznej, 2) Metody pracy medycyny społecznej, 3) Najważniejsze kierunki pracy medycyny zapobiegawczej, 4) Ubezpieczenia społeczne, 5) Walka z gruźlicą, 6) Opieka nad matką, niemowlęciem i dzieckiem, 7) Walka z alkoholizmem i chorobami wenerycznemi, 8) Organizacja publicznej służby zdrowia.

Wspierajcie niezdolnych do pracy lekarzy, dopomagajcie Wdowom i Sierotom po Lekarzach, zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. Budujmy Schronisko dla Wdów i Sierót po Lekarzach. Conto Rodziny Lekarskiej P. K. O. 15922. Conto Budowy Schroniska P. K. O. 18235.

W związku z zakończeniem Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu, dowiadujemy się, że Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. w Warszawie wystawiały preparaty swe po za konkursem.

Kraków.

Otwarcie Zakładu Laryngologicznego. W dniu 7. XI. b. r. odbyło się uroczyste otwarcie znacznym kosztem wybudowanego oddziału laryngologiczno-usznego przy szpitalu krakowskiej gminy żyd. Otwarcia zakładu dokonał prezydent gminy żyd. dr. Rafał Landau, a podnosząc znaczenie szpitala dla najszerszych warstw ludności, złożył życzenia dalszego pomyślnego rozwoju szpitala dla dobra cierpiących. Kierownicy oddziału pp. dr. Spira i dr. Schwarzbart obejmując zakład, złożyli podziękowanie radzie i prezydentowi gminy za opiekę, juką otaczają szpital.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXV. Posiedzenie naukowe odbyło się dn. 8 listopada b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Z. Chrapek i J. Aleksiewicz: a) Usunięcie mięsaka szyji z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewnętrznej; b) Zapalenie szpiku kostnego żeber po wycięciu (pokaz); 2) Kol. H. Mierzecki: Mięsaki mnogie skóry (pokaz); 3) Kol. Z. Tomanek: Ze studjów zagranicznych nad gruźlicą płuc (wykład). W dyskusji zabierali głos kol.: Salpeter i Goldschlag.

Wilno.

Z uroczystości 350-lecia Uniwersytetu Stefana Batorego. Podczas uroczystości jubileuszowej w akademickim kościele św. Jana prezes P. T. L. W. wygłosił przemówienie następujące:

Magnificencjo, Dostojne Zgromadzenie!

Z uczuciem głębokiego wzruszenia, w imieniu lekarzy weterynaryjnych Rzeczypospolitej Polskiej zabieram dziś głos w murach Almae Matris Batoreanae podczas 350-letniej rocznicy powołania do życia świetnej Wszechnicy.

Z tem głębokiem wzruszeniem pragnę do wieńca laurowego, składanego dzisiaj Wszechnicy Wileńskiej, wpleść jeden jeszcze liść. Uniwersytet Wileński przed setką zgórą lat był pierwszą uczelnią polską, w której medycyna weterynaryjna, ta jedna z najmłodszych w pojęciu nowoczesnem dyscyplin, została potraktowana jako wiedza, której udzielono poziomu studjów wyższych.

Uniwersytet Wileński jest kolebką studjów medycyny weterynaryjnej w Polsce. W jego murach w latach 1806—1824 wykłada

pierwszy w Polsce nauki weterynaryjne alzatczyk—profesor Ludwik Henryk Bojanus. Jego uczniowie wileńscy Ferdynand Adamowicz (1802—1881) i Karol Muyschel (1779—1843) stają się pierwszymi polakami profesorami medycyny weterynaryjnej. Z Wilna wychodzi pierwszy zastęp 182 lekarzy weterynaryjnych z dyplomami uniwersyteckiemi. Po zamarciu blasków ogniska wileńskiego długi czas pozostaje luka niezastąpiona w rozwoju polskiej myśli naukowej w tej dziedzinie.

Z tym hołdem staję dzisiaj w dniu święta Wszechnicy. I niech ten liść w wieńcu sławnej przeszłości przyczyni się do tem większej chwały Wszechnicy, która już przed laty umiała spojrzeniem głębokiem ogarnąć szerokie horyzonty rozwijających się nowych dziedzin nauki i powstających nowych potrzeb społecznych.

W imieniu lekarzy weterynaryjnych Rzeczypospolitej Polskiej składam Wszechnicy Wileńskiej gorące życzenia, aby z Jej kuźnic wiedzy w nieskończone lata szły szeregi pracowników niosących z najwyższą ofiarnością i tym cudnym, gorącym patrjotyzmem wileńskim swą wiedzę i umiejętność na chwałę i na pożytek Ojczyzny i nauki polskiej.

Quod felix, faustum fortunatumque sit!

Z kraju.

III. Zjazd Lekarski w Krynicy od dnia 4—6 stycznia 1930 roku. Program: 4-go stycznia 1930 r. Godzina 10. Otwarcie Zjazdu przez prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dra Stanisława Lewickiego. Wybór Prezydjum Zjazdu. Przemówienia oficjalne. Godzina 11. Posiedzenie naukowe: 1. Prof. Dr. Wincenty Jezierski (Poznań): Wpływ hormonów na akcje serca. 2. Doc. Dr. Antoni Sabatowski (Lwów): Zimowe leczenie uzdrowiskowe w stosunku do zjawisk okresowych w biologji człowieka. Godzina 12—14. Imprezy sportowe (Międzynarodowe zawody hokeyowe Węgry—Polska). Godzina 14. Śniadanie, wydane przez Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy. Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe: 3. Dr. Jakób Węgierko (Warszawa): Istota i leczenie nerwic wegetatywnych. 4. Dr. Teofil Kucharski (Poznań): O stosowaniu i skuteczności hormonów w praktyce lekarskiej. 5. Prof. Dr. Marjan Franke (Lwów): Ważność badania przemiany spoczynkowej (podstawowej) w schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. 6. Doc. Dr. Aleksander Oszacki (Kraków): Znaczenie badania gazów dla rozpoznawania i leczenia chorób wewnętrznych. 7. Prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz (Wilno): Układ autonomiczny, a wydzielanie wewnętrzne. Dyskusja. — 5-go stycznia 1930 r. Godzina 8—10. Zwiedzanie zdrojowiska. Godzina 10. Posiedzenie naukowe: 8. Dr. Maksymiljan Blassberg (Kraków): Nowoczesne leczenie cukrzycy w zdrojowiskach. 9. Doc. Dr. Filiński (Warszawa): Rola przemiany materji w zaburzeniach krążenia i wytyczne w ich leczeniu. 10. Dr. Anastazy Landau (Warszawa): Współczesne poglądy na istotę i leczenie moczówki cukrowej. 11. Dr. Artur Chwalibogowski (Lwów): Cukrzyca u dzieci. 12. Dr. Jakób Węgierko (Warszawa): Leczenie cukrzycy w świetle dawnych i nowych poglądów. 13. Doc. Dr. Franciszek Łabendziński (Poznań): Insulina a narząd krążenia. Dyskusja. Godzina 16.30 Posiedzenie naukowe: 14. Prof. Dr. Franciszek Groer (Lwów): Rola skóry w chemiźmie wewnętrznym ustroju. 15. Doc. Dr. Stanisław Klejn (Warszawa): Rola wątroby w gospodarce wodnej ustroju. 16. Doc. Dr. Mieczysław Wierzuchowski (Warszawa): Cukrowa przemiana materji z punktu widzenia klinicznego. 17. Dr. Witold Skórczewski (Krynica): Wpływ leczenia kąpielowego w Krynicy na obraz ortodiagraficzny serca. 18. Doc. Dr. Adam Elektorowicz (Warszawa): Znaczenie kliniczne badania roentgenologicznego w schorzeniach kiszek grubych. Godzina 21. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy, Zwierzchność Gminną i Komisję Zdrojową. — 6-go stycznia 1930 r. Godzina 10. Posiedzenie naukowe: 19. Dr. Samuel Liniecki (Łódź): Gościec przewlekły a zaburzenia hormonalne. 20. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski (Warszawa): temat zastrzeżony. 21. Prof. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków): temat zastrzeżony. Dyskusja. Godzina 12—14. Imprezy sportowe (zawody narciarskie, skoki). Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe: 22. Dr. Franciszek Kmietowicz junior (Lwów): Wchłanianie bezwodnika przez skórę w czasie kąpieli kwasowęglowej. 23. Prof. Dr. Tadeusz Tempka i Dr. Kubiczek (Kraków, doniesienie tymczasowe): Wpływ Zubera na cholesterynę w ustroju zdrowym i chorym, w porównaniu z działaniem analogicznem innych wód. 24. Dr. Bronisław Braun (Kraków): Wpływ Zubera na przemianę spoczynkową oraz równowagę kwasowo-zasadową w przebiegu schorzeń gruczołów dokrewnych, zwłaszcza hypertyreoz. 25. Doc. Dr. Włodzimierz Filiński i Dr. Zofja Franio (Warszawa): Badania nad wpływem zdroju Zubera na wydzielanie żołądkowe. 26. Badania kliniczne nad wpływem wody ze źródła Karola w Iwoniczu: Dr. Jerzy Rejchan (Kraków): a) Wydzielanie treści żołądkowej. Dr. Leon Tochowicz (Kraków): b) Wydzielanie treści dwunastnicowej. c) Przemiana spoczynkowa. Dyskusja. Zamknięcie Zjazdu. Godzina 22. Raut i Bal lekarski w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego. Podczas Zjazdu czynną będzie Wystawa środków leczniczych. Warunki uczestnictwa: Wkładka członkowska 40 Zł, wkładka osoby towarzyszącej 30 Zł. Karta uczestnictwa upoważnia do udziału w posiedzeniach i zwiedzaniu zdrojowiska, bezpłatnej kwatery, udziału w dwóch przyjęciach Zjazdu przez Stowarzyszenie Lekarzy i Władze miejscowe, udziału w raucie i balu lekarskim, bezpłatnych zabiegów leczniczych i zniżki kolejowej w drodze powrotnej. Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie po wydrukowaniu Pamiętnik III. Zjazdu ze wszystkiemi przemówieniami i dyskusją in extenso. Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu: Dr. Witold Skórczewski, Krynica. Dr. Witold Skórczewski Sekretarz generalny III. Zjazdu Lekarskiego. Dr. Stanisław Lewicki Prezes Stowarzyszenia Lekarzy. — Imprezy sportowe będą obejmowały: Zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie z wielkiej skoczni, zawody saneczkowe, popisy w sztucznej jeździe na lodzie.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. wrzesień 1929 r. W Zarządzie Centralnym. Mianowani: Dr.Rudolfowa Marja, pracownik kontraktowy w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, do odwołania referendarzem w VII st. sł. dekretem z dnia 3. IX. 1929. — Dr. Wiesenberg Emil, prowizoryczny Radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 25. IX. 1929. — Strowski Jerzy, prowizoryczny Radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 25. IX. 1929. — Przeniesieni w stan spoczynku: Zajkowska Janina, regestrator w IX st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, z dniem 30 września 1929 r. w myśl art. 29 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: Mianowani: Inż. Bocianowski Czesław, pracownik kontraktowy w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, do odwołania asystentem w VIII st. sł. tamże dekretem z dnia 25. IX. 1929. — Dr. Ostrowski Stanisław, prowizoryczny prymarjusz w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu powszechnym we Lwowie, prymarjuszem w VII st. sł. na oddziale chorób skórnych w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie dekretem z dnia 25. IX. 1929 r. — Dr. Laskownicki Stanisław, urzędnik I kategorji w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie, prymarjuszem w VII st. sł. na oddziale urologicznym w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie dekretem z dnia 25. IX. 1929 r. — Dr. Garbień Albin, prowizoryczny asystent w VIII st. sł. w Państwowej Szkole Położnych we Lwowie, prowizorycznym asystentem w VIII st. sł. w Państwowej Szkole Położnych we Lwowie na przeciąg dalszych 2-ch lat, t. j. do dnia 5 października 1931 r. dekretem z dnia 20. IX. 1929 r. — Dr. Kacprzak Marcin, prowizoryczny Kierownik Oddziału w VI st sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie, Kierownikiem Oddziału w VI st. sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie dekretem z dnia 28. IX. 1929 r. — Inż. Szniolis Aleksander, prowizoryczny Kierownik Odziału w VI st. sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie, Kierownikiem Oddziału techniki sanitarnej w VI st. sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie dekretem z dnia 30. IX. 1929 r.

W Władzach II instancji. Mianowani: Dr. Ostromęcki Bohdan, prowizoryczny Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Kielcach, Naczelnikiem Wydziału w V st. sł. w tymże Urzędzie dekretem z dnia 18. IX 1929 r. — Przeniesieni: Dr. Domański Zygmunt, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Nowogródku, z dniem 1 września 1929 r. na takież stanowisko do Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Górski Józef, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu, z dniem 1 września 1929 r. na podstawie art. 29 b ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r.

We Władzach I instancji. Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Ziętak Władysław, przeniesiony w stan nieczynny lekarz powiatowy w VI st. sł. w Bydgoszczy, z dniem 30 września 1929 r. na własną prośbę w myśl art. 28 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r. — Dr. Zagota Antoni, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Siedlcach, z dniem 30 września 1929 r. w myśl art. 29 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r. — Zwolnieni: Dr. Romecki Bronisław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Brześciu n/Bugiem, na własną prośbę zgodnie z postanowieniem art. 60 ustawy o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 30 września 1929 r.

Nr. 48. 1. grudnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. L. PTASZEK i St. MALCZYŃSKI. Lwów.

O wpływie gruczołów płciowych na speczyficzno-dynamiczne działanie pokarmu [1]).

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. Marjan Franke.

Niezaprzeczony wpływ gruczołów płciowych na przemianę spoczynkową (p. s.), który, obok innych autorów, mogliśmy z całą stanowczością jeszcze raz potwierdzić, pozwolił nam dzięki przeprowadzeniu ścisłych doświadczeń na zwierzętach i porównaniu z wynikami badań klinicznych (kobiet), określić bliżej znaczenie samej p. s. jako środka rozpoznawczego pomocniczego w przypadkach niedomogi jajnikowej. Wahania w natężeniu stopnia tej niedomogi i wyrównania pozajajnikowego prowadzą u kobiet do różnorodnych obrazów chorobowych, które ujęliśmy w pracy poprzedniej w trzy grupy: postacie niedomogi lekkiej, cechujące się wzrostem p. s., średniej z p. s. prawidłową i ciężkiej z p. s. obniżoną (Ptaszek-Liebhart).

W dalszym ciągu doświadczeń zajęliśmy się sprawą wpływu kastracji na specyficzno-dynamiczne działanie pokarmu (sddp.) u zwierząt i te wyniki, podobnie jak poprzednio, zestawiliśmy z tą samą reakcją w przypadkach niedomogi jajnikowej u kobiet. Obok chęci zużytkowania badań sddp dla celów rozpoznawczych samej niedomogi jajnikowej, chcieliśmy uchwycić związek tej reakcji z układem wegetatywno-inkretorycznym w ogólności, a także odpowiedzieć na pytanie, o ile sddp. może być (Plaut) uważanem za reakcję związaną ściśle z przysadką mózgową (przednim płatem). Postanowiliśmy tem samem tą drogą o ileby to było możliwe, śledzić procesy jakie toczą się w tym gruczole przy równoczesnem istnieniu niedomogi gruczołów płciowych. Istnieje bowiem ściślejszy związek pomiedzy narządami rodnemi a przysadką, na co wskazują zmiany ciążowe przysadki, zmiany anatomiczne występujące w tym gruczole po kastracji i t. d.

Wielka rozbieżność zdań, dotyczących wpływu schorzeń przysadki na sddp., nie pozwoliła nam bezkrytycznie oprzeć się na tej metodzie. Chociaż Plaut twierdzi, że obniżenie zużycia tlenu po podaniu pokarmu białkowego wskazuje na niedomogę, a podwyższenie na nadczynność przysadki, pogląd jego nie znalazł potwierdzenia przez wszystkich autorów. Znaleziono, że zwiększenie zapotrzebowania tlenu po podaniu pokarmu, obok zmian połączonych z nadczynnością przysadki, występuje także w innych stanach chorobowych, nie będących w żadnym związku z przysadką (Pollitzer i Stolz, Liebesny, Frank i Herzger). Z drugiej strony Gessler, Kraus i Rettig podają, że mimo istnienia zaburzeń przysadkowych brak było zmian w sddp. Wprawdzie Knipping mówi za Kestnerem i Liebesnym, że po wstrzykiwaniach wyciągu z przedniego płatu przysadki występuje wzrost sddp., Abelin jednak taki sam wzrost stwierdził przy karmieniu zwierząt tarczycą.

W toku naszej pracy staraliśmy się więc wglądnąć bliżej w czynniki wpływające na sddp. i znaleźć związek pomiędzy niemi a tą reakcją. Do tego celu miały nam posłużyć doświadczenia na zwierzętach kastrowanych, u których kontrolowaliśmy sddp. w rozmaitych okresach pokastracyjnych.

I.

Sddp. u zwierząt prawidłowych przedstawia reakcję cechującą się wzrostem przemiany gazowej po podaniu pokarmu. W naszych doświadczeniach oznaczaliśmy przemianę gazową (p. g.) w 60 i 90 minut po podaniu pożywienia białkowo-węglowodanowego. Dla uniknięcia powtarzań w tekscie, będziemy stale punkt wyjścia obserwacji t. j. przemianę gazową przed śniadaniem oznaczać zerem; następne cyfry będą wskazywać różnicę w p. g. między tym punktem, a oznaczeniem jej w 1 godzinę i w $1^1/_2$ godziny po śniadaniu.

U psa prawidłowego przebieg tej reakcji ilustruje n. p.:

Pies Nr. 3. Sddp. = 0, + 56%, + 100%.
Pies Nr. 5. Sddp. = 0, + 3%, + 100%.

[1]) Referat, wygłoszony na XIII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie dnia 27. września 1929.

Stopień nasilenia reakcji u każdego zwierzęcia zależy w dużej mierze od warunków konstytucjonalnych ustroju, dlatego też wysokość wahań w p. g. po śniadaniu jest dość różna: w każdym razie u wszystkich psów prawidłowych mogliśmy obserwować zawsze wzrost p. g. po śniadaniu, a więc sddp. dodatnie.

A) Doświadczenia na samcach.

Po ustaleniu reakcji normalnej u zwierząt (samców), usuwaliśmy jądra, prowadząc dalsze obserwacje w kierunku zachowania się sddp. w okresach wcześniejszych pooperacyjnych i późniejszych, zwracając uwagę na zachowanie się tej reakcji w okresie wyrównania zastępczego przez aparat wkrewny pozapłciowy i w okresie wytworzonej już niedomogi trwałej tego aparatu (Ptaszek).

Sddp w okresie wyrównania pozapłciowego u samców.

Na fakt, że w tych przypadkach istniała czynność wyrównawcza ze strony reszty gruczołów wkrewnych wskazywał już sam zbliżony do wartości wyjściowych przedkastracyjnych, lub wybitnie zwiększony poziom p. g. Sddp. w tym okresie przedstawiało się następująco:

Pies Nr. 3. Sddp. przed operacją: 0, + 56%, + 100%.
w tydzień po operacji 0, + 20%, + 30%.
w 2 tygodnie po operacji 0, + 56%, + 150%.
Pies Nr. 5. Sddp. przed operacją: 0, + 3%, + 100%.
w 2 tygodnie po operacji 0, + 29%, + 29%.
Pies Nr. 6. Sddp. przed operacją: 0. + 5%, + 10%.
w 2 tygodnie po operacji 0, + 2%, + 18%.

Cechą znamienną tego okresu jest utrzymywanie się dodatniego Sddp., a w niektórych przypadkach nawet jego wzrost (np. pies Nr. 3). Ponieważ w tym okresie jest w pełni rozwinięta zwiększona w celu kompenzacji czynność aparatu wkrewnego pozapłciowego, przypuszczamy, że jest ona równocześnie przyczyną tego zachowania się Sddp. Ze względu na podnoszony często związek pomiędzy przysadką mózgową a Sddp, i wobec możliwości kompenzacji głównie przysadkowej przeprowadziliśmy badanie histologiczne przysadki na szczycie kompenzacji pozapłciowej u psa Nr. 3. Badanie to (Sosin) wykazało w tym okresie pewne zmiany morfologiczne, przemawiające za niedomogą czynnościową, a nawet w obrazie mikroskopowym można było stwierdzić i cechy rozpoczynających się zmian wstecznych anatomicznych, co na tem miejscu notujemy.

Sddp. w okresie wyczerpania aparatu wkrewnego pozapłciowego u samców.

Badania Sddp. u zwierząt w dalszych okresach pokastracyjnych, u których wystąpiło już wyczerpanie się i następowa niedomoga aparatu pozapłciowego, na co wskazywał niski poziom p. s. stale się utrzymujący, dało wyniki odmienne. Nie mogliśmy tu spostrzec ani razu nawet zaznaczenia wzrostu p. g. po śniadaniu, lecz owszem spotykaliśmy się często nawet z wybitnym jej spadkiem poniżej punktu wyjściowego t. j. z ujemnem Sddp.

Np.: Pies Nr. 1 badany w 13 miesięcy po testectomji
Sddp.: 0, — 20%, 0.

U innych zwierząt w okresach późniejszych pokastracyjnych, Sddp przedstawia się podobnie:

Pies Nr. 5 : 0, — 20%.
Pies Nr. 6 : 0, — 17%.

B) Doświadczenia na sukach.

Z podobnem zachowaniem się sddp. spotkaliśmy się i u suk:

Sddp. w okresie kompensacji pozapłciowej.

I tu podobnie mogliśmy stwierdzić utrzymywanie się dodatniego sddp. jako wyrazu nadczynności gruczołów pozapłciowych.

Np. Suka Nr. 3. Sddp. przed owarjektomją: 0 + 20%, + 130%. w 3 tygodnie po owarjektomji pozostało nadal dodatnie: 0, + 19%, + 71%.

Suka Nr. 1: w miesiąc po zabiegu wykazywała działanie kompensujące aparatu pozapłciowego czego dowodem była p. s. = + 3%, a sddp. w tym czasie wynosiło 0, + 17%, + 40%, więc było dodatnie. U tego zwierzęcia przeprowadzone badanie histologiczne

wykazało zmiany, przemawiające za istnieniem niedomogi czynnościowej przysadki (jak u psa Nr. 3).

Suka Nr. 5: przed usunięciem jajników: Sddp. = 0, + 107%, + 137%, w 3 tygodnie po zabiegu pozostało dodatnie: 0, 0, + 10%.

Sddp. w okresie wyczerpania aparatu wkrewnego pozapłciowego.

Jak u psów tak i u suk w tym okresie sddp. było ujemne, a uważać je można jako następstwo wyczerpania się kompensującego aparatu wkrewnego pozapłciowego. Np.

Suka Nr. 3: po owarjektomji, w okresie silnego spadku p. s. (—32%), wykazywała sddp.: 0, —14%, —13%.

Suka Nr. 2 w podobnym okresie (p. s. —32%), sddp.: 0, 0, —4%.

Suka Nr. 5 w okresie późnym (p. s. —45%, sddp.: 0, —16%, —6%.

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że sddp. jest reakcją związaną z całym układem wkrewno-wegetatywnym. Wytrzebienie zwierzęcia powoduje w całym zespole wkrewnym pozapłciowym zmianę warunków inkretorycznych, które wpływają z kolei na odmienny przebieg sddp. Stopień zmian w sddp. po kastracji, chociaż jest w dużej mierze zależny od warunków osobniczo-konstytucjonalnych ustroju, wykazuje w głównych swych zarysach wahania zupełnie podobne. Mamy tu na myśli fakt, że w każdym przypadku przez nas obserwowawnym sddp. pierwotnie dodatnie, w dłuższy czas po kastracji w okresie wytworzonej już następowej niedomogi inkretorycznej pozapłciowej, wykazywało odchylenie w kierunku przeciwnym (spadek p. g. po śniadaniu), było zatem ujemne. Na tej podstawie możemy twierdzić, że postępujące zmiany, ujemne, w całym łańcuchu gruczołów wkrewnych wpływają na obniżenie sddp. Całość procesów pokastracyjnych należy ująć w sposób następujący: Utratę hormonu gruczołów płciowych (kastracja) możemy uważać jako bodziec, który, drażniąc układ wkrewny, po przejściowym okresie utajenia, powoduje jego nadczynność. Wyrazem tej nadczynności jest powrót p. s. do liczb wyjściowych oraz utrzymywanie się dodatniego, a czasem i wzmożonego sddp. Nadmierna praca zespołu wkrewnego pozapłciowego powoduje wyczerpanie jego zdolności wyrównawczych i zmiany wsteczne, czego wyrazem jest znów spadek p. s. i ujemne sddp. Specjalnie chcemy tu podnieść, że właśnie w okresie wyrównania, gdy sddp. jest dodatnie, a p. s. wykazuje normę (istnieje zatem nadczynność aparatu pozapłciowego), w przysadce spotykaliśmy znamiona anatomiczne upośledzenia jej funkcji.

Doświadczenia nasze na zwierzętach pozwalają wysnuć następujące ogólne wnioski:

1) Ostre usunięcie hormonu jądrowego, czy też jajnikowego skutkiem kastracji, powoduje przedewszystkiem czasową nadczynność zastępczą reszty gruczołów wkrewnych, której wyrazem jest obok prawidłowego czy wzmożonego poziomu p. s. także i dodatnie sddp. Reakcja ta utrzymuje się dłuższy czas po kastracji w formie dodatniej, mając co prawda różne nasilenia, zależne od odmiennych warunków osobniczych układu inkretorycznego, w każdym razie jest ona w tym okresie wybitnie dodatnią. Ogólnie możemy w przypadku dodatniego sddp. zawsze liczyć się z dostateczną pracą zespołu inkretorycznego.

2) Sddp. jest wyrazem pracy całego systemu wkrewnego. W naszych doświadczeniach wyniku sddp. nie mogliśmy nigdy odnieść tylko do samej przysadki mózgowej; w okresach o najwięcej natężonem wyrównaniu pozapłciowem spotykaliśmy przysadkę ze znamionami upośledzenia jej funkcji.

3) W okresach wyczerpania czynności zastępczych gruczołów wkrewnych, z wystąpieniem następowej ich niedomogi mamy do czynienia zawsze z ujemną reakcją sddp.

II.

Chcąc wyniki eksperymentalne na zwierzęciu porównać z wynikami badań klinicznych, należy mieć na względzie zawsze różnice, jakie zachodzą w aparacie wkrewnym w doświadczeniach na zwierzęciu, a w ustroju ludzkim. U kobiet z niedomogą jajnikową w pełni życia płciowego spotykamy się z pewnym s t a n e m gruczołów wkrewnych, najczęściej konstytucjonalnym, a w każdym razie o ukończonym rozwoju gruczołów wkrewnych, rozwoju odbywającym się przy zmienionych warunkach wydzielniczych jajnika. Stan całego aparatu wegetatywno-inkretorycznego jest jako całość odmienny od prawidłowego, a proces rozwojowy w gruczołach odbywa się powoli.

U zwierząt kastracja wywołuje p r o c e s chorobowy, rozpoczynający się ostro a toczący się później przez rozmaite wahania funkcjonalne, a w końcu także anatomiczne, który prowadzi dopiero po swojem ukończeniu do stanu chorobowego, wytworzonego stałym brakiem hormonu jajnika czy też jądra.

Obserwacja tego procesu u zwierzęcia od wycięcia gruczołów płciowych do jego ukończenia, pozwala wglądnąć w istotę wahań zdolności kompenzacyjnych i rozwoju zmian aparatu pozapłciowego oraz tłumaczy lekkie formy niedomogi jajnikowej kobiety. Podobieństwo zaś stanów niedomogi jajnikowej kobiety i niedomogi gruczołów płciowych w eksperymencie, występuje tylko przy prównaniu bardzo ciężkich stanów upośledzenia jajnika ludzkiego z późnym okresem pokastracyjnym zwierzęcia.

Materjał kobiet[1]) w pełni życia płciowego, u których badanie kliniczne wykazuje niedomogę jajnikową zestawiamy poniżej:

a) w przypadkach niedomogi jajnikowej lekkiego stopnia, która cechuje się wzmożeniem p. s., sddp. jest dodatnie, a wykazuje stosunkowo najniższe cyfry na dowód lekkiej nadczynności aparatu wkrewno pozapłciowego.

Np. Goi. p. s. = + 23%, sddp. 0, + 2%, + 8%.
Tyc. p. s. = + 13%, sddp. 0, + 13%, + 9%.

b) w przypadkach niedomogi jajnikowej o średniem natężeniu, w których praca wyrównawcza aparatu pozapłciowego powoduje prawidłowy poziom p. s. spotykamy sddp. także dodatnie o cyfrach wyższych, więc wyrównanie pozajajnikowe jest tu więcej natężone w miarę wielkości braków w hormonie jajnika.

Np.: Kupf.: p. s. = 0%. Sddp.: 0, + 4%, + 15%.
Rub.: p. s. = 0%. Sddp.: 0, + 11%, + 14%.

c) w przypadkach niedomogi jajnikowej ciężkiej, w których wyrównanie pozapłciowe nie jest dostateczne, tak że poziom p. s. jest niższy niż prawidłowy, praca wyrównawcza gruczołów pozapłciowych jest wybitniejsza. Sddp. jest tu dodatnie i wykazuje liczby stosunkowo najwyższe.

Np.: Tau.: p. s.: = —10%. Sddp.: 0, + 17%, + 21%.
Fric.: p. s.: = —22%. Sddp.: 0, + 34%, + 27%.

W przypadkach zebranych w ostatniej grupie badanie kliniczne mogło wykluczyć istnienie następowej niedomogi wielogruczołowej, w której sddp. jest ujemne, skutkiem niewydolności zastępczych pozajajnikowych, jak to mogliśmy stwierdzić w przypadku:

Man.: p. s.: = —14%. Sddp.: 0, 0, —9%.

Sddp. w przypadkach niedomogi jajnikowej w pełni życia płciowego kobiety, ulega pewnym różnicom w swojem nasileniu, które — jak widzimy z przeglądu przypadków — rośnie w miarę upośledzenia sprawności hormonalnej jajnika. Wzrost ten osiąga największe swe natężenie w przypadkach ciężkich tej niedomogi. Jasnem jest, że może tu być mowa tylko o formach czystej niedomogi jajnikowej niepowikłanej zmianami wstecznemi w reszcie gruczołów wkrewnych. Zwiększenie nasilenia bowiem sddp. jest wyrazem zwiększonej czynności aparatu pozapłciowego, a nie może ona istnieć w tych razach, w których wystąpiło już wyczerpanie kompensacji pozapłciowej. Podobnie jak u zwierząt w okresie pełni pracy zastępczej ze strony układu inkretorycznego po kastracji, spotykamy zwiększenie sddp., a w okresie wyczerpania tego układu reakcję ujemną. U kobiet zatem z niedomogą jajnikową lecz nie tak ciężką, by spowodowała niedomogę wielogruczołową, w większości przypadków układ wkrewny pozajajnikowy znajduje się w stanie rozmaicie natężonej nadczynności. To powoduje utrzymanie się dodatniego lub nawet występowanie zwiększonego sddp. Spadek tej reakcji, występuje dopiero w okresach pojawiania się zmian wstecznych w gruczołach wkrewnych w związku z pojawieniem się niedomogi wielogruczołowej. Tu też spotykamy obniżenie sddp. obok obniżenia samej p. s.

To, że w większości przypadków niedomogi jajnikowej u kobiet sddp. jest dodatnie, zawdzięczać może ustrój z jednej strony temu, że braki hormonalne jajników nie są jeszcze tak duże, by spowodować zmiany wsteczne w zespole wkrewnym pozajajnikowym, a z drugiej strony temu, że aparat ten pozajajnikowy jest jeszcze w możności pracować ze zwiększoną energją. U kobiety zatem, która posiada hormon jajnikowy aczkolwiek w zmniejszonej ilości niż prawidłowo, ubytek w nim w większości przypadków może wywołać nadczynność zastępczą pozapłciową, w niektórych tylko przypadkach niedomogę wielogruczołową. U zwierząt całkowite usunięcie gruczołów płciowych, połączone z zupełnym brakiem hormonu jajnikowego czy jądrowego, wywołuje zmiany zanikowe anatomiczne w całym aparacie wkrewnym. To wszystko tłumaczy dostatecznie stany sddp. i p. s. w klinice i eksperymencie.

---

[1]) Materjał kliniczny uzyskaliśmy dzięki uprzejmości JWP. Prof. B o c h e ń s k i e g o, za co Mu na tem miejscu dziękujemy.

III.

Osobno na tem miejscu chcemy omówić łączność sddp. z aparatem wegetatywno-inkretorycznym. Wprowadzenie do przewodu pokarmowego pożywienia wywołuje, obok procesu trawiennego, pewien odruch, idący układem wegetatywnym, a odśrodkowo wytwarzający podniety dla układu inkretorycznego, tak że gruczoły wkrewne tworzą ostatni punkt w II ramieniu (odśrodkowem) tego łuku odruchowego. Następstwem działania tych podniet jest różnica poziomu w p. g. przed śniadaniem i po śniadaniu, więc jej wzrost czyli dodatnie t. zw. sddp. Wysokość wahań, jako zależna od całego łuku odruchowego, jest tem samem zależna od stanu wydzielniczego samych gruczołów wkrewnych. Ubytek hormonu któregokolwiek gruczołu mógłby więc wpłynąć na obraz sddp., gdyby zdolności wyrównawcze ze strony reszty aparatu wkrewnego nie wypełniały go wzmożoną nadczynnością. Ogólnie więc ta reakcja (sddp.) jest wyrazem pracy całego zespołu wkrewnego i sądzimy, że nie można jej odnieść wybiórczo do przysadki mózgowej. W naszych doświadczeniach widzieliśmy, że sddp. utrzymywało się mimo istnienia cech upośledzenia funkcjonalnego przysadki, a jasnem jest, że gdyby ta reakacja była dla niej specyficzną, musiałaby zniknąć lub zmniejszyć się już przy pierwszych niedomaganiach tego gruczołu. Utrzymywanie się jej jednak w okresie bliższym pokastracyjnym uzależnione jest od całego aparatu pozapłciowego, a nie od samej przysadki.

Zmiany wsteczne w gruczołach wkrewnych pozapłciowych nie postępują żadną miarą równolegle ze sobą, lecz idą w zależności od pewnej ściślejszej lub mniej ścisłej korrelacji, a może są zależne od tężyzny życiowej poszczególnych gruczołów, a nawet ich względów fizykalnych (wielkość i t. d.).

Po wystąpieniu zmian pokastracyjnych w przysadce inne gruczoły nieuległe w tej walce o poziom p. s. i sddp. mogą przez dłuższy czas od przysadki pokrywać braki hormonalne, dlatego też nie spotykamy ostatecznego spadku sddp. Dopiero z wystąpieniem niedomogi ostatnich placówek inkretorycznych (t. j. wielogruczołowych) sddp. spada i stać się może ujemnem.

Różne zachowanie się sddp. w schorzeniach przysadkowych, które według podań rozmaitych autorów da się zauważyć, ma swoje źródło — naszem zdaniem — w zmianach wtórnych w reszcie aparatu wkrewnego, występujących w następstwie pierwotnych zmian przysadkowych, a nie tylko w przysadce.

Wnioski:

1) Zachowanie się sddp. w niedomodze gruczołów płciowych, pozwala sądzić o czynności gruczołów wkrewnych pozapłciowych. Dodatnie sddp. wskazuje na prawidłową lub wzmożoną ich funkcję, a ujemne sddp. na wystąpienie wtórnej ich niedomogi.

2) Sddp. jest reakcją związaną z całym aparatem wkrewnym i nie można jej uzależniać od czynności poszczególnego gruczołu.

Piśmiennictwo.

Plaut: Dtsch. Arch. f. i. Med. 1923, 139; 1923, 142. — Tenże: Dtsch. med. Wchschft 1922, 42. — Poos: Ztschft. f. ges. exp. Med. 1927, LIV. 709. — Pollitzer i Stolz: Wien. Arch. f. i. Med. 1924 tom 9, zesz. 2, str. 307. — Liebesny: Kl. Wchschft. 1925, 4, 156. — Frank i Herzger: tamże 1926, 5, 836. — Knipping: tamże 1928, 49. — Abelin: tamże 1923, 49, 2221. — Ptaszek: Pol. Gaz. Lek. 1928, 39 i 1929, 15. — Ptaszek i Liebhart: Pol. Arch. Med. Wew. w druku.

Eugenjusz BRZEZICKI. Kraków.

O dystonji czyli skurczu torsyjnym.

Z Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Piltz.

Dokończenie.

Na podstawie tych kilkunastu przypadków dystonji, z których kilka odpowiada t. zw. typowym przypadkom dysbasji i na podstawie jednego przypadku, dokładnie anatomicznie zbadanego[1]) który, chociaż nie był zupełnie typowy, to jednak miał przewagę składowej dystonicznej, możemy się pokusić o wyciągnięcie pewnych wniosków.

I tak mimo skłonności niektórych autorów tak dawniejszych jak i ostatniej doby, którzy dystonję uważają za heredo-degenerację, musimy podnieść, że w żadnym z naszych przypadków idjopatycznej dystonji nie spotkaliśmy się z obarczeniem dziedzicznem, jak to bywa np.w przypadkach Chorea Huntingtoni. Tak samo należy podnieść, że dystonja nie jest jadzicą za którą niektórzy autorowie uważają chorobę Wilsona, mimo, że w pojedyńczych przypadkach dystonji znaleziono marskość wątroby. Przypadki takie jednakże stoją na pograniczu już raczej z chorobą Wilsona.

Mam wrażenie, że Schafferowski podział chorób układu nerwowego może i w dystonji znaleść zastosowanie. Otóż w chorobach idjopatycznych systemu pozapiramidowego mamy głównie do czynienia z uszkodzeniem składnika ektodermalnego. Spotykamy się bowiem głównie ze zmianami w komórkach zwojowych i w narządzie glejowym. Zmiany w tkance pochodzenia łącznotkankowego albo wcale nie istnieją albo są wtórne. Z tego wynikałoby, że szkodliwości są ektodermotropowe. Chorobę Wilsona uważać zatem możemy ewentualnie za toksyczną ektodermotropję. Chorobę Huntingtona możemy uważać za chorobę ektodermotropwą, w której zespół pewnych odziedziczonych możliwości rozwojowych czyli genów, stale się przejawia w życiu pokoleń zmianami w striatum i niektórych warstwach kory, a objawiających się klinicznie jako chorea Huntingtoni. Przeciwnie w dystonji idjopatycznej: zespół czynników wyznaczających zewnętrzne cechy organizmu, a będących wynikiem działania otoczenia na geny i genów nawzajem na siebie, prowadzi do zmian anatomicznych powodujących dystonję. A zatem, mojem zdaniem czynniki, prowadzące do dystonji należałoby nazwać ektodermofenotypowemi w odróżnieniu od dziedzicznych czynników, które są ektodermogenotypowemi. O ile w chorea Huntingtoni zmiany abiotroficzne w stratium i korze są cechami dominującemi, powtarzającemi się w szeregu pokoleń, o tyle tego bezwzględnie nie możemy stwierdzić w dystonji.

Przodkowie dystoników nie cierpieli na dystonję, jednak często cierpią na inne abiotroficzne zmiany całego układu nerwowego, jak na psycho- i neuropatję lub na wybiórcze abiotrofje centrów ruchowych, objawiające się jako drżenia, hyperkinezy, *paralysis agitans* i tym podobne syndromy lub choroby. Należy podkreślić, że idjopatyczna dystonja występuje jednak najczęściej u żydów, a więc u rasy, w której spotykamy się z licznemi i częstemi zwyrodnieniami lub abiotroficznemi objawami ze strony układu nerwowego. Jeśliby zatem mówić o heredodegeneracji u dystoników, to tylko w znaczeniu ogólnem prowadzącem to do jednej, to do drugiej choroby układu nerwowego. wypadkowo zaś także i do dystonji. Że zatem możemy czasami spotkać dystonję u rodzeństwa, jest rzeczą zupełnie zrozumiałą i nie potrzebującą tłomaczenia.

Opierając się na naszym materjale można powiedzieć, że syndrom dystoniczny powstaje:

1) jako postać idjopatyczna u dzieci między 6—16 r. ż., chociaż i wcześniej także.

2) jako forma symptomatyczna i to:

a) po sprawach zapalnych mózgu, a zwłaszcza po nagminnem śpiączkowem zapaleniu;

b) po uszkodzeniach podczas porodu;

c) w przebiegu guzu śródmózgowia; krwotoków i obok objawów oponowych, a mianowicie w nowotworowatości opon mózgowych usadowionej w tylnej jamie czaszkowej;

d) objawy podobne do dystonji, zjawiają się częściowo czasami jako objaw histeryczny.

O ile postać idjopatyczna jest przewlekłą postępującą o tyle postacie symptomatyczne należy podzielić na stałe i przejściowe. Szczególnie pragnę podnieść typowe objawy dystonji, jednak przejściowe a zjawiające się czasami w przebiegu guzów śródmózgowia, nowotworowatości opon i po krwotokach. Przejściowe objawy podobne do dystonji mieliśmy sposobność widywać oczywiście i w histerji.

Zmiany anatomiczne znanych nam przypadków dystonji ograniczają się z grubsza biorąc do wypadów tak dużych jak i małych komórek striatum, które zresztą nie zawsze muszą być bardzo wybitne, — a także do zmian patologicznych w jądrze czerwonem i drodze rubrospinalnej. W przypadku Thomala-Vogta zmiany anatomiczno-patologiczne odpowiadają zmianom znajdywanym w chorobie Wilsona. Wnioskować zatem możemy, że pod względem anatomicznym skurcz torsyjny należy uważać za chorobę układu pozapiramidowego, uszkadzającą różne jego odcinki. Dystonja jest więc chorobą systemową, jednak złożoną.

Teoretyczne rozważania anatomo-fizjologiczne prowadzą do wniosku, że o ileby zmiany anatomiczne dotyczyły głównie striatum, to objawy ograniczałyby się głównie do ruchowych, o ileby zmiany anatomiczne dotyczyły śródmózgowia, a przedewszystkiem jądra czerwonego i jego dróg, to zaburzenie dotyczyłoby głównie aparatu, warunkującego normalny rozdział tonusu, czyli że przyszłoby do objawów dystonji postawnej i ułożeniowej. Już Oppen-

[1]) Który będzie ogłoszony osobno na innem miejscu.

heim uważał dystonję za zaburzenie statyki mięśni grzbietowych. Obecnie dużo badaczy sprowadza dystonję do zaburzenia odruchu postawnego, połączonego z zaburzeniami kinetycznemi w formie hyperkinezy. Osobiście mam wrażenie, że wszystkie choroby pozapiramidowe, przebiegające z zaburzeniami napięcia mięśniowego, dałyby się sprowadzić do trzech podstawowych grup:

1) hypertonja pozapiramidowa jest głównie zaburzeniem tonusu plastycznego, połączonem z hyperkinezą w formie bądź to drżenia lub chybotania bądź to, co jest objawem rzadszym, z atetozą;

2) hypotonja pozapiramidowa jest zaburzeniem tonusu plastycznego przebiegającem z hyperkinezą w postaci pląsawicy;

3) dystonja jest częściowo zaburzeniem tonusu plastycznego głównie jednak zaburzeniem prawidłowego rozdziału unerwienia tonicznego czyli t. zw. tonusu postawnego z hyperkinezą pod postacią atetozy tułowia i szyji. Często spotyka się jednak i hyperkinezy w kończynach w postaci atetozy, pląsawicy lub ruchów balistycznych.

Uprzednio podnosiłem już, jakie przytacza się dowody, że w dystonji mamy zaburzony głównie odruch postawny. Mam wrażenie, że i nasilanie się tego zaburzenia w czasie chodu i stania, a zmniejszanie się tego stanu lub nawet znikanie w położeniu leżącem, jest jeszcze jednym dowodem, przemawiającym za tą teorją.

Mam wrażenie, że niektóre nasze przypadki dystonji zmuszają nas wprost do uznania tego syndromu, jako połączenia zaburzeń nie tylko odruchu — względnie tonusu postawnego plus hyperkineza pod postacią atetozy tułowia, ale także że zaburzenie tonusu plastycznego należy uważać za jeszcze jedną składową tego zespołu. Słuszność naszej hypotezy popiera do pewnego stopnia rozwój kliniczny skurczu torsyjnego, który często powoli przechodzi w coraz to silniejszą sztywność pozapiramidową, będącą, jak wiadomo, skutkiem zaburzeń tonusu plastycznego pod postacią hypertonji. Widzimy zatem, że zaburzenie tonusu postawnego, nawarstwione odpowiednią hyperkinezą, byłoby początkiem rozwoju niektórych syndromów dystonicznych. Nasilająca się z biegiem czasu hypertonja byłaby dowodem dołączenia się zaburzenia plastycznego, które w końcu zaczyna przeważać na całej linji, zmieniając obraz syndromu dystonicznego na obraz syndromu hypertonicznego. Oprócz tego znane są także postaci dystonji ze zmienną hyper- i hypotonją, co musimy uważać także za dysfunkcję tonusu plastycznego.

Jeśli zaburzenie tonusu postawnego oraz hyperkinezy zajmują większą część ciała, a więc są globalne, wtedy przychodzi do dystonji ogólnej, natomiast jeśli zajmują tylko pewną część ciała, wtedy dystonja jest segmentarną np. przy *torticollis*.

Ogólnie rzecz biorąc należy naszem zdaniem syndrom dystoniczny ująć szeroko i wtedy przekonamy się, że fragmenty dystoniczne są objawami, które często towarzyszą różnym chorobom systemu pozapiramidowego — jak np. w atetozie, pląsawicy, chorobie Wilsona i t. d. W przebiegu parkinsonizmu pośpiączkowego spotykamy zaburzenia odruchu postawnego w postaci deficytu tego odruchu rzadziej zaś hypersię na astazję, która objawiać się może padaniem lub „pulsjami" (retro-latero-ante-pulsio). Rzeczywiste ruchy torsyjne są oczywiście znacznie rzadsze.

Zasadniczo na postawie własnych przypadków można podzielić wszystkie rodzaje globalnych dystonij na 3 grupy.

Pierwsza grupa:

to grupa dystonji wymóżdżeniowej. Przychodzi wtedy do *hyperfunkcji tonicznego mechanizmu postawnego,* nasilającego się podczas chodu, oraz do bardziej lub mniej zaznaczonej hyperkinezy tułowia i kończyn. Hyperkineza tułowia zbliża się lub jest równoznaczna z atetozą. Hyperkinezy kończyn mogą mieć charakter pląsawiczy, atetotyczny, lub balistyczny. Najczęstsze są hemisyndromy po zapaleniach lub uszkodzeniach mózgu. W tych stanach przypadki te przedstawiają się nam pod formą ułożeń odruchowych w położeniu wyprostnem, w których mięśnie antygrawitacyjne są w napięciu.

Druga grupa:

To stany dystoniczne, które powstają skutkiem braku, *niedostatku odruchu postawnego.* W tych przypadkach przychodzi do plikatur ciała, a więc do form kyfotycznych lub skoliotycznych, zawsze połączonych z hyperkinezą tułowia ewentualnie szyi i kończyn. Hyperkinezy są najczęściej skręcające, ciągnące, atetotyczne.

Trzecia grupa:

To stany dystoniczne, w których nie przeważa ani nadmiar ani niedostatek układu postawnego, w których na czoło wysuwa się zmienność postawy i ułożenia, czyli że mamy do czynienia *z zaburzeniem czynności układu postawnego.* Te stany są oczywiście najczęstsze. Ta ciągła zmienność tonusu postawnego czyli zmienność prawidłowego rozdziału unerwienia tonicznego ewentualnie skombinowana ze zmiennością tonusu plastycznego, mogłaby już sama jako taka dać nam objawy dystonji. Oczywiście połączenie tego stanu ze składową hyperkinetyczną ułatwia w silnym stopniu powstawanie tych wijących ruchów, przypominających mitycznego Laokoona, wijącego się wśród węży.

Wnioski:

1. Wszystkie choroby układu pozapiramidowego można zgrubsza wcielić do zespołów, które przebiegają z odpowiedniemi hyperkinezami — a mianowicie do: 1) hypertonicznych, 2) hypotonicznych i 3) dystonicznych.

2. Dystonja jest zespołem, który należy szeroko ująć, gdyż poszczególne elementy dystoniczne spotyka się w różnych schorzeniach układu pozapiramidowego. (np. poszczególne ułamki dystoniczne spotyka się prawie w każdym przypadku parkinsonizmu, atetozy itd.).

3. Dystonja jest zaburzeniem ruchów, charakteryzującem się zmianą postawy, potęgującą się podczas chodu w postaci *wygięcia kręgosłupa ku przodowi, ku tyłowi, (lordozy, kyfozy)* lub plikatury ciała oraz hyperkinezami w postaci ciągnących, skręcających ruchów tułowia ewentualnie szyi. Oprócz tego przychodzi zwykle do nagłych zrywań, spowodowanych bądź to tonicznem napięciem — bądź to zwiotczeniem mięśni pasa biodrowego lub kończyn dolnych, prowadzącem do objawów dysbazji lub astazji.

4. Dystonję należy uważać za zespół, składający się z 3 członów, a mianowicie — z zaburzenia odruchu postawnego, z zaburzenia napięcia plastycznego i z zaburzenia ruchowego w postaci atetoidalnej hyperkinezy tułowia. Słowa „dystonja" nie należy utożsamiać z określeniem „spazm torsyjny, dysbasia lordotica, kyphoscoliotica itd.", gdyż te zespoły są tylko nazwami symptomatologicznemi i są członkami wielkiej rodziny dystonicznej.

5. Dystonja może być globalna np. spazm torsyjny, dystonja wymóżdżeniowa — dalej dysbasia lordotica, kyphoscoliotica, — lub odcinkowa jak syndromy połowicze — następnie torticollis, tortipelvis i t. zw. „Krampusneurose".

6. Dystonję należy podzielić na: a) dystonję wymóżdżeniową, gdzie się stwierdza wzmożenie czynności *(hyperfunkcję)* aparatu tonizującego z hyperkinezami, b) dystonję z plikaturą, gdzie stwierdzamy obniżenie czynności (hypofunkcję) aparatu tonizującego z hyperkinezami i c) dystonję o zmiennem nastawieniu aparatu tonizującego, gdzie stwierdzamy zaburzenia czynności odruchu postawnego z hyperkinezami (Dysfunkcje).

7. Etjologicznie dystonja może być samorodną lub objawową jak po zapaleniach mózgu, po śpiączce, po krwotokach, w przebiegu nowotworów mózgu lub spraw oponowych — a także może się zjawiać częściowo w przebiegu histerji.

8. Dystonja samorodna występuje najczęściej u rasy semickiej.

9. Należy specjalnie podkreślić rozwój objawów w przebiegu dystonji samorodnej. Właśnie ta wielopostaciowość kliniczna jest jednym z dowodów przeciw ujmowaniu dystonji jako choroby „sui generis".

10. Dystonja może być stałą albo przejściową, jak to bywa często w przebiegu dystonji objawowej.

11. Dystonji samorodnej nie można uważać za zwyrodnienie dziedziczne (heredodegenerację) tak np. jak chorea Huntingtoni.

12. Dystonja samorodna przedstawia się anatomicznie jako skombinowana choroba systemowa. Szkodliwości, wywołujące dystonję, są ektodermotropowe. Momenty prowadząc do dystonji można nazwać „ektodermofenotypowemi".

Piśmiennictwo.

Anton: Ueber die Beteiligung der grossen Basalganglien bei Bewegungsstörungen. — Jahrb. f. Neur. u. Psych. 1895. Bd. 14. — Austregesilo et Marques: Dystonies. — Rev. Neur. 35. — 1928. — Borrel: Syndrome extrapyram. torticollis. Rev. Neur. 33. — Bing und Schwartz: Ueber Torsionsdystonie. Schw. Arch. f. Neur. u. Psych. 14. — Bürger: Zur Frage der Krampusneurose. Arch. f. Psych. u. Neur. 79 — 1926. Bregmann: Zur Kenntnis der Krampfzustände des jugendlichen Alters. Neur. Centr. 1912. — Beling: Dystonia musculorum deformans. Journ. of Nerv. and Mental dis. Vol. 41. Nr. 3. — Bernis: Zur Pathologie dystonisch dyskynetischer Prozesse. Arb. aus d. Neur. Inst. 27. H. 2/3. — Berger: Uebersicht über Fälle von Hemichorea Hemiathetose u. Hemihypertonie bei Herden im kontralateralen Streifenhügel. Jahrb. f. N. u. Psych. 1903. Bd. 23. — Bostroem: Der amyostatische Symptomenkomplex — Braunschweig 1921. — Brock and

Wechsler: Involuntary movements — Arch. of. N. 1924. Nr. 6. — Buscaino: Note e riv. di psych. Bd. 10. Nr. 3. — Climenko: Dystonia musculorum deformans. Med. Rec. V. 86. Nr. 24. — Collier: Torsion Dystonia. Proc. of the roy. soc. of med. — vol. 12. — Cassirer: Halsmuskelkrampf u. Torsionspasmus. Ref. Centrblt. 28. — Cassirer: Halsmuskelkrampf u. Torsionspasmus. Klin. Wochschrft. 1. Nr. 2. — Crouzon — Thevenard et Dreyfuss: Dystonie d'attitude à type hypotonique. Boul. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris 43. — Chavany et Morlaas: Spasme de torsion. Rev. Neur. 34. — Chiari: Halbseitiger Torsionspasmus. Wien. Klin. Wochschrft. 40. Nr. 9. — Dawidenkow u. Zolotowa: Eine Familie mit Torsionspasmus. Ref. Centrblat 31. — Dusser de Barenne: Das Problem der Körperstellung. Jahresb. f. Neur. u. Psych. 1923. — Dawidenkoff: Bemerkungen über die familiäre subakute myoklonische Dystonie. Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. 104. — Devic et Contamin: Spasme de torsion. Journ. de med. de Lyon 4. — Ewald: Das dystonische Syndrom. Münchn. med. Wochschrft. 69. — Eyrich: Kasuistischer Beitrag zur Lehre v. den primären Automatismen. Ztschrft f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926. Nr. 102. — Foerster: Zur Analyse u. Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. Ztschrft. f. d. ges. Neur. u. Psychol. 1921. 73. — Fränkel: Dysbasia lordotica progressiva. Journ. of. Nerv. and Ment. 39. Nr. 6. — Feiling: Torsionspasm. Brain 44. — Flater: Torsiondystonie. Ztschrft. f. d. ges. Neur. u. Psych. 69. — Fossey: A case of dystonia musculorum. New York Med. Journ. 116. — Frigerio: Su la dystonia lenticollare. Riv. di path. nerv. e ment. vol. 27. — Froment et Carillon: Qu'est-ce que la dysbasia lordotica — Journ. de Med. de Lyon. 6. — Flatau u. Sterling: Progressiver Torsionspasmus bei Kindern. Ztschrft. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1911. — Fracassi: Torsionspasmus — Rev. med. del Rosario 15. Ref. Centrbltt. 42. — Foerster: Torticollis spasticus. Ztschrit. d. Ortop. u. Chirurg. 51. — Goodhart and Kraus: Dystonia musculorum progressiva. Arch. of Neur. Psych. 11 Nr. 4. — Higier H.: Zur Differentialdiagnose des akuten u. chronischen Stadiums der epid. enc. Dtsche Med. Wochschrft. 48. — Hamburger: Zur Gestaltung der normalen menschlichen Motorik u. ihre Beurteilung Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. 85. 1923. — Higier: Ein Fall von dystonia musculorum progressiva deformans. Neurologja Polska Bd. 2. H. 5. — Högler: Torsionsneurose. Mitteilung der Ges. f. Inn. Med. Wien Jahrg. 20. — Hunt: The tremor type of the dystonia Ref. Centrbltt. 34. — Jacob Chr.: Beitrag zu den Erkrankungen mit amyostatischen Symptomenkomplex. Arch. f. Psych. u. Neur. 65. — Jawger: A patient with dystonia. Arch. of. neur. and. psych. 7. Nr. 1.— Icenko: Fall von doppelter Athetose mit Torsionspasmus kombiniert. Med. Misl. 3/4 Ref. Centr. 41. — Jarkowski: Kinesie paradoxale. Masson 1923. — Kleist: Zur Auffassung der subkortikalen Bewegungsstörungen. Arch. f. Psych. u. Neur. 1918. 59. — Kroll u. Rachmanoff: Zur Kasuistik der Hyperkinesen. Ref. Centrblt. 34. — Krebs: Des mouvements involontaires de l'encephalite epid. Rev. Neur. 31. — Kleist u. Herz: Torsionen u. Torsionsdystonie. Med. u. Film. 1928. 16. — Lwoff Cornil Targowla: Torsionspasmus — Ref. Centrblt. 33. — Limentani: Spasmo di torsione di origine sifilitica. Giorn. di pediatr. Clin. 53. Ref. Centrblt. 42. — Lullo u. Bruchmann: Kyphotische Abart der Dystonie Ref. Centrblt. 52. — Lewy F. H.: Die Lehre von Tonus u. Bewegung. Springer 1923. — Lotmar: Die Stammganglien. Springer 1926. — Lwoff Cornil Targowla: Spasm de torsion d'origine infectieuse. Rev. Neur. 29. — Mendel: Torsionsdystonie. Monschrft. f. Psych. u. Neur. 46. — Maliwa: Dystonie u. Halsmuskelkramf. Med. Klinik 18. — Margareten: Dystonia with atheteid features. Arch. of. Neur. und Psych. 10. Nr. 6. — Molhant: Dystonie lenticulaires. Scalpel 77. — Marinesco Radovici: L'exstirpation du sympathique dans le spasm de torsion. Ref. Centrblt. 42. — Marburg: Der amyostatische Symptomenkomplex. Arbeit. a. d. Neur. Institut. 27. Ref. Centrblt. 43, 44. — Marotta: Progressiver Drehungsspasmus Ref. Centrblt. 45. — Marotta: Die verschiedenen Entwicklungsperioden der Torsionsdystonien. Rev. med. lat. amer. 12. Ref. Centrblt. 47. — Magnus: Körperstellung. Springer 1924. — Martin Pourdon: Torsionsspasm. Brain 50. — Mourgue: Rigidité decerebré dans un cas de spasm de torsion. Schw. Arch. f. Neur. u. Psych. 11. — Melikow: Atypische Form von Torsionspasmus. Ref. Centrblt. 52. — Monakow: Der rote Kern, Haube und die Regio hypothalamica. München. Bergmann 1910. — Monakow V.: Hirnpathologie 2. Aufl. 1905. — Minkowski: Zum gegenwärtigen Stand der Lehre von den Reflexen. Neurol. u. psych. Abhandlungen. Füssli 1925. — Oppenheim: Ueber eine eigenartige Kramfkrankheit des kindlichen und jugendlichen Alters. Neur. Centrblt. 1911. — Oppenheim: Dystonia musculorum deformans. Neur. Centrblt. 19. — Prissmann: Die Torsiondystonie. Ztschrft. f. d. ges. Neur. u. Psych. 88. — Patten: Torsionspasm. Arch. of. Neur. and Psych. 14. — Pollak E.: Zur Frage der Beziehungen von Leber u. Gehirnerkrankungen. Arb. a. d. Neur. Inst. 33. — Pelnar: Dysbasia lordotica. Czasopism. Lek. czesk. 1928. 2. — Price: Dystonia lenticul. in twins. Arch. of. Neur. and Psych. 5. Nr. 6. — Prince: Dystonia musculorum deformans. Journ. of. Nerv. and Ment. dis. 53. Nr. 4. — Patrick: Arch. of. Neur. and Psych. 7. — Pollock: Ref. Centrblt. 29. — Rehn: Myeloelektrische Untersuchungen bei Striatumerkrankungen. Klin. Wochschrft. Nr. 14. — Rosenthal: Torsionsdystonie. Arch. f. Psych. u. Neur. Bd. 66. — Rosenthal: Dystonie u. Athetose double. Arch. f. Psych. u. Neur. 68. — Rutkowskij: Das Element des Torsionspasmus. Ref. Centrblt. 48. — Schaltenbrand: Normale Bewegungs u. Lagereaktion bei Kindern. Dtsch. Ztschrf. f. Nervhlkunde. 1925. 87. — Schaltenbrand: Die Beziehungen der extrapyr. Symptomenkomplexe zu den Lage — und Bewegungsreaktionen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervhlkunde 1929. 108. — Stertz: Der extrapyr. Symptomenkomplex. Berlin 1921. — Spatz: Physiologie u. Pathologie der Stammganglien. Handbuch d. norm. u. pathol. Physiologie Bd. 10. 1928. — Schmidt: Ueber progressiven Halsmuskelkrampf. Dtsch. med. Wochschrft. 48. — Solomon: Dystonia lenticularis — Arch. of Neur. Psych. 9. — Svejcar: Familiäre Krampfleiden Ref. Centrblt. 37. — Stertz: Fall v. Torsionspasmus. Ref. Centrblt. 40. — Scheinmann: Dystonie u. Erkrankungen des Vestibularis Apparates. Monschrft. f. Ohrenheilkunde u. Laryngorhinologie. 62. 1928. — Scheinmann: Dystonie bei Erkrankung d. Vestibularapparates. Ref. Cntrbl. 53. — Tretiakoff: Thèze de Paris 1923. — Tschetwerikoff: Zur Kasuistik des Torsionspasmus. Ref. Cntrblt. 42. — Tschugunoff: Dystonia. Ref. Cntrblt. 41. — Thomala: Torsionspasmus Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. Bd. 41. — Urechia Michalescu Elekes: Contribution anatomoclinique à la dystonie. Rev. Neur. 32. — Vogt: C. u. O. Zur Lehre der Erkrankung des striären Systems. Journ. f. Psych. u. Neur. 1920. — Wachholder: Die Erregungsveiteilung zwischen Streckern, u. Beugern in der Enthirnungsstarre. Pflügers Arch. 221. 1928. — Wilson: Disorders of motility — The Lancet 1925. — Wimmer: Spasme de torsion. Rev. Neur. 28. — Wimmer: Infant. progr. Torsionspasmus. Hospitalstidende 64. — Wartenberg: Torsionsdystonie — Ref. Cntrblt. 30. — Wechsler und Brock: Dystonia musculorum deformans. Arch. of Neur. and Psych. 8. — Wechsler u. Brock: Dystonia musculorum deformans. Ref. Cntrbl. 33. — Wartenberg: Zur Klinik u. Pathophysiologie der extrapyr. Bewegungsstörungen. Ztschrft. f. d. ges. Neur. u. Psych. 83. — Wimmer: Torsionspasmus. Hospitalstidende 66. — Wimmer: Spasme de torsion. Rev. Neur. 32. — Wimmer: Infantiler progressiver Torsionspasmus. Hospitalstidende 64. — Wartenberg: Torsionsdystonie u. Athetose. Ref. Cntrblt. 33. — Vedel et Giraud: Le syndrome mesocephalique de torsion spasmodique. Rev. Neur. 30. — Zolotowa: Torsionssyndrom bei Kindern mit diplegischer Form der cerebralen Lähmung. Trudy Ukrain. Psycho-Nevr. Inst. 7. 1928.

Dr. JANIK Alfred, st. asyst. Kliniki. Lwów.

Leczenie gruźlicy chirurgicznej zapomocą lipoidów [1]).

Z Kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Prócz leczenia swoistego gruźlicy znane jest również, a w ostatnich czasach bardzo forsowane — leczenie pobudzające, nieswoiste. Wprawdzie są tacy, którzy odmawiają praktycznej wartości temu leczeniu (Oehlecker), to jednak, kto zajmował się tą sprawą musi przyznać, że leczenie nieswoiste odpowiednio przeprowadzone może się bardzo przyczynić do podniesienia podupadłego stanu pacjenta. My chirurgowie jesteśmy przyzwyczajeni do wyników bezpośrednich, natychmiastowych, to też nierozumiemy względnie nie chcemy zrozumieć gruźlicy, jako choroby długotrwałej, społecznej, wymagającej cierpliwości nie na tygodnie, ale miesiące i lata. Kto się uzbroi w taką cierpliwość, ten otrzyma na pewno w tej najbardziej niewdzięcznej chorobie ładne wyniki. Wyniki te zaś w wielu wypadkach, nawet ciężkich będziemy zawdzięczali nieswoistemu leczeniu pobudzającemu.

---

[1]) Według referatu wygłoszonego na XIII-ym Zjeździe lek. i przyrodn. w Wilnie.

Przekonaliśmy się już na wielu przykładach i doświadczeniach, że organizm ludzki przy stosowaniu środków pobudzających może doprowadzić do reakcji, dzięki której cała przemiana materji, krążenie, przyswajanie pokarmów, jednem słowem wszystkie biologiczne procesy w organiźmie odbywają się ze zwiększoną energją i wytężeniem, podnosząc temsamem siły obronne organizmu, z powodu wzmożonej czynności życiowej. Takie podniesienie siły obronnej organizmu mamy na celu, stosując przy gruźlicy leczenie nieswoiste.

Na czem polega jednak w rzeczywistości działanie środków pobudzających dotychczas nie wiemy. Gubimy się w domysłach i przypuszczeniach, ale nic pewnego powiedzieć o tem się nie da.

Brak pewności jakiemi drogami środki nieswoiste działają, nie powinien nas jednak odstręczać od badań w tym kierunku, jeżeli mamy na względzie dobre wyniki tego postępowania.

Zasługą szkoły Biera jest wykazanie, że zapomocą tych środków pobudzających można procesy życiowe organizmu podnieść, a temsamem gojenie się przyspieszyć.

Sprawa podniesienia odporności organizmu, wzmożenie sił obronnych przeciw atakującemu organizm wrogowi, to sprawa bodaj czy nie ważniejsza, niż mechaniczne usunięcie ogniska w kości lub stawie.

Leczenie pobudzające nieswoiste nie jest postępowaniem ograniczonem. Można je przeprowadzić bardzo różnorodnie, czy to działając na skórę zapomocą kąpieli, nasłoneczniania, naświetlania lampą kwarcową i t. d., czy też działając na narządy wewnętrzne zapomocą sztucznie wprowadzonych do organizmu środków pobudzających. Do odruchu obronnego jest zdolna nie tylko skóra (Much, Moro, i t. d.), ale wszystkie inne narządy ustroju, powiedzmy każda żywotna komórka jego. I tylko tak możemy sobie wytłumaczyć uzyskanie równowagi procesów biologicznych zapomocą leczenia nieswoistego.

Mattausch twierdzi, że to działanie jest głównie skierowane na aparat komórkowy pochodzenia mezenchymalnego, który ma posiadać zdolność anatomicznego rozwoju tkanki i bujania komórkowego, co ma wielkie znaczenie w gruźlicy płuc. Otóż ten mezenchymalny system obronny można pobudzić do wzmożonej czynności, następstwem czego będzie zwłóknienie, zbliznowacenie i otorbienie łączno-tkankowe ognisk gruźliczych w płucach.

Czy będziemy uważali otorbienie i zbliznowacenia ognisk gruźliczych w płucach za następstwo czynnej akcji („obronnego systemu mezenchymalnego") czy też jako następstwo wzmożonych sił obronnych całego organizmu, który usiłuje jak najszybciej schorzałe ogniska usunąć i zastąpić je mniej wartościową tkanką łączną — jest dla nas rzeczą obojętną. Wiemy bowiem, że hipoteza ta została zbudowana na podstawie wyników leczenia gruźlicy płucnej. Nie możemy jednak zaprzeczyć, by środki pobudzające nie miały pomyślnego wpływu na gruźlicę chirurgiczną.

Pobudzić organizm do uzyskania równowagi życiowej tj. do zniesienia procesów patologicznych a wzmożenia czynności biologicznych, możemy zapomocą środków pobudzających jakiemi są: krew, surowica, mleko, płyny wysiękowe — powiedzmy ciała białkowe, tłuszczowe, chemiczne i t. d.

Pierwsze doświadczenia w tym kierunku robione nie dały zadawalniającego wyniku a nawet wykazały, ile można zrobić organizmowi szkody przez nieumiejętne ich stosowanie.

Okazało się bowiem, że dawki środków pobudzających były za duże, wywołując bardzo silny odczyn, lub też same środki były nie stosowne, co sprowadzało znaczne nieraz pogorszenie stanu chorego.

Co dalej — okazało się, że wiele środków pobudzających wogóle nie nadaje się do stosowania w gruźlicy. Odnosi się to głównie do białka, jakkolwiek ono jest tym antygenem, który dostarczony organizmowi z zewnątrz podnosi jego siły obronne. Mówimy tu o innych schorzeniach. Ponieważ jednak właśnie białko ze wspomnianych wyżej środków okazało się w gruźlicy niejednokrotnie szkodliwe, z powodu zbyt ostrego działania — poczęto zastępować je *lipoidami i tłuszczami*, stojąc na tem stanowisku, że mają one również charakter antygenów, i to antygenów, które dzięki swej budowie tworzą przeciwciała (przeciwlipoidy) o „znacznie większej szerokości odczynu" (Much, Schmidt, Bong, Deycke i t. d.). Myśl Mucha, by białko zastąpić lipoidem jest zdaniem naszem bardzo szczęśliwa, jeśli weźmiemy pod uwagę, że lasecznik Kocha między innymi posiada jako ważny składnik *lipoid*.

Mając do dyspozycji różne preparaty lipoidowe, po wielu próbach wybraliśmy *lipatren*, który dzięki swym właściwościom przewyższa inne znacznie.

Lipatren składa się z dwóch części składowych: *yatryny i lipoidu*.

Nad pierwszą częścią nie będziemy się dłużej zastanawiać, ponieważ treścią niniejszej pracy jest omówienie *wpływu lipoidów na gruźlicę chirurgiczną*. Dlatego też lipatren interesuje nas tylko ze względu na swą drugą część składową.

Dodać jednak musimy, że yatryna, która ma wzór $C_9H_6O_4$ NJS, posiada 36.2% jodu. Naszem zdaniem lecznicze działanie samej yatryny, tak często podnoszone przez różnych autorów przy różnych chorobach należy odnieść tylko do zawartości jodu. Wprawdzie jod ten szybko z organizmu się wydziela, to jednak przez pewien, wprawdzie niedługi czas, mała jego część w ustroju pozostaje i wywiera dodatni wpływ. O działaniu jodu w przypadkach gruźlicy nie musimy pisać. Jego dodatnie działanie było niejednokrotnie w piśmiennictwie podnoszone. Jodzicy, o której piszą nie powinniśmy się obawiać, ponieważ dawka jodu w jednym cm³ yatryny jest nieznaczna, a podawana co kilka dni jeszcze bardziej oddala niebezpieczeństwo zatrucia. Naszem zdaniem ta nieznaczna ilość jodu nie wystarcza nawet do działania leczniczego gruźlicy.

Przystąpmy do omówienia właściwego składnika lipatrenu tj. lipoidu. Lipatren posiada 5% zwierzęcego lipoidu (z mózgu cielęcia) i 4%-wy roztwór yatryny. Ilość więc lipoidu w 1 cm³ jest mała, a jeśli weźmiemy pod uwagę, że ¹/₃ część leczenia lipatrenem w danej serji polega na podawaniu dawki 0.1—0.5 cm³, widzimy, że już tak nieznaczna ilość lipoidu wpływa na organizm dodatnio.

Jakie jest jego działanie? Tylko pobudzające!

Pod jego wpływem tworzą się przeciwciała jako główna broń przeciw lasecznikom. Nie wierzymy w to, aby ich działanie miało być wynikiem ich dopływu a więc zwiększeniem ich zapasu w organizmie. Cóż znaczy 0.01—0.05 lipoidu mózgu cielęcego, wobec niezmierzonej ilości lipoidu organizmu, wchodzącego w skład każdej komórki.

Działanie więc lipoidu, to pobudzenie organizmu do czynności obronnej, której mu dotychczas brakowało.

By to działanie było pomyślne, musimy przeprowadzić leczenie bardzo skrupulatnie, rozpoczynając od dawki najmniejszej, a prowadząc dalsze leczenie pod stałą kontrolą, by zbyt szablonowe dawkowanie nie zepsuło całego efektu.

Dawniej rozpoczynaliśmy leczenie dawką 0,5 cm³ śródmięśniowo, stosując środek dwa razy w tygodniu. Po 4-ch wstrzyknięciach podnosiliśmy dawkę do 0.75 cm³, a po dalszych 4-ch do 1 cm³ i t. d. Obecnie dawkujemy indywidualnie.

Reakcja przedstawia się zwykle w postaci podniesienia ciepłoty o 2/10—4/10. Charakterystyczne jest, że zwyżka ciepłoty następuje nie w dniu wstrzyknięcia (wstrzyknięcie rano), ale wieczorem dnia następnego. Ogólne zmęczenie i brak humoru (nie zawsze) utrzymują się 1—2 dni.

W przypadkach, w których sprawa nie była daleko posunięta, a zwłaszcza gdy w płucach nie było zmian — energiczny sposób dawkowania okazał się dobrym. Większej reakcji nigdy nie obserwowaliśmy.

Jako typowy przykład przytoczymy historję choroby 18-to letniego młodzieńca z gruźlicą stopy:

Stan ogólny średni. W prawym szczycie naciek sięgający do obojczyka.

Stopa prawa obrzmiała od podstawy palców do kostek, — wykazuje zmiany bardzo daleko posunięte. Między podstawą śródstopia a kostkami, widać 8 przetok bardzo obficie wydzielających. Zgłębnikiem dochodzi się wszędzie do nierównych, zniszczonych kostek stępu.

Ruchy w całej stopie zniesione, jedynie w zakresie palców miernie możliwe.

Najmniejszy ruch i ucisk wywołuje znaczny ból.

Części miękkie zaczerwienione, obrzmiałe.

Ciepłota w dniu przyjęcia 38.2° C.

Obraz roentg.: zupełne zniszczenie kości stępu i podstaw śródstopia. Granice między kośćmi zupełnie zamazane, ogólny zanik.

Badanie krwi: leukocytów 70%, limfocytów 18%, eozynofilnych 2%, monocytów 6%.

Opadanie krwinek 35 minut, więc znacznie przyspieszone.

Stan choroby o ile się zdawało wymagał odjęcia kończyny. Gdy jednak chory na to się nie zgodził, rozpoczęliśmy leczenie zachowawczo-ortopedyczne, z małą nadzieją na wyleczenie.

Rozpoczęliśmy stosowanie lipatrenu, celem podniesienia ogólnej odporności organizmu.

Po trzech tygodniach ciepłota obniżyła się do 37.1—37.2°. Stan ogólny się nieznacznie polepszył, miejscowo też nieznaczne polepszenie. Obraz krwi prawie bez zmian. Opadanie krwinek 40 minut.

Po 6-ciu tygodniach okazała się już różnica większa. Ilość leukocytów przeszła na 55% limfocytów na 35%. Wydzielanie przetok znacznie mniejsze.

Po 8-miu tygodniach ciepłota obniżyła się do 36.7—36.8° C. i utrzymywała się na tej wysokości do końca leczenia. Obraz krwi: leukocytów 45%, limfocytów 40%, monocytów 12%, eozynofilnych 3%.

Reakcja ciepłoty wynosiła z początku przeciętnie 4/10 po 4—5 tygodniach przeciętnie 3/10 i t. d. tak, że po 4-ch miesiącach mimo dużych dawek wynosiła najwyżej 1/10 stopnia.

Po trzech miesiącach stan ogólny i miejscowy był znacznie lepszy. Pacjent przybył na wadze 9 kg. Miejscowo obrzmienie poczęło się cofać, wydzieliny ledwie kilka kropel z dwóch przetok, inne się zamknęły zupełnie. Obraz krwi przesunął się jeszcze nieznacznie na korzyść. Opadanie krwinek po 3-ch miesiącach wynosiło 120 minut (więc jeszcze przyspieszone).

Po 7-miu miesiącach przerwaliśmy obserwację, stan pacjenta polepszył się co najmniej o 70%.

Jest to przypadek specjalnie ciężki, w którym rokowanie, z powodu rozległości sprawy i zakażenia przetok było niepomyślne.

Że dzięki podawanym lipoidom organizm dał sobie w dużej części radę z chorobą — dowodzi okresowe zatrzymanie wagi i nieznaczna utrata apetytu w przerwach leczenia. Dowodzi i obraz krwi, który stopniowo przesunął się na korzyść. Wzmagająca się limfocytoza świadczyła o gotowości organizmu do dalszej walki z chorobą.

W całości mieliśmy w leczeniu 24 przypadki gruźlicy chirurgicznej o różnem umiejscowieniu i natężeniu sprawy.

Że sposób dawkowania winien być indywidualny przekonaliśmy się podczas naszych obserwacyj. Zależnie od chwilowego uczulenia (allergji) musieliśmy zastosować dawkowanie lipoidu różne, podając silniejsze dawki u osobników wykazujących zapasową odporność, zwłaszcza młodych a mniejsze u osób uczulonych — wyzyskując w ten sposób warunki fizjologiczne. Przytaczamy przykład:

Chłopiec 15 lat. — Gruźlica obydwu przyjądrzy z ropniami i przetokami. Wykonano obustronne wycięcie przyjądrzy. Pacjent opuścił klinikę po 14 dniach z raną zgojoną per primam.

Po 4-ch miesiącach zgłosił się ponownie z obficie wydzielającemi trzema przetokami. Obydwa jądra zgrubiałe na ucisk bolesne.

Dłuższe leczenie miejscowe znanemi środkami pozostało bezskuteczne. Postanowiliśmy naświetlić promieniami Roentgena. Niestety i to było bezskuteczne.

Po 5-ciu tygodniach pacjent wrócił ze stanem niezmienionym. W obrazie krwi znaczna limpfopenia opadanie krwinek 60 minut.

Rozpoczęliśmy podawanie lipatrenu od 0,1 co 4 dni.

W przeciągu 6-ciu tygodni stan o tyle się zmienił, że pacjent przybył 4 kg na wadze a przetoki wydzielały nieco mniej.

Badanie krwi i opadanie krwinek wykonywane co 10—18 dni przemawiały za wzrastającym stanem odporności.

Po 3-tygodniowej przerwie rozpoczęliśmy nową serję od 0,7 cm³, podnosząc za każdem wstrzyknięciem dawkę o ³/₁₀ cm. Po osiągnięciu 2½ cm³ nastąpiła nowa 3-tygodniowa przerwa.

Po ukończeniu 3-ciej serji stan był już znacznie lepszy.

Przybytek na wadze wynosił 8 kg, przetoki wydzielały bardzo mało, tak, że opatrunek robiony co 7 dni wykazywał kilka kropel wydzieliny.

Na podstawie obserwacji tego przypadku dochodzimy do przekonania, że w przypadkach chirurgicznych, w których zmiany w płucach są nieznaczne lub klinicznie nie dają się zupełnie wykazać, można sobie pozwolić na dawkowanie energiczniejsze, nie obawiając się żadnej reakcji ze strony ognisk w płucach.

Podczas całego jednak leczenia musimy dawkowanie kierować wedle ciepłoty, szybkości opadania krwinek, obrazu białych ciałek krwi i stanu ogólnego, które to objawy przy zbyt dużych dawkach mogą się pogorszyć.

Odpowiednio dawkując i odpowiednio wybierając przypadki, możemy dojść nawet do 3—4 cm³ lipatrenu, na co nie może sobie pozwolić internista, z powodu zmian w płucach, wymagających łagodnego i stopniowego dawkowania. To też i w przypadkach gruźlicy chirurgicznej, wykazujących destruktywne zmiany w płucach musimy postępować z lipoidami bardzo uważnie albowiem przez energiczne dawkowanie możemy doprowadzić do stanu, w którym nietylko, że nie tworzą się dalej przeciwciała (czy przeciw-lipoidy), ale wytworzone ulegają zniszczeniu, stopień allergji się wzmaga a rokowanie przynajmniej chwilowo staje się mniej pomyślne. Przytoczymy znowu przykład:

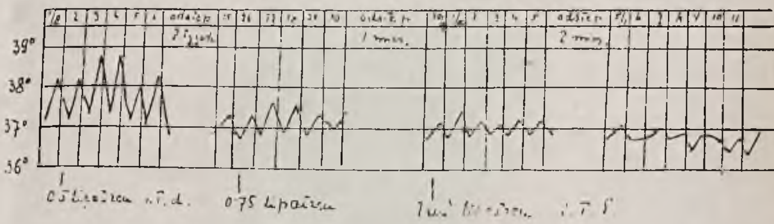
Mężczyzna 40 lat. — Gruźlica stopy. Mimo leczenia ortopedycznego, naświetlaniami promieniami Roentgena stan się szybko pogarszał.

Z chwilą objęcia w leczenie stwierdzono zmiany destruktywne całego prawego płuca, ciepłota 37,6, zupełny brak apetytu, a miejscowo: obrzmienie stawu skokowego górnego i dolnego bez przetok, nadzwyczaj bolesne, ruchy w tych stawach zupełnie zniesione. Po 2-tygodniowej obserwacji powstała przetoka obok kostki przyśrodkowej wydzielająca bardzo obficie.

Podaliśmy 0,4 cm³ lipatrenu, na drugi dzień ciepłota wynosiła 38,1, brak humoru, apetytu, dreszcze. Wobec tego przeczekaliśmy 7 dni i podaliśmy ponownie już tylko 0,3 cm³. Wystąpiła zupełnie podobna reakcja.

Po dalszych 7-miu dniach rozpoczęliśmy systematyczne leczenie od 0,1 cm³, podając tylko raz na tydzień.

Reakcja w ciepłocie wynosiła przez dłuższy czas 6/10 do 7/10. Poniżej podajemy krzywą ciepłoty:



Mimo znacznych zmian w płucach udało się nam podnieść wagę ciała w przeciągu 5-ciu tygodni o 3 kg. Przetoka wydzielała coraz mniej, apetyt się znacznie zwiększył. Plwocina, która z początku leczenia znacznie się wzmogła, po 6-ciu tygodniach poczęła się szybko zmniejszać. Rzężenia poprzednio obecne nad całem prawem płucem ograniczyły się po przeprowadzeniu serji leczenia do płatu dolnego.

Po trzech serjach stan miejscowy poprawił się znacznie: brak przetoki, obrzmienie znacznie mniejsze, brak bolesności.

Obrazu krwi i czasu opadania krwinek nie będziemy przytaczać z powodu braku miejsca, zaznaczymy jednak, że wykazywały one stosunkowo nieznaczny wzrost odporności. Niestosunek wyniku tych badań i poprawiającego się stanu pacjenta wyrobił w nas przekonanie, że nie zawsze możemy opierać się na tych badaniach. Może być, że wyniki tych badań wskazywały na chwilową tylko poprawę stanu ogólnego.

Czy uda się nam mimo klinicznie chwilowej, znacznej poprawy, dzięki wzmożeniu odporności, uzyskać wyleczenie w tym przypadku trudno powiedzieć.

Widzimy więc, że lipatren jest środkiem, który przy uważnem postępowaniu może być bardzo pomocnym w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, przy nieuwadze jednak może spowodować nagłe pogorszenie zwłaszcza przy większych zmianach w płucach.

Co do zwyżki wagi jaką uzyskaliśmy u naszych pacjentów, to waha się ona między 4—9 kg. Ponad 9 kg jak to ma miejsce w przypadkach Mattauscha mimo to, że obserwował on przypadki cięższe od naszych — u nas nie zdarzały się.

Materjał nasz był różnorodny. Wszystkie postacie gruźlicy reagowały na leczenie dobrze z wyjątkiem chłoniaków szyjnych, które według stanowiska kliniki lwowskiej najlepiej się nadają do naświetlania promieniami Roentgena.

Stosowanie lipoidów, celem leczenia gruźlicy chirurgicznej, stanowi wdzięczne pole do pracy, znacznie wdzięczniejsze niż w gruźlicy internistycznej, to też nie powinniśmy zapominać o preparatach lipoidowych a głównie o lipatrenie.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Włodzimierz MARTINIEC. Komarów Lubelski.

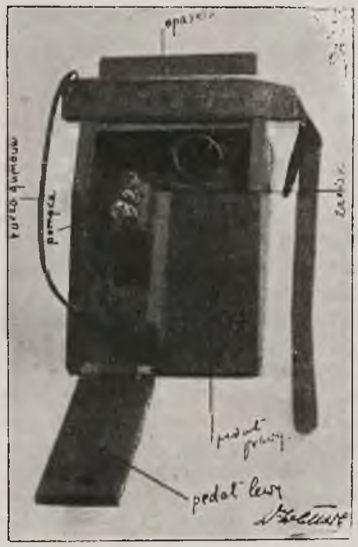
Aparat pomocniczy przy wlewaniach dożylnych i wenepunkcjach.

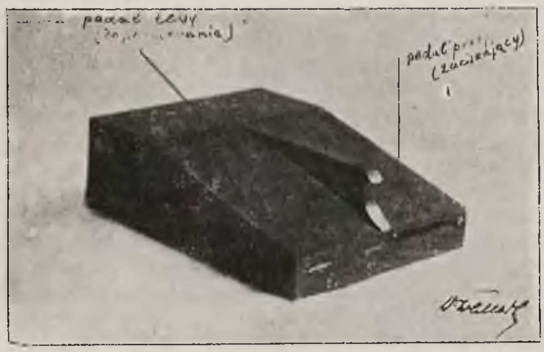
Wlewania dożylne, wenepunkcje i wenesekcje są to zabiegi, które nieomal codziennie każdy lekarz wykonuje. Przed każdym z tych zabiegów zakładamy zazwyczaj na ramieniu opaskę lub gumę celem wywołania zastoju żylnego i uwidocznienia żyły, na której mamy operować. Dlatego, aby zabieg udał się dobrze, opaska powinna być nałożona prawidłowo i odpowiednio, zaciśnięta: musi ona wywierać ucisk na żyły, nie przeszkadzając równocześnie krążeniu tętniczemu. W praktyce zazwyczaj uciskamy ramię gumą (zgłębnikiem żołądkowym i t. d.) i każemy pomocnikowi względnie samemu choremu trzymać końce zaciśniętej gumy, a w należytej chwili, na dany znak, powoli ucisk zmniejszać. Do-

świadczonego pomocnika często brak, chorzy zaś sami czynność tę wykonują przeważnie bardzo nerwowo. Istniejące dotychczas przyrządy uciskające nie odpowiadają w pełni swemu przeznaczeniu; nie pozwalają one bowiem ze względu na niedokładne regulowanie siły uciskającej uchwycić najodpowiedniejszy moment w zastoju żylnym który, jak wiadomo, sprawdzamy tętnieniem *a. radialis.*

Trudności te najczęściej spotykają nas, gdy dokonujemy zabiegu na osobach histerycznych, neurastenicznych i bardzo wrażliwych.

Ja do tych zabiegów używam aparatu swego pomysłu, którego opis i sposób użycia podaję.





Aparat składa się z drewnianego pudełka, w którym jest umieszczona metalowa pompka powietrzna i urządzenie, zaciskające wolny koniec rurki gumowej. Do tego należy opaska w rodzaju tych, jakich używamy przy mierzeniu ciśnienia krwi, lecz znacznie węższa. Opaska łączy się cienką gumową rurką z pompką. Od pompki odchodzi taka sama rurka gumowa, która kończy się w przyrządzie zaciskającym jej wolny koniec. Pompkę i przyrząd zaciskający uruchomiamy zapomocą pedałów, lewego dla pompki, prawego zaś dla zacisku. Pedały stanowią jednocześnie zewnętrzną pokrywkę pudełka, mieszczącego aparat. Aparatu tego używamy w następujący sposób: stawiamy pudełko na podłodze obok krzesła, na którem siedzimy; zakładamy choremu opaskę na ramieniu i, naciskając rytmicznie nogą lewy pedał u jego górnego końca, pompujemy powietrze do opaski i wywieramy w ten sposób ucisk naczyń. Stopień zastoju sprawdzany badaniem tętna *a. radialis.* Po osiągnięciu pożądanego ucisku, wkłuwamy igłę, i przekonawszy się, że jesteśmy w żyle, naciskamy nogą dolny koniec prawego pedału. Powietrze z opaski stopniowo wychodzi i ucisk znika. Przy stosowaniu tego aparatu zbyteczne jest zazwyczaj zmuszanie chorego do wykonywania wahadłowych ruchów ręką, niepotrzebne są gorące okłady lub miejscowe kąpiele i nigdy nie spotykamy się z powikłaniami przy dokonywaniu zabiegu, zachodzącemi skutkiem niedoświadczenia pomocnika lub podniecenia chorego.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

O doświadczalnem wywoływaniu czynnościowych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Z Zakładu Fizjologji Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Ernest M a y d e l l.

Aby umieć właściwie i celowo postępować przy leczeniu jakiejś jednostki chorobowej, należy w pierwszym rzędzie znać dokładnie samo schorzenie, jego przyczyny i przebieg. Pierwszym sposobem poznania choroby jest często możność sztucznego jej wywołania. Niestety takich chorób, które potrafimy wywołać, jest stosunkowo mało. Większość tychże — to stany patologiczne wywołane przez operacyjne usunięcie niektórych organów, przecięcie dróg nerwowych i t. p. zabiegów, mających na celu anatomiczne uszkodzenie danej części ustroju. Jeśli natomiast chodzi o wywołanie czynnościowej zmiany pewnej funkcji organizmu, a więc zmiany, przy której nie brak czynności, lecz jej patologiczne wykonanie wchodzi w rachubę, to w tej dziedzinie jesteśmy prawie zupełnie bezsilni.

Zmiany układu nerwowego ośrodkowego polegające na niszczeniu pewnych ośrodków wzgl. na przecięciu pewnych dróg są dla nas stosunkowo dobrze zrozumiałe właśnie głównie z powodu możności doświadczalnego wkraczania w ciągłość anatomiczną układu nerwowego. Dzięki takim doświadczeniom oraz spostrzeganiu chorych i badaniom nad zmianami w budowie w różnych schorzeniach układu ośrodkowego, mamy możność z jednej strony na podstawie obrazu chorobowego określić siedzibę zmian anatomicznych, i z drugiej strony przepowiadać jakiego rodzaju zmiany wystąpią na skutek danego uszkodzenia.

Przeciwnie, nasza znajomość zmian czynnościowych ośrodkowego układu nerwowego przedstawia się znacznie gorzej. Główną przyczyną tego jest zapewne fakt, że właściwie nie znamy czynności komórki nerwowej, a nawet, jak chcą niektórzy, nie wiemy z pewnością czy czynności układu nerwowego właśnie komórkom nerwowym, a nie innym jakimś składnikom, przypisać należy. Na podstawie naszych wiadomości o czynnościach ośrodków nerwowych wyobrażamy sobie, że podnieta udzielona przez czynnik zewnętrzny odpowiednim odbiorczym częściom komórki nerwowej, przez włókno doprowadzające tejże komórki zdąża do ośrodka i tu może być skierowana w różne strony t. zn. na różne włókienka odprowadzające. Na tem skierowywaniu podniety na tą lub inną drogę w zależności od rodzaju podrażnienia polegałaby czynność komórki nerwowej. W organizmach wyższych nie działa nigdy jedna komórka oddzielnie, lecz całe zbiorowiska tychże zwane ośrodkami i skierowanie danej podniety w tę, a nie inną stronę zależy nietylko od jakości zadrażnienia komórek, lecz również w wysokim stopniu od ilości i ułożenia odbiorczych zakończeń bardzo wielu neuronów.

Komórki nerwowe współdziałają więc ze sobą. Możliwość tego współdziałania tłómaczy się obecnością wielu drobnych wypustek komórki, które stykają się z wypustkami wielu innych. Natomiast sposób tego współdziałania jest dla nas zupełnie nieznany. Skoro więc nie znamy fizjologji komórki nerwowej, to nieprawidłowa jej czynność tembardziej nie może być jasna. Odpowiednie do tego zrozumienie czynnościowych zmian układu nerwowego natrafia na nieprzezwyciężone przeszkody i leczenie, bez właściwych podstaw, bezskutecznie poszukuje dróg właściwych.

O powstaniu schorzeń czynnościowych wiemy, że większość ich powstaje tylko u pewnych jednostek o szczególnie wrażliwym układzie nerwowym, oraz że przyczyną powstania choroby mogą być silne urazy psychiczne, trudności życiowe, a więc bliżej nieokreślone warunki, które nie dają możności przewidzieć u jakiego osobnika i kiedy wystąpią objawy patologiczne odnośnego rodzaju. W tym względzie bardzo dużo nowego przynoszą doświadczenia szkoły I. P. P a w ł o w a, jak się zdaje zbyt mało znane i cenione. Niektóre z tych poszukiwań mam zamiar na tem miejscu omówić.

Punktem wyjścia w tych badaniach były doświadczenia nad t. zw. odruchami warunkowemi, które mają być niejako funkcjonalną jednostką czynności kory półkul mózgowych, podobnie jak odruch jest funkcjonalną jednostką ośrodków niższych. Różnica zewnętrzna tych dwóch zjawisk polega głównie na tem, że odruch zwykły zwany przez P a w ł o w a bezwarunkowym, jest czynnością wrodzoną, którą stwierdzić można u danego zwierzęcia bez jakiegokolwiek uprzedniego przygotowania, natomiast odruch warunkowy nie jest wrodzonym i może być przez odpowiednie kształcenie wypracowanym. Tak np. jeśli psu do pyska wlejemy nieco

kwasu solnego rozcieńczonego, wówczas pojawi się odruch (bezwarunkowy) w postaci silnego ślinotoku wraz z odpowiedniemi ruchami obronnemi. Natomiast odruch warunkowy będziemy mogli stwierdzić dopiero po wielokrotnem wlewaniu kwasu solnego do pyska, przytem zjawisko to poznamy po tem, że moc wywoływania ślinotoku będzie miał nietylko sam kwas solny, lecz także różne czynniki zewnętrzne, nie mające żadnego bezpośredniego związku z podaniem kwasu solnego, ale działające na układ ośrodkowy psa współcześnie z podaniem kwasu. A więc badacz, jego ubranie, naczynie służące do wlewania, widok przeźroczystej cieczy, lub same otoczenie w pracowni wywoływać będą wydzielanie śliny i ruchy obronne.

Badania nad odruchami warunkowemi prowadzone były na psach z przetokami ślinowemi pozwalającemi ilość wydzielonej śliny mierzyć z wielką dokładnością. Doświadczenie prowadzono w ten sposób, że psa umieszczano w warunkach, które cechowała zupełna jednostajność, przyczem chodziło o to, aby żadne czynniki zewnętrzne prócz tych, których dostarczał badacz, nie dochodziły do świadomości zwierzęcia. Następnie działano na psa umyślnie dobranym obojętnym czynnikiem warunkowym (np. jasne oświetlenie pokoju, dzwonek, tykanie metronomu, drażnienie skóry mechaniczne lub prądem elektrycznym) i po pewnym odstępie czasu podawano czynnik bezwarunkowy, wywołujący wydzielanie śliny (np. podawano proszek mięsny, sucharek, kwas solny rozcieńczony do pyska). Przez wielokrotne powtarzanie takiego układu czynności osiągano wreszcie wypracowanie odruchu warunkowego, a więc to, że sam czynnik warunkowy wywoływał odruch taki, jaki występował po działaniu bezwarunkowego czynnika.

Jak z powyższego wnosimy odruchy warunkowe polegały na zadrażnieniu ośrodków gruczołów ślinowych przez odpowiednie ośrodki zmysłowe. Takie odruchy wywołujące podrażnienie można nazwać odruchami podniecającemi lub drażniącemi. Wśród takich doświadczeń przekonano się, że oprócz takich odruchów podniecających mogą powstawać i inne, polegające na obniżeniu czynności danego ośrodka. Objaśnimy to na przykładzie. Na psa działamy dźwiękiem trąbki i 5 sek. potem wstrzykujemy do pyska nieco kwasu solnego. Wypracowujemy w ten sposób odruch warunkowy na dźwięk dzwonka. Gdy ten odruch jest już zupełnie pewny, rozpoczynamy stosowanie nowej kombinacji: powtarzając nadal doświadczenia z dzwonkiem towarzyszącym wlewaniu kwasu solnego, co pewien czas działamy na psa odgłosem dzwonka jednocześnie z tykaniem metronomu i przy tej kombinacji nie podajemy kwasu solnego. Po powtórzeniu takich prób odpowiednią ilość razy osiągniemy nowy skutek: odgłos dzwonka będzie teraz wywoływał wydzielanie, a kombinacja dzwonka z metronomem nie wywoła wydzielania śliny. Mówimy, że metronom jest warunkowym czynnikiem hamującym, który ma możność zahamowania podrażnienia ośrodka wydzielniczego.

Że mowa o hamowaniu użyta jest tutaj we właściwem tego słowa znaczeniu, przekonują nas odpowiednie badania nad promieniowaniem tego hamowania oraz jego trwaniem. Okazuje się bowiem z tych badań, że ośrodek wydzielniczy, po zadziałaniu warunkowego czynnika hamującego przez pewien czas, w niektórych wypadkach dość długi, pozostaje zahamowany i inne czynniki warunkowe podniecające dany ośrodek przez pewien czas wywołują tylko osłabione działanie lub nawet nie wywołują skutku wcale. Dopiero po upływie pewnego czasu ośrodek powraca do zwykłego stanu. Hamowanie ośrodka promieniuje na inne ośrodki i obniża ich czynności na pewien przeciąg czasu. W naszym poprzednim przykładzie takim hamującym czynnikiem jest tykanie metronomu. Działanie hamujące takiego czynnika można stwierdzić nawet wtenczas, gdy tykanie metronomu zastosujemy oddzielnie, bez podniecającego czynnika warunkowego t. j. bez odgłosu dzwonka. Wówczas również ulega zahamowaniu nietylko ośrodek ślinowy, lecz i inne ośrodki układu nerwowego.

Także i podniecenie danego ośrodka trwa pewien czas i promieniuje na inne ośrodki.

Jeśli na układ ośrodkowy psa działamy np. tonem o pewnej wysokości i z niego wypracowujemy odruch warunkowy, wówczas nietylko dany ton staje się warunkowym czynnikiem, lecz także inne tony, przyczem działają one słabiej niż ton właściwy. Jeśli jednak dalszy ciąg doświadczeń poprowadzimy w ten sposób, że tylko właściwy ton działa w czasie podawania czynnika bezwarunkowego, zaś nie podajemy psu tegoż przy rozleganiu się innych tonów wówczas inne tony stają się czynnikami hamującemi, czyli następuje t. zw. zróżnicowanie. W podobny sposób można zróżnicować działanie akordu od działania poszczególnych tonów, widok kwadrata świetlnego od widoku elipsy lub też drażnienia mechaniczne skóry jednego tylko, lub tylko niektórych miejsc, w stosunku do pozostałych.

Tego rodzaju doświadczenia, inaczej mówiąc zadania, jakie ustrojowi nerwowemu zwierząt dawano do wykonania, bez znajomości granic wytrzymałości tego ustroju, wywoływały czasem stany patologiczne. Oczywiście mowa tu jedynie o czynnościowych zaburzeniach, wywoływanych przez działanie czynników „funkcjonalnych", a nie drogą zabiegu. Stany nieprawidłowe pod działaniem jednych i tych samych czynników u różnych zwierząt przedstawiały się rozmaicie, u jednych otrzymywano odchylenia od normy w jednym kierunku u innych w drugim, jedne psy chorowały długo i ciężko, inne krótko i lekko, inne znów przedstawiały bardzo nieznaczne odchylenia od normy. Sposób schorzenia zależeć więc musi w wysokim stopniu od układu nerwowego badanego zwierzęcia. I istotnie, w toku badań dały się zauważyć różne typy, jeśli tak można powiedzieć czynnościowe układu nerwowego psa, z których każdy przedstawiał charakterystyczne dla niego zaburzenia w pewnych warunkach. Szczególnie jaskrawo wyodrębniają się dwa skrajne typy ustrojów nerwowych u psów.

Z psami o pierwszym z nich spotkano się w pracowni P a w ł o w a przy następujących warunkach. W czasie pierwszych doświadczeń nad odruchami warunkowemi duże trudności przedstawiała charakterystyczna senność u psów w czasie badania. Jednostajność podrażnień prowadziła po pewnym czasie do silnego hamowania wszystkich ośrodków nerwowych i co za tem idzie do snu, w czasie którego pies często nie oddziaływał na dostarczane podniety. Potem przez urozmaicenie doświadczeń potrafiono usunąć tą trudność, ale z początku, gdy nie umiano sobie w ten sposób poradzić, starano się ominąć trudności przez dobór odpowiednich psów do tych doświadczeń. Mianowicie ci, którzy wielokrotnie mieli do czynienia z różnemi psami, znają typ psa ruchliwego, wszystko z miejsca obwąchującego i oglądającego, szybko oddziałującego na wszelkie czynniki zewnętrzne, łatwego przy poznaniu się z ludźmi. Psy te przy pierwszym poznaniu są oswojone i nieraz natrętne. Takie właśnie zwierzęta starano się dobierać do doświadczeń, ale skutek był nieoczekiwany: te tak ruchliwe zwierzęta po ustawieniu na stole do badań natychmiast oswajały się z nowem dla nich otoczeniem, ale bardzo prędko stawały się senne i niezdatne do badań.

Okazało się potem, że jeśli u takiego psa wypracowywać odruchy odrazu na szereg czynników i doświadczenie prowadzić tak, aby psu dostarczać rozmaitych pobudek, wówczas zwierzęta te nadają się do doświadczeń wyśmienicie; ale niech tylko doświadczenie będzie prowadzone z pewną jednostajnością i jeden czynnik zostaje wielokrotnie powtarzany — zaraz występuje hamowanie odruchów i senność. P a w ł o w porównuje ten typ układu nerwowego psa z typem sangwinika starej klasyfikacji temperamentów. Są to natury ruchliwe i energiczne przy odpowiedniej zmienności czynników zewnętrznych, a senne i spokojne w monotonnem otoczeniu.

Drugi typ psów przedstawia się skrajnie przeciwnie. Są to zwierzęta ogromnie powściągliwe, stale hamujące wszelkie swoje odruchy. Idą one wolno koło ściany na niecałkowicie rozkurczonych nogach, mając wygląd strwożony i potulny. Na najmniejszy obcy dźwięk, nienormalną zmianę otoczenia lub ruch prowadzącej osoby oddziaływają przysiadaniem na ziemi i przykurczaniem łap. Bardzo wolno oswajają się one z obcem otoczeniem, ale zawsze pozostają pełne obawy przed rzekomem niebezpieczeństwem. Jednakże po oswojeniu się z niezwykłem otoczeniem w czasie doświadczeń, stają się wyśmienitymi objektami doświadczalnymi, nigdy nie zasypiają w czasie trwania badania i dają odruchy odznaczające sie znaczną dokładnością, zwłaszcza gdy chodzi o odruchy t. zw. hamujące. P a w ł o w porównuje ten typ z typem melancholika: życie tych psów przebiega wśród ciągłego hamowania przejawów życia.

Te powyżej opisane typy są skrajnemi. W pierwszym przewagę mają wszelkie czynniki podniecające, w drugim hamujące. Jak się z odnośnych doświadczeń przekonano, pierwszy typ cechuje się bardzo silnie i dobrze wyrażonemi odruchami o charakterze podniecającym, łatwo się one wypracowują i są zawsze dokładne, przeciwnie dla typu drugiego charaktrystycznem jest łatwe wypracowanie i dokładność odruchów hamujących. Dlaczego w warunkach o pewnej jednostajności u psów typu pierwszego następuje hamowanie i sen, gdy osobniki drugiego typu właśnie w tych warunkach czują się najlepiej, nie jest jeszcze zupełnie jasnem. W każdym razie, typ pierwszy potrzebuje stale zmiennych warunków otoczenia, gdy system nerwowy drugiego doznaje pod wpływem nawet małej niezwykłej zmiany warunków otoczenia bardzo silnego hamowania ośrodków.

Prócz tych dwóch typów skrajnych istnieje szereg typów pośrednich, w których to hamowanie to podniecanie bierze górę.

Jak było wyżej powiedziane, objawy schorzenia układu nerwowego są różne zależnie od rodzaju, raczej od typu zwierzęcia doświadczalnego, z którem mamy do czynienia.

Pierwszy wypadek schorzenia nerwowego psa pod wpływem dostarczanych z zewnątrz podniet otrzymano u psa, u którego opracowywano odruch żywnościowy na drażnienie skóry prądem elektrycznym. Poczynając od bardzo słabych prądów, doświadczenie przeprowadzono tak, że drażniono skórę psa w określonem miejscu na udzie prądem elektrycznym i w kilka sekund potem podawano mu proszek mięsny wywołujący odruch bezwarunkowy w postaci wydzielania śliny. Gdy odruch warunkowy się ustalił, powiększono nieco siłę prądu, przyczem wytworzył się nowy odruch, hamujący bezwarunkowy bólowy odczyn t. j. ruchy obronne. Po odpowiedniem dłuższem przygotowaniu, stosunki tak się ukształtowały, że pies na bardzo silny prąd elektryczny, wywierający wprost przypalające działanie, oddziaływał nie ruchami obronnemi wzgl. ucieczką, lecz zdawał się nie doznawać żadnego bólu i przeciwnie poczynał kiwać ogonem, ślina mu ciekła, odwracał głowę w stronę, z której zwykle podawano mu proszek mięsny, jednem słowem okazywał typowy odruch odżywczy (E r o f i e j e w a). Odruch ten utrzymywał się przez dłuższy czas w tej postaci, przyczem zamiast prądu elektrycznego stosowano czasem na to samo miejsce uda przypalanie skóry lub mechaniczne jej uszkadzanie ze skutkiem takim, jak przy działaniu prądu. Pies przedstawiał się przez cały ten czas zupełnie normalnie.

Jak widać, w czasie tych doświadczeń wchodziły w grę bardzo silne działania podniecającego odruchu żywnościowego wraz z bardzo silnem hamowaniem odruchu obronnego. W pewnym okresie doświadczeń postanowiono jeszcze bardziej wzmocnić i rozszerzyć hamowanie odruchu obronnego i w tym celu postanowiono stopniowo wypracować odruchy również na inne miejsca skóry i w doświadczeniach rozciągających się na dłuższy okres czasu poczęto przechodzić z elektrodami na coraz to dalsze miejsca. Przez pewien czas wszystko pozostało po staremu i odczyn obronny był całkowicie hamowany ale przy pewnem dalszem ustawieniu elektrod wszystko nagle się zmieniło. Odruch żywnościowy zniknął zupełnie a zamiast niego pojawił się bardzo żywy odczyn obronny. Podobne wyniki osiągnięto również na innych psach przyczem się okazało, że po nagłej zmianie odczynu silny odruch obronny występuje już stale jako odruch na prąd i to nawet stosowany na zwykłe miejsce przyczem bardzo silną reakcję wywoływał nawet najsłabszy prąd na który przedtem zwierzę było zupełnie nieczułe. Nastąpiła więc nietylko zmiana odczynu ale również daleko idące uczulenie.

Zmiana odczynu wywarła też swe działanie na całe usposobienie psów. Stały się one drażliwe i niespokojne, jak nigdy poprzednio. U jednego z psów udało się po trzymiesięcznej przerwie na nowo wypracować ten sam odruch żywnościowy i znów osiągnąć poprzedni skutek, natomiast dwa inne psy nawet po dłuższym odpoczynku nie zmieniły swego nieprawidłowego zachowania się. Niestety te doświadczenia, dzięki temu że w grę wchodził bardzo niezwykły czynnik zewnętrzny, nie zatrzymały na sobie baczniejszej uwagi badaczy i przypomniano je sobie dopiero później, gdy podobne objawy wystąpiły przy działaniu zwykłych czynników na układ nerwowy psa.

Szczególną uwagę wzbudziły wyniki otrzymane przez S z e n g e r-K r e s t o w n i k o w ą, przy których chciano osiągnąć maksimum zdolności psa przy odróżnieniu koła od elipsy. Doświadczenia przeprowadzano, jak następuje. Przed psem na ekranie pojawia się koło świetlne poczem następowało karmienie. Gdy odruch się ustalił, rozpoczęto opracowywanie różnicowania koła świetlnego od elipsy o powierzchni takiej samej wielkości i stosunku osi jak 1 : 2. Przy pojawianiu się koła podawano pożywienie, zaś przy pojawianiu się elipsy nie. Nastąpiło zróżnicowanie: pies na pojawienie się koła reagował wydzielaniem śliny, także wówczas, gdy pożywienia nie otrzymał, a przy pojawianiu się elipsy następowało hamowanie i ślina nie wydzielała się wcale. Następnie stopniowo przechodzono do elips o kształtach coraz bardziej zbliżonych do koła. Mianowicie różnicowano koło od elips o stosunku osi 2 : 3, potem 3 : 4 i t. d. Różnicowanie było zupełne, aż dopóki nie zaczęto różnicować koła od elipsy o osiach 8 : 9. Przez trzy tygodnie usiłowano osiągnąć to zróżnicowanie, ale skutek był coraz gorszy i w końcu zdolność różnicowania koła od elipsy zupełnie znikła, a jednocześnie zaszły daleko idące zmiany w całem zachowaniu zwierzęcia.

Dawniej spokojny pies, teraz po postawieniu go na stół doświadczalny wył, kręcił się niecierpliwie, zrywał przyczepione doń przyrządy i przegryzał rurki gumowe łączące jego przewody ślinowe z przyrządami mierniczemi. Po wprowadzeniu do pracowni szczekał, co przedtem nigdy się nie zdarzało. Przy przeprowadzaniu doświadczeń okazało się, że możność różnicowania koła od elipsy o osiach 1 : 2 a więc nawet największych różnic, została zupełnie utracona. Przez powolne nowe opracowywanie dała się wreszcie na nowo, lecz znacznie wolniej niż poprzednio, osiągnąć możność różnicowania elipsy od koła. Przy stopniowem opracowywaniu dalszego zróżnicowania pies stawał się coraz spokojniejszy i pojętniejszy, różnicowanie szło coraz łatwiej i nawet przy powtórnem różnicowaniu elipsy 8 : 9 od koła nastąpiło z miejsca całkowite zróżnicowanie. Jednakże przy powtórnej próbie znów nagle wszystko się zmieniło, podobnie jak poprzednio pies utracił możność różnicowania koła od elipsy i pojawiło się znów nieprawidłowe zachowanie.

Po osiągnięciu tych wyników, postanowiono bliżej zbadać tą rzecz i w tym celu wybrano (P i e t r o w a) dwa psy o skrajnie przeciwnych typach systemu nerwowego, jednego o silnej skłonności do procesów hamujących, drugiego o silnych odruchach podniecających i przystąpiono do doświadczeń nad zaburzeniami pod wpływem wypróbowanych warunków.

Dla zrozumienia należytego dalszego ciągu doświadczeń należy zauważyć, że, jak wiadomo z fizjologji odruchów warunkowych, duże znaczenie dla oceny odruchu warunkowego ma czas upływający pomiędzy początkiem zadziałania podniety a powstaniem odruchu, t. j. okres utajonego pobudzenia. Czas ten może trwać rozmaicie długo zależnie od warunków doświadczenia. Może mianowicie trwać od jednej sekundy, tak że odruch pojawia się zaraz po zadziałaniu podniety, do wielu sekund, a nawet paru minut, tak że odruch warunkowy pojawia się dopiero po upływie dłuższego czasu. Aby wypracować odruch o krótkim okresie utajonego pobudzenia, należy podnietę bezwarunkową podawać po upływie odnośnego czasu od początku działania czynnika warunkowego. Jeśli chodzi o wypracowanie odruchu o okresie dłuższym — należy naprzód wypracować odruch na okres krótszy (np. na 5 sekund), a potem, stopniowo opóźniając podanie pożywienia wzgl. innego czynnika bezwarunkowego, wywołać opóźnienie się pojawiania odruchu. W takich warunkach okres utajonego pobudzenia bywa zwykle krótszy, niż czas, który upływa od początku działania czynnika warunkowego do podania czynnika bezwarunkowego. W okresie utajonego pobudzenia następuje silne hamowanie, które po upływie odnośnego czasu ustępuje miejsca podnieceniu promieniującemu na inne ośrodki nerwowe. Obecność hamowania w tym okresie można stwierdzić działaniem innych czynników zewnętrznych, które wówczas, na skutek promieniowania procesu hamowania na inne ośrodki, działają jedynie bardzo słabo lub nie działają wcale. Stan hamowania przechodzący w oznaczonym terminie w proces podniecenia daje się zauważyć tak po ogólnem zachowaniu się zwierzęcia, jak po łatwości z jaką w tym okresie wywierają swe działanie wszelkie czynniki podniecające. W okresie hamowania pies jest senny i obojętny na czynniki zewnętrzne, a stan ten przechodzi w ożywienie i rzeźkość wówczas, gdy hamowanie ustaje.

Otóż u powyżej wspomnianych psów wybranych do doświadczeń nad wywoływaniem stanów patologicznych wypracowano nasamprzód cały szereg odruchów warunkowych na różne czynniki, a następnie stopniowo opóźniano powstawanie odruchów t. j. przedłużano okres upływający od początku działania podniety do podania pokarmu, tak że wreszcie okres ten wynosił 3 minuty. Każde opóźnienie wywoływało u psa o usposobieniu „sangwinika" przemijające podniecenie, które przy dalszych próbach ustępowało miejsce hamowaniu, natomiast pies o usposobieniu „melancholicznem" bez trudności i odrazu hamował podnietę na dany okres czasu. Wreszcie osiągnięto u obu psów odruchy żywnościowe dodatnie na tykanie metronomu, na bulgotanie (t. j. dźwięk wydawany przez pęcherzyki powietrza przechodzące przez warstwę płynu), na dzwonek i na mechaniczne drażnienie skóry osobnym przyrządem w okolicy biodra, oraz odruchy ujemne, t. j. hamujące, na skrzypienie wraz z tykaniem metronomu i na mechaniczne drażnienie skóry w okolicy grzbietu.

Podaję tutaj dwa protokoły z doświadczeń w tym okresie.

Pies typu pierwszego (sangwinicznego). Doświadczenie z dnia 15. III. 1923 roku.

Czas	Czynnik warunkowy działający przez przeciąg trzech minut	Wydzielanie śliny w kropl. w minucie		
		1.	2.	3.
15h 00'	Tykanie metronomu	0	5	16
25'	Skrzypienie wraz z tykaniem metronomu	0	0	0
45'	Bulgotanie	0	1	14
54'	Dzwonek	3	0	17
16h 00'	Mechaniczne drażn. skóry biodra	0	2	12
13'	„ „ „ grzbietu	0	0	0

Po osiągnięciu tych ostatnich wyników przystąpiono do wypracowywania odruchu warunkowego na prąd elektryczny poczynając jak i poprzednio od najsłabszych podniet. Zaburzenia czynnościowe otrzymano u obu psów nawet bez przenoszenia elektrod z zasadniczego miejsca na inne. Przyszły one same przez się, gdy prąd osiągnął pewną siłę. Zaburzenia te jednak całkowicie były odmienne u obu typów ustroju nerwowego.

Pies typu drugiego (melancholicznego). Doświadczenie z dnia 21. III. 1923 roku.

Czas	Czynnik warunkowy działający przez przeciąg trzech minut	Wydzielanie śliny w kropl. w minucie		
		1.	2.	3.
15h 18'	Bulgotanie	0	2	6
54'	Dzwonek	0	0	12
16h 13'	Tykanie metronomu . . .	1	5	15
35'	Skrzypienie wraz z tykaniem metronomu	1	0	0
42'	Dzwonek	0	6	14
55'	Skrzypienie wraz z tykaniem metronomu	0	0	0
17h 03'	Mechaniczne drażn. skóry biodra	0	3	9
15'	„ „ „ grzbietu .	0	0	0

U psa pierwszego typu zaburzenia nastąpiły wkrótce po przystąpieniu do drażnienia silnemi prądami. Warunkowe hamowanie w czasie trwania okresu utajonego pobudzenia zostało znacznie osłabione we wszystkich odruchach; proces wywołujący podniecenie osiągnął przewagę nad procesem hamowania. Wreszcie po pewnym czasie prób z silnemi prądami zaburzenia czynności układu nerwowego doprowadziły do zupełnie nieprawidłowego oddziaływania zwierzęcia na czynniki zewnętrzne. Hamowanie zostało zupełnie zniesione, a więc w czasie okresu utajonego pobudzenia wydzielała się ślina. Skrzypienie, będące czynnikiem hamującym, nietylko że przestało wywierać wpływ hamujący, ale samo stało się czynnikiem podniecającym drugiego rzędu i wywoływało wydzielanie śliny i odczyn jak na pożywienie. Zróżnicowanie miejsc skóry drażnionych mechanicznie zostało utracone. Oto jeden z protokołów z tego okresu.

Czas	Czynnik warunkowy	Wydzielanie śliny w kropl. w minucie		
		1.	2	3.
15h 15'	Bulgotanie	5		
26'	Mechaniczne drażn skóry biodra .	8		
40'	„ „ „ grzbietu .	3		
16h 00'	Tykanie metronomu	6		
12'	Skrzypienie wraz z tykaniem metronomu	10		
35'	Dzwonek	16	12	13
46'	Mechaniczne drażn. skóry biodra .	8		
17h 00'	„ „ „ grzbietu .	3		

Jak widać, natychmiast po zadziałaniu czynnika warunkowego następuje wydzielanie śliny. Czynniki warunkowe w tych doświadczeniach były stosowane zazwyczaj przez krótszy przeciąg czasu, niż przy doświadczeniach poprzednich, gdyż wystarczało to do zniesienia hamowania, natomiast skrócenie czasu upływającego pomiędzy początkiem działania podniety a podaniem pożywienia miało na celu skrócenie czasu hamowania odruchu i przez to ułatwienie zadania zwierzęciu. W powyższem doświadczeniu tylko dzwonek stosowano przez 3 minuty przed podaniem pożywienia, inne czynniki stosowano tylko przez 30 sek., poczem podawano czynnik bezwarunkowy t. j. podkarmiano psa. Jak widać zniesienie hamowania musiało być zupełne, skoro w czasie 30 sek. wydzielała się pokaźna ilość śliny.

Doświadczenia na psie drugim dały wynik przeciwny. Przy początkowych doświadczeniach z prądem elektrycznym wytworzył się odruch warunkowy, a przy zwiększaniu siły prądu odruch obronny został całkowicie zahamowany, ustępując miejsca odruchowi na pożywienie. Jednakże przy dalszem powtarzaniu tego odruchu, ilość wydzielanej śliny przy podrażnianiu prądem zaczęła się zmniejszać, a jednocześnie malało i wreszcie spadło do zera wydzielanie śliny na inne warunkowe czynniki. Odczyn na nie występował słabo i to jedynie na początku każdego doświadczenia, a potem znikał zupełnie.

Oto doświadczenie z tego okresu.

Czas	Czynnik warunkowy działający przez przeciąg trzech minut	Wydzielanie śliny w kropl. w minucie		
		1.	2.	3.
15h 25'	Dzwonek	0	0	2
35'	Tykanie metronomu	0	0	5
47'	Dzwonek	0	0	0
16h 03'	Mechaniczne drażn. skóry biodra	0	0	0
20'	„ „ „ grzbietu .	0	0	0
25'	Bulgotanie	0	0	0
37'	Tykanie metronomu	0	0	0
48'	Dzwonek	0	0	0

W drugim wypadku osiągnięto więc również zaburzenia równowagi pomiędzy procesami hamowania i podniecania, ale tutaj znaczną przewagę mają procesy hamujące, natomiast znacznie obniżone są procesy podniecania. Pies zaczął jednocześnie chudnąć i musiano przerwać badania. Ogólne zachowanie się obu tych psów poza pracownią pozostało pozornie normalnem w czasie trwania tych badań.

Jak więc widzimy, *u dwóch psów o różnych typach układu nerwowego, pod działaniem tychże samych czynników otrzymano zaburzenia zupełnie różne.* U jednego, o przewadze procesów podniecających, prawie zupełnie zniknęły procesy hamujące ośrodków nerwowych, u drugiego, skłonnego do hamowania, prawie zupełnie zniknęła zdolność do podniecania ośrodków nerwowych. Te nerwice, jak się okazało były trwałe i nie ustępowały pod wpływem czasu. Wówczas postanowiono wypróbować na psach działanie środków znanych z lecznictwa chorób nerwowych.

U pierwszego psa podawano przez krótki czas codziennie do odbytnicy po 100 cm^3 2% bromku potasu. Leczenie okazało się bardzo skuteczne i trwałe w skutkach: po dziesięciu dniach leczenia wszystkie odruchy powróciły do normy tak, że można było stwierdzić hamowanie w okresie utajonego pobudzenia występujące w całej pełni. Przy stosowaniu bromu nie zauważono wcale obniżającego działania na wielkość odruchów dodatnich t. j. podniecających. Brom wpływał na przywrócenie równowagi przez uregulowanie procesów hamowania. Może to być ciekawe przez wzgląd na farmakologję tego środka.

Schorzenie drugiego z psów nie dało się uleczyć przez stosowanie bromu, ani innych środków, które próbowano. Schorzenie to przeszło samo przez się, gdy zwierzęciu dano wypocząć przez bardzo długi okres czasu.

Powyższe doświadczenia świadczą o tem, że system nerwowy ulega schorzeniu wówczas, gdy w pracy ośrodków nerwowych muszą być wykonane hamowanie i podniecanie silnego stopnia w jednym czasie. Za czynnik wywołujący musimy uważać spotkanie się procesów hamowania z podnieceniem przyczem sposób schorzenia zależy od stanu układu nerwowego, na który pada uraz. To ważne uogólnienie znajduje potwierdzenie w bardzo wielu innych doświadczeniach, przy których z powodu zetknięcia się podniecenia z hamowaniem w jednem miejscu układu ośrodkowego powstała nerwica u psa. Schorzenia te trwały rozmaicie długo i czasem wydawały się nieuleczalne. Częste zaburzenia powstały przy trudnem różnicowaniu dwóch wspólne cechy mających podniet, często także przy zamianie odruchu hamującego na podniecający. dodatni, a także wtenczas, gdy natychmiast po czynniku warunkowym hamującym podawano czynnik podniecający.

Tak np. u psa wypracowano odruch dodatni na pewne zadrażnienie mechaniczne skóry, przy którem odpowiedni przyrząd dotykał skóry 24 razy w ciągu 30 sekund. Przeciwnie od poprzedniego czynnika zróżnicowano, a więc wypracowano nowy odruch hamujący na 12 dotknięć skóry tym samym przyrządem w tymże czasie. Wszystko miało przebieg najzupełniej normalny. Zadanie takie nie przedstawia żadnych trudności w opracowaniu. Jednak zaburzenie nastąpiło natychmiast, z powodu zastosowania bezpośrednio po sobie czynnika podniecającego po hamującym t. zn. działano 12-toma podrażnieniami w ciągu 30 sek. i bezpośrednio przemieniono częstość drażnienia na dwa razy szybsze. Zaburzenie wyraziło się w ciągu najbliższych dni w postaci zniknięcia wszystkich dodatnich odruchów, jakie u tego psa poprzednio wypracowano. W dalszych dniach pies powoli powracał do normy i zupełnie normalnym okazał się po 36 dniach choroby nerwowej.

Przytoczę tutaj jeszcze jedno doświadczenie, przy którem powstał szczególny stan patologiczny. I w tym wypadku proces patologiczny został wywołany przez zetknięcie się procesów hamującego i podniecającego. U psa o silnie hamującym typie ustroju nerwowego wypracowano (badania R i k m a n a) dodatni odruch odżywczy na 120 i odruch ujemny na 60 uderzeń metronomu w minucie. Prócz tego wypracowano szereg dodatnich odruchów na

krótkotrwałe wielokrotne zapalanie się lampki elektrycznej na ton o specjalnej wysokości i na dzwonek. Po osiągnięciu tego przystąpiono do zmiany mocno ustalonego ujemnego odruchu na 60 tyknięć metronomu na odruch dodatni. Wykonywano to w ten sposób że stale łączono czynnik warunkowy ujemny z czynnikiem bezwarunkowym t. j. z podkarmianiem. Usunięcie hamowania pod wpływem 60 tyknięć metronomu na minutę szło bardzo opornie. Po 17-tokrotnem powtarzaniu tego czynnika otrzymano słaby odruch dodatni przy 27-mem powtórzeniu otrzymano silne wydzielanie śliny ale potem odruch począł szybko maleć i wkrótce zniknął zupełnie. Jednocześnie osłabieniu aż do zupełnego zniesienia podległy wszystkie inne odruchy. Mamy tu schorzenie takie, jakie poprzednio spotykaliśmy u psów z przewagą hamujących procesów. Pies w zewnętrznym wyglądzie poza pracownią nic się nie zmienił. W dalszym ciągu okazało się, że pies niezupełnie utracił możność należytego oddziaływania. Mianowicie w czasie każdego doświadczenia oddziaływał mniej więcej prawidłowo na wszystkie warunkowe czynniki, ale tylko do chwili, w której zastosowano tykanie metronomu. Ta ostatnia podnieta wywoływała zawsze dłuższy czas trwające zahamowanie ośrodków centralnych, a więc zniesienie odruchów. Godnem jest uwagi, że nietylko czynnik hamujący, t. j. 60 tyknięć metronomu ale i 120 tyknięć na minutę wywoływało zawsze te zaburzenia. Schorzenie to trwało przez szereg miesięcy przyczem zawsze pies przedstawiał się zupełnie normalnie i oddziaływał właściwie, dopóki nie zastosowano pobudzenia w postaci tyknięć metronomu.

Z tego doświadczenia staje się widocznem, że uraz udzielony przez podnietę, padającą na ośrodek słuchowy, wywołał w ograniczonem miejscu tego ośrodka osobliwe trwałe uczulenie na pewien czynnik, który ilekroć został zastosowany, wywoływał zawsze nienormalnie silne i długotrwałe hamowanie promieniujące daleko poza ośrodek słuchowy (zniesienie odruchu na zapalenie się lampki). Zaburzenia te dopiero po dłuższym odpoczynku samoistnie ustępowały.

Dotychczas była mowa o zetknięciu procesów hamowania i podniecania, jako o czynniku wywołującym zaburzenia nerwowe. Prócz tego czynnika zapoczniano się w pracowni P a w ł o w a z zaburzeniami mogącemi wystąpić u odpowiednio podatnych ustrojów na skutek działania bardzo silnych urazów. Takim silnym urazem była powódź, która miała miejsce w Leningradzie we wrześniu 1924 r. Woda zalewała psiarnię i musiano w czasie silnej burzy, przy szumie fal uderzających o domy i przy trzasku padających drzew przeprowadzać psy wpław do odległej pracowni i tam pozostawić w niezwykłych warunkach. Samo to zdarzenie wywarło silne hamujące działanie na wszystkie psy. Po powrocie do zwykłych warunków część psów okazała się bez zmian, ale kilka z nich, mianowicie te, które z natury swego układu nerwowego skłonne były do hamowania, pozostały choremi przez czas dłuższy.

Jeden z psów zmienił swe zachowanie w pracowni, gdzie był stale niespokojny i silnie hamował warunkowe odruchy, i to do tego stopnia, że odmawiał przyjęcia pokarmu na stole doświadczalnym, a wszystkie odruchy dodatnie były zniesione. Przez odpowiednie łagodne obchodzenie się, przy stałej obecności badacza koło psa przez cały przeciąg doświadczeń i unikanie silnie działających czynników, udało się po pewnym czasie uzyskać powrót do poprzedniej równowagi. Ale wystarczyło potem jednokrotne zastosowanie silnego czynnika warunkowego (odgłosu dzwonka, będącego dodatnim czynnikiem warunkowym), aby stan patologiczny się nawrócił i znów wszystkie odruchy zniknęły. Przez powolne przyzwyczajanie psa do silnych czynników uzyskano po upływie dwuch miesięcy od czasu powodzi mniejwięcej prawidłowy stan psa i zdolność właściwego oddziaływania nawet na silne czynniki. Wówczas zastosowano następujący uraz: Przez drzwi pracowni wpuszczono pod stół, na którym pies się znajdował strugę wody, która wytworzyła niewielką kałużę. Zwierzę w najwyższym stopniu stało się niespokojne, zaczęło się wyrywać. Odruch na pożywienie został zahamowany i wszystkie odruchy zniknęły. Znów przez szereg miesięcy stan ten ustępował bardzo powoli i stopniowo, i to tylko dzięki temu, że unikano silniej działających czynników. Dzwonek zastosowany jako podnieta nawet kilka miesięcy potem wywołał z początku dodatni odczyn, ale po kilkakrotnem powtórzeniu powstało znów hamowanie promieniujące na inne odruchy i częściowy nawrot nerwicy.

U innego psa wystąpiła po powodzi nieco inaczej wyrażona nerwica. Mianowicie jeden z warunkowych czynników, czynnik hamujący, który był u tego psa wypracowany, po każdorazowem zastosowaniu wywoływał zupełne zniesienie innych odruchów na szereg dni. Jeżeli w czasie badania stosowano tylko dodatnie czynniki wówczas na początku doświadczenia odruchy występowały, powoli się zmniejszając przy dalszych próbach, i wreszcie znikając zupełnie. Stan ten minął dopiero w 8 miesięcy po dniu powodzi.

Ogólnie biorąc widzimy, że trudne do zwalczenia zetknięcie się procesów podniecającego i hamującego oraz bardzo silne urazy nerwowe w postaci groźnych niezwykłych zdarzeń mogą być przyczynami nerwic u psów.

Powyższe doświadczenia, są początkiem badań nad zaburzeniami, zachodzącemi w układzie nerwowym ośrodkowym pod wpływem „funkcjonalnych" czynników zewnętrznych. Badania te pozwalają ominąć trudność doświadczeń nad patologją układu nerwowego ośrodkowego, o której była mowa na wstępie, mianowicie brak naszych znajomości w dziedzinie fizjologji komórki nerwowej. W tych badaniach bowiem brana jest pod uwagę nie czynność komórki, lecz czynność ośrodka a za jednostkę funkcjonalną tej czynności uważany jest odruch warunkowy. Bezpośrednio przenosić powyższe wyniki na człowieka jest jeszcze być może za wcześnie, jednakże, jak się zdaje, tu właśnie znajdujemy drogę, która nam pozwoli we właściwy przedmiotowy sposób oceniać i badać schorzenia czynnościowe układu ośrodkowego.

Nie można powiedzieć, że nerwice uzyskane u psów przedstawiają sie tak samo jak niektóre choroby ludzi. Z jednej bowiem strony mamy zupełnie inny sposób badania i oceniania objawów w tych patologicznych stanach, z drugiej zaś strony wiemy jaką rozmaitość przedstawiają one u różnych osobników, rozmaitość, która stawia wielkie przeszkody przy każdem uogólnianiu. Czynności ośrodków człowieka nieporównanie bardziej są złożone skąd i schorzenie musi być bardziej złożone i różnorodny przedstawiać widok.

Mimo to powinniśmy zdać sobie sprawę z tego, że w patologji ludzkiej spotykamy nieraz objawy chorobowe, które u zwierząt mieliśmy możność spostrzegać. Tak więc np. obojętność chorobowa u człowieka ma wiele cech podobnych do stanu o silnej przewadze procesów hamujących nad podniecającemi, a przedewszystkiem uczulenie i wrażliwość nerwowa da się porównać ze stanem o zmniejszonej zdolności do hamowania odruchów warunkowych. Urazy wywołujące nerwicę, znane z patologji ludzkiej, również zgadzają się z czynnikami wywołującemi stany nieprawidłowe u zwierząt; również odgrywają tu rolę niezwykłe trudności życiowe, które być może pozwolą się sprowadzić do spotkania procesów hamowania i podrażnienia, oraz bardzo silne urazy opierające swe działanie na osobliwym stanie ustroju nerwowego danego osobnika.

Podobieństwo zwiększa się, jeśli weźmiemy pod uwagę łatwe nawroty choroby w obu wypadkach oraz dodatni skutek, który daje się wywierać za pomocą bromu na zrównoważenie stosunku procesów hamujących i podniecających w niektórych schorzeniach. Z tego punktu widzenia, być może stanie się również zrozumiałą wzmożona wrażliwość na różne czynniki, tak zwana nerwowość jednych, a obojętność i zniechęcenie drugich ludzi, wtenczas gdy żyją w trudnych warunkach lub po doznaniu silniejszych urazów psychicznych.

Są to jednak mniej lub więcej uzasadnione przypuszczenia, które być może dadzą się potwierdzić w przyszłości. Może najważniejszym wnioskiem jest ten, że w tych odkryciach i w tych doświadczeniach znajdujemy drogę do właściwej metodyki badań danego zakresu.

SPRAWOZDANIA I OCENY.

H. G ü n t h e r: *Grundprobleme d. Konstitutionsforschung.* (Würzburger Abhandlungen Bd. VI. H. 3, 155—177). Leipzig — Verlag Kabitsch.

Próba ustalenia zasadniczych pojęć nauki o konstytucji. Podnosząc nieścisłość i ogólnikowość dotychczasowych określeń konstytucji podaje autor własną: „Konstitution ist die Ordnung der den lebenden Organismus darstellenden und bestimmenden Summe der inneren Faktoren".

Każdy osobnik ma — zdaniem autora — swoją własną konstytucję (Wesenkonstitution), a jej zewnętrzną formą, w której się przejawia, jest phänotypus. Większa część jego cech charakterystycznych jest odziedziczona po przodkach jako genotypus. Zawierając obok genotypu elementy właściwe tylko phänotypowi, jest konstytucja wartością zmienną, zależnie od okresów ewolucyjnych i inwolucyjnych ustroju.

Autor domaga się, aby konstytucja uwzględniała całość „biodynamicznego kompleksu" danego organizmu, a nie ograniczała się do jednej tylko jego strony np. morfologicznej lub fizjologicznej.

Nakoniec podnosi autor słusznie znaczenie intuicji, która niejednokrotnie w określaniu zespołów konstytucyjnych oddaje lepsze usługi od ścisłych pomiarów; należy jej jednak w naukowem badaniu wykreślić ściśle granice, bo inaczej wiedzie łatwo na ciemne manowce nienaukowej fantazji.

Praca zawiera obfite piśmiennictwo i notatki historyczne wykazujące rozwój pojęcia konstytucji. Z przytoczonych wywodów Pucheta (1823) dowiadujemy się, że przed 100 laty pojęcie to było równie modne jak i dziś i podobnie szeroko ujmowane.

A. Ślączka (Kraków).

Précis de pathologie chirurgicale. T. III. Wydanie 5. Paris. Masson et Cie. 1928. Cena całości złożonej z 6-ciu tomów — 330 fr., cena tomu III — 55 fr.

Na treść tego tomu składają się schorzenia szyji, krtani, tchawicy, oskrzeli, płuc, opłucny, tarczycy, grasicy, przełyku i sutka. Rzecz napisana zwięźle, do użytku praktyków, może jednak służyć nawet chirurgowi, jako krótkie repetitorjum. Podział przejrzysty, opracowanie dokładne, tembardziej, że prawie cały tom opracował Doc. Dr. Lenormant. Pracę uzupełniają dość liczne rysunki szkicowe, bardzo pouczające dla lekarza, który nie zajmuje się głównie chirurgją. Nawet obrazy mikroskopowe, celem łatwiejszego zrozumienia są rysowane a nie fotografowane.

Autorowie opierają swą pracę nie tylko na własnem doświadczeniu, ale stosunkowo obfitem piśmiennictwie, zwłaszcza gdy chodzi o daty statystyczne, uwzględniają jednak głównie autorów francuskich i niemieckich.

Leczenie operacyjne jest dokładnie opracowane, jednak bez podania techniki operacyjnej.

Druk staranny, papier dobry, format książki mały, nadający się do użytku praktycznego.

Janik (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, nr. 111, z października 1929 r.: Szabłowski J.: Rola organotropizmu w powstawaniu zmian patologo-anatomicznych przy zatruciach. — M. Łabędź: XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 45, z 7 listopada 1929 r.: W. Grzywo-Dąbrowski: Znaczenie t. zw. stanu grasiczo-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej. — Fr. Goebel: O wpływie układu wegetatywnego na poziom cholesteryny we krwi. — E. Weinkiper: O fizjologii i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego (streszcz. zbior.). — M. Flaum: Słówko o języku naszych prac naukowych. — K. Proekl: Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie 1918—1928 r.

Lekarz Polski, rok V, nr. 11, z 1 listopada 1929: W. A.: Organizacja opieki szpitalnej. — Instrukcja w sprawie sporządzania statutu dla szpitali publicznych. — Z ustawodawstwa sanitarnego. — Cenniki poborów lekarskich obowiązujące w województwach: Stanisławowskiem, Lwowskiem i Tarnopolskiem. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 45, z 10 listopada 1929 r.: Projekt rozporządzenia w sprawie rozgraniczenia hurtownego i detalicznego handlu środkami leczniczemi i truciznami. — Nowe leki.

Położna, rok II, nr. 11, z listopada 1929 r.: J. Hochbaum: O sztucznem karmieniu dzieci. — H. Szlapakówna: Zakażenie i walka z niem.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 11, za listopad 1929 : M. Kacprzak: Propaganda higjeny przez szkołę. — B. Salak: Sprawy sanitarne, jako zadanie związków komunalnych. — O. Anzelm: O istocie zadań lekarza powiatowego. — S. Adamowiczowa: Ciężary młodego pokolenia.

Przegląd dermatologiczny, tom XXIV. nr. 3, z r. 1929: Ś. p. Ksawery Watraszewski. — Fr. Samberger: O istocie łuszczycy. — St. Ostrowski: Czy istnieją podstawy do łączenia przewłocznego zanikowego zapalenia i twardziny skóry w jedną wspólną grupę? — F. Goldschlag: Urticaria solaris. — M. Mienicki: Badania nad wpływem bizmutu na krzepliwość krwi. M. Mienicki: Przypadek krwotoczny powikłania pobizmutowego. — M. Grzybowski: W sprawie zmian histologicznych, spostrzeganych w t. zw. erytrocyanozie (erythrocyanosis). — M. Grzybowski: O podstawowej przemianie materji w łuszczycy i jej związku ze zboczeniami gruczołów dokrewnych.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom X, zeszyt 3—4, rok 1929: J. Dadlez: Z farmakodynamiki i toksykologji ozonu. — Fr. Goebel: Wątroba a przemiana związków azotowych. — J. Morawski: Psychozy rodzinne. — A. Ławrynowicz i H. Piotrowska: Spostrzeżenia nad pałeczkami paratyfusowemi C. J. Melzak: Przyczynek w sprawie wpływu układu siateczkowo-śródbłonkowego na anafilaksję. — Z. Szymanowski: W sprawie biochemji antygenów.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1929. XLIX/3.

J. Deaver: *Przyczyny dolegliwości i śmiertelności po zabiegach, z powodu kamicy żółciowej.* Podstawowym warunkiem dobrych wyników po tych zabiegach jest postawienie w odpowiednim czasie wskazania do zabiegu. Pod tym względem istnieje między chirurgami a internistami wielka różnica, która powinna znikać pod wpływem częstych dyskusyj między nimi.

Specjalnie u pacjentów należących do niższej klasy nie należy przeciągać leczenia wewnętrznego.

Najczęstszą przyczyną dolegliwości pooperacyjnych jest niedbałe usunięcie schorzałego pęcherzyka i niedrożności brodawki V. Przytem w zastarzałych przypadkach są obecne zmiany w narządach sąsiednich w postaci skurczu odźwiernika, wrzodu trawiennego, zapalenia trzustki, zmian sercowych i nerkowych. A jeśli do tego dodamy, nieraz obecne przewlekłe zapalenie dróg żółciowych i zmiany w samej wątrobie — zrozumiemy — że prócz usunięcia kamieni winniśmy się starać o dobry odpływ zakażonej żółci. Uskutecznia się to zapomocą połączenia pęcherza z dwunastnicą lub też zapomocą sączkowania na zewnątrz. Zabieg pierwszy jest zabiegiem niełatwym (grozi wytworzenie się przetoki dwunastniczej) a zostawiony pęcherzyk stanowi zawsze podłoże do wytworzenia się nowych kamieni, mimo zespolenia z przewodem pokarmowym.

Mniej częstą przyczyną dolegliwości pooperacyjnych jest skurcz odźwiernika i zrosty. Częstą natomiast zmiany w samej wątrobie, w następstwie zakażenia i uczulenie weget. systemu nerwowego.

Najczęstszą przyczyną śmierci w Klinice Lankenau są zmiany w zakresie serca i naczyń: ostra rozstrzeń, zatory i zakrzepy t. wieńcowej. Natomiast zapalenie płuc i t. zw. wstrząs wątrobowy, dalej krwotok, zapalenie otrzewny i ropienie rzadko powodują śmierć.

Dużą rolę w odsetce śmiertelności odgrywa niedomoga wątroby.

Wniosek: wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg chroni nas przed opisanemi następstwami kamicy żółciowej i przed następstwami późnego zabiegu.

Janik (Lwów(.

Piśmiennictwo niemieckie.

Therapie der Gegenwart.

Czerwiec 1929.

G. Klemperer (Berlin): *Roztwór Luminal'u w kuracji przeciwmorfinowej.* Autor podaje doskonałe wyniki uzyskane zapomocą 20%-wego roztworu Luminal'u, w kuracji przeciwmorfinowej. Zastrzyk rozpuszczalnego środka nasennego jest bardzo pożądany na początku kuracji, kiedy istnieje potrzeba zastrzyków, szczególnie zaś podczas kuracji dla wywołania długiego snu. Pod obydwoma względami oddał roztwór Luminal'u dobre usługi. Autor potwierdza dotychczasowe spostrzeżenia w literaturze o dobrem znoszeniu i nieszkodliwości Luminal'u. Poleca w kuracji odzwyczajania od morfiny 1—2 cm^3, zależnie od potrzeby 2—3 razy dziennie.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 28. 1929.

Instytut farmakologiczny Uniwersytetu w Würzburgu.

Ferdynand Flury: *O Harmin'ie względnie Banisterynie.* Harmin'a jest pod każdym względem identyczną z Banisteryną. Harmin'a nie jest, jak o tem doniosły czasopisma, bardzo drogim,

tylko w małych ilościach dostępnym nowoodkrytym alkaloidem: znaną jest od 100 lat, a już w roku 1848 została szczegółowo opisana przez Fritzschego. Budowę tego alkaloidu oznaczył Fischer, farmakologicznie zaś badali ją Penzoldt, Tappeiner i Neuner, jak i autor powyższego. Autor opisuje dalej znane własności farmakologiczne i konstatuje, że użycie Peganum harmala w lecznictwie jest całkowicie uzasadnione i że roślina ta żadną miarą rzadką nie jest, lecz znajduje się jako chwast prawie na każdem miejscu w stepach wschodu i Afryki północnej.

Zeitschrift für Tuberkulose.

Tom 53. Zeszyt 4. 1929.

Dr. H. Knüppel: *Znaczenie bronchografji dla celów rozpoznawczych: Gruźlicy górnych płatów i rozstrzeni oskrzeli w płacie górnym.* Autor omawia wartość rentgenograficznego obrazu oskrzeli w płacie górnym. W przypadkach rozstrzeni oskrzeli, opisanych przez autora, stan kliniczny nie różnił się od przypadku gruźlicy górnych płatów. Tylko obraz rentgenograficzny nie odpowiadał temu i dlatego przedsięwzięto uwidocznienie oskrzeli Jodipiną jako środkiem kontrastowym. Dopiero tą drogą można było postawić rozpoznanie: rozstrzeń oskrzeli w płacie górnym. Technikę napełniania oskrzeli Jodipiną opisuje autor dokładnie.

Zentralblatt für Gynaekologie.

Nr. 26. 1929.

Oddział kobiecy szpitala Św. Elżbiety w Królewcu.

Dr. R. Völcker (Królewiec): *500 znieczuleń lędźwiowych w operacjach ginekologicznych.* Autor użył Tropacocainy w 500 operacjach ginekologicznych. Zabiegi udawały się doskonale. Nie zauważono żadnego wypadku śmiertelnego, tylko w 10% zauważono duszenie się i wymioty, w 15% mierne bóle głowy i w 1% przypadków ciężkie bóle głowy. Niezupełne porażenie mięśnia odwodzącego zaobserwowano w 4%. Pozatem nie występowały żadne zaburzenia. Zwoinienie było dobre. Podczas silnych bólów porodowych znieczulenia tego stosować nie należy. Używano 10%-go roztworu Tropacocainy. Na pół godziny przed zastosowaniem Tropacocainy podawano podskórnie 0,01 g morfiny i 0,001 g atropiny.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 5. VI. 1929 r.
wspólnie z Towarzystwem Internistów odbyte w II Klinice wewn.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 80.

Demonstracje z II Kliniki wewnętrznej.

Kol. Dziuba przedstawia *przypadek ziarnicy złośliwej.*

Kol. Reiner przedstawia *przypadek Tbc. lienis.*

W dyskusji zabierają głos Kol. Sztencel, który zauważa że należałoby różnicować w przypadku Kol. Reinera ze skrzepem żyły śledzionowej, przy którym mogą występować wymioty krwawe, a także ze sepsis. — Prof. Latkowski stwierdza że w przypadku *Tbc. lienis* można było już przy pierwszym badaniu wykazać powiększoną śledzionę. Przy *endocarditis parietalis* występują inne objawy kliniczne a mianowicie objawy ze strony serca i naczyń; tutaj zaś niema ani powiększenia serca ani zmian naczyniowych. Można wykluczyć również obraz septyczny. Natomiast wiele objawów przemawia za sprawą gruźliczą w śledzionie a w szczególności przemawiają za tem zmiany w płucach. Nie mamy tutaj jednak do czynienia z rozsiewaniem się gruźlicy i odczynem ze strony śledziony, gdyż przeciw temu przemawia wielkość śledziony i brak objawów rozsiania.

Kol. Szczeklik przedstawia *1) przyp. iododerma bullosum u chorego z endocarditis lenta; 2) przyp. diabetes lueticus* dotyczący kobiety niezamężnej lat 46 leczącej się od trzech lat na kiłę (5 kuracyj salwarsanowych) której odczyn Wassermanna wypadał dotychczas stale dodatnio. U chorej tej stwierdzono badaniem przedmiotowem zmiany w nerkach o charakterze marskości nerek (RR 240/130 mm Hg) przerost serca lewego, cukromocz (od 3-ech miesięcy zwiększone pragnienie). Przy djecie zwykłej chora wydzielała z moczem około 15 g cukru na dobę, ciał acetonowych w moczu nie stwierdzano. Cukier we krwi naczczo 133 mg %. Obciążenie 100 g glukozy dało krzywą cukru we krwi z maksimum przecukrzenia w drugiej godzinie dochodzącem do 284 mg %: krzywa opadała do normy dopiero w czwartej godzinie. Chorą wzięto na djetę z ograniczeniem białka (60 g) i węglowodanów (120 g) a następnie przeprowadzono leczenie przeciwkiłowe (neosalwarsan, jod) po kilku dniach cukromocz znikł poczem chorą powoli przeprowadzeno na djetę pełną z cukrem a mimo to cukromocz nie pojawił się. Przy wyjściu chorej z Kliniki krzywa cukru we krwi po 100 g glukozy przedstawiała się w ten sposób że cukier naczczo wynosił 85 mg %. Maksimum przecukrzenia wypadało w pół godziny po podaniu glukozy i wynosiło 186 mg %, w dwie godziny po glukozie cukier wynosił 123 mg % a w trzy godziny po glukozie 64 mg %. Ze względu na pomyślny wynik leczenia (zniknięcie cukromoczu, krzywa przecukrzenia zbliżająca się do krzywej normalnej) który nastąpił głównie pod wpływem leczenia przeciwkiłowego (przy normalnej djecie) należy przypadek ten zaliczyć do cukrzycy kiłowej.

W dyskusji zabierają głos Prof. Latkowski i Doc. Szymanowicz.

Kol. Wróblewski przedstawia z Zakładu Med. Dośw. *hodowlę krętka bladego oraz zmiany kiłowe u królika.*

W dyskusji zabiera głos Kol. Rubinstein.

Doc. Siedlecki przedstawia *przypadek lymphadenosis aleukaemica acuta.*

W dyskusji Kol. Jeleńska wspomina o początku choroby przedstawianego chorego. — Kol. Feliks zauważa że w przedstawianym przez Doc. Siedleckiego przypadku zniszczone były trzy układy krwiotwórcze dlatego też należałoby tu myśleć o odczynie limfatycznym. Wspomina o dwóch swoich przypadkach septycznych przebiegających z odczynem limfatycznym które skończyły się śmiercią. — Prof. Latkowski zapytuje jaka była leukocytoza w przypadkach Kol. Feliksa. Sądzi że nie można przyjąć w przypadku Doc. Siedleckiego reakcji limfatycznej gdyż niema tu limfocytozy. Wybitne uszkodzenie ciałek białych jakoteż formy patologiczne ciałek białych przemawiają tu za lymphadenosis aleukaemica; za tem przemawia również skaza krwotoczna. W przypadku tym próbowano histaminy jako środka pobudzającego apetyt.

Doc. Siedlecki zauważa że przypadki, które kończą się pomyślnie należy zaliczyć do odczynu limfatycznego. Zejście śmiertelne które nastąpiło w jego przypadku jakoteż pojawienie się limfoblastów przemawiają za *lymphadenosis aleukaemica.* Kol. Feliks zauważa że ilość leukocytów nie jest kryterjum dla *lymphadenosis aleukaemica acuta* i odczynu limfatycznego. — Prof. Latkowski twierdzi że odczyny limfatyczne poznaje się po leukocytozie a następnie Pro. L. przeprowadza różnicowanie tych stanów z przypadkami septycznemi

Nadzwyczajne posiedzenie z dnia 10. VI. 1929 r.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 45.

Prezes Prof. Latkowski wita Panią Noel z Paryża imieniem Krak. Tow. Lekarskiego.

Prof. Walter przedstawia w krótkich słowach znaczenie chirurgji kosmetycznej a następnie wita P. Dr. Noel imieniem Towarzystwa Dermatologicznego.

P. Dr. Noel wygłasza odczyt p. t. *„Etat actuel de la chirurgie esthetique, son role sociale".*

Posiedzenie z dnia 12. VI. 1929 r.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 40.

Kol. Uhma przedstawia *dwa przypadki ciąży pozamacicznej.*

Doc. Zubrzycki przedstawia *1) przypadek przebicia macicy przy abrasio uteri; 2) przypadek haematometra haematosalpinx* na skutek zarośnięcia światła macicy na tle gruźliczem.

Kol. Wróblewski przedstawia *hodowlę beztlenowców na pożywkach z waty.*

Odczyt Doc. Dra Supniewskiego p. t. *„Badania nad syntetycznemi pochodnemi cotoiny.*

W dyskusji: Dr. Surzycki zapytuje czy spadek ciśnienia pod wpływem cotoiny trwa dłużej, i czy środek ten znajdzie zastosowanie w klinice. — Doc. Supniewski w odpowiedzi zaznacza że działanie cotoiny obniżające ciśnienie jest dość krótkotrwałe.

Prof. Gieszczykiewicz przemawia w sprawie demonstracji Kol. Wróblewskiego. Dodatek tkanki do beztlenowych hodowli wywołuje straty.

Prof. G. swojego czasu próbował węgla a tymczasem wata okazała się doskonałą substancją gdyż działa absorbcyjnie; pomysł Kol. Wróblewskiego jest oryginalny i daje doskonałe wyniki.

Posiedzenie z dnia 19. VI. 1929 r.
Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Landau.
Obecnych 21.

Odczyt Płk. Lek. Dra Nadolskiego p. t. *„Ewolucja służby zdrowia w czasie i po wielkiej wojnie w związku ze zmianą poglądów na rannego.*

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1929.
Przewodniczy Kol. N. Gąsiorowski.

1) Kol. Blatt: przedstawia i omawia dwa przypadki: a) chora licząca lat 63, z niezwykłemi zmianami naczyniowemi na skórze górnych i dolnych kończyn. Po stronie wyprostnej wspomnianych części ciała widzimy wskutek nadmiernego rozszerzania i rozgałęzienia drobnych naczyń gęstą sieć, której oczka tworzy bądźto skóra prawie normalna może nieco ścieńczała, bądźteż plamiste zatoki żylne, wypełnione krwią. Przyczyną tego niezwykłego obrazu, wywołanego uszkodzeniem naczyń może być stwierdzone u chorej: kiła, (kiłowe zmiany w tętnicy głównej, wada organiczna w zastawce dwudzielnej), również chroniczne nadużywanie alkoholu.

b) chora lat 34, *lymphosarcomatosis cutis multiplex primaria.* Kobieta w stanie daleko posuniętego wyniszczenia. Na tułowiu kilka rozsianych guzów czerwonych, elastycznych, przesuwalnych. Dolną połowę brzucha zajmuje jednostajny deskowato twardy naciek barwy szaro-brunatnej, wyniosły, przechodzący na srom i na kończynę dolną prawą, słoniowato zgrubiałą, i naciekłą. Obok guzów na tej kończynie widać naciek blady, elastyczny i obrzęk pochodzący z zastoju limfy. Zmiany guzowate sięgają aż na stopę.

W płucach ogniska naciekowe, prawdopodobnie na tle prątkowem. Badanie histol. guza skórnego wykazuje olbrzymią ilość komórek okrągłych dużych i małych oraz wrzecionowatych. — Kol. Leszczyński R. (ad b) podkreśla rzadkość tej formy chorobowej i omawia etjologję przypadku.

2) Kol. Goldschlag F. przedstawia i omawia przypadki: a) *Rhinonscleroma nasi et cutis.* 39 letnia kobieta. Nacieki na podniebieniu twardem i w nosie z przejściem na skórę wargi górnej w postaci wału wyniosłego, brunatno-czerwonego, o powierzchni gładkiej, na której widoczne są porozszerzane żyłki, spoistości opornej. Rozpoznanie potwierdzone badaniem laryngologicznem (Klinika Laryngologiczna), bakterjologicznem i serologicznem (Państ. Zakład Higjeny). Na szczególną jednak uwagę zasługuje oddzielnie umiejscowiony guz na policzku lewym, wielkości dużego orzecha włoskiego, imponujący makroskopowo jako typowa twardziel. Badanie histologiczne nie dało na razie typowego obrazu, uderza jedynie w tkance ziarninowej wielka ilość komórek plazmatycznych. Dalsze badania będą miały za zadanie ustalenie rozpoznania bakterjologicznie i histologicznie.

b) *Granuloma fungoides.* Typ d'emblée. 30 letnia kobieta. Sprawa chorobowa toczy się od 3 miesięcy. Duże guzy na czole, kończynach górnych, talerzu biodrowym lewym. Ten ostatni okazuje rozpad i zgorzel. Na czole guz wielkości pięści, przypominający żywo pomidor. Na tułowiu liczne ostro opisane brunatno czarne ogniska, przypominające swym wyglądem ogniska okresu praemykotycznego.

W dyskusji Kol. Dobrzański A. opisuje obraz kliniczny zmian twardzielowych w nosie, ich etjologję i leczenie, przedewszystkiem promieniami Roentgena. — Kol. Gąsiorowski N. podnosi, że w przypadku przedstawionym stwierdzono w Państw. Zakł. Higjeny we Lwowie obecność pałeczek otoczkowych alkalizujących wodę peptonową czystą w wydzielinie nosowej. Ponadto odczyn Bordet-Gengou z surowicą chorej i antygenem otrzymanym z pałeczek otoczkowych, alkalizujących wodę peptonową wypadł dodatnio. Nie ulega więc wątpliwości, iż w danym przypadku mamy do czynienia z twardzielą. O ile zmiany skórne na policzku są również następstwem zakażenia twardzielą, decydującą odpowiedź może dać tylko badanie histologiczne i bakterjologiczne. Kol. Nowicki W. omawia djagnostykę anatomopatologiczną przy twardzieli i przypomina, znane z piśmiennictwa przypadki twardzieli skóry. Analizuje ich etjologję w związku z badaniami doświadczalnemi nad wywoływaniem zmian twardzielowych na skórze u zwierząt. — Kol. Barącz R.: podnosi rzadkość umiejscowienia twardzieli na policzku bez związku z naciekiem nosowym. Rozpoznanie należałoby uzupełnić badaniem histologicznem (ciałka Mikulicza i Alvareza) i bakterjologicznem. Przytacza swoje dawniejsze przypadki, w których próbował leczyć twardziel wycięciem w częściach zdrowych i transplantacją skóry ramienia. W transplantacie powstawały nowe nacieki. Próby przeszczepiania nacieków twardzielowych na sąsiedztwo nosa (wspólnie z ś. p. Kucerą) królikom i świnkom morskim nie udawały się. Wreszcie przytacza bardzo rzadką postać twardzieli t. zw. polipów twardzielowych spostrzeganych w r. 1899 u młodego bednarza wraz z naciekami na podniebieniu i w krtani, u którego ani elektroliza ani wycinanie tumorów dochodzących do wielkości jaja kurzego przy pomocy zabiegu osteoplastycznego nie doprowadziły do dobrego wyniku. Dopiero po obustronnej resekcji tętnicy dogłowowej zewnętrznej (Dowbarna sposób t. zw. głodzenia nowotworów złośliwych) polipy nie odrastały więcej. Kol. B. ogranicza się obecnie w przypadkach twardzieli nosa do przywrócenia drożności nosa wyskrobaniem, dającem drożność nozdrzy na dłuższy przeciąg czasu. — Kol. Wiślański K. wygłasza wykład pod tytułem Witaminy i hormony. (drukowane w całości P. G. L. R. VIII. 1929 nr. 19—22).

W dyskusji Kol. Elmer W. omawia związek witaminy B i insuliny.

Sekretarz: *St. Legeżyński.*

Częstochowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 19 stycznia 1929 r.
Przewodniczy prezes Tow. Kol. Rożkowski.

1) Przewodniczący po odczytaniu nadesłanej przez Kieleckie Towarzystwo lekarskie uchwały w sprawie samowystarczalności gospodarczej i odpowiedniej odezwy przemawia, zachęcając do unikania w praktyce zbędnych przetworów zagranicznych, które możemy w zupełności zastąpić krajowemi, np. jako dobry preparat naparstnicy stosować zaleca fol. digitalis titr. Spiessa, zamiast Calcium diuretin Knoll — Diuretinę krajową i tecarin Spiessa.

W dyskusji przemawiali koledzy St. Kon, Konar, Bram i Koniecpolski, zaznaczając, iż są pomimo najlepszej chęci zmuszeni stosować pewne przetwory obce z powodu ich wybitnych zalet, tak kol. Kon uważa jako przetwór niezbędny w położnictwie thymophysinę, kol. Konar stosuje insulinę angielską, Koniecpolski uważa diuretinę Knolla, jako lepszą od krajowej z powodu większej zawartości theobrominy.

2) Następnie prezes Tow. uprzytomnił obecnym niepomyślny stan Tow. lekarskiego, zniechęcający prezesa w wysokim stopniu: podczas gdy w innych środowiskach szpitale dostarczają Tow. lekarskim prelegentów i materjału do pokazów, mało mamy w Częstochowie pokazów ze szpitali, brak nam odczytów z wielu dziedzin nauk lekarskich. Prezes zwraca się do obecnych członków Tow. z gorącym apelem, żądając zmiany stosunku do Tow. lekarskiego.

3) Kol. Kahl, ilustrując nienormalne stosunki koleżeńskie i zawodowe w Częstochowie, komunikuje fakt, gdzie chorej gorączkującej w jednym dniu zastrzyknięto argochrom i propidon z kolejnej ordynacji dwu lekarzy.

4) Wysłuchano sprawozdań za rok 1928 sekretarza, skarbnika i bibljotekarza Tow.

5) Odbyły się wybory członków Zarządu Tow. na rok 1929. W wyniku głosowania powołano na prezesa kol. Rożkowskiego, zastępcę kol. Wrześniowskiego, sekretarza kol. Łokczewskiego, skarbnika Szaniawskiego, bibljotekarza Frenkenberga; na członków Zarządu: kol. Wasilewskiego, Batawię i Okuszkę; do Komisji rewizyjnej: p. Gelbarda, kol. Petrykała i Szwedowskiego.

Posiedzenie w dniu 16 lutego 1929 r.
Przewodniczy prezes Tow. Kol. Rożkowski.

1) Kol. Batawia pokazał chorego, mającego polip wielkości żołędzia, zwisający luźno między migdałkiem a łukiem podniebiennym; będzie operowany pętlą galwano-kaustyczną.

2) Kol. Łokczewski, wygłosił przemówienie z powodu zgonu prof. Ferdynanda Widala; omówił wyniki podstawowych prac znakomitego klinicysty oraz naszkicował cechy Jego umysłu i inteligencji. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

3) Kol. Okuszko odczytał wyczerpujący referat: „O zaburzeniach czynnościowych tarczycy i ich leczeniu". Na wstępie omówił znaczenie ustroju gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, następnie przedstawił szczegółowo fizjologję i patologję tarczycy

oraz metody leczenia zaburzeń czynności (streszczenia nie otrzymano).

W dyskusji przemawiali kol.: Batawia, Frenkenberg, Szaniawski, Konar, Rożkowski i Goldman.

Kol. Batawia omówił stosunek nadczynności tarczycy do sprawy gruźliczej, zdaniem Janowskiego ludzie z wolem są skłonni do gruźlicy: jod w leczeniu choroby Basedowa należy stosować w bardzo małych dawkach; Roentgen stosować oględnie, ponieważ po naświetlaniach operowanie staje się utrudnione: następują zrosty i bywają duże krwawienia; w praktyce stosował antithyreodin Möbiusa w postaci pastylek. Kol. Frenkenberg: etjologja choroby Basedowa nie jest wykryta, dziedziczność jednak dowiedziona. Jod w leczeniu choroby Basedowa jest środkiem pożytecznym i pomaga nie tylko tam, gdzie mamy do czynienia z przymiotem, nie należy jednak stosować jodu tam, gdzie na miejscu tarczycy jest guz miękki, samoistny gruczolak (adenoma); stosować należy jod i przed operacją, zawsze w bardzo małych dawkach, np. w postaci płynu Lugola po 0,001 jodu dziennie. Genezeryna jest środkiem mniej pewnym, gynergen — lepszym. Kol. Szaniawski: w okresie dojrzewania płciowego u dziewcząt bywa wzmożenie czynności tarczycy, może to samo bywa i u chłopców. Brak hormonów przytarczycowych powoduje tężyczkę.

Kol. Konar w leczeniu choroby Basedowa stosuje jod w b. małych dawkach, wpostaci jod-vasogenu lub maści z jodkiem potasu.

W uzupełnieniu odczytu kol. Okuszki kol. Rożkowski omówił dłużej te postaci niedomogi tarczycy (myxoedema), które spostrzegano wzgl. często w czasie wojny światowej w okresie przekwitania u kobiet. Oprócz czynników hormonalnych i nerwowych grało tu zapewne ważną rolę stałe niedożywianie — głód, brak tryptofanu w pokarmach (mięso, mleko ,jaja, ser). Zmniejszenie liczby przypadków choroby Basedowa podczas lat głodowych dowodzi ważnego znaczenia czynników odżywczych w leczeniu zaburzeń tarczycy, na co w praktyce nie zwraca się prawie żadnej uwagi. Oprócz środków leczniczych, wymienionych w odczycie kol. Okuszki, należy w każdym ciężkim przypadku choroby Basedowa zalecać bezwzględny spokój fizyczny i duchowy .Często długotrwałe leżenie w łóżku jest najpotężniejszym środkiem w leczeniu częstoskurczu i drżenia. A priori należałoby się spodziewać dobrych wyników po stosowaniu ergotaminy (gynergenu), niestety, środek ten jest tak trujący, że należy bezwzględnie zaniechać go w praktyce prywatnej, tem więcej, że o dłuższem stosowaniu ergotaminy nie może być mowy. Naświetlanie promieniami Roentgena wymaga umiejętności i wytrwałości. Naświetlanie przygodne, niesystematyczne jest raczej szkodliwe. Należy pamiętać, że w bardzo wielu przypadkach objawy gruźlicy u młodych dziewcząt należą właściwie do hipertyreozy, i że leczenie rzekomej gruźlicy jest w tych razach błędem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasami gruźlica może współistnieć z hipertyreozą.

Kol Goldman zaznacza niedomogę gruczołu tarczowego w zaburzeniu korelacji wzajemnej gruczołów, np. gruczołów płciowych z tarczycą, brak miesiączki należy leczyć w takich przypadkach thyreoidyną; gra tu rolę układ nerwowy wegetatywny, który ulega wpływom gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Co do leczenia Roentgenem podziela zdanie, wygłoszone wyżej przez kol. Batawię.

4) Kol Rożkowski wygłosił zwięzły odczyt „tarczyca a odporność".

Prelegent zestawił w krótkim zarysie wyniki spostrzeżeń klinicznych i badań doświadczalnych, dotyczących znaczenia tarczycy w rozwoju chorób zakaźnych. Spostrzeżenia kliniczne niektórych autorów zdają się dowodzić, że niedomoga tarczycy sprzyja powstawaniu zakażeń dróg oddechowych i skóry. Natomiast badania doświadczalne dowodzą raczej, że zwierzęta z wyciętą tarczycą są naogół odporniejsze i znoszą lepiej zakażenia, niż zwierzęta kontrolne. Wobec znacznej rozbieżności poszczególnych badań doświadczalnych trudno wytworzyć sobie należyte pojęcie o roli antytoksycznej gruczołu. Podawanie lub wstrzykiwanie wyciągu tarczycy zwierzętom dawało również wyniki najzupełniej sprzeczne. Sprzeczność ta występuje jaskrawo w badaniach doświadczalnych nad zakażeniem gruźliczem (Charrin, Bezançon i Jong, Couland i t. d.).

Prelegent zastanawiał się dalej, czy tarczyca nie gra poważniejszej roli w wytwarzaniu niweczników, ale i to zagadnienie nie zostało jeszcze przez fizjologię rozstrzygnięte. Wobec trudności badań doświadczalnych rozwiązanie tych pytań pozostawić musimy na razie klinice.

Streszczając własne spostrzeżenia, zaznacza prelegent, że u osobników dotkniętych niedomogą czy też nadczynnością tarczycy, nie widział szczególnej skłonności do chorób zakaźnych.

W końcu po szczegółowem omówieniu poglądów różnych autorów na stosunek między zaburzeniami czynnościowemi tarczycy i zakażeniem gruźliczem, prelegent przychodzi do wniosku, że o ile gruźlica jest rzadką w obrzęku śluzakowym i w rozwiniętej chorobie Basedowa, o tyle daje się spostrzegać względnie często w hipertyreozach, będących w związku z okresem pokwitania u kobiet. (Streszczenie własne).

5) Kol. Szaniawski omówił ciekawy przypadek z praktyki szpitalnej: dziecko 4-te w rodzinie zdrowej chorowało w ciągu kilku tygodni — miało w jamie ustnej owrzodzenie, leczyło się bezskutecznie; w Szpitalu oprócz zaznaczonego owrzodzenia stwierdzono wykwity w okolicy sromowej (lepieże?); w oczekiwaniu wyniku badania surowicy krwi stosowano środki obojętne, odczyn Wassermanna wypadł dodatnio (++++). Wobec tego zastosowano kurację specyficzną — szaruchę i zastrzyki eparseno. Niebawem w przebiegu tej kuracji dziecko dostało gorączki, miało wysypkę, anginę z nalotami; rozpoznano płonicę, i dziecko skierowano na oddział zakaźny. — Ciekawą jest w tym przypadku podwójna infekcja oraz niezwykle długi okres wylęgania płonicy. (w szpitalu chorych płonicowych nie było).

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Sprawozdanie z czynności zastępcy delegata Rządu na 10-te Zgromadzenie Ligi Narodów 1929 r., Dra W. Chodźki.

Reskryptem P. Ministra Spraw Zagranicznych z dnia 15 sierpnia 1929 r. L. G. M. O. 6112/29 powołany zostałem do udziału w Delegacji Polskiej na 10-te Ogólne Zgromadzenie Ligi Narodów w charakterze zastępcy delegata.

Udział mój w pracach Zgromadzenia polegał na objęciu stanowiska przedstawiciela Delegacji Polskiej w V Komisji (Komisja do spraw społecznych) Zgromadzenia oraz w II-ej Komisji (Komisja do spraw organizacji technicznych Ligi Narodów) dla tej części porządku dziennego, która, obejmowała kwestję higjeny i międzynarodowej współpracy umysłowej.

A. Komisja V. Komisja ta na sesji 1929 r. dyskutowała sprawy opieki nad dzieckiem, walki z handlem kobietami oraz walki z opium i innemi narkotykami.

Na przewodniczącego V Komisji wybrano przedstawiciela Irlandji, prof. O'Sullivane, na vice-przewodniczącą p. hrabinę Aponyi, delegatkę Węgier. Po raz pierwszy Komisja V powołała na to stanowisko kobietę — fakt ten stanie się prawdopodobnie precedensem na przyszłość.

Na mój wniosek wybrano sprawozdawcę dla kwestji walki z handlem kobietami delegata Sjamu, Ks. Varnvaidyę, zaś do spraw opieki nad dzieckiem delegata belgijskiego hr. Carton de Wiart, do spraw walki z opium — delegata jugosłowiańskiego Foticza (który jednocześnie pełnił w r. 1929 funkcję przewodniczącego Komisji Doradczej do spraw walki z opium).

W Komisji V zabrałem głos w dn. 11 sierpnia 1929 r. w sprawie prac podkomisji prawniczej Komitetu Opieki nad dzieckiem, żądając przyśpieszenia tych prac ze względu na ścisły stosunek, jaki zachodzi między śmiertelnością dzieci nieślubnych a ich stanem prawnym w poszczególnych krajach; życzenie to zostało włączone do raportu sprawozdawcy, p. Carton de Wiart.

Po raz drugi przemawiałem w dn. 13 sierpnia 1929 r. w sprawie walki z handlem kobietami i dziećmi, podnosząc fakt skasowania domów publicznych w Urugwaju, kasowanie domów publicznych w niektórych miastach francuskich, oraz składając powinszowanie delegatce W. Brytanji, mrs. Swanwick, która zapowiedziała w swojem przemówieniu skasowanie „Kapitulacji" w Egipcie — istnienie „Kapitulacji" podtrzymywało w b. znacznym stopniu handel kobietami w Egipcie, na czem obok innych krajów cierpiała również Polska. W konkluzji domagałem się, aby państwa, uwolnione od plagi domów publicznych, zwróciły z kolei baczną uwagę na sprawę sutenerów, a wobec tego, że Sekcja Społeczna Ligi Narodów zebrała już dość obfitą dokumentację w zakresie przepisów i rozporządzeń, skierowanych przeciw sutenerom, aby wyłoniono specjalną podkomisję do opracowania wniosków w tej sprawie — jest to tem konieczniejsze, że w październiku 1930 r. ma zebrać się w Warszawie Kongres Międzynarodowy Stowarzyszeń do walki z handlem kobietami, na którym sprawa sutenerów będzie obszernie omawiana — w tej chwili

prof. Overbeck z Friburga oraz Polski Komitet walki z handlem kobietami posiadają już szereg wniosków konkretnych.

Propozycję moją Komisja V przyjęła i włączyła do raportu na Zgromadzenie Ogólne. Członkom Komisji rozdano opublikowane przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w języku polskim i francuskim „Sprawozdanie z Pierwszego Zjazdu Misyj Dworcowych Polskiego Komitetu walki z handlem kobietami i dziećmi".

W sprawie walki z opium zabrałem głos na posiedzeniu Komisji w dn. 18 września 1929 r. i wyraziłem wątpliwości co do celowości zaleceń Komisji Doradczej do spraw opium, wskazując na gwałtowny wzrost produkcji narkotyków i kontrabandy w ostatnich latach i domagałem się opracowania planu ograniczenia fabrykacji przetworów odurzających. Do propozycji, przedstawionej przez delegację włoską, którą poparłem, zgłosiłem poprawkę, ustalającą termin opracowania planu do najbliższego Zgromadzenia Ligi Narodów; delegacja włoska poprawkę moją włączyła do swojej propozycji.

W toku dość burzliwej dyskusji, w której w szczególności delegacja włoska i delegacja państw południowo-amerykańskich dały wyraz niedwuznaczny swemu niezadowoleniu z działalności Komisji Doradczej Ligi w dziedzinie walki z opium, zgłoszono szereg rezolucyj, zgłosiły je: delegacja Wenezueli, Urugwaju, Włoch, W. Brytanji, Jugosławji, Delegacja francuska sprawiła niezwykłą sensację zapowiedzią wydania dekretu w przedmiocie ograniczenia produkcji francuskich fabryk narkotyków; delegat niemiecki zapowiedział przychylne stanowisko rządu Rzeszy w sprawie ograniczenia produkcji niemieckich fabryk chemicznych w tej dziedzinie.

Poparłem rezolucję zgłoszoną przez delegację jugosłowiańską, z żądaniem paru poprawek w tekście (które przyjęto).

Prof. Baker wycofał zasadniczą rezolucję brytańską, pozostawiając jedynie motywy, poczem i delegacja włoska wycofała swoją propozycję.

Głosowałem przeciw propozycji Wenezueli, jako nieaktualnej, za propozycją jugosłowiańską z poprawkami oraz za rezolucją brytańską w sprawie kontroli przesyłek pocztowych na Dalekim Wschodzie.

Ze względu na wielką międzynarodową doniosłość uchwał Zgromadzenia Ligi, które po raz pierwszy w dziejach Ligi stanęło na stanowisku ograniczenia fabrykacji narkotyków, przytaczam tu zasadniczą rezolucję Zgromadzenia:

„Zgromadzenie:

1) uważa za uznaną odtąd zasadę ograniczenia fabrykacji przetworów, wymienionych w ustępach b), c) i g) art. 4. Konwencji Genewskiej w drodze ugody międzynarodowej;

2) prosi Komisję Doradczą do spraw opium o przygotowanie planu tego ograniczenia, uwzględniając zapotrzebowanie światowe narkotyków do celów leczniczych i naukowych, jak również sposoby zapobieżenia wzrostowi cen tych przetworów, co spowodowałoby powstanie nowych fabryk w tych krajach, które obecnie nie wytwarzają narkotyków:

3) sprawozdanie Komisji ma być przedstawione Radzie Ligi, która poweźmie decyzję zwołania Konferencji państw, które wytwarzają wyżej wymienione narkotyki, jak również głównych państw konsumujących w liczbie, nieprzewyższającej liczby krajów wytwarzających. Rada zdecyduje również, czy w tej konferencji winniby wziąć udział rzeczoznawcy, proponowani przez Komisję Doradczą do spraw opium i przez Komitet Higjeny;

4) zaleca, aby liczba członków Komisji Doradczej została powiększona w celu zapewnienia wybitniejszego przedstawicielstwa w łonie tej Komisji krajom, niewytwarzającym narkotyków;

5) postanawia do budżetu Ligi na rok 1930 wstawić sumę fr. szw. 25.000 w celu pokrycia kosztów wymienionej wyżej Konferencji".

Przyjęcie powyższej rezolucji zamyka pierwszy okres prac Ligi nad sprawą narkotyków; okres deliberacji i zbierania materjałów i otwiera okres stanowczych posunięć na drodze ostatecznego rozwiązania tego zagadnienia.

W ten sposób jednolite i konsekwentne stanowisko, zajmowane w tej sprawie w Lidze przez Rząd Polski od lat 7, zostało ostatecznie potwierdzone przez jednomyślny werdykt 10-go Zgromadzenia.

Będzie zapewne i nadal staraniem Rządu i jego przedstawiciela w Lidze, aby osiągnięty sukces myśli słusznej i humanitarnej nie doznał szwanku w wykonaniu rezolucji 10-go Zgromadzenia.

B. Komisja II. W pracach Komisji II Zgromadzenia, której przewodniczącym obrano p. Mottę, delegata Szwajcarji, brałem udział ze względu na dwie sprawy z porządku dziennego Komisji: sprawę międzynarodowej współpracy umysłowej i sprawę Organizacji Higjeny Ligi Narodów. Na sprawozdawcę z tych spraw obrano delegata chilijskiego p. Valdes de Mendeville, drugiej — delegata czechosłowackiego, p. Fierlingera. W związku z notorycznem zaniedbaniem w prowadzeniu Instytutu Międzynarodowej Współpracy umysłowej zająłem w przemówieniu, wygłoszonem na Komisji II w dniu 16 września 1929 r., stanowisko krytyczne wobec tej instytucji, poparłem żądanie powołania Komisji do zbadania jej działalności w składzie rozszerzonym i uzupełnionym przez przedstawicieli nauczycielstwa, prasy i administracji oświatowej, domagałem się ściślejszego ograniczenia zakresu prac i badań Organizacji Współpracy Umysłowej Ligi Narodów, podniosłem dotychczasowe współpracowanie Polski w ponoszeniu utrzymania Instytutu.

Na posiedzeniu Komisji II, w dn. 17 września 1929 zabrałem głos w dyskusji nad sprawozdaniem z działalności Organizacji Higjeny Ligi Narodów, wskazując na konsekwentny i logiczny rozwój prac tej Organizacji i popierając żądanie dodatkowych kredytów na realizowanie nowych jej zadań.

SPRAWY ZAWODOWE.

O świadectwach lekarskich celem zwolnienia od gimnastyki.

Szanowni koledzy!

W ostatnich czasach stykam się często z kolegami i koleżankami, pracującemi jako lekarze szkolni, oraz ze szkolnymi wychowawcami fizycznymi. Za każdym prawie razem słyszę chór narzekań na postępowanie rozmaitych kolegów, głównie lekarzy pozaszkolnych, którzy najniepotrzebniej w świecie wystawiają świadectwa lekarskie, mające służyć za podstawę do zwolnienia od gimnastyki.

Klasyczny przykład tego rodzaju przytaczam: P-ni X. Y. uczenica VIII. klasy gmin. cierpi na niedokrewność wysokiego stopnia, ogólne osłabienie oraz częste zawroty głowy. Zwolnienie z nauki gimnastyki jest konieczne, ze względu na stan zdrowia pacjentki, jakoteż ze względu na wytężającą pracę przed maturą. Świadectwo to wydaje się do P. T. użytku władz szkolnych. Lwów, dnia . . . . . i t. d. podpis lekarza . . . . . .".

Tego rodzaju „świadectwo lekarskie" na otwartej kartce przynosi doskonale wyglądająca dziewczyna lekarce szkolnej. Okazuje się, że dziewczyna ta przy „niedokrwistości wysokiego stopnia" niepodlegała zupełnie badaniu krwi. Rozumie się, że tego rodzaju świadectwo idzie naturalnie do kosza, a dziewczyna skierowaną do badania krwi, zwolnienia od gimnastyki chwilowo nie dostaje, gdyż niema po temu żadnych realnych wskazań.

Lekarce szkolnej pracę jej tego rodzaju świadectwo, wydane do rąk uczenicy, bynajmniej nie ułatwiło.

Podobne wypadki są w praktyce szkolnej ogromnie częste i przynoszą dużą szkodę tak samej sprawie wychowania fizycznego jak i podkopują wielce powagę stanu lekarskiego, tak czy tak dość słabą w dziale wychowania fizycznego. Należałoby wziąść pod uwagę, że wszędzie tam, gdzie funkcje lekarza szkolnego pełni należycie wyszkolony lekarz, współpracujący choć trochę z wychowawcą fizycznym, tam zwolnienia z gimnastyki należą do bardzo wielkiej rzadkości. Zwolnienia z gimnastyki dochodzące za dawnych czasów do 30%, winny spaść i spadają do 2—5%. Zwolnienia zupełne, możliwe są właściwie tylko dla kalek, zwolnienia częściowe są częstsze; najlepiej gdy polegają na zwolnieniu od ćwiczeń najcięższych podczas lekcji; każdy dobry wychowawca fizyczny da sobie podczas lekcji z kilkomai takimi wypadkami doskonale radę. Kwestja zwolnień od gimnastyki powinna być pozostawiona w zupełności lekarzom szkolnym; każdy inny lekarz powinien ucznia czy uczenicę z taką prośbą skierować do lekarza szkolnego. W razie potrzeby będzie naturalnie lekarz szkolny bardzo wdzięczny lekarzowi domowemu czy innemu za koleżeński list, przesłany na jego ręce z podaniem rzeczywistego stanu pacjenta, godnego uwzględnienia w praktyce szkolnej. Niestety prawie we wszystkich dyskusjach, czy to z lekarzami szkolnymi, czy z wychowawcami fizycznymi, do których wiadomości takie otwarte „świadectwa lekarskie" dochodzą, byłem w niemiłej pozycji, gdyż trudno mi było kolegów bronić. Olbrzymia większość proponowanych zwolnień od gimnastyki była zupełnie bezpodstawną, a nawet czasem wręcz przeciwwskazaną.

Pozostawmy więc sprawę zwolnień od ćwiczeń cielesnych wyłącznie lekarzom szkolnym; w razie potrzeby najlepiej przesłać im koleżeński list z opisem stanu faktycznego pacjenta. Decyzję poweźmie lekarz szkolny, znający warunki i możliwości wycho-

wania fizycznego w danej szkole. Miejmy zaś nadzieję, że coraz rzadszem będzie to poczwórne świadectwo ubóstwa, jakiem jest zwolnienie od gimnastyki dla ucznia, lekarza szkolnego, wychowawcy fizycznego i ich współpracy.

Doc. Dr. Wł. Dybowski.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. med. Zygmunt Grudziński.

Dnia 24 października r. b. zmarł w Warszawie dr. med. Zygmunt Grudziński, docent Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik Pracowni Raentgenologicznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Urodzony w roku 1870 w Łęczycy, ziemi Kaliskiej, kurs szkoły średniej przeszedł w Warszawie w gimnazjum III i wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1890. Aresztowany w 1894 r. za uczestnictwo w manifestacji na cześć Kilińskiego przesiedział 3 miesiące na Pawiaku, poczem zesłany został na 2 lata do Astrachania. Zwolniony wskutek amnestji bez prawa powrotu do kraju, kończy medycynę w Dorpacie w 1896 r. Obrawszy sobie narazie, jako specjalność, choroby wewnętrzne, a w szczególności leczenie fizykalne, udaje się celem uzupełnienia swego wykształcenia dla słuchania wykładów prof. Leyden'a w Berlinie, a następnie profesorów Benedict'a i Winternitz'a w Wiedniu. W 1899 r. pracuje w ciągu jednego semestru w klinice prof. Gluzińskiego we Lwowie, później jako ordynator nadetatowy w Klinice Diagnostycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Od roku 1902 ordynuje podczas sezonów letnich w Ciechocinku, gdzie objął stanowisko kierownika oddziału hydropatycznego. Wolny czas zimowy poświęca studjom nad roentgenologją w Warszawie, Berlinie i Hamburgu. Postanowiwszy poświęcić się wyłącznie roentgenologji, porzuca praktykę zdrojową i zakłada wspólnie z Drozdowiczem prywatny Zakład roentgenologiczny. Od r. 1914 jest kierownikiem pracowni roentgenologicznej w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Jednocześnie w ciągu lat 4 prowadzi w zastępstwie powołanego na wojnę kolegi pracownię roentgenologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus. W latach 1918—1920 wykłada roentgenologję w szkołach dentystycznych Szymańskiego i Troppa w Warszawie. Od lat kilkunastu był członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Towarzystwa Chirurgicznego i Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego, którego był założycielem i ostatnio Prezesem. W r. 1922 otrzymał dyplom Doktora Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, w r. 1926 został docentem tegoż Uniwersytetu.

Przez śmierć ś. p. Zygmunta Grudzińskiego roentgenologja polska poniosła ciężką stratę. Rozległa i rzetelna wiedza, logika w rozumowaniu subtelny zmysł spostrzegawczy wysunęły Zmarłego na czoło roentgenologów polskich. Swem bogatem doświadczeniem klinicznem podzielił się z ogółem lekarskim, ogłaszając około 70 różnych prac, głównie z dziedziny roentgenologji klinicznej.

Wielką zaletą ś. p. Zygmunta Grudzińskiego było kliniczne rozumowanie w roentgenologji. Rozpoznanie na roentgenogramach ustalał w związku z objawami klinicznemi. W przemówieniach swych i dyskusjach zawsze podkreślał, że roentgenologja jest nauką kliniczną, że oderwanie jej od kliniki degraduje tę, jedną z najmłodszych, dyscyplin lekarskich i jej przedstawicieli do rzędu techników fotograficznych.

Jego również zasługą było stałe domaganie się współpracownictwa lekarzy innych specjalności, kierujących swych pacjentów do badania lub zabiegu roentgenalogicznego, z roentgenologiem. To współzawodnictwo udało mu się uzyskiwać w kierowanej przez siebie pracowni szpitalnej, zarówno jak i w praktyce prywatnej.

W zakresie roentgenoterapji domagał się zakładania w szpitalach samodzielnych oddziałów roentgenologicznych, w których chorzy byliby prowadzeni przez roentgenologa przy współudziale lekarzy innych specjalności. Dlatego uznawał potrzebę gruntownego przygotowania klinicznego do sprawowania specjalności roentgenologa.

Bolał nad tem, że młodzi lekarze zaraz po skończeniu studjów lekarskich udają się na praktykę do zakładów roentgenologicznych, twierdząc, że taki stan rzeczy grozi upadkiem roentgenologji, jako nauce klinicznej. Stawiał postulat o konieczności poznania zasad roentgenologji przez wszystkich studentów. Z radością też podjął, jako docent, pierwsze systematyczne wykłady dla studentów, do których przygotowywał się niezwykle sumiennie, urozmaicając je licznemi pokazami ze swoich osobistych zbiorów.

Ujmujący i pogodny charakter, szczera gotowość służenia każdemu czy to radą, czy pomocą, jednały Mu serca wszystkich, którzy się z Nim stykali. Wytwarzał dookoła siebie atmosferę harmonijnego współdziałania. Nazwisko Jego było czynnikiem łączącym, uzgadniającym ambicje i wysiłki często rozbieżne.

W ostatnich latach życia, udało Mu się założyć Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, którego posiedzenia stały się kuźnią naukowej pracy roentgenologicznej w Warszawie, polem do krytycznej wymiany myśli, terenem do uzupełniania wiadomości dla młodych roentgenologów.

Własnemi wysiłkami i częstem uczestnictwem w zjazdach i kongresach nawiązał niezwykle pożyteczny kontakt naukowy i towarzyski z przedstawicielami radjologji zagranicą.

Znany był powszechnie ze swej pracowitości. Czynny udział Jego w jakiejś pracy publicznej był uważany za synonim jej powodzenia. Rzeczywiście z niczego stworzył kwartalnik „Polski Przegląd Radjologiczny", którego był nieodżałowanym redaktorem aż do chwili ostatniej, zachęcając i nawołując kolegów do dzielenia się wynikami doświadczenia przez umieszczanie w nim swych uwag, przyczynków i prac naukowych.

Ostatnią namiętnością ś. p. Zygmunta Grudzińskiego w pracy roentgenologicznej było ustalenie mianownictwa radjologicznego lekarskiego. Sam zebrał prawie cały materjał, zestawiał, naradzał się z filologami, przepisywał, zabiegał o fundusze na wydawnictwo. Pomimo tak gorączkowego pośpiechu nie udało Mu się dokończyć dzieła. Spodziewać się należy, że dokonają tego ci, Którzy Go cenili, szanowali i kochali.

Z. S.

Ogłosił drukiem następujące prace:

I. Z dziedziny radjologji.

1) Zwapnienia i złogi ze stanowiska roentgenologji współczesnej. — Med. i Kron. Lek. 1913 r. Nr. 21, 22 i 23. 2) Sprawozdanie z IX. Zjazdu Roentg. Niem. w Berlinie. — Med. i Kron. Lek. 1913 r. Nr. 16. 3) Radjodiagnostyka zwężeń przełyku. Gaz. Lek 1913 r. Nr. 51. 4) Uproszczony sposób określania położenia pocisków w ciele przy pomocy radjologji. — Gaz. Lek. 1915 r. Nr. 27. 5) Roentgenodiagnostyka ogólna cierpień narządu oddechowego. Dział VI podręcznika, napisanego pod tytułem „Metody badania narządu oddechowego" pod przewodnictwem prof. A. Sokołowskiego, pod redakcją Doc. B. Dębińskiego, Warszawa, 1920 r. 6) Cierpienia stawów wiądowe w świetle roentgenografji. — Gaz. Lek. 1920 r. Nr. 44 i 52. 7) Tadeusz Skabowski. Wspomnienie pośmiertne. — Lek. Wojsk. 1921 r. Nr. 3. 8) Roentgenodiagnostyka chorób narządu trawienia (podręcznik). Warszawa 1923 r. 9) Ignacy Maurycy Judt. Wspomnienie pośmiertne. — Warsz. Czas. Lek. 1924 r. Nr. 2. 10) Jan Bergonié. Wspomnienie pośmiertne. — Biul. Polsk. Komit. do zwalcz. raka. 1925 r. Nr. 7. 11) O pracowniach roentgenologicznych w szpitalach prowincjonalnych. — Polski Prz. Chir. 1925 r., t. IV, z. 3. 12) Stosunek roentgenologa do klinicysty. — Polski Prz. Radjol. 1926 r., t. I, z. 1 i 2. 13) Kartka z dziejów radjologji w Polsce. — Polski Prz. Radjol. 1926 r., t. I, z. 1 i 2. 14) Krótki zarys dziejów radjologji klinicznej w Polsce i zagranicą. — Polski Prz. Radjol. 1927 r., t. II, z. 1. 15) O nietypowych postaciach achondroplazji. — Polski Prz. Radjol. 1927 r., t. II, z. 2. 16) O zmianach chorobowych w kośćcu w przebiegu chorób układu siateczkowo-śródbłonkowego. — Polski Prz. Radjol. 1927 r., t. II, z. 3. 17) W sprawie przypadku „wrodzonego braku główek obu kości ramieniowych" d-rów Kuklińskiego i Kaliny. — Polski Prz. Radjol. 1927 r., t. II, z. 4. 18) Z Kongresu Urologicznego w Brukseli. — Polski Prz. Radjol. 1927 r., t. II, z. 4. 19) O warunkach rozwoju radjologji lekarskiej w Polsce i jej nauczaniu na wydziałach lekarskich. — Polski Prz. Radjol. 1928 r., t. III, z. 1 i 2. 20) Pierwotny zespół gruźliczy w świetle badania roentgenologicznego. — Medycyna 1928 r., Nr. 19 i 20. 21) Lymphogranulome vertebral. — Journal de radiologie et d'electr. 1928 r., t. XI, Nr. 6. 22) Sur la question d'achondroplasie atypique. Abstracts of communications. II International Congress of Radiology. Stockholm. 1928. 23) Ueber eine neue mit Achondroplasie (Chondrodystrophie) verwandte Krankheitsform. — Fortschr. auf d. Gebiete der Roentgenstrahlen 1928 r. Bd. XXXVIII, H. 5. 24) Wrażenia i uwagi z II Międzynarodowego Kongresu Radjologicznego w Sztokholmie. — Polski Prz. Radjol. 1926. t. III, z. 3. 25) O klinikach i oddziałach szpitalnych radjologicznych. — Now. Lek. 1929 r., t. XLI, z 2. 26) Nowa uproszczona metoda roentgenograficzna dokładnego umiejscowienia ciał obcych metalicznych w gałce ocznej (metoda nakładania schematów). — Polski Prz. Radjol.

1929 r., t. IV, z. 1. 27) O metodach umiejscowienia ciał obcych w gałce ocznej za pomocą roentgenografji z uwzględnieniem metody własnej. — Klin. Oczna. 1929 r., t. VII, z. 1. 28) Przyczynek do sprawy rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka i dwunastnicy (z K. Winnicką). — Gastrol. Polska 1929 r., t. I, Nr. 3. 29) O rozpoznawaniu chorób kręgosłupa za pomocą roentgenografji. — Pamiętnik I kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciechocinku 1928 r. 30) Rola oddziałów szpitalnych radjologicznych w walce z rakiem. Nowotwory oraz Biul. Polsk. Komit. do zwalczania raka 1929 r., t. IV, Nr. 1.

II. Z dziedziny medycyny ogólnej.

1) Przypadek tężyczki. — Medycyna 1900 r. 2) Światło jako środek leczniczy. — Gaz. Lek. 1901 r. 3) Historja XIX stulecia. — Medycyna., Warszawa 1902 r. (Dzieło zbiorowe pod redakcją dra A. Czechowskiego. 4) O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką i histerją. — Kron. Lek. 1907 r. 5) O ciśnieniu osmotycznem wód mineralnych i jego znaczeniu w balneologji. — Kron. Lek. 1907 r. 6) O badaniu odruchu rzepkowego. — Kron. Lek. 1907 r. 7) Działalność Oddziału Wodoleczniczego w Ciechocinku za pierwsze 3 lata istnienia. — Zdrowie 1908 r. Nr. 3.

III. Odczyty drukowane w streszczeniu.

1) Pokazy roentgenograficzne z dziedziny cierpień przełyku i żołądka. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1913 r. 2) Przypadek atonji przełyku. — Med. i Kron. Lek. 1914 r. Nr. 17. 3) O dokładnej lokalizacji ciał obcych przy pomocy promieni Roentgena. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1914 r. 4) Pokaz radjologiczny z dziedziny zatok. — Med. i Kron. Lek. 1917 r. Nr. 21. 5) Pokaz z dziedziny t. zw. żołądka dwudzielnego. — Med. i Kron. Lek. 1915 r. Nr. 31. 6) Pokaz roentgenogramów odnoszących się do gruźlicy płuc i kości. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1915 r. 7) Pokaz roentgenogramów ciał obcych w ustroju. — Med. i Kron. Lek. 1916 r. Nr. 22. 8) Pokaz roentgenogramów z dziedziny raka żołądka. — Pamiętnik klin. Szpit. Dziec. Jezus. 1916 r. 9) Przypadek obcego ciała w przełyku. — Med. i Kron. Lek. 1916 r., Nr. 47. 10) Zwężenie kiszek cienkich w obrazach roentgenograficznych. — Pamiętnik klin. szpit. Dz. Jezus. 1916 r. t. I. 11) Pokaz roentgenograficzny w sprawie działania pocisków i lokalizacji ich w ciele ludzkiem. — Pamiętnik Zjazdu Med. Wojsk. 1917 r. 12) Rozszerzenia i wydłużenia okrężnicy i esicy w obrazach roentgenograficznych. — Pamiętnik klin. szpit. Dz. Jezus 1918 r. 13) Przypadek arthropatia tabetica. Ibid. 14) Przypadek żołądka dwudzielnego. — Ibid. 15) Przypadek zlepnego zapalenia otrzewny. — Ibid. 16) Nowa metoda roentgenograficzna badania żołądka i dwunastnicy. — Ibid. 17) Pokaz roentgenograficzny z dziedziny skurczów okrężnicy. — Ibid. 18) Wrzód żołądka i dwunastnicy w obrazach roentgenograficznych. — Ibid. 19) Przyczynek do roentgenografji raka żołądka. — Pamiętnik klin. szpit. Dz. Jezus, t. III i IV. 20) Roentgenografja kątnicy i wyrostka robaczkowego. — Ibid. 21) Współczesny stan roentgenodiagnostyki wrzodu żołądka i dwunastnicy. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1918 r. 22) Roentgenografja kątnicy i wyrostka robaczkowego. — Ibid. 23) O bezpośrednich i pośrednich objawach roentgenologicznych wrzodu żołądka i dwunastnicy. — Polski Prz. Chir. 1923 r. t. II, z. 1. 24) Stosunek roentgenologa do klinicysty. Polski Prz. Chir. 1923 r. t. III, z. 1. 25) Pokaz roentgenogramu złamania samoistnego kości śródstopia na tle uwiądu rdzenia. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1922 r. 26) Roentgenografja wyrostka robaczkowego. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1923 r. 27) W sprawie mianownictwa radjologicznego. — Księga pamiątkowa XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, t. I. 28) O badaniach roentgenologicznych za pomocą sztucznego kontrastowania. — Ibid. 29) Z dziedziny diagnostyki różniczkowej kamieni żółciowych i nerkowych. — Ibid. 30) Pokaz 3 radjogramów żołądka chorych z kamicą żółciową. — Pamiętnik klin. szpit. Dz. Jezus, 1925 r. 31) Osteochondritis juvenilis coxae. — Ibid. 32) Pokaz roentgenogramów stawów po zwichnięciach. — Ibid. 33) O nietypowych achondroplazjach. Neurologja Polska 1927 r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Liga Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej (Chmielna Nr. 27) urządza w Warszawie kurs obrony przeciwgazowej dla lekarzy. Wobec tego, że niezbędnem jest, aby możliwie wielka liczba lekarzy zapoznała się z obroną przeciwgazową i ratownictwem osób, zatrutych gazem, wskazanem jest, aby jaknajwięcej lekarzy, wzięło udział w wymienionym kursie. Wykłady będą się odbywały w godzinach 20—22. Wszelkie koszty poniesie Komitet Stołeczny L. O. P. P. Komitet urządzający uważa za bardzo pożądane wzięcie udziału w kursie przez lekarki, które na wypadek wojny pozostaną na miejscu i pracować będą nad obroną przeciwgazową ludności cywilnej.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXVI. Posiedzenie naukowe odbyło się dn. 15 listopada b. r. na Klinice chirurgicznej U. J. K. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. H Hilarowicz: a) Ostra rozstrzeń żołądka pooperacyjna (pokaz); b) Prawie całkowita resekcja żołądka po raku (pokaz); c) 2 Resekcje żołądka sposobem Haberera; d) Ostra martwica trzustki (pokaz) e) Linitis plastica (pokaz); f) Przypadek po choledochtomji; g) Wycięcie kości ramieniowej z powodu mięsaka z przeszczepieniem strzałki (pokaz); h) 2 przypadki usunięcia operacyjnego rozległych nowotworów twarzy z pokryciem plastycznem; i) Plastyka zwieracza z mięśnia pośladkowego większego po amputacji kiszki prostej przy raku (pokaz): 2) Kol. A. Gruca: a) Ciała wolne w stawie łokciowym (pokaz); b) 3 przypadki uruchomienia stawu biodrowego (plastyka); c) 3 przypadki uruchomienia stawu kolanowego (plastyka); d) 2 przypadki usztywnienia pozastawowego przy gruźlicy stawu biodrowego; e) Pokaz stołu operacyjnego własnej konstrukcji; f) Pokaz szyny do leczenia złamań kości udowej; 3) Kol. A. Janik: a) Torakoplastyka Sauerbrucha (pokaz): b) Gruźlica podpotylicowa (pokaz). W dyskusji zabierali głos Kol.: T. Ostrowski, Grek, Pisek, F. Zalewski.

Lwowskie towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach składa serdeczne podziękowanie Gronu Panów Lekarzy Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, za ofiarowanie 93 zł na cele Towarzystwa zamiast wieńca na trumnę św. p. Dra Jarosława Teliszewskiego.

Wilno.

Uchwały XIII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Jako miejsce przyszłego Zjazdu, wyznaczono Poznań, gdzie za 4 lata odbędzie się następny, XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. Następnie uchwalono następujące wnioski: 1. XIII. Zjazd podkreśla konieczność przyśpieszenia ustawy o zwalczaniu gruźlicy i tworzenia tak poradni jak sanatorjum. 2. Dla rozszerzenia walki z gruźlicą u ludzi XIII. Zjazd ponownie podkreśla konieczność udziału całego nauczycielstwa i duchowieństwa i poleca Delegacji Stałej zwrócić się w tej sprawie do M. W. R. i O. Pub. kuratorjów szkolnych i ordynarjatów biskupich. 3. XIII. Zjazd ponawia postulat wykładów higjeny na wszystkich wydziałach szkół wyższych i w seminarjach duchownych. 4. Istnienie Państwowego Monopolu Spirytusowego jest wręcz sprzeczne z racjonalnem zwalczaniem alkoholizmu. Monopol ten powinien być stopniowo usunięty. 5. XIII. Zjazd, stwierdzając z uznaniem wielkie postępy w zakresie wychowania fizycznego dzięki pracy tak władz, jak społeczeństwa, uważa za konieczne przyśpieszenie ustawy o wychowaniu fizycznem. 6. XIII. Zjazd ponawia, jaknajgoręcej apel do prasy, by unikała wiadomości sensacyjnych i pornograficznych, przedewszystkiem ze względu na to, iż silny wzrost przestępczości w Polsce dowodzi wyraźnie wzrostu zarazy moralnej, jak również z tego powodu, że państwo polskie zobowiązało się do zwalczania takiej literatury konwencją międzynarodową. 7. Uznając za niezbędny Wydział lekarski w Polskiej Akademji Umiejętności lub Akademję Nauk Lekarskich, XIII. Zjazd zwraca się do Zarządu Funduszu kultury narodowej o przyznanie kredytów na ten cel. 8. XIII. Zjazd ponawia uchwałę XII. Zjazdu, wskazującą na konieczność dołączenia spraw opieki społecznej do spraw zdrowia publicznego w jednym urzędzie naczelnym. 9. XIII. Zjazd zaznacza potrzebę uregulowania przez Rząd sprawy reprezentacji Polski na kongresach międzynarodowych. 10. XIII. Zjazd wskazuje na konieczność wydania ustawy rybackiej. 11. XIII. Zjazd przyjmuje zmiany w Ustawie Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, wniesione przez Delegację. 12. XIII. Zjazd uważa za konieczne, by w latach ogólnych Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, — Zjazdy dla poszczególnych gałęzi nauk, stanowiły Sekcję Ogólnego Zjazdu i poleca Delegacji podjęcie kroków celem ujednostajnienia regulaminów takich Zjazdów i Zjazdu ogólnego. 13. XIII. Zjazd ponownie apeluje do Rządu i Władz Ustawodawczych o jaknajrychlejsze wydanie ustawy o ochronie przyrody, gdyż dalsza zwłoka w tej sprawie przynosi poważną szkodę nauce i kulturze polskiej.

Z Kraju:

Z dniem 1-go sierpnia r. b. zostało uruchomione w Otwocku Sanatorjum Sejmiku Warszawskiego dla chorych na gruźlicę płuc w specjalnie na ten cel wybudowanym gmachu zaopatrzonym we wszelkie nowoczesne urządzenia sanitarno-techniczne. Sanatorjum to powstało z inicjatywy Tow. Przeciwgruźliczego pow. Warszawskiego (prezes lek. pow. dr. Konrad Orzechowski) wykończone zaś zostało z funduszów Sejmiku Warszawskiego. Sanatorjum obliczone jest na 80 łóżek i przyjmuje chorych we wszelkich okresach suchot płucnych, rokujących, oczywiście, poprawę. Ceny wynoszą 10 zł. dziennie od mieszkańców powiatu Warszawskiego i 12 zł. od mieszkańców innych powiatów, w pokoikach na 2 osoby 14 zł. i w pojedyńczych pokojach 16 zł. Poza opłatą za zdjęcia roentgenowskie żadnych innych opłat dodatkowych Sanatorjum nie pobiera. Urzędnicy państwowi przyjmowani są na podstawie kart skierowań i opłacają z własnych funduszów 25% ceny pobytu. Kwalifikuje chorych do przyjęcia i wszelkich bliższych informacji udziela Dyrektor Sanatorjum dr. med. P. Martyszewski.

Zgłoszone posady dla Lekarzy. 1. Magistrat m. Mordy poszukuje młodego i energicznego lekarza-praktyka. Miasteczko około 4500 mieszkańców. Okolica dość duża. Oprócz wolnej praktyki możliwe objęcie posady w Kasie Chorych; poza tem leczenie urzędników państwowych — 100 zł., oraz dopłata miasta 100 zł. Bliższych informacji udziela Dr. med. Kazimierz Piotrowski (Żórawia Nr. 6, tel. 217—37). Podania wraz z dokumentami należy składać do Magistratu m. Mord ziemi Siedleckiej.

2. Wydział Powiatowy w Rawie Bazowieckiej ogłasza Konkurs na stanowisko lekarza chirurga (znajomość ginekologji i akuszerji konieczna) w sejmikowym szpitalu z poborami wg. VI. st. sł. plus 15% komunalnego. Warunki: Obywatelstwo polskie, dyplom doktora wszech nauk lekarskich, najmniej 5-o letnia praktyka chirurgiczna, z tego 2-u letnia praktyka szpitalna, nieprzekraczalny wiek 40-tu lat życia. Kandydaci winni nadsyłać podania wraz z życiorysem do dnia 1 stycznia 1930 r. Podania nieuwzględnione zostaną bez odpowiedzi.

3. Potrzebny jest lekarz do Kodnia pow. bielski woj. lubelskie. Sejmik daje subsydjum zł. 100 miesięcznie, można otrzymać posadę lekarza szkolnego, i w pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych. Okolica zamożna. W osadzie jest 7. oddz. szkoła powszechna. Osada liczy 3000 mieszkańców, zaś okolica około 12000. Życie tanie. Bliższych informacyj udziela prow. farmacji J. Czapińska (os. Kodeń apteka).

4. Wydział Powiatowy w Janowie Lubelskim ogłasza konkurs na stanowisko lekarza szkolnego specjalisty lekarza dziecięcego z uposażeniem według VIII, względnie VII grupy płac plus 15% dodatku komunalnego. Od kandydatów wymaga się: 1) obywatelstwa polskiego, 2) dyplomu z ukończenia studjów lekarskich, 3) nieprzekraczalnego wieku lat 40, 4) umiejętności obchodzenia się z aparatem „Roentgena". Posada do objęcia natychmiast. Oferty z dołączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, świadectwami uzdolnienia i ewentualnej praktyki w instytucjach publicznych należy składać do Wydziału Powiatowego w Janowie Lubelskim do dnia 1 grudnia 1929 r.

5. Potrzebna jest lekarka z paroletnią praktyką do majątku „Albertyn" pow. słonimski, celem opiekowania się osobą, która chronicznie cierpi na neuralgję. Wolna praktyka uzależniona jest od stanu chorej. Dużo wolnego czasu i odpowiednie warunki do zajmowania się pracą naukową. Warunki: 1 pokój, całkowite (dobre) utrzymanie i 350 do 500 zł. miesięcznej pensji. O bliższe szczegóły zwracać się do Dr. Henryka Raszkesa, Złota 59 a w Warszawie, tel. 185-85.

6. Potrzebny zaraz lekarz-internista ze znajomością położnictwa do os. Skierbieszów około Zamościa. Okolica bogata 7 tys. ludności. Mieszkanie bezpłatne o 2-ch pokojach, przedpokoju i kuchni. Na miejscu 7 kl. szkoła powszechna. Bliższe informacje w aptece Bortnowskiego w Skierbieszowie lub u p. Szczawińskiej w Warszawie, Bednarska 17 m. 38 w godz. 3—5 pp.

Ze świata.

VIII. Zjazd Międzynarodowy Dermatologji i Syfiligrafji. Odbędzie się w Kopenhadze w dn. 5—9 sierpnia 1930 r. Komitet organizacyjny stanowią: C. Rasch (przewodniczący), S. Lomholt (sekretarz gener.), E. Ehlers, O. Jersild, A. Reyn. H. Boas, H. Haxthausen, A. Kissmeyer. Tematy główne: 1. Etjologja i patogeneza wyprysku: Referenci: J. Darier (Paryż) i J. Jadassohn (Wrocław). Koreferenci: B. Bloch (Zurich), F. Krzyształowicz (Warszawa), Oppenheim (Wiedeń), Pusey (Chicago), Sabouraud (Paryż), Samberger (Praga), Whitfield (Londyn). 2. Odporność, reinfekcja i superinfekcja w kile. Referenci: Truffi (Padwa) i Wade Brown (Nowy York). Koreferenci: Arzt (Wiedeń), E. Hoffmann (Bonn), Matsumoto (Kyoto), Stokes (Filadelfja), Nekam (Budapeszt); Mestescherski (Moskwa). 3. Gruźlica skóry i jej leczenie. Referenci: Adamson (Londyn), i Reyn (Kopenhaga). Koreferenci: Brunsgaard (Oslo), Covisa (Madrid), François (Antwerpja), van der Valk (Groningue). Volk (Wiedeń).

Regulamin Zjazdu: § 1. 8-my Zjazd Międzynarodowy Dermatologów odbędzie się w Kopenhadze w dniach 5—9 sierpnia 1930 r.

§ 2. Członkami Zjazdu są wszyscy lekarze przyjęci przez Komitet, którzy przyślą kartę zgłoszeń przed 1-szym lipca 1930 r. i zapłacą wkładkę.

§ 3. Wkładkę oznaczono na 240 franków franc., albo 40 marek niem. albo 2 funty szterl., albo 10 dolarów amer., co daje prawo do jednego egzemplarza Pamiętnika Zjazdu. Wkładka członków rodziny wynosi połowę wymienionej kwoty. Kartę członka Zjazdu otrzyma się po złożeniu kwitu w biurze Zjazdu. Zgłoszenia należy adresować do sekretarza generalnego Dr. Swend-Lomholt, Raadhuspladsen 45, Copenhague.

§ 4. Członkowie Zjazdu proszeni są o używanie języków: angielskiego, francuskiego, niemieckiego lub włoskiego.

§ 5. Porządek dzienny będzie wydrukowany przed otwarciem Zjazdu i rozdawany z kartami uczestnictwa.

§ 6. Tematy są dwojakiego rodzaju: jedne proponowane przez Komitet Org., drugie z wolnego wyboru.

§ 7. Komunikaty referentów mogą trwać 30 minut, koreferentów 15 minut, w dyskusji wolno mówić tylko 5 minut. Dla tematów wolnych przeznaczono 15 minut i czas ten będzie ściśle przestrzegany.

§ 8. Do rozporządzenia członków Kongresu będą wedle potrzeby oddane mikroskopy i przyrządy projekcyjne.

§ 9. Rękopisy odczytów napisane na maszynie należy składać w biurze przed końcem posiedzenia.

§ 10. Komitet organizacyjny zadecyduje ogłoszenie komunikatów w całości, lub częściowo. Dla referentów przeznaczono 16 stron o 3600 literach, dla koreferentów i wolnych tematów 6 stron. Sprawozdanie z posiedzeń będą publikowane w języku francuskim, komunikaty naukowe wedle życzenia w języku angielskim, francuskim, niemieckim, lub włoskim.

§ 11. Ze zjazdem połączy się wystawę naukową, obejmującą odlewy, fotografje i rysunki, preparaty anatomiczne i bakterjologiczne, jako też wystawę techniczną przyrządów i przetworów farmaceutycznych.

Karty zgłoszeń otrzymać można u wyznaczonego sekretarza: Dra Marjana Grzybowskiego — Klinika Dermatologiczna, Koszykowa 82 a, Warszawa.

Kyklos (Jahrbuch des Institutes f. Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig), t. II, 1929, podaje, że w ostatnim roku założono dwa nowe instytuty historji medycyny: w Baltimore i w Lejdzie.

Międzynarodowe kursy uzupełniające dla lekarzy w Karolowych Warach ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji. Sekretarjat kursów uzupełniających w Karolowych Warach donosi nam, że najbliższy (XII) kurs tego rodzaju odbędzie się w czasie od 14 do 20 września 1930 roku. Wszelkich wyjaśnień w tym względzie udziela sekretarz Dr. Edgar Ganz w Karolowych Warach.

Redakcja otrzymała:

Société des nations. Organisation d'hygiène. „Annaire sanitaire international 1928. Quatrième année). Rapports sur les progrès réalisés dans la domaine de l'hygiène publique en vingt-neuf pays au cours de l'année 1927.

R. Markuszewicz: „O zaburzeniu instynktu samozachowawczego w schizofrenji". Odb. z Nowin psychjatrycznych". zeszyt III—IV, z r. 1929.

Carl Schneider „Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung f. die Klinik der Schizophrenen". Verlag Georg Thieme Leipzig 1930.

M. Mucklenburg „Der gegenwärtige Stand der Schutzimpfung gegen Tuberkulose". Odb. z Berliner Klinik Jahr. 36, Heft 409.

Jan Ruff „Odpowiedzialność karna lekarza". Warszawa 1929.

Nr. 49. 8. grudnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Anastazy LANDAU, Benedykt GLASS i Jakób BAUER. Warszawa.

O zaburzeniach trawiennych ze strony żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego [1]).

Z I-go oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Wstęp.

Rozpoznanie schorzenia pęcherzyka żółciowego często napotyka na wielkie trudności. Do codziennych należą przypadki, w których o schorzeniu tem świadczą typowe napady kolki żółciowej, ale częstsze są przypadki ukrytego schorzenia pęcherzyka żółciowego. Dowiadujemy się o nich dopiero z ust chirurga lub z karty sekcyjnej. Statystyka Hornowskiego z Zakładu Anat. Patol. U. W. wykazuje w 14% ogólnej ilości sekcji obecność kamicy żółciowej. Odsetek kamicy, rozpoznanej w szpitalu, jest znacznie mniejszy.

Autorzy dawniejsi dzielą chorych kamicowych na „nosicieli kamieni żółciowych" (Gallensteinträger) i na „cierpiących na nie" (Gallensteinleidende), a Riedel podaje 95% dla pierwszych i 5% dla drugich. Z biegiem czasu stosunek ten się zmienił. Moynihan i Mayo twierdzą już kategorycznie, że niema kamicy żółciowej bez objawów klinicznych, całkiem utajonej. A więc wszystko sprowadza się do należytej interpretacji skarg chorego i wyniku badań fizykalnych i laboratoryjnych. Cały szereg dolegliwości brzusznych, uważanych dawniej przeważnie za pierwotne żołądkowe lub jelitowe, składa się obecnie na bogaty zespół cierpień zwrotnych, zależnych od schorzenia pęcherzyka żółciowego.

Najtrudniejszemi do rozpoznania są zamaskowane postacie schorzeń pęcherzyka żółciowego. Do takich w pierwszym rzędzie należą postacie, przebiegające jako dusznica bolesna (forme angineuse Chiray'a), opisywana przez Lian'a, Weissenbacha, Parturiera, Chauffarda, z polskich autorów przez Rożkowskiego. Najliczniejszą jest jednak grupa schorzeń pęcherzyka żółciowego, przejawiająca się klinicznie w postaci dolegliwości żołądkowych, dyspeptycznych — forme gastralgique Chiray'a. Nawet napady kolki żółciowej przebiegać mogą pod tą postacią; zazwyczaj kolka żółciowa ludzi w podeszłym wieku przybiera tę postać poronną.

W każdym razie, obecność w obrazie chorobowym jakiegokolwiek objawu żołądkowego nakazuje myśleć o pęcherzyku żółciowym, jako pierwotnem źródle choroby.

Ze wszystkich zaburzeń dyspeptycznych 25% według Blackforda i Dwyera powstaje na tle schorzenia pęcherzyka żółciowego. Tego samego zdania jest Ramond. Bliskość anatomiczna narządów jamy brzusznej, wspólne unerwienie, synergja czynności wpływają na to, że zaburzenie funkcji jednego z organów odbija się na narządach sąsiednich. Żołądek, dwunastnica, trzustka i wątroba pracują w ścisłej korelacji i są najbardziej narażone na wytrącenie z równowagi fizjologicznej w razie schorzenia jednego z nich.

W pracy swej posługiwać się będziemy określeniem „schorzenie pęcherzyka żółciowego", co odpowiada pojęciu cholecystopatji Bergmanna i Westphalla. Pod określeniem tem rozumieć będziemy wszelkie stany zapalne i kamicę pęcherzyka żółciowego, bez względu na ich postać anatomiczną.

Cel pracy.

Pomimo wielkiej liczby prac, poglądy co do zachowania się czynności wydzielniczej żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego nie są całkowicie uzgodnione. Z tego względu podjęliśmy ten temat. Zadaniem naszem jest wykazanie, jak zmienia się zdolność wydzielnicza żołądka i trzustki w zależności od cierpienia pęcherzyka, jakie czynniki wpływają na tę zmianę, i jakie objawy podmiotowe są podejrzane i powinny skierować uwagę naszą na możliwość ich pochodzenia zwrotnego z pęcherzyka żółciowego.

Objawy kliniczne.

Objawy kliniczne, jako rzeczy powszechnie znane, omówimy pokrótce.

Stosunek czasu występowania dolegliwości żołądkowych do zjawiania się pierwszych wyraźnych objawów schorzenia pęcherzyka żółciowego może być najróżnorodniejszy. Dolegliwości żołądkowe mogą być zwiastunami kolki (signes prodromiques Chiray'a), mogą o parę miesięcy lub nawet lat wyprzedzać pierwsze objawy pęcherzykowe (Kauffman) i składać się na obraz t. zw. dyspepsie initiale des lithiasiques (Fiessinger), mogą one towarzyszyć jedynie napadowi kolki żółciowej lub ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, a nieraz mogą być stałym towarzyszem lub nawet jedynym wykładnikiem procesu, toczącego się w pęcherzyku żółciowym.

Charakter dolegliwości żołądkowych, o jakich mowa, jest niejednolity i niestały. Zjawiają się one czasem bez związku widocznego z przyjmowanym pokarmem, bądź też uchwycić można pewien rytm ich zjawiania się lub nasilania. Według podziału schematycznego Loepera, występować mogą dolegliwości żołądkowe przed jedzeniem (préprandiales), natychmiast po jedzeniu (postprandiales), późno po jedzeniu, lub też utrzymywać się stale.

Chorzy skarżą się na pobolewania o nieokreślonym charakterze, uczucie rozpierania, ściskania, ssania w dołku lub podżebrzach, na zgagę lub palenie za mostkiem (Mayo i Moynihan, Cotte i Bresse, Loeper, Janowski). Często słyszy się skargi na „słaby, nerwowy żołądek" (Bergmann), mowa jest o nietolerancji dla pokarmów takich jak tłuszcz, tłuste sery i mięsa, majonezy, lody, alkohol, a nawet dolegliwości te, według Fiessingera, w połączeniu z dreszczykami i gęsią skórką pozwalają nieraz ustalić właściwe rozpoznanie. Chorzy zazwyczaj cierpią na zaparcie stolca. Skarżą się na brak łaknienia; często spotkać się można z obawą przed jedzeniem z powodu dolegliwości, występujących po przyjęciu pokarmu. Słyszymy o odbijaniach, które są wyrazem istniejącej aerofagji, częstej w stanach zapalnych pęcherzyka żółciowego (Brulé i Garban), a według Maubana patognomonicznej dla utajonej postaci zapalenia pęcherzyka żółciowego, przebiegającej bez napadów. Powstawanie aerofagji tłumaczą autorzy obfitym ślinotokiem (często towarzyszącym schorzeniom pęcherzyka) i skurczem wpustu (Loeper, Fiessinger).

Dokuczają chorym mdłości, występujące po jedzeniu lub w czasie napadów o niedostatecznem nasileniu dla wywołania wymiotów. Wymioty, męczące chorych, występują zazwyczaj podczas napadu kolki. Nieraz sprawiają one chorym ze zwrotnem nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego ulgę i z tego powodu bywają umyślnie wywoływane. Wymioty częstszym są według Katscha towarzyszem schorzeń pęcherzyka żółciowego niż organicznych cierpień żołądka. Zjawiają się natychmiast, w ½ godz., lub w 4—5 godz. po jedzeniu, i są uwarunkowane bądź to falą skurczową, która, postępując od pęcherzyka i przewodów żółciowych, dociera do żołądka (Katsch), bądź też są wyrazem nietolerancji odruchowej śluzówki żołądka na pokarm, lub też wyrazem podrażnienia nerwu błędnego (Held i Gray).

Wreszcie wspomnieć trzeba o napadach gwałtownych bólów — epigastralgji — o t. zw. crises gastralgiques Chauffarda, ostatnio w polskiem piśmiennictwie opisanych przez Nussbauma i Oury'ego, wielce podobnych w obrazie i przebiegu klinicznym do przełomów żołądkowych pochodzenia wiądowego. Butner, Holzknecht i Luger, Schlesinger tłumaczą ich powstanie, jako silny, odruchowy skurcz żołądka.

Niezmiernie rzadko spotykanym objawem dyspeptycznym jest t. zw. diarrhée prandiale, opisana już przez Linossiera, wspomniana przez Loepera i Chauffarda, a przez Chiray'a podniesiona do godności jednego z trzech zespołów pęcherzykowych. Jest to biegunka, występująca natychmiast po spożyciu obfitego posiłku (obiadu lub kolacji), lub też w czasie jedzenia deseru (Chiray). Zjawia się ona okresowo, zazwyczaj raz dziennie. (Śród naszych chorych objaw ten zanotowaliśmy zaledwie 2 razy).

---

[1]) Praca wygłoszona na XIII. Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich w Wilnie.

Zestawienie przypadków.

Z materjału naszego z lat 1926—28 wybraliśmy 145 przypadków kamicy i stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego z całkiem pewnem rozpoznaniem, potwierdzonem przeważnie przez chirurga lub roentgenologa.

Z liczby tej 110 przypada na kobiety, 35 — na mężczyzn. Rozpatrywać będziemy wszystkie przypadki wspólnie, gdyż różnic w przebiegu sprawy chorobowej nie spostrzegaliśmy.

We wszystkich tych przypadkach wykonano zgłębnikowanie żołądka. W większości przypadków stosowano śniadanie próbne Ewald-Boasa, rzadziej alkoholowe; w razach wątpliwych stosowano zgłębnikowanie frakcjonowane po śniadaniu alkoholowem Ehrmanna, lub koffeinowem Katscha i po zastrzyku $^1/_2$ mgr. histaminy (Koskowski, Carnot i Libert). Uważaliśmy jako miarodajne dla braku kw. solnego cyfry dla HCl do 2 cm^3, dla podkwaśności — w granicach od 2 cm^3 do 20 cm^3, dla nadkwaśności — powyżej 40 cm^3 wolnego HCl (Kwasotę oznaczamy w cm. sześć. $^1/_{10}$ norm. ługu sodowego, miareczkowania dokonywano przy pomocy dwumetyloamidoazobenzolu, jako wskaźnika).

Celem uzyskania większej przejrzystości posługiwać się będziemy w zestawieniach odsetkami.

1. Zachowanie się chemizmu żołądka w całkowitej liczbie przypadków.

Zestawienie wyników zgłębnikowania wykazało:

Kwasotę prawidłową w 48,9% ogólnej liczby przypadków.
Podkwaśność w 24,9% ogólnej liczby przypadków.
Brak kw. solnego w 6.2% ogólnej liczby przypadków.
Nadkwaśność w 20,0% ogólnej liczby przypadków.

Powyższe zestawienie wykazuje znaczną przewagę stosunków prawidłowych; w przypadkach ze zmienioną czynnością wydzielniczą żołądka przeważa podkwaśność nad nadkwaśnością. Podobne zestawienia autorów przedstawiają się w sposób następujący:

Autor	L. przyp.	Norma w %	Podwaśn. w %	Podw. br.: kw. soln. w %	Brak HCl	Nadkwaś.
Nasze	145	48,9	24,9		6,2	20,0
Lachman	20			75,0		
Ohly	43		28,0		56,0	
Rhode	?		73,0			
Fravel	?	18,0	47,0		26,0	9,0
Rydgaard	471		52,0			
Gatewood	192			45,0		
Umber	203	45,0	17,9		23,3	14,8
Hurst i Bonnard	?				40,0	23,3
Kelling	254				30,0	
Emura	84	39,3	8,3		28,6	23,8
Ramond	21	33,0	23,0			42,0
Koch	21				5,0	61,0

Z innych autorów Janowski, Hohlweg, Oettingen, Lecene, Glaser, Loeper, Cassel piszą o przewadze podkwaśności, Hernando — o braku kw. solnego, Fenwick, Hayem, Riegel — o przewadze nadkwaśności, Griffits i Simmitski — o nadkwaśności ze wzmożonym sokotokiem. Hartmann i Sager zestawili 492 przypadki, w których nie było wolnego kw solnego i okazało się, że 18,11% przypada na schorzenia pęcherzyka żółciowego. Podobne zestawienie 420 przypadków podkwaśności wykazało udział cierpienia pęcherzyka żółciowego w 16,0%, a z 331 przypadków nadkwaśności — jedynie w 10,0%. Jak widzimy, większość autorów przypisuje podkwaśności częstsze i łatwiejsze kojarzenie się ze sprawą pęcherzykową. Wyniki otrzymywane przez autorów różnią się jednak znacznie. Objaśnić się to daje zbyt małą liczbą zestawionych spostrzeżeń (np. Ramond, Koch, Ohly, Emura, Lachman), bądź też pewną jednostronnością w doborze przypadków (co do wieku chorych, czasu trwania choroby i jej przebiegu).

2. Wpływ wieku pacjenta na chemizm żołądka.

Wiek pacjenta bezwzględnie wpływa na zdolność wydzielniczą żołądka. Umber, Faber, Kuttner i inni uważają, że podkwaśność jest stałą niemal towarzyszką wieku podeszłego. Wobec tego podkwaśność chorych z cholecystopatją w tym wieku może być sprawą samoistną, niejako fizjologiczną, a nie wtórną, wywołaną przez schorzenie pęcherzyka żółciowego.

Przyjmując jako linję graniczną 40-y rok życia — okres przełomowy w naszych warunkach dla kobiet, a nieraz i dla mężczyzn, otrzymaliśmy w schorzeniach pęcherzyka żółciowego:

	normę w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
do 40 r. życia	57,0	22,6	1,0	19,4
po 40 r. życia	34.6	28,4	15,8	21.1

A więc z wiekiem rzeczywiście zmniejsza się liczba chorych, posiadających prawidłowy chemizm żołądka, wzrasta znacznie liczba przypadków z brakiem kw. solnego, mniej znacznie liczba przypadków podkwaśności.

3. Wpływ czasu trwania choroby na chemizm żołądka.

Podczas napadów i w okresach początkowych choroby żołądek reaguje przeważnie nadkwaśnością (Hohlweg, Bergmann, Katsch, badania Ohly'ego odnośnie do przypadków świeżych, nie trwających dłużej ponad 6 miesięcy). Z czasem nadkwaśność przechodzi zazwyczaj w podkwaśność. Przejście to może trwać krócej (Katsch — do paru miesięcy), lub dłużej. Dane nasze wykazują:

Czas trwania	norma w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
do 1 roku	58,7	22,1	1,3	17,9
powyżej 1 roku	44,1	23,2	10,5	22,2

Potwierdza to wnioski powyższych autorów. Musimy jednak zaznaczyć, że równoległości ścisłej między występowaniem podkwaśności, a czasem trwania choroby nie stwierdziliśmy, mianowicie w szeregu przypadków po 10—20 latach trwania choroby wykrywaliśmy nadkwaśność, gdy w innych po 3—5 latach zgłębnikowanie wykazywało podkwaśność. Wynik zestawienia powyższego przemawia za tem, że wraz z czasem trwania choroby zmniejsza się liczba przypadków o chemiźmie prawidłowym, zwiększa się natomiast liczba przypadków z brakiem wolnego HCl oraz nadkwaśności.

4. Wpływ przebiegu sprawy chorobowej na chemizm żołądka.

W zależności od charakteru przebiegu sprawy chorobowej podzieliliśmy materjał nasz na 3 grupy: 1) przebieg z przewagą napadów w obrazie klinicznym, 2) brak napadów — dolegliwości żołądkowe dominują w obrazie klinicznym, 3) postać mieszana z przewagą dolegliwości żołądkowych i nielicznemi tylko napadami.

Z ogólnej liczby przypadków — 45,5% przypada na grupę pierwszą, 39,3% na drugą i 15.2% na trzecią. Podział ten ma na celu wykazanie, jak wpływa przebieg chorobowy na zdolność wydzielniczą żołądka.

Mianowicie okazało się:

	norma w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
w grupie I-ej	36,3	24,4	14,0	24,3
w grupie II-ej	57,9	21,5	3,0	17.6
w grupie III-ej	59,0	27,3	—	13,7

Jak widzimy, w grupie pierwszej t. j. o przewadze napadów, mamy znaczne zmniejszenie stosunków prawidłowych przy zwiększeniu znacznem liczby przypadków z brakiem wolnego HCl, nadkwaśnością i podkwaśnościa. Wobec tego, że w grupie I-ej otrzymaliśmy największą liczbę odchyleń od normy, sprawdziliśmy w niej zależność chemizmu żołądka od czasu trwania choroby. Wynik był następujący:

Czas trwania choroby	norma w %	podkw. w %	brak HCl w %	nadkw. w %
do 1 roku	52,0	24,0	4,0	20,0
powyżej 1 roku	26,0	26,4	18,8	28.8

Cyfry te dobitnie wykazują wpływ czasu trwania choroby na wydzielanie żołądka przy przewadze napadów w obrazie chorobowym.

5. Wpływ stanu zapalnego pęcherzyka żółciowego na chemizm żołądka.

W zestawieniach dotychczasowych nie uwzględnialiśmy czynnika zapalnego — rozpatrywaliśmy schorzenia pęcherzyka żółciowego bez względu na to, czy przebiegały one z gorączką czy też

bezgorączkowo. Wobec tego jednak, że szereg autorów (Bergmann, Westphal, Katsch) jest zdania, iż zmiany wydzielnicze żołądka mogą być uwarunkowane przez przejście stanu zapalnego z pęcherzyka i dróg żółciowych na ścianę żołądka, zestawiliśmy przypadki o mniej więcej podobnym charakterze sprawy chorobowej, różniące się jedynie przebiegiem ciepłoty. Mianowicie z pośród 23 kobiet w wieku od 25 do 36 lat o trwaniu choroby poniżej 2 lat, o charakterze napadowym (od 2 do 6 napadów w czasie choroby) u 13 w czasie napadów ciepłota dochodziła do 38°, w okresie międzynapadowym ciepłota utrzymywała się do 37'5°, u 10 chorych schorzenie przebiegało całkiem bez gorączki. Zgłębnikowanie żołądka, dokonywane zazwyczaj w 3 do 5 dni po ustąpieniu gorączki, wykazywało:

w %	normę	podkw.	nadkw.
w przebiegu bezgorączkowym	50,0	20,0	30,0
w przebiegu gorączkowym	46,1	30,7	23,2

Wynik zestawienia powyższego przemawia za tem, że stan zapalny pęcherzylka żółciowego może przyśpieszyć występowanie podkwaśności.

Rolę czynnika zapalnego w występowaniu podkwaśności potwierdza również wynik zgłębnikowania żołądka w ostrem zapaleniu dróg żółciowych. W 13 przypadkach kamicy lub zapalenia pęcherzyka żółciowego, powikłanych ostrem zapaleniem dróg żółciowych, przebiegających z ciepłotą do 39°, o trwaniu od 1 do 3 tygodni, z żółtaczką, zgłębnikowanie żołądka, dokonane między 2 a 6 dniem po powrocie ciepłoty do normy, wykazało w 8-u zdolność wydzielniczą żołądka prawidłową, w 3-ch — zmniejszoną, w 2-ch brak było wolnego HCl. A zatem w 38,4% czynność wydzielnicza była upośledzona.

6. Wpływ braku czynności pęcherzyka żółciowego na mechanizm żołądka.

Momentem, przyspieszającym występowanie podkwaśności i braku HCl jest brak czynności pęcherzyka żółciowego — l'insuffisance cholécystique Chiray'a. W pierwszym rzędzie wpływać więc będzie operacyjne usunięcie pęcherzyka żółciowego (Rydgaard, Rhode, Katsch, Hohlweg, Aldor, Miyake, Rovsing). Natomiast szereg autorów jak Rost, Hartman i Rivers, Thomsen, Dhal Iversen twierdzi, że cholecystektomja nie zmienia chemizmu żołądka. Zbyt mała liczba przypadków pooperacyjnych nie pozwala nam na wypowiedzenie własnego zdania.

Rhode wykazał, że bezsok żołądkowy występuje w 25,0% w kamicy pęcherzykowej, a w 75,0% przypadków z kamieniem w przewodzie pęcherzykowym. W materjale naszym mieliśmy zaledwie 11 przypadków niedrożności przewodu pęcherzykowego i w tym: w 7 przypadkach kwasota soku żołądkowego była prawidłowa, w 2-ch — zmniejszona, w 1 — zwiększona i w 1 — brak było wolnego HCl. Jest to zbyt mała liczba spostrzeżeń dla wyciągania jakichkolwiek wniosków.

Nie jest wyłączonem, że momentem decydującym tutaj jest nie tyle brak czynności pęcherzyka żółciowego wskutek zaczopowania przewodu pęcherzykowego przez kamień lub zarośnięcie jego, ile, że przypadki uwięzgnięcia kamienia przebiegają zazwyczaj z uporczywie powtarzającemi się napadami.

Zaburzenia wydzielnicze trzustki, towarzyszące schorzeniom pęcherzyka żółciowego.

Szeroko omawiany jest udział trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego. Kehr podaje, że 33,0% wszystkich schorzeń trzustki towarzyszy schorzeniom pęcherzyka. O częstym jej udziale w kamicy żółciowej piszą Riedel, Koerke, Opie, Judd, Quenu i Duval, a już Dieulafoy wypowiedział pogląd, że każdej kamicy żółciowej towarzyszy uszkodzenie trzustki. Tego samego zdania są Katsch i Okińczyc. Mayo i Robson określają częstość występowania zwrotnego uszkodzenia trzustki w razie zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego na 80,0%, Piersol i Bockus twierdzą, że w przypadkach schorzenia pęcherzyka żółciowego, trwających ponad 2 lata, w 85% występuje uszkodzenie trzustki.

Zaburzenia wydzielnicze trzustki dotyczyć mogą bądź czynności wewnątrzwydzielniczej bądź zewnątrzwydzielniczej.

Niedomoga wewnątrzwydzielnicza trzustki może być trwała lub przejściowa, powstała na drodze odruchu. Tym ostatnim tłumaczyć będziemy występowanie cukromoczu podczas napadu kolki żółciowej. Sprawę tę uważa Umber za dość częstą, Okińczyc przypisuje jej nawet znaczenie rozpoznawcze. W naszym materjale szpitalnym nie spotykaliśmy się z tem ani razu.

Trwałe zwrotne uszkodzenie aparatu dokrewnego trzustki nie jest rzeczą rzadką. (Katsch). Początek cukrzycy często wiąże się z przebytem schorzeniem pęcherzyka żółciowego. Wöhrmann podkreśla, że częstość wspólnego występowania tych cierpień przemawia raczej za związkiem przyczynowym, niż za przypadkowem współistnieniem.

Prócz uszkodzenia trzustki na drodze odruchowej, spotykamy się z przewlekłem zapaleniem jej miąższu, jako sprawą wtórną, podporządkowaną schorzeniu pęcherzyka żółciowego.

Zdania co do patogenzy tego uszkodzenia nie są jednolite. Według Quenu i Duvala brak żółci jako czynnika przeciwzakaźnego w dwunastnicy umożliwia przenikanie zarazków z niej do trzustki. Barlebs, Deaver, Bernhard i inni twierdzą, że zakażenie trzustki idzie z pęcherzyka drogą naczyń chłonnych. Arnsperger uważa, że drogą infekcji są naczynia chłonne i gruczoły limfatyczne. Hess i Poly są zdania, że zakażona żółć jest głównym przenośnikiem infekcji; poglądowi temu przeczą wyniki badań doświadczalnych Manna i Giordano z kliniki Mayo. Według Schmidta, zakażenie szerzyć się może przez sąsiedztwo z zapalnie zmienionego przewodu żółciowego na głowę trzustki.

Klinicznie będziemy mieli w tych przypadkach zazwyczaj niedomogę wydzielniczą trzustki w postaci zmniejszenia ilości lub braku zaczynów trawiennych. Chorzy tacy zwykle cierpią na brak łaknienia, nieraz na rozwolnienia, skarżą się na schudnięcie. W kale tych chorych nieraz wykrywamy liczne kuleczki tłuszczów obojętnych i włókna mięsne o zachowanem prążkowaniu podłużnem i poprzecznem.

Pracownia wykrywa niedomogę zewnątrz-wydzielniczą trzustki przez określanie zaczynów w treści dwunastniczej. Zgodnie z zapatrywaniami Chiray'a i Blondela, Carnota i Liberta za miarodajny i swoisty zaczyn trzustkowy uważać należy jedynie lipazę. Zaburzenia w trawieniu białka (zaczyn tryptyczny), jak i skrobji (zaczyn diastatyczny) mogą być zamaskowane przez odpowiednie zaczyny żołądka i śliny.

Badanie naszego materjału klinicznego wykazało na 46 przypadków w 55% zmniejszenie ilości lipazy. Musimy się jednak zastrzec, że w przeważnej części przypadków badanie na fermenty robiono jedynie w zawartości dwunastniczej I-ej lub II-ej a nie, jak radzą Chiray i Blondel, Labbé na soku dwunastniczym, sztucznie wzbogaconym w zaczyny przez zastrzyk przez zgłębnik eteru (Katsch, Labbé) lub mleka (Chiray i Blondel). Możliwem jest, że odsetek upośledzonej funkcji trzustki byłby wtedy mniejszy, zbliżyłby się do cyfr otrzymanych przez Chiray'a, a mianowicie na 16 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego otrzymał on zaledwie w 3-ch, czyli w 18,7% zmniejszenie ilości zaczynów.

Z pośród 25 przypadków, w których badanie wykryło zmniejszenie ilości lipazy, jedynie w 4 przypadkach chorzy skarżyli się na okresowo występujące rozwolnienia. Również tylko w 3 przypadkach mikroskopowe badanie kału wykazało charakterystyczne zmiany dla niedomogi czynnościowej trzustki. Wynika z tego, że określanie ilości lipazy pozwala na wykrywanie niewielkich uszkodzeń miąższu trzustki, nie dających jeszcze zaburzeń trawiennych.

Z czynników, wywierających wpływ szkodliwy na miąższ trzustki, na pierwszem miejscu stoi czynnik zapalny. Z 46 przypadków schorzenia pęcherzyka żółciowego, w których dokonano zgłębnikowania dwunastnicy, 18 przebiegało bezgorączkowo, w 34 natomiast notowano podniesienia ciepłoty. Otóż w grupie bezgorączkowej w 60% znaleziono ilość zaczynów prawidłową, w 40% zmniejszoną. W grupie drugiej — w 30% ilość zaczynów była prawidłowa, w 70% — zmniejszona. Również w 2 przypadkach ostrego zapalenia dróg żółciowych, przebiegających z ciepłotą do 39° i żółtaczką, badanie soku dwunastniczego wykazało zmniejszenie ilości zaczynów trzustkowych. (Zgłębnikowanie wykonywano zawsze w 7 do 10 dni po ustąpieniu gorączki.). Wyniki są bardzo dobitne: uszkodzenie aparatu zewnątrzwydzielniczego trzustki występuje niemal dwa razy częściej w stanach zapalnych pęcherzyka żółciowego niż w cholecystopatji bezgorączkowej.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, Quenu i Duval stoją na stanowisku, iż brak żółci w dwunastnicy sprzyja uszkodzeniu bakteryjnemu trzustki. Badania nasze potwierdzają ten pogląd. Mianowicie w 6 przypadkach żółtaczki mechanicznej, przebiegających z całkowitem odbarwieniem stolców, z wysoką bilirubinemją (od 10 do 15 jedn. V. d. Bergha) ilość lipazy była zmniejszona. Zgłębnikowanie wykonano w okresie ustępowania żółtaczki.

Musimy się jeszcze zastanowić, czy istnieje widoczny związek między niedomogą wydzielniczą żołądka i trzustki. Ehrmann, Lederer, Karsch, Friedrich, Kuttner, Krieger są

zdania, że zmniejszonej zdolności trawiennej towarzyszy zastępczo zwiększona praca trzustki. Glaessner, Schmidt, Matko, uważają, że brak kw. solnego powoduje jej czynnościową niedomogę. Gross twierdzi, że przypadkom bezsoku żołądkowego, przebiegającym z rozwolnieniami, z reguły towarzyszy bezsok trzustkowy.

Zestawienie wyników naszych badań wykazuje, że zmniejszenie ilości, względnie brak zaczynów trzustkowych występuje

w 42,1% przy kwasocie soku żołądkowego prawidłowej
w 37,6% przy kwasocie soku żołądkowego obniżonej,
w 20,3% przy kwasocie soku żołądkowego zwiększonej,

Wynika z powyższego, że niema wyraźnego związku i równoległości między niedokwaśnością a zmniejszeniem ilości zaczynów trzustkowych. Zgadza się to z poglądami Bitorfa, który uważa jednoczesność występowania tych dwóch objawów za rzecz niezmiernie rzadką. Jeśli wykrywamy bezsok żołądkowo-trzustkowy, mamy niemal z reguły do czynienia z jakimś swoistym czynnikiem chorobowym, który podziałał jednocześnie na oba te narządy; zdarza się to wyłącznie w niedokrwistości złośliwej, jak to wykazali Landau i Rząśnicki, Landau, Cygielsztrajch i Fejgin, Landau i J. Glass.

Zakończenie.

Zestawienia powyższe wykazują, że schorzenia pęcherzyka żółciowego w dużym odsetku prowadzą do zmiany czynności wydzielniczej żołądka i trzustki.

Jak wiadomo, nerwem ruchowym pęcherzyka żółciowego, zarówno jak żołądka i jelit jest nerw błędny. Jest on również nerwem wydzielniczym żołądka. W trzustce n. błędny rządzi tworzeniem się wydzieliny w pęcherzykach gruczołowych, natomiast przesuwanie się wydzieliny do przewodów reguluje n. współczulny.

Bolesne i natarczywie powtarzające się skurcze pęcherzyka żółciowego prowadzą do zachwiania równowagi wegetatywnej, zupełnie tak samo, jak długotrwałe drażnienie prądem elektrycznym powoduje podrażnienie układu nerwu błędnego (Griffits). W ten sposób powstaje odruch trzewno-sercowy z wybitnem zwolnieniem tętna (podczas napadów), odruchy trzewno-trzewne; a więc: trzewno-żołądkowy, trzewno-trzustkowy i t. d. Musimy dodać, że podrażnienie n. błędnego wystąpić może bez typowej kolki, bez sensacji bólowych z pęcherzyka. Powstawanie i źródło bólu jest rzeczą zbyt złożoną, by się niemi na tem miejscu zajmować. Zaznaczymy jedynie, że Loeper twierdzi, iż tłem dla bólu i odruchu bólowego jest zapalenie nerwu.

W ten sposób powstaje I-szy okres zaburzeń żołądkowych, który możnaby nazwać okresem zmian czynnościowych. Charakterystyczną jego cechą jest przewaga układu nerwu błędnego.

Pamiętać jednak należy o znacznych różnicach indywidualnych. Inaczej będzie wyglądała przewaga układu n. błędnego u sympatykotonika, inaczej u człowieka przeciętnie normalnego, inaczej znów u wagotonika, względnie u chorego z wagotonją przewodu pokarmowego. Najbardziej cierpieć będą osobniki t. zw. napiętnowani wegetatywnie (Bergmann), będący najpodatniejszem podłożem dla zaburzeń układu roślinnego. Jeśli dołączy się jeszcze czynnik psychiczny — wglądanie w swój ból, analizowanie jego, — wytworzy się błędne koło t. zw. cercle vicieux psychosplanchnique de renforcement (Grasset), co wydatnie zwiększa dolegliwości chorego.

Pomimo skarg chorych na dolegliwości o typie nadkwaśnym, większość chorych wykazuje przy zgłębnikowaniu żołądka normalne stosunki wydzielnicze; jest to to, co Katsch określa nazwą „acidismus"; względnie chorzy mają skłonność do nadkwaśności i wzmożonego sokotoku. Na ekranie widzimy stosunki prawidłowe, nieraz wzmożenie ruchów robaczkowych żołądka, niekiedy nawet skurcz odźwiernika. Klinicznie uderza nas niestałość bólów; jednego dnia chory zje obfity, ciężki i tłusty obiad bez dolegliwości, następnego dnia po djetetycznej kolacji dostanie gwałtownych bólów. Istnienie w tym okresie przewagi układu n. błędnego potwierdzają efekty lecznicze. Zwykłe leczenie niestrawności często nie daje żadnego rezultatu. Najlepiej reagują chorzy na atropinę, belladonnę, brom, środki dezynfekujące żółć i słabo żółciopędne.

Nie możemy określić czasu trwania I-go okresu. Zależeć to będzie od czynników ustrojowych, od postępowania i przebiegu pierwotnej sprawy chorobowej. W statystyce naszej przyjęliśmy dowolnie jako czas trwania — 1 rok. Zaznaczyć jednak musimy, że spotykaliśmy przypadki, w których okres ten trwał krócej lub dłużej.

Przejście do okresu 2-go jest zazwyczaj nieuchwytne. Okres 2-i nazywamy okresem zmian anatomicznych. Charakterystycznem jest dla niego dołączenie się nieżytu śluzówki żołądka, zapalenie miąższu trzustki. Czynników prowadzących do nieżytu żołądka jest wiele: odruchowe z dróg żółciowych uszkodzenie sił obronnych śluzówki w połączeniu z długotrwałem drażnieniem przez nadkwaśny lub nawet normalny sok żołądkowy (Katsch), przejście stanu zapalnego z zapalnie zmienionych dróg żółciowych na ściankę żołądka (Aldor), częściowe lub całkowite zaleganie treści pokarmowej wskutek zrostów pęcherzykowo-dwunastniczo-odźwiernikowych, często połączonych ze skurczem odźwiernika; zrosty te przemieszczają część przyodźwiernikową ku górze i w prawo aż pod wątrobę i utrudniają czynność wydalniczą żołądka (Ramond). Na ekranie widzimy początkowo hyperperystaltykę żołądka (Schlesinger, Holzknecht i Liger, staltykę żołądka (Schlesinger, Holzknecht i Lüger, czaj przechodzi w jego hypotonję, często połączoną z późniejszem opuszczeniem żołądka. W przeważnej części przypadków przewlekły nieżyt prowadzi do podkwaśności: dzieje się to najczęściej w przypadkach o przebiegu napadowym.

L'estomac des biliaires Loepera — żołądek chorych na pęcherzyk żółciowy, zachowuje się w sposób nieco bardziej odmienny, aniżeli to widzimy w przebiegu organicznych cierpień żołądka. Brak zmian w chemiźmie przy uporczywych dolegliwościach żołądkowych w wywiadach — przemawiać będzie za utajonem schorzeniem pęcherzyka żółciowego. Z drugiej strony podkwaśność chorych cierpiących na napady kolki żółciowej, świadczy o zwrotnem pochodzeniu dolegliwości żołądkowych.

Piśmiennictwo.

1) Bergmann: Med. Klin. N. 22, 1928. — 2) Bergmann. Deutsch. med. Wochenschr. N. 42, 1926. — 3) Bergmann: Deutsch. med. Wochenschr. N. 40, 1927. — 4) Arnsperger: Münch. med. Woch. N. 14. 1911. — 5) Boas: Diagnostik u. Ther. d. Magenkrankheiten, Thieme, Leipzig, 1925. — 6) Brulé et Garban: Angiocholites et cholécystites, Tr. d. path. med. et. thér. appl. XII. — 7) Brulé et Garban: Pr. med. N. 18, 1923. — 8) Candelon: Troubles dyspept. initiaux de la lithiase biliaire, Th. d. Paris, 1920. — 9) Cassel: Les dyspepsies cholélithiasiques, Th. d. Paris, 1919. — 10) Chauffard: La lithiase biliaire, Masson, Paris, 1922. — 11) Chiray et Pavel: Pr. med. Nr. 24, 1927. — 12) Chiray et Pavel La vésicule biliaire, Masson, Paris, 1927. — 13) Chiray et Lebon: Pr. med. N. 42, 1927. — 14) Chiray et Blondel: L'insuffisance pancréatique, Masson, Paris, 1926. — 15) Cotte et Bresse: Troubles dyspept. d'origine biliaire, Rev. d. chir. 1912. — 16) Ewald: Sp. Path. u. Ther. inn. Krankh. Kraus-Brugsch. — 17) Faber: Akute u. chronische Gastritis, ibidem. — 18) Faroy: Malad. d. pancréas, Tr. d. path. med. et ther. appl. XII. — 19) Fiessinger: La lithiase biliaire, ibidem. — 20) Fravel: Amer. journ. of med. sc. CLIX, 1920. — 21) Graham and Peterman: Arch. of surg. IV, 1922. — 22) Guillaume: Varctonies, sympathicotonies, neurotonies, Masson, Paris, 1928. — 23) Hartman and Sager: A statistical study of the diagnostic value of anacidity, — 24) Hartman and Sager: A statistical study of the diagnostic value of hypoacidity. — 25) Hartman and Sager: A statistical study indicating the diagnostic value of hyperacidity. Coll. pap. of The Mayo clin. XVIII, 1926. — 26) Hartman and Rivers: Arch. of int. med. N. 2, 1928. — 27) Held und Gray: Die Krankheiten der Gallenblase, Erg. d. ges. Med. X, 1927. — 28) Hernando: Arch. d. mal. d. l'app. dig. VIII, 1914—15. — 29) Hohlweg: Dtsch. Arch. f. klin. Med. CVIII, 1912. — 30) Iversen: Lyon chirurgic. XXI, 1924. — 31) Janowski: Polsk. arch. med. wewn. II, 1922. — 32) Judd: Am. journ. med. ass. LXXIII, 1921. — 33) Katsch: Dtsch. med. Woch. N. 36. 1928. — 34) Katsch: Erkrankungen d. Magens, Hndb. inn. Krank. Bergmann-Stahelin, 1926. — 35) Kuttner: Störungen d. Sekretion u. d. Motilität des Magens, Kraus-Brugsch. 36) Kuttner: Fehldiagnosen u. Fehlbehandlungen sowie deren Verhütung auf d. Gebiete d. Verdauungskrankheiten, Thieme, Leipzig, 1929. — 37) Labbé: Malad. de l'estomac. Path. med. VI, Masson, Paris, 1927. — 38) Labbé Malad. du pancréas, ibidem. — 39) Labbé: Malad. du foie, ibidem. — 40) Lachman: Księga pamiątk. XII. Zj. lek. i przyr. polsk. 1925. — 41) Lécène et Mouloguet: Pr. med. N. 4. 1926. — 42) Landau i Rząśnicki: Studja kliniczne nad sprawnością trzustki, Med. i Kron. lek. 1914. — 43) Landau, Cygielsztrajch i Fejgin: Medyc. dośw. i społ. 3/4. 1926. — 44) Landau i J. Glass: w druku. — 45) Le Noir et Agasse-Lafont: Pathol. d. l'estomac, Nouv. tr. d. med. XIII. — 46) Loeper: La dyspepsie gastrique des biliaires,

Lec. path. dig. 4-e sér. Masson, 1919. — 47) Loeper: L'estomac des biliaires, Lec. path. dig. 5-e sér. Masson, 1922. — 48) Loeper: Monde med. czerwiec, 1913. — 49) Mann and Giordano: The bile factor in pancréatitis, Coll. pap. of the Mayo Clin. 1923. — 50) Mauban: Arch. d. mal. d. l'app. dig. IV, 1913. — 51) Mayo: Am. journ. med. ass. L. 1908. — 52) Mayo: Am. j. of med. sc. CXLVII, 1924. — 53) Nusbaum i Oury: Polsk. arch. med. wewn. VI, 1928. — 54) Ohly: Mal. d. tube dig. et d. la nutr. marzec, 1914. — 55) Parturier: Séméiologie biliaire, Paris, 1926. — 56) Parturier: Conférances d'hépatologie, Vigot fr. Paris, 1929. — 57) Pietri: Arch. ital. di chirurg. II, 1925. — 58) Piersol and Bockus: Arch. of intern. med. 1925. — 59) Popper: Wien. klin. woch. N. 46, 1927. — 60) Ramond: Les maladies de l'estomac et du duodénum, Masson, Paris, 1927. — 61) Rożkowski: Polska gaz. lek. N. 18, 1925. — 62) Ramond et Parturier: Pr. med. maj, 1925. — 63) Rhode: Münch. med. Woch. N. 6, 1920. — 64) Rydgaard: Arch. f. klin. Chir. CXV. — 65) Scmidt: Erkrank. d. Pancréas, Kraus-Brugsch. — 66) Umber: Erkrank. d. Leber, der Gallenwege u. d. Pancréas, Bergmann-Stabelin. — 67) Westphal: Ztschr. f. klin. Mediz. XCVI, 1923. — 68) Wöhrmann: Ztschr. f .klin. Mediz. CVIII, 1928.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

Znieczulenie miejscowe przy laparotomjach.

Z oddz. chirurg. Państw. Szpit. Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. T Ostrowski.

Oddział Prof. Ostrowskiego używa od szeregu lat znieczulenia miejscowego przy laparotomjach. Dążąc do sposobów znieczulania możliwie prostych i szybko dających się przeprowadzić używamy znieczulenia linji cięcia w powłokach z nastrzykaniem krezki po otwarciu brzucha. W tem znieczuleniu dokonujemy zasadniczo zabiegów na żołądku, drogach żółciowych i kiszce grubej. Stosujemy je, gdy tylko wydaje się to możliwe, przy niedrożności jelit i przy obrażeniach urazowych jamy brzusznej. Z góry zaznaczam, że znieczulenia miejscowego może używać tylko operator pracujący bardzo delikatnie, a wtedy jest ono zupełnie wystarczające.

Zestawienie z uśpieniem. Zapalenia płuc i oskrzeli, które stanowią najcięższy argument przeciw narkozie, zdarzają się także bez jej użycia jako skutek: zatorów płucnych; — unieruchomiania przepony przez chorych dla zmniejszenia bólu; — wysokiego stanu przepony wskutek wzdęcia po laparotomji. Mimo wszystko godzimy się dziś, że powikłania ze strony płuc są po narkozie i częstsze i w przebiegu swym cięższe niż po znieczuleniach miejscowych.

Najważniejszem jest, że wpływ uśpienia rozciąga się na wszystkie komórki organizmu i to na szereg godzin. Znieczulenie miejscowe jest tylko drobnym dodatkiem do zabiegu operacyjnego; wpływa bezpośrednio na bardzo ograniczoną ilość komórek organizmu chorego; odpowiada więc najbardziej zasadzie: *„primum non nocere"*.

W szeregu laparotomij trudno jest jednak obejść się bez uśpienia ogólnego:

1) nieuniknione jest ono u drobnej ilości, szczególnie wrażliwych osobników;

2) wymagają uśpienia, świeże przebicia narządów wewnętrznych do wolnej jamy otrzewnej, szczególnie przebicia wrzodu żołądka. Ból powodowany przez samo schorzenie jest tak silny i dotyka chorego, że się tak wyrażę, nieprzyzwyczajonego do cierpienia; powłoki są tak napięte, że bez uśpienia można zabieg przeprowadzić tylko z bardzo wielkiemi trudnościami;

3) w uśpieniu wykonujemy appendektomję. Zabieg na zimno trwa zbyt krótko. by znieczulanie się opłacało. Na gorąco nie ryzykujemy nastrzykania krezki;

4) uśpienie wydaje się najkorzystniejsze dla zapaleń otrzewny rozlanych i ograniczonych. Nastrzykanie płynem znieczulającym powłok sprzyja powstawaniu ropowic, a ropnie śródjelitowe wymagają pracy chirurga bardzo spokojnej i delikatnej, co przy znieczuleniu miejscowem bez możności nastrzykania krezki niezawsze da się uzyskać.

Zestawienie ze znieczuleniem rdzeniowem: Znieczulenie rdzeniowe posiada bardzo duże zalety techniczne: wykonanie trwa krótko, znieczulenie występuje szybko i utrzymuje się dostatecznie długo; wywołuje porażenie jelit na krótki czas, co zabieg w jamie otrzewnowej ogromnie ułatwia. Używaliśmy go w długiej serji z górą 1500 przypadków w latach 1925 i 26. Doświadczenie nasze pokrywa się z zestawieniami innych zakładów na niekorzyść tej metody, zwłaszcza przy znieczuleniach w wyższych odcinkach. Jest ona przy dzisiejszej technice czasem niemiła w skutkach powodując uporczywe kilkudniowe bóle głowy i wymioty; zdarzają się napady nawet śmiertelne i porażenia czasem długotrwałe. Najlepsze wyniki mieliśmy jeszcze po użyciu mieszanki 2% novokainy z chlorkiem potasu w ilości 4 cm³ na dawkę, poleconej przez Hilarowicza. Ujemnych skutków można w znacznej mierze uniknąć wybierając starannie przypadki i pracując przy stałej kontroli ciśnienia krwi; odbiera to jednak metodzie cechy prostoty i łatwości, czem nas głównie pociągała.

Obecnie stosujemy znieczulenie rdzeniowe przy operacjach w miednicy małej szczególnie ginekologicznych i przy niektórych niedrożnościach jelit: 1) przy dobrym stanie u osobników młodych, a to dla uzyskania porażenia jelit w ciągu zabiegu;

2) przy niedrożnościach wskutek zrostów rozległych, gdzie zabieg krwawy bywa tylko zapobiegawczym chwilowo. Znieczulenie rdzeniowe może tu usunąć objawy niedrożności przez porażenie jelit i wyrównanie różnych zagięć i zaciśnięć na kiszkach; w krótkim czasie po nastrzyku może nastąpić obfite wypróżnienie. Innych metod znieczulania, w szczególności znieczulania nerwów trzewiowych nie używamy. Znieczulanie od strony grzbietowej niema cech sposobu prostego, a od strony brzucha jest dodatkiem niekoniecznym według naszego doświadczenia. Obie metody nie mogą się obejść bez nastrzykania powłok.

Zastosowanie znieczulenia miejscowego. Przygotowanie stanowi zastrzyk podskórny 0,02 morfiny na pół godziny przed operacją. Znieczulamy linją cięcia w powłokach 1% novokainą z dodatkiem adrenaliny. Wprawdzie rozciąganie hakami rany w powłokach bywa dla chorych przykre, przekonaliśmy się jednak, że hak ustawiony w pewne położenie i trzymany o ile możności nieruchomo przestaje dokuczać choremu. Metody wielokątnego obstrzykania pola operacyjnego lub też przerywania przewodnictwa nerwów śródżebrowych nie dają również pełnej gwarancji przy rozciąganiu rany, mają natomiast szereg niedogodności: — wykonanie trwa długo, — wprowadza się większe ilości środka znieczulającego do organizmu, — rana krwawi często znacznie, wymagając podwiązania naczyń, czego przy nastrzykaniu linji cięcia prawie z reguły unikamy.

Do zabiegu *na żołądku* znieczulamy linję środkową od wyrostka mieczykowego do pępka. Po otwarciu jamy brzusznej wstrzykujemy po 5 cm³ w 4 punkty, po 2 na każdej krzywiźnie daleko od siebie. W ten sposób pociąganie za sieć małą staje się mniej bolesne, jak również miejsce przecięcia tętnic w razie ewentualnego wycięcia żołądka. Po uniesieniu poprzecznicy, wstrzykujemy około 5 cm w jej krezkę. Bolesne pozostaje unoszenie poprzecznicy i najwyższej pętli jelita cienkiego przy zespalaniu jej z żołądkiem. Momenty te dają się zupełnie uniknąć przy wycięciu żołądka sposobem Rydygiera, który do znieczulenia miejscowego szczególnie się nadaje. Jak już wspominałem, wolimy przy ostrem przebiciu wrzodu żołądka przeprowadzać zabieg w uśpieniu.

Drogi żółciowe odsłaniamy cięciem skośnem wzdłuż prawego łuku żebrowego. Wprowadzając igłę znieczulającą dostatecznie głęboko raz pod przednią, potem pod tylną pochewkę mięśnia prostego można znieczulić linję cięcia bardzo dokładnie. Po otwarciu jamy otrzewnowej i uniesieniu brzegu wątroby wstrzykujemy w okolicę przewodu woreczka w miejscu, gdzie przebiega jego tętnica 5 cm³; potem dokoła woreczka podsurowicowo 10—15 cm³, wreszcie w razie potrzeby odsłonięcia przewodu wspólnego — 5 cm³ novokainy do więzadła wątrobowo-dwunastniczego. W ten sposób oddziela się woreczek łatwiej od łożyska, które mniej krwawi. Bolesne jest odciąganie łuku żebrowego i unoszenie wątroby, czego żadne znieczulenie miejscowe znieść nie zdoła. W znieczuleniu takiem (z dodaniem powtórnych zastrzyków w czasie trwania zabiegu) wyjmowaliśmy u 66-letniego mężczyzny 3 kamienie zaklinowane w przewodzie wspólnym; zabieg trwał 2 godziny; przebieg operacji był zupełnie spokojny, a wynik dobry bez jakichkolwiek powikłań płucnych.

Zabiegi na drogach żółciowych są według naszej statystyki przykładem przemawiającym na korzyść znieczulenia miejscowego. W miarę coraz szerszego stosowania tegoż, % śmiertelności z 9 i 12% w latach 1926 i 27 spadł na 7% w 1928 r.

Kiszka gruba. Przy użyciu znieczulenia miejscowego stosujemy cięcie, któreby najmniej wymagało pociągania krezki operowanego odcinka i jak najmniej sprowadzało operatora w styczność z jelitem cienkiem. Są to cięcia wzdłuż linji białej bocznej dla kiszki wstępującej i zstępującej; skośne wzdłuż łuków żebrowych dla

obu krzywizn i środkowe powyżej pępka dla poprzecznicy. Po otwarciu brzucha nastrzykujemy 10-ciu—20-tu cm³ krezkę kiszki i załamek otrzewny ściennej w partjach bocznych brzucha. W ten sposób dadzą się wykonać zupełnie dobrze zespolenia wyłączające poszczególne odcinki i wycięcia kiszki, nie mówiąc już o zakładaniu sztucznego odbytu. Zawsze pozostaje bolesnem wydobywanie kiszki przed nastrzykaniem krezki. Ból ten da się znacznie ograniczyć przez założenie długiego cięcia i należyte obłożenie kompresami okolicy.

Laparotomje po urazach tak tępych jak i ranach drążących mają często przebieg zupełnie nieprzewidziany. Najodpowiedniejszem znieczuleniem jest uśpienie, zwłaszcza, gdy świeże przebicia narządów wewnętrznych zakwalifikowaliśmy z góry do narkozy. Natomiast u osobników skrwawionych silnie z urazami w górnych partjach brzucha, — gdzie przypuszczalnie nie zajdzie potrzeba przeszukiwania jelita cienkiego (urazy wątroby, żołądka,, śledziony) da się zastosować znieczulenie miejscowe powłok, zwłaszcza wobec zmniejszonej wrażliwości silnie skrwawionego chorego.

Laparotomje przy niedrożnościach jelita. Znieczulenie miejscowe stosujemy zasadniczo przy niedrożnościach w zakresie kiszki grubej. Natomiast niedrożności jelita cienkiego wymagają narkozy względnie znieczulenia rdzeniowego, jak to wyżej opisaliśmy. Znieczulenie miejscowe powłok da się zastosować przy kilkudniowych niedrożnościach jelita cienkiego w przypadkach ciężkich z wyraźnemi objawami zatrucia (sterkoremji). Jest to wtedy znieczulenie możliwie najlżejsze dla chorego, a wystarcza dzięki bardzo obniżonej wrażliwości.

Dla przykładu przytoczę następujący wypadek: Mężczyzna 30-letni. Od tygodnia objawy niedrożności jelita cienkiego od 3 dni wzmogły się wybitnie. Silne wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, suchy język, tętno 120 na minutę. Rokowanie stawialiśmy złe. Po znieczuleniu powłok w linji środkowej otwarto jamę brzuszną i rozpoczęto przeglądanie jelita od kiszki ślepej. W odległości około 40 cm znaleziono bliznowate zwężenie jako skutek po uwięzgnięciu tej pętli w przepuklinie, którą operowano przed kilkunastu miesiącami. Zwężenie wyłączono. Chory zachowywał się podczas zabiegu zupełnie apatycznie; na drugi dzień ustały wymioty, dalszy przebieg był zupełnie dobry.

Wątpię czy operacja w narkozie lub znieczuleniu rdzeniowem mogłaby mieć w tym wypadku tak dobry wynik.

J. GOERTZ. Lwów.

O wartości odczynu Davisa w klinice [1]).

Z II kliniki chorób wewnętrznych: Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

Jednym z najważniejszych postulatów diagnostyki schorzeń nowotworowych jest wczesne rozpoznawanie nowotworów złośliwych. Do tego celu zmierza cały szereg udoskonaleń metodyki badania klinicznego. Że jednak, wszystkie te metody nie spełniają jeszcze w całej rozciągłości swego zadania świadczy choćby dążność do odkrywania w ciągu ostatnich dziesięcioleci coraz to innych rozpoznawczych odczynów nowotworowych. Liczba tych odczynów, bardzo już dziś znaczna, dowodzi znów najlepiej, że i tutaj wiele przejść musiało do historji, zastępowane coraz to lepszemi, nigdy jednak dotąd doskonałemi.

Podany w roku 1913 przez Davisa odczyn nowotworowy w moczu jak dotąd nie doczekał się powszechniejszego zainteresowania. Jedynie w piśmiennictwie rosyjskiem znajdujemy w latach ostatnich kilka prac z tego zakresu. I tak dopiero w r. 1924 Ragoza wykonał szereg badań nad tym odczynem na materjale składającym się z 218 przypadków schorzeń nowotworowych i nienowotworowych oraz u ludzi zdrowych. Sposób wykonania odczynu według Ragozy przedstawia się następująco: Do stu ccm. świeżego moczu dodaje się 10 ccm. kwasu solnego stężonego, (chem. czystego) i ogrzewa się na małym płomieniu w kolbce do ukazania się pierwszych oznak początku wrzenia, poczem odstawia się do ostygnięcia. Do chłodnego już płynu dolewa się 30 ccm. eteru (siarczanego) i miesza się kilkakrotnie w ciągu kilkunastu godzin niezbyt silnie. Należy unikać zbyt silnego wstrząsania gdyż łatwo przychodzi wtedy do wytworzenia się emulsji moczu z eterem co w następstwie utrudnia oddzielenie wyciągu eterowego. Po dłuższym czasie warstwa eterowa przybiera zabarwienie, przy odczynie dodatnim od różowego do czerwonego wzgl. purpurowego, przy odczynie ujemnym eter pozostaje prawie bezbarwny lub też zabarwia się na żółto wzgl. bronzowo-żółto. Po oddzieleniu się zupełnem warstwy eterowej odciąga się eter do białej porcelanowej miseczki i pozostawia aż do odparowania eteru. Pozostaje wówczas w miseczce osad barwy takiej, jaką ma wyciąg eterowy, z tą tylko różnicą, że osad ten posiada odcień bardziej brudno szary, co utrudnia czasem należytą ocenę barw. Już w czasie ogrzewania moczu z kwasem solnym zauważyć można, że płyn ciemniejąc przybiera zabarwienie czerwono brunatne, niekiedy wprost przypominające barwę czerwonego wina (w razie odczynu dodatniego). Dopiero jednak uzyskanie przejrzystego wyciągu eterowego pozwala na należytą ocenę barwy odczynu. Według Ragozy nadają się najlepiej do wykonania odczynu mocze, których ciężar gatunkowy waha się w granicach 1,010—1,018. Mocze posiadające ciężar niższy aniżeli 1,005 nie dają wyraźnego odczynu. Domieszki patologiczne, jak krew lub ropa utrudniają w znacznym stopniu udanie się odczynu, obecność zaś składników żółci wprost go uniemożliwia. Wprawdzie Davis podaje w swej pracy, że miewał często wyniki dodatnie przy cholemji i żółtaczce, to jednak badania Ragozy stwierdzają iż obecność składników żółci dodanych do moczu chorych z odczynem dodatnim, jak również dodatek moczu chorych z żółtaczką do moczu o dodatnim odczynie unicestwia reakcję dodatnią. Również i dodanie taurocholanu sodowego do moczu chorych z dodatnim odczynem D. powoduje nieudanie się reakcji. Próby usunięcia barwików żółci zapomocą węgla przedsięwzięte przez Ragozę spełzły na niczem. Okazało się bowiem, że wraz z barwikami żółci ulegają pochłonięciu przez węgiel i te ciała, które stanowią podłoże odczynu D. Mocze o reakcji zasadowej oraz w rozkładzie nie dają odczynu. Obecność białka szkodzi w znacznej mierze powodując wychwytanie barwnej substancji odczynu przez ścinające się przy ogrzaniu białko. Ilość białka wynosząca 5% osłabia odczyn, 7% zmienia reakcję wybitną na bardzo słabą, przy 12 zaś % białka odczyn staje się ujemny. Białko jednak nie tak silnie zatrzymuje barwik, jak n. p. węgiel tak, że przez długotrwałe wytrząsanie eterem można jeszcze i w tych przypadkach, jak wykazują nasze doświadczenia, uzyskać wprawdzie nie wybitny lecz jeszcze wyraźny odczyn.

W rok po ukazaniu się pracy Ragozy ogłaszają Kuszelewski i niezależnie od tego Lipkin wyniki swoich badań nad odczynem D. Kuszelewski otrzymał w 31 przyp. raka odczyn dodatni w 96,8% oraz w 10% przyp. odczyn dodatni w schorzeniach nienowotworowych. Lipkin na 18 przyp. raka w jednym tylko uzyskał wynik ujemny. W 89 przyp. schorzeń nienowotworowych odczyn wypadł dodatnio w 21 przyp. to jest w 23%. Obaj autorowie podkreślają kliniczne znaczenie ujemnego wyniku próby. W kilku przypadkach ostrych, zakaźnych chorób gorączkowych, jak w tyfusie, szkarlatynie, influency i w malarji otrzymał Lipkin przeważnie wynik dodatni. U ludzi zdrowych, jak zgodnie stwierdzają wszyscy wymienieni autorowie, nigdy odczyn dodatni nie występuje. Wreszcie Jolwker i Matschan ogłaszają w r. 1927 statystykę obejmującą 43 przyp. raka, gdzie 41 razy uzyskali wynik dodatni. W pozostałych 2 przypadkach ujemnych chorzy mieli żółtaczkę. W 56 przyp. innych schorzeń otrzymali tylko 4 razy wynik dodatni. a to: w kamicy żółciowej, daleko posuniętej gruźlicy, kile i posocznicy. Opierając się na tych wynikach stwierdzają, że próba Davisa jest nieswoista lecz tem niemniej klinicznie cenna.

Przystępując do skreślenia wyników naszych badań należy zaznaczyć na wstępie, że w doborze materjału kierowaliśmy się głównie zasadą, iż nie absolutna ilość przypadków lecz ich staranny dobór dać może najlepszy pogląd na wartość odczynu. Toteż uwzględniliśmy z pośród przypadków nowotworowych tylko te, gdzie rozpoznanie było niewątpliwie stwierdzone klinicznie i roentgenologicznie, w większości zaś przypadków potwierdzone przez operację, biopsję, wzgl. autopsję. W wielu przypadkach n. p. nowotworów płuc i oskrzeli znajdowaliśmy potwierdzenie rozpoznania w badaniu histologicznem cząstek tkanki wydobytych zapomocą nakłucia igłą harpunową.

Metodykę wykonywania odczynu stosowaliśmy w nieco zmienionej postaci. I tak, po ostygnięciu mieszaniny moczu z kwasem solnym przenosiliśmy płyn wraz z ewentualnie utworzonym osadem do t. zw. rozdzielacza. Po dodaniu 30 ccm. eteru wytrząsaliśmy mieszaninę dość silnie kilkadziesiąt razy. Po upływie ½ do 1 godz. następowało zazwyczaj wyraźne oddzielenie się dwu warstw, górnej, mniej lub więcej zabarwionej emulsji eterowej, i dolnej, pozostałego moczu. Po odpuszczeniu dolnej warstwy, wlewaliśmy do lejka kilkanaście do kilkudziesięciu kropli alkoholu etylowego 96% poczem następowało zawsze dokładne oddzielenie się zawieszonych w eterze kuleczek moczu. Przez kilkakrotne

[1]) Wygłoszone na XIII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie dnia 26 września 1929.

wstrząsanie i odpuszczanie opadającego osadu uzyskiwaliśmy zawsze zupełnie przejrzysty wyciąg eterowy, którego barwa doskonale dawała się ocenić. Próbę wykonywaliśmy prawie zawsze w ilościach pierwotnie przez D a v i s a podanych, a więc: 100 ccm. moczu, 10 ccm. kwasu solnego i 30 ccm. eteru.

W ocenie wyników rozróżnialiśmy tylko 3 rodzaje odczynów. Wyciągi eterowe prawie bezbarwne oraz żółte do żółto-brązowych zaliczaliśmy do odczynów ujemnych. Jeśli barwa wyciągu eterowego przedstawiała odcienie mieszane żółto-czerwone, a więc gdzie nie mieliśmy do czynienia z czysto czerwonem zabarwieniem określaliśmy jako wynik wątpliwy. Te wreszcie próby które wykazywały czyste odcienie skali: różowy, karminowy, purpurowy (amarantowy) — określaliśmy jako dodatnie, nie oznaczając ilością krzyżyków nasilenia odczynu. Przekonaliśmy się bowiem, że nawet mocze tak rozcieńczone, jakie spotyka się przy moczówce prostej mogą dać odczyn wyraźnie dodatni. W dwu przypadkach moczówki prostej na tle niewątpliwie nowotworowem uzyskaliśmy przy ciężarze gatunkowym moczu nie przekraczającym 1,005 odczyn wyraźnie dodatni. Fakt ten pozostaje zarazem w sprzeczności z twierdzeniem R a g o z y, jakoby mocze o tak niskim ciężarze gatunkowym, jak powyższe nie nadawały się do wykonania próby. W większości przypadków powtarzano próbę po dwa i więcej razy.

Materjał nasz składał się z 262 przypadków w tem 159 przypadków schorzeń nowotworowych, oraz 103 przypadków różnych spraw chorobowych.

Grupa schorzeń nowotworowych obejmuje 155 przypadków nowotworów złośliwych, w tem 138 raków, oraz 17 mięsaków różnego umiejscowienia. W grupie nowotworów dobrotliwych znajduje się: *polyposis recti* (1 przyp.), *cystoma ovarii* (1 przyp.), *fibro-myoma* (1 przyp.). Przypadków z żółtaczką nie uwzględniliśmy w naszem zestawieniu, gdyż zgodnie z innymi autorami stwierdziliśmy, że obecność barwików żółciowych powoduje z reguły nieudanie się próby. W ogólnem zestawieniu otrzymaliśmy na 138 przypadków raka odczyn dodatni 115 razy, odczyn ujemny 18 razy, odczyn wątpliwy 5 razy. Jeśli zaliczymy przypadki z odczynem wątpliwym do ujemnych, otrzymamy ogólną ilość dodatnich 83,3%, ujemnych 16,6%.

W 17 przypadkach mięsaka odczyn dodatni wystąpił 8 razy, ujemny 9 razy, co stanowi w odsetkach 47% odczynów dodatnich, 53% ujemnych.

Przy nowotworach dobrotliwych uzyskaliśmy dwa razy odczyn dodatni, raz wątpliwy, raz ujemny. Przy rozpatrywaniu poszczególnych rodzajów raka według dotkniętych nim narządów, zwrócić musimy przedewszystkiem naszą uwagę na grupę obejmującą raka żołądka i przełyku. W grupie tej najliczniejszej uderza częstsze niż w innych występowanie odczynu dodatniego. Ilość odczynów dodatnich dochodzi w odsetkach do 91,6%. Jakkolwiek w porównaniu do statystyki R a g o z y, która zawiera zbliżoną do naszej liczbę przypadków raka żołądka (100% odczynów dodatnich) mamy niższy odsetek dodatnich wyników, to jednak częstość dodatniego występowania próby D a v i s a w przypadkach raka przewodu pokarmowego zasługuje na szczególne podkreślenie. Nasuwa się tutaj zarazem pytanie, jak wcześnie występuje odczyn D a v i s a przy rakach wogóle, a w szczególności przy raku przewodu pokarmowego. Ze względu na stosunkowo znaczną ilość obserwacyj w zakresie raka przewodu pokarmowego czujemy się uprawnieni do twierdzenia, że istotnie już w bardzo wczesnych okresach raka występuje dodatni odczyn D a v i s a. Do grupy raków żołądka i przełyku zaliczyliśmy bowiem przypadki takie, w których badanie kliniczne i roentgenologiczne nie dawało zrazu żadnych podstaw do przyjęcia nowotworowej przyrody schorzenia. Dopiero po dłuższym czasie obserwacji występowały u chorych objawy rozwijającej się sprawy nowotworowej. Dla przykładu przytoczymy pokrótce przypadek następujący: Chory K. K. lat 48, l. p. 221/28/9 zgłosił się 1/XII z objawami krwawiącego wrzodu dwunastnicy. Badanie żołądka zgłębnikiem w kilka dni po przyjęciu stwierdza swobodne przechodzenie zgłębnika do żołądka — i nadkwaśność. W prześwietleniu cechy wrzodu dwunastnicy. Odczyn D a v i s a silnie dodatni. W czasie leczenia stan chorego ulega poprawie, lecz w miesiąc po przyjęciu do kliniki zwraca chory uwagę na trudność w przełykaniu pokarmów stałych. Założony wówczas zgłębnik żołądkowy dochodzi tylko do głębokości 42 cm. Prześwietlenie wykazuje zwężenie przełyku dość znacznego stopnia. Badanie ezofagoskopem potwierdza nowotworową sprawę w dolnej części przełyku. Chory pozostawał w leczeniu kliniki jeszcze około dwa miesiące. Odczyn D a v i s a utrzymywał się bez zmiany.

Nowotwory.

	Odczyn ujemny	Odczyn wątpliwy	Odczyn dodatni	Ogółem
Rak żołądka	4	1	61	66
„ przełyku	1	—	5	6
„ jelita grubego	—	—	7	7
„ prostnicy	2	—	1	3
„ oskrzeli	3	1	13	17
„ woreczka żółciowego i wątroby	4	1	8	13
„ trzustki	1	1	5	7
„ sutka	—	—	2	2
„ gr. krokowego	—	—	4	4
„ pęcherza i nerek	1	1	3	5
„ macicy	1	—	4	5
„ mózgu i móżdżka	1	—	2	3
razem	18	5	115	138
Mięsak różn. narządów	8	1	8	17
Nowotwory dobrotliwe	3	–	1	4

Schorzenia nienowotworowe.

	Odczyn ujemny	Odczyn wątpliwy	Odczyn dodatni	Ogółem
Wrzód żołądka i dwunastnicy	10	2	4	16
Inne schorzenia żołądka i jelit	4	2	1	7
Schorzenia pęcherzyka żółciowego i wątroby	13	4	2	19
Gruźlica różnych postaci	12	1	4	17
Przewlekłe ropienia	6	1	—	7
Schorzenia nerek	1	2	—	3
Niedokrwistość złośliwa	2	1	4	7
Cukrzyca	1	—	2	3
Wole	1	—	2	3
Pasorzyty przewodu pokarmowego	1	2	—	3
Ziarniniak złośliwy	5	—	3	8
Posocznice	4	—	—	4
Cysty dermoidalne płuc	2	—	—	2
Schorzenia mięśnia serc.	2	—	—	2
Moczówka prosta	1	—	—	1
Chor. Gaucher'a	—	—	1	1
razem	65	15	23	103

Jeśli chodzi o wpływ charłactwa wogóle na występowanie dodatniego odczynu D., to stwierdzić należy, że nie mogliśmy w naszych spostrzeżeniach dopatrzeć się żadnej stałej równoległości między nasileniem odczynu, a stopniem wycieńczenia ustroju przez sprawę chorobową. Zagadnienie to skierowuje nas z kolei do rozpatrzenia wyników uzyskanych przy schorzeniach nienowotworowych.

Na 103 przypadki schorzeń nienowotworowych składają się te rodzaje schorzeń, które w rozpoznawaniu różniczkowem najczęściej wypada nam uwzględnić, gdy chodzi o wykluczenie, czy też przyjęcie schorzenia nowotworowego. W zestawieniu odsetkowem otrzymaliśmy w tych przypadkach 22,3% wyników dodatnich, wliczając do tej kategorji wyniki wątpliwe, jako świadczące na niekorzyść odczynu.

Biorąc pod uwagę najczęstsze występowanie odczynu dodatniego widzimy, że najliczniejsza znów grupa wrzodu żołądka i dwunastnicy wykazuje najczęstsze pojawianie się odczynu dodatniego. Nasuwa się tu jednak pytanie, czy nie mamy tu do czynienia z pewną liczbą przypadków, w których sprawa nowotworowa znajduje się niejako w zaczątku, nieuchwytna pod względem klinicznym, a dłuższa dopiero obserwacja chorego pozwoliłaby stwierdzić jej istnienie. W schorzeniach woreczka żółciowego i wątroby, z wyjątkiem marskości wątroby, która w jednym tylko przypadku dała wynik wątpliwy, spotykaliśmy dość często, bo 5 razy na 13 przypadków wynik dodatni i wątpliwy.

Natomiast podkreślić musimy ujemny odczyn D. w dwu przypadkach torbielowatości nerki, oraz w dwu przypadkach cysty dermoidalnej płuc. Aczkolwiek jest to zbyt mała liczba przypadków tych bądź co bądź rzadkich spraw chorobowych, to jednak wydaje się nam, że ujemny odczyn może niekiedy oddać usługi nie do pogardzenia.

Przypadki wreszcie ziarnicy złośliwej oraz gruźlica w różnych jej postaciach należą do tych schorzeń, których na podstawie próby Davisa wykluczyć nie można.

W ogólnym poglądzie na uzyskane przez nas wyniki należy w pierwszym rzędzie podkreślić prostotę i łatwość wykonania odczynu w najprymitywniejszych nawet warunkach pracy. Jakkolwiek w naszych spostrzeżeniach stosunek odsetkowy wyników dodatnich przy schorzeniach nowotworowych, jak też ilość wyników dodatnich przy schorzeniach innych nie przedstawia się tak korzystnie, jak w pracach wspomnianych wyżej autorów, należy stwierdzić, że wśród stosowanych dziś w klinikach odczynów biologicznych, najlepsze tylko wykazują tak wysoki odsetek wyników dodatnich. Należą tu np. odczyny Kahna, Freunda i Kaminera, dalej odczyn Abderhaldena wykazujący największy odsetek wyników dodatnich. I te odczyny jednak, nierównie mozolniejsze w wykonaniu, wymagające zasobnych w urządzenia pracowni, nie posiadają cech swoistości, odmawianych przez niektórych autorów nawet odczynowi Abderhaldena. Uwzględniając zatem wspomniane powyżej cechy odczynu Davisa sądzimy, że odczyn ten szersze niż dotąd winien znaleźć zastosowanie w klinice.

Istota odczynu po dziś dzień nie jest znana. Sam autor odczynu nie wypowiedział się zupełnie jasno w tym względzie. Ragoza oraz Lipkin i Kuszelewski do żadnego dodatniego wyniku w tym kierunku nie doszli. Jedynie Krasnopolski wykonując równolegle odczyn Davisa, oraz odczyn Obermayera na indykan, dochodzi do wniosku, że w odczynie Davisa substancję barwną stanowi indygo, którego pochodna indyrubina posiada barwę czerwoną. Do poszukiwań pokrewieństwa substancji stanowiącej treść odczynu Davisa z indykanem skłonił Krasnopolskiego fakt częstego występowania odczynu dodatniego Davisa u chorych cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego, cechujące się wzmożeniem procesów gnilnych w jelitach. Zmniejszanie tych procesów gnilnych drogą stosowania środków przeczyszczających powodowało przejście odczynu dodatniego w ujemny. Wszelako już Kuszelewski przed nim wykonał doświadczenia mające na celu wykrycie związku między wzmożoną ilością indykanu w moczu, a dodatnim odczynem Davisa, lecz żadnej równoległości nie zauważył.

Nie uprzedzając własnych w tym kierunku podjętych badań, sądzimy, że istotą odczynu Davisa nie stanowią rzeczywiście żadne swoiste dla tkanki nowotworowej ciała. Natomiast zdają się istnieć pewne poszlaki, że mamy tu do czynienia z ciałami zawartemi już w moczu prawidłowym, lecz w znikomej ilości. W pewnych warunkach ilość ta ulega nadmiernemu wzmożeniu i ujawnia się pod postacią dodatniego odczynu Davisa. Bliższe poznanie tych warunków pozwoliłoby nam określić dokładnie zakres rozpoznawczy odczynu, zacieśniając tem samem skalę błędów. Dalsze badania jednak wykażą nam też czy pochodzenia tych ciał szukać należy, jak chce Krasnopolski, w produktach gnicia jelitowego, czy też w wytworach przemiany materji wogóle.

Już po przygotowaniu pracy niniejszej do druku ukazała się w Pamiętniku Wileńskiego Twa Lekarskiego (rok V, zesz. IV) praca Dra. Apolinarego Rudzkiego p. t. „Wartość kliniczna odczynu Davisa w raku". Wyniki badań wspomnianego autora pozostają w zasadniczej sprzeczności z wynikami badań moich, co tłumaczyć sobie muszę odmienną w szczegółach metodą wykonywania odczynu, a wreszcie momentem subjektywnego oceniania barwy. Moment ten jest częstszą przyczyną rozbieżnego zapatrywania na wartość metod kolorystycznych.

Piśmiennictwo:

1) W. E. Jolwker i W. J. Matschan: Arch. f. Klin. Chir. 1927. str. 593. — 2) J. O. Lipkin: Wraczebnaja Gazeta 1925. str. 406. — 3) S. S. Kuszelewski: Wraczebnaja Gazeta. 1925. str. 404. — 4) A. Krasnopolski: Wraczebnaja Gazeta 1928. Nr. 5. 5) N. Ragoza: Archiw. kliniczeskoj i eksperymentalnoj medycyny 1924. str. 22.

Dr. A. S. MELCER. Myszków.

Fosfor organiczny i rola jego w leczeniu zaburzeń nerwowych, jak neurastenja i niemoc płciowa.

W czasie wojny światowej walczący żołnierze angielscy z polecenia władz wojskowych spożywali systematycznie poza pożywieniem zwykłem, tabletki preparatu tonizującego, pod nazwą „Marmit".

Lek ten wypróbowany początkowo tylko w armji operującej w Mezopotamji okazał się tak skutecznym, tak dobroczynnie wpływającym na siły cielesne i duchowe, iż wkrótce na mocy specjalnego rozporządzenia stał się obowiązującem uzupełnieniem codziennej racji posiłkowej w całej armji morskiej i lądowej Wielkiej Brytanji.

Z punktu widzenia lekarskiego zasługuje na uwagę skład chemiczny wymienionego preparatu. Otóż zawiera on wysoki procent organicznie związanego fosforu. Podobnem też powodzeniem cieszy się w Ameryce inny preparat „Vegex" (Vegetabil. extr.) o podobnym składzie chemicznym. Przyznać trzeba że te cenne właściwości fosforu, jako leku tonizującego, były i u nas w Polsce dawno już znane, jednak niedostatecznie szeroko w praktyce codziennej wykorzystane, gdyż fosfor nieorganiczny nastręczał szereg przeszkód któremi się lekarze zniechęcali aż do zupełnego zaniechania tego dobroczynnego leku. Niewątpliwie najważniejszą przeszkodą była stała obawa przed przedawkowaniem fosforu, który z konieczności podawano w dawkach miligramowych, najczęściej w zawiesinie tranowej; dalszą przeszkodę stanowiły częste zaburzenia żołądkowe, jakie rozwijały się przy podawaniu nawet minimalnych dawek fosforu.

Według Röhmanna wchłanianie i przyswajanie fosforu osiąga się w daleko większym stopniu przez stosowanie organicznych niż nieorganicznych związków fosforowych.

Röhmann w swych doświadczeniach podawał fosfor organiczny w postaci nukleoalbuminów (kazeiny, witeiliny) i stwierdził zatrzymywanie azotu i fosforu w ustroju, czego stwierdzić nie było można przy stosowaniu białek bezfosforowych, mimo równoczesnego podawania fosforanów nieorganicznych.

Z doświadczeń zaś Harta, Wendta, Holstiego i Osbornea wiemy, że ustroje zwierzęce syntetyzują również związki fosforowe organiczne z fosforanów nieorganicznych. Jak więc widzimy, sprawy te są niedostatecznie wyświetlone. Zachęcony jednakże wyżej wspomnianem doświadczeniem klinicystów angielskich („Marmit") i amerykańskich („Vegex") podjąłem w swej praktyce odnośne badania na większą skalę. Jako materjał do swych badań obrałem chorych na neurastenję.

Liczba chorych na neurastenję szczególnie po wojnie światowej tak znacznie wzrosła, że niema prawie dnia, w którym lekarz ordynujący niezastąpiony w swej poczekalni nowego pacjenta — neurastenika. Pomimo to żadnemu z nas ci nowi pacjenci nie są mili, gdyż leczenie ich nie na małe napotyka trudności. Już sam fakt, że prawie każdy lekarz stosuje swoją własną metodę, wskazuje, jak trudno sobie poradzić z tymi chorymi, szczególnie w praktyce prywatnej, gdzie chorzy ci ciągle zmieniają lekarza. Jednak wobec ogromu chorych na neurastenję, nasze obserwacje mogą nam ułatwić wyrobienie sobie racjonalnej metody leczenia, tego tak częstego cierpienia.

Neurastenja, jak wiadomo występuje przeważnie u ludzi pracujących umysłowo, ale nie brak jej również i wśród pracujących fizycznie. Powstaje ona więc wskutek wyczerpania umysłowego wzgl. fizycznego. U neurasteników przemiana materji odbywa się zbyt szybko, co też nam tłomaczy skąpe odkładanie się u nich tłuszczu, osłabienie sił fizycznych i t. p. Również wydzielanie się fosforu z moczem jest u neurasteników wzmożone (liczne fosfo-

L. p.	Imię i wiek chorego	Stan przed leczeniem			Czas i sposób leczenia	Stan po leczeniu
		Stan kliniczny	Czas trwania choroby przed lecz.	Zdolność płciowa		
1	Ludwik K. 23 l.	Uczucie lęku, bezsenność, łatwe wyczerpywanie się wzroku i słuchu, odruchy wzmożone, dermograph.	2 lata	Ejaculatio praecox	3 miesiące. Phosphit Spiess, Strychnina.	Czuje się zupełnie dobrze, sen spokojny. Chory uważa się za wyleczonego.
2	Marja B. 29 l.	Bezsenność, brak woli i energji, drganie włókienkowe mięśni. Obawa p zestrzeni.	6 lat	—	4 miesiące z krótkiemi przerwami. Phosphit Spiess.	Czuje się znacznie lepiej.
3	Piotr M. 41 l.	Nerwobóle zmienne, co do umiejscowienia zwiększona pobudliwość wasomotorów upośledzenie pamięci.	5 mies.	Erectio incompleta	6 tygodni. Phosphit Spiess. Strychnina rad. Valerian. w pigułkach.	Bóle zupełnie ustały i chory czuje się dużo lepiej.
4	Marjan B. 26 l	Uczucie lęku, bóle głowy, nerwica przewodu pokarmowego, wychudzenie.	$1^1/_2$ r.	dobra	2 miesiące. Phosphit Spiess, żelazo.	Chory czuje się znacznie lepiej, zaburzenia przewodu pokarmow. ustały.
5	Franciszek L. 24 l.	Hypochondrja, nadmierna pobudliwość.	3 lata	dobra	3 miesiące. Phosphit rad Valerian.	Chory czuje się zupełnie dobrze.
6	Abram D. 21 l	Uczucie lęku, bóle głowy	8 mies.	dobra	5 tygodni. Phosphit.	Czuje się dobrze.
7	Izak F. 27 l.	Łatwe męczenie się umysłowe i fizyczne upośledzenie pamięci.	4 lata	Ejaculatio deficiens	4 miesiące z przerwami. Phosphit + Extr. Strychn.	Czuje się dobrze.
8	Anna B. 34 l.	Podniecenie nerwowe, hyperhidrosis, Mysophobia.	8 lat	—	3 miesiące. Phosphit, rad. Valerian.	Chory spokojniejszy, czuje się ogólnie lepiej.
9	Helena M. 19 l.	Bóle głowy, pobudliwość wasomotorów, pollakuria.	5 mies.	—	5 tygodni. Phosphit.	Chory czuje się znacznie lepiej, pollakuria ustała.
10	Helena B. 25 l.	Nerwowe zaburzenia przewodu pokarmowego, osłabienie pamięci, bóle głowy.	2 lata	—	2 miesiące. Phosphit, żelazo.	Chory czuje się dużo lepiej.
11	Piotr K. 21 l.	Bezsenność, brak woli, łatwa pobudliwość, wychudzenie.	$2^1/_2$ r.	dobra	2 miesiące. Phosphit. acid. arsenic.	Chory czuje się zupełnie dobrze.
12	Samuel D. 29 l.	Nadmierna pobudliwość, upośledzenie pamięci.	1 rok	dobra	6 tygodni. Phosphit. rad Valerian.	Chory czuje się lepiej.
13	Paulina D. 38 l.	Bóle głowy, łatwe męczenie się umysłowe	2 lata	—	3 miesiące. Phosphit, rad. Valerian. natr. brom.	Chora czuje się dużo lepiej.
14	Franciszek B. 40 l.	Hypochondrja, zaburzenia przewodu pokarmowego.	3 lata	Ejaculatio praecox	$2^1/_2$ mies. Phosphit. Strychnina.	Chory czuje się bardzo dobrze.
15	Eljasz M. 19 l.	Bezsenność, nerwobóle w różnych okolicach ciała.	10 mies.	dobra	2 miesiące. Phosphit.	Chory czuje się zupełnie dobrze.
16	Stanisław M. 30 l.	Brak woli i energji, osłabienie pamięci, nadmierna pobudliwość.	3 lata	dobra	$2^1/_2$ mies. Phosphit.	Czuje się zupełnie dobrze.
17	Gustaw H. 29 l.	Bóle głowy, hyperhidrosis, nadmierna pobudliwość nerwowa, wychudzenie, brak apetytu.	2 lata	dobra	6 tygodni. Phosphit, żelazo.	Chory czuje się lepiej, apetyt dobry, bóle głowy ustały.
18	Józef T. 33 l.	Bicie serca, zwiększona pobudliwość nerwowa, bezsenność, uczucie lęku.	3 lata	Ejaculatio praecox	3 miesiące. Phosphit, Strychnina.	Czuje się dużo lepiej.
19	Bolesław Z. 31 l.	Nadmierna pobudliwość nerwowa i wasomotorów, bóle głowy.	2 lata	Errectio incompl.	6 tygodni. Phosphit, extr. Strychn.	Czuje się lepiej.
20	N. B. 32 l.	Uczucie lęku, bóle głowy, pocenie rąk i głowy.	6 lat	dobra	4 miesiące. Phosphit.	Chory czuje się dużo lepiej.
21	Antoni J. 33 l.	Bezsenność, brak woli i energji, bicie serca, łatwe męczenie się umysłowe.	2 lata	Errectio incompl.	6 tygodni. Phosphit, extr. Strychn.	Czuje się lepiej.

rany w moczu chorych na neurastenję). Prof. Tarchanow twierdzi, że „fosfor dla człowieka pracującego umysłowo jest tem, czem mleko matczyne dla niemowlęcia". Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na to, że najwięcej neurasteników dostarcza nam właśnie wytężona praca umysłowa, życie gorączkowe w ciężkich warunkach powojennych, nasuwa się mimowoli pytanie, czy owe twierdzenie prof. Tarchanowa nie tłumaczy nam choć częściowo zagadnienia, co do roli fosforu w leczeniu neurastenji. Jeżeli bowiem wskutek długotrwałej wytężonej pracy umysłowej, w czasie której nasz organizm traci szczególnie dużo fosforu, nabawimy się neurastenji, to prostem się wydaje, że dla przywrócenia zaburzonej równowagi, powinniśmy w pierwszym rzędzie wyrównać owe straty zwiększonym dowozem fosforu z zewnątrz, tem bardziej, że fosfór zwalnia również przemianę materji, która u neurasteników, jak wyżej wspomniano, jest przyśpieszona.

Kierując się takiem rozumowaniem zacząłem stosować u swoich chorych na neurastenję przeważnie organiczny fosfor w postaci „Phosphit Spiess'a i prawie we wszystkich leczonych tym sposobem przypadkach osiągnąłem wyniki zupełnie zadowalniające, znacznie przewyższające inne metody. Wspomnieć jednak muszę, że w preparacie Phosphit Spiessa obok fosforu organicznego odgrywać musi dużą rolę leczniczą, również i jon wapniowy (zahamowanie nadmiernie posuniętej przemiany materji i t. d.).

Stosowanie Phosphitu przez czas dłuższy u chorych na neurastenję ułatwiło mi również w dużym stopniu późniejsze leczenie swoiste niemocy płciowej, która przypadkowo towarzyszyła niektórym chorym. Dzięki tym przypadkowym spostrzeżeniem stosuję odtąd w leczeniu „impotentia coeundi" (Phosphit Spiessa), poczem dopiero zaczynam leczenie swoiste (Yohymbina, strychnina, neurotonina, Inj. Testiculi Spiessa, extractum Glycer. Testicul i t. p.) i obserwuję daleko trwalszą i szybszą poprawę, niż poprzednio, kiedy w podobnych przypadkach odrazu zacząłem od leczenia swoistego.

W. JANUSZ. Lwów.

O pierwotnej torbieli rozległej płata czołowego, występującej z jamistością rdzenia — jako podłożu anatomicznem padaczki objawowej [1]).

Zakład umysłowo-chorych w Kulparkowie.
Dyrektor Dr. med. J. Bednarz.
Prymarjusz: Dr. med. W. Janusz.

Zagadnienie, dotyczące pochodzenia i powstawania torbieli w mózgu, stanowi niezwykle ciekawy temat, ponieważ właśnie w tym narządzie istnieją liczne czynniki, sprzyjające ich zawiązkowi. Delikatna i miękka tkanka mózgowa, otoczona od zewnątrz i od wewnątrz płynem mózgowo-rdzeniowym — jest wogóle podatnem tłem dla powstawania torbieli. Również i medycyna praktyczna zdradza żywe zainteresowanie się owym ciekawem zagadnieniem, które pobudza neurologów do wysubtelnienia ścisłych metod rozpoznawczych, chirurgów zaś do opracowania najsłuszniejszej techniki operacyjnej, która w ostatnich latach wprowadza nawet coraz pewniej t. zw. trepanację próbną.

Nauka nie zna dotychczas pewnego, ściśle określonego obrazu anatomo-patologicznego padaczki objawowej, dającej zresztą tyle niemal różnorodnych zmian, ile jeno spostrzegano przyczyn, wywołujących owe schorzenie.

Jak wiadomo, sprawa podziału padaczki na jej poszczególne odmiany rodzajowe jest wciąż nadal tematem ożywionych sporów naukowych, które wahają się w granicach krańcowych zdań. Nauka, wyodrębniając padaczkę, nadawała jej pojęcia od choroby *sui generis* aż do zespołu objawów. Ostatnio uciera się coraz bardziej mniemanie , że padaczka jest jeno zwyczajnym odczynem środkowego układu nerwowego, uzewnętrzniającym się stale jednym i tym samym objawem, to jest napadami drgawkowemi. Istnieje dość danych anatomicznych, dozwalających na wyodrębnienie postaci padaczki, cechującej się właściwościami zarodkowemi glejuu, który przez dłuższy okres czasu zachowuje wybitną zdolność do rozległego wybujania. Owej predyspozycji mózgowej, wyrażającej się odrębnem wykształceniem układu nerwowego oraz potencjonalnemi właściwościami tkanek, wchodzących w jego skład, odpowiada właściwy przebieg chemiczno-biologicznych procesów. One to wyjaśniają w pewnym stopniu dynamiczne napięcie pierwocin nerwowych do spowodowania w niektórych okolicznościach odczynu drgawkowego. Postać takiej padaczki odpowiada zwłaszcza klinicznemu pojęciu padaczki samorodnej. W związku z tem Redlich 1) coraz częściej używa określenia padaczki przewlekłej w odróżnieniu do poszczególnych napadów, wywołanych czynnikami zewnętrznemi. Dlatego też w świetle danych anatomicznych odróżniamy dwie zasadnicze postacie padaczki, z których pierwsza cechuje się postępującem wybujaniem rozlanem gleju (gliozą) w przeciwstawieniu do organicznych schorzeń mózgu drugiej postaci, która znamionuje się wprawdzie również wybujaniem gleju, to jednak bardziej ograniczonem, nie przekraczającem sfery objętej czynnością, zmierzającą do zastępczego wypełniania ubytków czyli t. zw. gliozy reparacyjnej.

Już oddawna znany jest w anatomji patologicznej podział torbieli układu nerwowego na pierwotne i wtórne czyli prawdziwe i rzekome. Pochodzenie tych ostatnich łączy się z rozpadem i rozmiękaniem nowotworów (glejaki, mięsaki, torbielaki skórzaste), z rozssaniem się wylewów krwawych, z zapalnemi oraz zanikowemi zmianami miąższu nerwowego, a wreszcie pasorzytami. Do pierwotnych zaliczamy torbiele powstałe z wadliwie wykształconych komór, t. j. z ich uchyłków oraz z naturalnych zagłębień mózgu, jakie wytworzyły się na tle zmian zapalnych wyściółki wewnętrznej komór. Ten podział zasługuje ze wszech miar na uznanie, albowiem wyjaśnia dostatecznie patogenezę torbieli mózgowych a zarazem zdaje się wytyczać drogę dla stosowania najtrafniejszego lecznictwa.

Pojęciem torbieli określamy pewną wytwarzającą się wolną przestrzeń międzytkankową ustroju, wypełnioną płynną bądź gazową zawartością. Odpowiednio do liczby takich wolnych przestrzeni wyróżniamy torbiele jednokomorowe i wielokomorowe (uniloculare et multiloculare). Wielkość tych torbieli waha się od objętości ziarna fasoli do orzecha laskowego. Powstają one z tworów gruczołowo-nabłonkowych, jako torbiele retencyjne, tylko pod wpływem stopniowo zaznaczającej się niedrożności przewodów wydalających. Nagłe uszczelniania dróg odprowadzających nie przyczyniają się nigdy do wytwarzania torbieli, albowiem wydzielnicza czynność zostaje wówczas zupełnie zniesiona. Retencyjne torbiele należą do zmian wstecznych. Natomiast torbiele, wytwarzające się wskutek samoistnego wzrastania ich ścian — zowią się proliferacyjnemi i zaliczają się raczej do działu nowotworów. Torbiele te powstają niekiedy również w wadliwie odszczepionych zawiązkach nabłonka zarodkowego lub nawet na tle porozszerzanych naczyń krwionośnych i chłonnych. W pierwszych dwóch przypadkach wewnętrzną powierzchnię wyściela warstwa nabłonkowa, w trzecim składa się ona ze śródbłonków, przedstawiając twory zwane *haemangioma* et *lymphangioma cysticum*. Pierwotnym zawiązkiem torbieli nabłonkowych mózgu jest najczęściej przednia część gruczołowa przysadki mózgowej, natomiast rzadziej przybierają one charakter nowotworowy w miąższu szyszynki. Śródbłonkowe torbiele wywodzą się zwykle *z thelae choriodeae* komór, występując prawie stale we większej liczbie. Takiemiż tworami są również torbiele opon, jednakże ich patogeneza omówiona już poprzednio w pracy mojej pod tyt. „W sprawie pochodzenia i powstawania torbieli opon miękkich" Pol. Gaz. Lek. Nr. 31, r. 1924. odbiega znacznie od niniejszego tematu. Piśmiennictwo zna wreszcie t. zw. torbiele gazowe w mózgu, pojawiające się zazwyczaj w większej liczbie, których pochodzenie polega na wniknięciu do tkanki mózgowej drobnoustrojów, posiadających właściwość wytwarzania gazów. Drobnoustroje te stwierdzano często w bezpośredniem sąsiedztwie wspomnianych torbieli, a to w przypadkach ogólnej posocznicy, zwłaszcza w porze letniej, przyczem charakterystyczne jest, że t. zw. odmę gazową spostrzegano równocześnie w wielu narządach.

Pierwotne torbiele układu nerwowego powstają najchętniej w półkulach móżdżka a nowoczesne piśmiennictwo lekarskie podało liczne ich przykłady. Zdaniem Henschena 2) najczęstszym zaburzeniom rozwojowym ulega właśnie móżdżek. Zaburzenia te przyczyniają się do rozwoju torbieli, ponieważ w okresie wykształcania się móżdżka uwypukla się jego wewnętrzna strona, na której dają się wówczas wyróżnić z łatwością dwie powierzchnie, z których jedna ciągnie się w kierunku podstawowym, druga zaś w kierunku rdzeniowym. Obie te powierzchnie nachylone są do siebie pod kątem ostrym. Ponieważ *plica choriodea* przylega do górnej krawędzi powierzchni rdzeniowej dlatego tam pomiędzy niemi powstaje przestrzeń szczelinowata, która w prawidłowych okolicznościach znika zupełnie, ulegając zarośnięciu. Szpara ta od swych odkrywców His'a i Bolk'a otrzymała nazwę szczeliny His-Bolk'a, a przedstawia się jako prze-

---

[1]) Według pokazu, zgłoszonego na posiedzenie Lwowskiej Sekcji neurologiczno-psychjatrycznej, które odbyło się w Kulparkowie w dniu 12 czerwca 1929 r.

mijające rozszerzenie czwartej komory. Istota torbieli móżdżkowych, zdaniem Henschen'a, polega najczęściej na przegrodzeniu się owej szczeliny, która dzięki nagromadzeniu się zawartości płynnej — przeistacza się w twór torbielowaty. Są one zatem wodniakiem czwartej komory (hydrocele).

Dla dokładniejszego wyczerpania tematu wspomnę również o ciekawych odmianach torbieli mózgu, opisanych przez Kocher'a w Zeitschr. f. Chir. 1893 r. Przypadki te dotyczą mianowicie dwóch dziewczynek w wieku lat 15 i 17, które całkiem za młodu doznały urazów. Pierwsza, gdy liczyła $1^1/_2$ roku, upadła głową na dół, druga — ucierpiała w czasie porodu kleszczowego. Napady stopniowo wzmagającej się padaczki urazowej stanowiły najważniejszy objaw u obydwóch tych dziewcząt, które wyleczono zresztą zapomocą zabiegu operacyjnego. W obydwóch przypadkach podczas operacji stwierdzono torbiele, wypełnione płynem jasnym, wielkości pięści, łączące się bezpośrednio z komorami bocznemi. Trzeci przypadek odnosił się do 16 letniego chłopca, któremu z powodu złamania czaszki usunięto odłamek kości, będący domniemaną przyczyną padaczki. Dopiero na sekcji zauważono u niego dużą torbiel, która usadowiła się w miejscu górnego i środkowego zwoju czołowego. Łączyła się ona bezpośrednio z rozszerzoną komorą boczną. Torbiel ta zawdzięczała niewątpliwie powstanie swoje zmiażdżeniu tkanki mózgowej płata czołowego, za czem przemawiałoby niejednostajne zabarwienie żółto-czerwonawe sąsiadującego miąższu nerwowego. Znamienne było w tym przypadku, że tak rozległe uszkodzenie spowodowało jeno utratę przytomności, trwającą przez 14 dni oraz przemijające połowicze porażenie po stronie przeciwnej. Rzekome owe torbiele, nieodgraniczone niczem od istoty mózgu i pozbawione jakiejkolwiek własnej wyściółki, nazywa Kocher zresztą niesłusznie, jak później zobaczymy — „porencephalią urazową".

Natomiast pierwotne torbiele surowicze półkul mózgu są zmianą do tego stopnia rzadką, że w piśmiennictwie naukowem uchodzą za białe kruki. W dostępnych źródłach piśmienniczych nie udało mi się wyszukać ani jednego podobnego opisu pierwotnej torbieli, któraby wystąpiła z równoczesną jamistością rdzenia. Z powyższych względów niżej przytoczony obraz anatomiczny zasługiwałby na szczegółowsze uwzględnienie.

Przypadek dotyczył mianowicie mężczyzny lat 47, R. T., wdowca, z zawodu nauczyciela, przebywającego ostatnio w postaci prebendarjusza Zakładu im. Bilińskich we Lwowie. Ze względu na agresywne zachowanie się i coraz częściej występujące napady padaczkowe został odesłany dn. 27. III. 1927 do Zakładu Umysłowo-chorych w Kulparkowie. Wskutek znacznie posuniętego otępienia, łączącego się z zupełnym niemal zanikiem inteligencji oraz pamięci jakoteż wobec braku zupełnej orjentacji w przestrzeni i w czasie, wywiady z chorym dały bardzo skąpe wyniki. Chory nie potrafił podać ani miejsca urodzenia, ani rodzaju uprawianego zawodu i wykształcenia, ani miejsca swego obecnego pobytu a nawet nie potrafił określić daty, miesiąca i roku, a nadto nie poznawał lekarza. Brak bliższych krewnych uniemożliwił wyrobienie sobie jakiegokolwiek poglądu co do stanu chorego, poprzedzającego jego przyjście do tutejszego Zakładu. Na pytania chory odpowiadał stale uśmiechając się głupkowato i nie zdawał sobie sprawy ze swego stanu chorobowego. Objawy kliniczne, spostrzegane za życia, zarysowywały się tak nieznacznie, że więcej uwagi należałoby raczej poświęcić obrazowi anatomicznemu; poprzestaję przeto na przytoczeniu najważniejszych szczegółów opisu choroby.

Badanie przedmiotowe w chwili przybycia do Zakładu tutejszego dn. 27. III. 27 r. wykazało: Głowa zachowuje prawidłowe stosunki. Lewa powieka ciężko opada, przyczem stwierdzono, że lewa gałka oczna uległa zanikowi. Prawa źrenica wybitnie rozszerzona, nie oddziaływała na światło i akomodację. Chory prawie nic nie widział, cierpiąc nawet na brak poczucia światła. Fałd nosowo-policzkowy płytszy po stronie prawej. Język lekko zbacza od linji środkowej. Słuch przytępiony. Połykanie oraz mowa bez zaburzeń. W kończynach górnych nie zauważono żadnych zmian widocznych. Stopnia odczuwania zewnętrznych podniet nie można było określić ze względu na znaczne otępienie psychiczne chorego. Odruchy ścięgniste w szczególności kolanowe wyraźnie żywsze. Siła motoryczna kończyn dolnych wybitnie osłabiona, mięśnie wiotkie, w stanie zanikania. Chodzi niedołężnie, z trudnością, a prowadzony przez dwie pielęgnarki ledwie podnosi nogi. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym wypadł ujemnie.

30. III. W nocy wystąpiły drgawki podobne do padaczkowych, utrzymujące się również w dniu następnym. 27. IV. napad padaczkowy. 19. V. stwierdzono napad padaczki, po którym wystąpił stan spotęgowanego zamroczenia z podnieceniami. 10. VI. od kilku dni podniecony, krzyczy i wymyśla. 30. VI. Chory upadł na podłogę i potłukł się, przyczem na prawem podudziu wystąpił rozległy krwiak podskórny. 10. IX. Wybitnie niedołężny, stale leży w łóżku milcząco i zanieczyszcza się. 27. III. 28 r. Chory stale podniecony po napadzie padaczkowym, dużo mówi, krzyczy, złości się. 10. VI. Napady występują co kilka dni, niekiedy powtarzają się, jednakże przerwa trwała nawet dwa lub trzy tygodnie. Chory nic nie widzi i nie słyszy, często bywa podniecony, krzyczy i dużo mówi. 10. VII. Chory chudnie z dnia na dzień. Badanie fizykalne stwierdza stłumienie nadobojczykowe. II. IV. Chory podupada coraz bardziej, zresztą nie gorączkuje. 2. V. Pije tylko trochę mleka, z trudem mówi. Tętno słabo napięte około 50.

6. V. Zmarł o godzinie 21.

Rozpoznanie kliniczne: Epilepsia.

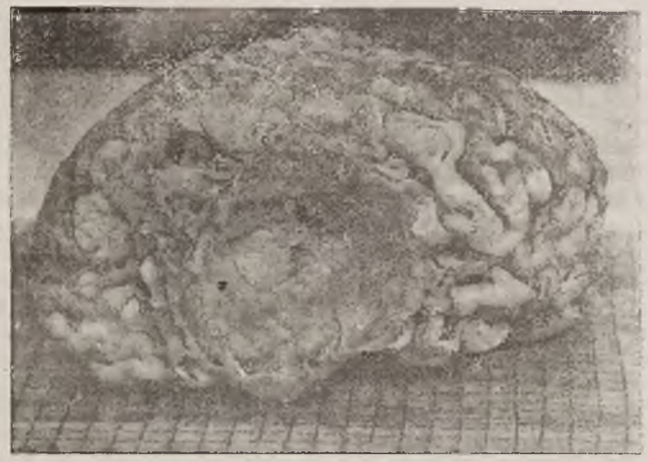
Sekcja Nr. prot. 63/1929, wykonana dn. 7. V. 29 w 27 godzin po śmierci wykazała u osobnika wzrostu słusznego, o lichem odżywieniu i słabo rozwiniętem umięśnieniu co następuje (w streszczeniu): W czasie oględzin zewnętrznych zauważyłem liczne drobne blizny oraz ogniskowe brunatnawe pigmentacje na palcach rąk i podudziach. Prawe podudzie znacznie obrzękłe. W miejscu dawnego krwiaka wystąpiło znaczne zgrubienie tkanki podskórnej, wydzielającej na przekroju dość gęsty płyn jasno bursztynowy. W okolicy prawego stawu biodrowego oraz na krzyżach stwierdziłem obecność odleżyn, głębokich na $^1/_2$ cm, wielkości srebrnej dwuzłotówki; dno tych odleżyn pokrywała szaro-ropiasta zawartość ciągliwa. W narządach wewnętrznych poza przewlekłą gruźlicą płuc i zmianami wstecznemi nie zauważyłem nic godnego szczególnej uwagi.

Obszerniej nieco uwzględnię opis środkowego układu nerwowego:

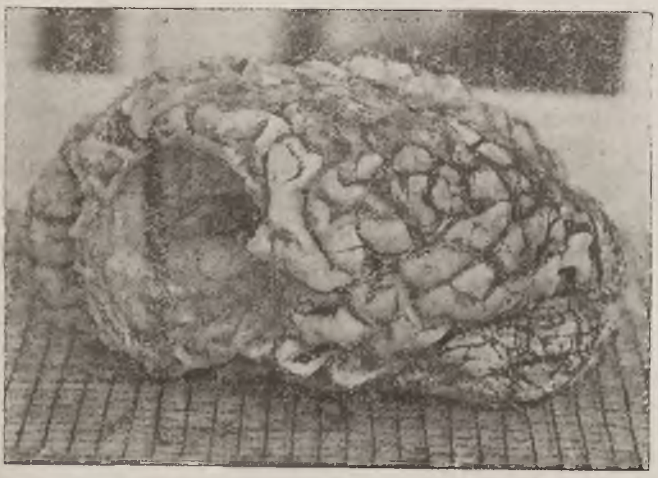
Głowa i twarz zachowują stosunki prawidłowe. Czaszka o typie mesocefalicznym, o miernym poroście. Symetrja zachowana. Szwy zaznaczone. Nigdzie nie stwierdzono żadnych śladów przebytych urazów. Po otwarciu jamy czaszkowej stwierdziłem nieznaczne ścieńczenie lewej połowy kostnej pokrywy czaszki, o wyraźnej przewadze istoty zbitej. Opona twarda była silnie napięta i nie dała się sfałdować zwłaszcza po stronie lewej. W czasie nacinania opony twardej z okolicy płata czołowego lewego począł wylewać się w obfitości płyn jasny, przeźroczysty, który w ilości około $^1/_2$ litra zebrałem do zbadania. Gdy oddzieliłem oponę twardą, zrośniętą w okolicy płata czołowego lewego z istotą korową, uderzył mnie przedewszystkiem obraz rozległego ubytku jamistego płata czołowego lewego, osiągającego wielkość pięści dorosłego mężczyzny. Ubytek ów okalała ścieńczała kora mózgowa w postaci delikatnej błonki, ściśle zrośniętej z oponą twardą. Opona ta w innych miejscach przedstawiała się zresztą całkiem prawidłowo. Zatoka sierpowata górna była próżna. W innych zatokach znajdowała się skąpa zawartość ciemnoczerwonej krwi z nielicznemi skrzepami. Opony miękkie półkuli lewej biernie przekrwione i obrzękłe, przez które przeświecały poszczególne zakręty. Naczynia krwionośne na podstawie mózgu bez zmian. Mózg po wyjęciu ważył 1470 gr.; zwoje mózgowe spłaszczone, rowki zaś płytkie w szczególności w półkuli lewej. Rzuciwszy okiem na obydwie półkule dostrzegamy zmniejszenie się podłużnego wymiaru lewej połowy w porównaniu z prawą.

Torbielowata ta jama o wymiarach 8×6 cm doprowadziła do zupełnego zaniku zwoju czołowego dolnego i średniego, powodując nadto częściowe zniszczenie również zwoju czołowego górnego oraz zwojów oczodołowych. Oddzielając się ściśle od istoty mózgowej, ona to graniczy od góry ze zwojem centralnym przednim, nazewnątrz przylega do bocznej brózdy lewej mózgu i górnego lewego zwoju skroniowego, ku dołowi dotyka zwoju prostego a od wnętrza opiera się o szczątki lewego zwoju czołowego górnego. (Rycina 1). Inne zwoje zachowują zresztą prawidłowe ułożenie, ścieńczając się stopniowo ponad tą jamą w postaci delikatnej błonki, wytworzonej z szarej istoty korowej. Jama ta łączy się bezpośrednio ze środkową częścią lewej komory bocznej *(cella media)*, której przedni i dolny róg utworzyły właśnie wspólny ubytek, dochodzący do *trigonum ventriculi lateralis*. Otwór międzykomorowy *(foramen interventriculare)*, wiodący do światła 3-ej komory, był wyraźnie drożny. (Rycina 2). Wszystkie inne komory mózgu pojemności odpowiedniej. Wewnętrzna powierzchnia wspomnianej jamy wygląda jak posypana kaszką grysikową, a tylko w odcinku mózgu, zrośniętego z oponą twardą, wyściółka wewnętrzna była zmętniała i chropowata w dotknięciu palcem. Z pozostałych części tkanki mózgowej w okolicy torbielowatego uwypuklenia można wnioskować o proporcjonalnem ścieńczeniu białej i szarej istoty, które wreszcie zanikają na szczycie

w zupełności. Spoidło wielkie bez zmian widocznych. *Ventriculus septi* pojemności odpowiedniej, *septa* zaś są prawidłowo zachowane. Podstawa mózgu w szczególności wzgórek wzrokowy oraz prążkowie po stronie lewej w stosunkach anatomicznyych nie odbiega wcale pod względem rozmiarów od tych samych tworów po stronie prawej, przyczem poszczególne jądra wyraźnie się odgraniczają od otoczenia. Sploty naczyniaste były miękkie i soczyste. Nerw węchowy oraz wzrokowy po stronie lewej widocznie ścieńczały w porównaniu z prawą połową mózgu.



a



b

Ryc. 1 a i b.
Pierwotna torbiel lewego płata czołowego sfotografowana w odmiennych pozycjach.

W czasie sekcji kanału kręgowego stwierdziłem, że opona twarda była gładka i lśniąca z obydwóch stron. Opony miękkie były nieco obrzękłe. Korzonki przednie i tylne bez wyraźnych zmian. Rdzeń przedłużony w okolicy zgrubienia szyjnego nie wykazuje na przekrojach poprzecznych jakiejkolwiek różnicy między prawą a lewą stroną. Na licznych natomiast kolejnych przekrojach dalszych odcinków rdzenia zaznaczała się asymetrja w rozmieszczeniu przedniej i tylnej jego brózdy. Na wysokości IV i V kręgu piersiowego stwierdziłem w rdzeniu wyraźne zgrubienie, zawierające na przekroju nieznaczną lukę jamistą wielkości ziarna ryżu o zapadniętych ścianach. Podczas nacinania tego odcinka rdzenia z opisanej jamki wydzielił się płyn jasny i przeźroczysty. Spoistość rdzenia była wyraźnie obrzękła.

Do badania drobnowidowego pobrałem skrawki z najbardziej uwypuklającej się części przedniego rogu komory lewej, z okolicy trigonum obydwóch komór bocznych, z komory IV, z rdzenia przedłużonego oraz z licznych odcinków rdzenia utrwalane zarówno w formalinie jak i w alkoholu, z zastosowaniem następujących metod barwienia: sposobem N i s s l'a, H o l z e r'a, v. G i e s o n'a, W e i g e r t-P a l'a, S t ö l z n e r'a, M a l l o r y, A n g l a d è a, D r e s z e r'a, S n i e s a r e w'a, R i o H o r t e g a i hematoksyliną i eozyną.

Skrawki, pochodzące z najbardziej uwypuklonej części przedniego rogu komory lewej wykazują najciekawsze zmiany w zachowaniu się wyściółki wewnętrznej, która w okolicy płata czołowego lewego była wybitnie zgrubiała o wyglądzie jakby posypana kaszką grysikową. W obrazie drobnowidowym warstwa nabłonkowa niejednolicie wyściela ścianę omawianego uwypuklenia, miejscami bowiem układają się komórki wyściółkowe w jedną warstwę lub nawet przybierają charakter wielowarstwowy, miejscami natomiast brak ich zupełnie. W niektórych miejscach widoczne są liczne uwypuklenia o kształtach brodawkowatych, z których większe wytworzone są z wielokrotnie poprzeplatanych włókien glejowych oraz z jąder komórek glejowych. Włókna te dostają się bezpośrednio z głębszych warstw gleju podwyściółkowego, rozprzestrzeniającego się w postaci zbitego splotu włókien, które stopniowo przechodzą przez bardziej wiotkie utkanie glejowe w miąższ istoty mózgowej. (Rycina 3). Opisane obrazy dotyczą tylko wyściółki przedniej części komory lewej, natomiast wewnętrzna jej powierzchnia w okolicy *trigonum* nie odbiega od prawidłowego stanu. Właśnie przytoczona rycina przedstawia jednowarstwowy układ komórek wyściółkowych o kształtach cylindryczno-brukowych, wspomnianego odcinka. W taki sam prawidłowy sposób zachowuje się również wyściółka innych komór mózgu.

Ryc. 2.
Schemat poziomego przekroju omawianego mózgu: prawa półkula przedstawia prawidłowe wymiary komór, lewa zaś uwidacznia zarysy torbieli płatu czołowego.



1. Lewy tylny splot naczyniasty. — 2. Prawy przedni splot naczyniasty. — 3. Przedni róg komory bocznej. — 4. Dolny róg prawej komory bocznej. — 5. Tylny róg komory bocznej. — 6. Czwarta komora. — 7. Trzecia komora. — 8. Wodociąg Sylwiusza. — 9. Otwór Monroe'go. — 10. Otwór Magendie prowadzący od światła komory w przestrzeń podpajęczynówkową zewnętrznej powierzchni układu nerwowego. — 11. Podobny otwór Luszki. — 12. Torbiel, powstała ze zlania się przedniego i dolnego rogu lewej komory bocznej.

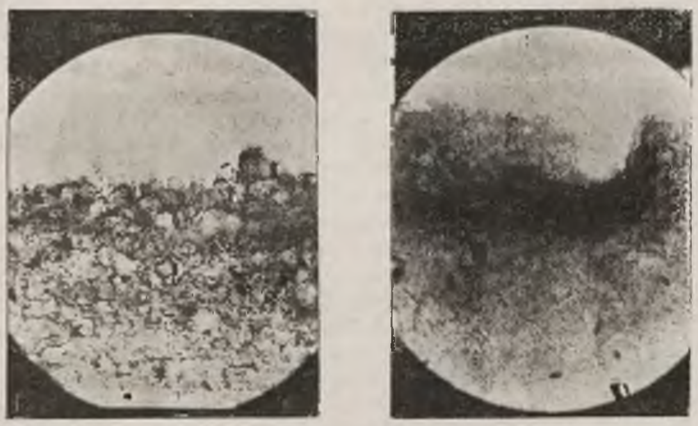
W zewnętrznej warstwie ściany omawianego uwypuklenia torbielowatego stwierdza się stan wybujania, składający się z komórek i włókien glejowych, wyraźnie przeważających. Poszczególne włókna wyróżniają się swojemi rozmiarami i grubością, układ zaś ich przebiega w sposób podobny do włókien nerwowych i odznacza się równokształtnem bujaniem o typie zwanym *isomorphe gliose*. Ze stwierdzonych obrazów zachowania się gleju wnioskować można, że główne jego zadanie streszcza się w dążności do wypełnienia ubytków przestrzennych. Pierwociny glejowe obok wyraźnych zmian postępowych wykazują również pewne cechy zmian wstecznych. Pojawienie się tych ostatnich w postaci drobnych komórek o nieprawidłowych kształtach, obfitujących w drobne ziarenka lipofuscyny w omawianym przypadku jest zupełnie zrozumiałe ze względu na podeszły wiek zmarłego. Nigdzie natomiast nie stwierdzono obecności barwika hemosyderyny ani też jakichkolwiek śladów przebytego krwawienia.

Odczyn sporządzony zapomocą żelazocjanku potasu i kwasu solnego nie wykazał cząsteczek żelaza w badanych skrawkach

ścian opisanej torbieli, z czego wnosić należy, że wzmiankowana tkanka nerwowa nie posiadała żadnego śladu przebytych krwawień. Również badania tych samych skrawków metodą del Rio Hortega, uzupełnioną sposobem Spatz'a na obecność żelaza — wypadły ujemnie. W obrazach zabarwionych zapomocą węglanu srebra stwierdziłem znaczny rozrost komórek Hortegi, skupiających się najchętniej w pobliżu większych naczyń lub otaczających naczynia włosowate, które uwidoczniają się wyraźnie na badanych skrawkach. W tych obrazach owe pierwociny mi-



Powiększenie D. D. Zeissa.



Powiększenie A. H. Zeissa.

Ryc. 3.

Obrazy, odpowiadające zmianom*Ependymatisis chronica cum sclerosi neurogliali*. Preparaty, barwione wybiórczemi metodami gleju.

krogleju nie posiadają wcale cech przerostowych, a wobec zupełnego braku świeżych (t. j. nowowytworzonych) naczyń uważałbym, że obfitość komórek Hortegi w omawianym przypadku stanowi pewien wyraz upodabniania się opisanej tkanki nerwowej do zarodkowego układu nerwowego. Podobne obrazy u noworodków opisał szczegółowo del Rio Hortega 3). Rycina 5).

Ze względu na aktualność wyjaśnionych w ostatnich latach ciekawych faktów morfologicznych, dotyczących mikrogleju — wspomnę w tem miejscu o wszechstronnych dociekaniach del Rio Hortegi oraz jego uczniów, które dowiodły, iż komórki trzeciego elementu powstają w ustroju zarodka znacznie później, niż glej nerwowy. A mianowicie w późniejszych okresach życia embrjonalnego, gdy układ krwionośny mózgu zostanie już wykształcony — pierwociny mikrogleju wyłaniają sie dopiero znacznie później po nim. Powstają one w istocie białej w najbliższem sąsiedztwie komór mózgowych i to zupełnie niezależnie od wyściełającego nabłonka, z którego jak wiemy, wywodzą się przez odszczepienie i wywędrowanie poszczególnych neuroblastów i glejoblastów, które tworzą pierwszy i drugi element tkanki nerwowej. Mikroglej względnie mesoglej czyli trzeci element — różni się od innych składników tkanki nerwowej nietylko pochodzeniem mesodermalnem lecz także i tą okolicznością, iż mikroglej wytwarza się chętnie w pobliżu opony (*tela chorioidea sup.* i okolica szpary Bichat). Z pierwotnych ognisk rodzinnych oddalają się z biegiem czasu poszczególne pierwociny mikrogleju w oba przeciwne kierunki ku biegunom półkul mózgu. Del Rio Hortega, starając się dowieść mesodermalno-leukocytarnego pochodzenia mikrogleju, przypuszcza, że histogeneza tych gromadzących się nieraz licznie komórek Hortegi dookoła naczyń, opiera się na pierwocinach tkankołącznowych przydanki, względnie w niektórych przypadkach na t. zw. monocytach krwi krążącej, które są haemohistoblastami czyli pochodnemi głównie pierwocin tkanki łącznej wprost, bez przebywania okresu rozwojowego haematocytoblastów.

W obrazach histologicznych skrawków, wyciętych ze ścian omawianej torbieli, zabarwionych metodą Nissl'a, zauważyłem w komórkach zwojowych całą kolej zmian wstecznych, stopniowanych od najlżejszych aż do najcięższych. Nadto rzuca się w oczy obecność dość licznych wielojądrzastych komórek zwojowych, wśród których przeważają komórki dwujądrzaste. Na wyróżnienie zasługują wreszcie liczne komórki, wyglądające jak



Ryc. 4.

Niezmienione komórki okolicy *trigonum ventriculi lat. sin.* Preparat zabarwiony hematoksyliną i eozyną. Powiększenie A. A. Zeissa.

pręciki, rozmieszczone przeważnie w warstwie wielokształtnej: one są okolone skąpą ilością pierwoszczy. Jądra ich przeważnie o postaci prostej bądź lekko zagiętej laseczki, stępionej na końcach, załamują się niekiedy pod kątem prostym lub rozszczepiają w środkowej swej części na dwa odgałęzienia. Na biegunach



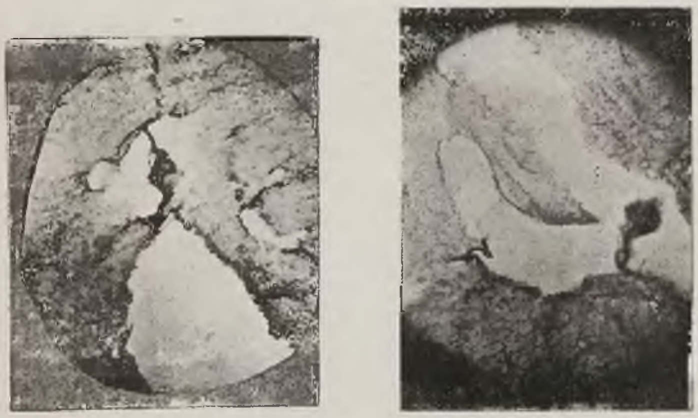
Ryc. 5.

Rozrost komórek Hortegi. Preparat barwiony węglanem srebra. Powiększenie A. H. Zeissa.

wspomnianych komórek dostrzec można podczas obracania śrubą mikrometryczną długie wypustki nitkowate, zmierzające w kierunku równoległym do przebiegu komórek pręcikowych. Zgodne zdanie badaczy wyraża myśl, że komórki pręcikowe występują w związku z najrozmaitszemi sprawami chorobowemi, które cechują się ubytkiem pierwocin nerwowych, stanowiąc wyraz dążności ustroju, zmierzającego do uzupełnienia luk, powstających w następstwie kurczenia się tkanki nerwowej. Komórki pręcikowe zawdzięczają swoje pochodzenie, zdaniem większości, pierwocinom glejowym. Niektóre atoli z zauważonych komórek pręcikowych są prawdopodobnie pokurczonemi pierwocinami nerwowemi i jeno wyglądem upodabniają się do właściwych komórek pręcikowych. Naczynia oraz ich ściany nie wykazują jakich-

kolwiek zmian uchwytnych. Kora w obrazie cyto-architektonicznym w otoczeniu wspomnianej torbieli wykazuje prawidłowe uwarstwowienie ścieńczałe.

W obrazie histologicznym zgrubiałego odcinka rdzenia piersiowego zauważyłem na licznych przekrojach obecność dość obfitych jamek, łączących się ściśle z ośrodkowym kanałem rdzenia, które wytwarzały w nim właśnie różnokształtne uchyłki, wyścielone miejscami również nabłonkami wyściółkowemi. Owe szczeliny i uchyłki, powstające od strony rozszerzonego kanału rdze-



Ryc. 6.
Wytwarzanie się uchyłków jamistych wzdłuż światła kanału rdzeniowego, w następstwie *ependymatitis cum hodromyelia chronica progressiva.*
Preparaty barwione wybiórczemi metodami glejowemi.
Powiększenie A. H. Zeissa.

niowego — rozprzestrzeniają się w kierunku rogów tylnych; natomiast rogi przednie zachowują się zupełnie prawidłowo, dzięki czemu nie zauważyłem wybitniejszych zaników, będących następstwem upośledzonego odżywienia mięśni. (Rycina 6). W tylnych rogach można było nadto stwierdzić obecność mniejszych szczelinek, niezależnych od kanału środkowego, a wyścielonych od wewnątrz wyraźnie widocznemi komórkami wyściółkowemi. Z obrazów następujących kolejno skrawków histologicznych rdzenia można wnosić, że luki te rozszerzają się lub zwężają wzdłuż osi podłużnej rdzenia, zajmując przeważnie górną część rdzenia piersiowego. W lędźwiowych odcinkach rdzenia oraz niżej leżących nie dostrzegłem wspomnianych jamistości. Komórki ependymalne kanału kręgowego rdzeniowego wykazywały znamiona wyraźnego rozrostu wielowarstwowego a dookoła niego, jak również w bezpośredniem sąsiedztwie zauważonych jamek stwierdziłem wybitne koncentryczne wybujanie gleju, sięgające również obwodu. Ściany tych jamek zbudowane są z włóknistej tkanki glejowej, przyczem posiadają charakterystyczne wypustki brodawkowate, zwrócone swą stroną wypukłą do światła jamki. Wybujała tkanka glejowa skupia się dookoła jamistości, której warstwa wewnętrzna, rozbudowująca ściany owych luk — jest bardziej pulchną i delikatną, upodobniając się do sieci pajęczej. Na obwodzie tego wybujania glej tworzy bardziej lite smugi, wielokrotnie poprzelatane wzajemnie, wypuszczające odgałęzienia we wszystkich kierunkach.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z posiedzenia lekarzy szkolnych przy wydziale Wychowania fizycznego i higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. w dniu 17 października 1929.

Przewodniczy Dr. St. K o p c z y ń s k i.
Sekretarz Dr. Wł. N i e w i ń s k i.
Obecnych osób 61.

1) Przewodniczący podaje w sprawie kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, że w porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higjeny, program kursu, stosownie do życzeń kolegów lekarzy szkół warszawskich, został ułożony w ten sposób, aby umożliwić tym kolegom skorzystanie z tego kursu. Program będzie obejmował 4 działy:

a) organizacja i wykonawstwo opieki higjeniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną (9 godzin),

b) patologja schorzeń wieku szkolnego (28 godzin),

c) podstawy higjeny społecznej w zastosowaniu do wieku szkolnego (24 godziny),

d) wytyczne kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznem młodzieży (15 godzin).

Kurs trwać będzie od 8 do 22 grudnia; wykłady będą się odbywały od godziny 9 do 13 i od 15 do 18. Szczegółowe programy będą wydrukowane w najbliższym czasie. Liczba uczestników nie jest ograniczona. Zgłoszenia na kurs winni kandydaci przesłać przed 20 listopada bezpośrednio do Wydziału wychowania fizycznego i higjeny szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. Wykłady na kursie są bezpłatne, poza wpisowem, które wynosi 10 złotych i jest płatne przed rozpoczęciem kursu.

2) W grudniu Departament Służby Zdrowia organizuje Kurs Alkohologji (od 18 do 24 grudnia). Zgłoszenia na kurs — do 20 listopada. Kurs również bezpłatny, prócz wpisowego, wynoszącego 10 złotych, płatnego przed rozpoczęciem kursu.

3) Jak wynika ze sprawozdań pp. wizytatorów higjeny szkolnej, nie wszyscy lekarze przesyłają „zawiadomienia do opieki domowej“ uczniów, co powinno być uskuteczniane po każdorazowem badaniu „indywidualnem“ ucznia.

W szkołach, w których prowadzi się wykłady higjeny, za mało się egzekwuje wymaganie, aby uczniowie mieli podręczniki. Ponadto nie zwraca się uwagi na obowiązkowy udział lekarzy szkolnych w komisjach wychowania fizycznego.

4) Obecnie zostały wprowadzone w szkołach książki o stanie wychowania fizycznego według wzoru zatwierdzonego przez Ministrstwo (nabywać je można w Polskiej składnicy pomocy szkolnych, Nowy Świat 33) — lekarz szkolny powinien czuwać, aby książka ta była w powierzonej mu szkole prowadzona, a prowadzić ją winien nauczyciel gimnastyki.

Dr. Władysław S t e r l i n g wygłosił odczyt, pod tytułem *„Uczeń psychopatyczny“*. Mówca streszcza na wstępie wyniki badań współczesnej charakterologji w zastosowaniu do badań nad psychopatją ustrojową, ujmując wielką tę dziedzinę, jako zaburzenie równowagi *ortotelicznej w myśl teorji W. Sterna oraz E. Kahna.* Psychopatja ustrojowa rozpatrywana tu jest, jako stan pogranicza pomiędzy psychiczną normą a psychiczną chorobą, — przyczem nauka współczesna odróżnia w wieku dziecięcym i młodzieńczym *stany psychopatyczne trwałe, postępujące oraz dobrotliwe* z tendencją do poprawy. Tak zwanym stygmatom degeneracyjnym przypisuje mówca znaczenie względne, raczej jako sygnału wskazującego wszechstronne zbadanie psychiki dziecka, podnosząc natomiast doniosłą rolę zaburzeń cielesnych natury czynnościowej (mańkuctwo, ambidekstrja, pismo zwierciadłowe) oraz różnarodne hyperkinezy, a zwłaszcza tiki. Analizując psychikę dziecka psychopatycznego, podnosi mówca względną częstość kojarzenia się stanów psychopatycznych oligofrenją, jednostronność uzdolnień, brak pewności oraz liczne złudzenia pamięci (złudzenia ujemne, konfabulacje, objawy pseudologji fantastycznej i t. p.). Przy analizie woli oraz sfery kojarzeniowej zwraca mówca uwagę na brak możności większych całości psychicznych, na ociężałość myślenia (której nie należy utożsamiać z niedołęstwem myślowem), na bluszczowość natury młodocianych psychopatów, na dysharmonję pomiędzy dziedziną afektu i intelektu, na stany dysforji czyli przygnębienia, oraz na tak zwane przełomy psychopatyczne, na biegunowo odwrotne stany podniecenia z ich reakcją w postaci włóczęgostwa i prostytucji. Szerzej zastanawia się mówca nad tak zwanym afektem patologicznym oraz nad objawami natręctw myśli i czynów, które tak często kojarzą się ze stanami lękowemi. Na zakończenie podnosi mówca olbrzymie znaczenie popędów w życiu młodocianych psychopatów a zwłaszcza popędu płciowego oraz jego zboczeń (typy urniczne, symboliczne i algologniczne) oraz omawia metody walki z psychopatją ustrojową wśród młodzieży, metody profilaktyczne, metody leczenia pracą w odpowiednich zakładach.

P r z e w o d n i c z ą c y dziękuje prelegentowi za gruntownie opracowany wykład, poruszający wszechstronnie ważne zagadnienia, w których podkreśla sprawę ochrony otoczenia od wpływu jednostek psychopatycznych oraz samą sprawę wychowania uczniów psychopatycznych, której rozwiązanie jest sprawą bardzo doniosłą, jak również wartość wskazań pedagogicznych i wychowawczych zawartych w referacie.

Pan wizytator Ł a z o w s k i zapytuje prelegenta, czy nie możnaby uzupełnić poruszonego w referacie materjału omówieniem zaburzeń psychopatycznych na tle religijnem.

Dr. K o s s a k ó w n a zapytuje, jak praktycznie rozwiązać sprawę uczniów psychopatycznych, obecnie bowiem losem ich jest wę-

drowanie ze szkoły do szkoły, ponieważ każda szkoła dąży do tego, aby się takich jednostek pozbywać.

Pan wizytator Szyc uważa za wskazane uszeregowanie zbieranych obserwacji nad uczniami psychopatycznemi według rasy, narodowości, wyznania oraz stanu zamożności.

Dr. Trenkner zapytuje, jak stoi sprawa uświadomienia nauczycielskiego co do psychopatologji uczniów, a to dlatego, że nauczyciel częściej się styka z uczniem, niż lekarz szkolny, i podkreśla walory książki profesora Wachholza.

Dr. Uliński zapytuje, czy uczniowie psychopatyczni nie będą przyjmowani do „szkoły specjalnej".

Przewodniczący przypomina, że akcja wśród nauczycielstwa, naogół mało uświadomionego w sprawach psychopatologji, została zapoczątkowana na terenie Krakowa, gdzie w ubiegłym roku szkolnym profesor Piltz miał specjalne na ten temat wykłady dla nauczycieli.

Prelegent odpowiada, że do szkoły specjalnej są przyjmowani tylko wtedy uczniowie psychopatyczni, jeżeli stan psychopatyczny kojarzy się z niedołęstwem umysłowem, zresztą zaś uczniowie psychopatyczni są skazani siłą rzeczy na wędrowanie ze szkoły do szkoły, a to dlatego, że niestety dotąd nie zorganizowano szkół dla tego rodzaju uczniów. Co do psychopatji na tle religijnem, to należy zwrócić uwagę, że nadmierna np. żarliwość religijna nierzadko bywa maską erotyzmu.

Co się tyczy zależności psychopatji od czynników rasowych, narodowych, społecznych i religijnych, to jest obecnie kwestjonowana, istotnie zresztą niema dostatecznego materjału zebranego pod tym kątem widzenia, natomiast jest faktem występowanie takich objawów psychopatologicznych wśród młodzieży, jak samobójstwa, po przewrotach społecznych.

Na tem posiedzenie zakończono o godzinie 22.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Martin Engländer: *Ueber Hypothyreosen und ihre Heilung mit Mikrojoddosen.* S. 140. Verlag von Curt Kabitsch Leipzig.

Monografja rozpada się na 2 części: część teoretyczną i kliniczną. W pierwszej części zastanawia się autor nad systemem nerwowym wegetatywnym, który stoi w ścisłym związku z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym. Rozpatruje dalej biochemję jodu, jego rozmieszczenie w powietrzu, wodzie, roślinach, omawia jego działanie katalityczne, oraz znaczenie tego pierwiastka w fizjologji tarczycy, przyczem wypowiada swe zapatrywanie, że jod jest chemiczno-fizycznym, czynnym składnikiem hormonu tarczycy. Zastanawiając się nad wpływem hormonu tarczycy na ustrój ludzki uważa, że działa on katalitycznie. Część kliniczna obejmuje symptomatologję hypotyreoz, do której zaliczają się objawy skórne, jak obrzęki śluzakowate, obrzmienie twarzy, suchość skóry i tworzenie się łusek, ranliwość skóry (vulnerabilitas), zmniejszona zdolność przeziewu, uczucie zimna, zmiany odżywcze skóry, paznokci i włosów, procesy zapalne skóry jak trądzik, czerakowatość, wypryski. Ogromnie ważnym objawem hypofunkcji tarczycy są następnie niskie ciepłoty, osłabienie fizyczne i psychiczne, zaburzenia ze strony serca (kardiopatje). W hypotyreozach spotyka się również zaburzenia i żołądkowo-jelitowe, charakteryzujące się uciskiem w okolicy żołądka, uczuciem pełności jamy brzusznej, zaparciem stolca. Duża potrzeba snu połączona z ciągłą sennością, frigiditas sexualis resp. impotentia, pewne zmiany psychiczne (na pierwszym planie — apatja), zmiany na błonach śluzowych — oto dalsze objawy hypotyreoz, których dość dokładny opis znajdujemy w omawianym podręczniku. Stosunkowo za mało uwagi poświęca autor przemianie materji, a prawie nie uwzględnia badania przemiany gazowej, które to badanie stanowi przecież zasadniczy warunek rozpoznania hypofunkcji tarczycy.

Dla leczenia tych stanów poleca podawanie minimalnych dawek jodu a to 2—3 razy dziennie po 20 kropli roztworu Kalii jodati 0,01—0,02 g w 100 ccm wody, przez przeciąg przynajmniej 3-ch miesięcy.

Na końcu podręcznika znajdujemy dość rozległą kazuistykę tych spraw w której znowu nie uwzględniono badania przemiany gazowej.

E. Szczeklik (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 46, z 14 listopada 1929 r.: W. Grzywo-Dąbrowski: Znaczenie t. zw. stanu grasiczo-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej (dok.). — L. Zamenhof: O fonetycznem leczeniu głuchoty (autoterapja głuchoty) — E. Weinkiper: O fizjologji i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego (streszczenie zbior. dok.). — St. Kramsztyk: W sprawie popularyzacji higjeny i medycyny. — Ś. p. Rafał Radziwiłłowicz. — K. Proeckl: Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie 1918—1929 r.

Dziecko i Matka, rok IV, nr. 21 z r. 1929: J. Korczakowska: Wiersz „Bunia chodzi". — M. Uklejska: Dzieci dokuczliwe. — M. Kłosińska: Dziecko i książka. — F. Kruszewska: Czekoladowy problemat. — Z. Michejdzina: Dobre nawyknienia w dziedzinie odżywiania. Kąpiel niemowlęcia. — M. N. Niepokoyczycka: Schorzenia przewodu oddechowego. — F. Łuniewska: Zatwardzenie i rozwolnienie.

Ginekologja Polska, tom VIII, zeszyt VII—IX, za lipiec-wrzesień 1929 r.: J. Szymanowicz i Z. Szantroch: Vesica gigantea (in foetu). — Z. Schantroch i Br. Stępowski: Wada rozwojowa tylnej zatoki jelita, połączona z nagromadzeniem znacznej ilości płynu jako przeszkoda porodowa. — J. Czyżak: O torbielach krwotocznych wargi sromowej większej. — K. Klein: Z kazuistyki włókniaków jajnika. — K. Stołyhwo: Zagadnienie konstytucji płciowej kobiety. — A. Cyżewicz: Znaczenie kiły utajonej dla położnictwa. — H. Wójcicki: Przypadek donoszonej ciąży po przemieszczeniu macicy sposobem Schauty-Wertheima.

Medycyna Warszawska, nr. 10 (29), z 15 listopada 1929: M. Wawrzyńska: Wyniki badań chemicznych i bakterjologicznych powietrza w szkołach warszawskich. — T. Hinz: Przyczynek do kazuistyki kiły płuc. — J. Kurczyński: Przeszłość medycyny. G. Raciążek: Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie. — A. Stefanowski: Życiorys ś.p. Dra R. Wierzbickiego.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, nr. 22, z 15 listopada 1929 r.: J. Wilauer:Praktyki podatkowe. Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — B. Jakimiak: Znaczenie i rola organizacji społeczno-lekarskich w dobie obecnej. — R. Rudolf: Stan sanitarno-porządkowy w miastach polskich.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 10, z r. 1929: Z. Podkomorski: O leczeniu tocznia. — W. Werner: Kilka uwag o złamaniach rzepki. — M. Englichówna: Kilka przypadków tężca u dzieci.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 46, z 17 listopada 1929 r.: A. Mirkowicz: Farmacja w Jugosławji. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

Nr. 9. 1929. Beograd - Zagreb - Ljubljana - Sofia.

B. Spišić: *O wartości osteosyntezy w spondylitis tuberculosa.*

B. Dragišić: *Sprawozdanie z 152 przypadków grypy u dzieci.*

Lj. Dorić: *Wrzód dwunastnicy.*

M. Sekulić: *Autohaemoterapja wysięków opłucnowych.*

A. Sercer: *Collegium oto-rhino-laryngologicum amititiae sacrum.*

Przegląd piśmiennictwa. Oceny.

Nr. 10. 1929. Beograd - Zagreb - Ljubljana - Sofia.

M. Milovanović: *Embolia adiposa jako zjawisko życiowe.*

V. Vujić: *O zjawisku „fausse reconnaissance".*

B. Kosanović: *Próby leczenia raka autohaemoterapją.*

D. Tomasić: *Zagadnienie biologiczne i psychiczne płodności.*

A. Simić: *Rzadki przypadek gruźlicy mięśnia sercowego.*

D. Antić: *Leczenie djetetyczne cukrzycy.*

Przegląd piśmiennictwa. Nekrologja.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 7. 1929. Zagreb.

Numer farmaceutyczny zawiera prace: Palmovica, Hahna, Herzoga, Lušicky'ego, Lopašica, Schwarza, Lopašica, Kretića, Weselko.

Dodatek: Staleski Glasnik: Medycyna społeczna. Sprawy zawodowe.

Nr. 8. 1029. Zagreb.

Vl. Bazala: *Neoplastica vaginae.* Autor wykonał 5 razy operację sposobem Schuberta z dobrym wynikiem i zaleca tę metodę raczej niż Baldwin-Haberlin-Mori (3 przyp.).

M. Mladenović: *Mikroanaliza i jej znaczenie.*

V. Suglian: *Guz kilowy w obrębie macula (oka).*

O. D. Günsberger: *Przyczynki do leczenia rzeżączki.*

St. Vladarski: *Szkodliwość „Pituglandol Roche" w prywatnej praktyce.*

Sprawozdania z piśmiennictwa. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Staleski Vjesnik, zawiera sprawy zawodowe i medycynę społeczną. Medicinska Bibljoteka: *Guzy złośliwe* przez J. Körblera.

Nr. 9. 1929. Zagreb.

Prof. E. Mayerhofer: *O chorobach zakaźnych wieku dziecięcego wogóle, a o ich stosunku do Pirquetowskiego pojęcia allergji w szczególności.*

J. A. Berlot: *Rozwój nauki o odporności i nowoczesne leczenie przyczynowe chorób zakaźnych.*

I. Glavan: *Zagadnienie samobójstwa.*

O. Weselko: *O wpływie „animazy" na ciśnienie tętnicze i choroby wywołane przez miażdżycę.*

B. Sestak: *Doświadczenia z arsylenem Roche.*

Sprawozdania. Bibljografja słowiańska.

Dodatek: Staleski Glasnik (j. w.).

Nr. 10. 1929. Zagreb.

V. Florschütz: *Sepsis w chirurgji.*

Bubanović, Mikšić, Režek: *O jadowitości arszeniku w niektórych barwikach.*

J. Vlahović: *Leczenie gruźlicy Roentgenem.*

F. Grospić: *Kiła stawowa.*

A. Car: *Przyczynek kliniczny do znajomości arteria hyaloidea persistens.*

M. J. Budak: *Czy należy u nas używać soli jodowej.*

M. Delić: *Rozpoznawanie przy pomocy lipiodolu przy paraplegiach w następstwie spondylitis tuberculosa.*

Sprawozdania. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 44. 1929.

H. Ehrenwald i H. Königstein: *Kliniczne i doświadczalne badania nad objawem świądu.*

E. Neuber: *Filaria sanguinis hominis w Hajdunánás na Węgrzech.* Opis przypadku.

A. Reuss: *Skazy w wieku dziecięcym.* Ciąg dalszy.

St. v. Pellathy i E. Haintz: *Związek między anafilaksją a równowagą kwasowo zasadową.* Wnioski autorów: 1) Przesunięcie się stężenia jonów wodorowych w kierunku zakwaszenia sprzyja występowaniu szoku anafilaktycznego. — 2) Trwała alkaloza wstrzymuje wystąpienie szoku. — 3) Chwilowa alkaloza w czasie powtórnego zastrzyku nie ma wpływu na wystąpienie szoku.

B. Kokalj-Kowalewska: *O jednostronnym zaniku piersi u kobiet na tle schorzeń płuc.* Wnioski autorki: 1) U $^3/_4$ kobiet z jednostronnemi zmianami w płucach ulega pierś strony chorej zanikowi. 2) Prawa pierś fizjologicznie jest lepiej rozwinięta aniżeli lewa. 3) Jednostronny zanik ma znaczenie rozpoznowcze w st. początkowem gruźlicy płuc.

F. Kermauner: *Wskazania operacji położniczych.* Kurs.

A. Winkelbauer: *Zagadnienia nowszego chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka.* Kurs dokształcający.

K. Haslinger: *Znaczenie kliniczne zmian rozwojowych nerek.*

M. Schacherl: *Dożylne leczenie jodem chorych nerwowych.* Dla praktyki.

F. Bauer: *O współdziałaniu lekarza praktyka w leczeniu skoliosy.* Dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

Venerologie und Dermatologie.

Nr. 2. 1927. Moskau.

Dr. Skljär: *Praktyczne wyniki działania bizmutu* na zasadzie prób i obserwacji przeprowadzonych w klinice chorób skórnych i wenerycznych I Państwowego Uniwersytetu w Moskwie (kierownik prof. G. I. Mestschersky).

Niektóre preparaty bizmutowe nie nadają się dla praktyki, gdyż są źle znoszone i trujące. Do najlepiej znoszonych i przytem bardzo dobrze działających należy niemiecki preparat Bismogenol fabryki chemicznej Tosse i Co w Hamburgu. Autor z polecenia prof. Mestscherskiego wypróbował Bismogenol w klinice i podaje swojne wyniki.

Bismogenol jest związkiem bizmutylowym wysokowartościowego pod względem fizjologicznym kwasu oksybenzoesowego i zawiera około 60% metalicznego bizmutu. Pod względem fizykalnym jest białym bezpostaciowym proszkiem. Do celów leczniczych jest używany w postaci 10% zawiesiny w wyjałowionej oliwie. Każdy cm³ zawiera 0,06 Bi. Bezpostaciowość proszku powoduje według autora bezbolesność zastrzyków, gdyż wszystkie preparaty drobnokrystaliczne, jak Trepol, wywołują objawy podrażnienia, bóle i nacieki.

Zwraca się uwagę na prace ogłoszone w Niemczech omawiające doskonałe wyniki lecznicze Bismogenolu, czasem nawet lepsze od wyników leczenia salwarsanem.

Autor stosował Bismogenol u 33 chorych na kiłę wszystkich okresów, zastrzykując w ciągu 6—7 tygodni 15—20 razy po 1 cm³ Bismogenolu, pozatem 2 razy tygodniowo neosalwarsan. Po II injekcji Bismogenolu znikały wtórne objawy na skórze i błonach śluzowych, preparat znoszono doskonale, nie występowały żadne miejscowe lub ogólne objawy uboczne. Chorzy podczas kuracji czuli się bardzo dobrze. Ci, którzy przechodzili poprzednio leczenie Hg lub Biochinolem, byli bardzo zadowoleni z kuracji Bismogenolem. Sześciomiesięczne dziecko leczono wyłącznie Bismogenolem. Wyleczenie kliniczne osiągnięto w tym samym czasie jak przy kuracji kombinowanej.

Wyniki osiągnięte w klinice odpowiadają w zupełności doświadczeniu niemieckch autorów.

Reasumując, dochodzi autor do następujących wniosków: Bismogenol jest pełnowartościowym specyficznym preparatem przeciwkiłowym. Injekcje nie wywołują ani bólu ani nacieków i nie dają żadnych objawów ubocznych. Działanie jego jest bardziej silne i długotrwałe przy równoczesnem stosowaniu arsenobenzolu.

SPRAWY ZAWODOWE.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

Wyszkolenie studentów i lekarzy w położnictwie praktycznem.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.

Żaden z działów medycyny praktycznej nie może poszczycić się takim rozwojem i postępem, jak położnictwo w ostatnich kilkudziesięciu latach. Stało się to dzięki rozwojowi aseptyki i techniki operacyjnej, a zwłaszcza cięcia cesarskiego. To ostatnie umożliwia rozwiązanie kobiety rodzącej w sposób pewny i delikatny, oraz urodzenie dziecka żywego nawet w przypadkach, w których dawniej dziecko z konieczności musiało paść ofiarą, a matka niejednokrotnie była narażona, jeśli nie na śmierć, to przynajmniej na ciężkie schorzenie połogowe. Dość wspomnieć o porodach w przypadkach ścieśnień miednicy znaczniejszego stopnia, w przypadkach łożyska przodującego, drgawek porodowych i t. p.

Nie małe znaczenie odegrały w tej sprawie również inne okoliczności, jak udoskonalenie badania położniczego, poznanie należyte mechanizmu porodowego, dokładne i umiejętne określenie wskazań, jakoteż dobre ocenienie warunków do wykonania poszczególnych zabiegów położniczych i t. p.

Wszystko to razem sprawiło, że dzisiaj poszczycić się możemy tak dobremi wynikami położniczemi, jakich ten dział me-

dycyny przed wspomniana era rozkwitu i postępu może nawet nie śmiał przewidywać.

Te dobrodziejstwa wspomnianego postępu położnictwa zaznaczyły się atoli głównie w zakładach i klinikach położniczych.

Inaczej rzecz się ma z położnictwem w praktyce prywatnej, a zwłaszcza na prowincji. Z ubolewaniem stwierdzić niestety należy, że w praktyce prowincjonalnej nie daje się dotychczas odczuć tego kolosalnego postępu położnictwa, a przynajmniej w tej mierze, jakby się tego należało spodziewać.

Przyczyny tego dopatrywać się należy w wielu okolicznościach. Na pierwszem miejscu wymienić należy indolencję samej publiczności, zwłaszcza ludności wiejskiej, która zwykle wzywa pomocy lekarskiej dopiero wówczas, kiedy poród się przedłuża i kiedy bardzo często pomoc ta przychodzi już za późno.

Bardzo wiele porodów w tej sferze ludności odbywa się jeszcze dzisiaj bez fachowej opieki i tylko przy pomocy przygodnych akuszerek, t. zw. „babek wiejskich".

Wspomnieć wreszcie należy także o położnych zawodowych, a więc wyszkolonych, które bardzo często po latach praktyki zapominają to, czego się nauczyły, tak że śmiało o nich można powiedzieć, że nie dorosły do swego zadania.

Wszystko to razem sprawia, że owoce postępu położnictwa na prowincji są dotychczas, mimo wszystko, nieraz mało widoczne, a wyniki często smutne.

Przytoczyłem powyżej niektóre okoliczności, w których należy się dopatrywać winy tego stanu rzeczy. Nie ulega wątpliwości, że naprawa tych stosunków przez odpowiednie reformy i przepisy mogłaby stan ten poprawić. Nie poruszam atoli tej sprawy obecnie, gdyż stanowi ona osobny rozdział i temat do dyskusji, sięgającej głęboko w stosunki socjalne. Rzecz ta bez wątpienia jest bardzo doniosła i nie wątpię, że wcześniej czy później stanie się przedmiotem zainteresowania odpowiednich czynników.

Celem mym jest zwrócenie uwagi i podniesienie okoliczności, która oprócz wyżej przytoczonych wpływa niepomiernie i bardzo poważnie na smutny stan wspomnianych stosunków. Mam na myśli mianowicie nienależyte przygotowanie lekarzy prowincjonalnych do wykonywania praktyki położniczej.

Pominąwszy starszych praktyków położników, którzy przygotowywali się do swego zawodu w czasach przedwojennych, a więc w warunkach korzystniejszych, umożliwiających im opanowanie przedmiotu, to nie można nie podnieść, że młodsza generacja praktyków w przeważnej liczbie nie jest należycie przygotowana do wykonywania praktyki położniczej.

Gdzie jest wina tego? Śmiem twierdzić, że może najmniej po stronie tychże lekarzy.

Przeważna ich część bowiem kształciła się w czasie wojny i w czasach bezpośrednio powojennych. Każdy więc przyzna, że odbywali oni swe studja w warunkach anormalnych i bardzo niekorzystnych. Zarzuci ktoś, że winni byli przed rozpoczęciem praktyki położniczej uzupełnić swe wiadomości z zakresu położnictwa przez późniejszą praktykę na oddziałach położniczych przez czas tak długi, aby przedmiot ten należycie opanowali. Zapewne, byłaby to najlepsza i najprostsza droga zaradzenia złemu. Ale nie wolno zapominać, że przeważna część naszej młodzieży poświęca się studjom lekarskim, nie powiem bez zamiłowania, ale głównie dla kawałka chleba. Ogólne zubożenie ludności wskutek wojny stosunki te jeszcze pogorszyło. Czy więc można się dziwić, że przeważna część młodych lekarzy po uzyskaniu dyplomu pragnie jaknajrychlej rozpocząć praktykę, poprostu dlatego, aby móc żyć.

To jedna część lekarzy praktyków, t. j. ta, która, jak wspomniałem, przygotowywała się do praktyki położniczej w warunkach najmniej korzystnych.

Czasy wojny i skutki tejże powoli mijają i praca przygotowawcza lekarzy weszła już przeważnie na tory normalne. Należałoby się więc spodziewać, że najnowsza generacja praktyków położników, która kształciła się w ostatnich kilku latach, a więc w warunkach bądźcobądź kardynalnie innych i o wiele korzystniejszych, dorosła do swego zadania i jest należycie przygotowana do wykonywania praktyki położniczej.

Niestety tak nie jest. Wina tego stanu rzeczy nie leży również po stronie tychże lekarzy, ale głównie i przeważnie w warunkach od nich niezależnych, które pragnę poniżej omówić.

Według najnowszego programu studjów lekarskich, nauce położnictwa poświęcone są 4 trymestry, każdy po 75 godzin, a więc razem 300 godzin. Ponadto obowiązani są studenci do odbycia w klinice położniczej 3 tygodniowego internatu. Nie ulega wątpliwości, że jest to znaczny krok naprzód w porównaniu ze stosunkami przedwojennymi. To też sprawiło, że obecnie studenci korzystają znacznie więcej z położnictwa i posiadają znacznie więcej wiadomości z tego przedmiotu, co przy egzaminach wyraźnie się odczuwa. Jest to atoli stanowczo za mało, aby mogli bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu lekarskiego wykonywać praktykę położniczą. Istniejący obecnie obowiązek przymusowej, jednorocznej praktyki szpitalnej po uzyskaniu dyplomu przed rozpoczęciem praktyki lekarskiej tylko wówczas mógłby zaradzić złemu, gdyby w czasie tym praktyka ta odbywała się na oddziale położniczym przynajmniej przez kilka miesięcy. Przypuszczać atoli należy, że tak nie będzie, bo jeden rok nie wystarczy na to, aby dany lekarz mógł dostatecznie długo praktykować na każdym oddziale.

Z konieczności więc każdy lekarz, mimo odbycia przepisanej jednorocznej praktyki szpitalnej, o ile zechce przygotować się należycie do położnictwa praktycznego, będzie musiał poświęcić pewien czas na ten cel w klinice względnie oddziale położniczym. Czas ten zależnie od warunków, zdaniem mojem, wahać się winien w minimalnych granicach od $^1/_2$ do 1-go roku.

A teraz zastanówmy się, czy nasze kliniki i oddziały szpitalne są w możności przyjąć odpowiednią ilość lekarzy z gwarancją należytego wyszkolenia ich w powyższym czasie.

Przykład najlepiej nas o tem pouczy. Omówię stosunki, jakie pod tym względem istnieją w klinice położniczej lwowskiej, bo te znam najlepiej.

Ilość porodów w tejże klinice wynosi rocznie przeciętnie 1000. Z materjału tego korzystają przedewszystkiem uczniowie dyżurni, którzy stale dzień i noc pełnią służbę w internacie przez cały rok szkolny, asystenci w liczbie 7, stali praktykanci kliniczni, którzy wstępują na klinikę na czas dłuższy z zamiarem uzyskania ewentualnie asystentury i wreszcie t. zw. praktykanci doraźni, to jest ci właśnie, którzy pragną poduczyć się położnictwa w czasie jak najkrótszym z zamiarem rozpoczęcia praktyki na prowincji.

Dostęp do materjału, a więc także możność korzystania z niego, nie jest dowolny i równie łatwy dla każdej grupy wymienionych kandydatów. Uczniowie dyżurni badają rodzące najwięcej i najczęściej. Wychodząc bowiem z założenia, że klinika jest szkołą dla uczniów, dbać muszę przedewszystkiem o to, abym spełnił swe zadanie jako ich nauczyciel. Dlatego też każdą rodzącą bada przedewszystkiem asystent oddziałowy, a równocześnie z nim uczniowie i to w ograniczonej liczbie 2, a najwyżej trzech. Kolejno korzystać mogą i korzystają z materjału położniczego pozostali asystenci danego oddziału, następnie stali praktykanci kliniczni i to znów według starszeństwa zależnie od czasu pobytu w klinice, a na koniec dopiero ci t. zw. praktykanci doraźni, których w rozważaniach niniejszych mam na myśli.

Łatwo zrozumieć, że w takich warunkach ten przygodny praktykant niewiele i nie często ma sposobność, aby był dopuszczony do badania, a zwłaszcza do wykonania jakiegoś zabiegu operacyjnego. Jako chwilowo i krótki czas przebywającego w klinice niechętnie też i asystent oddziałowy dopuszcza do badania, gdyż woli on dać możność badania i ewentualnego operowania temu praktykantowi swego oddziału, który wstąpił na klinikę na czas dłuższy jako kandydat ewentualny na asystenta. Temu nie można się ostatecznie dziwić, bo klinika musi dbać o to, aby sobie przygotować przyszłych kandydatów na asystentów.

Dlatego też, ilekroć zgłaszają się do mnie lekarze celem przyjęcia ich na praktykę na czas krótki, uważam za swój obowiązek zwrócić im uwagę na powyższe stosunki kliniczne i nigdy nie obiecuję im, że w tak krótkim czasie będą mogli odnieść z kliniki taką korzyść, o jakiej myślą, lub jakiej się spodziewają, a to tem mniej, że każdy z lekarzy wstępujących na klinikę musi obowiązkowo pracować pierwsze 2 miesiące w pracowni klinicznej. Wielu z nich godzi się na te warunki i mimo wszystko pozostają w klinice, oświadczając, że zadowolą się, jeśli będą mogli tylko przypatrywać się. Że to nie może być wystarczające dla opanowania, chcćby powierzchownie położnictwa praktycznego, nie trzeba dowodzić.

Utrudnia dostęp do materjału położniczego wspomnianym lekarzom oprócz powyższych także ta okoliczność, że materjał położniczy kliniki nie może w całej pełni być zużytkowany do badania. Wiele rodzących bowiem zgłasza się do kliniki tak późno, że rodzą bezpośrednio po przybyciu na salę porodową tak, że o badaniu ich mowy być nie może. Przypadki, przeznaczone do zabiegów operacyjnych, a przedewszystkiem do cięcia cesarskiego, bada tylko asystent, prowadzący oddział położniczy. Przypadki rzadsze i ciekawsze badają inni asystenci kliniczni oprócz asystenta oddziałowego, więc wobec ograniczenia liczby badają-

cych nie badają ich często nawet uczniowie dyżurni. Pewna część przypadków wreszcie usuwa się od badania z wielu innych powodów.

Wszystko to razem sprawia, że materjał położniczy, który może być użyty do badania dla uczniów, a zwłaszcza dla lekarzy praktyków, w rzeczywistości jest znacznie skąpszy.

Nie można się więc dziwić, że klinika w tych warunkach, mimo najlepszych chęci i odczucia doniosłości tego stanu rzeczy, nie jest w stanie przyjąć większej ilości lekarzy na praktykę położniczą, a tych, których przyjmuje, nie może należycie wykształcić w położnictwie praktycznem.

Nasuwa się więc z konieczności pytanie, czy niema sposobu zaradzenia temu stanowi rzeczy i stworzenia warunków, któreby umożliwiały należyte przygotowanie lekarzy do wykonywania praktyki położniczej?

Odpowiedź musi wypaść twierdząco, gdyż jest taki sposób i to nawet bardzo prosty.

Jak z powyższych wywodów wynika, jedyną trudnością uniemożliwiającą wyszkolenie lekarzy w położnictwie jest brak dostatecznego materjału położniczego. Zdobycie tego materjału może całą sprawę zmienić zasadniczo i postawić ją w warunkach korzystnych. Zdaniem mojem droga do tego celu prowadzi przez urządzenie przy każdej klinice t. zw. *„polikliniki położniczej"*.

Wyobrażam sobie organizację takiej polikliniki w sposób następujący.

Podstawą organizacji jest pogotowie kliniczne, które na każde wezwanie telefoniczne udaje się natychmiast na miejsce wezwania. W skład tego pogotowia wchodzi przedewszystkiem, jako kierownik odpowiedzialny, asystent wyszkolony w położnictwie, jeden lub dwóch studentów, pełniących służbę w internacie, jeden lub dwóch praktykantów i pielęgniarka zawodowa. Pogotowie to zabiera ze sobą oprócz instrumentarium wszystkie utensilia, jakie w czasie porodu mogą być potrzebne. Po przybyciu na miejsce kierownik pogotowia orjentuje się w sytuacji, bada rodzącą i w razie potrzeby przystępuje do wykonania potrzebnego zabiegu. Przypadek dany omawia ze swą asystą, uzasadnia wskazanie do zabiegu, którego wykonanie wedle uznania może ewentualnie polecić praktykantowi. Drugi praktykant ewentualnie i studenci asystują przy zabiegu. O ile przypadek jest poważniejszy i wykonanie zabiegu na miejscu jest niemożliwe, przewozi rodzącą na klinikę, gdzie dalszym losem jej zajmuje się już asystent oddziałowy.

Po dokonanym zabiegu na miejscu powierza kierownik pogotowia dalszą opiekę nad położnicą jednemu z praktykantów, który ma obowiązek odwiedzać ją codziennie, obserwować przebieg połogu i w razie potrzeby zasięgnąć porady asystenta. Wszelkie uwagi dotyczące przebiegu porodu i połogu notuje tenże praktykant w historji choroby, którą od czasu do czasu asystent kontroluje. O ile dana położnica nie ma własnej położnej, któraby się nią opiekowała, obejmuje nad nią opiekę pielęgniarka z pogotowia.

Wypuszczenie położnicy z opieki i ewidencji pogotowia może nastąpić tylko za zgodą kierownika pogotowia. Gdyby w czasie połogu wystąpiły jakieś poważniejsze powikłania, wymagające ściślejszej obserwacji lub poważniejszych badań dodatkowych, których na miejscu odwiedzający położnicę praktykant nie mógłby uskutecznić, przewozi się położnicę na klinikę.

Jeżeli w czasie nieobecności pogotowia w klinice zawezwą je do przypadku drugiego, udaje się tamże pogotowie drugie, ewentualnie w razie potrzeby do następnego przypadku pogotowie trzecie. Urządzenie odpowiedniej ilości pogotowi nie może napotkać na żadne trudności wobec dostatecznej liczby asystentów i praktykantów. Rzecz naturalna, że każde pogotowie musiałoby być równie dobrze i należycie wyekwipowane we wszystkie utensilia.

O korzyściach takiej polikliniki nie potrzebuję się chyba wiele rozwodzić. Każdemu nieuprzedzonemu rzucają się one w oczy. Przedewszystkiem obfity materjał pozwoliłby na przyjęcie na klinikę większej ilości praktykantów. Możność korzystania z obfitego materjału pozwoliłaby skrócić czas praktyki, gdyż dany lekarz miałby sposobność opanować przedmiot w czasie krótszym, a co ważna, miałby sposobność częstszą wykonywać pewne zabiegi operacyjne, a przy innych asystować. Kolosalnej doniosłości w sprawie tej jest okoliczność, że w ten sposób praktykant zetknąłby się z położnictwem praktycznem w warunkach bardzo zbliżonych do tych, w jakich później w życiu będzie zmuszony pracować. W klinice bowiem warunki pracy są zupełnie inne. Tu jest wszelka wygoda, komfort, dostateczna fachowa pomoc. Klinika jako szkoła musi być wzorem i to wzorem jak najlepszym, według którego dopiero praktyk musi sobie stworzyć sam warunki, odpowiadające zasadom tego ideału. Ale po temu nie każdy ma zmysł i spryt, jeśli się tak wolno wyrazić. Jak wielka to będzie więc korzyść, jeśli ten, który tego daru nieposiada, który z natury jest nieporadny, będzie miał sposobność widzieć wzór idealny w klinice, a następnie zetknie się w praktyce poliklinicznej z trudnościami, które nauczy się pokonać.

To samo naturalnie dotyczy także studentów, którzy w pracy poliklinicznej braliby udział.

Nie mniejszą korzyść miałyby również i rodzące. Przedewszystkiem w przypadkach nagłych pomoc mogłaby być danej osobie udzielona niemal natychmiast, a więc daleko szybciej, aniżeli wówczas, gdy wezwany lekarz, choćby nawet zaraz przybył, miałby czas pomoc tę zorganizować, ewentualnie przewieźć rodzącą na klinikę. Taka doraźna i dobrze zorganizowana pomoc niejednokrotnie zadecydowałaby o życiu matki lub dziecka.

Bardzo wielką korzyścią dla przeważającej liczby położnic byłoby to, że mogłyby połóg odbywać w domu. Od lat przeszło 30-stu pracuję w klinice położniczej lwowskiej i przez cały ten szereg lat stale spotykam się z tem, że wiele położnic 3-go, 4-go, a niejednokrotnie już następnego dnia po porodzie domaga się, aby je wypuścić do domu. Argumentują zaś i uzasadniają swe żądanie tem, że czują się zupełnie zdrowe, a mąż, zamiast iść do pracy, musiał pozostać w domu, aby zaopiekować się pozostałemi drobnemi dziećmi i pilnować domu. Do pewnego stopnia osoby te mają słuszność. Normalny połóg może bowiem każda z nich zupełnie dobrze odbywać w domu, zwłaszcza że miałaby zagwarantowaną opiekę lekarską ze strony pogotowia polikliniki w osobie praktykanta, a leżąc w łóżku, mogłaby dopilnować reszty dzieci i zwolnić w ten sposób męża od konieczności pozostania w domu.

Okoliczność ta ma doniosłe znaczenie społeczne, a między innemi zapobiegłaby przepełnieniu, jakie obecnie w klinikach i na oddziałach położniczych stale istnieje, i przyczyniłaby się choć w części do zmniejszenia wydatków na oddziały i kliniki położnicze. Bezpośrednią korzyść z urządzenia takiego pogotowia, jak z powyższego widać, miałyby zatem przedewszystkiem miasta uniwersyteckie. Nie ulega atoli wątpliwości, że dodatnie skutki musiałyby się zaznaczyć z konieczności i na prowincji, która zyskałaby położników dobrze przygotowanych już w czasie studjów uniwersyteckich, a następnie w czasie pobytu na klinice i pracy w poliklinice.

Pozostaje do omówienia strona materjalna tej sprawy. Nie sądzę, by ona napotkała na większe trudności, gdyż urządzenie wspomnianych kilku pogotowi wymagałoby niezbyt wielkich wydatków. Doraźnie jednorazowego wydatku wymagałoby sprawienie narzędzi i innych przyrządów jakoteż bielizny. Stały fundusz musiałby pokrywać koszta lekarstw, kompletowania bielizny i narzędzi, a nadto utrzymania przynajmniej 2 asystentów. Wydatki chyba nie wielkie, które nie obciążyłyby zbytnio budżetu państwa, o ile naturalnie myślelibyśmy czerpać je z tego źródła. Sądzę atoli, że rzecz tą możnaby skierować na inne tory. Mam na myśli mianowicie Kasy chorych. Instytucje te wydają przecież znaczne sumy na cele lecznicze swych członków, a między tymi wydatkami z pewnością poważną rubrykę stanowi opieka nad położnicami i pomoc przy porodach. Nie wiem, jaką kwotę rubryka ta przedstawia w budżecie kas chorych, ale jestem najmocniej przekonany, że wydatek na ten cel jest znacznie większy, aniżeli wynosiłyby koszta urządzenia i utrzymania pogotowia położniczego na sposób powyżej opisany. Możnaby więc wejść w porozumienie z odnośnymi czynnikami decydującymi i sprawę omawianą załatwić ku wielostronnemu zadowoleniu i z wielostronną korzyścią.

Nie mogę na zakończenie nie wspomnieć jeszcze o jednej, ważnej stronie omawianej sprawy.

Kasy Chorych z tytułu swego przeznaczenia będą musiały w przyszłości budować własne szpitale, aby członkom swym zagwarantować należytą opiekę. Że Kasy chorych zadanie swe w ten sposób, zresztą zupełnie słuszny, pojmują, widzimy z tego, że już dzisiaj tu i ówdzie zarządy ich budują własne szpitale, a między nimi i oddziały położnicze. Siłą faktu w przyszłości dojdzie do tego, że przeważająca część ludności, należąca do Kas chorych, korzystać będzie ze szpitali i oddziałów Kasowych, a wówczas nasze kliniki pozbawione zostaną materjału jeszcze w większej mierze, aniżeli to ma miejsce obecnie. Nie trudno pojąć, jakie to będzie musiało mieć następstwa. Wówczas o wyszkoleniu i praktycznem przygotowaniu praktykantów mowy być nie może, gdyż samo nauczanie studentów napotka na znaczne trudności wynikłe z braku materjału dydaktycznego.

Ten ostatni wzgląd zadecydował, że ośmieliłem się uwagi powyższe poddać pod rozwagę kolegów, gdyż sądzę, że chwila

obecna nadawałaby się jeszcze do załatwienia tej sprawy w myśl zasad powyżej przedstawionych. Jeśli bowiem sprawy tej nie załatwi się w najbliższej przyszłości, to trudno będzie myśleć o urzeczywistnieniu jej wówczas, gdy Kasy chorych pobudują już wszędzie własne szpitale. Wówczas powstaną trudności nie tyle ze strony zarządów Kas chorych, ile ze strony członków Kas chorych, którzy przywykną do szpitali Kasowych i nie zechcą być przedmiotem badania, a więc materjałem dydaktycznym, o który nam idzie. Kiedy zaś oswoją się z istnieniem takiej polikliniki i przekonają się, że instytucja ta zabezpiecza im należytą pomoc, poddadzą się istniejącemu stanowi rzeczy i pogodzą się z nim, widząc, że on im na dobre wychodzi. Przekonany jestem również, że i zarządy Kas chorych chętnie przyjmą współpracę takiej polikliniki. Współpraca ta bowiem spełni należycie pewną część zadań Kas chorych i ulży ich pracy, której i tak będą miały poddostatkiem.

Warszawa, dnia 23 października 1929 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. U. 4052/29.

Okólnik Nr. 229.

W sprawie podręcznych bibljotek lekarskich w szpitalach.

Do Panów Wojewodów.

Na podstawie materjałów z licznych inspekcyj szpitali, szczególnie prowincjonalnych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdziło, że nie wszystkie szpitale dostatecznie dbają o podniesienie strony naukowej lecznictwa szpitalnego.

W miejscowościach, gdzie niema uniwersytetów, towarzystw naukowych lekarskich i bibljotek specjalnych, urządzanie w szpitalach choćby na mniejszą skalę fachowo-lekarskich bibljotek, składających się z odpowiednich dzieł naukowych i czasopism lekarskich, stanowić może wielką pomoc w codziennej działalności fachowej lekarza szpitalnego z korzyścią dla chorych, pobudzić go do samodzielnej pracy twórczej i wybitnie przyczynić się przez to do odświeżenia i uzupełnienia jego wiedzy fachowej, a nawet do pomnożenia naszego dorobku naukowego.

Bibljoteki takie będą również miały duże znaczenie dla młodych lekarzy, odbywających przepisową praktykę i dokształcających się w szpitalach.

Ponieważ nieznaczna tylko liczba szpitali prowincjonalnych posiada podręczne bibljoteki lekarskie i to zaopatrywane przeważnie sumptem samych lekarzy, przeto Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o wywarcie wpływu na związki komunalne względnie inne instytucje, utrzymujące szpitale, aby do budżetów szpitalnych wstawiały odpowiednie kwoty na bibljoteki lekarskie.

Kwoty te nie powinny przewyższać 0,25 — 0,5% ogólnej sumy wydatków budżetu rocznego szpitala i być zużyte na zakupywanie naukowych dzieł medycznych i prenumeratę czasopism lekarskich i to w pierwszym rzędzie polskich.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia:
Adamski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zgodnie z brzmieniem testamentu ś. p. Dr. Feliksa Sommera ogłasza stypendjum dla lekarza polaka, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym, lub na nagrodę za przedstawioną w rękopisie lub w druku nową nie nagrodzoną pracę w powyższym zakresie.

Wysokość stypendjum względnie nagrody wynosi złotych 835.

Termin nadsyłania podań ewentualnie prac do kancelarji Tow. Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930, godz. 12-ta w południe.

Do podania dołączyć należy: 1) curriculum vitae, z podaniem dotychczasowych studjów ewentualnie świadectwa przełożonego zakładu, w którym kandydat pracuje, 2) podanie planu, w jaki sposób kandydat zamierza zużytkować otrzymane stypendjum wzgl. nagrody, 3) ewent. nadesłanie dotychczasowych ogłoszonych prac, względnie przesłanie pracy w rękopisie, 4) zobowiązanie przedstawienia po roku sprawozdania z działalności z okresu korzystania ze stypendjum.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, iż z funduszu im. Dr. Wacława Męczkowskiego wakuje konkurs za najlepszą pracę „z zakresu rozwoju szpitalnictwa w Polsce", złożoną w rękopisie Tow. Lek. Warsz., lub ogłoszoną drukiem w języku polskim w okresie od r. 1925 do 1 stycznia r. 1930.

Wysokość nagrody złotych 215.

Termin nadsyłania prac do kancelarji Tow. Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930, o godz. 12-tej w połud.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż z funduszu im. ś. p. Dr. Henryka Dobrzyckiego wakuje nagroda w wysokości złotych 400, za pracę oryginalną, napisaną po polsku z zakresu balneologji, balneoterapji i klimatologji, uwzględniającą potrzeby kraju naszego t. j. Polski w jej dawnych z przed roku 1772 granicach, ogłoszoną drukiem w latach 1920 — 1930. Termin nadsyłania prac do kancelarji Tow. Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930 o godz. 12-tej w poł.

Kurs dla lekarzy szkolnych. Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higjeny organizuje w czasie od 8 do 22 grudnia r. b. dla lekarzy kurs higjeny szkolnej.

Celem kursu będzie przedstawienie słuchaczom współczesnych kierunków opieki higjeniczno-lekarskiej nad szkołami, wytycznych walki z chorobowością wieku szkolnego, metod propagandy higjeny w szkole i przez szkołę oraz podstaw wychowania fizycznego.

Polskie Tow. Psychjatryczne Zarząd Główny. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego gorąco popiera myśl inicjatorów utworzenia funduszu stypendjalnego im. ś. p. prof. Rafała Radziwiłłowicza i przyjmuje na siebie rolę tymczasowego komitetu stypendjalnego.

Zarząd uprasza wszystkich pragnących się przyczynić do powstania powyższego funduszu o przesyłanie składek na ręce Skarbnika Towarzystwa, Dr. Eugenjusza Wilczkowskiego (Warszawa, Marszałkowska 63 m. 1, konto czekowe P. K. O. 6313).

Przy przesyłaniu ofiar należy określić cel powyższy i podać imię i nazwisko ofiarodawcy. Prezes Zarządu: (—) *Prof. Mazurkiewicz.* Sekretarz Zarządu: (—) *Dr. Handelsman.*

Odczyty w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich. W dniu 8 b. m. na zebraniu odczytowem prezes Stowarzyszenia Dr. B. Jakimiak wygłosił dwa interesujące odczyty, które wywołały ożywioną dyskusję. 1) Wynagrodzenie, uposażenia i zabezpieczenia emerytalne lekarzy i ich rodzin. 2) Znaczenie i rola organizacyj społeczno-lekarskich w dobie obecnej.

Kraków.

Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został Prof. Dr. Henryk Hoyer.

Doc. Dr. Stanisław Hiller z Krakowa powołany został na katedrę histologji w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Dr. Stefan Bagiński habilitował się jako docent histologji w Uniwersytecie Wileńskim.

Lwów.

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlenia się. 1) Wydział powiatowy w Gródku Jagiellońskim rozpisał konkurs na trzy posady lekarzy okręgowych z siedzibą w Gródku Jagiellońskim (23 gmin), Janowie (20 gmin) i Dąbrowicy (8 gmin). Podania należy wnieść najpóźniej do 30 listopada 1929 do Wydziału Rady powiatowej w Gródku Jagiellońskim. Posada w Janowie do objęcia od 1. I. 1930, posady w Gródku Jagiellońskim i Dąbrowicy od 1. IV. 1930. Bliższe warunki konkursu na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej Lwowskiej.

2) Skierbieszów koło Zamościa w Województwie lubelskiem poszukuje lekarza. Jest to osada bogata; na miejscu poczta, szkoła siedmio-klasowa, kościół z siedmiotysięczną parafją i tyluż prawosławnymi. Lekarz najbliższy w miejscowości oddalonej o 12 km.

Skierbieszów może zapewnić lekarzowi do 1500 zł miesięcznie. Bliższe informacje w tamtejszej aptece T. Bortnowskiego.

Izba Lekarska Lwowska otrzymała od Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy pismo następujące: Stowarzyszeniu Lekarzy w Krynicy wiadome są fakta, że lekarze, przyjeżdżający do Krynicy dla leczenia się, chcąc sobie pokryć koszta pobytu w Krynicy, zajmują się praktyką lekarską, bądźto przyjmując i badając chorych, bądźto robiąc zastrzykiwania i inne zabiegi lekarskie. Lekarze ci, nie będąc skrępowani wysokością honorarjów, uchwalaną co roku przez Stowarzyszenie, obniżają te honorarja, nie opłacają żadnych podatków z praktyki w Krynicy i uszczuplają dochody lekarzy w Krynicy, stale praktykujących i tylko z tych dochodów żyjących, którzy muszą ponosić bardzo wysokie koszta, związane z wykonywaniem praktyki w Krynicy.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy na posiedzeniu, odbytem w dniu 30 sierpnia 1929, uchwaliło zwrócić się do wszystkich Izb lekarskich z prośbą o powiadomienie swych członków, że tego rodzaju konkurencja, odbieranie chleba lekarzom, którzy stale w Krynicy praktykują, uważać będzie za czyn nieetyczny, z godnością lekarza nie zgadzający się, i wszelkie znane mu podobne wypadki będzie podawać do wiadomości Izb lekarskich.

Lwowskie Towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach składa serdeczne podziękowanie Gronu Panów Lekarzy Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie za ofiarę 93zł, przeznaczoną na cele Towarzystwa zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Jarosława Teliszewskiego.

Bibljoteka zawodowo-lekarska została utworzona przy Izbie z przeznaczeniem dla użytku członków Izby. Zarząd zwraca się z prośbą o ofiarowywanie do Bibljoteki wszelkich książek, pism i broszur z zakresu spraw zawodowych i społeczno-lekarskich, a można je składać w lokalu Izby lub wprost na ręce członka Zarządu kol. doc. Dra Reisa.

Zniżki do teatrów miejskich we Lwowie dla członków Izby są do nabycia w biurze Izby w godzinach urzędowych po 20 g za jeden kupon zniżkowy na wszystkie miejsca z wyjątkiem lóż.

Kronika żałobna Izby. W czasie od 1 stycznia 1929 r. z Członków Izby Lekarskiej Lwowskiej ubyli:

1) Dr. Włodzimierz Werbicki, Zniesienie, 1 stycznia.
2) Dr. Zdzisław Hordyński, Lwów, zmarł 12 stycznia, generał lekarz.
3) Dr. Eugenjusz Patryn, Mościska, 30 stycznia, lekarz powiat.
4) Dr. Emiljan Borys, Tarnopol, 24 lutego.
5) Dr. Tadeusz Rawski, Rozdół, 9 marca.
6) Dr. Izydor Hescheles, Lwów, 19 marca.
7) Dr. Marcin Reichenstein, Lwów, 30 marca.
8) Dr. Maksymiljan Mosler, Lwów, 7 kwietnia, referent Lwowskiego Urzędu Wojewódzkiego.
9) Dr. Henryk Lic, Brzozów, 9 kwietnia, długoletni lekarz pow.
10) Dr. Wiktor Legeżyński, Lwów, 22 kwietnia, b. zasłużony fizyk m. Lwowa.
11) Dr. Jan Porajewski, Sanok, 10 maja.
12) Dr. Tadeusz Praschil, Lwów, 17 czerwca, lekarz prakt. w Truskawcu.
13) Dr. Jan Hryniewiecki, Lwów, 30 czerwca.
14) Dr. Wiktor Natter, Frysztat, 1 lipca, b. przewodniczący Związku lekarzy okręgowych.
15) Dr. Dawid Reizes, Lwów, 18 lipca.
16) Dr. Jakób Przysłópski, Rzeszów, 20 lipca.
17) Dr. Tymoteusz Kulczycki, Dunajów, 31 lipca.
18) Dr. Juljan Bory, Drohobycz, 27 sierpnia, lekarz powiatowy.
19) Dr. Michał Martynowicz, Stanisławów, 1 września.
20) Dr. Zygmunt Pilecki, Lwów, 22 września.
21) Dr. Zygmunt Szajowicz, Grzymałów, 10 października.
22) Dr. Jarosław Teliszewski, Lwów, 30 października.
23) Dr. Alfred Braunn, Sambor, 31 października.

Obwód lwowski Związku Lek. P. P. zorganizował sekcję lekarzy kasowych w składzie: przewodniczącym kol. Doc. A. Dobrzański, członkowie kol. Kędzierski i Epler, sekcję lekarzy rządowych i samorządowych w składzie: przewodniczącym kol. prymar. Stan. Ostrowski, referent lekarzy samorządowych kol. A. Ćwikliński, ref. lek. asystentów Uniwersytetu kol. A. Piro ref. lek. szpitalnych kol. P. Cymbalistyj, ref. lek. szkolnych kol. M. Nowak-Przygodzka, ref. lek. kolejowych kol. Doc. A. Gruca, ref. lek. wojewódzkich kol. Kl. Kauczyński, ref. lek. wolnopraktykujących kol. M. E. Bikeles. Zainteresowani koledzy w sprawach zawodowych powinni zwracać się w swoich sprawach do kolegów referentów.

Ponadto pozyskał Obwód dwóch konsulentów prawnych w osobach mecenasów Dr. Juljusza Hirschberga, Krasickich 6, tel. 48-97., oraz Dr. Nowak-Przygodzkiego, Rutowskiego 7, tel. 27-62. We wszelkich sprawach prawnych mogą Członkowie zasięgać porad u jednego z powyższych Panów Konsulentów.

We wszelkich sprawach związkowych można zwracać się do sekretarza Obwodu kol. Eplera ul. Asnyka 2, tel. 54-08, w godzinach 8 — 10 i 5 — 7.

Pierwszy Miejski Ośrodek Zdrowia stworzył Zarząd Miasta Lwowa z dniem 15 września 1929 r. przy pl. Misjonarskim l. 2, który pracować będzie dla zaniedbanej pod względem sanitarnym dzielnicy III. Zostały już uruchomione następujące poradnie: przeciwgruźlicza, przeciwjaglicza, przeciwweneryczna, opieka nad matką i dzieckiem i poradnia dla dzieci niedorozwiniętych i t. d. Ośrodek niema na celu leczenia, lecz działalność zapobiegawczo-higjeniczną i propagandową a następnie także społeczną i jak najdalej idącą opiekę. Ośrodek ten jest tymczasowym: w r. 1930 zostanie przeniesiony do budowanego przez miasto gmachu obok rogatki Zamarstynowskiej. Jest on właściwie przeznaczony dla ludności gmin podmiejskich Zamarstynowa, Kleparowa i Zniesienia, gdzie obejmie również działalność sanitarno-porządkową. Fundacja Rockefellera i Ministerstwo Spraw wewn. subwencjonują ten Ośrodek, który ma być wzorowym w południowo-wschodniej części Rzeczypospolitej i służyć później do szkolenia personalu lekarskiego i pomocniczego sanitarnego.

Z kroniki żałobnej. W dniu 28 listopada b. r. zmarł we Lwowie Naczelnik Wydziału Zdrowia Województwa lwowskiego Dr. Szczepan Mikołajski w 69-ym roku życia.

Pogrzeb ś. p. Dra Szczepana Mikołajskiego odbył się dnia 30 listopada. W oddaniu ostatniej posługi zasłużonemu Zmarłemu wzięli udział: p. wojewoda Gołuchowski, jako przedstawiciel Ministerstwa spraw wewnętrznych, naczelnik wydziału Ministerstwa Dr. Jarmiński, szefowie wydziałów wojewódzkich ze Lwowa, i naczelnicy wydziałów wojewódzkich zdrowia ze Stanisławowa i Tarnopola, przedstawiciele Izby lekarskiej lwowskiej, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Polskiego Tow. higienicznego we Lwowie, bardzo liczne grono lekarzy i publiczności.

Nad trumną wygłosili słowa ostatniego pożegnania imieniem Ministerstwa spraw wewnętrznych Dr. Jarmiński, imieniem Izby lekarskiej lwowskiej, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i Polskiego Towarzystwa higjenicznego we Lwowie naczelnik Izby Lekarskiej lwowskiej prof. Dr. Nowicki, imieniem Towarzystwa walki z gruźlicą prezes jego Dr. Zabłocki.

Z kraju.

Zdrojowiska krajowe: Rabka i Truskawiec otwierają z dniem 1 grudnia b. r. sezony zimowe.

Ze świata.

VI Międzynarodowy Kongres lekarski w sprawie wypadków i chorób zawodowych. Na skutek porozumienia pomiędzy Stałą Komisją Międzynarodową dla studjum medycyny zawodowej tudzież Stałą Międzynarodową Komisją dla chorób zawodowych odbędzie się w sierpniu 1931 roku w Genewie VI Międzynarodowy Kongres Lekarski dla sprawy wypadków i chorób zawodowych.

Porządek dzienny tego Kongresu obejmuje następujące kwestje:

1) Późniejsze skutki i ewolucja uszkodzeń stosu pacierzowego.
2) Uszkodzenia naczyń krwionośnych (arteritis i thrombophlebitis).
3) Zakażenia skóry w łączności z wypadkami zawodowymi.
4) Stan przed skutkami wypadków zawodowych.

Obok tego będzie na kongresie tym omawiana pewna liczba wolnych kwestji, których wybór pozostawiony jest autorom.

W kongresie uczestniczyć mogą wszyscy lekarze interesujący się sprawami wypadków i chorób zawodowych.

Wszelkich wyjaśnień udziela generalny sekretarz Kongresu Dr. C. G. Yersin, Rue du Rhône 1 w Genewie.

Nr. 50. 15. grudnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Józef Wacław GROTT, Warszawa.
Stefan WIESBAUM,
Stanisław WINDYGA.

Insulina polska w porównaniu z obcokrajową *).

Z I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warsz.
Kierownik: Prof. Dr. med. E. Żebrowski.

Wyodrębnienie insuliny stanowi jedną z największych zdobyczy medycyny w latach ostatnich. Jest to zdobycz tembardziej cenna, że hormon ten jest skutecznym lekiem nie tylko dla chorych na cukrzycę, lecz że przynosi pożytek w całym szeregu innych stanów chorobowych. Stąd też pochodzi coraz większe rozpowszechnienie się stosowania insuliny, a to z kolei rzeczy powoduje, że preparat ten staje się środkiem wprost pierwszej potrzeby.

Początkowo wytwarzano ją w Toronto t. j. w miejscu jej wyodrębnienia przez Bantinga i Besta w 1922 r., lecz wkrótce wszystkie kraje postarały się o wytwarzanie jej na miejscu u siebie. Jednak insulina amerykańska i angielska były zawsze uważane za produkty sztandartowe. Z czasem i inne kraje oprócz anglosaskich tak się wyspecjalizowały w wytwarzaniu insuliny, że nietylko okazały się zdolne do konkurowania z insuliną obcokrajową u siebie, ale nawet zaczęły wywozić insulinę własną do krajów sąsiednich.

Dzięki temu oto zjawisku posiadamy dziś na rynku polskim oprócz insuliny własnej, wytwarzanej przez Państwowy Zakład Higjeny (P. Z. H.) także insulinę angielską, najbardziej cieszącą się u nas uznaniem, oraz holenderską i duńską.

W Polsce insulinę zaczęto wytwarzać z powodzeniem w P. Z. H. jeszcze na wiosnę 1924 roku pod kierunkiem Dra Kazimierza Funka. W każdym kraju badaniom insuliny własnej poświęcono cały szereg prac, tylko insulina polska zbyt obfitem piśmiennictwem nie może się dotychczas poszczycić.

W r. 1924 Kołodziejska i Funk zajęli się jej zbadaniem w pracy pod tytułem „Porównanie działania farmakologicznego rozmaitych preparatów insulinowych". Pracę wykonano na królikach.

Wyniki ich badań dadzą się streścić w niżej przytoczonych cytatach.

Autorzy ci mówią: „Przeprowadzajac badania na stukilkudziesięciu królikach, doszliśmy do przekonania, że naogół króliki wykazują wrażliwość b. różną, a nawet to samo zwierzę reaguje różnie i bez jakiejkolwiek uchwytnej prawidłowości na tę samą dawkę insuliny, podawanej w odstępach kilku dni. Być może, że tę samą chwiejność reakcji w stosunku do insuliny wykazują ludzie, wówczas zrozumiały byłby, zauważony niejednokrotnie brak reakcji u ludzi, nawet po zastrzyku dużych dawek insuliny".

„Te doświadczenia nasze, wykonywane z różnemi insulinami, wykazują jasno, że brak prawidłowości i stałej dawki dla insuliny można stwierdzić nietylko w insulinie P. Z. H., ale i w innych insulinach: amerykańskiej, angielskiej, francuskiej, duńskiej i holenderskiej, a więc pewne niespodzianki, które mogą spotkać klinicystę przy stosowaniu insuliny P. Z. H. nie dadzą się uniknąć także i przy stosowaniu insulin zagranicznych. Brak stałej dawki nie świadczy bowiem o mniejszej wartości insuliny, produkowanej przez dany zakład. ale zależy od pewnych, niewyjaśnionych dotąd własności samej insuliny".

W r. 1925 Kapłan i Konopnicki pisali: „Insulinę stosowaliśmy naszą P. Z. H. oraz angielską AB, przyczem zaznaczamy, że zasadniczej różnicy co do skuteczności obu tych preparatów nie stwierdziliśmy; dwa razy mieliśmy tylko do czynienia z insuliną P. Z. H. słabszą, która, jak się później okazało, przeleżała w składnicy miejskiej przeszło 4 miesiace".

Zaś Landau. Fejgin i Lewicki na jesieni 1928 roku w Pol. Gaz. Lek. (Nr. 43, 1928, str. 789) podają:

„Otóż, przekonaliśmy się wielokrotnie, że insulina polska P. Z. H. jest zazwyczaj prawie dwa razy słabsza od insuliny angielskiej AB". Natomiast Brossowa dla przeprowadzania kuracji tuczącej stosowała z takim samym skutkiem zarówno insulinę angielską AB jak i krajową P. Z. H.

Tego rodzaju skąpe i przeciwne zdania o insulinie krajowej, a następnie zalew klinik i szpitali przez insuliny obcokrajowe nakazały I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego bliżej zająć się wyświetleniem działania insuliny krajowej P. Z. H.

Przystępowaliśmy do pracy z pewną niewiarą, gdyż i własne doświadczenia, szczególniej jeśli wziąść pod uwagę ostatnie dwa lata stosowania insuliny krajowej, nie zawsze przemawiały na jej korzyść. Pracę tę, wielce żmudną, podjęliśmy jednak, wierząc, że jeżeli wyniki okażą się niezbyt pomyślne, to w każdym bądź razie przyczynią się one do do naprawy istniejącego stanu rzeczy. Tymczasem wyniki otrzymane przez nas, a dotyczące seryj insuliny, ostatnio wytwarzanych przez P. Z. H., okazały się zupełnie pomyślne.

Sposób badania.

Chorzy po przybyciu na klinikę, otrzymywali wszyscy jednakową dietę, pokrywającą w zupełności zapotrzebowanie energji w spoczynku (chorzy przeważnie leżeli w łóżku). W tym celu mężczyźni otrzymywali w 4-ch posiłkach: Węglowodanów 93 g, białka 83 g, tłuszczu 117 g = kaloryj 1760; kobiety: W. — 95 g, B. — 94 g, tł. — 116 g = kaloryj 1790.

Stosunkowo wysokie ilości węglowodanów i białka oraz niezbyt wielka ilość tłuszczu tłumaczy się tem. że w przeważnej mierze mieliśmy do czynienia z ludźmi źle odżywianymi, skłonnymi do kwasicy. Trzeba więc było umożliwić im odnowienie zapasów węglowodanów i białka ustrojowego. Brak indywidualności w diecie był celowy, gdyż dawało to nam większą gwarancję, że dieta będzie ściślej przestrzegana, zarówno przez chorych jak i przez kuchnię szpitalną.

W celu zorjentowania się co do ciężkości danego przypadku, zaraz następnego dnia po przybyciu do kliniki badaliśmy u każdego chorego zachowanie się poziomu cukru we krwi po obciążeniu 50 g glukozy. Glukozę dawaliśmy rano, naczczo w 200 cm³ wody, a cukier we krwi badaliśmy co godzinę w ciągu 4-ch godzin. Jednocześnie chory co godzinę wypijał szklankę wody i oddawał mocz. w celu zbadania go na zawartość cukru. Cukier we krwi badaliśmy mikro-metodą Mac Lean'a. Krzywa cukru po glukozie ułatwiała nam dawkowanie insuliny. Insulinę stosowaliśmy u wszystkich chorych podskórnie na pół godziny przed jedzeniem w 3-ch dawkach dziennych.

Dawki insuliny średnio wynosiły 16 jednostek rano, 12 jednostek przed obiadem i 10 jednostek przed kolacją. W przypadkach cięższych stosowaliśmy 20, 16 i 12 jednostek; lżejszych 12, 10 i 8 jednostek. Jak z powyższego wynika, stosowaliśmy dawki insuliny niezbyt wielkie. Skłoniły nas do tego dwa względy: z jednej strony niezamożność naszych chorych, a z drugiej strony konieczność oszczędzania z powodu szczupłych zapasów kliniki. Później okazało się, że ta okoliczność miała również i dodatnie cechy, gdyż umożliwiła nam obserwowanie bardzo ciekawych wahań cukromoczu.

Do leczenia przepisywaliśmy w przeważnej mierze insulinę najbardziej wypróbowaną t. j. angielską A. B. Brand. Stosowaliśmy ją u 8-miu chorych, a z pośród pozostałych 4-ch, 3-ch otrzymywało insulinę P. Z. H., a jeden insulinę holenderską (Organon).

Przeciętnie po dziesieciu dniach leczenia dietą i insuliną, gdy cukromocz zniknął zupełnie, lub zaczął ustalać się na jednym i tym samym poziomie, przystępowaliśmy do właściwego badania. Pierwsze badanie polegało na tem, że chory otrzymywał rano naczczo insulinę, tę, którą był leczony, a w pół godziny później swoje normalne śniadanie. Cukier we krwi badaliśmy rano naczczo, w pół godziny po insulinie, tuż przed spożyciem śniadania, oraz co godzinę w ciągu 4-ch godzin, licząc od spożycia tegoż. Po śniadaniu chory co godzinę wypijał szklankę wody i oddawał mocz do badania. Śniadanie na sali męskiej zawierało W — 26 g,

*) Według odczytu wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. dnia 28 maja 1929 r.

B. — 24 g, Tł. — 27 g, a na sali kobiecej W. — 30 g, B. — 22 g, Tł. — 30 g.

W ciągu dwóch następnych dni powtarzaliśmy zupełnie takie samo badanie, z tą tylko różnicą, że kolejno zmienialiśmy markę insuliny. Ostatniego dnia określaliśmy w ciągu 4-ch godzin poziom cukru we krwi po takiem samem śniadaniu lecz bez insuliny. Co się tyczy insuliny P. Z. H. to początkowo w dwóch pierwszych przypadkach zastosowaliśmy insulinę serji Nr. 1, specjalnie przygotowaną dla kliniki, zaś w pozostałych badaniach insulinę P. Z. H. Serja 485 (Nr. kontr. 82), Serja 542 (Nr. kontr. 3069), Serja 584 (Nr. kontr. 3144) i Serja 671 (Nr. kontr. 3300), którą nabyliśmy drogą zwykłą u stałego dostawcy kliniki, którym jest apteka Tow. Akc. „Fr. Karpiński". Insulinę obcokrajową stosowaliśmy stale jednej i tej samej serji: angielską Serji 361, holenderską Serji 1162.

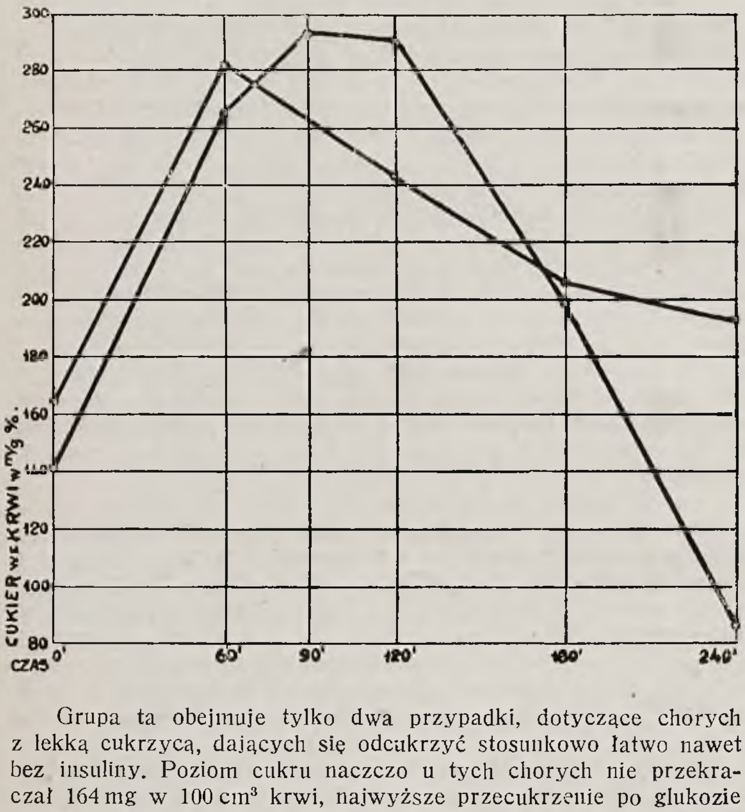
Tego rodzaju metodę badania obraliśmy jako najprostszą i najbardziej fizjologiczną, tembardziej, że przy jej stosowaniu poza zmianą marki samej insuliny, absolutnie nic się nie zmienia w zwykłym trybie życia chorego. Okoliczność ta nietylko pozwala przeprowadzać badanie dzień po dniu u tego samego chorego, lecz niezależnie od tego daje wyniki łatwe do porównania.

Stosując tego rodzaju technikę zbadaliśmy 12 chorych, w tem równą liczbę mężczyzn i kobiet. Jeśli się zważy, że prawie u każdego chorego należało zbadać 5 krzywych cukru: 1 po glukozie, 3 po różnym gatunku insuliny oraz 1 po śniadaniu, to ogółem trzeba było zbadać około 60 krzywych obrazujących zachowanie się poziomu cukru we krwi. Na każde takie oddzielne badanie składało się przeważnie 6 lub 5 określeń cukru.

Uzyskany tą drogą materjał podzieliliśmy na 3 grupy zależnie od ciężkości przypadku. Przy podziale chorych na grupy lekką, średnio-ciężką i ciężką opieraliśmy sie na trzech faktach: na badaniu klinicznem chorego, na krzywej cukru po glukozie oraz na wynikach leczenia.

Grupa „A".

Wykres 1.

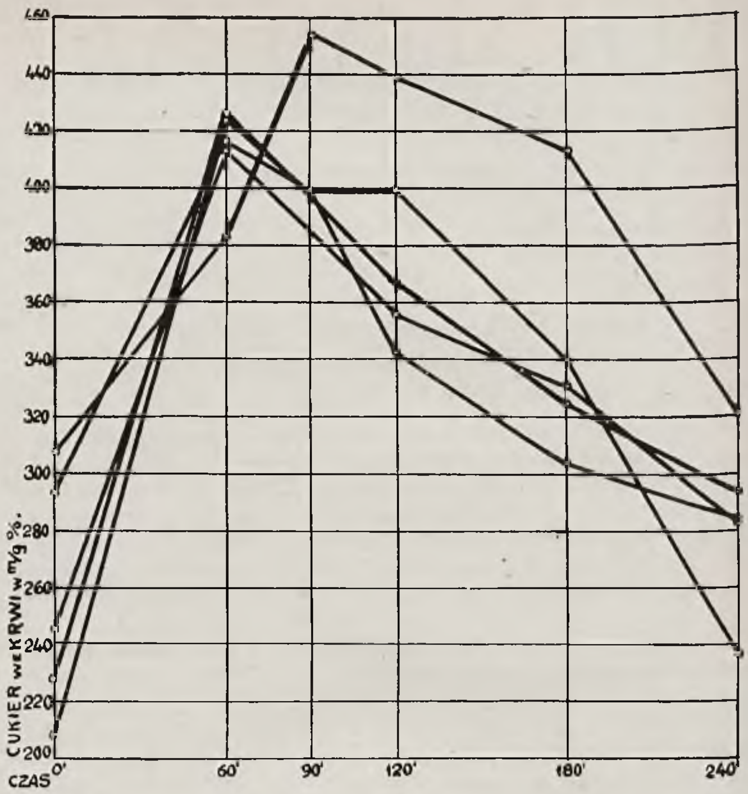


Grupa ta obejmuje tylko dwa przypadki, dotyczące chorych z lekką cukrzycą, dających się odcukrzyć stosunkowo łatwo nawet bez insuliny. Poziom cukru naczczo u tych chorych nie przekraczał 164 mg w 100 cm³ krwi, najwyższe przecukrzenie po glukozie nie przekraczało 300 mg, zaś po 3 godz. cukier we krwi wynosił około 200 mg.

„Grupa „B".

Grupa ta obejmuje 6 przypadków średnio-ciężkich t. j. takich, które w odróżnieniu od grupy III najcięższej dały wybitnie szybką poprawę pod wpływem leczenia djetą i insuliną. Badanie po obciążeniu glukozą było wykonane pomyślnie tylko w 5-ciu przypadkach — u szóstego chorego nie udało się. Zarówno przecukrzenie krwi jak i cukromocz były przeważnie b. wysokie. Do grupy tej został zaliczony chory St. Cz. (przyp. III) — najwyższa krzywa, —

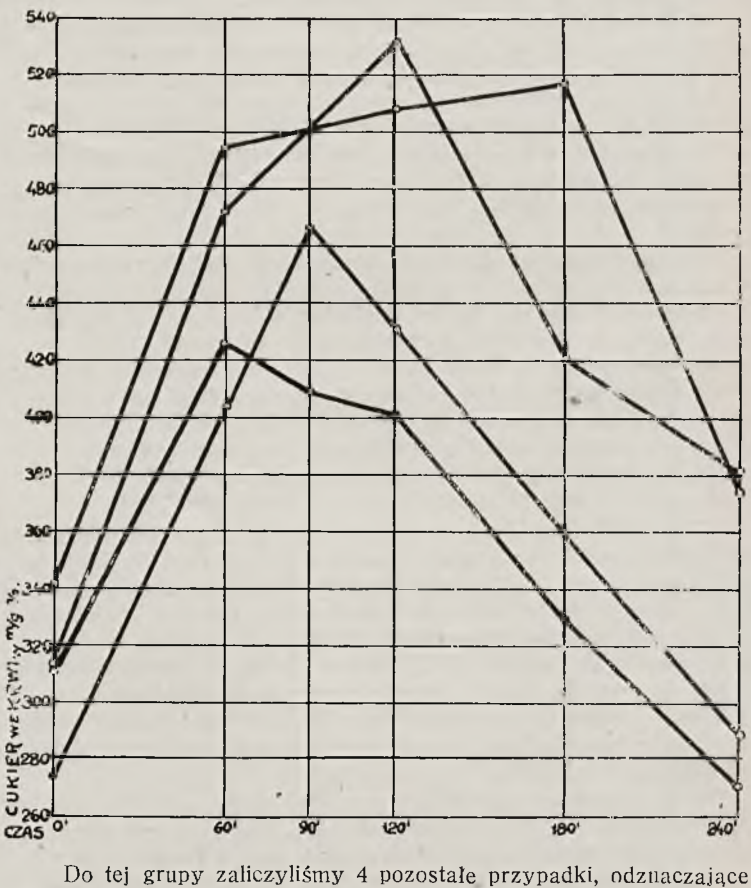
Wykres 2.



a to z tego powodu, że pod wpływem leczenia zarówno krzywa cukru jak i ogólny stan wykazały wybitną poprawę.

Grupa „C".

Wykres 3.



Do tej grupy zaliczyliśmy 4 pozostałe przypadki, odznaczające się ciężkim przebiegiem choroby, wysoką krzywą cukru po obciążeniu glukozą, skłonnością do kwasicy oraz zbyt powolną poprawą pomimo leczenia dietą i insuliną.

Pomimo ciężkiego przebiegu cukrzycy tylko w 2 przypadkach po obciążeniu 50 g glukozy mieliśmy cukromocz dosięgający 40 g, w pozostałych zaś 14 i 20 g. Te dwa ostatnie przypadki dotyczyły osób starszych po pięćdziesiątce t. j. w tym wieku, który cechuje

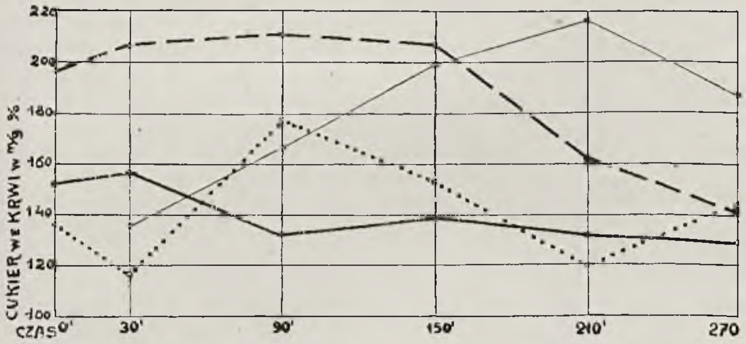
się zmianami marskiemi w nerkach i zmniejszoną przepuszczalnością nerek dla cukru.

O p i s p r z y p a d k ó w.

Grupa A. — (Przypadki lekkie).

P r z y p a d e k I. — Chory Sz. M., lat 55, felczer, był leczony w II Klinice Chirurgicznej U. W. z powodu *Endarteritis obliterans* lewej stopy i jednocześnie znajdywał się pod opieką I Kliniki Wewn. U. W. z powodu cukrzycy. Choruje od 5 lat. Przez cały czas po-

Wykres 4.



Objaśnienia wykresów:

o———o Bez insuliny — linja cieńsza nieprzerywana.
o———o Insulina polska (P. Z. H.) — linja grubsza nieprzerywana.
o— —o Insulina angielska (AB) — linja grubsza przerywana.
o.....o Insulina holenderska (H) — linja kropkowana.
o— —o Insulina duńska (D) — linja cieńsza przerywana.

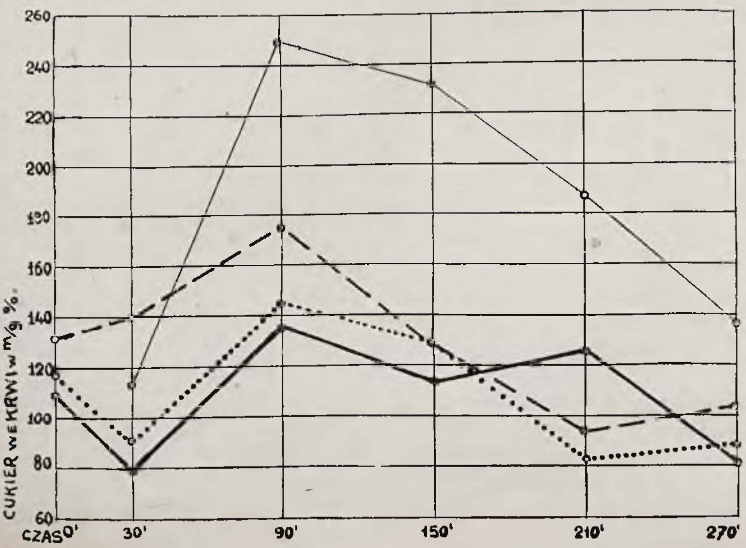
Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	0,4 g	0,5 g	—	—	0,9 g
P. Z. H. (polska)	—	—	—	—	—
H. (holenderska)	—	—	—	—	—
Ben insuliny	1,35 g	—	0,70 g	0,14 g	2,19 g

bytu w klinice chory otrzymywał wyżej wspomnianą dietę oraz 3 razy dziennie po 20 jednostek insuliny angielskiej. Badania wykonano kolejno w czasie od 20 do 23. III. b. r., w 3 tygodnie po dokonanej pomyślnie operacji L e r i s c h a. U tego chorego krzywa cukru we krwi po śniadaniu przebiega zbyt płasko, co do pewnego stopnia tłumaczy się tą okolicznością, że chory ten zbyt długo i powoli spożywał śniadanie. Aczkolwiek badania były wykonane dzień po dniu, jednak wahania cukru we krwi naczczo były dość znaczne (od 136 mg do 197 mg w 100 cm³ krwi). Rzecz oczywista, że fakt ten musiał się odbić i na krzywej glikemji w dniu badania po insulinie, co dokładnie stwierdzamy, analizując krzywą po insulinie angielskiej. W danym przypadku badanie po insulinie polskiej wypadło b. pomyślnie.

P r z y p a d e k II. — Chora M. W., lat 48, choruje od lipca 1928 r. Leczenie: dieta i insulina angielska. Insulina: rano 12 jedno-

Wykres 5.

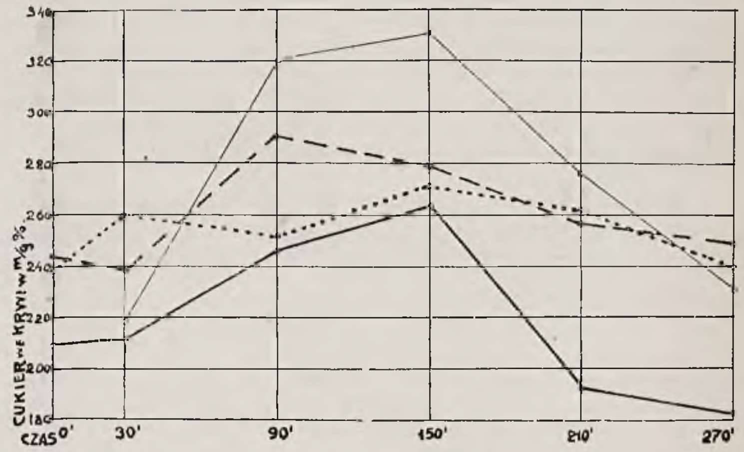


stek, przed obiadem 10 jednostek i przed kolacją 8 jednostek. Badanie powyższe jest jednem z najbardziej typowych. Przecukrzenie krwi po śniadaniu bez insuliny jest b. wysokie, natomiast po insulinie otrzymano tylko nieznaczne przecukrzenie krwi bez cukromoczu. W danym przypadku insulina polska działa również bardzo dobrze.

Grupa B. — (Przypadki średnio - ciężkie).

P r z y p a d e k III. — Chory St. Cz., l. 25, urzędnik. Zachorował w styczniu 1929 r. Na klinikę przybył 6. IV. b. r. bardzo silnie wychudzony ze skargami na osłabienie i wzmożone pragnienie. Wzrost 168,5 cm. Waga 47,8 kg. Chory otrzymywał insulinę angielską (16 + 12 + 8 = 36 jedn. dzien.). Pod wpływem diety i insuliny stan

Wykres 6.

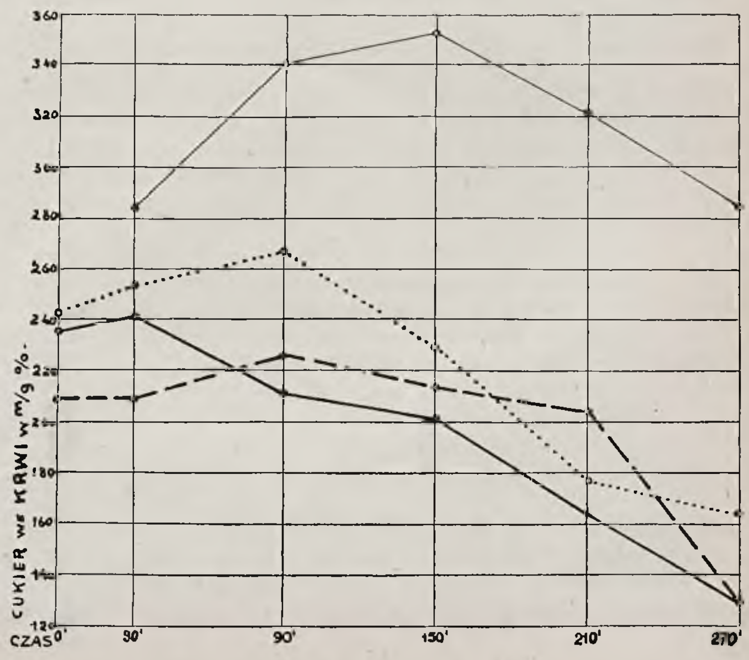


Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	1,50 g	0,50 g	1,16 g	2,10 g	5,26 g
P. Z. H. (polska)	—	—	—	—	—
H. (holenderska)	2,08 g	2,43 g	2,00,g	1,25 g	7,76 g
Bez insuliny	1,80 g	3,38 g	6,30 g	1,21 g	12,69 g

ogólny wybitnie się poprawił, tak że cukromocz już po tygodniu nie przekraczał 5 — 10 g na dobę. Badania wykonano 20 — 23. IV. b. r. Insulina polska podziałała b. dobrze, lepiej nawet niż obcokrajowa. Na insulinę holenderską chory zareagował również b. dobrze, nawet nieco lepiej niż na angielską. Jest rzeczą charakterystyczną, że w tym przypadku cukromocz po insulinie angielskiej był nieco niższy niż po insulinie holenderskiej, aczkolwiek odcukrzenie po insulinie holenderskiej było lepsze. Powyższy objaw „paradoksalnego cukromoczu" w przytoczonem badaniu jest zaledwie zaznaczony, jednak w niektórych z pośród następnych badań występuje bardziej wybitnie.

Wykres 7.



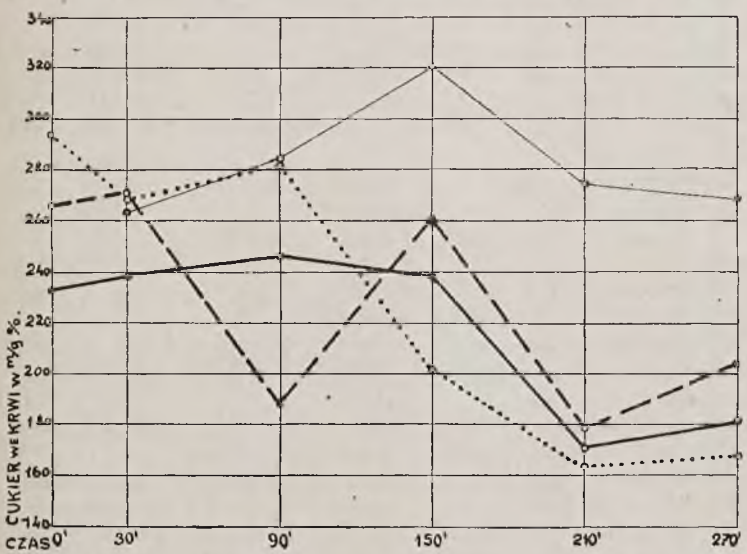
Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	0,8 g	2,70 g	2,30 g	0,76 g	6,56 g
P. Z. H. (polska)	—	—	0,05 g	0,08 g	0,13 g
H. (holenderska)	0,96 g	3,48 g	1,35 g	0,22 g	6,01 g
Bez insuliny	1,00 g	5,12 g	3,65 g	2,20 g	11,97 g

Przypadek IV. — Chory T. H., l. 25, handlowiec, zgłosił się do kliniki 12. III. b. r. choruje od listopada 1927 roku. Czasowo otrzymywał insulinę, ostatnio nie leczył się wcale. Wychudzony b. silnie, osłabiony, uskarża się na typowe objawy w postaci pragnienia i oddawania dużych ilości moczu. Leczenie: dieta oraz insulina angielska (16+12+8 = 36 jedn. dziennie). Krzywa glikemji po śniadaniu b. wysoka. Wszystkie 3 rodzaje insulin działają bardzo dobrze. Insulina polska obniża poziom cukru we krwi najlepiej, dzięki czemu mamy tylko ślad cukromoczu. Aczkolwiek w ciągu pierwszych $2^1/_2$ godzin krzywa cukru po insulinie holenderskiej jest wyraźnie wyższa od krzywej po insulinie angielskiej jednak w obu wypadkach cukromocz był jednakowy.

Przypadek V. — Chora E. P., l. 41. Cukrzycę stwierdzono przed dwoma laty podczas leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego. Chora przybyła na klinikę 2. IV. b. r. z powodu stanów

Wykres 8.



Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	0,30 g	0,12 g	0,04 g	0,03 g	0,49 g
P.Z. H. (polska)	—	0,30 g	—	—	0,30 g
H. (holenderska)	—	—	—	—	—
Bez insuliny	0,80 g	1,08 g	1,32 g	1,50 g	4,70 g

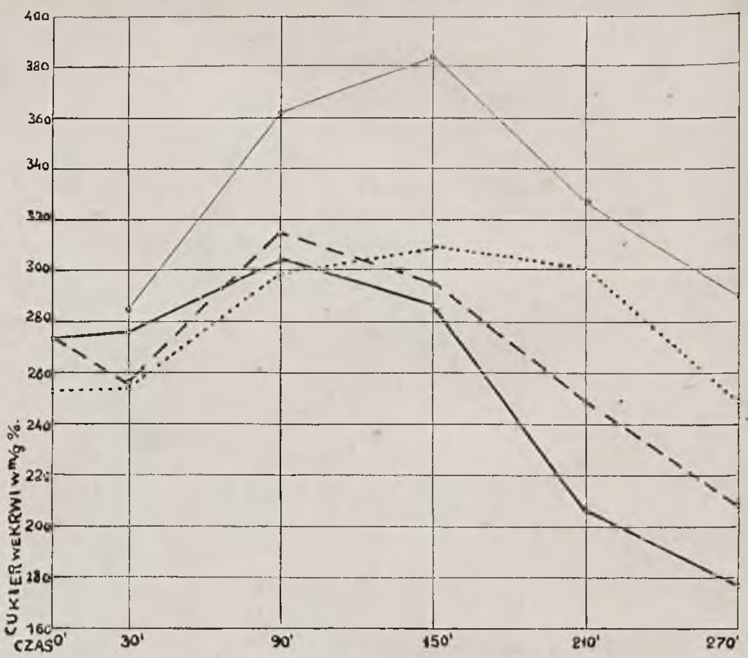
podgorączkowych, kaszlu oraz wzmożonego pragnienia i osłabienia. Rozpoznano oprócz cukrzycy gruźlicę czynną płatu górnego lewego płuca. Leczenie: dieta oraz insulina polska (16 + 12 + 8 = 36 jedn. dzien.). W danym przypadku insulina polska podziałała bardzo dobrze, dając spokojne i równe odcukrzenie bez gwałtownych skoków.

Przypadek VI. — Chory M. S., l. 26, robotnik rolny. Przybył na klinikę 14. III. b. r., gdyż od roku dokucza mu pragnienie, utrata sił oraz oddawanie moczu w nadmiernych ilościach. Cukrzycę stwierdzono przed tygodniem. Leczenie: dieta, i insulina

Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	5,09 g	2,75 g	2,32 g	0,76 g	10,92 g
P. Z. H. (polska)	2,42 g	2,74 g	3,06 g	1,38 g	9,60 g
H. (holenderska)	0,68 g	4,00 g	2,38 g	0,78 g	7,84 g
Bez insuliny	2,30 g	5,46 g	6,93 g	7,14 g	21,83 g

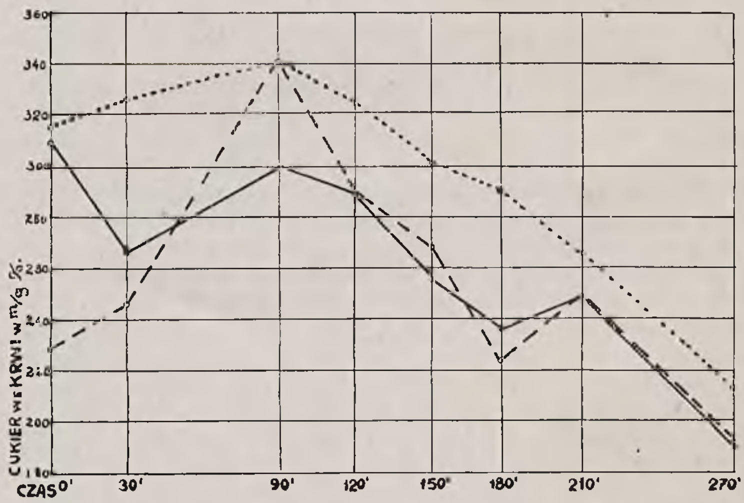
Wykres 9.



angielska (16 + 12 + 8 = 36 jedn. na dobę). Po 50 g glukozy chory ten wydzielał 38,5 g cukru. Pod wpływem leczenia, cukromocz ustalił się na poziomie 5 — 10 g na dobę. Na insulinę polską chory zareagował b. dobrze, a nawet najlepiej. Insulina holenderska w ciągu pierwszej $1^1/_2$ godz. spowodowała odcukrzenie nieco większe niż angielska, natomiast później działanie jej (holenderskiej) było najsłabsze. Jest rzeczą niezmiernie ciekawą, że u tego chorego cukromocz po insulinie polskiej był prawie taki sam jak po angielskiej, zaś po insulinie holenderskiej był stosunkowo najmniejszy, pomimo że w okresie późniejszym (po 90') przecukrzenie krwi było największe.

Przypadek VII. — Chory J. Z., l. 23. Choroba rozpoczęła się przed rokiem wśród typowych objawów. Obecnie osłabiony i silnie wychudzony. Leczenie: dieta i insulina angielska (12 + 10 + 8 = 30 jedn. na dobę). Badania wykonano w czasie od 12 do

Wykres 10.



Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 g.	po 90'.	po 2 g.	po 3 g.	po 4 g.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	0,9 g	—	3,0 g	0,5 g	0,5 g	4,9 g
P. Z. H. (polska)	7,7 g	6,7 g	0,4 g	—	ślad	14,8 g
H. (holenderska)	2,5 g	3,0 g	1,0 g	5,0 g	—	7,0 g

15 marca r. b. po uprzedniem trzytygodniowem leczeniu. Przy porównaniu zachowania się poziomu cukru we krwi odrazu rzuca się w oczy wielka różnica w poziomie naczczo. W dniu badania chorego po insulinie polskiej i holenderskiej cukier we krwi utrzymywał się na b. wysokim poziomie 309 i 316 mg, natomiast w dzień

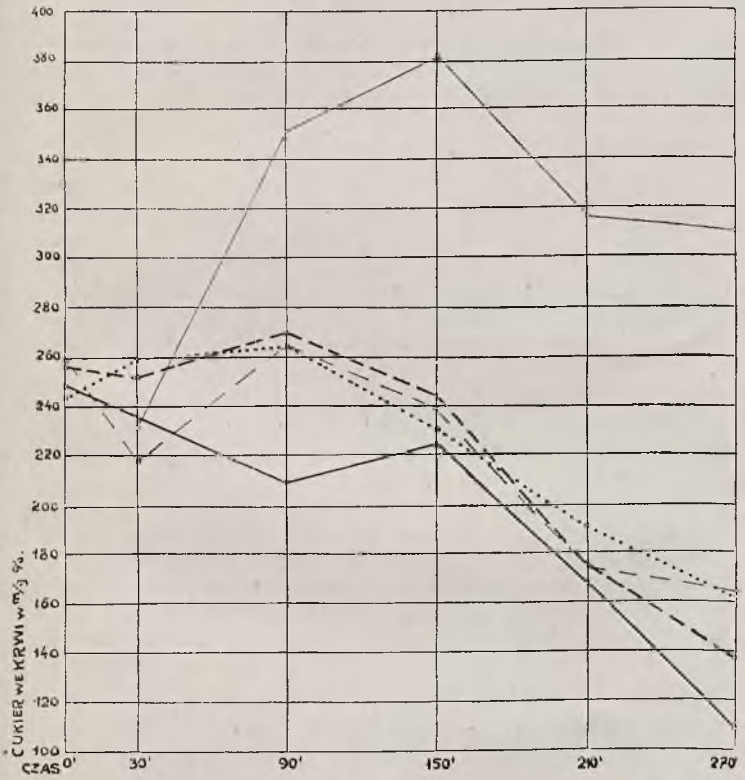
stosowania insuliny amerykańskiej tylko 229 mg. Nic więc dziwnego, że porównywane krzywe niezbyt są do siebie podobne. Szczegółem zastanawiającym jest ta okoliczność, że każda z porównywanych krzywych wykazuje wyraźny podskok po spożyciu śniadania w ciągu pierwszej pół godziny, i że tylko insulina polska daje wyraźne obniżenie poziomu cukru we krwi. Że po śniadaniu cukier we krwi wzrasta, pomimo insuliny, jest rzeczą naturalną, lecz conajmniej dziwny i niewytłumaczony jest zbyt wysoki podskok po insulinie angielskiej.

Po dwóch godzinach charakter krzywych jest mniej więcej jednakowy. Jeśli więc przyjąć pod uwagę ogólny charakter zachowania się porównywanych wykresów, to przyznać trzeba, że u danego chorego insulina polska spowodowała najbardziej prawidłowe, a więc i najlepsze odcukrzenie.

Wspomniany chory jest jeszcze z tego względu ciekawy, że wykazuje pewien brak równoległości pomiędzy zachowaniem się cukru we krwi i cukromoczem. Zdawałoby się, że skoro insulina polska daje najlepsze odcukrzenie, to tem samem i cukromocz po niej powinien być najmniejszy, tymczasem analiza wyżej przytoczonych liczb wykazuje, że tak nie jest. Mamy więc tu zupełnie wyraźnie zaznaczone zjawisko „paradoksalnego cukromoczu".

P r z y p a d e k VIII. — Chora T. T., l. 32, przybyła na klinikę dnia 29. IV. r. b., choruje od dwóch lat. Objawy: osłabienie oraz pragnienie połączone z oddawaniem wzmożonych ilości moczu. Leczenie: dieta i insulina polska (16 + 12 + 8 = 36 jedn. dzien.). Daną chorą zbadaliśmy dodatkowo i po insulinie duńskiej marki „Medix". Krzywa cukru we krwi po śniadaniu bez insuliny b. wysoka. Po-

Wykres 11.



Cukromocz.

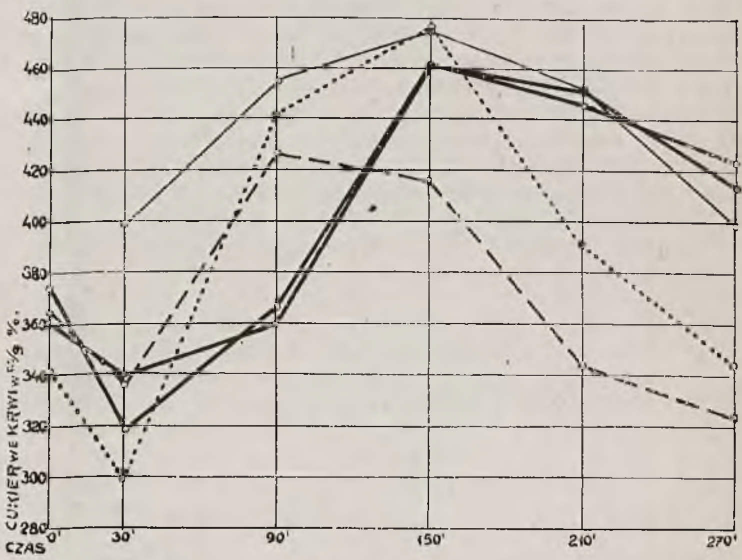
Marka insuliny	C z a s: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	6,60 g	1,44 g	0,32 g	—	8,36 g
P. Z. H. (polska)	0,20 g	0,10 g	ślad	—	0,30 g
H. (holenderska)	0,65 g	1,64 g	0,50 g	—	2,79 g
D. (duńska)	0,67 g	0,80 g	ślad	—	1,47 g
Bez insuliny	1,70 g	4,68 g	5,10 g	3,14 g	16,62 g

równanie zachowania się cukru we krwi po śniadaniu połączonem z insuliną i bez niej wykazuje dobitnie dobroczynny wpływ insuliny na ustrój chorej. Wszystkie cztery rodzaje insuliny działają na glikemję b. dobrze. Przypadek ten jest b. cenny jeszcze i z tego względu, że przez cały czas badania poziom cukru we krwi naczczo ulegał tylko b. nieznacznym wahaniom, co niezmiernie ułatwia porównanie wyników otrzymanych po stosowaniu różnych preparatów insulinowych. Jednak i tu działanie insuliny polskiej było nieco lepsze, wobec czego i cukromocz był najmniejszy.

Grupa C. — (Przypadki ciężkie).

P r z y p a d e k IX. — Chory S. J., l. 24, rolnik, zachorował w listopadzie ub. r. podczas odbywania służby wojskowej. Pierwsze objawy: pragnienie, oddawanie wielkich ilości moczu, wzmożone łaknienie oraz silne osłabienie połączone z wychudnięciem. W obecnej chwili stwierdza się b. silne wychudzenie połączone z osłabieniem, oraz duże ilości acetonu w wydechanem powietrzu i w moczu. Leczenie: dieta oraz insulina angielska (16 + 12 + 10).

Wykres 12.



Cukromocz.

Marka insuliny	C z a s: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	15,68 g	4,06 g	15,04 g	16,41 g	51,19 g
P. Z. H. (polska) dnia 20. IV.	11,96 g	11,16 g	10,50 g	7,63 g	41,25 g
P. Z. H. (polska) dnia 22. IV.	4,90 g	8,88 g	10,04 g	25,74 g	49,56 g
H. (holenderska)	3,7 g	10,24 g	7,24 g	10,65 g	31,91 g
Bez insuliny	4,85 g	8,25 g	18,70 g	6,48 g	38,28 g

U danego chorego wszystkie trzy rodzaje insuliny dały dość ostry spadek cukru we krwi w ciągu pierwszych trzydziestu minut jej działania, lecz jak tylko chory spożył śniadanie — nastąpił raptowny wzrost glikemji, i to po insulinie angielskiej i holenderskiej prawie niezwłocznie, zaś po preparacie polskim dopiero w dwie godziny. Ze względu na to, że po insulinie polskiej przecukrzenie krwi okazało się b. wysokie nietylko po dwóch lecz jeszcze i po czterech godzinach, co było rzeczą trudną do wytłumaczenia, badanie powyższe z tą samą ampułką insuliny powtórzyliśmy jeszcze raz po upływie dwóch dni. Wyniki okazały się zupełnie jednakowe. Porównanie otrzymanych wyników wykazuje, że u danego chorego w ciągu pierwszych 90 minut najlepiej przeciwdziała przecukrzeniu krwi insulina polska, natomiast później — angielska i holenderska. Wobec tego, że dwukrotne badania wykazały, iż insulina polska jest preparatem czynnym gdyż odcukrza chorego lepiej nawet niż inne w ciągu pierwszych 90 minut jej działania, to późniejsze zupełnie niewytłumaczone przecukrzenie krwi należy chyba przypisać specjalnemu oddziaływaniu chorego na ten preparat, lub innym niewyjaśnionym okolicznościom. Ogólnie biorąc chory ten najmniejszem przecukrzeniem krwi zareagował na insulinę angielską.

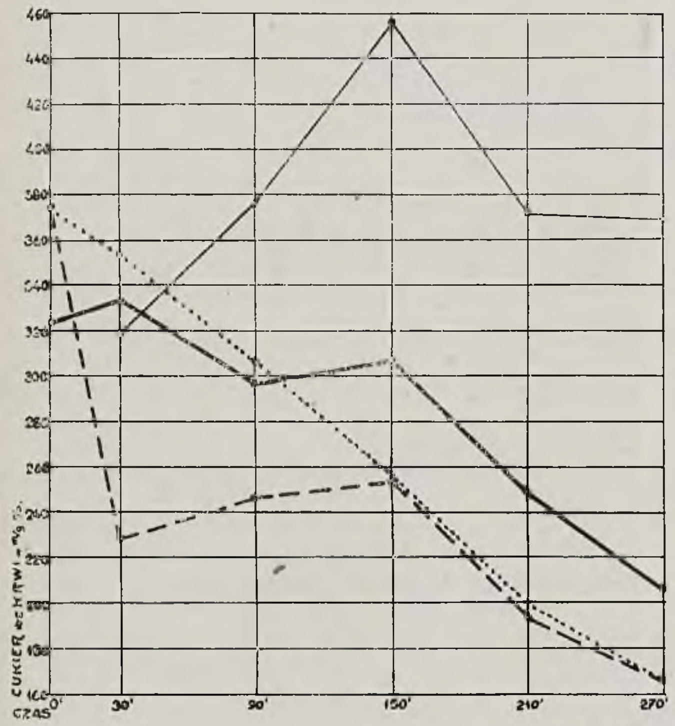
Dalsza analiza badań, przeprowadzonych u omawianego chorego, stwierdza, że nie tylko zachowanie się cukru we krwi, lecz również i zachowanie się cukru w moczu przedstawia pewne osobliwości i to jeszcze większe. Po śniadaniu bez insuliny chory wydzielił z moczem około 38 g cukru, a po takiem samem śniadaniu z insuliną angielską, która najlepiej u niego przeciwdziałała przecukrzeniu krwi, aż 51 g; po insulinie polskiej za pierwszym razem 41 g, za drugim prawie 50 g i jedynie tylko po insulinie holenderskiej cukromocz był nieco mniejszy niż bez insuliny (32 g). Z tego wszystkiego odnosi się wrażenie, że insulina angielska i polska jak gdyby nie tylko nie zabezpieczały tego chorego przed utratą cukru w moczu, lecz przeciwnie do pewnego stopnia sprzyjały nawet wyrzuceniu z ustroju większej ilości węglowodanów niż ta, która mogłaby się wytworzyć ze spożytego śniadania. Zjawisko

to jest tembardziej dziwne, że chory ten przed badaniem będąc na tej samej diecie i insulinie wydzielał na całą dobę najwyżej 20 do 25 g cukru.

Chory ten był krótko na klinice, więc nie można było wykonać więcej badań kontrolnych. Z obserwacji klinicznej zasługuje na specjalną uwagę jeden fakt, a mianowicie dążność chorego do jaknajszybszego wypisania się do domu. Jak to później zostało wyjaśnione, chory, jako posiadający własną gospodarkę, obowiązany był do uiszczenia opłaty szpitalnej, wobec tego z chwilą zaznaczenia się poprawy z niecierpliwością oczekiwał końca badań i powrotu do domu, a to aby uniknąć zbyt wysokich kosztów leczenia w szpitalu. Z tego powodu zdenerwowanie chorego coraz bardziej się potęgowało pod koniec pobytu w klinice. Wobec tego faktu i wyniki badań okazały się niezgodne z poprzedniemi, a że dokładna analiza danego przypadku nie pozwoliła nam na wykrycie innych przyczyn, przeto skłonni jesteśmy uważać osiągnięte dane jako świetną ilustrację ujemnego wpływu czynnika psychicznego u chorego na cukrzycę: 1) na odcukrzające działanie insuliny po fizjologicznem obciążeniu, oraz 2) na próg nerkowy, w następstwie czego zmniejszyły się ochronne zdolności nerek, zapobiegające zbytniej utracie cukru z moczem.

Przypadek X. — Chora M. O., l. 39, urzędniczka, od dwóch lat leczy się z powodu cukrzycy. W ciągu tego czasu kilkakrotnie przebywała w klinice wskutek pogorszenia się ogólnego stanu lub wzmożenia się acetonemji. W moczu stale wydziela około

Wykres 13.



Cukromocz. Po śniadaniu.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	2,70 g	2,16 g	0,77 g	—	5,63 g
P. Z. H. (polska)	3,78 g	1,98 g	1,50 g	0,64 g	7,90 g
H. (holenderska)	5,04 g	3,00 g	0,20 g	1,38 g	9,62 g
Bez insuliny	11,00 g	11,44 g	10,71 g	6,58 g	39,73 g

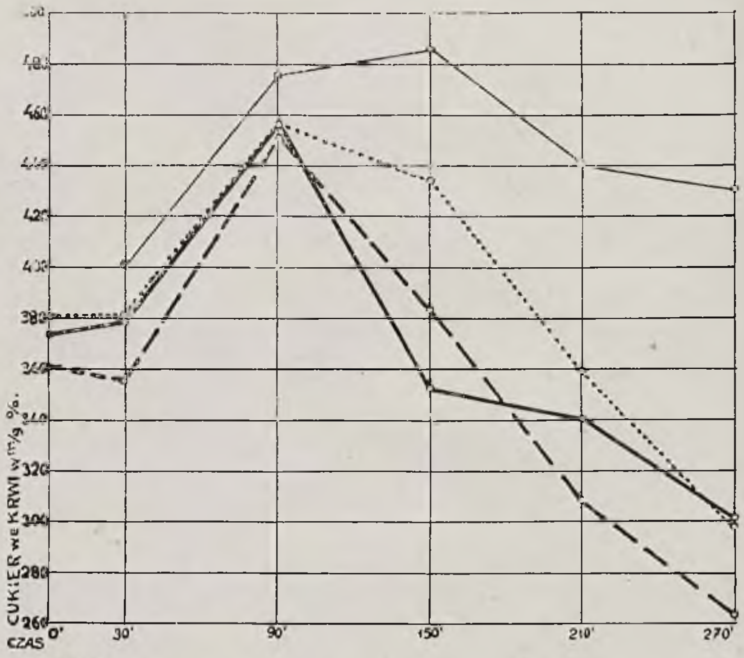
20 g cukru na dobę, pomimo stałego, choć niezawsze regularnego, stosowania insuliny. Chora przedtem stosowała przeważnie insulinę zagraniczną.

Obecne leczenie: dieta oraz insulina krajowa P. Z. H. (20 + 16 + 12 = 48 jedn. na dobę). Podczas kuracji można było zaobserwować naogół b. korzystny wpływ insuliny polskiej na przebieg kliniczny choroby. Porównanie krzywych wykazuje również bardzo korzystne działanie insuliny P. Z. H .na poziom cukru we krwi; niewiele się ono różni od działania insuliny angielskiej i holenderskiej.

W danym przypadku na specjalną uwagę zasługuje porównanie cukru we krwi oraz cukromoczu po śniadaniu z insuliną i bez insuliny. Bez insuliny ustrój chorej wyzbywa się około 30 g cukru, czyli przyswajanie równe jest zeru, natomiast pod wpływem insuliny cukromocz maleje do kilku gramów, tak, że ustrój jest w stanie zatrzymać i wykorzystać od 30 do 34 g węglowodanów.

Przypadek XI. — Chora M. St., l. 57, zachorowała na cukrzycę przed 4 laty wśród typowych objawów, jak ogólne osłabienie, wzmożone łaknienie połączone z oddawaniem dużych ilości moczu. Od trzech lat chora stale otrzymuje w małych dawkach

Wykres 14.



Cukromocz.

Marka insuliny	Czas: po 1 godz.	po 2 godz.	po 3 godz.	po 4 godz.	Suma cukromoczu
AB. (angielska)	2,76 g	2,03 g	2,42 g	1,20 g	8,41 g
P. Z. H. (polska)	0,90 g	0,74 g	2,49 g	3,00 g	7,13 g
H. (holenderska)	Mocz oddano tylko po 4 godzinach				4,73 g
Bez insuliny	2,00 g	2,28 g	5,12 g	2,97 g	12,37 g

insulinę angielską AB .Obecnie dnia 15. III. przybyła na klinikę w celu ponownego zbadania. Leczenie: dieta oraz insulina holenderska (16+12+10 = 38 jedn. na dobę). Po kilku dniach leczenia w moczu stwierdza się tylko ślady cukru.

Porównanie krzywych cukru we krwi wykazuje, że działanie insuliny polskiej w niczem prawie nie ustępuje nawet insulinie angielskiej AB. W danym przypadku jest rzeczą wielce charakterystyczną, że po śniadaniu, w ciągu pierwszej godziny, po każdym gatunku insuliny, następuje zwiększenie się cukru we krwi do tego stopnia, że prawie zupełnie znosi się działanie insuliny. Zjawisko to również dość wybitnie wyrażone obserwujemy w przypadku IX, a w przypadku VII tylko po insulinie angielskiej.

Przypadek XII. — Chora lat 41, narzeka od trzech miesięcy na ogólne osłabienie, łaknienie, pragnienie połączone z oddawaniem dużych ilości moczu oraz swędzenie w okolicy sromu. Choroba rozpoczęła się po urazach psychicznych. Początkowo od dnia 25. I. leczenie dietą tylko, później od 4. II. — dietą i insuliną angielską AB. (16 + 16 + 16 = 48 jedn. na dobę). Badania wykonano po przeprowadzeniu trzytygodniowej kuracji. (Wykres 15.).

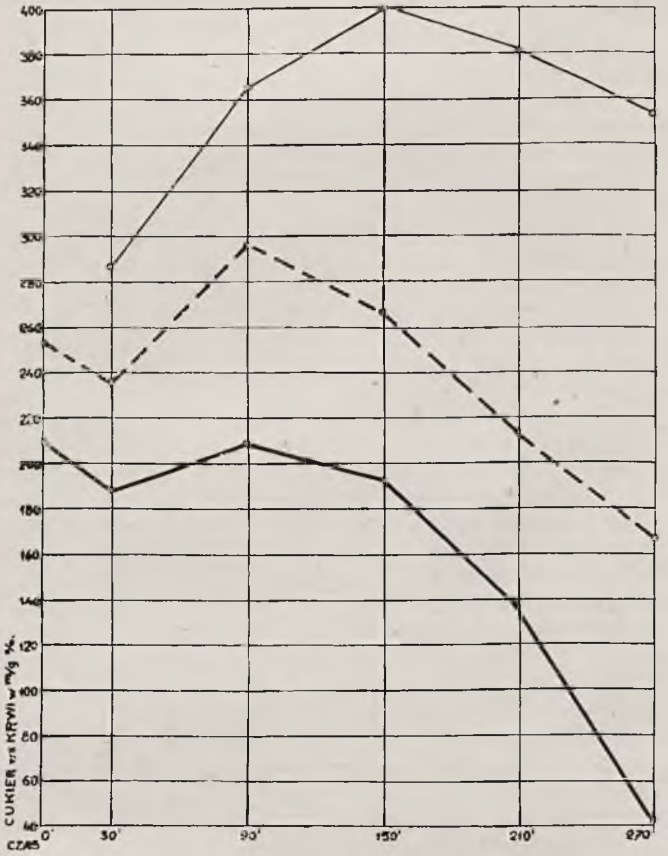
Porównanie krzywych wykazuje wybitne odcukrzające działanie insuliny wogóle, a polskiej w szczególności. Po insulinie polskiej cukromoczu nie stwierdzono, po angielskiej zaś tylko ślady.

Po dokładnem porównaniu przedstawionych wykresów łatwo wywnioskować, że uzyskane wyniki przewyższyły nasze oczekiwania. Okazało się przytem, że jeśli przyjąć jako pewien stały miernik powszechnie cenioną insulinę angielską AB., i jeśli oceniać wartość preparatu na podstawie jego działania odcukrzającego w warunkach fizjologicznych, to należy uznać, że obecnie insulina polska P. Z. H. jest preparatem pełnowartościowym, równorzędnym z zagranicznemi. Z badań tych również wynika, że insulina holenderska „Organon" dorównywa swym działaniem insulinie angielskiej — okoliczność ta, oraz wyniki osiągnięte po insulinie polskiej P. Z. H., są tylko wskazówką, że obecnie przy odpowiednich

staraniach i należytej kontroli każdy kraj może wytwarzać odnośny preparat na własne potrzeby.

Taką jest odpowiedź na pytanie bezpośrednio interesujące nas, pytanie, które stało się punktem wyjścia niniejszej pracy. Jednak przy zestawianiu wyników badań wystąpił cały szereg cennych faktów, dotyczących samego mechanizmu działania insuliny. Aczkolwiek fakty te nie dotyczą bezpośrednio głównego tematu, omówimy je jednak na tem miejscu ze względu na ich znaczenie zarówno praktyczne, jak i ogólno-biologiczne.

Wykres 15.



Tak więc jest rzeczą b. charakterystyczną znaczne wahanie poziomu cukru we krwi naczczo, jeśli się nawet bada chorych dzień po dniu w warunkach niezmienionych. Na dwunastu zbadanych, tylko u czterech różnica poziomu glikemji naczczo nie przekraczała stale 20 mg, w pozostałych różnice były znacznie wyższe, a nieraz nawet b. duże. Okoliczność ta, rzecz oczywista, utrudnia porównanie wyników działania insuliny u jednego i tego samego chorego, gdyż zrozumiałe jest, że nawet ta sama insulina da inną krzywą przy poziomie cukru we krwi naczczo wyższym, a inną przy niższym.

Niemniej ciekawe jest porównanie poziomu cukru we krwi co pół godz. po insulinie (t. j. tuż przed spożyciem śniadania). Na ogólną liczbę 37 badań podniesienie krzywej, nie przekraczające 20 mg spotyka się 13 razy i jeden raz większe od 20 mg, spadek zaś większy od 20 mg 10 razy, mniejszy 5 razy, zaś wychylenie ± 10 mg 8 razy. Wynika więc z tego porównania, że prawie w równej połowie przypadków występuje podniesienie lub obniżenie poziomu cukru we krwi, nie przekraczające 20 mg. Po spożyciu śniadania z reguły następuje znaczne przecukrzenie krwi, lecz mniejsze niż po śniadaniu bez insuliny. Stan taki trwa mniej więcej półtorej (rzadziej 2 godziny) — licząc od spożycia śniadania, a później zwykle zaczyna się wybitne obniżenie poziomu cukru we krwi, tak, że po dwóch godzinach przeważnie (w $^3/_5$) mamy poziom cukru we krwi niższy od poziomu naczczo, zaś po trzech godz. hipoglikemja staje się regułą. Zastrzec się należy, że omawiane wyniki odnoszą się do dawek insuliny, wahających się od 12 do 20 jednostek naraz.

Ciekawe rzeczy również uwidacznia porównanie wyników od różnych insulin u jednego i tego samego chorego. Otóż okazuje się czasami, że dwa rodzaje insuliny dają mniej więcej zgodne wyniki, zaś insulina trzeciej marki daje nienormalne podskoki glikemji, czyli wyniki nietypowe. Jeśli pozostawić na uboczu wszystkie badania u chorego IX, to na jedenaście przypadków spotykamy tego rodzaju niespodzianki po insulinie angielskiej dwa razy (V i VII) i po holenderskiej również dwa razy (I i VI). Nie znaczy to, by dany preparat insuliny był pośledniejszego gatunku, gdyż akurat w naszych doświadczeniach zawsze stosowaliśmy insulinę angielską i holenderską tej samej serji. Raczej należałoby zgodzić się ze spostrzeżeniami Kołodziejskiej i Funka, co prawda na królikach tylko, że osiągane wyniki nieraz zależą nie od preparatu, lecz od bliżej nieuchwytnych czynników. Dlatego też raczej powinniśmy uznać za słuszny pogląd Priesela i Wagnera, że wartość insuliny należy przedewszystkiem badać na chorych, a nie na zwierzętach, a co ważniejsza, że jeśli jakkolwiek insulina nie daje pożądanego skutku, to należy przedewszystkiem dobrze sprawdzić wyniki, a w razie potrzeby zmienić preparat, a nie zaliczać odrazu dany przypadek do opornych na insulinę.

Na istotną przyczynę niespodzianek w stosowaniu insuliny pewne bardzo ciekawe światło rzucają wyniki, otrzymane u chorego IX-go. Badanie to dowodzi przemożnego wpływu czynnika psychicznego nie tylko na glikemję, lecz i na próg nerkowy w kierunku zmniejszenia jego uszczelnienia. Gdy się zestawi przypadek VII-y z IX-ym, to o ile u chorego IX-go stwierdzamy ujemny wpływ stanu psychicznego na glikemję i na cukromocz jednocześnie, to u chorego VII-go po insulinie polskiej spotyka się jak gdyby rozkojarzenie tych 2-ch objawów. Chory VII-y zachowywał się spokojnie, insulina P. Z. H. odcukrza go lepiej niż inne, tymczasem cukromocz jest największy. Tego rodzaju wyniki z konieczności nasuwają myśl, że poza czynnikiem psychicznym i insuliną na próg nerkowy musi oddziaływać jeszcze coś innego dotąd bliżej nieznanego. Zresztą, że tak jest istotnie, że samo zjawisko cukromoczu zależy od czynności nerki świadczy o tem *diabetes renalis*, stan chorobowy, dla którego cechą charakterystyczną jest zwiększona przepuszczalność nerek dla cukru przy normalnej hiperglikemji.

Kończąc przegląd swych badań, nie możemy pominąć zagadnienia, dotyczącego wielkości stosowanych dawek insuliny. Otóż tu doświadczenie nasze wykazuje, że dla osiągnięcia efektu leczniczego i dla usunięcia patologicznego przecukrzenia krwi nie zawsze konieczne jest stosowanie zbyt wysokich dawek insuliny.

Spostrzeżenie to ma duże znaczenie praktyczne, gdyż poza względami ekonomji, właśnie stosowanie dawek insuliny, nie większych od średnich, zabezpiecza nas od niebezpieczeństwa hipoglikemji wraz z towarzyszącym jej ogólnym wstrząsem ustroju.

Podczas wykonywania tej pracy korzystaliśmy w znacznej mierze z insuliny dostarczonej bezinteresownie przez odnośne firmy, wobec czego uważamy za miły obowiązek podziękować Państwowemu Zakładowi Higieny w osobie p. Dra Celarka za parę ampułek insuliny P. Z. H. Serja Nr. 1 spec. oraz przedstawicielom firmy „Sair" p. Dr. M. Czarnożyłowi i p. Dr. D. Berlinowi za insulinę angielską AB., a oprócz tego p. J. Ehrlichowi za specjalnie hojne zaopatrzenie nas w insulinę holenderską marki „Organon".

Wnioski:

1) Obecnie wytwarzana insulina polska P. Z. H. jest preparatem pełnowartościowym, równorzędnym z zagranicznemi;

2) Pomimo niezmienności warunków badania u chorych cukrzycowych dość często spotyka się znaczne wahania poziomu cukru we krwi naczczo;

3) Insulina w dawkach od 12 do 20 jednostek, wstrzyknięta naczczo na pół godziny przed śniadaniem, powoduje w równej liczbie przypadków obniżenie lub nawet podwyższenie poziomu cukru we krwi nie przekraczające 20 mg; po śniadaniu, licząc od spożycia tegoż, w ciągu półtorej godziny następuje przecukrzenie krwi, lecz znacznie mniejsze niż bez insuliny, po 2-ch godz. w $^3/_5$ przypadków poziom glikemji bywa niższy niż naczczo, a po 3 godz. hipoglikemja staje się regułą;

4) Podczas stosowania insuliny, pomimo stwierdzenia dobroci preparatu u innych chorych, niekiedy otrzymuje się wyniki niespodziewane zarówno co do zachowania się cukru we krwi, jak i cukromoczu. Jako jedną z przyczyn możnaby uważać stan psychiczny chorego w czasie badania oraz swoiste zachowanie się progu nerkowego;

5) W razie stwierdzenia braku działania insuliny u chorego, należy powtórzyć badanie w warunkach psychicznie korzystnych. Do opornych na insulinę wolno zaliczyć dany przypadek tylko wtedy, gdy działanie nie występuje i przy zmianie preparatu;

6) Do usunięcia patologicznego przecukrzenia krwi po obciążeniu fizjologicznem najczęściej wystarczają dawki insuliny nie wyższe od 20 jednostek.

Piśmiennictwo.

1) J. Brossowa: Kuracja tuczna zapomocą insuliny. Medycyna praktyczna. Nr. 1, 1929 r. — 2) A. W. Kapłan i J. Konopnicki: Insulina w praktyce. Warsz. Czas. Lek., str. 86, 1925 r. — 3) Z. Kołodziejska i K. Funk: Porównania działania farmakologicznego rozmaitych preparatów insulinowych. Warsz. Czas. Lek., str. 276, 1924 r. — 4) A. Landau, M. Fejgin i J. Lewicki: Z nowszych spostrzeżeń nad cukrzycą. Pol. Gaz. Lek. Nr. 43, str. 789, 1928 r. — 5) Priesel i Wagner: O działaniu różnych insulin. Kl. Woch. Nr. 24, 1925 r.

Dr. Józef LENCZOWSKI st. asyst. kliniki. Lwów.

O postępowaniu w przypadkach wad serca u ciężarnych i rodzących.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Wady serca stanowią niewątpliwie bardzo poważne powikłanie ciąży i porodu. Pierwotne statystyki, opierające się na błędnem założeniu Fellnera i Schauty, jakoby $^6/_7$ wad sercowych bywa w ciąży nierozpoznanych, wykazywały z jednej strony znaczny odsetek chorób sercowych u ciężarnych, z drugiej zaś małą śmiertelność wśród nich. I tak Fellner obliczał ilość chorych na serce u ciężarnych na 2,4%, Pankow na 2,8%, Frey na 4,9%. Śmiertelność według Frommego wynosiła 0,46%. Błąd tych autorów polegał na tem, że wiele przypadków t. zw. reakcji ciążowej serca zaliczali do wad organicznych tego narządu. Obecnie wiemy, że serce w ostatnich miesiącach ciąży wskutek wysokiego uniesienia się przepony układa się poprzecznie i przylega ściślej do klatki piersiowej. Pozatem mięsień sercowy przerasta, jak to wykazały badania kliniczne i sekcyjne. Waga serca wzrasta przeciętnie o 25 gr. Powiększenie się serca jest następstwem wzmożonej pracy jego w ciąży. Dzięki zwiększonej ilości krwi, oraz wzrastającym oporom w krążeniu, jakie stwarza ciężarna macica wraz z bogato rozgałęzioną siecią naczyń krwionośnych. (Frey, Gammeltoft, Wagner, Halban i inni).

Ścisłe badania kliniczne ostatnich lat dowiodły niezbicie, że objętość minutowa i wyrzutowa serca, jakoteż tętna w ciąży, wzrasta przeciętnie o 28% pierwotnej wartości (Gammeltoft. Haupt). Również zwiększa się w ciąży ciśnienie krwi (Strassmann, Louros), aczkolwiek nie w tak wysokim stopniu, jak objętość minutowa. (Haupt). Wprawdzie Schwarz na wielkim materjale kliniki w Królewcu nie stwierdził żadnych zmian w ciśnieniu krwi u zdrowych ciężarnych i jest zdania, że każdy przypadek podniesienia się parcia krwi należy uważać za potologiczny. Jednakowoż badania Haupta, przeprowadzone aparatem Krogh-Lindhard'a, dowiodły, że o pracy serca rozstrzyga nie ciśnienie krwi, lecz objętość minutowa, która przecież zawsze w ciąży zwiększa się nieprzerwanie aż do porodu. Praca serca w ciąży jest więc niewątpliwie wzmożona, a mięsień sercowy, przystosowując się do zwiększonych wymogów, oddziaływuje przerostem.

Wyżej opisane zmiany, a mianowicie ściślejsze przyleganie serca do klatki piersiowej i jego przerost prowadzą klinicznie do powiększenia granic bezwzględnego stłumienia serca.

Dalej, wskutek uniesienia serca w całości ku górze, i poprzecznego jego ułożenia występuje zagięcie wielkich naczyń krwionośnych, co sprzyja powstawaniu różnych zjawisk akustycznych, mogących sprawić znaczne trudności rozpoznawcze.

Dzięki wyżej opisanym zmianom, jakim ulega serce w ciąży, a zwłaszcza w ostatnich miesiącach, często nawet doświadczony internista nie jest w stanie odróżnić wady od tej reakcji fizjologicznej tego narzadu.

Otóż dawniejsze statystyki nie uwzględniały zupełnie tych zmian serca u ciężarnych. I dlatego nie posiadają one większej wartości. Dane późniejszych autorów wykazały przedewszystkiem znacznie mniejszy odsetek chorób serca u ciężarnych. Według Traugott'a i Kautsky'ego ilość tych chorych nie przekracza 0,7%; Frey i Lardi na 9.966 kobiet będących w ciąży stwierdzili choroby sercowe w 0,7%; Bazân na olbrzymim materjale 14.314 przypadków położniczych znalazł tylko w 1,9% organiczne schorzenie mięśnia sercowego, aorty lub ich zastawek. Śmiertelność chorych sercowych zgodnie z nowemi badaniami jest o wiele wyższa, niż podawali dawniejsi autorowie (Lennie — 20%, Kerr i Munro — 12%, Wagner — 14%, Fitz Gibbon — 22,7%).

Przypadłości sercowe ze zrozumiałych powodów występują najczęściej w drugiej połowie ciąży. Jednakowoż doświadczenie ostatnich lat poucza, że w pierwszych miesiącach ciąży, a więc wtedy, gdy mowy jeszcze być nie może o zmianach w ułożeniu serca lub znaczniejszej jego pracy, może przyjść do dekompensacji, która nierzadko ustępuje tylko po przerwaniu ciąży. Przypadki te dowodzą, że w ciąży serce jest narażone nietylko na zmiany charakteru mechanicznego, lecz że stan odmienny, stając się bodźcem potężnym, przeobrażającym cały ustrój kobiecy, nie pozostaje bez wpływu również i na narząd krążenia. Wpływ ten zaznacza się już bardzo wcześnie zwiększoną pojemnością wyrzutową serca (Kautzky, Schmidt, W. Frey) a może wytrącić z równowagi mięsień sercowy chory lub mniej wartościowy. Według Kautzky'ego zwiększona pojemność wyrzutowa jest prostem następstwem już wcześnie występującej kwasicy, a zgodnie z Freyem zależna ona jest od zwiększającej się ilości krwi. Nie bez znaczenia są tu toksyny ciążowe oraz zaburzenia wewnątrzwydzielnicze (Halban).

Największe niebezpieczeństwo u chorych sercowych występuje podczas porodu. Już bóle pierwszego okresu porodowego na drodze odruchowej mogą niekorzystnie odbić się na akcji sercowej. Daleko groźniejszym jednak jest drugi okres. Bóle parte, potęgujące wielokrotnie ciśnienie wśródbrzuszne, oraz silne wydechowe napięcie mięśni klatki piersiowej i przepony w znacznym stopniu utrudniają krążenie krwi szczególnie w zakresie krążenia małego. Pozatem w okresie tym przychodzi do szybkich. a gwałtownych wahań w ciśnieniu krwi zależnie od skurczów i rozkurczów macicy. Dla tych przyczyn okres ten stanowi próbę ogniową dla serca, próbę, której serce chore często nie wytrzymuje.

Stan bezpośrednio po porodzie, gdy następuje nagłe opróżnienie jamy macicy i związane z tym przepełnienie krwią naczyń jamy brzusznej, a odpływ z klatki piersiowej, może również stać się niebezpiecznym dla chorych sercowych. Ze względu na te szybkie a znaczne zmiany w rozmieszczeniu krwi czas tuż po porodzie Wagner wydzielił w odzielny okres i nazwał „post-partum-Periode".

W trzecim okresie nierzadko przychodzi do krwotoków trudnych do opanowania.

Ale także szczęśliwie przebyty poród nie chroni tych chorych od groźnych powikłań ze strony serca w połogu. Ostra niedomoga mięśnia sercowego może wystąpić nagle w kilka dni po porodzie. Już same stany gorączkowe, tak często stwierdzane w połogu, a może i jady błony doczesnej, mogą być ostatnią kroplą, która przechyla szalę na niekorzyść chorej. (Kerr i Munro). Niewątpliwie najgroźniejsze powikłanie w połogu stanowi zaostrzenie sprawy zapalnej w zastawkach w przypadkach wad ujść żylnych. W piśmiennictwie często spotykają się wzmianki o ostrem zapaleniu wsierdzia, jako przyczynie śmierci tych chorych. Wagner stwierdził te zmiany we wszystkich bez wyjątku swoich 6 sekcyjnych przypadkach, Schmidt — w 4—5, Fromme — w 26,5%, French i Hicks — w 29%, W. Frey — w 64%, Dürrin — w 75%. Autorzy ci stwierdzali bądź zaostrzenie sprawy dawniej nabytej, bądź nowe owrzodzenia, martwice lub złogi włóknika na chorych zastawkach. Momentem usposabiającym jest zwiększona ilość krwi w ciąży, a nie bez znaczenia są również zakażenia, wychodzące z macicy.

Osłabione krążenie krwi u chorych sercowych również sprzyja tworzeniu się zakrzepów połogowych.

Z poszczególnych wad serca najgroźniejszem niewątpliwie jest zwyrodnienie mięśnia sercowego bez względu na to, czy łączy się ono ze schorzeniem zastawek, czy też nie. Ostra niedomoga mięśnia sercowego, która szczególnie często występuje u osób otyłych lub starszych wieloródek, daje bardzo często niepomyślne rokowanie. W dużych statystykach Kerra i Munro, oraz Bazâna największy odsetek wskazań do przerwania ciąży dały właśnie przypadki *myocarditis.*

Z wad zastawkowych stosunkowo najłagodniejszą jest niedomykalność dwudzielnej, która daje najmniejszy procent śmiertelności. Lecz także tu może przyjść do niewyrównania, zwłaszcza w drugim okresie porodowym. Atoli najwięcej niebezpiecznem, jak powszechnie prawie się przyjmuje, jest zwężenie lewego ujścia żylnego, szczególnie powikłanie jego z niedomykalnością. Tu śmierć święci największe swoje trjumfy. I nic dziwnego. Już w ciąży, a zwłaszcza podczas porodu, wzmaga się praca serca: w przypadkach zwężeń nadmiernie rozdęty i słabszy od komory lewy przedsionek łatwo wyczerpuje się, a szczególnie w drugim

okresie porodowym, gdy przychodzą bóle parte a wraz z nimi utrudnienie w krążeniu małem. Tylko w wyjątkowych przypadkach wyraźnych zwężeń ciąża i poród mogą się odbyć bez jakichkolwiek sensacji ze strony serca i to przypuszczalnie tylko w przypadkach zwężeń niepowikłanych (G e r i c h, H a m p e l). Choroby zastawek tętnicy głównej zachowują się mniejwięcej, jak i zastawki dwudzielnej (H a l b a n). Schorzenie ujścia żylnego prawego z powodu swej rzadkości praktycznie prawie nie wchodzi w rachubę.

Chociaż różne wady sercowe dają na ogół niejednakowe rokowanie, to jednak los każdego poszczególnego przypadku nigdy nie jest pewny. Jak słusznie podnosi wielu autorów, jak np. F r e y, W a g n e r, J a s c h k e, H a l b a n i inni decyduje o wszystkiem stan mięśnia sercowego, wiek chorych, oraz ilość przebytych porodów. U młodych pierwiastek rokowanie jest najlepsze. W statystyce G i b b o n a 75% pierwiastek donosiło ciążę do końca; dekompensacja u niektórych wystąpiła tylko podczas porodu, lecz po porodzie chore wróciły szybko do siebie. Powikłania inne jak np. kiła, schorzenia nerek i t. d. w znacznym stopniu pogarszają rokowanie. Wyżej opisane zmiany, jakim ulega serce w ciąży, oraz nowsze spostrzeżenia kliniczne nad sercem chorem u ciężarnych każą nam zwracać baczniejszą uwagę na narząd krążenia w przypadkach położniczych. Zbytni optymizm autorów dawniejszych winien ustąpić miejsca więcej krytycznemu badaniu chorych, a wtedy się okaże, jak groźne powikłanie ciąży i porodu stanowią schorzenia sercowe.

A teraz pozwolę sobie przytoczyć nasz materjał kliniczny za ostatnie 4 lata, gdyż w tym czasie celowo każdy przypadek był ściśle i krytycznie badany. Wszystkich chorych sercowych w tym czasie mieliśmy 22.

P r z y p a d e k I. (L. dz. 322/1926). Chora L. lat 38, pierwiastka, 6 miesiąc ciąży. Przywieziona do kliniki w stanie zupełnej dekompensacji. Sinica, duszność, tętno 125, arytmiczne. Wykonano natychmiast cięcie cesarskie. Na 3 dzień śmierć. Sekcja wykazała zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej.

P r z y p a d e k II. (L. dz. 302/1928). Chora L. lat 32, 3 ciąża. Pierwszy poród siłami natury bez powikłań. W drugiej ciąży nastąpił poród przedwczesny w 7-mym miesiącu; po porodzie tym wystąpił atak drgawek porodowych, trwający zaledwie kilka minut, poczem chora szybko przyszła do siebie. W ciąży ostatniej wystąpiły silne i częste drgawki porodowe. Przywieziona do kliniki w stanie nieprzytomnym z silnymi obrzękami; VII mies. ciąży. Wobec ciągle utrzymującego się stanu nieprzytomnego, oraz sinicy i obrzęku płuc wykonano cięcie cesarskie brzuszne.W 6 godzin po operacji zejście śmiertelne. Sekcja wykazała zmiany tłuszczowe w wątrobie i nerkach, charakterystyczne dla eklampsji, oraz zwężenie ujścia żylnego lewego.

P r z y p a d e k III. (L. dz. 555/1928). Chora R. lat 38, ciąża VIII. Rodziła 5 razy siłami natury bez powikłań, 2 razy roniła. W ciąży ostatniej już w V miesiącu wystąpiły tak znaczne objawy dekompensacyjne ze strony serca, że wezwani internista i ginekolog poważnie myśleli o przerwaniu ciąży i tylko na skutek wyraźnego sprzeciwu chorej postanowiono narazie ograniczyć się do leczenia niedomogi sercowej. Badanie zawodowego internisty, specjalisty od chorób sercowych wykazało zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej znacznego stopnia. Pod wpływem energicznego leczenia objawy te ustąpiły i chora względnie dobrze się czuła aż do końca ciąży. Na kilka tygodni przed porodem była przyjęta do kliniki. W czasie porodu w pierwszym okresie stan stosunkowo dobry. W drugim zaczęły występować objawy niedomogi — duszność, sinica, kaszel, nieregularność i przyśpieszenie tętna. Poród ukończono kleszczami. Po porodzie powolne polepszenie się. Po 19-stu dniach opuściła klinikę z sercem wyrównanem.

P r z y p a d e k IV. (L. dz. 721/1929). Chora R. lat 39, ciąża 7-ma. Poprzednie porody prawidłowe. Od dwóch lat choruje na serce. W ciąży obecnej wystąpiły już w pierwszych miesiacach objawy niedomogi serca — duszność, bicie serca, osłabienie, obrzęki. Leczyła się bardzo energicznie, większą część ciąży przeleżała w łóżku. Pod koniec ciąży znaczne polepszenie, zaczęła chodzić. Przybyła do kliniki w pierwszym okresie porodowym. Badanie internistyczne stwierdziło — zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej, zwyrodnienie mięśnia sercowego. Wada sercowa w okresie wyrównania. W czasie porodu w drugim okresie, natychmiast po odejściu wód płodowych założono kleszcze wysokie i urodzono płód żywy. Stan chorej dobry, nie pogorszył się również i w połogu.

P r z y p a d e k V. (L. dz. 669/1929). Chora N. lat 39 ciąża XVI-ta. Rodziła 12 razy siłami natury bez powikłań. 3 razy roniła. Choruje i leczy się na serce od roku. Skierowana do kliniki przez zawodowego internisty ze wskazaniem do przerwania ciąży — *myocarditis, adynamia musculi cordis.* W chwili przybycia do kliniki stwierdzono ciążę w II-im miesiącu, sinica, tętno szybkie nieregularne. Wobec tego stanu chorej ciążę przerwano. Szybka poprawa.

P r z y p a d e k VI. (L. dz. 108/1929). Chora S. lat 28. Urodziła na klinice siłami natury płód donoszony. Po porodzie przez 26 dni z wyjątkiem gorszego zwijania się macicy, żadnych dolegliwości. Dnia 26 nagle dreszcze, temperatura 39,5°, silny ból głowy. Następnego dnia temperatura 40,0°, silne dreszcze, ból i obrzęk obu migdałków. Nad końcem serca wystąpił szmer skurczowy. Krew pobrana na posiew wykazała obecność *streptococcus viridans.* W dalszym przebiegu nastąpiło o tyle polepszenie ze strony serca, że chora mogła opuścić klinikę i udać się do domu. W pół roku po porodzie osoba ta była badaną na klinice; stwierdzono silną anemję, stan podgorączkowy oraz wyraźne oznaki zapalenia wsierdzia. Dalszy los jej nie jest znany.

P r z y p a d e k VII. (L. dz. 104/1929 r.). Chora S.lat 25, pierwiastka. W dzieciństwie — szkarlatyna i błonica. Od tego czasu wada serca Przed trzema laty tyfus brzuszny, potem paratyfus. Tuż przed ciążą suche zapalenie opłucnej po stronie lewej. Badanie internistyczne wykazało zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie zupełnego wyrównania. Pierwszy okres porodowy przebiegał normalnie, w drugim częściowo na skutek przeciągania się porodu częściowo zapobiegawczo założono kleszcze wychodowe i urodzono płód żywy. W połogu macica dłużezy czas się zwijała, pozatem chora przechodziła anginę, oraz 18-go dnia wystąpiło zapalenie żył w obu udach. Stan serca jednak był stosunkowo dobry, zresztą stale podawano środki nasercowe. Ósmego tygodnia po porodzie opuszcza klinikę w stanie względnie dobrym.

P r z y p a d e k VIII. (L. dz. 1209/1926 r.). Chora W. lat 48, ciąża IX-ta. W ostatnich dwóch porodach silne krwawienia poporodowe. Leczy się na serce od kilku lat. Zgłosiła się na klinikę pod koniec ciąży w pierwszym okresie porodowym. Badanie internistyczne stwierdziło niedomykalność zastawki dwudzielnej nieznacznego stopnia w okresie wyrównania. Poród siłami natury bez powikłań. Połóg prawidłowy.

P r z y p a d e k IX. (L. dz. 1012/1926 r.). Chora F. lat 28, ciąża III-cia. Poprzednie porody prawidłowe. Od paru lat leczy się na serce. Badanie istotnie stwierdziło wadę sercową — niedomykalność zastawki dwudzielnej nieznacznego stopnia w okresie wyrównania. Poród i połóg prawidłowy bez powikłań.

P r z y p a d e k X. (L. dz. 151/1927 r.). Chora S. lat 30, pierwiastka. W dzieciństwie przebyła odrę, szkarlatynę, tyfus brzuszny i plamisty. Na serce nie uskarża się. Przybyła na klinikę w pierwszym okresie porodowym. W drugim okresie z powodu rozpoczynającej się niedomogi mięśnia sercowego wyciśnięto płód sposobem Cristellera. W połogu szybka poprawa. Internistycznie stwierdzono niedomykalność zastawki dwudzielnej.

P r z y p a d e k XI. (L. dz. 417/1927 r.). Chora D. lat 31, ciąża II-ga. Pierwszy poród trwał 30 godzin W dzieciństwie przechodziła błonicę w wieku dojrzałym kilkakrotnie zapalenie płuc i opłucnej Oddawna choruje na wadę sercową. Badanie narządu krążenia wykazało niedomykalność zastawki dwudzielnej. Pierwszy okres przebiegał prawidłowo. W drugim z powodu nieregularnego i szybkiego tętna rodzącej ukończono poród przez założenie kleszczy. Po porodzie wystąpiła silna atonja macicy, którą udało się zwalczyć tylko zapomocą tamponady jamy macicy. Dalszy przebieg pomyślny.

P r z y p a d e k XII. (L. dz. 909/1927 r.). Chora S. lat 24 Pierwiastka. W drugim okresie porodowym z powodu przeciągania się porodu założono kleszcze wychodowe W trzecim okresie wystąpiło atoniczne krwawienie, które udało się opanować wytamponowaniem jamy macicy. Od 3-go dnia połogu ciepłota podniosła się do 38°, stan gorączkowy trwał przeszło tydzień. W okresie tym, 9-go dnia połogu rozwinęły się objawy wyraźnej niedomogi mięśnia sercowego — tętno nieregularne, szybkie i miękkie; częste wypadanie tętna. Stwierdzono — *myocarditis.* W ciągu tygodnia objawy te znikły i chora opuściła klinikę w stanie dobrym.

P r z y p a d e k XIII. (L. dz. 271/1927 r.). Chora G. lat 42. Ciąża I-sza. Położenie pośladkowe Przed 18-tu laty zapalenie stawów. Od tego czasu choruje na serce. Badanie wykazało niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania. Podczas porodu po pęknięciu pęcherza wystąpiły nagle objawy dekompensacji — sinica, duszność, kaszel, pogorszenie się tętna; wobec powyższego ukończono poród operacyjnie przez wyciągnięcie płodu. W połogu nastąpiło zupełnie wyrównanie.

P r z y p a d e k XIV. (L. dz. 559/1927 r.). Chora G. lat 32, pierwiastka. Od trzech lat miewa zawroty głowy i bicie serca. W dru-

giej połowie ciąży wystąpiły objawy dekompensacyjne; skierowano na klinikę chorób wewnętrznych. Rozpoznano — zwężenie i niedomykalność zastawki dwódzielnej. Pod wpływem długotrwałego leczenia udało się osiągnąć zupełne wyrównanie. Na czas porodu przeniesiona na klinikę położniczą. Bóle porodowe bardzo słabe. Wody odeszły przedwcześnie; wobec zaczynającego się pogarszania tętna rodzącej i płodu po uprzedniem nacięciu szyji założono kleszcze wysokie i urodzono płód żywy. Połogu przez dłuższy czas stan gorączkowy, połączony z okresowemi pogorszeniami się ze strony serca. Po 7-miu tygodniach wypisana z kliniki na żądanie rodziny. Stan podczas wyjścia zdradzał objawy początkowej dekompensacji. Po 11-tu dniach zgłosiła się ponownie do kliniki z bólami stenogardycznymi w ręce lewej oraz w stanie znacznie gorszym, niż opuszczała klinikę. Podczas swego drugiego pobytu w Zakładzie — w ciągu przeszło 13-tu tygodni — udało się wreszcie doprowadzić serce do względnej równowagi.

Przypadek XV. (L. dz. 806/1927 r.). Chora K. lat 33, ciąża III-cia. Poprzednie porody prawidłowe Ostatni poród przed 4-ma laty. Choruje od 3-ch lat na serce. W ciąży obecnej ciągle cierpiała na duszność, ataki bicia serca; w ostatnich dwóch miesiącach prawie nie spała z tego powodu. Stan podczas przyjęcia — niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie równowagi. Poród przebiega nadspodziewanie gładko, być może dlatego, że drugi okres trwał zaledwie kilka minut. W trzecim okresie jednakże wystąpiło niewielkie krwawienie i w ślad zatem zaczęły się pojawiać oznaki dekompensacji ze strony serca. Krwawienie dało się opanować dosyć szybko i stan chorej również dosyć prędko się polepszył. W połogu nastąpiło zupełne wyrównanie.

Przypadek XV. (L. dz. 779/1927 r.). Chora G. lat 32, pierwiastka. Od 14-tu lat choruje na serce. Badanie internistyczne stwierdziło niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwyrodnienie mięśnia sercowego. Stan względnego wyrównania. Poród przebiega samoistnie, chociaż podczas przeżynania się główki zaczęły występować objawy dekompensacyjne W połogu dolegliwości ze strony serca powoli ustąpiły.

Przypadek XVII. (L. dz. 763/1927 r.). Chora M. lat 27, pierwiastka. Cierpi na niedomykalność zastawki dwudzielnej nieznacznego stopnia. Poród samoistny bez powikłań. Połóg normalny.

Przypadek XVIII. (L. dz. 762/1927 r.). Chora H. lat 30, ciąża III-cia w drugim miesiącu. Poprzednie porody prawidłowe. Skierowana do kliniki przez internistę z rozpoznaniem *„endocarditis lenta"*. Ciążę przerwano. Stan nieco się polepszył.

Przypadek XIX. (L. dz. 1109/1927 r.). Chora B. lat 24, ciąża III-cia w drugim miesiącu księżycowym od 5-ciu tygodni plamiła. Przed 13-tu dniami przyjęta na klinikę chirurgiczną celem poddania się operacji na żołądku. Stan serca — niedomykalność zastawki dwudzielnej. Będąc jeszcze na klinice chirurgicznej nim wykonano operację zaczęła nagle krwawić i została przeniesiona na klinikę położniczą. Stwierdzono poronienie. Macicę wyskrobano. Początkowo tętno nieregularne, szybkie. W dniach następnych powrót do normy.

Przypadek XX. (L. dz. 1164/1928 r.). Chora K. lat 30. pierwiastka. Ciąża 6-cio tygodniowa. Skierowana do kliniki przez doświadczonego internistę ze wskazaniem do przerwania ciąży. Rozpoznanie internistyczne — niedomykalność i zwężenia zastawki dwudzielnej. Stan na granicy wydolności mięśnia sercowego. Ciążę usunięto. Znaczna poprawa.

Przypadek XXI. (L. dz. 467/1928 r.). Chora Cz. lat 43, ciąża VII-ma. Poprzednie porody prawidłowe. Na serce się nie leczyła. Badanie narządu krążenia wykryło — niedomykalność zastawki dwudzielnej. Okres wyrównania. Poród samoistny bez powikłań. Po odejściu łożyska macica źle się kurczyła, przez co nieznacznie krwawiła. W godzinę po porodzie wystąpiły objawy wybitnej niedomogi mięśnia sercowego. Sinica, kaszel. duszność; tętno miękkie, niergularne. W celu niedopuszczenia dalszemu krwawieniu wytamponowano jamę macicy. W połogu stopniowa poprawa.

Przypadek XXII. (L. dz. 809/1929 r.). Chora P. lat 30, ciąża V-ta. Poprzednie porody normalne Badanie serca stwierdziło; niedomykalność zastawki dwudzielnej, tętno 100 Poród siłami natury. objawy niewydolności serca nie wystąpiły. Połóg prawidłowy.

Rozpatrzmy bliżej wyżej przytoczone przypadki. Zejść śmiertelnych na 22 chorych obserwowaliśmy 2 razy. (Przypadki I i II); w pierwszym przyczyną śmierci była niezaprzeczalnie wada sercowa — niedomykalność i zwężenie zastawki dwudzielnej; drugi straciliśmy przedewszystkiem wśród objawów drgawek porodowych, chociaż istniejące zwężenie ujścia żylnego lewego nie pozostało prawdopodobnie bez wpływu na ostateczny wynik. Przypadki VI i XVIII z *endocarditis lenta* oczywiście nie były uleczone, jednakowoż opuściły klinikę ze znaczną poprawą. Przypadek XIV jest bardzo pouczający, gdyż jasno wykazuje, co może zrobić oszczędzanie serca w ciąży i podczas porodu, oraz odpowiednie leczenie.

A więc dwa śmiertelne przypadki na 22 chorych. Jest to śmiertelność znaczna. Lecz to nie ilustruje jeszcze w dostatecznym stopniu grozy wad sercowych w ciąży. Zobaczmyż teraz, w ilu przypadkach wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego, wymagające bądź to przerwanie ciąży, bądź interwencji chirurgicznej podczas porodu. A więc w 5-ciu ze względów życiowych usunięto ciążę (przypadki I, II, V, XVIII, XX). Zwraca na siebie uwagę szybka poprawa ze strony serca po przerwaniu ciąży, z wyjątkiem przypadków I i II, o których już mówiłem poprzednio. Obserwacje te dowodziłyby słuszności twierdzenia Halbana, Freya i innych, że już wczesna ciąża może niekorzystnie odbić się na chorem sercu.

Jeszcze w większym stopniu zachodzą zaburzenia czynności serca podczas porodu, wymagające szybkiego ukończenia tegoż. W 3-ch przypadkach założono kleszcze wśród wybitnych objawów dekompensacji, które ustąpiły dopiero później w połogu (przypadki III, XI, XIV). W przypadku X-tym wyciśnięto płód sposobem Kristellera, a w XIII-tym wyciągnięto za nóżkę, gdyż rodził się on w położeniu pośladkowem. W przypadku IV, VII i XII-tym założono kleszcze zapobiegawczo przed wystąpieniem niedomogi mięśnia sercowego; w ten sposób niewątpliwie uniknęliśmy powikłań ze strony serca, mimo że w pierwszym z nich objawy niedomogi zaznaczały się już bardzo wybitnie w czasie ciąży i tylko dzięki energicznemu leczeniu, a i odpowiedniemu zachowaniu się chorej udało się pod koniec ciąży osiągnąć wyrównanie. W przypadku VII chora tak była wycieńczona przebytemi chorobami, że uważaliśmy za stosowne, o ile możności, skrócić drugi okres porodowy. Wreszcie w przypadku XII-tym chociaż objawy dekompensacji nie wystąpiły, jednakowoż poród się przedłużał i z obawy, by stan się nie pogorszył, założono kleszcze zapobiegawczo. Jednakże nie mogliśmy chorej tej uchronić od niewielkich coprawda zaburzeń sercowych w 9-tym dniu połogu. Zaburzenia te poprzedzała gorączka, i tu w tem miejscu pozwalam sobie zwrócić uwagę na wyżej wypowiedziane zdanie Kerra i Munro o wpływie jadów połogowych na serce.

Takie zapobiegawcze skracanie drugiego okresu porodowego w przypadkach, w których już w ciąży występowały objawy niedomogi mięśnia sercowego, lub w porodach przeciągających się nawet nieznacznie, *uważamy u chorych sercowych nietylko za dopuszczalne,* ale wręcz *konieczne,* gdyż tylko w ten sposób możemy niejednej chorej zaoszczędzić niepotrzebnych wysiłków serca i uchronić ją, od ciężkich, nierzadko śmiertelnych powikłań. Istotnie w tych wszystkich przypadkach, w których już w ciąży wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego, objawy te powtarzały się stale w znacznem nasileniu również i podczas porodu (przypadki III, XI, XIV i XV). Osoby, które zniosły ciążę względnie dobrze, często rodzą samoistnie i nie wykazują żadnych zaburzeń ze strony serca (przypadki VIII, IX, XVII i XXII). Że nie zawsze jednak tak się dzieje, dowodzą przypadki X, XIII, XVI i XXI, w których pomimo pomyślnego przebiegu ciąży wystąpiła w czasie porodu dekompensacja, aczkolwiek nie bardzo silna, i która stosunkowo szybko ustąpiła.

Na 22 chorych tylko u 4-ech nie interwenjowano, co jasno dowodzi, jak częste wskazania czy to do przerwania ciąży, czy też do ukończenia porodu dają przypadki sercowe.

Jak już wyżej wspomniałem, wady sercowe nie w jednakowym stopniu są groźne dla życia ciężarnych. Z najwięcej rozpowszechnionych wad najłagodniejsza jest niedomykalność, najwięcej niebezpieczna — zwężenie ujścia żylnego lewego. W naszych przypadkach sekcyjnych w pierwszych stwierdzono wadę skombinowaną ujścia lewego, w drugim — tylko zwężenie, pozatem niedomykalność stwierdziliśmy w 11-tu przypadkach (przypadki VIII, IX, X, XI, XIII, XV, XVI, XVII, XIX, XXI i XXII), niedomogę i zwężenie — 5 razy (przypadki III, IV, VII, XIV i XX), zapalenie mięśnia sercowego — 2 razy (przypadki V i XII), w dwóch przypadkach istniała *endocarditis lenta.*

Grupa chorych z niedomykalnością zastawki dwudzielnej dała najlepsze rokowanie. Na 11 chorych 4 urodziły same bez powikłania (przypadki VIII, IX, XVII i XXII), w 4-ech ciąża dobiegła szczęśliwie do normalnego końca i tylko w czasie porodu wystąpiły nieznaczne zaburzenia (przypadki X, XIII, XVI i XXI); 3 razy wreszcie przebieg ciąży był zakłócony niedomogą mięśnia sercowego; niedomoga ta powtórzyła się również i w czasie porodu (przyp. XI i XV), lub skrobanki (przyp. XIX).

W grupie chorych, dotkniętych i niedomogą i zwężeniem, wszystkie należały do bardzo ciężkich, gdyż objawy zupełnego rozstroju akcji sercowej dały się spostrzegać już w ciąży, a podczas porodu zmuszały do jaknajszybszego ukończenia tegoż.

Co się tyczy *myocarditis*, to spostrzegaliśmy to schorzenie 2 razy: raz było ono powodem przerwania ciąży (przyp V), drugie zaś wystąpiło w tydzień po porodzie (przyp. XII).

Na podstawie własnego doświadczenia opracowaliśmy następujący sposób postępowania u chorych sercowych.

Wychodząc z założenia, że choroby sercowe stanowią bardzo poważne powikłania ciąży i porodu, *w każdym przypadku zasięgamy porady doświadczonego internisty.* W razie wystąpienia objawów dekompensacji, *nim zdecydujemy sie na przerwanie ciąży, próbujemy jeszcze leczyć chore serce* i często osiągamy wyrównanie, a nawet stwarzamy możliwość samoistnego porodu. Zwykle jednak, skoro już raz w ciąży wystąpiła niedomoga serca, to i podczas porodu zaburzenia sercowe wcześniej czy później przejawiają się, nieraz w postaci bardzo groźnej. *W tych przypadkach uważamy szybkie ukończenie porodu za bardzo wskazane jako zabieg zapobiegawczy.*

W trzecim okresie zwracamy baczną uwagę na wystąpienie krwawień. Nawet nieznaczne ubytki krwi uważać należy za bardzo groźne, gdyż one w znacznym stopniu mogą odbić się niekorzystnie na czynności serca. *W tych przypadkach,* o ile stosowanie zwykłych środków farmakologicznych pobudzających macicę do skurczu, pozostaje bez widocznego skutku, *przychodzimy do środków energiczniejszych,* nie wyłączając tamponady macicy.

Bezpośrednio po porodzie, w celu niedopuszczenia do gwałtownej zmiany w rozmieszczaniu krwi, *układamy na brzuch rodzącej woreczki z piaskiem,* które dopiero stopniowo i powoli zdejmujemy.

Jeśli objawy niedomogi mięśnia sercowego wystąpią podczas trwania ciąży, to naturalnie stosujemy środki nasercowe zgodnie ze wskazówkami internisty. Podczas porodu natomiast w każdym przypadku bez względu na to, czy serce jest skompensowane, a zwłaszcza gdy objawy niewydolności serca zaznaczały się już w ciąży, uważamy za bardzo wskazane podawanie tym chorym lekarstw, tonizujących mięsień sercowy.

Wskazanie do przerwania ciąży stawiamy nietyle ze względu na charakter wady, ile na stan mięśnia sercowego. Nie wolno jednak, zapominać, że zwężenie lewego ujścia żylnego może dać zawsze i poza ciążą największe niespodzianki i dlatego prognostycznie są najmniej pewne. Z tego względu osobom z wadą tą pozwalamy na utrzymanie ciąży tylko pod warunkiem ciągłej kontroli lekarskiej najlepiej w klinice.

Jeśli zapada postanowienie rozwiązania ciężarnej w drugiej połowie ciąży, to najlepszą metodą bezwątpienia jest tu cięcie cesarskie pochwowe do VII-go miesiąca ciąży, brzuszne — w późniejszych miesiącach. W cięciu cesarskiem stosujemy oddawna znieczulenie lędźwiowe tropakokainą z doskonałym skutkiem.

Ze względu na poważne powikłanie, jakim jest wada sercowa dla kobiet ciężarnych, *w każdym przypadku osobom tym radzimy odbywać poród w Zakładach położniczych,* gdyż tylko tam może być im okazana należyta fachowa opieka.

Piśmiennictwo.

1) Bazàn Julio: Herztod während Schwang., Geb. u. Puerp. (Berichte 1928, str. 859). — 2) Desnoyers: Thérapeutique des accidents gravido-cardiaques. (Beriche 1928, str. 333). — 3) Euffinger: Endocarditis u. Schwangerschaft. (Monatschr. f. Geb. Band 57, str. 26). — 4) Tenże: Herzfunktion und Schwangerschaft. (Monatschr. f. Geb. Band 78, str. 395). — 5) Fellner: Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangersch., Geb. u. Wochenb. (Wien 1903). — 6) Tenże: Herbz. u. Schwangersch. (Monatsschr. Bd. 87, str. 594). — 7) Fitz Gibbon: The relation of pregnancy to general diseasey (Brit. med. Journ. Nr. 3475—1927). 8) Frey: Herz u. Schwanegrsch. (Leipzig 1923). — 9) Frey u. Lardi: Herzfehler u. Schwangersch. etc. (Zeitschrift f. Geb. Band 93, str. 1). — 10) Freund: Ein Fall von tödlichem Herzblock in der Geburt etc. (Zeitschr. f. Geb. Bd. 80, str. 175). — 11) Fromme: Die Beziehungen der Erkrank. d. Herz zur Schwang., Geb. u. Wochenb. (Verhandl. d. Ges. f. Gyn. Band 15). — 12) Gammeltoft: The heart in pregnancy. (Surg., gynoc. a. obstetr. Bd. 46, str. 382). 13) Gerich: Die reine Mitralstenose u. Schwangersch. (Monatsschr. f. Geb. Bd. 77, str. 413). — 14) Halban: Herzkrank. u. Schwang. (Wiener klin. Woch. 1928. Nr. 18—19). — 15) Haupt: Das Minutenvolumen d. Herzens b. Wöchn. (Archiv f. Gyn. Bd. 132, str. 33 i 41). — 16) Tenże: Zur Phys. d. Kreisl. b. Schwang. u. Wöchn. (Archiv f. Gyn. Bd. 133, str. 47). — 17) Tenże: Vergleich. Kreislaufunt. b. ges. Schwang. u. Wöchn. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 91. H. 3). — 18) Tenże: Unt. ü. das Minutenv. g. Wöchn. (Zentralbl. f. Gyn. 1927, str. 1955). — 19) Hermstein: (dysk. Zentralbl. f. Gyn. 1927, str. 1960). — 20) Jaschke: Die Bez. zwisch. Herzgefässap. u. weibl. Genitalsyst. u. die Erkrank. d. weibl. Genit. in Bez. z. inn. Med. (Wien 1913). — 21) Jezierski: Wskazania do przerwania ciąży ze stan. int. (Nowiny lekarskie 1927, str. 126). — 22) Kautsky: Herzkrank. u. Schwang. (Zeitsch. f. Geb. Bd. 81, str. 559). — 23) Tenże: Zur Frage: Herzf. u. Schwang. (Zentralbl. f. Gyn. 1916 Nr. 37). — 24) Kerr i Munro: The relat. of. pregn. to gen. diseases (Brit. med. Journal Nr. 3475—1927). — 25) Lenczowski: (demonstr. Gin. Polska 1929, str. 269). — 26) Tenże: (demonstr. Gin. Polska 1929, str. 526). — 27) Louros: (dysk. Zentralbl. f. Gyn. 1927, str. 1957). — 28) Nelius: Herzl. u. Gravidität. (Monatsschr. f. Geb. Bd. 57, str. 127). — 29) Orłowski: (Gin. Polska 1927, str. 1105). — 30) Sachs: Ueber d. Geburtsl. b. herzkranken Frauen. (Deutsche med. Wochenschr. 1928, str. 45). — 31) Schaedel: (dysk. Zentralbl. f. Gyn. 1927, str. 1960). — 32) Schmidt: Zur. Bew. d. Herzf. in d. Schwang. (Monatsschr. f. Geb. Band 64, str. 279). — 33) Schwartz: (dysk. Zentralbl. f. Gyn. 1927, str. 1959). — 34) Strassmann: Die Blutdruckänd. d. Schwang. u. Wochenb. (Archiv. f. Gyn. Band. 132, str. 35 i 41). — 35) Tenże: Die Blutdruckänd. d. Schwand. u. Wochenb. Zentralbl. f. Gyn., str. 1955). — 36) Wagner: Herztode b. Schwang. u. Geb. (Med. Klin. 1925. Nr. 30). — 37) Zinstag: Schwangerschaft u. Mitralsten. (Monatsschr. f. Geb. Band. 75, str. 498)

A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Niektóre cechy nosicielstwa błoniczego w Warszawie (sezonowość nosicielstwa, wahania roczne, wszechobecność pał. błoniczych *).

Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy.

Cechy epidemjologiczne sprawy chorobowej zakaźnej układają się na danym terenie w zależności od jego właściwości, od ustosunkowania się poszczególnych czynników wpływających.

Poznanie właściwości terenu, niezbędne dla celów praktyki epidemjologicznej — dla zapobiegania i zwalczania epidemji daje jednocześnie materjał do otrzymania wniosków natury ogólnej.

Na podstawie materjału Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy scharakteryzować zamierzam niektóre rysy epidemjologji błonicy, mianowicie — wahania odsetkowe nosicielstwa w poszczególnych porach roku (miesiącach) łącznie ze sprawą sezonowości zachorowań błoniczych, wahanie odsetkowe nosicielstwa w latach poszczególnych łącznie z wahaniami liczby zachorowań w ostatnich 3-ch latach oraz rozpowszechnienie („wszechobecność") nosicielstwa błoniczego.

Materjał bieżący Instytutu Higjenicznego na którym się opieram składa się z badań otoczenia chorych błoniczych na obecność wśród nich nosicieli zdrowych, którzy błonicy nie przebywali; obejmuje on z natury rzeczy różne rodzaje nosicielstwa: nosicieli „pierwotnych" t. j. tych którzy zachorowanie spowodowali oraz nosicieli „wtórnych", którzy od przypadku błonicy w danem środowisku początek wzięli. W okresie trzyletnim 1926—1929 zbadano blizko 5000 osób (4993) z otoczenia chorych błoniczych. Materjał ten w dalszych tablicach został dokładnie przedstawiony oraz omówiony.

A. Częstość nosicielstwa w poszczególnych porach roku.

Pomiędzy częstością występowania nosicielstwa a krzywą nasilenia epidemji próbowano ustalić współzależność stałą, np. w stosunku do nosicielstwa meningokoków badania angielskie z okresu ostatniej wojny (Glover) starają się udowodnić, że po osiągnięciu pewnego maksimum nosicielstwa (20% ludności) epidemja wybucha.

Częstość występowania nosicielstwa uzależnia się od szeregu czynników rozmaitych: gęstość zaludnienia danego środowiska, liczba chorych, pora roku. Jeśli chodzi o stosunek częstości nosicielstwa do pór roku, to schemat ogólny przyjmuje, że nosicielstwo zwłaszcza często występuje w zimniejszej porze roku, kiedy kontakt ludności, skupionej w mieszkaniach w większej mierze wchodzi w rachubę, kiedy częściej występują sprawy nieżytowe

---

*) Referat wygłoszony w sekcji higjeny i bakterjologji XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie we wrześniu r. 1929.

górnego odcinka dróg oddechowych, stanowiące podłoże dla pałeczek błoniczych. Liczby badań wykonywanych, któremi rozporządzam, zabezpieczają w pewnej mierze przed przypadkowością wyników; środowisko, z którego materjał pobierano, obejmowało wszystkie warstwy ludności, wszelkie grupy wieku. Ogółem w ciągu 3-ch lat zbadano 4.993 osoby z otoczenia chorych błoniczych, wśród których stwierdzono 398 nosicieli zdrowych (co stanowi 8%); tablica I załączona przedstawia materjał całkowity ułożony według miesięcy dla każdego roku. W celu wykorzystania do dalszych wniosków tablica podaje liczbę zarejestrowanych przez Wydział Zdrowia m. Warszawy chorych błoniczych, obok % stwierdzonych w otoczeniu chorych nosicieli.

Tablica I.

Rok 1926.

Miesiące	Liczba chorych	Liczba zbadanych osób z otoczenia	Liczba stwierdzonych nosicieli	% nosicieli
IV	48	84	7	8,3%
V	35	51	4	7,8%
VI	51	110	10	9,1%
VII	35	61	2	3,2%
VIII	46	68	12	17,6%
IX	62	127	8	6,3%
X	64	158	12	7,6%
XI	72	182	12	6,5%
XII	74	161	2	1,2%
Razem	487	1002	69	6,9%

Rok 1927.

Miesiące	Liczba chorych	Liczba zbadanych osób z otoczenia	Liczba stwierdzonych nosicieli	% nosicieli
I	65	142	12	8,4%
II	57	152	10	6,6%
III	71	176	26	14,8%
IV	54	100	17	17,0%
V	57	138	12	8,7%
VI	41	129	9	7,0%
VII	34	91	2	2,2%
VIII	50	102	3	3,0%
IX	72	136	13	9,6%
X	72	286	23	8,0%
XI	71	145	15	10,3%
XII	65	135	5	3,7%
Razem	709	1632	147	9 %

Rok 1928.

Miesiące	Liczba chorych	Liczba zbadanych osób z otoczenia	Liczba stwierdzonych nosicieli	% nosicieli
I	83	198	6	3,0%
II	73	165	15	9,1%
III	85	192	18	9,3%
IV	58	159	12	7,5%
V	59	180	24	13,3%
VI	29	74	4	5,4%
VII	23	50	3	6,0%
VIII	47	105	4	3,8%
IX	67	115	9	7,8%
X	117	284	19	6,7%
XI	98	259	29	11,2%
XII	91	172	12	7,0%
Razem	830	1953	155	7,9%

Rok 1929.

Miesiące	Liczba chorych	Liczba zbadanych osób z otoczenia	Liczba stwierdzonych nosicieli	% nosicieli
I	98	179	8	4,5%
II	57	90	6	6,7%
III	67	137	13	9,5%
Razem	222	406	27	6,6%

Tablica II.

Rok 1926 — 1929.

Miesiące	Liczba chorych	Liczba zbadanych osób z otoczenia	Liczba stwierdzonych nosicieli	% nosicieli
I	246	519	26	5 %
II	187	407	31	7,6%
III	223	505	57	11,3%
IV	160	343	36	10,5%
V	149	369	40	10,8%
VI	121	313	23	7,3%
VII	92	202	7	3,5%
VIII	143	175	19	10,8%
IX	201	378	30	8,0%
X	254	728	54	7,4%
XI	241	586	56	9,5%
XII	230	468	19	4,1%
Razem	2247	4993	398	8 %

Tablica III.

Sezonowe wahania nosicielstwa.

	Liczba zbadanych osób z otoczenia	Liczba nosicieli w otoczeniu
Lato V — VIII	1059	89 = 8,4%
Zima XI — II	1980	132 = 6,6%
Miesiące przejściowe III — IV, IX — X	1954	177 = 9,1%

Tablica IV.

Miesiąc	1 nosiciel przypada na stwierdzonych chorych
I	9,5
II	6,0
III	*4,3*
IV	*4,4*
V	*3,7*
VI	5,3
VII	*13,0*
VIII	7,5
IX	6,7
X	4,7
XI	*4,3*
XII	*12,1*

Porównując miesięczne zestawienia widzimy, że wahania odsetkowe nosicielstwa wśród osób z otoczenia w latach poszczególnych, jako opatre na zbyt małych liczbach, dają bardzo znaczne odchylenia, z których nie można wysnuwać żadnych wniosków. Mamy np. wahania % nosicielstwa w miesiącach VII, VIII, IX 1926 r. — 3,2% — 17,6% — 6,3%, albo też w XII 1926 obniżenia do 1,2%. Podobne duże wahania można spostrzegać w każdym roku. Dla otrzymania wniosków opartych na większym materjale co do związku pór roku i częstości występowania nosicielstwa konieczne są badania kilkoletnie. Tablica II reasumuje liczby obejmujące pełne 3 lata spostrzeżeń (1926 — 1929). Tablica ta wykazuje że częstość występowania nosicielstwa w ciągu roku daje fale: 2 maksimum przypadające na marzec - maj, oraz sierpień - listopad i 2 minimum — na lipiec i grudzień - styczeń.

Podobny typ ułożenia odrazu wysuwa zastrzeżenia przeciwko podanemu wyżej ogólnemu schematowi, wiążącemu częstość występowania nosicielstwa z zimną porą roku. Spadek częstości nosicielstwa w miesiącach zimowych (XII i I — 4,1% i 5%) acz nie jest niższy, to jednakże jest trwalszy, niż spadek w miesiącach letnich (VII — 3,5%). Podobną tendencję zaznaczają też wahania miesięczne poszczególnych lat. Ta właściwość tablicy nosicielstwa w otoczeniu chorych błoniczych, oparta na bliskich, naogół, liczbach badań miesięcznych, wyraźnie przemawia przeciwko łączeniu częstszego nosicielstwa z porą zimową. Jeszcze wyraźniej występuje ten rys jeśli cały materjał miesięczny ułożymy według roku (Tablica III). Wynika z tablicy, że miesiące letnie (maj - sierpień) dają nieco większy nawet odsetek nosicieli (8,4%), niż miesiące zimowe (listopad - luty) — 6,6%; miesiące przejściowe wiosenne i jesienne dają liczbę wyższą niż poprzednie — 9,1%.

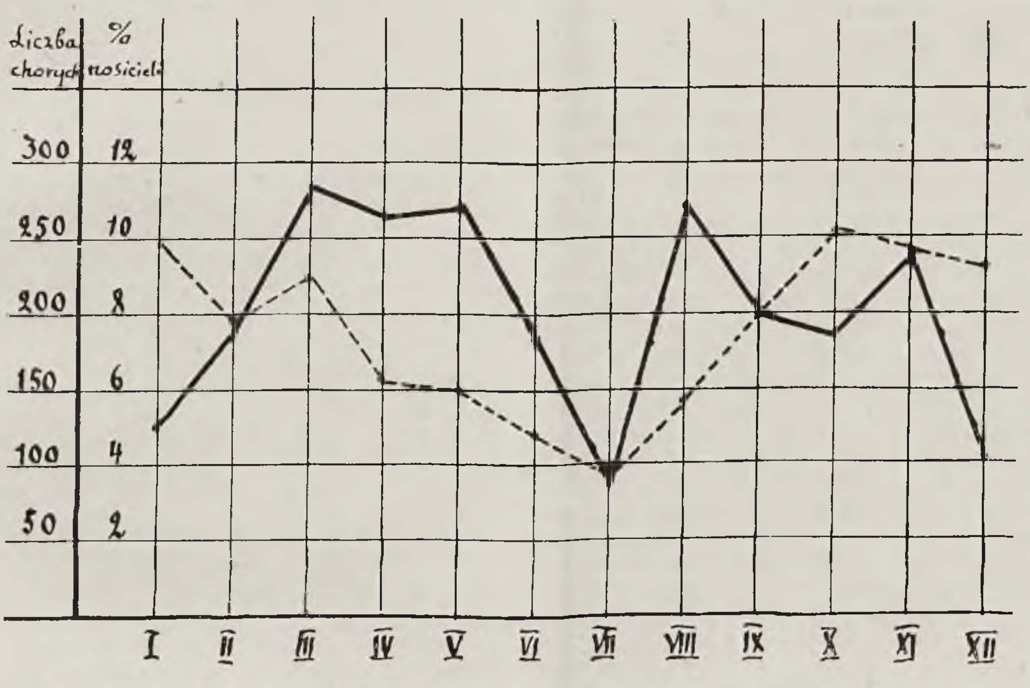
Zestawienia sezonowe wykazują, że częstość występowania nosicielstwa błoniczego nie daje wybitnie zaznaczonych wahań. Uwagę zwraca ta okoliczność, że częstsze, stosunkowo, występo-

wanie nosicielstwa zaznacza się w miesiącach przejściowych; można byłoby z tego wysnuć wniosek, że o ile chodzi o wpływ czynnika meteorologicznego na nosicielstwo — rolę główną będą grały wahania ciepłoty, najwyraźniejsze w okresie przejściowym, niż jej poziom wysoki czy niski w zimie i lecie.

W inny sposób ujmuje częstość nosicielstwa w różnych porach roku tablica IV-ta, wykazująca, na ilu chorych błoniczych przypada 1 nosiciel w miesiącach poszczególnych. W ten sposób obliczone nosicielstwo najliczniej występuje w maju, marcu, kwietniu, listopadzie, natomiast najrzadziej obok lipca w grudniu, styczniu. Ścisłego związku nosicielstwa z porą roku takie obliczenie nie wykazuje.

Wynika z zestawień powyższych, że mimo znacznej niekiedy różnicy w częstości nosicielstwa błoniczego w otoczeniu chorych w miesiącach poszczególnych nie znajduje się ona w stałym i ścisłym związku z czynnikami meteorologicznemi.

Badania epidemjologiczne ostatnich lat (Kliewe i Hoffmann, Wiltsche) stwierdzają niekiedy bardzo duże różnice w częstości nosicielstwa w miesiącach poszczególnych (np. 38% i 7,6%, w obserwacjach trwających rok tylko — Wiltsche), nie wiążą tego zjawiska z porą roku. Przypuszczać można, że w zakładach zamkniętych stosunki będą wyglądały inaczej, gdyż ogólne ich warunki w letniej i zimowej porach roku układają się całkiem rozmaicie: z badań nowszych zaznaczają ten fakt Baszenin, Birger, Trachtenberg.



---------------- Liczba zachorowań błoniczych
———————— % zdrowych nosicieli w otoczeniu chorych błoniczych (liczby za okres 1926—1929 r.).

Częstość nosicielstwa powstaje też w związku z ogólnym przebiegiem epidemji. O ile przypadki nosicielstwa stanowią źródło zachorowań, są one również skutkiem epidemji, jako wyraz zakażenia otoczenia przez chorego. Powinien wobec tego istnieć pewien stosunek między krzywą nosicielstwa, a krzywą zachorowań. Badania poszczególne przeważnie w nosicielstwie widzą czynnik, poprzedzający epidemję, która wybucha po osiągnięciu pewnego maksimum nosicieli w danem środowisku, jak to przedstawiają angielskie badania epidemjologji nagminnego zapalenia opon mózgowych. W stosunku do błonicy Wiltsche w swoich spostrzeżeniach ustala absolutną równoległość wahań częstości nosicielstwa błoniczego oraz zachorowań błoniczych; wzrost zachorowań, idący równolegle, zwykle zaznacza się o miesiąc później. Saleck też zaznacza daleko idącą równoległość.

W tablicach rocznych podanych wyżej umieszczone są obok odsetka częstości nosicielstwa w otoczeniu chorych błoniczych również liczby zachorowań błoniczych w poszczególnych miesiącach. W celu większej poglądowości stosunku wzajemnego tych dwóch liczb załączam wykres, który obejmuje całość spostrzeżeń trzyletnich.

Zaznacza on pewną równoległość obu krzywych w znacznej części roku z wyjątkiem grudnia i stycznia, kiedy mimo znacznej liczbyzachorowań błoniczych liczba odsetkowa nosicielstwa w otoczeniu spada do minimum.

Niema więc stałego schematu stosunku wzajemnego obu krzywych; w części roku, gdzie równoległość istnieje, podnoszenie się i obniżenie obu krzywych; w części roku, gdzie równoległość istnieje, podnoszenie się i obniżenie obu krzywych nie daje stałego wyprzedzania lub opóźniania jednej z nich. Daleko idąca rozbieżność obu krzywych w grudniu i styczniu staje na przeszkodzie przyjęciu bez zastrzeżeń współzależności obu tych składników epidemjologji błonicy. Zrozumienie tej różnicy wymaga dalszych spostrzeżeń.

B. Wahania częstości nosicielstwa w latach poszczególnych

Nosicielstwo, jak każdy z czynników epidemjologicznych, może ulegać wahaniom w latach poszczególnych. Tablica zbiorowa za 3 lata wykazuje, że średnia częstość nosicielstwa błoniczego w otoczeniu chorych w Warszawie stanowi 8%. Z tablic podanych widać też, że średnie roczne odsetki dają pewne wahania: dla 9 mies. roku 1926 częstość nosicielstwa stanowi 6,9%, dla r. 1927 — 9%, dla r. 1928 — 7,9%, dla 3 mies. r. 1929 — 6,6%. Wahania te nie są o tyle duże, aby mogły odgrywać rolę w ukształtowaniu typu epidemjologicznego błonicy w latach poszczególnych. W każdym razie wzrostu częstości nosicielstwa w latach następujących nie widzimy.

Lata ostatnie zaznaczają w szeregu krajów (zwłaszcza w Niemczech) wzrost liczby zachorowań błoniczych z jednoczesnem wzmożeniem się ich zjadliwości, z większą liczbą zgonów. Nie rozporządzam całkowitym materjałem do scharakteryzowania rozwoju epidemji błoniczej w Warszawie za lata ostatnie. Dane, które umieściłem w tablicach, liczba zachorowań błoniczych zarejestrowanych w Wydziale Zdrowia m. Warszawy (zachorowania tylko w Warszawie, bez przypadków dostarczonych z prowincji) zaznaczają zaledwie słabo występujący wzrost zachorowań, który bynajmniej nie może być uważany za wykraczający poza granice zwykłych wahań.

C. Sprawa „wszechobecności" laseczek błoniczych.

Nagromadzone w ciągu lat ostatnich materjały epidemjologiczne, dotyczące błonicy, wysunęły koncepcję „wszechobecności" laseczek błoniczych (Degkwitz, de Rudder). W myśl tych poglądów las. błoniczą tak często stwierdza się na błonach śluzowych człowieka, że można ją uważać za wszechobecną (Menschenubiquitär). Za jej wszechobecnością przemawia też fakt epidemjologiczny, że z wiekiem liczba osobników wrażliwych na jad błonicy (dających odczyn Schick'a dodatni) systematycznie obniża się, co w myśl poglądu o „wszechobecności" należy uważać za wynik

stopniowego uodporniania się danego środowiska ludzkiego wszechobecnemi las. błoniczemi. W myśl tych poglądów wszelka walka z nosicielstwem las. błoniczych ma wartość bardzo wątpliwą, gdyż poddając rygorom sanitarnym nosicieli stwierdzonych, pozostawia się poza widnokręgiem zarządzeń sanitarnych ich przeważającą większość niewykrytą, która ciągle odgrywa rolę czynnika zakażającego.

Nie poruszając całokształtu zagadnienia „wszechobecności" chcę go potraktować pod kątem widzenia naszych stosunków epidemjologicznych. Zbyt mało mamy masowych badań epidemjologicznych, dotyczących nosicielstwa błoniczego, aby wnioski te można było oprzeć na materjale ogólnopolskim. Materjały usystematyzowane, na większych liczbach badań oparte, posiadamy tylko dla Warszawy. Miejski Instytut Higjeniczny m. Warszawy w przeciągu lat ostatnich ustalił dla swego terenu częstość występowania nosicielstwa w różnych środowiskach. Dane te podane były częściowo w doniesieniach poprzednich (Bohdanowiczówna i Ławrynowicz). Przedstawiają się one w sposób następujący:

	Liczba badań	%
Zakłady zamknięte, wiek 0—3 lat	132	12,9 %
Lata 1924—1929.		
Otoczenie chorych w mieszkaniach	8065	8,24%
Szkoły powszechne, gdzie nie było zachorowań	773	2,9 %

Pozostawiając na uboczu wysoki % nosicielstwa w zakładzie zamkniętym, jako posiadający znaczenie dla bardzo ograniczonego terenu, zatrzymam się na częstości nosicielstwa w otoczeniu chorych błoniczych. Warunki mieszkaniowe m. Warszawy — wyjątkowo wysokie przeludnienie mieszkań, ogromnie ułatwiają kontakt i udzielenie pał. błoniczych (drogą kropelkową i innemi) otoczeniu chorego lub nosiciela. Mimo te sprzyjające warunki średnia częstość nosicielstwa w otoczeniu stanowi 8,24%, liczbę tę można uważać za bliską istotnej ze względu na to, że metody badania w tym przypadku nastręczają o wiele mniej trudności, niż nap. z wykryciem nosicielstwa durowego i ustaleniem jego odsetku. Nie świadczy ta liczba o znacznej częstości nosicielstwa pał. błoniczych. Dodać należy, że przecież zjadliwość pal. błoniczych u nosicieli ulega znacznym wahaniom i obok szczepów wybitnie zjadliwych występują niezjadliwe oraz cały szereg ogniw pośrednich. Według otrzymanych przez nas (Bohdanowiczówna i Ławrynowicz) danych % szczepów zjadliwych, otrzymany przez badanie hodowli czystych, stanowi 64% (badanie mniej dokładną metodą próby ryczałtowej daje 35,5%). W ten sposób od otrzymanego odsetku nosicielstwa las. błoniczych 8,24% odrzucić należy $^1/_3$, przypadającą na szczepy niezjadliwe, co da nam niespełna 6% (5,5%) nosicieli zjadliwych w tem środowisku, w którem z natury rzeczy winno ono być najczęstszem. Odsetek otrzymany nie pozwala mówić o „wszechobecności" pał. błoniczej w naszych warunkach. W mniejszym jeszcze stopniu może odgrywać rolę nosicielstwo w środowisku oddzielonem od kontaktu z chorymi błoniczymi; jak wynika z naszych danych, prawda stosunkowo niedużych, występuje ono tam w 2,9%.

W oświetleniu naszego materjału teza o „wszechobecności" pał. błoniczych winna być odrzucona. Wynika z tego, że wykrywanie nosicielstwa, połączone z ustaleniem zjadliwości szczepów, oraz walką z nosicielstwem, posiada rację i uzasadnienie epidemjologiczne.

Wnioski: 1) W otoczeniu chorych nosicielstwo pał. błoniczych stwierdza się w 8,24% osób zdrowych.

2) Poszczególne miesiące roku dają znaczne różnice częstości nosicielstwa. Wahania częstości nosicielstwa nie pozostają w związku bezpośrednim z porą roku, dają one dwie fale z 2 maximum — na marzec, maj i sierpień — listopad oraz z 2 minimum — na lipiec i na grudzień — styczeń. Najczęstsze nosicielstwo pałeczek błoniczych występuje w miesiącach przejściowych (wiosna, jesień).

3) Częściową równoległość daje się zauważyć między krzywą częstości nosicielstwa i krzywą miesięczną częstości zachorowań; rozbieżność występuje w grudniu — styczniu, kiedy mimo wysokiego poziomu zachorowań, spostrzega się jedno z minimum częstości nosicielstwa.

4) Wahania częstości nosicielstwa w latach poszczególnych są słabo zaznaczone.

5) Częstość nosicielstwa błoniczego w Warszawie nie upoważnia do twierdzenia o „wszechobecności" pałeczek błoniczych.

Piśmiennictwo:

1) Baszenin, Birger i Trachtenberg. Ztschr. f. Hyg Bd. 109, s .286, 1929. — 2) Bohdanowiczówna Z. i Ławrynowicz A. Polsk. Gaz. Lek. 1927, Nr. 24. — 3) Bohdanowiczówna Z. i Ławrynowicz A. Medyc. Dośw. T. VIII, z. 5—6, 1928. — 4) Degkwitz. Klin. Woch. 1926, N. 49. — 5) Glover. Med. Research. Council, Spec. Rep. 1920, N. 50, 133 (Wedł. Neufeld Kl. W. 1929, N. 2). — 6) Kliewe u. Hofmann. Mtsschr. f. Kdhlk. Bd. 35, 318, 1927. — 7) de Rudder. Kl. Woch. 1927, N. 35. — 8) de Rudder. Ergebn. d. Inner. Mediz. u. Kdhlk. Bd. 32, 1928. — 9) Saleck. Arch. f. Hyg. Bd. 98, 108, 1927. — 10) Wiltschke. Ztschr. f. Hyg. Bd. 104, 612, 1925.

W. JANUSZ. Lwów.

O pierwotnej torbieli rozległej płata czołowego, występującej z jamistością rdzenia — jako podłożu anatomicznem padaczki objawowej.

Zakład umysłowo-chorych w Kulparkowie.
Dyrektor: Dr. med. J. Bednarz.
Prymarjusz: Dr. med. W. Janusz.

Dokończenie.

Pierwociny nerwowe podobnie jak i włókna nerwowe zwłaszcza przednich rogów nie wykazywały wybitniejszych zmian. Zarysy zarówno przednich jak i tylnych rogów są wyraźnie zachowane. Komórki nerwowe rogów tylnych uległy pomniejszeniu i to zarówno pod względem ilościowym jak i co do rozmiarów, a powodem tego częściowego zaniku jest prawdopodobnie ucisk, jaki wywiera płyn, wypełniający szczeliny, bądź też pewne zaburzenia w krążeniu krwi. Włókna spoidłowe istoty szarej tylnej pojawiają się gdzieniegdzie i to w liczbie zaledwie pojedyńczej wśród rozrastającego się utkania glejowego. Natomiast włókna nerwowe przedniego spoidła są wcale wyraźnie zachowane, a to w związku z mniejszą zdolnością tkanki glejowej do rozszerzania się w kierunku przednich rogów. Wyraźnych oznak wtórnego zwyrodnienia miąższu rdzeniowego nie zdołałem wykazać w badanych odcinkach. Z wybiórczych metod barwienia gleju wynika, że opisywany rozrost glejowy — składa się z licznych włókienek o jednakowej grubości, wzajemnie poprzeplatanych wielokrotnie. W wiotkiem utkaniu glejowem układają się one zupełnie niezależnie od komórek, w miejscach zaś zwartego ich wybujania nie można przeniknąć prawidłowego ich przebiegu. Owe bujanie gleju nie posiada cech nowotworowych, albowiem wygląd jego w obrazie drobnowidowym pod wszelkim względem znacznie odbiega od utkania glejakowego, a upodobnia się ono raczej do rozrostu zapalnego z dążnością do wytworzenia właściwej tkanki ziarninowej rdzenia. Naczynia w badanych preparatach nie ulegały zmianom wybitniejszym, zresztą w jamistościach, powstałych na tle zmian naczyniowych, tętnice zawsze tkwią w środku jamki i zawieszone są niejako w próżni, co uwidacznia się naprzykład w obrazie porowatości tkanki nerwowej. *(status spongiosus)*.

Przerostowe zmiany komórek wyściółkowych kanału rdzeniowego bez jakichkolwiek śladów obecności stanu zapalnego w postaci nacieków lub przekrwienia a wreszcie znaczne wybujanie gleju dowodzą, że zaczątek tych zmian należy odnieść jeszcze do okresu łonowego. Rozrostowa dążność pierwocin zarodkowych pierwotnego układu nerwowego przyczyniała się częściowo do zarastania kanału rdzeniowego, dając w ten sposób pochop do powstania uchyłków i jamek, oddzielających się kolejno od macierzystego kanału zapomocą wybujałego gleju.

Jednoczesne pojawienie się jamistości o jednakowym obrazie anatomo-patologicznym w rdzeniu i w lewej półkuli mózgu oraz wyraźny rozrost komórek wyściółki (ependymalnych) na wewnętrznej powierzchni jam i w ich ścianach — upoważniają do wypowiedzenia twierdzenia, że sprawa chorobowa powstać musiała niewątpliwie jeszcze w okresie zarodkowym, a polega na nieprawidłowem wykształceniu się gleju.

Wytwórcze zmiany rozrostowe wyściółki wewnętrznej komór, występujące zresztą dość często u osób dorosłych w przebiegu najrozmaitszych schorzeń, zna nauka pod mianem *ependymatitis granularis*. Do niedawna jeszcze uważano je za objaw anatomiczny — znamienny dla porażenia postępującego. Sałtykow 4) w najnowszych badaniach histopatologicznych wykazuje, że wspomniana zmiana jest raczej sprawą wrodzoną, polegającą

na wzmożonem bujaniu gleju dookoła drobnych naczyń, a zwłaszcza dookoła naczyń włosowatych. Margulis5) uważa je również za wrodzone wybujanie postępujące gleju (gliozę) układu nerwowego, twierdząc, że zajmuje pośrednie miejsce między zmianami zapalnemi, a nowotworowemi. Nie ulega już dziś wątpliwości, że badania His'a (1895), Kölliker'a (1896), Ramon y Cajal'a, Saxer'a i wielu innych — dowiodły ścisłego pokrewieństwa komórek wyściółki, a tkanką glejową układu nerwowego. W świetle tych badań komórki wyściółki przedstawiają jeno niższy stopień rozwoju. Wynika stąd, że komórki glejowe jako pochodne pierwocin wyściółki — posiadają również zdolność różnicowania się w odpowiednie pierwociny nabłonkowe, które np. w glejakach dają obraz różnorodnego wykształcania się, a poprzestając niekiedy na najniższym stopniu rozwoju — upodobniają się w zupełności do komórek wyściółki. Obecność tych tworów nabłonkowych w glejakach i to najczęściej w postaci rozetek, gęsto rozmieszczonych obok siebie — spowodowało określenie tych nowotworów — mianem nabłoniaka nerwowego *(neuroepithelioma)*.

Stwierdzone obrazy drobnowidowe w omawianym przypadku pierwotnej torbieli przemawiają dobitnie za tem, że podstawową zmianą chorobową jest przedewszystkiem schorzenie wyściółki komór, z czem łączy się zagęszczenie gleju, które to zmiany, jak wiemy, charakterystyczne są dla wodogłowia, puchliny *(hydromyelii)* i jamistości rdzenia. Genetycznie pierwotne torbiele mózgu winne być wydzielone z grupy nowotworów i zaliczone raczej do wspólnej jednostki nozologicznej, obejmującej jamistość i puchlinę rdzenia oraz wodogłowie (Dzierżyński), albowiem przewlekłe zmiany wyściółki z następowem zagęszczeniem gleju na całej wewnętrznej powierzchni torbieli są istotną przyczyną ich powstawania. Zmiany te, jako schorzenia wrodzone, mogą przez dłuższy czas przebiegać w sposób zupełnie utajony i dopiero pod wpływem przypadkowych przyczyn stać się powodem wystąpienia przejawów klinicznych w późniejszym wieku na podobieństwo nowotworów mózgu. Właśnie w moim przypadku chory uprawiał zawód nauczycielski aż do chwili przejścia na emeryturę, poczem przebywał dalej w charakterze prebendarjusza w przytułku dla nieuleczalnych, skąd dopiero ze względu na spotęgowane napady padaczkowe oraz agresywne swe zachowanie został odesłany do Zakładu umysłowo-chorych w Kulparkowie.

Medycyna zna oddawna schorzenia rdzenia, cechujące się obecnością jamek i szczelin. Zagadnienie to jednak nie traci na aktualności ze względu na ciekawe przypadki, odbiegające od typowych wzorów jamistości rdzenia, gdy współtowarzyszą nieraz licznym innym zmianom anatomicznym. Każdy taki przypadek staje się wówczas bardzo wdzięcznym tematem dla rozważań naukowych.

Szereg badaczy zgodnie stwierdza, że pierwotny zawiązek jamistości rdzenia polega na rozszerzeniu się kanału rdzeniowego względnie jego uchyłków. Hoffman6) uważa, że puchlina rdzenia przedstawia zmianę, odpowiadającą jamistości rdzenia *in statu nascendi*. Poprzeczny przekrój kanału rdzeniowego w tych razach posiada kształty bądź okrągławe bądź zatokowate, wdrążające się stopniowo w kierunku rogów tylnych. Cechami któreby uzasadniały wrodzone pochodzenie jamistości rdzenia są częste uchyłki w rdzeniu, puchlina kanału rdzeniowego, obecność nadliczbowych kanałów, asymetrja istoty szarej, anomalje rogów i słupów Klarka, zdwojenia rdzenia bądź też potworności oraz wadliwe wykształcenia układu nerwowego np. tarń dwudzielna (spina bifida). Nadto Thomas7) Düfour8) Minor9) Muratow10) opisywali pojawienie się jej u noworodków i małych dzieci z nieznanych przyczyn, a Verhoogen i Vandervelde11), Krukowski12), Barre-Boys13), Redlich14) Kino15), ogłosili nawet przypadki jamistości rdzenia pochodzenia dziedzicznego. Wreszcie liczni autorowie zwracają uwagę na wikłanie się jamistości rdzenia z innemi wrodzonemi schorzeniami nerwowemi jak naprz. z *hydrocephalus congenitus* albo z *pseudohypertrophia muscularis* lub nawet z nowotworami układu nerwowego. Często zwracano uwagę na znamienne występowanie licznych oznak degeneracyjnych w postaci niedorozwoju kończyn i t. d. u chorych, cierpiących na jamistość rdzenia. Badania anatomiczne stwierdzają wreszcie, że puchlina oraz uchyłki kanału rdzeniowego są niekiedy wyrazem wadliwego rozwoju układu nerwowego w okresie zarodkowym. Z powyższego wynika, że sprawa chorobowa, stanowiąca podstawę dla rozwoju jamistości rdzenia — poczyna kiełkować jeszcze w okresie zarodkowym a to w związku z nieprawidłowem wykształceniem się układu nerwowego.

Pogląd naukowy skłania się do zdania, że puchlina rdzenia oraz wybujanie gleju występują równocześnie. Wreszcie prof. Muratow, opierając się na żmudnych badaniach anatomicznych dowodzi, że wodogłowie, puchlina i jamistość rdzenia spowodowane są jednakowym procesem anatomo-patologicznym, wywołującym przedewszystkiem zmiany wyściółki, które stanowią pierwotny zawiązek dla późniejszego zagęszczenia tkanki glejowej. Wspomniany autor ujmuje owe trzy choroby w jedną grupę nozologiczną wrodzonego schorzenia wyściółki, umiejscowiającego się jeno w różnych odcinkach układu nerwowego. Powyższe zdanie opiera on na tożsamości procesu anatomo-patologicznego w mózgu doglowowym, oraz w rdzeniu, albowiem tu i tam występuje obraz — *Ependymatitis proliferans cum sclerosi neurogliali*, który powoduje przekształcenie komórek wyściółki w komórki neuroglejowe, dalej na częstem równoczesnem występowaniu obydwóch spraw chorobowych, a wreszcie powyższą tezę popierają również przejściowe obrazy kliniczne. Leyden16) domniemywa się również pokrewieństwa między jamistością rdzenia, a jego puchliną, którym to schorzeniom, zdaniem jego, towarzyszy wodogłowie. A nadto i Hoffman zwraca uwagę na częste wikłanie się jamistości rdzenia i jego puchliny z wodogłowiem. Obecnie zaś co raz więcej dowodów przemawia za tożsamością podłoża anatomicznego wspomnianych jednostek chorobowych.

Nauka stwierdza dzisiaj stanowczo, że między gliozą a gliomatozą nie ma większej różnicy, albowiem stanowią one odmianę jednej i tej samej sprawy wytwórczej o nieokreślonych granicach, występując zazwyczaj równocześnie. Wybujanie to, pojawiające się najbardziej plastycznie w otoczeniu rozszerzonego kanału rdzeniowego i gubiące się stopniowo w tkance prawidłowej — odpowiada w zupełności rozrostowi neurogleju. Weigert17) wyklucza, jakoby luki rozpadowe mogły powstawać w rozrastającej tkance glejowej, ponieważ obumarłe wówczas tło — nie sprzyja rozwojowi komórek wyściółkowych. Zresztą nie wszystkie luki wyścielone są w jednakowym stopniu owemi komórkami, albowiem gromadzący się w nich płyn mózgowo-rdzeniowy, wspomagany postępującem bujaniem gleju może łatwo spowodować zanik i łuszczenie się tych komórek.

Opisana torbiel na pierwszy rzut oka przypominać może zmianę, zwaną dziurowatością mózgu, czyli porencefalią. Nazwa ta zaczyna wchodzić w użycie w piśmiennictwie od czasu, ogłoszenia przez Heschla18) w sześćdziesiątych latach ubiegłego stulecia, 3-ch prac na ten temat. On to opisał wystąpienie różnorodnych ubytków lejkowatych o najrozmaitszem umiejscowieniu się w mózgu, sięgających niekiedy aż do komór bocznych. Schattenberg19) atoli nigdy nie spostrzegał w swoim licznym materjale sekcyjnym bezpośredniej łączności ubytków dziurowatych ze światłem komory. Zewnętrzny wylot tych ubytków powleczony jest zazwyczaj oponą miękką, zapomocą której łączą się one z przestrzenią podpajęczynówkową. Ściany tych ubytków składają się z tkanki łącznej, pokrytej niekiedy ścieńczałą warstwą kory mózgowej. Wypełnia je najczęściej płyn jasny, niekiedy o zabarwieniu mlecznem, zawierający bryłki barwika brunatnego lub czerwonawego. Ubytki te od wymiarów mikroskopowych dochodzą do wielkości prawie całej półkuli. Umiejscawiają się one najczęściej obustronnie bez zachowania symetrji na wysklepieniu półkul w okolicy zakrętów centralnych lub wzdłuż przebiegu środkowej tętnicy mózgu. W atypowych przypadkach, zwanych rzekomą diurowatością, ubytki powstają wewnątrz istoty mózgowej, i nie posiadają żadnych cech, charakteryzujących rzeczywistą porencefalię. Istotne zmiany dziurowate powstają bądź w okresie życia wewnątrzłonowego bądź też dopiero w pierwszych miesiącach po urodzeniu, a to na tle odżywczych zaburzeń naczyniowych.

Kundrat20) dopatruje się w zewnętrznych zarysach ubytków porencefalii pewnych znamion, dzięki którym można określić, czy dziurowatość ta pochodzi z okresu zarodkowego czy też wytworzyła się już po urodzeniu. Należy przypuszczać, że w przypadkach, w których zakręty układają się promienisto do brzegu względnie do ośrodkowego punktu wylotu i opuszczają się spadzisto w kierunku dna ubytku — dziurowatość ta wytworzyła się w okresie wewnątrzłonowym; w ubytkach zaś powstałych w późniejszym czasie, zakręty doznają nagłej przerwy w swoim zwyczajnym przebiegu, choć nie zaznaczają się żadne charakterystyczne zmiany w ich ułożeniu. Wreszcie dalsza cecha polega w tem, że opona miękka nie wyściela dna tych ubytków ani też ich ściany.

Anatomiczne zmiany dziurowatości mózgu powodują powstanie obrazu klinicznego, wyrażającego się mniej lub więcej rozwiniętym niedorozwojem umysłowym. Drobnowidowo w tych przypadkach stwierdzamy w ścianach ubytku wyraźne ślady wylewów krwawych, ogniska rozmiękczynowe oraz liczne zwapniałe komórki. *W ścianach naczyń dostrzec można wyraźne zmiany, upodobniające się do kiłowych.* W pierwocinach nerwowych zauważamy zmia-

ny, dowodzące upośledzonego ich rozwoju, występujące również zresztą w stanie mikrocefalii, mongołowatości oraz szeregu innych spraw niedorozwoju. Błona, pokrywająca ów ubytek od zewnątrz, która w czasie wydobywania mózgowia ulega przeważnie nadwyrężeniu i poszarpaniu — przedstawia zmienioną oponę miękką, zespoloną ściśle z korą mózgu. Najważniejsza więc zmianą w obrazie drobnowidowym porencefalii wykazują naczynia, stanowiące główną przyczynę wytwarzania się dziurowatości mózgu. Z powyższego wynika, że na dziurowatość mózgu należy zapatrywać się, jako na zmianę wtórną, powstałą na tle rozmiękania istoty mózgowej. Od pospolitego rozmiekania różni się porencefalia charakterystycznemi właściwościami mózgu zarodkowego, upośledzonego w prawidłowym rozwoju ogólnym. Obustronność i pewna znamienna symetryczność zmian dziurowatych mózgu wyjaśnić można poniekąd zmianami kiłowemi naczyń, która to swoista sprawa chorobowa wpływa w równym niemal stopniu na powstrzymywanie wykształcania się mózgowia. Opisywane przypadki porencefalii u dorosłych, jako powstałe na tle urazów, nie mają *raison d'être* w naukowym podziale, gdyż nie posiadają istotnych wspólnych cech z prawdziwą dziurowatością mózgu, ponieważ nie są schorzeniami *sui generis*. Niesłusznie przeto — określenie porencefalii — uciera się w piśmiennictwie dla podobnych przypadków, które jeno pewnemi zmianami ogniskowemi przypominają ledwo obraz dziurowatości mózgu.

Określenie zbiorowe porencefalii, nie wyrażające ani pojęcia anatomicznego, ani etjologicznego — przedstawia raczej końcowy okres najrozmaitszych procesów, których wspólna cecha polega na umiejscowieniu się tych zmian na powierzchni mózgu. Również naprzykład przewlekłe rozmiękania postępujące W e r n i c k e'g o oraz *encephalitis acuta* S t r ü m p e l l a mogą w końcowym wyniku dać obraz, odpowiadający dziurowatości mózgu. Przytoczone fakty anatomiczne przemawiają zatem, że torbiel mojego przypadku sekcyjnego nie posiada nic wspólnego z pospolitą dziurowatością mózgu.

Zmiany sekcyjne naszego przypadku wysuwają faktyczne zagadnienie, czy ze spostrzeganych objawów klinicznych możnaby istotnie ustalić, że sprawa chorobowa umiejscawiała się właśnie w lewym płacie czołowym. Odpowiedź musi być raczej negatywna. Brak jakichkolwiek objawów ogniskowych odwracał uwagę lekarza klinicznego od istoty schorzenia danego odcinka. Badania zapomocą odmy czaszkowej byłyby niewątpliwie wyjaśniły w danym przypadku właściwą przyczynę schorzenia. Metoda rentgenologiczna staje się zatem ważnym środkiem pomocniczym niestety nie wszędzie uwzględnionym w praktyce zakładów psychjatrycznych.

Daleko posunięte otępienie psychiczne omawianego chorego, nie posiadającego żadnego kontaktu z otoczeniem uniemożliwiło określenie stopniowania przejawów psychicznych, które uzewnętrzniały się jeno krzykiem lub bezbarwnością, wielosłownością, niekiedy gniewem, któremu towarzyszyła znaczna agresywność. Często powtarzające się ogólne napady padaczkowe, notowane w danej historji choroby, występują, jak to w swem zestawieniu statystycznem E. F e u c h t w a n g e r stwierdził podobnie często nietylko w przebiegu uszkodzeń płatów czołowych, lecz także i innych odcinków mózgu. Objawy te połączone z pomroczeniem podyktowały kliniczne rozpoznanie padaczki. Bez wątpienia zanikowe zmiany istoty mózgowej, przeistoczonej w ściany omawianej torbieli, przyczyniały się do coraz to znaczniejszego rozprzestrzeniania się owej torbieli. Gromadzący się w niej płyn mózgowo-rdzeniowy wskutek chwilowych utrudnień w jego odpływie, uciskając na otoczenie, powodował okresowe zaburzenia naczynioworuchowe, które mogły stanowić właściwą przyczynę napadów padaczkowych.

Jedynie czasem głupkowate zachowanie się chorego oraz jego niepewny chód a wreszcie zanik lewej gałki ocznej mogłyby ewentualnie nasunąć podejrzenie co do guza mózgu, albowiem u chorych, dotkniętych ograniczoną torbielowatością mózgu często występują takie same objawy, jakie cechują sprawę nowotworową tegoż narządu. Dlatego też poświęcam parę uwag rozważaniom rozpoznawczym, dotyczącym przypadków płatów czołowych, których opisy piśmiennictwo zagraniczne zbiera z wielką starannością. Mając na uwadze, że nasze piśmiennictwo dotychczasowe po za praca F r e y'a 21) nie uwzględniało obszerniej wytycznych rozpoznawczych guzów płatów czołowych, słusznem się wyda rozwinięcie tegoż tematu w świetle nowoczesnych danych naukowych.

Operacyjna metoda leczenia nowotworów układu nerwowego, zapoczątkowana przez H o r s l e y'a, przyczyniła się walnie do rozwoju dotychczasowych metod rozpoznawczych owych nowotworów. W tej dziedzinie wiedza lekarska osiągnęła w ostatnich dziesiątkach lat poważne wyniki. Jednocześnie atoli z wysubtelnieniem sposobów rozpoznawczych zachodzą przypadki, w których oznaczenie umiejscowienia się sprawy nowotworowej, staje się nietylko niemożliwe, lecz nawet zagadnienie jej istnienia pozostaje wogóle pod znakiem zapytania. Niezwykłe trudności nastręcza obecna chwila, która wysuwa następujące wymogi w sprawie trafności rozpoznawania nowotworów mózgowych. Streszczają się one mianowicie 1) w klinicznem rozpoznawaniu nowotworu, które winno być zróżnicowane i wyodrębnione od innych zachorzeń mózgu, 2) w ścisłem określeniu umiejscowienia nowotworu oraz 3) w wyjaśnieniu jego rodzaju pochodzeniowego.

Wiemy, że prawdopodobieństwo rozpoznania wogóle nowotworów mózgu waha się niekiedy w zakresie rozległych domniemań, zwłaszcza gdy występują one (nowotwory) w płatach czołowych które zdaniem autorów niemieckich uchodziły do niedawna za „niemą" okolicę mózgu. Prof. D z i e r ż y ń s k i w podręczniku swoim poucza, że, nowotwory płatów czołowych mogą nie dawać wyraźnych objawów ogniskowych.

Neurologiczno-chirurgiczne zdobycze światowej wojny, uwzględnione przez K r a m e r a w pracy p. t. „Klinik der Schädelschüsse", zawartej w dziele S c h m i e d e n - B o r c h a r d t a (Die deutsche Chirurgie im Weltkriege 1914—18, rozdział 3-ci) — potwierdzają powszechnie uznane zdanie, iż rozległe nawet ubytki płatów czołowych, spowodowane zupełnem zniszczeniem miąższu tych okolic — nie muszą powodować ujawnienia się objawów ogniskowych. Liczne badania eksperymentalne na zwierzętach, użyte do tego celu, dają nietylko sprzeczne lecz częstokroć zupełnie ujemne wyniki. Kliniczne spostrzeżenia również nie wyraziły jednozgodnego zapatrywania w tej sprawie. F e u c h t w a n g e r 22) w obszernej monografji z r. 1923-go zauważa, że w przypadkach uszkodzeń płatów czołowych często dostrzec można ciekawe oznaki zewnętrzne, z których wnioskować można o zachowaniu się tych właśnie płatów. Tym atoli t. zw. „pozytywnym przypadkom" przeciwstawić należy „ujemne przypadki", w których mimo rozległych zmian przedniej części mózgu nie można wogóle pochwycić jakichkolwiek znamiennych objawów. Sprawa ustosunkowania się zmian nowotworowych tkanki mózgowej do zaburzeń psychicznych należy wciąż do zagadnień bardzo złożonych. Zaburzenia te mogą powstawać nietylko wskutek wzmożenia ciśnienia wśródczaszkowego, lecz także dzięki temu, że nowotwory te prócz miejscowego działania wywierają również ogólny wpływ toksyczny.

Do objawów ogólno mózgowych należą zaburzenia świadomości, ujawniające się w postaci przytępienia, senności i apatji. W skład tego szeregu objawów wchodzą również i zaburzenia psychiczne, przyczem zaznaczyć należy, że na wyjaśnienie powstawania tych ostatnich zaburzeń posiadają wpływ istotnie zmiany anatomiczne, które powodują zniszczenie pewnych odcinków miąższu mózgowego. Atoli guz prócz zmian, jakie wywołuje w swoim najbliższem sąsiedztwie (Nachbarsymptome) może sprowadzić zaburzenia ogniskowe, właściwe porażeniom odcinków mózgu, oddalonych znacznie od miejsca usadowienia się sprawy nowotworowej. Przejawy psychiczne zależą wreszcie w znacznym stopniu od rozmiarów guza, chociaż niekiedy mogą być wyrazistsze nawet w obecności zupełnie drobnych nowotworów, ponieważ trudno jest ustalić bezpośrednią zależność nasilenia się tych zaburzeń w miarę wzmagania się ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Statystyka S c h u s t e r a 23) stwierdza, że najczęściej spostrzegano zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów spoidła wielkiego, co staje się zupełnie zrozumiałe w świetle danych anatomicznych, dowodzących, że okolica ta wyróżnia się bogactwem włókien kojarzeniowych. Dawniejsze piśmiennictwo obfituje w liczne opisy nowotworów płatów czołowych, przebiegających zupełnie bezobjawowo. W nowszych natomiast czasach S c h u s t e r, opierając się na bogatem zestawieniu statystycznem, częstość występowania objawów psychicznych w przypadkach zmian chorobowych płatów czołowych — określa cyfrą 80%. Podobne zestawienia F e u c h t w a n g e r a wykazują, że w 93,5% wszystkich zmian chorobowych płatów czołowych towarzyszą zaburzenia psychiczne. Liczba nowych spostrzeżeń, dotyczących zaburzeń psychicznych w przypadkach nowotworów mózgu, znacznie wzrasta w miarę głębszego poznania czynności fizjologicznych płatów czołowych. Badania psychjatryczne w przebiegu schorzeń nowotworowych tych płatów dostarczają często cennych wskazówek rozpoznawczych.

Obfitość objawów, jakie dają zaburzenia psychiczne w przebiegu guzów płatów czołowych, uzasadnia wyodrębnienie trzech

najbardziej charakterystycznych a zarazem najczęściej występujących grup tych objawów, które V a c h i k 24) ujmuje w następujący podział:

A) Zamącenie świadomości wśród majaczeń, połączone z zaburzeniami w orjentacji i pamięci. Objawy te są najczęstsze, odznaczając się charakterem trwałym i wyrazistym.

B) Stan wzmagającego się otępienia na wzór podobnego obrazu w porażeniu postępującem. Stan taki trafia się dość często w przypadkach nowotworów płatów czołowych, jako zanik intelektu. Objawom tym towarzyszy niepokój i dizartrja, bądź też pobudliwość psychiczna, euforia, niekiedy erotyzm i brak kontroli moralnej, a to w związku z wzmagającem się otępieniem i zaburzeniami w sferze właściwości charakteru.

C) Zaburzenia usposobienia i charakteru: euforia.

Powyższe trzy grupy zaburzeń poprzedzają zazwyczaj liczne objawy wstępne, jak zaburzenia neuropatyczne, zmienność usposobienia i depresja, które przyczyniają się wydatnie do trafnego rozpoznania nowotworów płatów czołowych. Ch. C h a t e l i n w dziele p. t.: *„Les blessures du cerveau"* z r. 1918-go — określa swoiste zachowanie się chorych, dotkniętych uszkodzeniami płatów czołowych, w zwrotkach: *„tendence à la jovialité"* i *„extrême puerilite"*. Takie zatem stałe i wyraziste objawy dowodzą umiejscowienia się zmian chorobowych w płatach czołowych, chociaż niepewne usposobienie i niejednostajność charakteru oraz otępienie wilostne *(moria)* nie charakteryzują wyłącznie ogniskowych spraw omawianej okolicy.

Prof. P o u s e p p e 25), uznając charakterystyczne zmiany psychiki u chorych, dotkniętych zachorzeniami nowotworowemi płatów czołowych, twierdzi, że obraz kliniczny tych chorych cechuje się potrójnością typowych objawów. Rozróżnia on mianowicie zaburzenia węchowe *(anosmia)* niezborność frontalną *(ataxia)* i zespoły zaburzeń psychicznych. H. P e t t e 26), odnosząc znane właściwości fizjologiczne o płatach czołowych do czynności ruchowych, przypisuje im współudział w unerwieniu szyji, karku i umięśnienia tułowia. Dlatego też u chorych na nowotwory tej okolicy mózgu — często spostrzega się przykurcze karku i mięśni szyjnych (O p p e n h e i m, H i t z i g) oraż obraz niezborności całego ciała, w szczególności tułowia, który upodabniając się do niezborności móżdżkowej — przez B r u n s a — określony został mianem ataksji frontalnej. Nowoczesne poglądy przypisują pochodzenie owej niezborności uszkodzeniom dróg czołowo-móżdżkowych, jako że płaty czołowe podporządkowują się w czynnościach zachowania równowagi i zborności (koordynacji) ruchów oddziaływaniu móżdżka. K l e i s t i B o s t r o e m 28) zwracają uwagę, że niezborności ciała towarzyszą często przejawy akinetyczne (stany śpiączkowe, bezczynność, ogólna sztywność), podobne do drżączki porażennej *(paralysis agitans)*, występującej jednakże bez drżenia *(sine agitatione)*. Objawy te powstają na tle zmian, którym współtowarzyszą zmiany w układzie pallidostrialnym. Ch. P h e l p s 24) wnioskuje, że uszkodzenia lewego płata czołowego powodują bardziej wyraziste zaburzenia kliniczne. Ze zdaniem tem zgadzają się również H. S a h l i 30) i van G e h u c h t e n 31) którzy dopatrują się nawet pewnej różnicy w czynnościach obydwóch płatów czołowych. Natomiast inni autorzy podkreślają wyjątkowe znaczenie prawego płata czołowego. Większość badaczy ogółem skłania się ku tezie, że płaty czołowe tworzą narząd parzysty dla klinicznej symptomatologji. Jest rzeczą zrozumiałą, że umiejscowienie się ogniska chorobowego w lewej półkuli zawoju B r o c a powoduje zaburzenia mowy, gdy owe objawy występują u mańkutów w przypadkach usadowienia się zmian chorobowych właśnie w prawej połowie mózgu. O nowotworach płatów czołowych wnioskują badacze ostatniej doby M e n d e l 32), M a n n 33), R o c h a r d t 34) z utraty umuzykalnienia, polegającej na zaniku zdolności odtwarzających u takich chorych, którzy mimo iż zatrzymują słuch muzyczny, nie potrafią czysto powtórzyć danego dźwięku. Siedlisko tych zdolności muzycznych ma się mieścić w odnodze prawego 2-go zakrętu czołowego. Wreszcie F e u c h t w a n g e r dowodzi, że właściwości konstytucjonalne chorych z guzami mózgu — posiadają pewne charakterystyczne zabarwienie dla samego tła zaburzeń psychicznych. Z wywodów powyższych wynika, że uogólnienie w celach rozpoznawczych pewnych stałych objawów, właściwych obrazowi zaburzeń psychicznych w związku z umiejscowieniem się spraw chorobowych w płatach czołowych — nastręcza tak poważne trudności, że dopiero znajomość najrozmaitszych zespołów skrzętnie notowanych w piśmiennictwie, może przyczynić się do trafności rozpoznania.

Na zakończenie nadmienię, że badanie drobnowidowe układu nerwowego w omawianym przypadku wykazało znaczny rozrost komórek wyściółkowych oraz wybujanie gleju podwyściółkowego i to zarówno dookoła centralnego kanału, jak i w otoczeniu opisanej torbieli, które to zmiany stanowią cechę zwykłego obrazu schorzenia wyściółki — *ependymatitis proliferans cum sclerosi neurogliali*. Zmiany te powstawały niewątpliwie w sposób samoistny, nie zaś wtórny np. w następstwie zastoju płynu mózgowo-rdzeniowego; w dowód czego powołuję się na przytoczony protokół sekcyjny oraz na obrazy histologiczne, z których wynika, że nie stwierdziłem żadnych oznak wodogłowia wewnętrznego, a nadto wspomnę o podobnych danych z ogólnej patologji torbieli zastojowych (retencyjnych). Wiemy mianowicie, że takie torbiele, zwiększając się wskutek ustawicznego skupiania się w nich zawartości, wyścielone są zazwyczaj nabłonkiem bez jakichkolwiek oznak ścieńczenia lub zaniku. Z tego wynika, że ilościowe zwiększenie się zawartości nie potęguje bezpośredniego ciśnienia na ściany torbieli. Owe paradoksalne napozór zjawisko dałoby się wytłómaczyć jedynem przypuszczeniem, że ściany torbieli zwiększając się objętościowo, wzrastają kosztem tkanki łącznej otoczenia. W moim przypadku komórki wyściółkowe nie wykazywały zmian zanikowych, a rozległa łączność z dalszym ciągiem lewej komory bocznej zdaje się przeczyć, jakoby w opisanej torbieli mógł powstawać większy ucisk na powierzchnię wewnętrzną, na który oddziaływałaby ona rozrostowemi cechami.

Wrodzone to schorzenie wyściółki stwarza wspólne podłoże anatomiczne dla wodogłowia, puchliny i jamistości rdzenia oraz dla t. zw. surowiczych torbieli móżdżka (T h o m a s i H a u s e r 25), W e r s i ł o w 36). W moim przypadku torbiel, która powstała z uchyłka przedniego i dolnego rogu lewej komory *(ventriculocele)* na tle wrodzonych zmian wyściółki, jest wynikiem wadliwego wykształcenia lewego płata czołowego. Założenie powyższe znajduje swój wyraz również w preparatach histologicznych, stwierdzających zarodkowe właściwości gleju oraz pierwocin nerwowych istoty mózgowej najbliższego otoczenia omawianej torbieli. Zdajemy sobie sprawę, że najrozmaitsze zaburzenia rozwojowe układu nerwowego posiadają zasadnicze znaczenie w patologji mózgu. Niezależnie od wyraźnych zmian upośledzeniowych mózgu, dostępnych zresztą nawet dla oka nieuzbrojonego, jak bezmóżdże *(anencephalia)*, karłowatość mózgowia *(micrencephalia)*, przerost mózgu *(macrencephalia)*, mózg o bardzo małych zakrętach *(microgyria)*, wodogłowie, dziurowatość mózgu *(porencephalia)*, *brak spoidła* i t. d. — uwaga nowoczesnej psychjatrji skierowuje się głównie na zaburzenia rozwojowe, stwierdzalne drobnowidowo, do których należy np. nieprawidłowe rozmieszczenie architektonicznych warstw korowych lub wystąpienie atypowych komórek zwojowych. Takie komórki opisał po raz pierwszy S t r ä u s s l e r 37) w r. 1906-ym, który wykazał je w mózgach 2-ch zmarłych na porażenie młodociane *(juvenile Paralyse)*. W ślad za nim liczni autorowie ogłosili szereg prac, dotyczących ujawniania się wielojądrzastych komórek zwojowych w przebiegu najrozmaitszych schorzeń, a mianowicie w przypadkach głupkowatości *(idiotismus)*, otępienia wczesnego *(dementia praecox)*, obłędu opilczego *(delirium tremens)*, otępienia starczego, psychozy szałowo-posępniczej i t. d. Z treści zgodnych zapatrywań wielu autorów zdaje się nie ulegać wątpliwości, że wielojądrzaste komórki zwojowe znamionują pewne stany chorobowe tkanki nerwowej, mające ważne znaczenie dla patologji. Obfitość wielojądrzastych komórek zwojowych zdaniem większości badaczy dowodzi wadliwego wykształcenia się układu nerwowego we wczesnym okresie życia wewnątrzłonowego.

Stwierdzona równocześnie jamistość rdzenia w danym przypadku (jak wiadomo schorzenie to powstaje na tle wrodzonych zmian wyściółki) — dowodzi — że pierwotne torbiele mózgu tworzą przejściowe ogniwo, które łączy je we wspólną grupę nozologiczną wielokrotnie wspomnianych schorzeń. Opisana torbiel, będąca niejako odmianą jamistości rdzenia, zasługuje w tem świetle ze wszech miar na wyróżnienie, jako ciekawy przyczynek dla patogenezy pierwotnych torbieli mózgu. Długotrwały utajony przebieg kliniczny opisanego przypadku, rozciągający się niewątpliwie na całe dziesiątki lat upodabnia się również w zupełności do przebiegu chorobowego jamistości rdzenia.

Piśmiennictwo.

1) E. R e d l i c h : Wien. Klin. Woch. 1927. — 2) F. H e n s c h e n : Zeitschr. f. Klin. Med. 1907. Bd. 63. H. 1—4. — 3) D e l R i o - H o r t e g a : ref. Centralbl. f. d. ges. Neurologie u. Psych. B. 28, str. 284. — 4) S a ł t y k o w : C. f. Path. u. p. Anat. Nr. 21. —

5) Margulis: Ar. f. Ps. u. Neur. Bd. 52., r. 1913. — 6) Hoffman: D. Z. f. Nervenheilk. Bd. 3, r. 1892. — 7) Revue med. de la Suisse romande 1895. Nr. 11. — Düfour: Revue neurol. Nr. 2, r. 1898. — 9) Minor: Zeit. f. Klin. Bd. 34. — 10) Muratow: Bibljoteka Wracza Nr. 2, r.. 1899. — 11) Verhoogen et Vanderrelle: Journ. de medecine, de chir. et de pharmak. 1894. — 12) Krukowski: Neurologja Polska 1913 r. — 13) Barre-Reys: Revue neurol. 1924. — 14) Redlich: Wien. med. Woch. 1916. — 15) Kino: Zeit. f. d. ges. Neurol. u. Ps. Bd. 107, r. 1927. 16) Leyden: Virch. Arch. Bd. 68, r. 1876. — 17) Weigerb: Beiträge zur Kenntnis der normalen menschlichen Neurologie, r. 1895. 18)Heschl: Jubilcum Band d. Vierteljahrschr. f. d. praet. Heilkunde 1868. — 19) Schuttenberg: Ziegl. Beitr. zur. pathol. An. u. zur. allg. Path. Bd. 5 r. 1889. — 20) H. Kundrat: Die Porencephalie r. 1882. — 21) L. Frey: Pol. Gaz. Lek. Nr. 20, r. 1928. — 22) Feuchtwanger: Die Functionen des Stirnhirns r. 1923. — 23) Schuster: Arch. f. Psych. Bd. 47, r. 1902. — 24) Vachik: Revue Neurologique t. II. Nr. 1. Juillet 1928 r. — 25) Pouseppe: Presse med. 1925. T. II, str. 1201. — 26) Pette: Die bösartigen Geschwülste des Nervensystems w dziele „Klinik der bösartigen Geschwülste" r. 1924. — 27) Kleist: Neur. C. Bl. 1919, str. 207. 28) Bostwem według Febre. — 29) Ch. Phelps: Amer Journal of the med. sciences Bd. 123, 1902. — 30) H. Sahli: Lehrbuch d. Klin. Untersuchungsmeth. II, 2 str. 1906. — 31) V. Gehuchten: Bull. d'Acad. Royal de med. de Belgique Bd. 6, 32, 33 i 34 według Petta. — 35) Thomas: Tumeurs cerebrales. Traité de pathol. méd. et therap. appliqué E. Sergent, Ribaldeme — Dumas et L. Babonneix: Neur. T. I. chup. III. Paris 1921. — 36) Wersiłow: Neur. Centr. 1913 r., str. 350—356. — 37) Sträussler: Jahrb. f. Psych. Bd. 27, r. 1906. — 38) Stein: Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 21, r. 1914. — 39) Sir James Purres-Stewart: Intracranial Tumours and some errors in their diagnosis r. 1927. — 40) L. Frey: l'Encephale r. 1927 Nr. 1, str. 21. — 41) Joseph Globus i Israel Strauss: Ependymitis diffusa subacuta: Arch. of Neurol and Psych. vol. XIX Nr. 4 avril 1928, str. 623. — 42) W. Janusz: Stany rozrzedzeniowe tkanki mózgowej. Medycyna W. Nr. 21, r. 1929. — 43) T. Falkiewicz: Przypadek akromegalji powikłanej jamistością rdzenia Pol. Gaz. Lek. r. 1923. — 44) Orłowski w podręczniku „Choroby rdzenia" podaje szczegółowe zestawienie polskiego piśmiennictwa, dotyczącego jamistości rdzenia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Lax: *Verwertung der diagnostischen Laboratoriumsverfahren in der ärztlichen Praxis.* Würzburg. Abh. aus dem Gesamtgebiet der Medizin. B. V. H. 7. V. C. Kabitsch.

W książce tej omówione są najważniejsze metody laboratoryjne, dawne i najnowsze z zakresu badania moczu, krwi, żołądka, stolca, plwociny płynu mózgo-rdzeniowego, przemiany spoczynkowej oraz badania bakterjologiczno-serologiczne. Są to wybrane rozdziały z podręczników badania klinicznego, w których autor usiłuje zaznajomić lekarzy praktycznie ze znaczeniem wyników badań dla rozpoznania i rokowania. Uwzględnia tylko te metody, które na podstawie doświadczenia okazały się praktyczne dla celów klinicznych. Poszczególne wyniki badań i wnioski z nich wypływające przedstawia jasno i przejrzyście, dlatego też należy spodziewać się że książka ta, spełni to zadanie, które autor zamierzał osiągnąć.

Prof. Dr. Eggies (Magdeburg): *Ueber die Entstehung des Magengeschwüres und das Problem seiner Behandlung.* Würzburg. Abh. aus der Gesamtgebiet der Medizin. B. VI. H. 2. V. C. Kabitsch.

Autor omawia różne teorje powstawania wrzodu trawiennego żołądka. Porusza teorję mechaniczno-czynnościową Aschoffa, tłumaczącą częste występowanie zmian na krzywiźnie małej, teorje Konecznego, która przyjmuje jako przyczynę usposabiającą do powstania wrzodu zmiany zapalne w żołądku, teorje Roesslego o odruchowym powstawaniu owrzodzeń wskutek podrażnienia przez sprawy toczące się gdzieindziej jak np. w wyrostku robaczkowym lub w przydatkach, teorję Bergmanna o skurczach błony mięsnej i następowem niedokrwieniu błony śluzowej żołądka. Na podstawie krytycznego rozważania tych poglądów przychodzi do wniosku, że wrzód żołądka powstaje wskutek wrodzonej lub nabytej pobudliwości nerwów naczynio-ruchowych, której następstwem jest zawał krwotoczny w ścianach żołądka. Pytanie czy pierwotną sprawą jest wrzód czy zapalenie uważa za bezprzedmiotowe, gdyż zależnie od wielkości i rozległości zaburzeń naczynioruchowych powstaje albo pojedynczy wrzód albo też liczne nadżerki, wybroczyny lub zmiany zapalne. Opierając się na tym poglądzie sądzi autor że wrzód żołądka należy przedewszystkiem leczyć wewnętrznie usiłując uzyskać wpływ na system nerwowy a w szczególności na nerwy naczynioruchowe żołądka. Można to osiągnąć różnymi środkami a przedewszystkiem proteinoterapją, która umiejętnie stosowana jest w stanie doprowadzić system naczynioruchowy do równowagi. Ponadto ważnem jest leczenie djetetyczne.

Autor uważa wrzód żołądka za chorobę społeczeństw cywilizowanych, i radzi przeprowadzić dokładniejszą kontrolę różnych sposobów konserwowania pokarmów, które mogą zawierać domieszki działające szkodliwie.

Za jedyne wskazanie do leczenia operacyjnego uznaje, zwężenia żołądka, wrzód bliznowaty i przedziurawienie żołądka. Tylko wtedy, gdy zawiedzie leczenie wewnętrzne wskazany jest zabieg operacyjny, z których najracjonalniejszą jest resekcja. Krytykuje stanowczo zbytnią pochopność chirurgów do rozległej resekcji, która jest zabiegiem ciężkim.

Rozprawa ta zasługuje na podkreślenie z tego powodu, że chirurg omawia zagadnienie patogenezy i leczenia wrzodu żołądka przyznając słuszność zapatrywaniom dawniejszych lekarzy że leczenie wrzodu żołądka należy w pierwszym rzędzie do internisty.

Siedlecki (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd sportowo-lekarski, rok I, Nr. 2, z r. 1929: G. Szulc i Zeki: Studja nad oddychaniem przy wymianie rytmu oddechowego. — H. Wasilkowska-Krukowa: Elektrokardjogramy serc zdrowych i elektrokardjogramy przy niewielkich zmianach w układzie krążenia. — S. Kramsztyk: Sport i żywienie. — E. Reicher: Znaczenie lecznicze ćwiczeń cielesnych. — Z. Szydłowski: Badania natężenia i wpływu następstw ćwiczeń w lekcji gimnastyki.

Chirurgja kliniczna, tom II, 1929: K. Michejda: Z dziedziny chirurgji narządu żółciowego. — A. Janik: Wrodzone torbielowate rozszerzenie przewodu żółciowego wspólnego. — Krotoski: Leczenie złotem gruźlicy kości i stawów. — A. Jurasz: O postępach w chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa. — A. Jirasek: Uwagi w sprawie chirurgicznego leczenia padaczki. — St. Nowicki: Powstawanie ostrej martwicy trzustki. — Aleks. Oszacki: Wymiana gazowa, jej teorja i zastosowanie kliniczne.

Wiadomości lekarskie, rok II, z listopada 1929: E. Elster: O pracy lekarzy Kas chorych. — H. Leuchter: Obrzezanie zapobiegawcze. — J. Heller: Składniki azotowe surowicy. — G. Rąciążek: Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie. — H. Czapnicki: Z zagadnień współczesnej medycyny.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 11, z listopada 1929: H. Sparrow: Zwalczanie błonicy zapomocą szczepień ochronnych. M. Czyżewski: Schorzenia czynnościowe obwodowych części nerwu współczulnego (ecto-sympathoses). — J. Irrgang: Z teki lekarza.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, Nr. 48, z 28 listopada 1929 r.: M. Szour: O schorzeniach wewnatrzwydzielniczych, wielogruczołowych. — Jakubson: Losy tamponu pozostawionego w jamie brzusznej. — Z. Świder: O djetetycznem leczeniu gruźlicy (streszcz. zbior. c. d.). — J. Karpf: Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 9, z listopada 1929: St. Niemcówna: Wenecja Północy. — E. Dokowski: „Czwarty wymiar:. — Ch. Brachet: Nowy sposób zużytkowania ciepła słonecznego w temperaturze poniżej 0°.

Medycyna Warszawska, Nr. 11 (30), z 1 grudnia 1929 r.: S. Klejn: Splenomegalja. — J. Balukiewiczówna: Przypadek samoistnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu płonicy. — J. Kurczyński: Przeszłość medycyny. — W. Chodźko: Sprawozdanie z czynności zastępcy delegata Rządu na 10-te Zgromadzenie Ligi Narodów 1929 r. — M. Zwejgbaum: Ś. p. Ludwik Czarkowski: Wspomnienie pośmiertne.

Położna, rok II, Nr. 12, z grudnia 1929: Papée: Uwagi o kilku objawach chorobowych. — Szlapakówna: Zakażenie i walka z niem.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego.

W dniach 21—22 października r. b. odbył się w Brzeżanach zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego, na który przybyło 16 lekarzy powiatowych.

Po zagajeniu zjazdu przez Wicewojewodę Gintowtt-Dziewałtowskiego powitali zjazd: w imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, w imieniu Wydziału Powiatowego — Starosta Koczyński, a w imieniu miasta — burmistrz Wiszniewski, dziękując za wyróżnienie Brzeżan przez obranie miasta terenem zjazdu.

W wykonaniu porządku dziennego Docent Dr. Gąsiorowski omawiał sprawę walki z durem brzusznym, zwracając między innemi uwagę na okólnik Województwa Lwowskiego co do oczyszczania studzien podchlorynem wapna, przyczem proponował, ażeby i sąsiednie województwa wydały podobne zarządzenia w celu ujednostajnienia sposobów oczyszczania wody do picia.

Z kolei Dr. Ławrowski odczytał referat o walce z chorobami społecznemi na terenie powiatu Brzeżańskiego. Walkę tę udało się postawić na odpowiednim poziomie dzięki sumie 58,000 zł., preliminowanej w dwóch latach ostatnich przez Wydział Powiatowy na urządzenie Ośrodków Zdrowia w Brzeżanach i Kozowej, oraz 15,000 zł., otrzymanych od Rządu na budowę Ośrodka Zdrowia w Koniuchach.

Po referatach uczestnicy zjazdu zwiedzili bardzo dobrze wyposażony Ośrodek Zdrowia, gimnazjum państwowe, przedszkole Rodziny Wojskowej, bursę polską im. Jakubowicza, boisko, ruiny zamku i kaplicę rodziny Sieniawskich, poczem autobusem i kilku samochodami udano się na powiat, gdzie zwiedzono kilka gmin wiejskich, posiadających racjonalnie urządzone obejścia, ustępy i gnojowiska.

Po przerwie obiadowej przystąpiono do kolejnego odczytywania sprawozdań lekarzy powiatowych, z których wynika, że naogół praca lekarzy powiatowych w dziedzinie akcji zapobiegawczej i sanitarno-porządkowej dała pomyślne rezultaty. W szczególności odnotować należy postęp w walce z gruźlicą i jaglicą, która się odbywa zapomocą 17 ośrodków zdrowia i 15 przychodni z wykwalifikowanym personelem. Postąpiła też znacznie sprawa badania środków spożywczych dzięki 11 wyszkolonym kontrolerom sanitarnym, pobierającym próby. W kilku powiatach uruchomiono poradnie sportowo-lekarskie, gdzie dokonywują się badania członków wychowania fizycznego.

Dotkliwie dający się odczuwać brak kąpielisk doznał w roku sprawozdawczym poprawy. Przystąpiono do budowy łaźni w Jagielnicy (pow. Czortkowski), w Borszczowie i Kudryńcach (pow. Borszczowski). Ponadto przeprowadzono remont kąpielisk rytualnych w Radziechowie, Buczaczu, Skałacie i Busku.

Stan higjeniczny budynków szkolnych pozostawia jeszcze wiele do życzenia, lecz stopniowo się poprawia. Badania dziatwy szkolnej przeprowadzają lekarze okręgowi i powiatowi.

Akcja sanitarno-porządkowa naogół zrobiła postępy i prowadzona jest energicznie wobec zbliżającego się terminu jej zakończenia.

Inż. Z. Rudolf zanalizował wyniki dotychczasowej akcji sanitarno-porządkowej w Województwie Tarnopolskiem i dawał potrzebne wyjaśnienia z dziedziny inżynierji sanitarnej.

Z kolei Dr. Salak wygłosił przemówienie w sprawie higjeny społecznej, podkreślając dokonane w tej dziedzinie postępy.

Po przemówieniu Inspektora Państwowej Służby Zdrowia Dra Hryszkiewicza, który, skonstatowawszy dodatnie wyniki pracy lekarzy powiatowych na terenie powierzonych im zadań, wzywał do stałej i wytężonej działalności na polu krzewienia zasad higjeny wśród ludności, zjazd zamknięto.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. SZCZEPAN MIKOŁAJSKI

Ubywają coraz częściej z pośród nas jednostki, które pracą życia całego, niecodzienną działalnością, czy też ukochaniem pewnej idei wybiły się ponad poziom przeciętny.

Do takich jednostek należał ś. p. Dr. Szczepan Mikołajski. Urodzony w r. 1861 w Krakowie, tu też w r. 1888 otrzymał dyplom doktorski. Jako młody lekarz obejmuje kierownictwo Szpitala tyfusowego w Zagórzu, gdzie w czasie pełnienia swych obowiązków zakaża się durem plamistym. Następnie kilka lat praktykuje w Dobczycach, skąd w roku 1902 przenosi się do Lwowa. Natura wybitnie społeczna interesuje się żywo zagadnieniami zawodu lekarskiego rozwija pismo zawodowe, dobrze nam znane „Głos lekarzy" i dodatek do niego esperancki „Vočo de kuracistoj". Obdarzony wybitnemi zdolnościami publicystycznemi porusza na łamach Głosu najżywotniejsze sprawy obchodzące świat lekarski. Pismo doskonale prowadzone budzi też żywe zainteresowanie sprawami zawodowo-lekarskiemi nietylko na terenie Lwowa, ale wogóle na ziemiach polskich. Wychodzi do roku 1914. Ś. p. Mikołajski był też jednym z pierwszych pionierów organizacji zawodowej lekarskiej, opartej nie tylko na dobrach materjalnych, ale także na dobrach etycznych.

Wybrany do Zarządu dawnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zasiada w nim przez szereg lat i jest bardzo czynnym i pełnym inicjatywy jego członkiem. On to jest twórcą „Kodeksu deontologji lekarskiej", cennego zbioru przepisów i wskazań zawodowo-lekarskich, kodeksu, dyktowanego między innemi zasadą, że lekarz winien być *clementiae divinae magister*. W Zarządzie poruszał m. i. sprawę założenia spisu wdów po lekarzach, rewizji zasad etyki lekarskiej, deontologji lekarzy zdrojowych i w. i.

A kiedy na zegarze dziejowym wybiła godzina nieuniknionego zmartwychwstania Polski, Dr. Szczepan Mikołajski, jako członek. Tymczasowej Komisji rządzącej, obejmuje referat sanitarny. Widząc niezmiernie smutny stan sanitarny kraju powojenny zabiera się z zapałem do pracy nad podniesieniem jego i organizacją sanitarjatu wogóle. Lata osiemnaste i dziewiętnaste, to lata wytrwałej pracy na tem polu. Nieprzerywa jej i dalej jako Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia, kiedy nim zostaje w r. 1919, i jako od roku 1921 naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia. Na stanowisku tem bierze żywy udział w zwalczaniu szeregu chorób społecznych, przdewszystkiem gruźlicy, organizując walkę z gruźlicą na terenie Województwa lwowskiego, opartą, według własnej koncepcji, na czynniku urzędowym i obywatelskim, społecznym.

Praca na stanowisku szefa Wydziału Zdrowia Województwa nie przeszkadza Jego czynnej naturze brać udział w życiu i pracy zrzeszeń lekarskich. W Lwowskiem Towarzystwie lekarskiem jest jednym z najwytrwalszych jego członków, a w roku obecnym jest też jego wiceprezesem. W polskiem Towarzystwie Higjenicznem jest długoletnim członkiem jego Zarządu, zawsze czynnym i cennym doradcą. W b. Radzie miejskiej Miasta Lwowa jest jej członkiem i pracuje gorliwie i skutecznie w jej Komisji zdrowotnej.

W tych wszystkich czynnościach, czy to na stanowisku urzędowem, czy też w pracy społeczno-zawodowej uderza niezwykła obowiązkowość i wytrwałość, jako wybitna cecha charakteru Zmarłego.

Ciężka choroba przerywa wreszcie pasmo tej pracy, a potem stalowe prawo natury przecina je na zawsze.

W ś. p. Szczepanie Mikołajskim ubył Człowiek, który nie zmarnował życia. Obywatel-lekarz, który dobrze zasłużył się społeczeństwu i Ojczyźnie ,Kolega, który jeden z pierwszych kładł podwaliny organizacyjno-zawodowe, i dlatego należy Mu się głęboka wdzięczność i cześć niezapomniana.

Witold Nowicki.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Walka z alkoholizmem. W dniu 26 października odbyło się posiedzenie organizacyjne, mające za zadanie utworzenie stowarzyszenia lekarzy, prowadzących walke z alkoholizmem na wzór podobnych organizacyj na Zachodzie.

Zgłosiło swoją chęć należenia 30 lekarzy.

Zdecydowano nie tworzyć początkowo organizacji ścisłej, ograniczonej statutem, a zebrać możliwie największą liczbę zwolenników i przeprowadzić pewne prace przygotowawcze. Wybrano Komitet, który ma się zająć tą pracą przygotowawczą w osobach Dr. Dr.: Łuniewskiego (przewodniczący), Deresza (wiceprzewodniczący), Kacprzaka (sekretarza).

Adres Komitetu — Państwowa Szkoła Higjeny, Chocimska 24, M. Kacprzak.

„Anatomja, Patologja i klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego" w opracowaniu prof. Uniwer. Warsz. L. Paszkiewicza, Fr. Venuleta i M. Semerau-Siemianowskiego oraz „Ciśnienie krwi i jego zaburzenia" w opracowaniu prof. Uniw. Warsz. J. Modrakowskiego i prof.

Uniw. Wileńskiego A. Januczkiewicza oraz doc. tegoż Uniwers. H. Sochańskiego ukazały się w druku w 3-im zeszycie VII-ego tomu Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Pozostałe nieliczne egzemplarze są do nabycia w Administracji Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej w Warszawie ,Żórawia 4 a. m. 12.

Wyjaśnienie. W dniach ostatnich pojawiły się w Polsce na łamach prasy codziennej artykuły o nowym preparacie, wyrabianym przez firmę Laboratoire des Proxytases w Paryżu, p. n. Angioxyl.

Ponieważ artykuły te mają posmak sensacji i niezgodne są z prawdą, niniejszem — jako przedstawiciele powyższej firmy — korzystając z łaskawej gościnności wydawnictwa „Pols. Gaz. Lek.", spieszymy wyjaśnić, iż nie mamy nic wspólnego z całą tą kampanją reklamową i wobec czego nie przyjmujemy żadnej odpowiedzialności za podawane przez prasę codzienną wiadomości.

Dla ścisłości pozwalamy sobie zaznaczyć, iż Angioxyl nadejdzie wkrótce do Warszawy i zostanie przez nas oddany do wypróbowania Klinikom Uniwersyteckim i Szpitalom. ASMIDAR, Warszawa, Złota 14. Przedstawicielstwo firby Laboratoire des Proxytases.

Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 28 listopada 1929 r. o godzinie 8-ej wiecz. w Zakładzie Leczniczym Dr. Czarneckiego przy ul. Zgoda Nr. 3 w Warszawie.

Porządek dzienny: 1. Demonstracja chorych. 2. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia. 3. Hellin D.: bliźnięta a otolaryngologja, pokaz chorego. 4. Komunikat Zarządu. 5. Wolne wnioski Zarząd.

Uwaga: Zarząd uprasza Sz. Kolegów o nadsyłanie autoreferatów z przemówień opracowanych do druku w ciągu 7 dni po odbytem posiedzeniu na ręce sekretarza, w przeciwnym bowiem razie, o opracowaniach tych będą zamieszczane tylko krótkie wzmianki.

Kraków.

Uzupełniające kursa lekarskie. Uzupełniające kursa lekarskie, urządzane przez wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie odbędą się w roku 1930 w terminie jesiennym od 29 września do 10 października. Bliższych wiadomości w sprawie kursów udziela Dr. Edward Mróz, asystent kliniki pedjatrycznej U. J., Kraków, ul. Strzelecka L. 2.

Towarzystwo przeciwgruźlicze w Krakowie. Dnia 17. XI. b. r. w sali konferencyjnej magistratu krak. odbyło się walne zgromadzenie Tow. przeciwgruźliczego. Na zebranie przybyli prez. Rolle, wicepr. Dr. Schneider, prof. Latkowski z żoną, prof. Janiszewski, nacz. fizyk miejski, Dr. Owsiński, dyr. Krzyżanowski i wielu lekarzy. Nadto reprezentowane były komitety lokalne chrzanowski i żywiecki. Po odczytaniu protokołu prezes Towarzystwa prof. Janiszewski podał szereg dat statystycznych, co do gruźlicy, na którą w latach od r. 1900 do r. 1910 zginęło w samej Małopolsce ponad ćwierć miljona ludzi t. j. o 60 tysięcy więcej, niż na wszystkie inne choroby zakaźne. W ciągu sześciu pierwszych lat od czasu powstania państwa polskiego zmarło na gruźlicę zgórą pół miljona Polaków, czyli tylu, ilu zginęło w czasie wojny. Mowca przedstawił następnie ponury obraz stosunków mieszkaniowych i fatalny stan szpitalnictwa polskiego, podnosząc przytem znaczenie baraków na Prądniku Czerwonym i półkolonij dla dzieci, urządzanych w Krakowie. Z kolei dyr. Krzyżanowski przedstawił zamknięcie rachunkowe. Majątek Towarzystwa wynosi dziś z górą 200.000 zł. Następnie prof. Latkowska prezes komitetu pań przedstawiła wyniki pracy komitetu. Z kolei Dr. Zamorski, kierownik krakowskiej Poradni przeciwgruźliczej, przedstawia w cyfrach rozwój krakowskiej Poradni, jej działanie i przyszłość. Podkreśla, że w bieżącym roku dzięki subwencji rządowej i Rockefellerowskiej i dzięki wydatnej współpracy Uniwersyteckiej Szkoły pielęgniarek, Poradnia krakowska w pracy swej osiągnęła punkt kulminacyjny dotychczasowej pracy. Następnie odbył się wybór nowego zarządu. Zebrani przez aklamację wybrali nowych członków zarządu w osobach prof. Dra Latkowskiego, prof. Dra T. Janiszewskiego, wiceprez. Dra Schneidra, fizyka Dra Owsińskiego, Dra Kaplickiego, dyr. Krzyżanowskiego i dyr. J. Landaua. Członkami komisji rewizyjnej wybrani zostali st. radca Eminowicz, dyr. Nowakowski i Dr. Skrzyński. Członkami sądu polubown. wybrani zostali prez. Dr. Schwarzenberg-Czerny, adw. Dr. Koch, dyr. Ginwill-Piotrowski i st. radca Dr. Wessely. Następnie prof. Latkowska i dyr. Krzyżanowski dziękując prof. Janiszewskiemu za jego pracę, podnieśli z żalem, że prof. Janiszewski, powołany na zwyczajnego profesora higjeny do uniwersytetu warszawskiego, opuszcza Kraków. W dowód wdzięczności za jego dotychczasową owocną pracę mianuje go dyr. Krzyżanowski, jako wiceprezes Towarzystwa przeciwgruźliczego, imieniem tegoż Towarzystwa członkiem honorowym.

Na posiedzeniu zarządu odbytem dnia 23. XI. Prezesem wybrano profesora Uniw. Jag. dr. Józefa Latkowskiego, pierwszym wiceprezesem dyr. Jana Krzyżanowskiego, dotychczasowego długoletniego wiceprezesa, drugim wiceprezesem wybrano fizyka miejskiego dr. Józefa Owsińskiego.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXVII. Posiedzenie naukowe odbyło się dn. 29 listopada b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. M. Demianowska: a) przypadki pseudosklerozy (pokaz); b) przypadek sclerosis lateralis amyotrophica (pokaz); 2) Kol. Z. Tomanek i W. Grabowski: a) przypadek cysty dermoidalnej nowotworowo zwyrodniały (pokaz); b) przypadek cysty dermoidalnej (roentgenogram); c) lymphogranulomatosis pulmonum (pokaz); d) polycytemia rubra et ulcus vetriculi (pokaz); 3) Kol. A. Falkiewicz: 2 przypadki bloku serca (pokazy); 4) Kol. W. Grabowski: a) roentgenogram carcinoma interlobaris lub struma accessoria; b) roentgenogramy przypadków kostnych; 5) Kol. H. Sochański: Przypadek zaburzeń inkretorycznych (pokaz); 6) Kol. W. Jankowski: Przypadek zaburzeń inkretorycznych (pokaz); 7) Kol. K. Tyszka: Pokaz aparatu Lewickiego do oznaczania szybkości opadania czerwonych ciałek krwi. W dyskusji zabierali głos Kol.: Pisek, Schütz, Elmer.

Przyroda i technika miesięcznik poświęcony popularyzacji nauk przyrodniczych i technicznych, wydaje Tow. Przyrodników im. Kopernika, nakładem „Książnicy-Atlasu". Nr. IX. r. VIII. Ostatni numer wyżej wymienionego pisma, przynosi artykuł dr. St. Niemcówny p. t. „Wenecja Północy", w którym autorka barwnie opisuje położenie, piękno, czarownego miasta północy, Stockholmu. W dziedzinę „czwartego wymiaru" wprowadza czytelnika dr. Z. Dokowski, a czyni to tak przystępnie, że nawet zupełny laik ze zrozumieniem przeczyta te ciekawe wywody. Charles Brachet pisze o najnowszym wynalazku dr. Barjot'a, wyzyskującym ciepło w temperaturze poniżej 0° C do popędzania maszyn. Pozatem Przyroda i technika w kilku stale utrzymywanych działach, daje krótkie notatki informujące o postępach wiedzy i jej nowych zdobyczach. Dowiadujemy się stamtąd o fabrykacji sztucznego rogu czyli galalitu, o automatycznem gaszeniu ognia, samoczynnej ochronie kas ogniotrwałych, o poprzednikach Edisona, o nowych źródłach radu, złożach soli potasowych w Polsce i t. d. Poziom pisma przystosowany do zainteresowania każdego inteligenta, powinien zjednać czasopismu licznych czytelników.

Poznań.

W niedzielę, dnia 24 listopada 1929 o godz. 11 odbyło się w sali Wydziału Lekarskiego T. P. N. (ul. Seweryna Mielżyńskiego 26/27) uroczyste Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. ku uczczeniu pamiętnego posiedzenia listopadowego z r. 1918, z następującym porządkiem obrad: 1. Prof. dr. Borowiecki: Przemówienie. 2. Pokazy. 3. Doc. Dr. Łabendziński: Badanie sprawności narządu krążenia zapomocą sfigmomanometru ze szczególnem uwzględnieniem metody osłuchowej. 4. Dr. A. K. Werner: Przemiania podstawowa w chorobach wewnętrznych, mianowicie w gruźlicy płuc leczonej sztuczną odmą.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Od dnia 1. I. 1930 r. jest do obsadzenia posada kierującego lekarza w szpitalu hutniczym Przemysłowej Kasy Chorych Friedenshütte S. A. w Nowym-Bytomiu, pow. Świętochłowice, woj. Śląskie. Wymagana dłuższa praktyka lekarska w zakresie ogólnej medycyny z szczególnem wyszkoleniem chirurgicznem, obywatelstwo polskie i znajomość języków polskiego i niemieckiego. Reflektuje się na siłę pierwszorzędną. Wysokość płacy wedle umowy. Podania z dołączeniem odpisu dyplomu, świadectw z praktyki lekarskiej i curriculum vitae, należy wnosić do dnia 10. XII. b. r. pod adresem: Przewodniczący Przemysłowej Kasy Chorych Friedenshütte S. A. w Katowicach, ul. Zamkowa 3.

Nr. 51. 22. grudnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Robert BERNHARDT, Ord. Szpit. Św. Łazarza. Warszawa.

Na pograniczach łuszczycy.

Zazwyczaj pisze się i mówi się, że łuszczyca jest schorzeniem skóry dokładnie określonem klinicznie, a wskutek tego łatwem do rozpoznania. Twierdzenie jest niewątpliwie słuszne, gdy dotyczy spostrzeżeń, niewznoszących się ponad poziom średni. Ma się wówczas do czynienia z wykwitami typowemi, wykazującemi zespół cech znamiennych. Takim łuszczycom słusznie nadaje się miano „pospolitych" *(psor. vulgaris)*. Przy uważnem, dokładnem, drobiazgowem badaniu chorych i przy rozważaniu krytycznem każdego spostrzeżenia widuje się jednak niemało przypadków, w których rozpoznanie łuszczycy wzbudza mnóstwo wątpliwości i zastrzeżeń. Nie mówię obecnie o łuszczycach nietypowych *(ps. atypica)*, albo też powikłanych *(ps. complicata)*, do których można zaliczyć łuszczycę niedokrwioną, przekrwioną, wyprzeniową, zliszajowaconą, krostkową, brudźcową, brodawkowatową i t. p. Takie obrazy kliniczne są dobrze znane każdemu dermatologowi wykształconemu a ich ujęcie właściwe może jedynie do czasu sprawić niejakie trudności rozpoznawcze. Tutaj chciałbym zwrócić uwagę baczną na te przypadki schorzenia skóry, które obok objawów łuszczycowych wykazują tak wyraźne cechy odrębności klinicznej, iż częstokroć zniewalają do zaniechania rozpoznania łuszczycy, narzucającego się mimowoli. W spostrzeżeniach tego rodzaju trzeba liczyć się z trzema zdarzeniami. W wypadku pierwszym rozpoznanie jest warunkowe, czasowe i wynika z przewagi tych lub innych objawów klinicznych. Sprawa wyjaśnia się dopiero po dłuższem spostrzeganiu chorego — po tygodniach, miesiącach, latach. W kategorji drugiej faktów ma się do czynienia z obecnością dwóch lub kilku odczynów chorobowych skóry. Każdy odczyn może zjawić się niezależnie od pozostałych w rozmaitych miejscach powłoki zewnętrznej, albo też rozmaite odczyny występują jednocześnie w umiejscowieniu wspólnem. Przewagą jednego z odczynów nadaje wykwitom piętno odrębności. Ponieważ przewaga ta może być nawet chwilowa, zdarza się, że rozmaite wykwity posiadają wygląd odmienny w danem spostrzeżeniu i w danym okresie czasu. Powstaje obraz chorobowy złożony. W gromadzie trzeciej można wreszcie umieścić przypadki, nienależące do dwóch poprzednich, a których rozpoznania właściwego częstokroć nie można uzasadnić spostrzeganiem klinicznem wytrwałem, ani badaniem histopatologicznem. Są to przypadki przechodnie, ustalające łączność pomiędzy rozmaitemi grupami schorzeń skóry.

Niezwykle ważną cechą wszystkich wspomnianych obrazów chorobowych jest ich *„łuszczycowatość"*. Jest to objaw nietylko stały, ale w danych warunkach wprost konieczny. Odgrywa on bowiem rolę ogniwa, łączącego różnorodne sprawy chorobowe i dającego możność ich rozpatrywania pod określonym punktem widzenia.

Co to jest „łuszczycowatość?" Jest to zespół cech klinicznych, nadających wykwitowi podobieństwo do łuszczycy. Podobieństwo może przejawić się w dwóch kierunkach. Po pierwsze, można mieć do czynienia z łuską białoszarawą, srebrzystą, względnie kruchą, pozornie nieobfitą, występującą jednak bardzo wyraźnie podczas drapania metodycznego. Przy tej czynności nie wykrywamy jednak „błonki łuszczycowej", powodujemy natomiast zjawisko plamicy kropkowej. W drugiej grupie faktów łuska białosrebrzysta jest bardziej twarda, przylegająca silniej, nadrapująca się lub nienadrapująca się obficiej. Błonki niema, krwawienie punkcikowate występuje jednak wyraźnie mniej lub więcej. W obu razach ma się zatem prawo mówić o łuszczycowatości. Przytem uświadamiamy sobie, że zespół objawów klinicznych łuszczycy niezawsze bywa całkowity i że muszą zachodzić różnice pomiędzy wykwitem typowym a niedokształconym lub znajdującym się w okresie rozwoju wstecznego posuniętego. Staje się też zrozumiałe, że „w niektórych razach łuszczyca jest pojęciem raczej histologicznem i to jedynie w ramach postaci poronnych" [1]).

[1]) R. Bernhardt: Przyczyny i sposób powstawania łuszczycy. Pol. Gaz. Lek. Nr. 6, 1923 r.

Kto zastanowi się dokładniej nad treścią głębszą zdania ostatniego, dojdzie do łatwego wniosku, że pierwiastek łuszczycowaty wielu spraw skórnych zależy najwidoczniej od utajonego usposobienia do łuszczycy. Wielkość sumy cech dodatnich łuszczycowych zależy jedynie od wysokości poziomu usposobienia. W rozmaitych zespołach i obrazach chorobowych odczyn łuszczycowy niewątpliwie występuje o wiele częściej, niż to przypuszcza się powszechnie. Zjawisko można wytłumaczyć, gdy uwzględni się, że obok łuszczycowych jawnych i łuszczycowych utajonych czasowo mamy cały szereg osobników o usposobieniu łuszczycowem utajonem, a jeszcze nieujawnionem klinicznie. Liczba ich jest 2⅕ razy większa od łuszczycowych jawnych i utajonych czasowo. Wynika to z danych następujących. Zebrałem wiadomości dokładne o 50 rodzinach łuszczycowych, w których schorzenie wykazywało cechy dziedziczenia przeważającego (dominującego). W obliczeniach uwzględniłem jedynie pokolenie drugie, czyli dzieci rodziców łuszczycowych. Okazało się, że w 50 rodzinach było 212 dzieci płci obojga, wśród których znalazło się 66 łuszczycowych jawnych i utajonych czasowo (31%), oraz 146 zdrowych pozornie (69%). Stosunek wynosi $66:146 = 1:2{,}2$. Na jednego chorego dotkniętego łuszczycą przypada zatem co najmniej 2 kandydatów do tego schorzenia. Gdy u takiego osobnika wystąpi jakakolwiek sprawa chorobowa skóry, może przytrafić się, że odegra ona rolę bodźca przygodnego, powołującego do życia usposobienie utajone do odczynu łuszczycowego. Z taką możliwością trzeba liczyć się bardzo w ocenie niektórych obrazów chorobowych złożonych, niejasnych, zawiłych.

W tem miejscu rozważań patogenetycznych wkraczamy w dziedzinę faktów klinicznych, stanowiących pogranicza łuszczycy. Tutaj nie znajdziemy narazie przykładu bardziej przejrzystego nad grzybicę naskórkową łuszczycowatą Unny *(Epidermo-mycosis psoriatiformis Unna, Parakeratosis psoriatiformis Brocq)*. W celu rozeznania się w położeniu rzeczy trzeba zaznaczyć zgóry, że grzybica naskórkowa Unny jest sprawą chorobową, spotykaną często w rodzinach łuszczycowych. Zasługuje przytem na uwagę szczególną występowanie współrzędne obu schorzeń w danej rodzinie łuszczycowej (około 20% zdarzeń) [2]), a także ta okoliczność, że obie sprawy najczęściej wykazują skojarzone dziedziczenie przeważające [3]). Gdy uwzględni się te fakty obok danych klinicznych, staje się rzeczą oczywistą, że musi istnieć jakaś łączność ściślejsza pomiędzy temi dwoma rodzajami odczynu chorobowego. Jeżeli stanąć na stanowisku, które dziś zajmuję, zagadnienie wydaje się bardziej zrozumiałe. Przypuszczam bowiem, że w grzybicy naskórkowej Unny ma się do czynienia z zakażeniem gronkowcowem skóry, usposobionej dziedzicznie do spraw ropnych i wykazującej ponad to skłonność utajoną do odczynu łuszczycowego. Od ustosunkowania się wzajemnego dwóch usposobień będzie oczywiście zależał wygląd zewnętrzny tworu chorobowego. Typem zasadniczym grzybicy naskórkowej Unny jest blaszka rumieniowo-złuszczająca okrągła lub owalna. W tym stanie wykwit może trwać krócej, dłużej, aż wreszcie ulega wessaniu. Wystąpienie w nim zjawisk spryszczenia i zliszajcowacenia świadczy o przewadze usposobienia do spraw ropnych. Wykształcenie się wykwitu do typu wyraźnie łuszczycowatego przemawia na korzyść skłonności utajonej do łuszczycy. Pomiędzy odmianą rumieniowo-złuszczającą a łuszczycowatą, pomiędzy łuszczycowatą i łuszczycą pospolitą istnieje długi szereg przechodnich obrazów klinicznych i mikroskopowych [4]). Tutaj mieszczą się zatem sprawy chorobowe, których ocena może nastręczyć wielkie trudności rozpoznawcze i których ujęcie właściwe staje się dostępne dopiero po dłuższem spostrzeganiu klinicznem. Przyznać jednak trzeba, że nawet w tych warunkach niezawsze udaje się rozstrzygnięcie nieomylne wątpliwości. Obrazy mogą być tak złożone, tak zmienne w przebiegu dalszym i niekiedy tak zachodzą jeden w drugi, że dla dobra

[2]) R. Bernhardt: Kilka uwag o łuszczycy. Przegląd Derm. Nr. 1, 1928 r.

[3]) R. Bernhardt: Etjologja i patogeneza grzybicy naskórkowej Unny. Pol. Gaz. Lek. Nr. 8, 1928 r.

[4]) R. Bernhardt: Anatomja patologiczna grzybicy naskórkowej Unny. Przegląd Derm. Nr. 1, 1924 r.

prawdy naukowej będziemy uważali za słuszniejsze pozostawienie tych spostrzeżeń na rubieży dwóch grup chorobowych. Takie sprawy będzie można rozstrzygać dopiero na zasadzie dokładnych danych etjologicznych. Dziś jesteśmy jeszcze dalecy od tego. Łuszczyca nie jest bowiem jednostką przyczynową, jeno kliniczną. W zespole patogenetycznym tej sprawy chorobowej można uważać jedynie dziedziczność za czynnik najistotniejszy i najstalszy. To nie wyjaśnia jednak zagadnienia etjologicznego. Co zaś tyczy się grzybicy naskórkowej Unny, uważamy ją za wyraz zakażenia głównie gronkowcowego skóry, usposobionej do łuszczycy. Zastrzega się przytem, że w takiej skórze mogą powstawać wykwity łuszczycowate pod wpływem jeszcze innych bodźców biologicznych (paciorkowiec, drożdżowiec, grzyb strzygący, grzyb naskórkowy Sabourauda i t. d.). Wykrycie zatem gronkowca (lub innego zarazka) bynajmniej nie rozstrzyga tutaj o rozpoznaniu spostrzeżenia wątpliwego. Rzecz da się wyjaśnić dopiero wówczas, gdy nauczymy się wywoływać dowolnie odczyn łuszczycowy utajony, podobnie jak to dziś czynimy z powodzeniem mniejszem lub większem w ujawnieniu usposobienia pryszczycowego.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na niektóre właściwości przemiany materji. Z danych, otrzymanych wspólnie z kol. Jerzym Zalewskim, wynika, że w grzybicy naskórkowej Unny przemiania cholesterynowa i wapniowa zazwyczaj zachowuje się podobnie jak w łuszczycy (3). Różnice są tutaj zaznaczone tem słabiej, im występuje wyraźniej łuszczycowatość schorzenia Unnowskiego. Jest to wiadomość ważna, która najwidoczniej wskazuje na wspólnotę cech konstytucjonalnych. Dalsze poszukiwania nasze wykazały ponad to, że w przypadkach mieszanych, przechodnich i niewyraźnych rozpoznawczo poziom chemizmu tkankowego może także wykazywać wahania znaczne w kierunku tego lub innego obrazu chorobowego. Tak np. w spostrzeżeniach niepewnych klinicznie, w których przychylaliśmy się raczej ku rozpoznaniu grzybicy naskórkowej łuszczycowatej, nierzadko wykrywano niskie wartości cukru i chlorków (jak w łuszczycy). Przeciwnie, przypadki, oceniane jako prawdopodobne łuszczyce, jako obrazy złożone o przewadze pierwiastka łuszczycowego, ujawniały poziom wysoki cukru i chlorków (podobnie grzybicy naskórkowej Unny). W spostrzeżeniach odpowiednich dane te były bądź jak bądź o tyle stałe, że nawet zachęcały pracownię do przypuszczenia, iż ma się do czynienia z przypadkiem przechodnim. (Nadmienia się przytem, że pracowni nie podaje się rozpoznania klinicznego przed wykonaniem badań chemicznych).

Co tyczy się obrazów klinicznych, pozwolę sobie wskazać jedynie na względnie proste i spotykane częściej. W linji pierwszej wspomnę o postaciach wilgotnych, wyprzeniowych w umiejscowieniu wyłącznem w fałdach głębokich skóry (pachy, okolice podsutkowe, pępek, pachwiny, okolica odbytowa). Tutaj rozpoznanie częstokroć ulega dalszym zawikłaniom wskutek spraw zakaźnych wtórnych, narzuconych (paciorkowiec, drożdżowiec), albo też współistniejących (grzybica Sabourauda). Z wątpliwości rozpoznawczych można zazwyczaj wyplątać się wcześniej, później głównie na zasadzie dokładnego spostrzegania przebiegu i należytej oceny wykwitów powstających świeżo. Nadmienię jednak, że w umiejscowieniu samotnem pępkowem i odbytowem sprawa nierzadko pozostaje zagadką nierozwiązalną. Jeszcze trudniej układają się warunki w postaciach suchych łuszczycowatych. Zazwyczaj miewa się tutaj do czynienia z zmianami, mieszczącemi się na uwłosionej skórze głowy, na wyprostnych powierzchniach przedramion, na podudziach, na dłoniach i podeszwach, w okolicy łonowej, na mosznie i wargach sromowych większych a wreszcie na kroczu. Skóra uwłosiona głowy jest szczególnie trudnym terenem rozpoznawczym, w którym potylica widocznie zajmuje miejsce wyjątkowe. Tutaj na granicy karku występować zwykły wykwity krążkowate łuszczycowate a niekiedy nawet zliszajowacone które zda się urągają wszelkim usiłowaniom rozpoznawczym. Zważyć przytem trzeba, że w tem umiejscowieniu występują samotne blaszki łuszczycowe oraz twory grzybicy naskórkowej łuszczycowatej, które trwać mogą nieokreślenie długo, wykazując okresy zwolnienia i nasilenia. Obecność lub brak swędzenia nie mówi o niczem. Wiadomo bowiem, że niektóre grzybice łuszczycowate Unny niemal nie powodują swędzenia, podczas gdy łuszczycy nierzadko towarzyszy swędzenie znaczne. W przypadkach podobnych objaw smugi białej także nie przechyla w żadną stronę szali rozpoznawczej. W uwłosionej skórze głowy objaw ten wywoływa się wogóle trudno, ocenia się nieprzekonywająco i zupełnie traci wartość w obecności zliszajowacenia nawet niewybitnego. Podobne warunki stwierdzamy w okolicy łonowej na wargach sromowych, na mosznie i kroczu. W tych umiejscowieniach trudności szczególne przedstawiają wargi sromowe oraz krocze zwłaszcza wówczas, gdy zmiany chorobowe pierwotne ulegają zliszajowaceniu. Wiadomo też, że tutaj nierzadko miewa się do czynienia z zliszajowaceniem nietypowem, które niezwykle zaciemnia obraz chorobowy. Spostrzegałem przypadek zmian łuszczycowatych samotnych krocza, odgraniczonych niewyraźnie i swędzących bardzo silnie, które oceniałem jako grzybicę naskórkową łuszczycowatą w skórze wybitnie łojotokowej. Rozpoznanie nie odbiegało od ujęcia sprawy przez innych kolegów, u których chory szukał pomocy lekarskiej. Wyniki lecznicze były nikłe. Z biegiem czasu wytworzyło się zliszajowacenie olbrzymie *(lichenisatio gigantea)*. Dopiero po upływie 9 lat ustaliło się rozpoznanie zmian pierwotnych skóry, gdy wystąpiły blaszki łuszczycowe na łokciach oraz na plecach.

Co tyczy się nietypowych obrazów chorobowych powierzchni wyprostnych przedramienia, zauważyć trzeba, że tutaj myśl kliniczna zazwyczaj waha się pomiędzy grzybicą naskórkową łuszczycowatą Unny a postacią powierzchowną łuszczycy pospolitej. Objaw smugi białej przemawia na korzyść rozpoznania pierwszego. Przypuszczenie nabiera pewności większej, gdy poza tem stwierdzamy obecność brudnożółtego lub brunatnawego pasa skóry zmienionej łuszczycowato i biegnącego wzdłuż grzebienia kości łokciowej.

Na dłoniach i podeszwach rozpoznanie musi częstokroć wybierać pomiędzy łuszczycą, grzybicą naskórkową łuszczycowatą, grzybicą Sabourauda, grzybicą strzygącą, odmianą łuszczycowatą zapalenia przewlekłego liszajcowatego Gougerauda *(epidermo-dermitis Gougeraudi)*. Zdarza się nierzadko, że w tem umiejscowieniu ma się do czynienia z obrazem chorobowym bardzo złożonym.

W rozważaniach powyższych była mowa o zmianach blaszkowatych grzybicy naskórkowej Unny. Trzeba jednak zważyć, że trudności rozpoznawcze mogą jeszcze wynikać z skojarzenia się łuszczycy z odmianą grudkowatą, okołomieszkową grzybicy naskórkowej *(Epidermo-mycosis Unnae papulo-peripilaris s. follicularis)*. Tutaj należy liczyć się głównie z dwoma możliwościami. Ocenie mogą podlegać wykwity krążkowate typu *eczema nummulare* autorów dawniejszych. Wykwity te najczęściej bywają rozsiane na kończynach, a zwłaszcza na powierzchniach wyprostnych. W pewnych okresach są one suche, wyraźnie łuszczycowate, niekiedy ponad to nieco zliszajowacone, w innych zaś wykazują one cechy spryszczenia i zliszajcowacenia. Skłonność do nawrotów jest znaczna. W rozpoznawaniu wchodzi w grę łuszczyca, choroba Unny, schorzenia grzybicowe. O obecności grzybków chorobotwórczych rozstrzyga badanie mykologiczne. Co zaś tyczy się dwóch pozostałych spraw, należy zauważyć, że wykrycie grudek okołomieszkowych na obwodzie wykwitu krążkowatego najoczywiściej przemawia za grzybicą naskórkową Unny. Grudki te są tępo stożkowate, twardawe, barwy żywo- i ciemnoczerwonej, pokryte na szczycie krosteczką drobną, strupkiem lub nawarstwieniem łuseczek białoszarawych. Okres łuszczenia odpowiada rozwojowi wstecznemu grudki. W obrazie tym wszystko byłoby wyraźne i niewzbudzające wątpliwości, gdyby w grę nie wchodziły dwie dalsze okoliczności. Zdarzyć się może, że w grzybicy naskórkowej okołomieszkowej Unny usposobienie łuszczycowe bierze przewagę nad bodźcem zakaźnym (gronkowcem). W tym wypadku będzie miało się do czynienia głównie z grudkami łuszczycowatemi. Zdarzyć się jednak może, że nawet łuszczyca pospolita występuje w postaci najdrobniejszych wykwitów okołomieszkowych, urzeczywistniających pewien typ łuszczycy kropkowej. Z pewnością nie zadziwi nikogo, gdy podczas wysypania ostrego łuszczycy kropkowo-kroplistej *(psor. punctata et guttata)* niektóre twory wykażą umiejscowienie okołomieszkowe. Rzecz jest przygodna i pozostaje w takim stosunku do łuszczycy pospolitej, jak grudki kończyste do tworów płaskich liszaja czerwonego Wilsonowskiego. Zwróci jednak uwagę badacza, gdy większość wykwitów łuszczycy kropkowej ujawnia cechy tworu okołomieszkowego i gdy zmiany takie występują w obrazie łuszczycy groniastej *(psor. corymbea)*. Rycina załączona przedstawia takie zdarzenie (ryc. I). W tem miejscu zatrzeć się może różnica wyraźniejsza pomiędzy grzybicą naskórkową łuszczycowatą okołomieszkową a łuszczycą pospolitą okołomieszkową. Rzecz przytrafia się nierzadko. Znam niemało podobnych zdarzeń, w których rozpoznanie prawidłowe zostało ustalone ostatecznie dopiero po dłuższem spostrzeganiu klinicznem i na zasadzie licznych badań mikroskopowych. Rzecz wynika z znajomości niedostatecznej i niedokładnej obrazów, które nazwać można łuszczycą kropkową okołomieszkową *(psoriasis punctata (peri) follicularis)*. O ile mnie wiadomo, na zmiany podobne dotychczas nie zwracano należytej uwagi w klinice łuszczycy. Gdym widział po raz pierwszy takie wykwity na podudziu w sąsiedztwie

tarczy łuszczycowatej zadawnionej, nasunęła się mnie sprawa rozpoznawania różnicowego pomiędzy łupieżem czerwonym mieszkowym odgraniczonym *(Pityriasis rubra follicularis locatisata)* a łuszczycą kropkową okołomieszkową. Po zapoznaniu się dokładniejszem z tym przedmiotem przekonałem się, że łuszczyca okołomieszkowa występuje w dwóch postaciach: rozsianej oraz skupionej (groniastej), przyczem uwzględnia się skojarzenie obu obrazów. Postać rozsiana najczęściej zajmuje kończyny i tułów. Na kończynach nie stwierdza się przewagi powierzchni wyprostnych nad zgi-



Ryc. 1.

naczami. Na tułowiu zazwyczaj ulega zajęciu powierzchnia przednia i boczna tułowia. W postaci skupionej wykwity okołomieszkowe otaczają wiankiem blaszkę łuszczycową zwykłą. Takie obrazy najczęściej widuje się na tułowiu, oraz na powierzchniach zginaczy kończyn, a w szczególności na przedramionach. Nie należy przypuszczać, że w przypadkach podobnych twory okołomieszkowe stanowią wyłączną postać osutkową. Występują one jedynie w liczbie tak znacznej, że mogą nadawać piętno odrębności osutce łuszczycowej. W sprawie samych wykwitów trzeba zauważyć, że są to drobne grudki ściśle okołomieszkowe, okrągłe i tępo kończyste, barwy czerwonej, ciemnoczerwonej, pokryte na szczycie łuseczkami białosrebrzystemi, których ilość zmaga się podczas zeskrobywania. Przez warstwę łusek częstokroć przebija się włos nieskręcony. W przebiegu dalszym grudki te ulegają rozwojowi wstecznemu i znikają bez pozostawienia śladu, albo też wykształcają się stopniowo w wykwit blaszkowaty, nieróżniący niczem od tworów łuszczycy pospolitej. Badanie mikroskopowe, wykonane wspólnie z dr. A l b i n e m R a c i n o w s k i m, przekonało, że grudki posiadają wszystkie cechy, które uważamy za znamienne dla łuszczycy. Odrębności wynikają jedynie z umiejscowienia okołomieszkowego. W szczególności zaś nie stwierdzono dotychczas w naszych preparatch obrazów mikroskopowych, które mogłyby przemawiać za domieszką nadmiernego rogowacenia wylotu torebki włosowej *(Keratosis pilaris s. suprafollicularis s. lichen pilaris).*

Ustalając w ten sposób typ łuszczycy kropkowej okołomieszkowej *(psor. punctata (peri) follicularis)* uświadamiamy sobie najzupełniej, że w niektórych razach musi jednak istnieć łączność pomiędzy tą postacią a rogowaceniem nadmiernem torebki włosowej *(Keratosis pilaris).* Nie ulega wątpliwości, że łuszczyca okołomieszkowa może dotyczyć osobnika, niewykazującego żadnych zboczeń rogowacenia mieszka włosowego. Klinika poucza jednak, że obie kategorje zmian skóry mogą istnieć obok siebie. Nie zadziwi to nas, gdy przypomnimy, że rogowacenie nadmierne mieszka włosowego stwierdza się wśród łuszczycowych w 41,5% (R. B e r n h a r d t). Muszę też nadmienić, że widywałem wykwity, świadczące najwidoczniej o przejściu stopniowem jednych zmian w drugie. Można przypuszczać, że rogowacenie nadmierne wylotu mieszka włosowego odgrywa w tych razach rolę bodźca anatomicznego, warunkującego umiejscowienie łuszczycy, występującej ostro. Z tego wynikać mogą mieszańce (hybrydy), albo też wykwity przechodnie, na które zwraca się niestety zbyt mało uwagi. W obliczu takich obrazów zazwyczaj przechylamy szalę na stronę zmian skóry typowych i rozpoznajemy łuszczycę kropkową, nie troszcząc się o umiejscowienie okołomieszkowe oraz o obecność wykwitów, zbliżonych wyglądem do stanów nadmiernego rogowacenia mieszka włosowego.

W bliskiem sąsiedztwie tego pogranicza znajdują się zmiany chorobowe, stanowiące przejście od łuszczycy do choroby D e v e r g i e g o i stykające się poza tem z zwykłem rogowaceniem nadmiernem mieszka włosowego. Na te fakty badacze zwracali uwagę już wielokrotnie. Ma się tu na względzie: możność współistnienia łuszczycy i choroby D e v e r g i e g o (H u d e l o, B o u l a n g e r-P i l e t i C a i l l i a u, J e a n s e l m e i B u r n i e r); występowanie łupieżu czerwonego mieszkowego w rodzinach łuszczycowych; podobieństwo kliniczne wykwitów blaszkowatych; wynik dodatni odczynu wywoławczego w zespole D e v e r g i e g o (zjawisko podobne do objawu K o e b n e r o w s k i e g o w łuszczycy)[5]). Co do szczegółów bliższych, należy zauważyć, że rzecz zazwyczaj dotyczy postaci odgraniczonych i umiejscowionych łupieżu czerwonego mieszkowego. Te postaci spostrzega się najczęściej na uwłosionej skórze głowy, na dłoniach i podeszwach, oraz na wyprostnych powierzchniach kończyn górnych i dolnych. Zazwyczaj miewa się do czynienia z wykwitami blaszkowatemi, posiadającemi wyraźne cechy łuszczycowate. W umiejscowieniu na głowie rozpoznanie waha się czas długi pomiędzy grzybicą naskórkową łuszczycowatą U n n y, łuszczycą pospolitą i chorobą D e v e r g i e g o. Na dłoniach i podeszwach obrazy łuszczycy i łupieżu czerwonego D e v e r g i e o w s k i e g o są łudząco podobne. Rozstrzygnięcie wątpliwości staje się częstokroć możliwe dopiero po uogólnieniu się sprawy chorobowej.

Trudności największe nastręczają jednak umiejscowienia wyłączne na wyprostnych kończyn, a w szczególności na przedramionach lub podudziach. Zazwyczaj widuje się tutaj podłużnoowalne twardawe blaszki łuszczycowate, które mogą trwać samotnie niezwykle długo (14 lat w jednem z moich spostrzeżeń). W przypadkach podobnych rozpoznawanie różnicowe uwzględnia głównie: 1) chorobę D e v e r g i e g o z obecnością grudek kończystych na obwodzie blaszki; 2) skojarzenie D e v e r g i e g o z rogowaceniem nadmiernem wylotu torebki włosowej *(keratosis suprafollicularis);* 3) łuszczycę blaszkowatą zadawnioną z obecnością wykwitów kropkowych okołomieszkowych na obwodzie tworu chorobowego *(psor. punctata (peri) follicularis);* 4) skojarzenie łuszczycy blaszkowatej z rogowaceniem nadmiernem wylotu mieszka włosowego. W wszystkich tych razach ocena stanu istotnego rzeczy jest zadaniem trudnem. Do wniosków pewnych dochodzi się stopniowo na zasadzie rozważania dokładnego wszystkich danych klinicznych i histopatologicznych. Zaznacza się przytem, że w tych razach tłumaczenie obrazów mikroskopowych bynajmniej nie bywa łatwe i częstokroć nie daje odpowiedzi rozstrzygającej. Położenie rzeczy staje się jeszcze trudniejsze klinicznie i histologicznie, gdy ma się do czynienia z zliszajowaceniem wykwitów blaszkowatych i grudkowatych (5).

Powyższe rozważania wyjaśniają, dlaczego niektóre spostrzeżenia mogą znaleźć się — choćby czasowo — na pograniczu łuszczycy i łupieżu czerwonego mieszkowego. Wypadnie przytem jeszcze rozważyć, czy nie ma się do czynienia z przypadkami mieszanemi, co nie wydaje się nieprawdopodobne wobec możności współistnienia obu spraw chorobowych. Muszę jednak zaznaczyć, że pogranicze to nie dotyczy jedynie postaci odgraniczonych, umiejscowionych *(forme localisée).* Znane mi są postaci erytrodermiczne uogólnione, w których wyłoniły się trudności rozpoznawcze, wskazane wyżej. W przypadkach podobnych badanie histopatologiczne zazwyczaj rozstrzyga wątpliwości kliniczne, może jednak zdarzyć się, że zawodzi ono całkowicie. Tak więc w szpitalu Św. Łazarskim spostrzegaliśmy ostatniemi czasy przypadek erytrodermji uogólnionej, w którym nie można było zatrzymać się na rozpoznaniu pewnem. Klinika przemawiała raczej za zespołem D e v e r g i e g o. Mikroskop nie wykrył danych, potwierdzających nieomylnie słuszność tego rozpoznania, nie dostarczył jednak dowodów, wskazujących niewątpliwie na obecność zmian łuszczycowych. Rozpoznanie pozostało w zawieszeniu. Jestem zdania, że pewien stopień zliszajowacenia skóry stanął głównie na przeszkodzie do prawidłowego ujęcia tego spostrzeżenia.

Gdy porusza się zagadnienie pogranicza łuszczycy, nie można z konieczności ominąć sprawy t. zw. parałuszczycy *(Parapsoriasis Brocq).* Rozważanie uzależnień wzajemnych nie jest tutaj jednak ani łatwe, ani tak proste, jak to mogłoby pozornie wynikać z pokrewieństwa mianownictwa. Jeżeli ujmujemy łuszczycę jedynie jako jednostkę kliniczną, to nie możemy nadać parałuszczycy nawet tego określenia. Jest bowiem rzeczą oczywistą, że dziś nadaje się tę nazwę obrazom chorobowym bardzo rozbieżnym pod względem klinicznym i etjologicznym. Łączy je w grupę luźną i czasową jedynie łuszczycowatość wykwitów, wyrażona słabiej lub wybitniej.

———

[5]) R. B e r n h a r d t: Uwagi w sprawie kliniki i anatomji patologicznej łupieżu czerwonego mieszkowego. Przegląd Dermat. Nr. 4, 1926 r.

Po zapoznaniu się dokładniejszem z budową grupy dochodzi się do wniosku, że różni badacze wznoszą gmach szczuplejszy lub obszerniejszy w zależności od nastrojów osobistych. W tej grupie znajdują się obrazy, zupełnie niewyraźne pod względem klinicznym. Można tutaj też spotkać się z spostrzeżeniami, ocenianemi jako odchylenia od typu parałuszczycy. Rzecz wydaje się przedwczesna, niezbyt zrozumiała a tem dziwniejsza, iż dotyczy sprawy chorobowej nieostro ujętej klinicznie i zupełnie nieokreślonej etjologicznie. Ostatecznie otrzymuje się wrażenie, że znajdujemy się w grupie, utworzonej sztucznie, w której nagromadza się budulec dla pracy pokoleń przyszłych. Mamy zatem do czynienia z gromadą kliniczną, którą można nazwać pograniczną w znaczeniu ściślejszem słowa.

Dla nas jest rzeczą obojętną, jakiego podziału grupy dziś będziemy się przytrzymywali. Zwrócę jeno uwagę, że tutaj można spotkać się z obrazami, przypominającemi łuszczycę kropkową, kroplistą i blaszkowatą, grzybicę naskórkową U n n y rumieniowo-złuszczającą i łuszczycowatą, liszaj czerwony W i l s o n a, przymiot drugookresowy a w szczególności jego osutkę grudkowato-złuszczającą. Pominę punkt ostatni, nie dotyczy on bowiem pogranicza, lecz niedopuszczalnej omyłki rozpoznawczej, której motywów nie będziemy omawiali. W sprawie łuszczycy zauważę, że podobieństwo ujawnia się głównie w wykwitach grudkowatych i blaszkowatych. Grudki bywają płaskie i nacieczone nieznacznie, posiadają zabarwienie różowe, różowoszarawe, czerwonobrunatnawe i są pokryte łuską obfitą mniej lub więcej. Łuski białawe i białosrebrzyste są bardziej grube, twarde, suche i lśniące niż łuszczycowe. Podczas zeskrobywania nie występują one obficiej a zazwyczaj przylegają mocniej niż w łuszczycy. Błonki niema. Krwawienie kropkowe nie wywołuje się, choć w niektórych przypadkach stwierdzamy obecność tego objawu, podobnie jak w łuszczycy. W innych razach spostrzegamy plamicę kropkową, a zatem zjawisko, cechujące grzybicę naskórkową łuszczycowatą. Plamica ta wywołuje się jednak o wiele częściej w parałuszczycy blaszkowatej. Wykwity tarczowate tej odmiany są bledsze od łuszczycowych, płaskie, miękkie i szorstkie, pokryte łuską odtrębowatą, albo też łuseczkami białemi, suchemi, połyskliwemi, przypominającemi wyglądem płateczki miki lub błonki kolodjonu. Krwawienie kropkowe nie występuje podczas drapania. Po usunięciu łusek niekiedy spostrzega się ziarnistość powierzchni schorzałej (stopień słaby zliszajowacenia).

Z oceny szczegółowej i porównawczej tych wszystkich cech wynikałoby, że parałuszczyca grudkowata jest bliższa łuszczycy, niż parałuszczyca blaszkowata. Postać grudkowata najbardziej przypomina łuszczycę kroplistą niedokształconą, poronną. Jeżeli pominąć wygląd ogólny wykwitów, zaznaczyć wypadnie, że wspólnota cech wynika z bledszych odcieni zabarwienia czerwonego, z nacieczenia nieznacznego, z łuszczenia nieobfitego, a niekiedy też z obecności krwawienia kropkowego. Nasuwające się wątpliwości rozpoznawcze może rozstrzygnąć badanie tkankowe. Zaznacza się jednak, że różnicowanie pomiędzy łuszczycą kroplistą a parałuszczycą grudkowatą może nastręczać wielkie trudności nawet w obrazie mikroskopowym. Obie sprawy posiadają bowiem wspólne cechy histopatologiczne, różnice zaś polegać mogą jedynie na stopniu ich wykształcenia i na przewadze tego lub innego objawu histologicznego. Tutaj pogranicze zaznacza się zatem wyraźnie a współcześnie wyłaniają się możliwości powstawania postaci przechodnich i mieszanych.

Odmiennie układają się warunki w parałuszczycy blaszkowatej. W niej podobieństwo do łuszczycy jest raczej pozorne, wynika jedynie z wyglądu zewnętrznego ogólnego i dotyczy blaszek łuszczycowych powierzchownych, niedokrwionych, występujących głównie na tułowiu. Budowa tkankowa obu spraw różni się zasadniczo. Zwraca natomiast uwagę pewne powinowactwo z grzybicą naskórkową łuszczycowatą U n n y, na co wskazywał B r o c q już w pierwszej swojej pracy z r. 1902. Pokrewieństwo objawów polega na nieznacznym stopniu nacieczenia skóry, na braku grubszych nawarstwień łusek, na występowaniu plamicy kropkowej, na skłonności do zliszajowacenia a częstokroć jeszcze na dodatnim objawie smugi białej. Różnice wynikają głównie z braku skłonności do sączenia, z nieobecności sączenia kropkowego, widomego okiem gołem a jeszcze lepiej w bibułce, przyciśniętej diaskopem (objaw B r o c q a). Wydaje się zatem dopuszczalnem przypuszczenie, że można ściślej łączyć parałuszczycę blaszkowatą z grzybicą naskórkową łuszczycowatą U n n y, niż z łuszczycą pospolitą. Jeżeli zaś wogóle mówić mamy o powinowactwie parałuszczycy blaszkowatej z łuszczycą krążkowatą, to łączność tę należałoby uważać jedynie za pośrednią, biorąc grzybicę naskórkową łuszczycowatą za ogniwo łączące. Następstwa takiego ujęcia zagadnienia są niezwykle ważne dla zrozumienia istoty spraw chorobowych przechodnich. Staje się bowiem rzeczą oczywistą, że grzybica naskórkowa krążkowata i łuszczycowata U n n y zasługuje właściwiej na określenie parałuszczycy, niż t. zw. parałuszczyca blaszkowata B r o c q a. Kto zwrócił uwagę należytą na nasze pojmowanie patogenetyczne grzybicy naskórkowej U n n y, zgodzi się ze mną, że ten punkt widzenia ma za sobą niemało prawdopodobieństwa. Wierzymy bowiem, że usposobienie łuszczycowe utajone odgrywa rolę rozstrzygającą w powstawaniu obrazów chorobowych, objętych nazwą grzybicy naskórkowej łuszczycowatej U n n y.

W parałuszczycy grudkowatej występują jeszcze obrazy, przypominające liszaj czerwony płaski W i l s o n a (t. zw. parałuszczyca liszajowata lub paraliszaj — *parapsoriasis lichenoides, recte paralichen Brocq*). Wykwit pierwotny jest drobną grudeczką wielkości 1—2 mm., wykazującą powierzchnię równą, gładką, lśniącą i posiadającą zabarwienie żywo- i ciemnoczerwone, a zatem odmienne od liszaja W i l s o n o w s k i e g o. Kształt bywa okrągły lub czworoboczny, rzadziej wieloboczny. Wnęki środkowej (pępka) nie stwierdza się, choć cała powierzchnia wykwitu nieraz bywa wklęsła talerzykowato. Twory ustępują bez pozostawienia przebarwienia skóry, zjawisko przeciwne spostrzega się jednak nierzadko. Gdy przytem uwzględni się, że niewszystkie grudki Wilsonowskie bywają z konieczności wieloboczne i że niewszystkie wykazują wgłębienie pępkowate, dochodzi się do wniosku, że istnieć musi szereg postaci przechodnich pomiędzy poszczególnemi wykwitami liszaja czerwonego płaskiego i parałuszczycy liszajowatej. Na tę okoliczność J a d a s s o h n i B r o c q zwrócił szczególną uwagę. Ma się przytem na względzie, jak powiedziałem, jedynie wygląd kliniczny grudek oddzielnych, lecz bynajmniej nie mówi się o budowie histologicznej, ani o obrazie ogólnym oraz o przebiegu sprawy chorobowej. Niektóre twory wyrastają do wielkości grudki soczewicowatej. Wykwity takie kształtu okrągłego i owalnego posiadają zabarwienie czerwone, czerwonobrunatnawe i łuszczą się miernie. Po usunięciu łusek nie widać rysunku mozaikowego powierzchni, zdrapywanie zaś nie ujawnia błonki ani krwawienia kropkowego. Twór daje jednak ogólne wrażenie wykwitu łuszczycowatego (patrz wyżej).

Co tyczy się drobnych grudek paraliszajowych, zaznaczyć trzeba, że zazwyczaj występują one w postaci rozsianej, albo też układają się siatkowato. O wiele rzadziej skupiają się one, tworząc wykwity tarczowate. Powstają blaszki mniejsze, większe o zarysach nieregularnych, miękkie, nacieczone nieznacznie i łuszczące się niezbyt obficie. Zeskrobywanie łusek powoduje łatwo plamicę kropkową. Po usunięciu nawarstwienia łusek spostrzega się wyraźną ziarnistość powierzchni skóry. Znajdujemy się wobec wykwitu, stanowiącego przejście do parałuszczycy blaszkowatej zliszajowaconej, albo też do grzybicy naskórkowej łuszczycowatej i zliszajowaconej. Te powinowactwa są zrozumiałe najzupełniej. Należy jednak uświadomić sobie, że liszaj czerwony płaski W i l s o n a może niekiedy wykazywać obrazy bardzo podobne. W przypadku odpowiednim stwierdza się blaszki okrągłe, owalne, odgraniczone nieostro, barwy żywoczerwonej i czerwonej, łuszczące się obficie otrębowato lub pokryte łuseczkami większemi, srebrzystemi. Blaszka jest skupieniem gęstem grudeczek wielobocznych najdrobniejszych, stykających się ze sobą. Grudki posiadają wszystkie cechy liszaja W i l s o n o w s k i e g o z wyjątkiem barwy, która zazwyczaj bywa żywoczerwona lub czerwonożółtawa. Zeskrobywanie łusek wywołuje plamicę kropkową. Twory takie najczęściej widywałem na tułowiu, w szczególności na brzuchu, a poza tem na powierzchniach zginaczy przedramion oraz na powierzchniach wewnętrznych uda. Istnieją one obok wykwitów typowych liszaja czerwonego płaskiego, mogą też współistnieć z odmianą łuszczycowatą liszaja W i l s o n o w s k i e g o. W zdarzeniu drugiem powstają blaszki okrągłe średnicy 0,25—2,5 cm, odgraniczone dosyć wyraźnie, nieco wzniesione, lecz nietwarde, nienacieczone wybitniej. Powierzchnia ich nieraz bywa nieco wklęsła. Zabarwienie wykazuje odcienie ciemnoczerwonawe, czerwonomiedziowe, czerwonosinawe. Blaszki te są pokryte nawarstwieniem łusek białosrebrzystych, twardawych, przylegających mocno do podłoża. Po usunięciu łusek niekiedy spostrzega się subtelne smugi białawe, przebiegające powierzchnię wykwitu. Podczas zeskrobywania początkowo łuski występują nieco wyraźniej, później zaś usuwają się one odrazu, pociągając za sobą część naskórka. Wówczas nie stwierdzamy obecności błonki gładkiej i lśniącej, spostrzegamy natomiast plamicę kropkową, albo — co częściej — krwawienie kropkowe, które bywa nawet obfitsze niż w łuszczycy. Osutka powoduje swędzenie nieznaczne.

Zazwyczaj umiejscawia się ona na wyprostnych powierzchniach kończyn.

Ocena tych zmian skóry zawsze bywa niezmiernie kłopotliwa a zwłaszcza wówczas, gdy na obraz chorobowy składają się wyłącznie blaszki liszajowe łuszczycowate. W przypadkach podobnych zazwyczaj rozpoznajemy mylnie łuszczycę o wyglądzie niecodziennym. Zastanawiają jednak niektóre cechy odrębności wykwitów, a w szczególności zabarwienie blaszek, twardość i przyleganie ścisłe łusek. Wątpliwości rozpoznawcze rozstrzyga spostrzeganie dokładne przebiegu schorzenia, wykrycie świeżych typowych grudek liszaja Wilsonowskiego, stwierdzenie zmian błony śluzowej ust, a wreszcie badanie tkankowe. Wydaje się jednak, że nawet mikroskop może niekiedy sprawić zawód. Zdarzyło się to naprzykład w jednym z przypadków Brocqa (1925 roku).

Jakie warunki sprzyjają występowaniu blaszek łuszczycowatych liszaja czerwonego płaskiego, na to pytanie nie można odpowiedzieć ściślej. Nadmienię jedynie, że w moich spostrzeżeniach miałem do czynienia dwa razy z współistnieniem łuszczycy jawnej, w trzech przypadkach rzecz dotyczyła osobników pochodzących z rodzin łuszczycowych, w dwóch zaś zmiany były wywołane stosowaniem arsenobenzolu. Dziś nie mogę wyzbyć się myśli o współdziałaniu patogenetycznem usposobienia łuszczycowego utajonego, ilekroć znajduję się w obliczu takiego obrazu chorobowego.

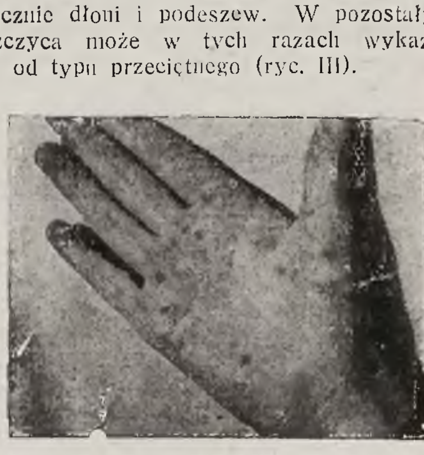
W łączności z liszajem czerwonym płaskim chciałbym jeszcze wspomnieć pokrótce o liszaju pospolitym przewlekłym odgraniczonym *(Lichen simplex chr., Neurodermitis chr. circumscripta)*. Nie mam tu na myśli zliszajowacenia zwykłego i następczego, które nierzadko stwierdzamy w łuszczycy, w parałuszczycy, w grzybicy naskórkowej łuszczycowatej i t. p. Zjawisko jest pospolite i bynajmniej nie należy do spraw pogranicznych. Jest to powikłanie, które jedynie uczestniczy w powstawaniu obrazów chorobowych złożonych. Nie mówię też o występowaniu współrzędnem łuszczycy i liszaja przewlekłego odgraniczonego, gdyż takie sprawy świadczą wyraźnie o możności uzewnętrzniania się równoległego dwóch odrębnych odczynów skóry. Te fakty należą także do obrazów klinicznych złożonych. Zmiany poszczególne mogą bowiem istnieć samodzielnie w rozmaitych miejscach powłoki zewnętrznej, albo też występują w umiejscowieniu wspólnem i w skojarzeniu ścisłem (mieszańce, hybridy). Chciałem tutaj zwrócić uwagę jedynie na przypadki łuszczycy pospolitej, w których obok tworów krążkowatych zwykłych spostrzegamy wykwity łuszczycowe, przypominające kształtem i ułożeniem blaszki liszaja przewlekłego odgraniczonego. W przypadku odpowiednim rzecz przedstawia się w sposób następujący. W rozmaitych miejscach powłoki zewnętrznej stwierdza się objawy łuszczycy kroplistej i krążkowatej, nieodbiegającej od typu klasycznego. Na grzbietach rąk i stóp, w okolicy napięstkowej i skokowej, na powierzchniach wewnętrznych uda, w okolicy lędźwiowej wykrywa się obecność przestrzeni odgraniczonych, w których wykwity łuszczycowe posiadają kształt czworoboków i układają się w rysunek siatkowaty — „w kratkę" (quadrillage), zupełnie jak w liszaju pospolitym odgraniczonym *(Neurodermitis chr. circumscripta)*. Zapoznanie się z szczegółami budowy przekonywa, że wykwity oddzielne są czworoboczne lub równoległoboczne, wielkości $^{1}/_{4}$—1 cm w wymiarze największym, ułożone gęsto — jeden obok drugiego i rozgraniczone bróżdami głębszemi szerokości jednego do $1^{1}/_{2}$ mm. Zabarwienie bywa czerwone i ciemnoczerwone, spoistość zaś najczęściej bywa nieco znaczniejsza niż zwykłego wykwitu łuszczycowego. Powierzchnia niektórych wykwitów jest lśniąca i dosyć gładka. Inne są pokryte nieznacznem nawarstwieniem łusek suchych i srebrzystych, których liczba wzmaga się podczas nadrapywania. W następstwie tej czynności dochodzi się do błonki wilgotnej, po której usunięciu ujawnia się krwawienie kropkowe obok plamicy punkcikowatej. Tym zmianom skóry zawsze towarzyszy swędzienie (ryc. II).

Wynika z powyższego, że tutaj mamy do czynienia z dziwnem skojarzeniem zjawisk liszajowych i łuszczycowych. Za liszajem przewlekłym odgraniczonym przemawia kształt i ułożenie wykwitów, połysk powierzchni, plamica kropkowa a wreszcie swędzenie. Na łuszczycę wskazuje barwa wykwitów, zachowywanie się łusek, obecność błonki i krwawienie kropkowe. Mamy zatem przed sobą obraz wyraźny zmian przechodnich. W przypadku poszczególnym ujęcie sprawy nie nastręcza trudności. Zauważyłem jednak, że rozpoznanie częściej idzie w kierunku liszaja przewlekłego odgraniczonego nietypowego, niż w stronę łuszczycy przechodniej. Wydaje się to dziwne wobec wielkości wykwitów oddzielnych i braku całkowitego zmian barwikowych. Widocznie zapomina się tutaj, że w skórze, nastawionej na odczyn liszajowy, łuszczyca może wykazywać cechy dodatkowe odrębne, nie tracąc nic z swoich własności zasadniczych. Zasługuje przytem na uwagę, że w spostrzeżeniach podobnych niekiedy wykrywa się ponad to obecność tworów pęcherzykowo-pęcherzowych w skórze dłoni podeszew.



Ryc. II.

W takich przypadkach widuje się napięte twarde pęcherze wielkości od ziarna konopnego do grochu, wypełnione cieczą przeźroczystą, zaopatrzone w pokrywę nieciénką. Pęcherze zasychają, pokrywa grubieje stopniowo a wykwit poczyna łuszczyć się wyraźnie. Po usunięciu łusek występuje blaszka płaska i ciemnoczerwona, okolona obrąbkiem naskórkowym suchym. Zeskrobywanie ujawnia obecność błonki i powoduje krwawienie kropkowe. Stwierdzamy zatem przekształcanie się powolne tworu pęcherzowego w grudkę łuszczycową. Nie możemy jednak mówić o postaciach chorobowych przechodnich. Tutaj nie zdarza się bowiem nigdy, by grudki łuszczycowe ulec mogły spryszczeniu, lub by osutka pęcherzykowo-pęcherzowa wykazywać miała zjawiska sączenia. Mamy do czynienia jedynie z łuszczycą nietypową, w której tworzenie się pęcherzy jest uwarunkowane poziomem wyższym spraw zapalno-wysiękowych. Zjawisko może zależeć od warunków konstytucjonalnych ogólnych, od schorzeń współistniejących (zmiany stawowe i kostne — *Psoriasis arthropatica)*, od pobudzającego działanie arsenu (który — jak wiadomo — zwiększa ukrwienie skóry). Czy i w jakim stopniu wchodzi tu w grę jeszcze skłonność do osutki pęcherzykowej rąk i stóp *(Dysidrosis)*, na to pytanie nie można dziś odpowiedzieć. Dotychczasowe moje spostrzeżenia nie upoważniają do wniosku twierdzącego. Zwraca jednak uwagę, że zmiany wskazane wyżej, dotyczą wyłącznie dłoni i podeszew. W pozostałych umiejscowieniach łuszczyca może w tych razach wykazywać cechy, nieodbiegające od typu przeciętnego (ryc. III).



Ryc. III.

Nieco odmiennie przedstawia się sprawa łuszczycy krostkowej *(psor. pustulosa)*. Ta odmiana wykwitu nietypowego częstokroć występuje w zespole łuszczycy, powikłanej zmianami stawowemi i kostnemi *(psor. arthropatica)*. Powstawanie krosty objaśnia się wzmożeniem tych spraw wypocinowych, których pierwowzorem jest ropień prosówkowy śródnaskórkowy Wł. Kopytowskiego (t. zw. *microabscessus)*. Otóż okazało się, że pomiędzy łuszczycą krostkową a liszajcem opryszczkowatym *(Impetigo herpetiformis)*

mogą istnieć jakieś więzy, których znaczenie dotychczas nie zostało jeszcze wyjaśnione dokładniej. Więzy te sprawiają jednak, że w obu obrazach klinicznych mogą występować zmiany chorobowe, ustalające typ wykwitu łuszczycowego przechodniego. Neumann, Dubreuilh, Grosz, Richter już dawniej zwracał uwagę na fakty. Czasy ostatniemi Zumbusch, R. Leszczyński, Fr. Walter i in. znowu podjęli to zagadnienie. Sprawa opiera się o trzy punkty zasadnicze. Wyjaśniło się bowiem: 1) że liszajec opryszczkowaty nierzadko występuje wśród łuszczycowych; 2) że częstokroć nie można przeprowadzić granicy klinicznej ścisłej pomiędzy wykwitem łuszczycy krostkowej a krostą liszajca opryszczkowatego; 3) że w okresie rozwoju wstecznego liszajec opryszczkowaty może utworzyć tarcze łuszczycowate, podobne najzupełniej do niektórych blaszek łuszczycowych odmiany krostkowej. W obu sprawach wykwity takie występują najczęściej na dłoniach i podeszwach, na palcach rąk, na powierzchni wewnętrznej przedramienia, ramienia i uda. Miejsca schorzałe są pokryte nawarstwieniem łusek twardawych i grubych, oraz łusek strupowatych *(crusta lamellosa)*, które przylegają słabo do podłoża. Po usunięciu łusek widać żywoczerwoną i lśniącą powierzchnię skóry schorzałej, w której zdrapywanie może spowodować plamicę kropkową, nie wywoływa jednak krwawienia kropkowego. Objaw ten zjawia się w łuszczycy krostkowej dopiero po ustąpieniu zjawisk ostro zapalnych. W taki więc sposób ustalają się liczne stopnie przechodnie od łuszczycowatego okresu liszajca opryszczkowatego *(stadium psoriatiforme impetiginis herpetiformis)* do łuszczycy krostkowej, oraz od łuszczycy krostkowej do typowego wykwitu łuszczycy pospolitej [6]).

Można rzucić pytanie, czy podobieństwo niektórych wykwitów łuszczycy krostkowej do liszajca opryszczkowatego polega jedynie na cechach zewnętrznych postaciowych, czy też wynika z czynników głębszych. Sprawa jest bardzo złożona. Wydaje się, że jeszcze nie dojrzała ona dostatecznie. Gdy liszajec opryszczkowaty współistnieje z łuszczycą zdarzyć się może, że wykwit obcy zostaje przekształcony w twór łuszczycowy (względnie łuszczycowaty) dzięki swoistej zdolności oddziaływawczej powłok zewnętrznych. Tutaj miałoby się do czynienia z zjawiskiem równopostaciowości wykwitów. R. Leszczyński [7]) przypuszcza jednak, że nie można wyzbyć się całkowicie myśli o podobieństwie podłoża chorobowego obu tych spraw klinicznych. Za ogniwo łączące podaje się wspólne uzależnienia patogenetyczne, wynikające z zaburzeń gruczołów dokrewnych (przytarczyce, przysadka mózgowa, tarczyca). Wydaje się jednak, że taka hipoteza jeszcze wymaga uzasadnienia bardzo dokładnego. Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych bywają notowane nazbyt często w patologji schorzeń skóry. Co zaś tyczy się w szczególności liszajca opryszczkowatego, godzi się zapytać, czy spostrzegane zboczenia czynnościowe gruczołów dokrewnych nie powinny być uważane raczej za zjawisko współrzędne z sprawą skórną. Nie ulega bowiem wątpliwości, że liszajec opryszczkowaty *Hebry* jest schorzeniem ogólnem, schorzeniem całego ustroju. W tych warunkach można wyobrazić sobie łatwo, że zboczenia gruczołów dokrewnych i zmiany skórne mogą być uzależnione od wspólnej przyczyny wyższej. Zagadnienia te są bardzo złożone i dzisiaj jeszcze nie poddają ocenie przedmiotowej. Rozważanie sprawy wymaga wielkiej subtelności, oględności i umiaru. Nie przypuszczam, by można było dojść do wniosków pewnych przed poznaniem istotnych przyczyn tych zmian chorobowych.

St. MALCZYŃSKI. Lwów.

O wpływie jednorazowego naświetlenia lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u ludzi dotkniętych rakiem.

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. M. Francke.

W poprzedniej pracy [1]) zajmowaliśmy się wpływem promieni ultrafioletowych na poziom cholesteryny we krwi u ludzi niedotkniętych schorzeniami nowotworowemi. Tuż po naświetleniu lampą kwarcową wykazaliśmy wyraźny, a przejściowy przyrost cholestryny. Przejściowy dlatego, bo kontrolowany w 24—48 — a nawet w 168 godz. powoli się zmniejszał, tak, że w 96 godz. od naświetlenia uzyskiwał wartości pierwotne (przed naświetleniem). Celem upewnienia się co do powyższych wyników, przeprowadziliśmy jeszcze kilka dodatkowych badań u ludzi nierakowych, u których stwierdziliśmy tuż po naświetleniu również wyraźny wzrost cholesteryny we krwi. Dla przykładu przytoczymy:

1) Chorą, l. 28, *abortus* — cholesteryny przed naświetleniem 140 mg % w 5—10 min. po naświetleniu 200 mg % (+43%).

2) Chorą, l. 35 *post partum* cholesteryny przed naświetleniem 216 mg %, w 5—10 min. po naświetleniu 264 mg % (+22%).

Obecne badania przeprowadziliśmy na szeregu ludzi rakowatych [2]) (raki macicy i żołądka), pochodzących z Kliniki położniczo-ginekologicznej i z Oddziału Wewn. Szpitala Państw. [3]). Naświetlania lampą kwarcową (systemu Hanau) były jednorazowe, dotyczyły większej przestrzeni skóry (grzbiet), a trwały 10—15 min. Zawartość cholesteryny w pełnej krwi szczawianowej oznaczaliśmy metodą Autenrietha — przed naświetleniem i w 5—10 min., po naświetleniu, kontrolując ją jeszcze później w 24—48 godz., zatem zupełnie taksamo, jak w pierwszej grupie badań. Większość przypadków nie nadawała się już do zabiegu chirurgicznego. Doświadczenia nasze wykazywały, że *stałem bezpośredniem następstwem działania promieni ultrafioletowych u ludzi z rakiem, był wybitny spadek cholesteryny we krwi*, wahający się między 25—40%. Poziom cholesteryny kontrolowany następnie w okresie 2—3 dni, wracał zwykle po 48 godz. do wysokości pierwotnej. Dla przykładu przytoczymy:

1) Chora S. z rakiem macicy 23. III. 1929 przed naświetleniem cholesteryny we krwi 100 mg %, tuż po naświetleniu 76 mg % (—24%).

2) Chora F. z rakiem szyjki macicy 13. III. 1929, przed naświetleniem cholesteryny we krwi 120 mg %, tuż po naświetleniu 80 mg % (—33%).

3) Chora L. z rakiem macicy 8. IV. 1929 przed naświetleniem cholesteryny we krwi 160 mg %, tuż po naświetleniu 120 mg % (—25%).

4) Chora B. z rakiem macicy 22. IV. 1929 przed naświetleniem cholesteryny we krwi 160 mg %, tuż po naświetleniu 116 mg % (—28%).

5) Chora B. z rakiem macicy 5. V. 1929 cholesteryny we krwi przed naświetleniem 140 mg %, tuż po naświetleniu 92 mg % (—40%).

7) Chora K. z rakiem macicy 24. III. 1929 cholesteryny przed naświetleniem 160 mg %, tuż po naświetleniu 120 mg % (—25%).

8) Chory Dz. z rakiem żołądka 4. IX. 1929 cholesteryny przed naświetleniem 140 mg %, tuż po naświetleniu 100 mg % (—28,5%).

9) Chory M. z rakiem żołądka 4. IX. 1929 cholesteryny przed naświetleniem 160 mg %, tuż po naświetleniu 108 mg % (—32,5%).

Spadek poziomu cholesteryny po naświetleniu lampą kwarcową był przejściowy. Poziom cholesteryny, kontrolowany w 24—48—96 godz. po naświetleniu podwyższał się, uzyskując w niedługim czasie wartość pierwotną. Dla przykładu przytoczymy chorą S. z rakiem macicy: cholesteryny przed naświetleniem 100 mg %, tuż po naświetleniu stwierdziliśmy spadek na 76 mg % (—24%), w 48 godz. potem cholesteryna wynosiła znów jak przed naświetlaniem 100 mg %. Jeden raz mieliśmy sposobność badania zachowania się cholesteryny we krwi w przypadku raka macicy, w którym zastosowano następnie leczenie radem. Chorą F. z rakiem macicy 13. III. 1929 naświetlono lampą kwarcową — cholesteryny przed naświetleniem 120 mg %, zaraz po naświetleniu 80 mg % (—33%), w 48 godz. potem 96 mg %. Dnia 16 i 17-tego miesiąca (przez 24 godz.) otrzymała wśródmacicznie 20 mg radu. Następnego dnia stwierdziliśmy spadek cholesteryny na 72 mg % (—25%) poczem poziom jej w następnych dniach zaczął wzrastać: 20. III. 1929 80 mg % (—15,8), 22. III. 1929 88 mg % (—8,3%), dążąc więc do wartości pierwotnej. Ta obserwacja, odnośnie do radu, chociaż jedyna w naszych doświadczeniach nie wyklucza, że działanie lampy kwarcowej, ciał promieniotwórczych (radu), a może i promieni Roentgena (Hubert) na poziom cholesteryny we krwi u ludzi dotkniętych rakiem — jest podobne.

---

[6]) R. Bernhardt: Przyczynek do znajomości łuszczycy. Przegląd Derm. Nr. 2, 1924 r.

[7]) R. Leszczyński: Archiv. f. Derm. 1928 r., t. 156, str. 102.

[1]) St. Malczyński: O wpływie naświetlania lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u zwierząt i ludzi. (Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 40).

[2]) Praca R. Huberta, dotycząca zachowania się poziomu cholesteryny we krwi pod wpływem promieni Roentgena u ludzi, dotkniętych schorzeniami nowotworowemi (rakiem) ukazała się w toku pierwszej serji naszych badań. (Klin. Wochenschrift 1928. S. 208).

[3]) J. W. PP. Kierownikom Kliniki i Oddziału Wewn. Szpitala Państwowego składam serdeczne podziękowanie za możność korzystania z urządzeń i za pozwolenie użycia materjału chorych.

Zbierając wyniki naszych badań, przytoczonych powyżej, musimy podkreślić jeszcze raz *kontrast, jaki mogliśmy wykazać bez wyjątku w zachowaniu się cholesteryny we krwi pod wpływem promieni ultrafioletowych u ludzi rakowych i nierakowych; a mianowicie — po naświetlaniu przyrost cholesteryny u nierakowych, a spadek jej u ludzi dotkniętych rakiem.* Kontrast ten, biologicznie ciekawy, może nie byłby pozbawiony i *wartości rozpoznawczej, praktycznej*, gdyby dał się potwierdzić na bardzo obszernym materjale.

Nie mając pewnych danych, nie chcemy wchodzić w sprawę tłómaczenia zaburzeń w poziomie cholesteryny u ludzi pod wpływem promieni ultrafioletowych. Czy sam fakt występowania zmian, jak i odmienność ich u ludzi rakowych i nierakowych da się wytłómaczyć stanem układu siateczkowo-śródbłonkowego, czy też odmiennem zachowaniem się narządów, mających znaczenie w przemianie cholesterynowej uczłowieka — tego dziś rozstrzygać nie możemy.

Marja HRYNIEWICZ, A. ŁAWRYNOWICZ, E. WASILEWSKA-MIRONOWICZOWA. Warszawa.

Wartość porównawcza podstawowych metod pasteryzacji mleka (pod względem epidemjologicznym).

Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy.

Stosowanie pasteryzacji mleka posiada znaczenie gospodarcze i epidemjologiczne. Gospodarcze, gdyż mleko pasteryzowane daje się dłużej przechować, epidemjologiczne — przez zniszczenie tą drogą drobnoustrojów chorobotwórczych w mleku. Sprawę pasteryzacji mleka w komunikacie niniejszym będziemy rozpatrywali przedewszystkiem z punktu widzenia epidemjologicznego.

Liczne materjały epidemjologiczne w sposób przekonywujący wykazały rolę mleka jako czynnika w szerzeniu się w niektórych spraw chorobowych, przedewszystkiem gruźlicy i duru brzusznego. W planowej akcji zwalczania tych spraw chorobowych jedno z ogniw stanowi unieszkodliwienie mleka przez zastosowanie pasteryzacji.

Wiedząc jak wysoce zanieczyszczonem drobnoustrojami jest nasze mleko, zawierające w przeważającej większości (75,6%) od 5 do 50 miljonów bakterji w 1 cm³ (H r y n i e w i c z ó w n a i W a s i l e w s k a - M i r o n o w i c z o w a), wiedząc że w warunkach naszych wśród zdrowej ludności stwierdza się 0,5% nosicieli pałeczek durowych, stanowiących źródło zakażeń kontaktowych (Ł a w r y n o w i c z, P i o t r o w s k a, S t a n k o w s k a), tem większe znaczenie powinniśmy nadawać sprawie pasteryzacji mleka w naszych warunkach.

Praktyka mleczarska, rozporządzająca już dużem doświadczeniem, korzysta do celów pasteryzacji z dwóch metod zasadniczych: 1) pasteryzacji wysokiej (85°) i krótkotrwałej (5') oraz 2) pasteryzacji nizkiej (63°) i długotrwałej (30'). Dokoła tych metod trwa dotąd ożywiona dyskusja omawiająca dodatnie i ujemne cechy każdej z nich pod względem wartości odżywczej mleka pasteryzowanego i pod względem epidemjologicznym. Nagromadzone co do tego materjały będą poddane specjalnemu omówieniu przy innej sposobności. Na tem miejscu zamierzamy na podstawie własnych doświadczeń porównać obie wspomniane wyżej metody pasteryzacji, aby tą drogą dojść do wniosków praktycznych co do wartości ich, przedewszystkiem pod względem epidemjologicznym.

Pasteryzacja działa na całość zawartych w mleku drobnoustrojów, których gatunki poszczególne posiadają różny stopień wrażliwości na ciepło. Do celów charakterystyki wartości metod pasteryzacji dokonaliśmy spostrzeżeń w kierunkach następujących: A) ogólny % obniżenia liczby bakteryj w mleku pasteryzowanem w porównaniu z mlekiem surowem, B) oddziaływanie ogrzewania na zawartość dwu zasadniczych fermentacyjnych grup bakteryj mleka — bakteryj proteolitycznych i bakteryj fermentujących cukier mlekowy oraz C) oddziaływanie na drobnoustroje chorobotwórcze — pał. durową i pał. błoniczą, (pał. gruźlicza została wyeliminowana z tej serji spostrzeżeń w celu poddania jej specjalnemu badaniu).

A) W zależności od wysokości t° i czasu jej działania spostrzega się mniejsze lub większe obniżenie początkowej liczby bakteryj w mleku. Piśmiennictwo wykazuje, że np. t° — 62,5 może obniżyć liczbę saprofitów mleka o 98%, 60° o 90% (A y e r s a. J o h n s o n), według P r u c h a pasteryzacja obniża liczby bakteryj o 99%, D a l l a T o r r a podaje, że t° 62—63° w ciągu 30' niszczy 99,95% bakteryj, J e n k i n s — 62,5° w ciągu 30' obniża o 94—99,8%, 60° — o 51,6% do 97,4%. Dane te dotyczą t. zw. nizkiej pasteryzacji, brak odpowiednich liczb porównawczych dla pasteryzacji wysokiej. Zabiciu ulega przeważająca część postaci wegetatywnych bakteryj, pozostają bakterje, wytwarzające przetrwalniki oraz mniej lub więcej oporne na działanie ciepłoty.

Spostrzeżenia własne wykonaliśmy według metodyki następującej. Liczbę bakteryj określano na ogólnie używanym w pracowni zwykłym agarze słabo zasadowym. Nie jest to bynajmniej metoda całkowicie zadawalająca, gdyż daje nam liczby częściowe — tylko bakterje, dające się hodować w tych warunkach, jednakże stosowana do wszystkich spostrzeżeń umożliwia otrzymanie materjału dla zestawień porównawczych. Mleko surowe zasiewano zwykle w rozcieńczeniu 1 : 10.000 (w roztworze fizjologicznym), mleko pasteryzowane w rozcieńczeniu 1 : 100. Pasteryzację mleka wykonywano jednocześnie na 2 łaźniach wodnych w probówkach (wymiar poprz. około 2 cm), zatkanych watą; górny poziom mleka w probówce znajdywał się o 5 cm niżej powierzchni wody w łaźni wodnej. Natychmiast po ukończeniu ogrzewania wykonywano posiew. Metodyka nasza nie była idealną z punktu widzenia laboratoryjnego, gdyż górna powierzchnia mleka stanowiła, przypuszczalnie, strefę ulegającą niższemu ogrzewaniu, niż reszta mleka w probówce. Z punktu widzenia metodycznego bardziej dokładne wyniki dałoby ogrzewanie mleka w ampułkach zatopionych, zanurzonych w łaźni wodnej. Biorąc jednakże pod uwagę, że konstrukcje aparatów używanych do pasteryzacji w mleczarstwie w znacznej części odpowiadają raczej warunkom naszych doświadczeń, gdyż nie dają zamknięcia hermetycznego, uważamy stosowaną przez nas metodykę za całkowicie wystarczającą do oparcia wniosków. Ogółem zbadano, jak wykazuje tablica I-sza, 196 prób mleka, ogrzanych przy 63° (30') i 182 próby przy 85° (5'). W obliczeniach naszych chodziło nam o ustalenie % zabitych bakteryj. Materjał w tablicy ułożony został w ten sposób, że wykazuje jak często (w jakim odsetku przypadków badanych) każda z dwu metod stosowanych daje ten czy inny stopień obniżenia liczby bakteryj.

Z tablicy wynika, że *różnica w wynikach stosowania tych metod nie jest duża*. Zaznacza się jednakże *nieco większa siła działania ogrzewania przy 85°*. W pierwszej rubryce tablicy różnica ta stanowi 10%. Ogrzewanie przy 85° w ciągu 5' częściej daje zabicie ponad 99% pierwotnej liczby bakteryj, niż ogrzewanie przy 63° w ciągu 30'. O ile chodzi o dokładniejsze określenie % zabitych bakteryj stanowi ono w rubryce pierwszej przeważnie ponad 99,9%.

T a b l i c a 1.

Pasteryzacja T	Pasteryzacja Czas ogrzewania	Liczba spostrzeżeń	Zostało zabite pierwotnej liczby bakterji ponad 99%	98 99%	96 98%	94 96%	90–94%	75 90%
63°	30'	196	160 (81,7%)	17 (8,7%)	8 (4%)	4 (2%)	4 (2%)	3 (1,6%)
85°	5'	182	165 (90,7%)	7 (3,9%)	2 (1,1%)	2 (1,1%)	3 (1,6%)	3 (1,6%)

B. Działanie na bakterje proteolityczne i bakterje fermentujące cukier mlekowy. Na tych dwóch grupach bakteryj zatrzymaliśmy się ze względu na ich znaczenie patogenetyczne oraz gospodarcze. Stosowana do celów gospodarczych pasteryzacja ma jako cel przedewszystkiem zabicie bakteryj fermentujących cukier mlekowy, jako powodujących niepożądane z punktu widzenia przemysłu mlecznego zakwaszenie mleka. Zniszczenie tych bakteryj (nie wytwarzających przetrwalników) uwalnia pole działania ich antagonistów — bakteryj proteolitycznych, przeważnie wytwarzających przetrwalniki, powodujących rozkład i przekształcenie substancyj białkowych mleka, proces prawie obojętny dla przemysłu mlecznego, lecz posiadający znaczenie patogenetyczne, zwłaszcza przy żywieniu takiem mlekiem niemowląt. Były to powody dla których na tych właśnie grupach zatrzymaliśmy naszą uwagę, starając się wyjaśnić ich zachowanie się po zadziałaniu obu metod pasteryzacji.

Zgóry możemy przyjąć schematycznie, że żadna z bakteryj wytwarzających przetrwalniki, nie ginie po pasteryzacji. Stanowią one znaczną część bakteryj peptonizujących i bardzo rzadko spotykają się wśród fermentujących cukier mlekowy. Opierają się również pasteryzacji bakterje termofilne, nie wytwarzające przetrwalników, proteolityczne i fermentujące cukier mlekowy; wśród

ostatnich stwierdzono różne postacie paciorkowców, dwoinek, tetrakoków oraz pałeczki *(b. bulgaricum, b. Jugurt, b. lactis)* (Seibel).

Spostrzeżenia nasze wykonywane były w ten sposób, że przed i po pasteryzacji określaliśmy liczbę bakteryj, peptonizujących żelatynę, oraz bakteryj, rozkładających cukier mlekowy na specjalnem podłożu z dodatkiem kredy. Żelatyny używaliśmy zwykłej słabo zasadowej 10%. Podłoże dla wykrycia bakteryj fermentujących cukier mlekowy sporządzaliśmy w sposób następujący: do mleka z małą zawartością tłuszczu po zagotowaniu i ostudzeniu dodawano stężonego HCl w ilości 3 cm^3 na 1 l. Po 2—3 dniach mleko sączono przez gazę i bibułę w celu otrzymania możliwie przeźroczystej serwatki, alkalizowano do odczynu obojętnego i raz jeszcze filtrowano przez bibułę w celu usunięcia strąconego białka. Do otrzymanej serwatki dodawano równą objętość wody przekroplonej i w stosunku do ogólnej ilości płynu 0,5% cukru mlekowego, 0,5% peptonu, 0,5% soli kuchennej i 3% agaru. Wyjaławiano w autoklawie. Podczas wykonywania posiewu mleka do 5 cm^3 agaru dodawano 1 cm^3 wyjałowionej poprzednio zawiesiny kredy (2,5 g kredy na 10,0 roztw. fizjologicznego). Po otrzymaniu równomiernej zawiesiny i dodaniu mleka badanego wylewano na płytki. Kolonje bakteryj fermentujących cukier mlekowy wytwarzały kwas rozpuszczający kredę, dający pole prześwietlenia dookoła tych kolonji. Wyniki naszych spostrzeżeń przedstawia tablica II-ga.

Tablica II.

Bakterje	Liczba prób	Obie metody dały wynik jednakowy	63° wynik lepszy	85° wynik lepszy
Peptonizujące	29	12	8*)	9*)
Fermentujące kwas mlekowy	22	16	4*)	2*)

*) Różnice w liczbach otrzymanych były minimalne, przeważnie w granicach błędów technicznych.

Działanie obu metod było zasadniczo jednakowe. Bakterje rozrzedzające żelatynę ulegały zabiciu w stosunku 99,5% liczby pierwotnej (spostrzeganie 5-cio dniowe). Bakterje fermentujące cukier mlekowy ginęły przeważnie całkowicie — 100% — płytki kredowe po 5 dniach pozostawały jałowe.

Z powyższego wynika, że *działanie obu metod na bakterje rozrzedzające żelatynę i bakterje fermentujące cukier mlekowy jest nieomal jednakowe.* Wyniki te zostaną poddane w nowej serji spostrzeżeń (Hryniewiczówna i Wasilewska-Mironowiczowa) głębszej analizie przez wyosobnianie czystych hodowli bakteryj, należących do obu grup, oraz poddawanie ogrzewaniu przy 63° i 85°.

C) Działanie na bakterje chorobotwórcze z punktu widzenia epidemjologicznego posiada największe znaczenie w ocenie sposobów pasteryzacji mleka. Badania nad działaniem rozmaitej t° na bakterje chorobotwórcze są bardzo liczne, piśmiennictwo rozporządza dużym materjałem. Mieć należy na względzie, że wynik zadziałania zależeć może od szeregu czynników rozmaitych, np. rodzaju płynu w którym ogrzewa się zawiesinę bakteryj, gęstości zawiesiny, wieku hodowli. Szereg spostrzeżeń ustalił, że oporność bakteryj zawieszonych w rozmaitych środowiskach jest różna (Ficker, Patzsche); w mleku jest większa niż w wodzie przekroplonej lub roztworze fizjologicznym.

W swoich spostrzeżeniach ograniczyliśmy się do pałeczek durowych oraz błoniczych. Spostrzeżenia nad opornością pałeczek gruźliczych będą opracowane osobno.

W piśmiennictwie mamy dane, dotyczące działania pasteryzacji na bakterje w mleku dla pałeczek durowych, paratyfusowych, zarazy pyska i racic, *b. aborti Bang il.* Ograniczając się do swych spostrzeżeń, wskażemy spostrzeżenia Orskow'a, który je wykonywał w probówkach, zwracając specjalną uwagę na warunki w których się ogrzewa probówki; podkreśla on duże znaczenie głębokości zanurzenia probówki, pozostawanie wyschniętych bakteryj na ściankach wewnętrznych probówki, różnych sposobów korkowania, np. zastosowanie korków gumowych wybitnie podnosi szybkość bakterjobójczego działania t°. W spostrzeżeniach swoich miał Orskow wyniki następujące. Pałeczki paratyfusowe w mleku ogrzewane w otwartej probówce przy 63°, znosiły działanie tej t° ponad 15', w probówkach zamkniętych korkiem gumowym były zabite po 3'; wysuszone pałeczki znosiły ogrzewanie przy 63° ponad 2 godziny.

Najbliższemi warunkom realnym pasteryzacji mleka są doświadczenia Zeller'a, który je wykonywał w aparatach używanych w przemyśle mleczarskim (pojemność 1000 l.). Z jego spostrzeżeń, dotyczących tylko niskiej pasteryzacji (63°), wynika, że szczepy pał. durowej (5) były zabite po 30', z 7 szczepów paratyfusowych 5 w tych warunkach było zabitych, 2 pozostały żywe.

Spostrzeżenia nasze wykonywane były według metodyki następującej: Z hodowli dobowej drobnoustroju badanego sporządzano gęstą zawiesinę, dodając do jałowych próbek mleka, rozlanych po 6 cm^3, 2 cm^3 zawiesiny. Probówki, zatkane spoistym korkiem z waty, umieszczano na łaźni wodnej w ten sposób, aby powierzchnia mleka w probówce była o 5 cm niżej powierzchni wody; przy 63° probówki trzymano w ciągu 30' przy 85°—5'; po ukończeniu pasteryzacji umieszczano na dobę w cieplarce, poczem wykonywano badanie mleka na jałowość.

Próby orjentacyjne wykazały, że t° 63° w ciągu 15' nie wystarcza do zabicia bakteryj grupy okrężnicowo-durowej.

Wyniki naszych spostrzeżeń wypadają w sposób następujący:

Tablica III.

Liczba szczepów	Pałeczka durowa 63°—30'	Pałeczka durowa 85°—5'	Pałeczka błonicza 63°—30'	Pałeczka błonicza 85°—5'
Badano	20	19	10	10
Nie zabito	—	—	—	—
Zabito	20	19	10	10

Do spostrzeżeń użyto wyłącznie szczepów wyosobnionych w pracowni w ciągu ostatniego roku. *Wynik porównawczy obu metod pasteryzacji był identyczny.* W warunkach laboratoryjnych dają one efekt jednakowy — gwarancja zabicia tych drobnoustrojów całkowita.

Wyniki, otrzymane w warunkach laboratoryjnych, mogą być tylko z zastrzeżeniem przeniesione na teren praktyki przemysłu mleczarskiego. Aparatura, stosowana do celów pasteryzacji, w szeregu przypadków posiada braki rozmaitego rodzaju, skutkiem czego niema pewności, że cała masa mleka poddanego pasteryzacji została równomiernie i przez ten sam okres czasu poddana działaniu t° przepisowej. Ośrodkiem ciężkości staje się więc doskonałość aparatury.

Jeśli zechcemy na podstawie doświadczeń powyższych wypowiedzieć się co do wartości porównawczej z punktu widzenia gospodarczego i epidemjologicznego obu metod badanych, winniśmy stwierdzić, że obie metody należycie zastosowane, dają możność osiągnięcia celu.

Wnioski:

1) *Pasteryzacja przy 63° w ciągu 30' oraz przy 85°—5' w przeważającej większości spostrzeżeń zabija ponad 99,9% pierwotnej liczby bakteryj.*

2) *Ogrzewanie przy 85° — 5' częściej daje zabicie* (o 10%) *ponad 99% pierwotnej liczby bakteryj, niż ogrzewanie przy 63° — 30'.*

3) *Działanie obu metod na bakterje peptonizujące żelatynę oraz fermentujące cukier mlekowy jest nieomal całkowicie jednakowe. Bakterje fermentujące cukier mlekowy przeważnie ulegają całkowitemu zabiciu.*

4) *Działanie obu metod na drobnoustroje chorobotwórcze* — pałeczkę durową i błoniczą — *jest identyczne;* ulegają one we wszystkich przypadkach zabiciu.

5) *Wartość epidemjologiczna i gospodarcza obu tych metod jest jednakowa.*

Piśmiennictwo.

1) Ayers a. Johnson: U.S. Depart. of Agric. Bur. of Industry Bull. 161, 1913 (według Orskow Z. f. H. B. 105, 1925). — 2) Dalla Torra: Ann. Inst. Sperim. di Caseif. in Lodi. Vol. IV, 1927 (wedł. Ctlbl. f. Bakteriol. II Abt. B. 72, 102). — 3) Ficker: Z. f. Hyg. B. 29, 1, 1899. — 4) Hryniewicz M. i Wasilewska-Mironowiczowa E.: Pol. Gaz. Lek. 1929, Nr. 36. — 5) Jenkins: Journ. of. Hyg. Vol. 25, Nr. 3, 1926. — 6) Ławrynowicz A., Piotrowska H., Stankowska M.: Pol. Gaz. Lek. 1928, Nr. 50. — 7) Orskow: Z. f. Hyg. B. 105, 317, 1925. — 8) Patzschke: Z. f. H. B. 81, 227, 1916. — 9) Prucha: Americ. Journ. of publ. health. V. 17, Nr. 4, 1927. — 10) Seibel: Milchwirtsch. Forsch. B. 4, 41 (wedł. Ctrbl. f. d. ges. Hyg. B. XV, 208). — 11) Zeller: D. Tierärtzl. Woch. 1927, Nr. 47.

Franciszek KMIETOWICZ jun. Lwów.

Z badań nad stężeniem jonów wodorowych w zdrojach polskich.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Koskowski.

III. Doniesienie.

I.

Wody mineralne zachodnio-karpackie należałoby podzielić z punktu widzenia siły stężenia wolnych jonów wodorowych na grupy *solanek jodowo-bromowych* Iwonicza, Rymanowa i Rabki, na grupy *szczaw-alkaliczno-solankowych* Krościenka i Szczawnicy, oraz niektórych źródeł Wysowej: grupy *szczaw wapniowo-magnezowo-żelazistych* Krynicy, Żegiestowa Muszyny i okolicy i wkońcu *wód alkalicznych* Wysowej, Głębokiego i źródła Zubera w Krynicy. Wyniki oznaczenia stężenia jonów wodorowych źródeł Krynicy i okolicy, Żegiestowa, Łomnicy i Głębokiego ogłosiłem w Polskiej Gazecie lekarskiej w r. 1923., a obecnie uzupełniam oznaczeniami wyżej wymienionych grup.

Stężenie jonów wodorowych wykonywałem na miejscu u źródła; do oznaczeń używałem jako wskaźników czerwieni bromokrezolowej i błękitu bromo-tymolowego.

Ciepłota wody badanej zawsze była utrzymana w granicach naturalnych, a wahała się od 7—12° C. a więc nizkich jak zresztą we wszystkich wodach mineralnych rodzimych.

II.

Solanki jodowo-bromowe *Iwonicza* są wszystkie hypertoniczne, bo więcej niżli 1—1.2 procentowe. Przeważa w nich chlorek sodowy, który jest w ilości 0.8—0.95%. Natomiast dwuwęglanu sodowego jest zaledwo 0.15—0.18%, a bezwodnika węglowego wolnego tylko 0.05—0.06%. Bromek sodowy znajduje się tam w ilości 0.002—0.0035, zaś jodek sodowy w 0.000,5—0.002%.

Solanki jodowo-bromowe *Rymanowa* są natomiast izotoniczne. Chlorku sodowego mają mniej, niżli Iwonicz, gdyż 0.6—0.7%, dwuwęglanu sodowego 0.13%, a wolnego CO_2 w ilości 0.07—0.08%.

Bromku potasowego zawierają znacznie mniej niżli Iwonicz, gdyż tylko 0.000,6—0.001%; jodku potasowego stosunkowo więcej, gdyż 0.001—0.001,6%.

W końcu solanka jodowo-bromowa z *Rabki*, będąca mięszaniną kilku źródeł, jest wybitnie hypertoniczna, gdyż posiada około 2.5% soli. Przeważa w niej również chlorek sodu będący w ilości przeszło 2%.

Dwuwęglanu sodowego jet także niewiele bo 0.1%.

Bromku sodowego duże, gdyż około 0.007%, jodku sodowego również więcej, bo 0.003—0.0045%.

Nie zawiera natomiast znaczniejszych ilości wolnego CO_2.

Stężenie jonów wodorowych w poszczególnych zdrojach tej grupy przedstawia przytoczona tablica Nr. 1.

Tablica I.

Rabka	15. VIII. 1929	pH
	Solanka	7.05
Rymanów	18. VIII. 1929	pH
	Źródło Klaudja	5.8
	Źródło Celestyna	6.05
	Źródło Tytus	6.2
	Kombinacja źródeł t. zw. Vichy	6.1
Iwonicz	18. VIII. 1929	pH
	Źródło sztucznie gazowane Józef	5.8
	Źródło Karol	6.9
	Źródło Amelja	7.05
	Źródło Adolf	7.1

Z oznaczenia tego widać, że najkwaśniejszemi solankami są wody izotoniczne rymanowskie, a źródło Klaudja najkwaśniejszą wodą polską. Hypertoniczne wody Iwonicza i Rabki stoją na granicy równowagi ilości jonów wodorowych i wodorotlenowych, gdyż ich pH = 7.0.

Naturalnie, że źródło Józefa z Iwonicza posiada tylko dlatego nizki wykładnik wodorowy, że jest sztucznie silnie gazowane.

III.

Drugą oznaczoną pod względem jono-wodorowem grupę stanowią szczawy alkaliczno-słone.

Woda ze zdroju Stefana w *Krościenku* jest wodą hypertoniczną posiada bowiem 1.1% soli. Jak w solankach jodowo-bromowych przeważa chlorek sodu, tak w tej grupie wód przeważa dwuwęglan sodowy, którego ilość dochodzi do 0.5%, do tego jeszcze należałoby doliczyć dwuwęglan wapna i magnezu w ilości 0.17%.

Chlorku sodowego jest tutaj znacznie mniej niżli w solankach, gdyż tylko 0.25%.

Natomiast ilość wolnego CO_2 wynosi ponad 0.2%.

To samo odnosi się i do wód ze źródeł *Szczawnicy*. I tutaj stosunek chlorku sodowego do dwuwęglanu sodowego jest jak 1 : 2. Wody te zawierają również duże ilości dwuwęglanu wapniowego i magnezowego.

Ilość jednak wolnego CO_2 waha się między 0.12% a 0.21%.

Duża skala w kwasowości źródeł szczawnickich zależy jednak od zasolenia wód powyższymi moderatorami naturalnymi.

Magdalena jest wodą silnie hypertoniczną (1.78%).

Józefina i Wanda są słabo hypertoniczne (1.08% i 1.04%).

Stefan jest izotoniczny (0.9%).

Walerja jest hypotoniczna (0.74%). a zaś woda Szymona jest również wodą silnie hypotoniczną, bo zaledwie 0.38%. Prawie proporcjonalnie do zasolenia układa się wskaźnik wodorowy tych źródeł. Wody hypertoniczne są na granicy kwasozasadowej, izotoniczne są słabo kwaśne, a hypotoniczne zwłaszcza ze źródła Szymona wyraźnie kwaśne.

Pewne odchylenia zależą od zmiennej ilości CO_2, Stefan izotoniczny jest kwaśniejszy od hypotonicznej Walerji, gdyż posiada 0.21% CO_2; Walerja zaś tylko 0.125% wolnego bezwodnika węglowego.

Tablica II.

Krościenko	7. VIII. 1929	pH
	Źródło Stefan	6.3
Szczawnica	7. VIII. 1929	pH
	Źródło Szymon	6.1
	Źródło Wanda	6.5
	Źródło Stefan	6.7
	Źródło Walerja	6.8
	Źródło Józefinka	6.95
	Źródło Magdalena	7.0

IV.

Wysowa posiada najróżnorodniejszy skład wód mineralnych w swych zdrojach.

Zdrój „Słony" i „Olga" są szczawami alkaliczno-słono-bromowemi. Reszta źródeł są to szczawy alkaliczno-słone, względnie sodowo-wapniowe, a nawet szczawy alkaliczno-żelaziste i proste szczawy stołowe.

W Zdroju „Słonym" przeważa dwuwęglan sodowy w ilości 0.7%, w Oldze 0.4%, w Bronisławie i Rudolfie 0.35%, w Józefie i Wandzie około 0.2%, a w Karolu tylko 0.12%.

Chlorku sodowego jest więcej tylko w „Słonym" i w „Oldze", bo 0.23% i 0.13%, reszta źródeł ma go tylko około 0.05%.

Bromek potasowy w Słonym i Oldze jest w ilości mniejszej niżli 0.001%.

Dwuwęglan wapna znajduje się średnio w ilości 0.05%.

Dwuwęglan żelaza w Rudolfie i Wandzie wynosi 0.01%.

Bezwodnik węglowy w ilości 0.1% w szczawach alkaliczno-słonych Olgi i Słonego, w innych źródłach dochodzi do 0.2% i tylko w Karolu jest także nizki.

„Słony" jest wodą hypertoniczną 1.12%, „Olga", „Bronisława" i „Rudolf" hypotoniczną (0.6, 0.7 i 0.5%), a „Wanda", „Józef" i „Karol" są wyraźnie hypotoniczne (0.34, 0.38 i 0.36%).

Ze względu na zawartość bezwodnika węglowego wszystkie wody są wybitnie kwaśne, poza „Słonym".

Tablica III.

Wysowa	1. VIII. 1929	pH
	Źródło Bezimienny	6.05
	Źródło Rudolf	6.1
	Źródło Wanda	6.1
	Źródło Józef (z ujęcia)	6.1
	Źródło Olga	6.15
	Źródło Karol	6.3
	Źródło Słone	6.65

Wykładnik wodorowy hypotonicznego (0.36%) Karola dlatego jest wyższy, niżli innych źródeł, gdyż woda jego zawiera tylko 0.1% wolnego bezwodnika węglowego.

Źródła Bronisławy nie oznaczałem, zdrój Bezimienny niema narazie przeprowadzonej analizy chemicznej.

V.

Z wód zagranicznych ostatnio ogłoszono m. i. stężenie źródeł mineralnych w Tunisie (Durand i Chillon), które w Chefa Ibiac miały pH = 6.5, w Atrouss 7.1, w Hammam el Lif 6.2, oraz we Francji w departamencie Puy-de-Dôme (Billard i i.). Wody Mont-Dore ze źródeł Madeleine i Pavillon des Bains Romains mają pH = 6.1, inne źródła 6.3—6.5. Wody Royat ze źródeł César i Saint-Victor pH = 6.3, Saint-Mart i Velleda = 6.5, Eugénie =6.6.

Wody z Mont-Dore i z Royat są szczawami alkaliczno-wapniowo-magnezowo-żelazistemi, źródło Velleda z Royat zaś silną wodą hypotoniczną, bo mającą zaledwo 0.274% soli.

Szczawy alkaliczne Vichy mają pH = 6.6—7.2 (Glenard i Grużewska) i wszystkie są hypotoniczne.

Prócz tego okazały się oznaczenia pH jeziora genewskiego (Schopfer) stwierdzające, że im głębiej pobiera się wodę, tem jest ona mniej zasadową. Górne warstwy alkalizuje bowiem thyloplankton do 7.6—7.85, gdy w głębokości 50 metrowej woda wykazuje stężenie jonów wodorowych 7.2—7.5.

Dalej oznaczono stężenie wody morskiej (Legendre, Kreps) i jej stosunek do CO_2 oraz do wegetacji morskiej.

VI.

Stężenie jonów wodorowych w wodach wogóle zależy od 1) stężenia węglanów i dwuwęglanów, 2) od stężenia rozpuszczonego CO_2, 3) od stężenia rozpuszczonych innych soli, 4) w końcu pośrednio od ciepłoty (Sonders 1926).

Węglan i dwuwęglan sodowy ($NaHCO_3$ i Na_2CO_3) przy pozbawieniu roztworu bezwodnika węglowego, podnoszą stężenie jonów wodorowych od 8.5 do 12.0, zależnie od ich stężenia i dyssocjacji.

Z innych soli, które w naszych badaniach należałoby wziąć pod uwagę, rozszczepione w wodnym roztworze kwaśno reagują w środowisku wolnem od CO_2 — jodek i bromek potasu (KI, KBr) chlorek baru ($BaCl_2$) i siarczan sodowy (Na_2SO_4).

Ilość jonów wodorowych dl nich waha się między pH = 4 a pH = 7. — (Chanoz i Chevallier).

Naturalnie, że obecność CO_2 potęguje jeszcze kwasowość roztworu powyższych soli.

Niewielka obecność węglanu sodowego, obecność CO_2 jodku i bromku potasowego, w małej wprawdzie ilości, ale zdysocjonowanej przez to silnie, tłumaczy nizki cyfrowo wykładnik wodorowy solanek jodowo-bromowych z Rymanowa.

VII.

Dla różnych czynności narządów i przejawów wielu życiowych funkcyj potrzebne są zawsze pewne stałe stężenia jonów wodorowych.

Stąd też znajomość stężenia jonów wodorowych w wodach mineralnych, ma także i znaczenie praktyczne. Dowodem tego jest przykład, że wypróżnianie się żołądka do dwunastnicy po podaniu płynów alkalicznych lub słabo kwaśnych, odbywa się zawsze dopiero wtedy, kiedy treść osiągnie pH = 6.5 (Lasalle et Fache).

Jeśli to będzie woda np. Célestins z Vichy o pH = 6.8, i ta sama woda uwolniona z CO_2 o pH = 8.0, to żołądek zacznie opróżniać się po 25-ciu minutach w pierwszym wypadku, a po 35 minutach w drugim, mając stężenie jonów wodorowych w wydalonej treści zawsze stałe, równające się najmniej pH = 6.5.

Zmienia się tylko ilość dwuwęglanu sodowego wody, która zwłaszcza w drugim wypadku w połączeniu z kwasem solnym soku żołądkowego wytwarza CO_2.

Bezwodnik węglowy, jest tu tym czynnikiem, który ułatwia w tym wypadku otwarcie się odźwiernika dla zakwaszonej treści żołądkowej, (Carnot i Koskowski).

Podobnie zależne jest od stężenia wolnych jonów wodorowych także wydzielanie ślinianek (J. Zakrzewska) i trzustki (Popielski). Ilość wydzielonej śliny i soku trzustkowego jest wprost proporcjonalną do ilości wolnych jonów wodorowych, zawartych w podanym bodźcu kwasowym.

Zresztą całe trawienie zaczynowe żołądka i jelit zależy także od optymalnych warunków, któremi w znacznej mierze są odpowiednie stężenia jonów wodorowych, różne dla różnych fermentów przewodu pokarmowego.

Świadome użycie stężenia jono-wodorowego wód mineralnych dla pewnych stanów patologicznych, przy uwzględnieniu ich składu chemicznego, daje nowe środki farmako-dynamiczne w terapji.

Piśmiennictwo.

F. Kmietowicz jun.: Z badań nad pH w zdrojach polskich. Pol. Gaz. lek. Nr. 23, z r. 1923 i Pol. Gaz. lek. Nr. 46, z r. 1923. — Chanoz et Chevallier: Reaction chimique (pH) des dissolutions aqueuses de quelques sels alcalins et alcalino-terreux. Société de Biologie 1926. str. 860. — Billard, Mougeot et Aubertot: L'acidité ionique des eaux minérales du Puy-de-Dôme. Soc. de Biologie 1925, str. 1350. — Manquat: Triaté élém. de Thérapeutique 1920. — Lassale et Fache: Influence du pH des eaux alcalines sur leur évacuation gastrique. Soc. de Biologie 1926. str. 76. — Legendre: Variation de pH des Fonds marins littoraux. Soc. de Biologie 1924. str. 183. — Carnot et Koskowski: Action de CO_2 sur la motricité gastrique et sur le passage pylorique. Soc. de Biologie 1922. str. 613. — Sabatowski: Klimato i hydroterapja 1923. — Zakrzewska: Recherches sur le fonctionnement de la parotide chez l'homme. Journal de Physiol. et de Pathol. Génév. 1925. — Popielski: Jony wodorowe i czynność wydzielnicza trzustki. Akademia Umiejętności 1916.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Anna ELJASZÓWNA. Lwów.

Z kazuistyki kiły wrodzonej późnej.

Z Kliniki dermatologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Lenartowicz.

Przypadek który opisuję, odnoszący się do chorej 18 letniej, zasługuje na uwagę przedewszystkiem z powodu uogólnienia się kiły, która nie oszczędziła prawie żadnego narządu, jakoteż ze względu na charakter samych zmian, które nie należą do zbyt często spotykanych.

Z wywiadów rodzinnych, dowiadujemy się, że ojciec chorej miał być zdrów, zmarł z niewiadomej przyczyny. Matka nie ma żadnych objawów, zaprzecza zakażeniu, przebyła 4 poronienia i 3 porody. Troje żyjących dzieci wykazuje zmiany na rogówkach i niedoro-



zwój. Chora jest ostatniem dzieckiem. Po urodzeniu i w pierwszych latach życia nie okazywała żadnych objawów chorobowych i rozwijała się zupełnie prawidłowo. Dopiero w 4 roku życia pojawiły się się zmiany na rogówkach, równocześnie zaczęła głuchnąć. W 10-tym roku życia zaczęły występować zmiany na skórze: najprzód w okolicy podszczękowej i na szyji, w 5 lat później w okolicy stawu barkowego prawego i na ramieniu prawem, w jesieni roku ubiegłego w okolicy stawu łokciowego lewego, w zimie r. b.

na twarzy. Co do zmian kostnych brak ściślejszych danych; matka wspomina tylko, że w 13-tym roku życia zauważono zniekształcenie w okolicy stawu kolanowego prawego. Nigdy nie stosowano żadnego leczenia, w szczególności swoistego.

Obecnie badanie wykazuje stan następujący: Chora ma wygląd dziecka 10-letniego. Chociaż ma lat 18, brak wszelkich objawów pokwitania. Również jej rozwój umysłowy przedstawia się bardzo prymitywnie. Z triady Hutchinsona stwierdza się *keratitis parenchymatosa* i głuchotę. Skóra blada z odcieniem szarawo-ziemistym, sucha, cienka; na klatce piersiowej wyraźnie prześwieca przez nią siatka porozszerzanych żył (objaw Fourniera). Podściółka tłuszczowa prawie w zupełności zanikła. Skóra na nosie, obu policzkach i wardze górnej sinoczerwona, naciekła, pokryta strupami barwy brunatnej. Po ich usunięciu widoczna powierzchnia obnażona z naskórka, sącząca. Od kąta prawego żuchwy, wzdłuż jej krawędzi, biegnie blizna linijna, długości 7 cm, nierówna, pozaciągana, częściowo zrośnięta z podłożem, barwy sepji, poniżej druga podobna do niej równoległa. Blizny o podobnym charakterze widoczne w okolicy podszczękowej lewej oraz po bokach szyji. W okolicy stawu barkowego prawego rozległy ubytek naskórka, sączący, który przechodzi w bliznę, sięgającą do połowy ramienia, niezrośniętą z podłożem, tak cienką i atroficzną, że przeświecają przez nią części głębsze. Tuż powyżej dolnej nasady kości ramieniowej blizna okrągła, wielkości grosza, zrośnięta z podłożem. Podobne zmiany jak na barku widoczne w okolicy łokciowej lewej. W okolicy pachwinowej prawej przebiega blizna linijna, równoległa do więzadła Pouparta, długości 10 cm, poniżej niej znajduje się blizna okrągła, wielkości małej monety.



Mięśnie bardzo słabo rozwinięte, kościec wątły, delikatny. Czaszka bez zmian. Nasada nosa spłaszczona i rozszerzona, ale nie wykazuje siodełkowatego zapadnięcia. Skrzydełka nosa uległy częściowemu zniszczeniu. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona, na podniebieniu twardem naciek. Zęby nieco nierówne, siekacza bocznego prawego brak, środkowe mają korony nieco zwężone ku dołowi, zresztą nie wykazują typowych zmian hutchinsonowskich. Głos chorej zachrypnięty, afoniczny, mowa jest zupełnie niezrozumiała. Badaniem laryngologicznem stwierdza się owrzodzenia na nagłośni.

Płuca w granicach prawidłowych, z tyłu stare zrosty. Uderzenie koniuszkowe serca przesunięte na lewo, tony głuche, tętno 102 słabo napięte.

W zakresie narządów jamy brzusznej stwierdza się nieznaczne powiększenie wątroby, które sięga na dwa palce poniżej łuku, śledziona nie dała się wyczuć z powodu napinania powłok.

Badanie kośćca kończyn wykazuje stan następujący:

W zakresie stawu łokciowego lewego stwierdza się przy obmacywaniu, że wyrostek łokciowy jest niedorozwinięty i luźno połączony z trzonem kości łokciowej, stawem rzekomym. Wyrostek wroni tworzy exostozę. Ruchomość stawu jest zachowana, tylko wyprostowanie jest nieco utrudnione. Roentgenogram wykazuje poza zmianami, dającemi się stwierdzić klinicznie, niedokształcenie kości łokciowej, oraz w dolnej nasadzie kości ramieniowej ognisko rozrzedzenia odpowiadające zejściu po kilaku.

W obrębie stawu kolanowego lewego stwierdza się zgrubienie górnej nasady kości goleniowej, przy ruchach trzeszczenia. Na zdjęciu roentgenowskiem w dolnej nasadzie kości udowej rozrzedzenia i zagęszczenia tkanki kostnej.

Najwybitniejsze zmiany wykazuje kończyna dolna prawa, ustawiona w położeniu t. zw. bagnetowem. Oś kości udowej przecina się z osią goleni na poziomie guzowatości goleni. Lekkie nadwichnięcie goleni na zewnątrz, świadczy o zwiotczeniu całego aparatu więzadłowego stawu kolanowego. Przy zgięciu występuje objaw szufladkowy, co świadczy o zwiotczeniu więzadeł krzyżowych. Ruchomość czynna i bierna jest utrzymana, przy ruchach słyszy się trzeszczenia. Stopa prawa w położeniu varus, lewa planovalgus.

Na roentgenogramie widoczne w górnej nasadzie kości goleniowej płaskie wyżarcia o poszarpanych konturach i naloty okostnowe, poniżej stare złamania kości z przemieszczeniem odcinka obwodowego w bok. Granica trzonu i nasady przedstawia się jako jasna linja o nieregularnym przebiegu.



W dolnej nasadzie kości udowej rozrzedzenia jako zejścia po kilaku. A zatem oprócz pozostałości po *osteomyelitis gummosa* spotykamy ślady przebytych zmian wegnerowskich i zaburzenia kostnienia w postaci utrzymanej linji na granicy trzonu i nasady. Nigdzie na zdjęciach nie widać czynnych zmian kostnych.

Układ nerwowy bez zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy również bez zmian, wykazuje ujemny odczyn Wassermanna, chociaż we krwi ten odczyn jest silnie dodatni.

Badanie krwi wykazuje zmniejszoną ilość krwinek i hemoglobiny; w obrazie histologicznym lekka monocytoza.

Mocz o barwie jasnej, c. g. 1015, białko obecne w ilości 3°/₀₀, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, pojedyncze krwinki i nabłonki nerkowe. Polarymetrycznie nie stwierdza się lipoidów.

Badanie funkcjonalne nerek:

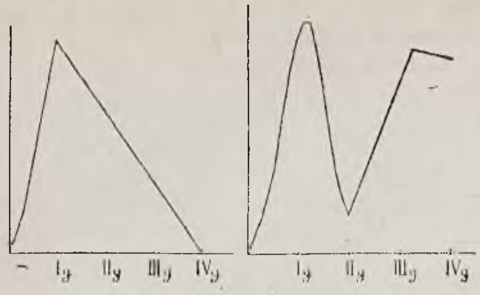
Próba wodna:

Próba rozcieńczenia: po podaniu naczczo 1000 g wody
1 godz. ilość moczu: 277 cm³ — c. g. 1010
2 godz. ilość moczu: 176 cm³ — c. g. 1005
3 godz. ilość moczu: 111 cm³ — c. g. 1007
4 godz. ilość moczu: 50 cm³ — c. g. 1010

Próba zagęszczenia:
1 godz. ilość moczu: 157 cm³ — c. g. 1012
2 godz. ilość moczu: 26 cm³ — c. g. 1020
3 godz. ilość moczu: 135 cm³(?) — c. g. 1005(?)
4 godz. ilość moczu: 134 cm³(?) — c. g. 1005(?)

A zatem typ krzywej rozcieńczenia odpowiada schorzeniu naczyniowemu (strome wznoszenie się krzywej). Stwierdza się zatrzymanie 376 cm³. RN we krwi prawidłowy. Ciśnienie krwi niepodwyższone. Próba jodowa: po podaniu 0,5 g KJ, jod wydzielił się po 48 godz. Błękit metylenu wydzielał się przez 96 g.

Krzywa Volharda:



Krzywa rozcieńczenia Krzywa zagęszczenia

Na podstawie powyższych wyników badania czynnościowego nerek stwierdzamy *glomerulo - nephritis* lekkiego stopnia.

Oprócz seroreakcji Wassermanna i Sachs-Georgiego, które jak wspomniano wypadły we krwi silnie dodatnio, wykonano także inne odczyny biologiczne, a mianowicie próbę luetynową, zastosowując obok luetyny Bussona, luetynę, otrzymaną ze zmian pierwotnych u królików, szczepionych kiłą. Naprzód wykonano odczyn luetynowy przez skaryfikację, analogicznie do próby Pirqueta, co dało słaby odczyn zapalny, natomiast po wstrzyknięciu śródskórnem obu rodzajów luetyny po 0,1 cm³ wystąpił bardzo silny odczyn ogólny i miejscowy: zapad, słabe tętno, ustawiczne wymioty, ciepłota początkowo poniżej normy, po kilku godzinach wzrosła do 38°. Równocześnie ilość białka w moczu podniosła się do 12‰. W miejscu wstrzyknięcia luetyny pojawił się silny odczyn zapalny w postaci guzka, żywo czerwonego, z pęcherzykiem ropnym na szczycie. Po kilku dniach wystąpiła *limphangitis* i powiększenie gruczołów pod pachą. Zaznaczyć należy, że luetyna królicza była dwukrotnie badana na jałowość. Badanie histologiczne skrawka wyciętego z guzka, odpowiadającego odczynowi luetynowemu, wykazało tkankę ziarninową o charakterze banalnym, nie udało się stwierdzić swoistych nacieków kilakowych.

Leczenie swoiste, które w tym wypadku należało stosować energicznie, natrafiało na znaczne przeszkody z powodu zmian w nerkach. Wobec tego ograniczono się do stosowania arsenobenzolu w dawkach po 0,15, w łącznej ilości 2,70 g. Stan chorej szybko się poprawiał, zmiany na skórze zabliźniły się.

Zasługuje na uwagę fakt, że przez kilka dni, bezpośrednio następujących po wstrzyknięciu novarsenobenzolu ilość białka w moczu zmniejszała się, w końcu obniżyła się stale do 1‰ chociaż chora nie przestrzegała djety i znacznie więcej chodziła, niż w początkach pobytu na klinice.

Ze względu na ten wynik leczniczy i na zaostrzanie się sprawy, toczącej się w nerce, pod wpływem luetyny, możnaby tu myśleć o tle kiłowem, chociaż nigdzie w piśmiennictwie nie spotykamy wzmianki o takiej ich formie. Zazwyczaj w kile spotykamy się z nefrozą, dość trudno byłoby przyjąć tak czystą postać *glomerulo nephritis,* jak przy błonicy ,czy też płonicy. Wywiady w tym kierunku nie dały żadnych danych.

* * *

W opisanym obrazie klinicznym zasługują przedewszystkiem na uwagę zmiany kostno-stawowe. Są one naogół dość częste w kile wrodzonej późnej tak, że niektórzy autorzy, jak N i c o l a s, G a t é, P i l l o n, uważają je wprost za stigmata i proponują wprowadzenie tetrady zamiast triady Hutchisona. Zdaniem innych są one częstszym i stalszym objawem, niż zęby Hutchinsona. W ogólności rozpatrzenie nowszego materjału statystycznego, odnoszącego się do częstości występowania zmian w różnych narządach w kile wrodzonej późnej, pozwala stwierdzić uderzający fakt, że zęby Hutchinsona należą do zmian raczej rzadkich, niż częstych (H i p p e l, H e y m a n n, d'A l i s e, P a r o u n a g i o n). Tego też objawu brak było w moim przypadku. W piśmiennictwie, zwłaszcza oftalmologicznem, podnoszono równoległość występowania *keratitis parenchymatosa* i zmian stawowych.

Zmiany kiłowe wrodzone w układzie kostnym można podzielić na 1) czysto kostne, 2) czysto stawowe, 3) mieszane. W grupie pierwszej spotykamy następujące postacie: 1) *osteochondritis,* 2) *periostisis,* 3) *osteomyelitis gummosa.* Z rzadszych zmian opisywano: 4) *osteomyelitis fibrosa rareficans* (P i c k), w której stwierdza się tylko ogniska rozrzedzenia i odczynowe bujanie okostnej, stąd też inna nazwa tej postaci *osteoporosis hypertrophica,* 5) nadmierny wzrost kości na długość, spowodowany zwyrodnieniem chrząstki na granicy trzonu i nasady.

Zapalenia stawów na tle kiły wrodzonej dają wysięk surowiczy albo ropny, z wyraźnie dodatnim odczynem Wassermanna w płynie wysiękowym.

W opisanym przypadku mamy do czynienia prawie wyłącznie ze zmianami kostnemi, jeżeli nie bierzemy pod uwagę towarzyszącej im *synovitis,* oczywiście następowej. Zmiany te zlokalizowane są jednakże tylko w końcach stawowych kości. Zajęte są naogół miejsca predylekcyjne: dolna nasada kości udowej i ramieniowej, oraz górna nasada goleni. Jako ciekawe i niezwykłe cechy tych zmian podnieść należy: że są one bardzo rozległe, że jako następstwo kilaków nie spotykamy ubytków, ani rozleglejszego zniszczenia, tylko rozrzedzenia tkanki kostnej, oraz zasługuje na uwagę morfologiczny charakter zmian w stawie łokciowym.

Również zasługują na uwagę zmiany w nerkach, gdyż na podstawie badania funkcjonalnego należałoby tu rozpoznać *glomerulo nephritis,* a z taką formą nie spotykamy się przy kile trzeciorzędnej, o ile mogłam stwierdzić na podstawie zebranego piśmiennictwa.

Piśmiennictwo.

F i n g e r - J a d a s s o h n: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Zentralblatt der Haut und Geschlechtskrankheiten od 1921 do 1929 roku.

Dr. Oskar BLATT. Lwów.

O leczeniu gruźlicy skóry wstrzykiwaniami tranu wedle Jaczewskiego.

Z oddziału skórno-wenerycznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. R. L e s z c z y ń s k i.

Schorzenia skóry, wywołane przez gruźlicę, wymagają obok energicznego leczenia miejscowego, przedewszystkiem podniesienia sił obronnych ustroju. Zasób znanych środków i sposobów t. zw. leczenia ogólnego gruźlicy wzbogacił ostatnio J a c z e w s k i (Przegląd Dermatologiczny Nr. 3, 1928) nową, a nader cenną metodą.

Zachęceni i upoważnieni przez Autora na dłuższy czas przed ogłoszeniem wspomnianej pracy, rozpoczęliśmy stosowanie w myśl sposobu J a c z e w s k i e g o na większym materjale chorych z gruźlicą skóry. Metoda ta polega na wstrzykiwaniu domięśniowo tranu z dodatkiem nalewki jodowej, w ilości 5%, podawaniu nalewki jodowej, tranu i *aqua calcis* doustnie oraz na pędzlowaniu zmian skórnych również nalewką jodową. Pozatem nie stosował autor żadnych innych zabiegów miejscowych, uzyskując w podany wyżej sposób dobre wyniki. Metodę J a c z e w s k i e g o zmodyfikowaliśmy nieco, stosując zamiast pędzlowania zmian toczniowych nalewką jodową opatrunki z tranu czystego.

W pracy J a c z e w s k i e g o znajdujemy teoretyczne uzasadnienie tego rodzaju leczenia, oparte na danych z biologji gruźlicy, roli lipaz i tłuszczów w gruźlicy oraz na spostrzeżeniach, dotyczących zmian w gospodarce wapnia i jego ciągłej utracie przez ustrój chory na gruźlicę.

Wprowadzając wstrzykiwania domięśniowe tranu z nalewką jodową do leczenia gruźlicy skóry, oparł się J a c z e w s k i na dobrych wynikach, uzyskanych przez F i n i k o w a, który leczył gruźlicę kości i stawów zapomocą wstrzykiwań oliwy z jodem. Rozumowanie autora, na które się w całości piszemy, opiera się na znanych, poniekąd specyficznych własnościach tranu, o ile idzie o gruźlicę. Tran podaje się w formie czystej, niewyjałowionej, aby go nie pozbawić cennych witamin. Domieszka nalewki jodowej (1:20), służyć ma do zabezpieczenia jałowości zawiesiny i do wywołania silniejszego odczynu miejscowego z limfocytozą. Osoby dorosłe otrzymują od 5—10 cm³ w odstępach 2—3 tygodnionych. Już po pierwszych próbach uderzyła nas niezwykła prawidłowość odczynu ogólnego o typie, stale się powtarzającym u chorych z tocznim zwyczajnym niezbyt rozległym, niepowikłanym większemi zmianami w płucach lub gruczołach chłonnych. Ciepłota chorych 6-go dnia po zastrzyku zaczyna narastać, osiągając szczyt swój 8 lub 9-tego dnia, by potem opaść krytycznie lub też stopniowo wrócić do normy. Zjawisko to stale występuje u wszystkich chorych i stanowi — jak się zdaje — najistotniejszą część działania tranu. W parze z odczynem ogólnym idzie odczyn miejscowy, a więc obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność w miejscu zastrzyku. Odczyn ogniskowy nie zawsze daje się stwierdzić. Niekiedy widzieliśmy istotnie zaostrzenie zmian na skórze. W niektórych przypadkach, do których później wrócimy, zachowuje się odczyn nieco odmiennie. W piśmiennictwie nie spotkaliśmy się z opisem podobnie regularnie przebiegających odczynów, jakkol-

wiek zastrzykiwania tranu — nie są w dermatologji nowością. W przypadkach ciężkiej świerzbiączki *(Prurigo Hebrae)* stosował je np. C i m o c a (Zbl. Bd. XII. 1154), uzyskując w ten sposób przemijającą poprawę.

Spostrzeżenia nasze poczyniliśmy na materjale chorych, obejmującym 120 przypadków *lupus vulgaris*, 2 przypadki *tbc. verrucosa cutis*, 6 przypadków rozsianych tuberkulidów i 5 przypadków *erythema induratum Bazin*, częściowo powikłanych przez tuberkulidy. Ponadto zastosowaliśmy leczenie metodą J a c z e w s k i e g o w 5 przypadkach *lupus erythematodes*, w których badania wstępne wykonane według F ü l l e n b a u m ó w n y (Acta derm.-vener. 1926. Vol. VII. Fasc. 3.) wykazały tło gruźlicze schorzenia.

I.

W przeważającej ilości przypadków tocznia zwyczajnego i gruźlicy skóry rozmiękającej, odczyn wspomniany przebiegał w sposób typowy t. j. zaczynał się 6-tego dnia po wprowadzeniu tranu z jodem, niewielką popołudniową zwyżką ciepłoty od 37,5° C, osiągał szczyt swój dnia 8-ego lub 9-tego; opadał najczęściej stopniowo do normy. Obok odczynu ogólnego t. j. zwyżki ciepłoty i ogólnego rozbicia, stwierdzaliśmy dość silny odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i obrzęku bolesnego w miejscu złożenia tranu z jodem. Udało się nam również w niewielkiej ilości przypadków zaobserwować i odczyn ogniskowy. Ciepłota w dniach odczynu nie przekraczała zwyczajnie zbytnio 38° C, zdarzały się jednakowoż przypadki, w których dochodziła, a nawet niekiedy przekraczała 40° C. Zdarzało się to najczęściej u chorych z bardzo rozległemi zmianami na skórze, lub też z powikłaniami w postaci zajęcia gruczołów chłonnych przez sprawę gruźliczą, ze zmianami w płucach lub też ze schorzeniem równoległem układu kostnego. U takich chorych występowała gorączka już na drugi dzień po zastrzyknięciu, a trwała niejednokrotnie znacznie dłużej, aniżeli normalnie.

Odczyn miejscowy w miejscu wstrzyknięcia bywał mniej lub więcej bolesny, jednakowoż tylko w niewielu przypadkach byliśmy zmuszeni do przeciwdziałania tej bolesności. Naogół chore nasze znosiły leczenie tranem dobrze, nie mieliśmy też dotąd żadnych poważniejszych powikłań.

O wpływie tego sposobu leczenia na cofanie się zmian toczniowych bez leczenia miejscowego, niewiele możemy powiedzieć gdyż silne i stałe przeciążenie oddziału choremi z gruźlicą skóry nie pozwalało nam rezygnować z równoczesnego leczenia miejscowego. Zauważyć bowiem musimy, że leczenie ogólne sposobem J a c z e w s k i e g o bez zabiegów miejscowych, wymagałoby kilkumiesięcznego pobytu chorych w szpitalu. Natomiast stwierdziliśmy niewątpliwie korzystny wpływ tej metody na stan chorych, rzadsze i późniejsze występowanie nawrotów, szybsze i łatwiejsze gojenie się ran pooperacyjnych. Nie wątpimy, że konsekwentne stosowanie zastrzyków (ambulatoryjnie lub u chorych pozostających pod opieką domową) może doprowadzić do wygojenia tocznia.

II.

Korzystny wpływ tranu na gojenie się gruźlicy rozmiękającej stwierdziliśmy w szeregu wypadków, stosując tran miejscowo jako okłady, obok leczenia ogólnego zastrzykiwaniami tranu z jodem. Z innych spraw gruźliczych szczególnie dobrze leczyło się chroniczne zapalenie stawów typu Poncet.

Oto krótki wyciąg z odnośnej historji choroby:

Chora Stefanja Z., lat 17. R o z p.: *Lupus vulgaris faciei. Arthritis chron. sicca tbc.* (Poncet) *Habitus phtisicus.*

17. IV. 1929. Chora skarży się na ból i obrzęk stawów międzyfalangowych palców obu rąk i ból w stawie biodrowym prawym. Stawy drobne obrzękłe, palce przykurczone.

18. IV. 1929. wstrzyknięto 5 cm³ mieszaniny tranu z jodem.

20. IV. 1929. Ciepłota ranna 38,5°, popoł. 39,4°, silne osłabienie.

25. V. 1929. Obrzęk palców znacznie się zmniejszył, jednak przykurcz palców, szczególnie 3 i 4. obu rąk utrzymuje się nadal. Biernie dają się wyprostować, jednak chora nie umie samoistnie to uczynić.

26. V. 1929. Chora odczuwa obecnie ból w stawach tylko podczas zmiany pogody, w dzień ciepły dolegliwości niema, jednak przykurcz palców utrzymuje się.

1. VI. 1929. wstrzyknięto ponownie 5 cm³ tranu z jodem.

10. VI. 1929. Stan przykurczu jest lepszy i obrzęk stawów jest znacznie mniejszy, utrzymuje się tylko w 3 i 4 palcu. Stawy same nieco zgrubiałe.

2. VII. 1929. odchodzi z poprawą do domu.

Jak wynika z przytoczonego pokrótce opisu, uzyskaliśmy metodą Jaczewskiego wynik leczniczy w przypadku omal, że beznadziejnym. Czy będzie on trwały, okaże dalsza obserwacja.

III.

Grupa druga naszej obserwacji obejmuje 6 przypadków tuberkulidów rozsianych oraz 5 przypadków zmian na kończynach dolnych, rozpoznanych jako *erythemata indurata* Bazin, a powikłanych częściowo przez tuberkulidy. Ocena wyników leczniczych osiągniętych w tych przypadkach metodą Jaczewskiego jest łatwiejszą z tego względu, że nie stosowaliśmy u chorych tych żadnego innego leczenia ogólnego, ani miejscowego. W przeważającej ilości przypadków stwierdziliśmy szybkie cofanie się zmian skórnych. Niektóre przypadki już po jednym zastrzyku tranu z jodem okazywały cofanie się wykwitów, inne wymagały dłuższego leczenia. Jedynie w jednym przypadku rozsianych tuberkulidów wynik nie był zadowalający, gdyż leczenie nie zapobiegało dostatecznie występowaniu nowych zmian w ciągu naszej obserwacji. W niektórych przypadkach *erythem. indur.* Bazin, opornych dotąd na wszelkie leczenie, wynik był wprost frapujący. Szybkie cofanie się nacieków na podudziach, gojenie się zmian owrzodziałych świadczy aż nadto dowodnie o wartości tej metody leczniczej.

Dla zobrazowania podajemy treściwie charakterystyczne przypadki.

P r z y p. 1. Karolina W., lat 36. Zmiany na podudziach po stronie wyprostnej i zginaczy w postaci plam nieregularnych sinoczerwonych, i guzów rozlanych, płaskich, niebolesnych. Odczyn Pirquet'a: d o d a t n i. Odczyn SRW: u j e m n y. R o z p.: *Erythema indur. Bazin.*

16. V. 1928. wstrzyknięto domięśniowo 5 cm³ tranu z jodem doustnie podano *aqua calcis* i tran.

31. V. 1928. ponowne zastrzyknięcie tranu z jodem.

Po 2 injekcjach zupełne cofnięcie się nacieków i guzów na podudziach z pozostawieniem przebarwionych blizenek. W ciągu dalszych 3 miesięcy brak nawrotu.

P r z y p. 2. Katarzyna Ch., lat 26. Na prawem ramieniu i na kończynach dolnych rozsiane brunatne guzki. Na szczycie niektórych guzków zaznaczone mniej lub więcej rozmiękanie. Szereg brunatno przebarwionych, charakterystycznych blizenek.

R o z p. *Tuberculosis cutis papulo-necrotica.*

L e c z e n i e: 20. X. 1928. injekcja 5 cm³ tranu z jodem.

Znaczna poprawa już po 1. zastrzyku. W ciągu 3-ch tygodni ustąpienie zmian skórnych.

IV.

W grupie trzeciej mamy pięć przypadków tocznia rumieniowego, a to jeden przypadek podostry *(lup. eryth. subacutus)*, cztery zaś przewlekłe. *(l. er. chron. discoides)*. Z pośród nader obfitego materjału tocznia rumieniowego, jaki w ostatnich latach przez oddział się przewinął, wybraliśmy te przypadki, w których udało nam się stwierdzić współistnienie gruźlicy w ustroju. Obok badania klinicznego i prób biologicznych kierowaliśmy się w doborze przypadków wspomnianą powyżej metodą Füllenbaumówny. Rozszerzając w ten sposób zakres chorób leczonych metodą Jaczewskiego, chcieliśmy niejako *ex iuvantibus* uzyskać potwierdzenie gruźliczej genezy tocznia rumieniowego w danych przypadkach. Nie udało nam się jednak w żadnym przypadku przewlekłego *lupus erythem.* uzyskać trwalszej poprawy. Natomiast w przypadku podostrym, dostawionym na oddział w stanie bardzo ciężkim, a przywróconym po 5-miesięcznem leczeniu do zdrowia bylibyśmy skłonni, do pewnego stopnia poprawę uzyskaną przypisać choć w części leczeniu tranem. Postępowaliśmy bardzo ostrożnie, a jednak już po 1. injekcji ½ cm³ (!) tranu z jodem wystąpiła u chorej reakcja ogólna i ogniskowa, trwająca przez 3 tygodnie, chwilami o bardzo niepokojącym i groźnym charakterze. Zwolna ciepłota się obniżała, a stan chorej zaczął się poprawiać. W okresie najgroźniejszym podawaliśmy chorej chininę, a później arszenik. Po 3-miesięcznej przerwie wróciliśmy do tranu, podając tym razem tylko 0,25 cm bez silniejszego odczynu: kolejno wstrzyknęliśmy w odstępach 2-tygodniowych 0,50 i 1 cm³ tranu z jodem, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym.

R e s u m é:

1) Wstrzykiwanie tranu z jodem wedle metody Jaczewskiego oraz okłady z tranu w gruźlicy wrzodziejącej i zołzowatej, prowadzą do zupełnego wygojenia.

2) Również niezawodnem jest stosowanie tego leczenia przy tuberkulidach rozmaitego typu.

3) Stanowi ono wedle naszych doświadczeń cenny środek pomocniczy w leczeniu tocznia zwyczajnego.

4) Dodatni wpływ tranu z jodem na przebieg tocznia rumieniowego *(lupus erythematodes)* wymaga potwierdzenia.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

O djetetycznej metodzie leczniczej bezsolnej Dra Gersona.

Od połowy lipca 1929 prasa codzienna niemiecka zrobiła wiele hałasu z powodu wystąpienia chirurga monachijskiego prof. Sauerbrucha i jego ucznia Herrmannsdorfera na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 3 lipca 1929 r. W referacie swym przedstawił on doniesienie o pomyślnych wynikach leczenia najrozmaitszych objawów gruźlicy, przeprowadzonego od przeszło sześciu lat metodą djetetyczną Dra Maxa Gersona, lekarza praktykującego w Bielefeld w Westfalji. Wskutek wystąpienia Sauerbrucha w Berlińskiem Towarzystwie Lekarskiem prasa codzienna rozdmuchała tę sprawę djetetyki Gersona, która dopiero znajduje się w okresie badań i obserwacyj do rozmiarów sensacji, do czego przyczyniły się liczne artykuły w gazetach codziennych, wykłady przez radjo i t. p., a entuzjazm przedwcześnie i przesadnie propagowany i potęgowany leżał także na linji interesu firmy farmaceutycznej, mającej monopol wyrobu „mineralogenu" o którym będzie mowa. Sauerbruch starał się wprawdzie w dziennikach i pismach fachowych pohamować tę falę entuzjazmu, atoli mimoto doprowadziła ona do pewnego bezkrytycyzmu u lekarzy i pacjentów i do rozdźwięków oraz niesmacznych starć osobistych między lekarzami na łamach pism lekarskich niemieckich.

Wszelako korzystne działanie tej metody zaobserwowane w klinice Sauerbrucha, zainteresowały nią cały świat lekarski.

Metoda Gersona powstała z współdziałania przypadku i empirji. Podczas studjów po doktoracie na klinikach Alberta Fraenkla, Magnusa Lewyego, Boruttaua i Otfrieda Förstera zmuszony był i miał sposobność przeprowadzania bardzo licznych oznaczań chlorków w moczu przy najrozmaitszych schorzeniach. Zauważył on wówczas często nieregularność w wydzielaniu się chlorków w moczu, których normalnie wydziela się 10—25 g na dobę, oraz, że wstrzymaniu się wydzielania chlorków towarzyszy złe samopoczucie. Wówczas nabrał on przekonanie o ważnej roli chloruremji w patologji a między innemi o okresowem nagromadzaniu się chlorków we krwi. Ponieważ sam cierpiał na konstytucjonalną migrenę i stwierdził u siebie chloruremję w napadach, przeto zastosował u siebie bezsłoną djetę a napady migreny znikły. Zaczął on tedy leczyć djetą bezsłoną migrenę i stopniowo rozszerzył to leczenie na inne choroby nerwowe.

W r. 1924 ogłosił we „Fortschritte der Medizin" pracę p. t.: „Ueber die konstitutionelle Grundlage von nervösen Krankheitserscheinungen u. deren therapeutische Beeinflussung", w której doniósł, że w licznych chorobach, jak w migrenie, nerwicach naczynioruchowych, w astmie oskrzelowej, tic'ach, padaczce, nerwicach serca, *crises gastriques* i t. p. stwierdził przez miareczkowanie ługiem n/10 (dziesięcionormalnym) wyższą i silniejszą kwasotę aniżeli normalnie i przypuszcza że zachodzi tu nieznana nieprawidłowość pośredniej przemiany materji. Jako leczenie proponuje stałe podawanie mieszanki soli alkalicznych, którą wówczas nazwał *„pulvis cardinalis"* a której składu nie podał.

Idąc dalej w tym kierunku, zwrócił uwagę na fakt, że tkanki schorzałe gruźlicze i nowotworowe są bogate w chlorek sodu a ubogie w wapno i w sole alkaliczno-żelaziste, w fosforany, siarczany i krzemiany, zapoczątkował w pewnych schorzeniach nerwowych a później w raku i gruźlicy leczenie djetetyczno-mineralne, polegające na usuwaniu soli kuchennej i pokarmów słonych a podawaniu tych soli, których ilość jest w tkankach gruźliczych i rakowatych najbardziej ograniczona. Tę grupę soli nazwał on „mineralogen'em". Obejmował on przed wojną 4 sole, obecnie zaś około 15 składników. Ilościowy skład dokładny mineralogenu nie został ujawniony, lecz fabrykacja została oddana w monopol fabryce: Pharma, Max Löbinger et Co Berlin-Charlottenburg 4 Wilmersdorferstrasse 85, gdzie mieszanina soli jest fabrycznie wyrabiana pod nadzorem chemika według wskazówek Gersona. „Mineralogen" jest też do nabycia u firmy: „Brückner, Lampe et Co, Berlin, Schöneberg, Kolonnenstrasse 29". Według badań Herrmannsdorfera, Junga i Steina okazuje on odczyn słabo kwaśny i zawiera: *Alumen ustum, Calcium phosphoricum, Natrium silicicum, Magnesium sulfuricum, Natrium sulfuricum, Bismutum subnitricum, Calcium lacticum, Natrium bisulfuricum, Natrium bromatum* i białko jako środek łączący. Według ugrupowania jonowego zawiera on głównie:

Kationy: *Calcium, Magnesium, Strontium, Natrium, Bismutum.*

Aniony: Kwas fosforowy, Siarczany, Tiosiarczany, Kwas krzemowy, Węglany, Brom, Kwas salicylowy i mlekowy.

Główny nacisk kładzie Gerson na kationy. Odciągnięcie soli ustrojowi a równocześnie zalanie ustroju innymi minerałami jest swoistością tej metody. Pierwotne leczenie djetetyczne poza zupełnym zakazem soli obejmowało też zupełny zakaz mięsa a zalecanie jarzyn i owoców surowych lub mało gotowanych.

Uzyskawszy tą metodą dobre wyniki u chorych dotkniętych wilkiem i przy zewnętrznej gruźlicy z przetokami, przystąpił Gerson do leczenia gruźlicy tą metodą.

W tym okresie, znany chirurg monachijski prof. Sauerbruch zainteresował się tą metodą i posłał swoich 2-ch współpracowników prof. Schmidta i Dra Herrmannsdorfera do Bielefeld dla przestudjowania na miejscu tej metody, a otrzymawszy korzystne sprawozdanie, polecił swoim asystentom, głównie Herrmannsdorferowi zastosować ją na swojej klinice, co z początku urządzono przy pomocy samego Gersona. Na klinice bowiem Sauerbrucha już przedtem interesowano się wpływem djetetyki na leczenie chorób chirurgicznych. Mianowicie u dwóch chorych septycznych, którzy z własnego popędu zupełnie wstrzymali się od jedzenia, pod wpływem tego głodzenia sprawa chorobowa przybrała uderzająco korzystny przebieg. Ponieważ głodzenie prowadzi do kwasicy w ustroju i do przewagi kwasów nad zasadami w przemianie mineralnej ustroju, przeto zwrócono uwagę na stosunek kwasów do zasad i zadano sobie pytanie czy przez zmianę w tej gospodarce kwasowo-zasadowej zapomocą odpowiedniego odżywienia nie można wywrzeć wpływu na przebieg leczenia zakażonych ran. Tą kwestją ze zlecenia Sauerbrucha zajął się jego asystent Dr. Herrmannsdorfer, który w roku 1924-tym wykazał że przebieg leczniczy i poprawa zapaleń ostrych i przewlekłych, może być związaną ze sposobem odżywiania się i polega na pewnych prawidłowych zjawiskach przemiany materji. Badania jego, jak wspomniałem, obracały się w kierunku gospodarki kwasowo-zasadowej. Zestawił on dwie djety z których jedna wpływa na przemianę materji w kierunku kwasowym, druga alkalicznym. Stwierdził on, że djeta, w której jest przewaga kwasów nad alkaljami, względnie przekwaszająca, wpływa na rany w ten sposób, że zmniejsza wydzieliny, rany stają się suchszemi, ziarnina powstaje w przyspieszonem tempie i ożywia się, zawartość bakteryj wyraźnie się zmniejsza, wytwarzanie blizn ułatwia się. Djeta alkalizująca działa przeciwnie: ziarnina jest szklisto-napęczniała, wydzielina się zwiększa, staje się mazistą i cuchnącą, zawartość bakteryj się zwiększa. Przy tych sposobach żywienia szło nie tyle o ilość pokarmów i zawartych kaloryj, ile o rodzaj djety.

Właśnie w tę dziedzinę myśli wchodzi metoda Gersona odżywiania bezsolnego chorych gruźliczych, którą klinika Sauerbrucha i praktyczne wykonała. Atoli w djecie Gersona wprowadziła klinika Sauerbrucha pewne zmiany o których będzie jeszcze mowa. Wyniki były przekonywujące, ponieważ stwierdzono nie tylko przybytek wagi ciała lecz także przemianę tak korzystną w ogólnym stanie chorych, że poprawy i wyleczenia określa Herrmannsdorfer jako zadziwiające, prawie cudowne, występujące u ciężko chorych i uważanych za straconych. Nadto leczenie djetetyczne miałoby doniosłe znaczenie także i przez to, że obejmuje w dużej mierze ciężko chorych, którzy powinni być usuwani z otoczenia i leczeni w zakładach bez względu na okres i stopień schorzenia. Wydatki na djetę Gersona według Sauerbrucha przekraczają w Monachjum o 1 markę dziennie koszta djety chorych 3-ciej klasy a według Herrmannsdorfera wynoszą dzienne koszta djety dla jednego chorego 2,30—2,50 Mk niemieckich, licząc tylko koszta surowych produktów a nie wliczając kosztów przyrządzania.

Chorzy leczeni metodą Gersona w klinice Sauerbrucha w osobnym pawilonie Y, byli tam leczeni wyłącznie djetetycznie t. j. nie stosowano u nich wyciągów lub opatrunków ustalających, naświetlań, leków, maści i t. p. Chorzy z gruźlicą skóry i wilkiem nie byli leczeni przez opatrunki, nadżeranie, operacje, naświetlania, wogóle nie byli lokalnie leczeni. Także płuco-chorzy byli tylko poddani ogólnej pielęgnacji bez stosowania jakichś innych metod leczniczych. Nadto wykluczono z leczenia lekko chorych oraz takich pacjentów u których widoki na wyleczenie były same przez się korzystne.

Poraz pierwszy ogłosili wspólnie korzystne wyniki, osiągnięte metodą djetetyczną u ciężko chorych gruźliczych w styczniu w r. 1926 w Nrze 2-gim i 3-cim Münch. med. Woch. — Sauerbruch, Herrmannsdorfer i Gerson.

Wówczas były wyniki następujące:

1) *Gruźlica skóry i wilk 8 przypadków:*

Znaczna poprawa 6 przypadków.
Poprawa 1 przypadek.
Za krótki czas obserwacji 1 przypadek.

2) *Gruźlica kości i części miękkich 20 przypadków:*
Bardzo znaczna poprawa 3 przypadki.
Poprawa 7 przypadków.
Za krótki czas obserwacji 8 przypadków.
Brak poprawy 3 przypadki.

3) *Gruźlica płuc 43 przypadków:*
Znaczna poprawa 6 przypadków.
Poprawa 16 przypadków.
Brak poprawy 15 przypadków.
Śmierć (za krótka obserwacja) 1 przypadek.

Co do przebiegu leczenia to odpadanie strupów i powstanie blizn wymaga 3—4 miesięcy a w przypadkach ciężkich i starych 6—12 miesięcy.

Wyniki późniejsze ogłoszone przez Sauerbrucha i Herrmannsdorfera w r. 1928 obejmują:
116 gruźlicy płuc
45 gruźlicy kości i części miękich
23 wilka z gruźlicą skóry.

Autorowie uważają dla osiągnięcia wyniku conajmniej 3-miesięczne leczenie lub dłuższe za korzystne. Aczkolwiek widzieli dobre rezultaty u chorych, którzy pozostawali krócej niż 2 miesiące w ich leczeniu, takie jak: zamykanie się małych przetok, wysychanie i zabliźnianie wrzodów, utrzymywanie się wydzieliny z ognisk kostnych, zmniejszanie się ilości plwociny, często znakomite poprawianie się stanu podmiotowego i wagi ciała np. u 1 chorego przybytek 28 funtów w 52 dniach.

Pojęcia „wyleczony" autorowie nie używają, ponieważ przy gruźlicy nawet po zupełnej klinicznej poprawie mogą się pojawić nawroty, ponieważ nadto nie można na żywym z pewnością rozstrzygnąć czy sprawa wyleczona ukończona jest bez reszty anatomicznie i odpornościowo-biologicznie. Nie jest to wprawdzie ogólnie przyjęte ocenianie i naogół praktycznie utrata objawów i odzyskanie zdolności do pracy przyjmowane jest jako wyleczenie. Autorowie przy gruźlicy chirurgicznej i skórnej stwierdzili na 68 chorych:
Bardzo znaczna poprawa u 33 chorych.
Poprawa u 15 chorych.
Za krótka obserwacja u 12 chorych.
Brak poprawy u 7 chorych.

Lecznicze działanie diety najbardziej wpada w oko w gruźlicy zewnętrznej, zwłaszcza przy wilku. Najszybciej zmienia się obraz w postaciach wrzodziejących i sączących.

Najbardziej zdumiewające były wyniki w gruźlicy kości i stawów, które były związane z ogniskami szeroko na zewnątrz przebitemi lub otwartemi, o mieszanej infekcji, z zapadem, gorączkami septycznemi, z białkomoczem i obfitym ropnem wydzielaniem. O tych piszą autorowie że niejednego z tych straconych leczenie dietetyczne uratowało.

W tej grupie na 37 chorych:
Zdolność do pracy 8
Znaczna poprawa 10
Poprawa, lecz jeszcze potrzeba leczenia 6
Za krótka obserwacja 8
Brak poprawy 4
Zmarł 1.

Mniej może być zobrazowanym korzystny wynik w gruźlicy płucnej, ponieważ wynik pośredniego badania może być złudnym, ponieważ przy bliznowatem zaciąganiu się tkanki płucnej rzężenia i trzeszczenia pozostają a rzężenia bywają słyszalne nawet po klinicznem wyleczeniu. Przy badaniu rentgenologicznem zarówno ognisko czynne jak blizna okazują plamę cienia, której nie zawsze można dokładnie ocenić, zwłaszcza jeśli warunki zdejmowania a mianowicie twardość i oddalenie rury nie były jednakie.

Ilość chorych płucnych 116.
Wszyscy w plwocinie prątkowali.

Prawie u wszystkich była sprawa wysiękowa lub włóknisto-wysiękowa z rozpadem i jamami.

Bardzo znaczna poprawa (po części ponowna zdolność do pracy) 35
Poprawa — potrzeba dalszego leczenia 20
Za krótka obserwacja 43
Brak poprawy 11
Śmierć 7.

W przypadkach leczonych dietetycznie bujanie włókniste, bliznowacenie i zaciąganie występowało bardzo szybko i silnie. Małe jamy do wielkości orzecha włoskiego znikały zupełnie co stwierdzano zarówno fizykalnie jak rentgenologicznie.

Przy schorzeniu obu płuc, z jamą po jednej stronie, w 13 przypadkach przez leczenie dietetyczne stan na tyle się poprawił, że można było przedsięwziąć zabieg operacyjny, bo płuco mniej schorzałe uspokoiło się i wypełniało swe zadanie mimo operacyjnego zacieśnienia drugiego płuca. Więc mimo tego, że zabiegi poprzednio nie dawały się uskutecznić po tej diecie zdołano:
5 razy założyć odmę piersiową,
3 razy uskutecznić wycięcie n. przeponowego *(Phrenicusexhairese),*
1 raz założenie plomby,
3 razy torakoplastykę,
1 raz robiono próbę zamknięcia przetoki płucnej po operacyjnem otwarciu jamy płucnej.

Także u chorych z równoczesnem zajęciem płuc i innych narządów wielokrotnie obserwowano widoczną poprawę.

Szczególną zwrócono uwagę na znaczny przybytek wagi ciała. Albowiem u ciężko chorych zazwyczaj przybytku wagi ciała nie obserwuje się, a tu obserwowano u nich i to znaczny przybytek, mimo, że pożywienie pod względem ilości kaloryj znacznie niżej stało aniżeli pożywienie w lecznicach i sanatorjach. A zatem przybytek wagi pozostawał w związku specjalnie z rodzajem diety.

Na 184 chorych:
Straciło na wadze 11-tu.
Nie przybrało na wadze 27-miu, z których 19-tu było krócej w leczeniu niż 8 dni i było tylko 1 raz ważonych.
Przybytek 1—10 funtów u 51 chorych
Przybytek 11—20 funtów u 43 chorych
Przybytek 21—30 funtów u 24 chorych
Przybytek 31—40 funtów u 14 chorych
Przybytek 41—50 funtów u 9 chorych
Przybytek 51—60 funtów u 1 chorego
Przybytek 63 funtów u 1 chorego
Przybytek 77 funtów u 1 chorego.

Chorzy z przybytkiem obracającym się w granicach między 51—77 funtów chorowali na najcięższą gruźlicę chirurgiczną (zapalenie gruźlicze kręgosłupa z licznymi zimnymi ropniami o mieszanem zakażeniu, gruźlicę otrzewnej z równoczesnem zapaleniem stawu biodrowego i ropniami części miękich, gruźlicę stopy, albo równoczesną obustronną gruźlicę płuc i t. p.). Wszyscy byli przy początku leczenia bardzo wynędzniali, po części uważani poprzednio jako beznadziejni.

Atoli także chorzy u których nie występował przybytek wagi ciała zdrowieli zupełnie klinicznie i jeszcze przy kontrolnem badaniu stwierdzono po roku, że są wyleczeni. Przy tej sposobności Sauerbruch i Herrmannsdorfer podkreślają, że nie zachodzi bezpośredni związek między przybytkiem wagi a poprawą w każdym przypadku, niekiedy bowiem cierpienie nie poprawia się mimo znacznego przybytku wagi ciała i na odwrót mimo widocznego i poprawiania się choroby brak przybytku wagi ciała. Podkreślają oni wciąż, że miarodajnym jest rodzaj pożywienia a nie ilość.

Przy wykluczeniu przypadków leczonych krócej niż przez 2 miesiące, na 129 chorych stwierdzono:
Znaczną poprawę u 68.
Poprawę u 55.
Brak poprawy u 18.
Śmierć u 8.

U 18 chorych po roku przeprowadzono kontrolne badanie i stwierdzono utrzymanie się poprawy. Tylko u 2-ch z wilkiem stwierdzono poszczególne guzki, a u 2-ch z pośród 11-tu dotkniętych gruźlicą płucną stwierdzono nieznaczne pogorszenie. Także poprawę stwierdzano mimo powrotu do zwyczajnego pożywienia.

W r. 1929 w Nrze 1 i 2 Münchener med. Wochen. omawiają leczenie gruźlicy płuc Baer, Herrmannsdorfer i Kausch, na podstawie 3½-letniej obserwacji i ciągłych badań oraz doświadczenia na przeszło 100 chorych płucnych w pawilonie Y na Klinice Sauerbrucha. Nie ma tam całkowitego przeglądu z doświadczeń dietetycznych, lecz omawianych jest kilkanaście poszczególnych typowych postaci gruźlicy płucnej jako wyrażających pewne grupy. Dochodzą do wniosku, że pod wpływem dietetycznym przekształcają się sprawy wysiękowe w bujająco-włókniste. Temu towarzyszy wysychanie, utrata gorączki, zmniejszenie wydzieliny, znikanie prątków. Niedożywione osobniki poprawiają się na wadze mimo, że nie stosowano przekarmienia. Także bodziec klimatyczny tu nie działał. Wszelako po 6—14 miesięcznem leczeniu uzyskano tylko poprawę a jak krytycznie zaznacza później Klemperer żadna poprawa w tych przypadkach nie odznacza się ani nadzwyczajną szybkością ani rozmiarami.

Przy djecie stosowanej w Klinice Sauerbrucha u średnio-ciężkich chorych zupełnie zakazane: palenie, alkohol, sól kuchenna i jej namiastki, wędzone i przyprawione mięso, kiełbasy, szynki, słonina, wędzone i solone ryby, ocet, przyprawa maggi do zup, kostki buljonowe, ostre sery, konserwy, ostre przyprawy i t. p. Mięso znacznie zostaje ograniczone, a potrzeba białka pokrytą zostaje przez mleko i jaja. Natomiast jako konieczne w djecie uznano: 1 — 2 surowe jaja, kilka cytryn (stopniowo od 2 — 6), wszelkiego rodzaju owoce, sałaty, pomidory, surowe korzenie, soki wyciśnięte z surowych jarzyn ($^1/_2$ — $1^1/_2$ litra jako dodatek do zup i innych potraw), kompoty, $^1/_2$ litry surowego mleka, także yoghurt, kefir, mleko tłuste, masło bez soli, twaróg bez soli w ilości 50 — 75 g. W południe i wieczór świeże nieparzone jarzyny. Karofle (120 g). Mniej pokarmów mącznych i jajowych. Mało chleba bez soli. Mało surowego cukru. Trochę świeżej ryby.

Jak powyżej wspomniałem klinika Sauerbrucha wprowadziła w djetę Gersona pewne zmiany a mianowicie okazuje mniejszą powściągliwość w podawaniu świeżego mięsa, ryb i trzewiów jak grasicy, móżdżku, płuc i wątroby, podaje dużo tłuszczu a natomiast ogranicza pokarmy węglowodanowe a mianowicie mączne, pieczywo i słodycze. A zatem ta djeta nie jest wegetarjańską ani jednostronną, lecz mieszaną. Przytem położono wielki nacisk na spożywanie surowych składników roślinnych i zwierzęcych, jak surowe owoce i jarzyna, surowe jaja, surowe mleko i skrobane mięso. Chodzi tu w znacznym stopniu o zachowanie witamin odgrywające rolę przy zwalczaniu gruźlicy a które przez gotowanie, pieczenie i inne sposoby przyrządzania zostają zniszczone. Stąd tendencja podawania obficie surowego jedzenia (Rothkost) i możliwego skracania czasu smażenia, gotowania i pieczenia. Gotowe potrawy podaje się do jedzenia o ile możności do natychmiastowego spożywania — dla uniknięcia podgrzewania.

Naogół djetę Gersona-Sauerbrucha charakteryzuje: obfita ilość białka i tłuszczu a względnie mała węglowodanów albowiem pro die 90 g białka, 160 g tłuszczu i 220 g węglowodanów — około 3000 kaloryj — dalej możliwie zupełne usunięcie soli kuchennej, obfite dostarczanie potasu (w jarzynach, sałatach i owocach) oraz wapnia i magnu zawartego w „mineralogenie", w końcu wysoka zawartość witamin, osiągana częścią przez podawanie pokarmów surowych, częścią przez możliwe ograniczenie czasu pieczenia, smażenia i gotowania potraw.

W przybliżeniu wygląda djeta ta następująco:

7 rano: papka, $^1/_3$ litra mleka, płatki owsiane, albo ryż, grysik, kukurydzianka lub tapioka, $^1/_2$ jaja, łyżeczka kawowa masła, cukier lodowaty, cytryna, cynamon lub wanilja.

9 rano: Tran, słaba kawa, przeważnie słodowa, wiele mleka, chleb i masło, miód lub marmolada, mineralogen.

10 rano: surowe owoce, surowa jarzyna, surowe żółtka z sokiem cytrynowym.

$12^1/_2$ popol.: Zupa, 1 danie, owoce, mineralogen.

4 popol.: Mleko, kakao lub nieco kawy, ciasto, keksy, sucharki, chleb z masłem, miodem lub marmeladą.

$6^1/_2$ wieczór: 1 danie, owoce, mineralogen.

9 wieczór: papka (jak rano), kwaśne mleko, tran.

Ścisłe przeprowadzenie tej djety jest trudne i niemożliwe bez izolacji chorych, bez przeprowadzania kontroli odwiedzających i zapobiegania przemycaniu zakazanych potraw lub soli kuchennej.

Prócz djety podaje się „mineralogen", 3 razy dziennie t. j. o 9 rano, o $12^1/_2$ w południe i o $6^1/_2$ wieczór, po jedzeniu, pełną łyżkę stołową, zamieszawszy go dokładnie we wodzie drewnianą łyżką a nadto 45 gramów dziennie fosforu z tranem *(Phosphori 0,025 olei jecor. aselli 300)* 2 razy dziennie t. j. o godz. 7 rano i 8 wieczór po $1^1/_2$ łyżki stołowej w dobrze ochłodzonej temperaturze.

Z kliniki monachijskiej prof. Sauerbrucha wyszła w Lipsku w r. 1929 praca wspólna Dra Herrmannsdorfera i jego żony, p. t.: „Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser", zawierająca wskazówki kucharskie i wytyczne dla praktycznego przeprowadzenia tej djety i uniknięcia błędów, wielokrotnie popełnianych. Praca ta poza ogólnemi uwagami i rozpatrzeniem podstaw tej djety, zawiera spis i omówienie zakazanych i dozwolonych środów spożywczych, podział dzienny potraw i zestawienie tygodniowe jadłospisu na cały rok. Nadto Herrmannsdorfer w „Med. Klinik" 1929 Nr. 32 podaje zestawienie potraw zakazanych, dozwolonych w ograniczonym stopniu oraz dozwolonych potraw i przypraw.

Klinika Sauerbrucha nie przyjęła, jak wspomniałem, bezkrytycznie metody Gersona. Owszem nie zgodzono się na wyobrażenia Gersona, i jak wyżej wspomniałem, stwierdzono, że „mineralogen" nie jest mieszaniną alkaljów, lecz, oddziałuje słabo kwaśno, i twierdzono że djeta Gersona nie działa alkalizująco, gdyż zawiera prócz zasadowych roślin także wiele składników zakwaszających. Także tran zalecany przez Gersona nie działa alkalizująco. Wskutek tego na klinice Sauerbrucha zmieniono djetę Gersona a w szczególności nie usunięto zupełnie mięsa lecz ograniczono ilość jego do 600 g tygodniowo.

Między naukowem stanowiskiem kliniki Sauerbrucha a Gersonem zachodzi zasadnicza różnica. Przedewszystkiem Gerson broni się przeciw temu jakoby jego leczenie djetetyczne było leczeniem swoistem przeciw gruźlicy. Uważa on je za ogólne leczenie konstytucyjne, które nie ma się ograniczać wyłącznie do leczenia gruźlicy. To samo leczenie djetetyczne jako podstawowe, które w poszczególnych przypadkach musi być dostosowane indywidualnie, stosuje on w migrenie, wilku, gruźlicy kostnej, w infantyliźmie Heubnera, w postaciach matolectwa, w astmie i innych stanach kurczowych, w schorzeniach przemiany materji, w zniekształcających zapaleniach stawów, u luetyków przy napadach żołądkowych i bólach przeszywających, przy schorzeniach wątroby i przewodu pokarmowego, przy otyłości, w okresie przejściowym, w chorobach nerwowych i umysłowych. Wyobraża on sobie, że ta djeta zmienia konstytucję, zmienia reakcje schorzałego organizmu tak, że ilości hormonów które przedtem nie działały lub ledwie że działały, stają się czynnemi i skutecznemi. Zauważył on że luetycy, po zastosowaniu djety reagowali na znacznie mniejsze dawki swoistych leków, oraz że wogóle u leczonych djetetycznie także inne leki jak jod, naparstnica i arsen działać zaczęły w znacznie mniejszych dawkach. Dalej stwierdził on, że także działanie czynników fizycznych jak słońca górskiego, lampy kwarcowej, promieni Roentgena po djetetycznem leczeniu potęgowało się 10-ciokrotnie. Według Gersona zatem we wszystkich reakcjach zarówno hormonalnych jak chemicznych i fizykalnych djeta z dodatkiem mineralogenu uczula ciało. W ten sposób według niego tłumaczy się dlaczego niektóre osobniki wrażliwe są z natury na jeden lub drugi lek, dlaczego niektóre ludy orjentalne odżywiające się w sposób wegetarjański są nadwrażliwe na leki. Swojem leczeniem djetetycznem wywołuje Gerson odnowę zagubionej wrażliwości i siły ochronnej ustroju. Każdy chory ustrój jest według niego zatruty, względnie uszkodzony w ten sposób, że nie ma siły szybkiego wydzielania drażniących i chorobotwórczych substancyj, zwłaszcza w chorobach przewlekłych, nie jeden narząd jest chory lecz wszystkie komórki, tkanki, płyny, przemiana mineralna, układ nerwowy trzewny i gruczoły dokrewne. Leczenie musi zatem przynieść pomoc wszystkim komórkom. Jako czynnik leczniczy wchodzi tu w grę 1) jako przedewszystkiem najsilniejszy odciągnięcie soli. Przez to następuje dehitratyzacja t. j. odwodnienie, odciągnięcie chlorków chorym komórkom. Ograniczenie soli jest tego rodzaju, że wydzielana z moczem ilość chlorków nie przekracza przeciętnej ilości 2,7 g na dobę, podczas gdy w prawidłowych stosunkach zdrowy człowiek wydziela w ciągu doby 10 — 15 — 25 g chlorku sodowego.

Że podatność do zakażenia pozostaje w związku z zawartością wody w tkankach o tem już i dawniej wiedziano. Np. chirurgowie zwalczali stany ropienia i zapalenia przyranne przez suche traktowanie. Także pedjatrzy np. Czerny i Finkelstein u limfatycznych dzieci świadomie zwalczali wodnistość tkanek i przez djetę ubogą w sól kuchenną wysuszali i usuwali sączące wypryski i ropienia na skórze i błonach śluzowych. Że przy procesie leczniczym, wywoływanym djetą Gersona-Sauerbrucha właśnie odciągnięcie soli odgrywa ważną rolę o tem przekonał się doświadczalnie Herrmannsdorfer. Podawał on niektórym chorym bez ich świadomości sól kuchenną w postaci tabletek mentolowych, a wskutek tego wystąpiło zwiększenie się wydzieliny z wrzodów, spotęgowały się na nowo objawy zapalne i w sposób bardzo widoczny leczenie się opaźniało. Jesionek przypisuje leczniczy wpływ tej djety wyłącznie jej ubóstwu w chlorek sodowy, ponieważ według niego chlorek sodowy względnie jony sodowe i chlorowe zaburzają w skórze chemizm komórek miąższowych skóry i wywierają wpływ osłabiający na te komórki w ich czynności, która według Jesionka polega na tem, że wytwarzają one produkty przemiany materji mające własność tuberkulolityczną i które ze skóry oddawane są do wnętrza ciała.

W djecie Gersona odwadnianie uskutecznia się przez usuwanie sodu t. j. chlorku sodowego i równoczesne wzmożenie ilości potasu przez podawanie jarzyn, sałaty i owoców. Djeta ta prócz odwadniania drogą doboru pokarmów równocześnie przez dodatek i doprowadzenie innych soli w „mineralogenie" wywołuje zmianę kierunku przemiany mineralnej t. j. „transmineralizację" ustroju. Stosunki te są bardzo zawikłane, trudne do wglądu i bardzo mało znane. Zdaje się być jednak pewnem, że jony sodowe zarówno w połączeniu z chlorem jako chlorek sodowy jak również jako węglany przyciągają wodę, podczas gdy potas działa odwadniająco. Jonom wapniowym i magnezowym przypisuje się działanie mo-

czopędne, wysuszające, przeciwzapalne i zakwaszające. Wszystkie te działania jonów są od siebie zależne i wpływają na siebie nawzajem. 2) Djeta, ta według Gersona pobudza wydzielanie żółci oraz sekrecję wszystkich gruczołów jelitowych. Odpływ żółci wydala według niego jady przemiany materji i infekcyjne, a potęguje ten odpływ zdaniem Gersona podawanie fosforu z tranem.

3) Djeta ta wywołuje zasypanie organizmu witaminami. W tym celu nie wystarcza według Gersona trochę owoców i 1 pomidor, lecz potrzeba całej surowiznowej djety powyżej przytoczonej, zwłaszcza wiele soków owocowych i jarzynowych, w najrozmaitszych odmianach do $1^1/_2$ litra dziennie, ponieważ przeważnej ilości witamin nie znamy. Witaminy te najrozmaitszego rodzaju i pochodzenia oddziałują według Gersona na wszystkie komórki, zwłaszcza na gruczoły dokrewne i wyzwalają ich funkcję poprzednio zahamowaną. Stopniowo ożywiają się wszystkie funkcje komórek, nabierają siły do regeneracji i obrony — obojętnie czy chodzi o zniszczenie prątków gruźliczych czy krętków kiłowych, lub o wydzielanie innych wytworzonych i nagromadzonych jadów. Bardzo wyraźnie ujawnia się poprawa różnych zaburzeń jak upławów, wypadania włosów i t. p. To działanie witaminów ma jednak swą kliniczną granicę gdyż po kilku tygodniach występuje po przesyceniu organizmu pewien rodzaj spoczynkowego ustania procesów leczniczych, a po pauzie na nowo ustępuje.

Gerson wyciąga wniosek, że swoiste leczenie gruźlicy staje się zbytecznem, gdyż na jego miejsce wstępuje w szranki ogólne odtruwanie i odżywianie całego schorzałego organizmu. Natomiast co do skuteczności metody to według zapatrywań tych którzy djetę stosowali specjalnie przeciw gruźlicy, sprawa przedstawia się następująco: Wilk jest nawet w najcięższych przypadkach wyleczalny a wyleczenie następuje w ciągu 6—9 miesiecy. Gruźlica kości, próchnienia i przetoki są nawet w ciężkich przypadkach wyleczalne o ile niema zwyrodnienia skrobiowatego. Leczenie może trwać dłużej jak rok. W gruźlicy nerek, także obustronnej, oczu, języka i t. p. można uzyskać poprawę aż do zdolności do pracy. Djeta musi być szereg lat a nawet przez całe życie zachowaną. W gruźlicy krtani wyniki są niepomyślne o ile sprawa chorobowa wywołuje zaburzenia w odżywianiu. W gruźlicy żołądka, kiszek i otrzewnej wyniki bywają szybkie i dobre, chyba że zbliznowacenia po wyleczeniu wywołują przeszkody w czynności jelit. W gruźlicy płuc można w sensie praktycznym uzyskać wyleczenia.

W związku z metodą Gersona zapoczątkowali P. Müller i Quincke badania zwłok, zmarłych na gruźlicę i stwierdzili w mięśniach zawartość chlorków o 100—200 procent wyższą od ilości zawartej w zwłokach prawidłowych. Również stwierdzili oni zwiększenie zawartości wody w muskulaturze, atoli nie w tymsamym stopniu.

Metoda ta znalazła zwolenników i popleczników. I tak Prof. Lexer wprowadził ją w Monachjum do swojej kliniki chirurgicznej. Klinika chirurgiczna w Charité w Berlinie urządziła specjalny oddział pod kierunkiem Dra Herrmannsdorfera, który wygłosił w r. 1929 wykład na ten temat na posiedzeniu chirurgów Środkowych Niemiec (Mitteldeutsche Chirurgentagung) z obrazem na dotychczas osiągnięte wyniki, z licznymi obrazami i krzywemi. Wielkim i bezwzględnym zwolennikiem tej metody djetetycznej jest prof. Jesionek w Giessen, znany specjalista w dziedzinie leczenia wilka. W r. 1928 i 1929 z Zakładu Jesionka dla leczenia wilka ogłosił Dr. Bommer pracę o 150 przypadkach wilka. Stwierdza on, że tą djetą daje się uzyskać absolutne wyleczenie i piękny efekt kosmetyczny.

Proces leczenia wilka przebiegał stale taksamo a tylko czas trwania bywał różny u różnych chorych. Przeciętnie po 14 dniach występowało ostre, jasne zaczerwienienie, trwające 2 tygodnie. Potem występowało łuszczenie trwające 3 tygodnie, a skóra otoczenia bladła. W następnych 3—4 tygodniach wrzody wysychały pokrywając się strupkami a w dalszych 3 tygodniach wytwarzała się zaczerwieniona delikatna blizna. W 8—10 tygodni od początku leczenia znikały pojedyncze guzki wilka. Znikanie guzków następowało etapami z pauzami 4—5 tygodniowymi. Bommer przytacza interesujące zdarzenie z kliniki Jesionka. Zauważono, że 5-ciu chorych potajemnie przemycało i brało sobie jedzenie niedjetetyczne lub sól. Tym chorym zostawiono wolność wyłączenia się i wyeliminowano z leczenia djetetycznego, wszelako później chorzy ci widząc znakomite wyniki leczenia sami prosili o kontynuowane djety.

Również Clairmont (Zürich) i Schüller (Klinika w Bonn) ogłosili korzystne wyniki lecznicze w gruźlicy chirurgicznej, przyczem materjał Schüllera obejmuje stokilkadziesiąt ciężkich przypadków gruźlicy kostnej i skórnej.

Atoli metoda ta napotyka także na głosy krytyczne i opozycyjne, odmawiające jej wartości, przyczem zwolennicy metody Gersona zarzucają im, że polegają na zbyt krótkich i niewystarczających doświadczeniach i że opinje te polegają przeważnie na rozważaniach teoretycznych. Praktyczne przeprowadzenie bowiem tej metody, zdaniem jej zwolenników, wymaga umiejętności, ćwiczenia i zapału .Chorych musi się przyzwyczajać do nowej djety i zwalczać wstręt do niej. Do przyzwyczajenia się do djety potrzeba około dwóch tygodni.

Klemperer stosował leczenie Gersona u 15-tu chorych przez 6 tygodni bez skutku, a zdaniem jego djeta Gersona-Sauerbrucha ma przy leczeniu gruźlicy skóry i wilka nadzwyczajną wartość, mniejsze już znaczenie w gruźlicy chirurgicznej a nie ma znaczenia w gruźlicy płuc. Straub i Heinelt (Greifswald) Westphal (Frankfurth n. M.) Pfeffel (Düsseldorf) i Kretz (Wiedeń) stwierdzają, że djeta Gersona o ile jest dobrze znoszoną wywołuje często przybytek na wadze lecz nie zauważyli nigdy żadnych zmian w przebiegu gruźlicy ani gorączki a Kretz i Heinelt twierdzą, że przybytek wagi ciała może wywrzeć dodatni wpływ psychiczny i poprawę ogólnego samopoczucia. Kretz też zwraca uwagę, że o ile pierwotną djetę można było uważać za kwaśną, to jednak przez wprowadzenie wielu świeżych owoców, jak również kartofel i mleka stosunki te zmieniono, a zakwaszające działanie polega więcej na odciąganiu soli.

Vulpius i Bettman (Lipsk) nie potwierdzają opinji kliniki chirurgicznej monachijskiej w sprawie leczniczego znaczena djety w leczeniu gruźlicy gruczołów, stawów, kości, części miękich i narządu moczopłciowego. Co się tyczy gruźlicy płucnej to następujący autorowie albo nie widzieli skutków leczenia djetetycznego albo nie widzieli nadzwyczajnych, wyróżniających się efektów: Wigand, Schlesinger, Gmelin, Pfeffer i Stern, Apitz, Schmit, Müller (Hamburg). Liesenfeld stosował ją u 40-tu chorych przez $1^1/_2$ roku i doszedł do przekonania, że metodę tę należy zarzucić i że wydatki, praca i przykrości nie opłacają się.

Bardzo silnym przeciwnikiem tej metody jest Gettkant, lekarz naczelny opieki przeciwgruźliczej (Tuberkulose-Fürsorgestelle) w Schöneberg, który przez dziesięć miesięcy próbował ją w sanatorjum Schöneberg, „zupełnie bez działania leczniczego" na proces chorobowy, stwierdzając jedynie przybytek wagi ciała, natomiast brak poprawy objawów fizykalnych i rentgenologicznych, nieznikanie prątków z plwociny, brak zmiany w obrazie krwi i w szybkości opadania krwinek, brak powrotu do zdolności do pracy. Dr. Schwalm (Berlin) w 20 przypadkach nie uzyskał żadnych korzystnych wyników.

Także „mineralogen" Gersona nie znalazł pełnej aprobaty u wszystkich. Pomijam już otaczanie tajemnicą dokładnego jego składu, które tak jaskrawo odbija np. od Ehrlichowskiego postępowania, który swój arsenobenzol dokładnie jako preparat 606 wyjaśnił, zanim go oddał fabryce jako „salwarsan" do produkowania. Wspomniałem, że Klinika Sauerbrucha nie uważa go za mieszaninę alkaljów gdyż oddziałuje kwaśno. Liesenfeld doniósł, że w najrozmaitszych paczkach świeżych oryginalnych mineralogenu stwierdził zmienny stopień kwasoty i odmienny smak.

Francuzi (Mouzon) podkreślają że pierwszy Robin zwrócił w r .1895 uwagę na proces demineralizacji, zwłaszcza dekalcyfikacji zachodzący w gruźlicy i dał podstawę do rozpowszechnionego dziś leczenia gruźlicy wapnem, związanego z przypuszczeniem, że niektóre toksyny gruźlicze zostają zniszczone przez sole wapniowe i że ustrój dla zneutralizowania i zamurowania ogniska bakteryjnego posługuje się swoimi rezerwami wapnia. Według Robina dekalcyfikacja znacznego stopnia jest wyrazem niezdolności komórek do zużytkowania soli mineralnych, zależnej prawdopodobnie od zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych. Co do „mineralogenu" nie można sobie urobić według Mouzona zdania, które elementy są w nim czynne, albowiem niektóre jego składniki są w wodzie wprost nierozpuszczalne a inne w mieszaninie w styczności z wodą dają straty. Nie wiadomo zatem co z tej mieszaniny po zadziałaiu soku żołądkowego zostaje wessane. Badania pH, amoniaku moczowego i rezerwy alkalicznej nie wykazują żadnej charakterystycznej modyfikacji a w szczególności nie da się stwierdzić ani zakwaszanie, do którego dąży Herrmannsdorfer ani alkalizacja której się spodziewa Gerson. We Francji, mówi Mouzon, od czasu prac Robina i Ferriera próbowano „remineralizować" gruźliczych; nie wiadomo czy Niemcy, którzy mówią obecnie o „transmineralizacji" będą mieli więcej szczęścia. Także Kretz nie przypisuje wielkiego znaczenia „mineralogenowi". Również Jesionek, którego poglądy poprzednio przytoczyłem, nie jest zwolennikiem mineralogenu na podstawie następujących doświadczeń: 1) Podawał on mineralogen przez 4 do 5 miesięcy przy zwykłej djecie i nie uzyskał żadnych wyników leczniczych. 2) Podawał djetę bezsłoną bez dodatku mineralogenu

i uzyskał taki sam pozytywny rezultat leczniczy jak przy równoczesnem dodawaniu mineralogenu. 3) U pewnej liczby chorych trzymanych na diecie, którzy dostawali przez dłuższy czas mineralogen, musiano przerwać podawanie mineralogenu, ponieważ firma dostarczająca go dotąd, nie dostarczyła go. Pomimo to, proces leczniczy u tych chorych przebiegał taksamo jak w czasie podawania mineralogenu.

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, t. zw. djeta Gersonowska daje dodatnie wyniki lecznicze, lecz metoda ta znajduje się dopiero w okresie badań i doświadczeń. Nie stwierdzonem jest na pewno w jakim stopniu i zakresie i na które narządy rozciąga ona skuteczne działanie. Nie wiadomo na pewno jakiemi drogami i zmianami wpływa ona na proces leczniczy. Problem leczenia gruźlicy przez tę metodę nie został rozwiązany, bo aczkolwiek celowe odżywianie jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym w gruźlicy, to jednak nie może być ono uważane za jedyny środek wszechleczniczy w tem cierpieniu, gdyż obraz i przebieg gruźlicy jest zmienny i zależny od powikłanych warunków biologicznych, chemicznych, morfologicznych, mechanicznych i socjalnych. Natomiast doniosłe znaczenie posiada mojem zdaniem metoda Gersona przez ogólno biologiczne ujęcie problemu leczniczego. Wprawdzie bowiem od dawna wiadomą jest rzeczą, że na proces chorobowy składają się z jednej strony bodźce zewnętrzne, względnie czynniki zakaźne a z drugiej strony odczyn ustroju. Atoli zachowanie się ustroju i wahania w nim oraz wpływ tego właśnie czynnika na powstawanie i przebieg choroby zbyt mało jest znany i uwzględniany.

Dotychczas medycyna pod wpływem morfologicznego nastawienia myślowego w anatomji patologicznej a przyczynowego ujmowania chorób w bakterjologji, zaniedbywała znaczenie ogólnych odziaływań, jak właśnie odżywiania, zwłaszcza w chorobach zapalnych i tego stanu, który objęty jest nazwą „dyspozycji chorobowej". Dowód, że zmiana w sposobie odżywiania może gruntownie wpłynąć na sposób oddziaływania organizmu w chorobie musi wpłynąć na dalszy rozwój terapji. Dlatego metoda Gersona może stać się bodźcem i punktem wyjścia nowych badań w dziedzinie terapji i spowodować szersze biologiczne ujęcie widnokręgu leczniczego, tembardziej, że już dziś dość znaczna ilość badań podąża do wykrycia istoty zmiennych ogólnych chemizmów w ustroju. Na tej drodze rozwinęły się dotąd liczne badania nad anafilaksją, senzybilizacją, hiperglikemją, nad hypercholesterinemią, nad kwasicą, alkalozą i zaburzeniami równowagi zasadowo-kwasowej oraz nad zaburzeniami we funkcji wydzielniczej gruczołów dokrewnych. Także Gerson przyznaje, że potrzeba będzie jeszcze wielu lat pracy, aby w dziedzinę djetetyczno-leczniczą wprowadzić naukowe wyjaśnienia. Mojem zdaniem metoda Gersona cenną jest więcej przez drogę, którą wskazała, niż przez efektywne, acz niewątpliwe rezultaty, które dotąd uzyskała.

Z prac autorów polskich, które już dawniej wchodziły w omawianą dziedzinę należy wspomnieć prace A. Gluzińskiego, który pierwszy przed kilkudziesięciu laty zwrócił uwagę na zatrzymanie chloru we krwi, towarzyszące niekiedy stanom mocznicowym i który wprowadził do kliniki pojęcie bardzo ciężkiego zatrucia śmiertelnego pod nazwą bezchlorowej mocznicy *(Uraemia achlorica)*. Zwrócił on uwagę, że jeszcze przed zjawieniem się białkomoczu zmniejszać się może wyraźnie wydzielanie chloru, co jest według G. poniekąd zwiastunnym objawem stanu chorobowego nerek. Pozatem prąd remineralizacji, zapoczątkowany głównie przez Robina, w Polsce znalazł wyraz w pracach prof. Latkowskiego, który szeregiem ścisłych badań przyczynił się do wyjaśnienia roli soli wapniowych w ustroju i był propagatorem tej metody leczenia.

Piśmiennictwo.

1) G. Baer, A. Herrmannsdorfer u. H. Kausch: Ergeb. kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose. (Münch. med. Woch. 1926. Nr. 1. 2). — 2) Berliner Mediz. Gesellschaft. Sitzung v. 2 Juli 1929. (Münch. med. Woch. 1929. Nr. 29). — 3) S. Bommer: Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose (Münch. med. Woch. 1929, Nr. 17). — 4) S. Bommer: Die Ernährungstherapie der Hauttuberkulose nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer (Münch. med. Woch. 1928, Nr. 37). — 5) S. Bommer: Grudlagen u. Ausblicke der Diätbehandlung des Lupus vulgaris (Die medizinische Welt. 1929. Nr. 39. — 6) M. Gerson: Die Entstehung u. Begründung der Diätbehandlung der Tuberkulose (Die med. Welt. 1929. Nr. 37). — 7) M. Gerson: Erwiderung auf die Ausführungen des Herrn Geheimrat Sauerbruch. (Die med. Welt. 1929. Nr. 39). — 8) B. Gettkant: Die Heilkostbehandlung der Tuberkulose nach Gerson. (Die med. Welt. 1929. Nr. 38). — 9) A. Herrmannsdorfer: Der Einflus besonderer Ernährungsart auf schwere Formen tuberkulöser Erkrankungen. (Mediz. Klinik 1929. Nr. 32). — 10) M. u. A. Herrmannsdorfer: Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser. Leipzig 1929. — 11) Jesionek: Zur Diätbehandlung der Hauttuberkulose (Münch. med. Woch. 1929. Nr. 21). — 12) F. Klemperer: Besprechung des Vortrages, welcher in der Berliner Med. Gesellschaft d. 3 Juli 1929. gehalten wurde von Sauerbruch u. Herrmannsdorfer. (Therapie der Gegenwart 1929. September). — 13) L. Korczyński: Choroba Brighta Poznań 1927. — 14) J. Mouzon: Le régime de Gerson (La Presse Médicale 1929, Nr. 77). — 15) F. Sauerbruch: Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1929, Nr. 33). — 16) F. Sauerbruch: Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. (Die mediz. Welt. 1929. Nr. 34). — 17) F. Sauerbruch: Stellungnahme zu Gerson und Gettkant. (Die med. Welt. 1929, Nr. 38). — 18) Sauerbruch, Herrmannsdorfer, u. Gerson: Ueber Versuche, schwere Formen der Tuberkulose durch diätetische Behandlung zu beeinflussen. (Münchener med. Wochenschrift. 1926. Nr. 2). — 19) F. Sauerbruch u. Herrmannsdorfer: Ergebnisse und Wert einer diätetischen Behandlung der Tuberkulose (Münch. med. Wochenschr. 1928, Nr. 1).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław BUEHN, Lekarz Naczelny Poradni. Lwów.

Państwowa Poradnia Szkolna we Lwowie.

A) Rys organizacyjny.

Państwowa Poradnia lekarska dla młodzieży szkolnej szkół publicznych we Lwowie została założona przez Kuratorjum Okręgu Szkolnego we Lwowie, przy współudziale Gminy m. Lwowa i oddziału Lwowskiego Czerwonego Krzyża. Początki organizacji Poradni Szkolnej sięgają roku 1921, kiedyto uruchomiono oddziały oczny, dentystyczny i wewnętrzny przy Klinikach Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. W roku 1924. zostały wyżej wymienione Poradnie przeniesione do lokalu w szkole Piramowicza przy placu Strzeleckim l. 5 .Z roku na rok ulegały agendy Poradni rozszerzeniu, tak że z końcem roku szkolnego 1928/29. pracowało w Poradni, 24 lekarzy, 2 higjenistki, 5pomocnic, 1 urzędnik administracyjny. Ilość oddziałów Poradni wynosiła 16, a mianowicie: 1) oddział chorób wewnętrznych żeński, 2) oddział chorób wewnętrznych męski, 3) oddział naświetlań lampą kwarcową męski, 4) odział naświetlań żeński, 5) pracownia roentgenologiczna, 6) laboratorjum dla analiz lekarskich, 7) oddział chorób skórnych, 8) oddział chorób nerwowych, 9) oddział chorób uszu, nosa i gardła, 10) oddział chirurgiczno-ortopedyczny, 11) oddział oczny dla młodzieży szkół powszechnych, 12) oddział okulistyczny dla młodzieży szkół średnich, seminarjów nauczycielskich i szkół zawodowych, 13) oddział dentystyczny centralny. Wszystkie powyższe oddziały znajdują pomieszczenie w centrali przy placu Strzeleckim. Ponadto posiada Poradnia trzy filje urządzone na peryferjach miasta celem zaoszczędzenia młodzieży mieszkającej na przedmieściach drogi i czasu któryby musiała stracić na odbywanie dalszej drogi do centrum miasta. Istnieją dwie filje dentystyczne (14, 15), oraz filja oddziału naświetlań (16). Wszystkie oddziały wyposażone są w kompletne instrumentarja dla celów djagnostycznych i terapeutycznych. Podnieść należy że oddziały naświetlań lampą kwarcową dysponują 7 lampami kwarcowemi i 2 lampami Sollux; zaś oddział dentystyczny posiada kompletnie wyposażonych 7 foteli dentystycznych na których pracuje 10 dentystów.

Pracownia roentgenologiczna wykonuje wszelkiego rodzaju zdjęcia, prześwietlania i powierzchowną terapję.

Praca wszystkich oddziałów Poradni polega nie tylko na leczeniu chorych, lecz także w razie potrzeby Poradnia zajmuje się badaniem i wydawaniem orzeczeń w sprawach zdolności lub niezdolności do zawodu nauczycielskiego, zdolności fizycznej do hufców szkolnych i ćwiczeń cielesnych.

Na szczególne podkreślenie zasługuje działalność oddziału dentystycznego, który przeprowadza systematyczną sanację uzębienia wśród młodzieży szkół średnich, seminarjów nauczycielskich i szkół zawodowych. Sposób przeprowadzania tejże sanacji przedstawia się następująco: z początkiem roku szkolnego dokonują dentyści przeglądu stanu uzębienia młodzieży klas 1, 2, 5, 6, szkół śred. i 1, 2, 5 r. seminarjów. Przy tym przeglądzie segreguje się młodzież potrzebującą naprawy uzębienia w myśl obowiązującego regulaminu Poradni szkolnej regulującego sprawę korzystania

przez młodzież szkolną z pomocy lekarskiej w Poradni, i przeznacza się młodzież której rodzice są członkami Kas Chorych i Wojewódzkiej Pomocy lekarskiej dla urzędników Państwowych do przeprowadzenia sanacji uzębienia w powyższych instytucjach, młodzież zamożną przeznacza się do leczenia u lekarzy prywatnych, zaś młodzież ubogą przeznacza się do Poradni skolnej, gdzie stopniowo przez cały rok szkolny przeprowadza się sanację uzębienia. Z końcem roku szkolnego następuje powtórny przegląd, a u uczniów którzyby ewentualnie nie przeprowadzili nakazanej sanacji, stosuje się odpowiednie rygory szkolne. Podobnie okuliści przeprowadzają kotrolę stanu oczu młodzieży niższych klas szkół średnich skierowując młodzież wedle powyższych norm dla zaopatrzenia się w ewentualnie potrzebne szkła lub do leczenia choroby ocznej.

Poradnia szkolna przyjmuje pacjentów tylko zaopatrzonych w zlecenie lekarza szkolnego. Opłat za badanie i leczenie nie pobiera się, jedynie pobiera się opłaty za zabiegi, zwł. dentystyczne jako zwrot za materjał. Bardzo znaczny procent młodzieży najuboższej zostaje zwolniony od wszelkich opłat na wniosek odpowiedniej Dyrekcji szkolnej. Poradnia szkolna bowiem jest zorganizowana na zasadzie samowystarczalności gospodarczej. Tylko pobory lekarzy wypłaca Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego, zaś gmina m. Lwowa dostarcza lokalu, opału i światła, oraz opłaca 1 higjenistkę; oddział Lwowskiego Czerwonego Krzyża opłaca jedną pomocnicę i użyczył pewnej części instrumentarjum, oraz Panie wolontarjuszki prowadziły z ramienia powyższej instytucji kancelarję centrali dentystycznej.

B) Działalność w roku szkolnym 1928/29.

Niżej podajemy rys działalności poszczególnych oddziałów Poradni w ubiegłym roku.

A) Oddział wewnętrzny. Do zbadania przysłano ogółem 129 chłopców i 929 dziewcząt, którym udzielono 2854 porad. Młodzieży szkół średnich przyjęto 1173, szkół powszechnych 1042. Na pierwszy plan wysuwały się schorzenia gruczołów chłonnych (powiększenia gruczołów zewnętrznych) 667 przyp. i niedokrewność 284. Na dalszym planie stoją choroby narządu pokarmowego (144), serca (113), niegruźlicze schorzenia płuc (283). Choroby innych narządów trafiały się w niewielkiej ilości, zaś podkreślić należy, że ilość schorzeń reumatycznych była niewielka (22). Pododdział dla gruźlicy współpracował z Lwowskiem Towarzystwem Walki z Gruźlicą informując się wzajemnie o wypadkach gruźlicy wśród młodzieży szkolnej, oraz korzystając z pomocy pielęgniarek powyższej instytucji w przeprowadzeniu wywiadów u rodzin chorych. Ogółem zarejestrowano 7 przypadków gruźlicy otwartej, potwierdzonej badaniem bakterjologicznem, 177 przypadków gruźlicy gruczołów dookołaoskrzelowych, 109 przypadków gruźlicy płuc nieczynnej i niebezpiecznej dla otoczenia, 18 przypadków gruźlicy kości i stawów. Z zestawienia powyższego wynika częstość schorzeń gruźliczych wśród młodzieży szkolnej, gdyż stwierdziliśmy ją niewątpliwie u 14,3% naszych pacjentów, a zaznaczyć należy, że nie wliczono tu tak częstych u młodzieży powiększeń gruczołów zewnętrznych których tło jest również w znacznej mierze gruźlicze.

W laboratorjum wykonano 639 badań. Ilość uczniów którzy pobierali naświetlania wynosiła 741, którym zastosowano 10870 naświetlań. Prześwietlań Roentgenem (od 23. II. 1929) wykonano 166, zdjęć 31.

B) Oddział oczny. Do oddziału ocznego dla młodzieży szkół powszechnych zgłosiło się 2776 dzieci, którym udzielono 13.692 porad i zabiegów. Ostrych zapaleń spojówek stwierdzono 24 przypadków; grudkowe zapalenie spojówek 1674 przypadków; zapalenie brzegu powiek 624, jęczmieni 34, gradówek 9, zapalenia pryszczykowego spojówek 52. Jaglicy stwierdzono 49 wypadków w tem 5 jaglicy sączącej. Wszawicę rzęs znaleziono u 41 dzieci i to przeważnie dzieci szkół żydowskich. Zmian zapalnych rogówki 18, niezapalnych 78. Zezów rozbieżnych 426, zbieżnych 232, niedośleрu 14 przypadków. Z wad refrakcji przeważa wśród młodzieży szkół powszechnych dalekowzroczność (917 przyp), nad krótkowzrocznością (103). Astygmatyzm najczęściej stwierdzano mięszany. Reszta chorych przypada na rzadsze zmiany wrodzone i schorzenia soczewki, dna oka, oraz zmiany urazowe.

Do oddziału ocznego dla młodzieży szkół średnich i zawodowych zgłosiło się 2178 uczniów którym udzielono 4719 porad. Z poszczególnych schorzeń stwierdzono ostre zapalenie spojówek 34, zapalenie brzegu powiek 67, przewlekłe zapalenie spojówek 285, grudkowe 407, pryszczykowe 34, jęczmień 47, gradówka 13. Jaglicy stwierdzono 4 przypadki, z czego 3 w stanie zakaźnym. Chorób soczewki, rogówki i dna oka spotkano 18. Zezu 17. Z wad refrakcji zanotowano: dalekowzroczność u 649 pacjentów, krótkowzroczność u 244, z czego przypada 152 na krótkowidzenie niżej — 2 D. Astygmatyzm stwierdzono u 44 uczniów. Masowo zbadano 62 klas, z czego 22 klas w gimnazjach, 17 w seminarjach i 23 w szkołach zawodowych. Ilość zbadanych masowo uczniów wynosiła 2109.

C) Oddział dntystyczny. Ogółem przyjęto w centrali i filjach dentystycznych A i B 3610 pacjentów, którym udzielono 14.317 porad i zabiegów. Uczniów szkół powszechnych przyjęto 948, szkół średnich i zawodowych 2662. Usunięto 1357 zębów stałych, 986 mlecznych. Operacji wykonano 7. Wkładek założono 6754. Zgorzeli leczono 129. Wypełnień korzeni wykonano 1686. Plomb założono ogółem 5050.

D) Oddział neurologiczno-psychjatryczny. Oddział był czynny od dnia 1. II. 1929. Ogółem przyjęto 58 chorych, którym udzielono 137 porad. Organicznych schorzeń nerwowych leczono 17, neuroz i psychoneuroz 31, upośledzonych umysłowo 2, wad wymowy 8. Poza leczenie chorób nerwowych stosuje się w oddziele psychoanalizę, oraz zajmuje się poprawą wad wymowy.

E) Oddział otolaryngologiczny. Ogółem przyjęto 1458 pacjentów (585 ze szkół średnich i zawodowych, 873 ze szkół powszechnych) którym udzielono 2788 porad. Zabiegów wykonano 1055. Wśród przyjętych pacjentów było 396 z chorobami uszu, 4 z chorobami jamy ustnej, 478 z chorobami gardzieli, 113 z chorobami krtani, 69 z chorobami szyji. Zabiegów wykonano w narządzie słuchowym 444, w nosie 137, w jamie ustnej 6, w gardzieli 260, w krtani 99, na szyji 99.

F) Oddział chorób skórnych czynny był od 1. XI. 1929. Przyjęto 371 pacjentów którym udzielono 504 porad. Chorób skórnych leczono 366, wenerycznych 5. Do najczęstszych schorzeń należały trądzik pospolity (38) odmrożenie (26), pryszczyca (81), liszajec pospolity (50), świerzb (16), brodawki posp. (28), brodawki płaskie (28), kiła dziedziczna (2), rzerzączka u dziewcząt (3). Zabiegów wykonano 12.

G) Oddział chirurgiczny czynny był od 15. V. 1929. Przyjęto 18 pacjentów i wykonano 14 zabiegów operacyjnych.

Ogółem w Państwowej poradni Szkolnej przyjęto w ubiegłym roku szkolnym 12.684 pacjentów (6775 ze szkół średnich, 5949 ze szkół powszechnych), którym udzielono 39.129 porad. Ilość udzielonych zabiegów wynosiła 26.453.

Cyfry powyższe wymownie ilustrują działalność Państwowej Poradni Szkolnej roztaczającej swą opiekę nad zdrowiem naszego przyszłego pokolenia, które gdy dorośnie odczuje wówczas zbawienne skutki powyżej skreślonej akcji higjeniczno-zapobiegawczej.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Willer: *Ergebnisse der Encephalitisforschung.* Würzburger Abhandlungen. Bd. V. H. 5, 225—240. Leipzig — Verlag Kabitsch.

Krótkie i doskonałe zestawienie obecnego stanu nauki o encephalitis epidemica. Autor rozpatruje treściwie symptomatologię, etjologię, patogenezę oraz histopatologię. Następnie omawia stosunek konstytucji do encephalitis a w końcu zastanawia się nad pytaniem, czy dotychczasowe wyniki badań histologicznych w zakresie nagminnego zapalenia mózgu pozwalają na lokalizację pewnych funkcyj i zaburzeń psycicznych a specjalnie psychoz endogennych: schizophrenji i psychozy manjakalno-depresyjnej. Odpowiedź na to pytanie wypada ujemnie.

A. Ślączka (Kraków).

A. Knorr: *Beiträge z. Kenntniss d. Lidschlages unter normalen u. patologischen Verhältnissen.* Würzburger Abhandlungen. B. V. H. 4, 197—223. Leipzig — Verlag Kabitsch.

Praca wypełnia lukę w odnośnem piśmiennictwie, które dość po macoszemu traktuje sprawę mrugania powiekami. Pierwsza część omawia mechanizm mrugania, jego znaczenie dla ustroju oraz drogi odruchowe. W drugiej części podaje autor wyniki własnych spostrzeżeń, a więc określa zależność częstości odruchów od wieku, konstytucji, wysiłków fizycznych, bólu i temperatury ciała. Nakoniec omawia wpływ niektórych stanów psychicznych i schorzeń organicznych jak: manja, depresja, Basedow, parkinsonizm, sclerosis multiplex oraz Tabes dorsalis.

A. Ślączka (Kraków).

Otto Seifert: *Działanie ubiczne modnych środków leczniczych.* Würzburger Abhandlungen. Bd. V. H. 9, 1929. Verlag C. Kabitsch.

Autor na kilkudziesięciu stronach w broszurce, stanowiącej już piąty dodatek do jego dzieła z r. 1923 wylicza w alfabetycznym porządku cały szereg specyfików niemieckiej fabrykacji, określając przy każdej nazwie w paru słowach skład chemiczny leku, jego formę i działanie uboczne, przyczem wylicza odnośną literaturę.

Praca dowodzi o dokładności i sumienności autora, niestety, dla nas posiada mniej znaczenia, gdyż większość środków leczniczych wyliczonych przez autora, nie jest u nas w kraju dopuszczona do obrotu.

O. Reiner.

Dr. med. Stefan Czarnota-Bojarski i Dr. med. et phil. Eleonora Reicher: ***Fizykalne sposoby badania klinicznego.*** Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. Książnicy-Atlas. Lwów-Warszawa 1929. Z przedmową Prof. Dr. Gluzińskiego. Stron tekstu 258. Rysunków 70.

Opracowanie podręcznika zgodnie z wymogami pedagogiki klinicznej, z uwzględnieniem cenniejszych danych z piśmiennictwa tego tematu dotyczącego, jest przedsięwzięciem w swej istocie bardzo celowem. Uczącym się potrzebny jest podręcznik nie zbyt obszerny, nie wdający się zbytnio w drobiazgi a nacechowany stylem przejrzystym, wyczerpującą treścią i dużą siłą pedagogiczną. Autorzy niniejszej pracy włożyli sporo trudu, by uczynić zadość wspomnianym warunkom i dopięli swego celu. Całość przedmiotu podzielili zgodnie z wymogami nauki na rozdziały omawiające ogólne cechy organizmu, poprzedzone ogólnemi uwagami o badaniu chorych, rozdziały określające sposoby badania narządów klatki i ostatnią część podręcznika dotyczącą jamy brzusznej. Najważniejszym dla badania fizycznego narządom t. j. oddechowemu i u. krążenia poświęcili autorzy — o ile się wliczy osobne ustępy dotyczące oddechania, tętna, sfigmomanometrji (ze sfigmobolometrją włącznie) — prawie trzy czwarte całej książki. Mimo widocznej stałej dążności do głębszego ujmowania rzeczy (ustępy dotyczące zjawisk akustycznych, poszczególne ustępy z zakresu badania u. krążenia), trzymają się autorzy zasadniczo raz obranej miary i unikają przekraczania jej zwłaszcza tam, gdzie sądzą iż zbytnia drobiazgowość nie jest z korzyścią dla jasności ujęcia określanych zjawisk. W całej pracy znać usilną dążność do tego, by stała się ona dobrym drogowskazem dla uczącego, dawała mu jasny, wyczerpujący obraz i zachęcała do pracy. Pełna świadomość dydaktycznego celu książki jest dużą jej zaletą.

Doc. Dr. H. Sochański (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 22, z 15 listopada 1929 r.: Sew. Sterling: I Gruźlica płuc a suchoty płuc (dorosłych); II Wytyczne publicznego leczenia suchot płucnych (dorosłych). — St. Kwaśniewski: Kilka zagadnień z dziedziny białaczek przewlekłych i ostrych. — H. Schusterówna: Zatrucie kałowe w przypadku olbrzymiego jelita grubego (megacolon congenitum). — Jonscher: Leczenie ostrych chorób gorączkowych u dzieci. — K. Mayer: O przeciwwskazaniach do leczenia rentgenowego. — J. Szmurło: Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny praktycznej.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 14, nr. 6, z 15 września 1929 r.: L. Karwacki: Odporność w zakażeniu gruźliczem. — J. Żurkowski: Zagadnienie etjologji grypy. — M. Niewiarowski: Z kazuistyki stanów posocznicych. — F. Kasperowicz: Badanie chemiczne wód gazowych, wyrabianych w Wilnie. — St. Sterling-Okuniewski: Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę.

Opieka nad dzieckiem, rok VII, nr. 4, za lipiec-sierpień 1929 r.: M. Michałowicz: Polski Instytut puerykultury. — L. T. Starkiewicz: O leczeniu przewlekle chorych dzieci a kolonja Lecznicza Dziecięca im. Rektora Józefa Brudzińskiego przy zdroju w Busku.

Przemysł Chemiczny, nr. 21 z listopada 1929 r.: F. Kamiński: Oznaczanie wapnia w fosforytach drogą miareczkowania. — T. J. Rabek i J. Bojanowski: O czyszczeniu antracenu. — K. Pilliela: Kształcenie pracowników technicznych dla przemysłu chemicznego na Górnym Śląsku.

Neurologja Polska, tom XII, zeszyt 3, z r. 1929: K. Kuligowski: Zaburzenia neurologiczne w stanach niedoczynności tarczycy. R. Dreszer i W. Terajewicz: Zmiany anatomiczne w przypadku parkinzonowskiej postaci porażenia postępującego, leczonego zimnicą, z niezwykłem zwyrodnieniem glejn w istocie białej płatu skroniowego lewego. — Zandowa: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Janie Jarkowskim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 47, z 21 listopada 1929 r.: L. Anigstein: Rickettsje jako pasorzyty i symbionty stawonogów. — H. Adelfang: O nowej modyfikacji cholecystografji doustnej. — Z. Świder: O djetetycznem leczeniu gruźlicy (streszczenie zbior.). — Zandowa: Jak być nie powinno. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.). — Al. Margolis: Rok skoordynowanej walki z gruźlicą w Łodzi.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. Stefana Batorego, rok V, zeszyt 5, za wrzesień-październik 1929: A. Wirszubski: Nerwica narządowa. — J. Hurynowiczówna: O stosowaniu jonizacji w chorobach układu nerwowego. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. Rozdział XXXVIII (c. d.). — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875 (c. d.). — H. Kaulbersz-Marynowska: O niedokrwistości pochodzenia pokarmowego u niemowląt. — T. Wąsowski: Badania doświadczalne nad wpływem niektórych związków narkotycznych i nasennych na układy: przedsionkowy i kanałów półkolistych. — K. Michejda: XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ratownictwo, rok I, nr. 11, z listopada 1929 r.: Fr. Białokur: Dr. med. Władysław Stankiewicz a Pogotowie wojenno-lekarskie w powstaniu styczniowem 1863 roku. — Fr. Obarski: Oparzenie i udzielenie pierwszej pomocy.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 9 z r. 1929: Kacprzak: Kolorowe Krzyże Holandji. — Wołłowicz: Dzieci syberyjskie. M. Bortnowska: II Międzynarodowa Konferencja. — Podolak: Pokazy w Poznaniu. — Czerwony Krzyż zagranicą.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 9 (84) z września 1929 r.: M. Kalisz: Słów kilka o t. zw. Dolores post extractionem. — A. Mokrzycki: Przyczynek do traktowania kanałów korzeniowych. Opatrunki suche względnie z zastosowaniem vioformu. — J. Ligęza: W sprawie wprowadzenia i ustalenia w Kasach chorych notowań chorób jamy ustnej i zębów, jako danych statystyczno-naukowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 47, z 24 listopada 1929 r.: Nowe leki. — W sprawach podatkowych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych: rok IV, zeszyt 10, z 1 października 1929 r.: T. Słoński: Art. 102, 103 i 104 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. w świetle orzecznictwa Sądów i Najw. Trybunału Administracyjnego. — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie.

Omawiany Zjazd został faktycznie zwołany i zorganizowany przez International Society of Medical Hydrology, pod auspicjami którego to Towarzystwa odbył również swe posiedzenie Międzynarodowy Komitet Walki z Reumatyzmem (Ligue Internationale contre le Rhumatisme), mający swą siedzibę w Amstrdamie. Zjazd zgromadził zgórą 600 uczestników z całego niemal świata, nie wyłączając tak oddalonych krajów jak Japonja, Meksyk, Australja i t. p., przyczem nie brakło wśród obecnych na Zjeździe nazwisk ogólnie w nauce popularnych jak np. Freund, Strasser z Austrji, Gunzburg, Guillaume z Belgji, Eliassen, Jansen z Danji, Fox, Lewis, Buckley z Anglji, Forestier, Mougeot z Francji, Bauer, Dietrich, Harpuder, Niemann, Zimmer z Niemiec i t. d.

Wypada zaznaczyć że Polskę reprezentowało prócz niżej podpisanego i wydelegowanego przez Polski Komitet Walki z Reumatyzmem jeszcze trzech kolegów, dwóch z Warszawy i jeden z Inowrocławia.

Jeśli chodzi o rzeczy pod względem naukowym istonie rewelacyjne, to należy zaznaczyć, że Zjazd, jak to zresztą było do przewidzenia, nie wiele przyniósł nowego, nosił natomiast charakter raczej wybitnie informacyjny, a nadewszystko par excellence sprawozdawczy.

Jak to zauważyliśmy na wstępie Zjazd łączył w sobie odczyty dotyczące w ścisłym znaczeniu tego słowa zagadnień hydrologicznych z reumatycznemi, uważamy wobec tego za wskazane podać w zarysie treść ważniejszych przemówień tak z jednej jak i z drugiej dziedziny. Na temat oddziaływania fizjologicznego wód mineralnych wypowiadali się Prof. Dalmady (Budapeszt), Prof. Pinilla (Madryt), Dr. Harpuder (Wiesbaden) oraz Prezes T-wa Dr.

Fortescue Fox (Londyn). Z przemówień tych pozwolimy sobie przytoczyć ze zrozumiałych względów jedynie najbardziej charakterystyczne ustępy.

Właściwości osmotyczne wód mineralnych posiadają tak wielkie znaczenie, że w wielu wypadkach skład chemiczny owych wód odgrywa rolę drugorzędną czyli innemi słowy działanie zawartych w odnośnych wodach jonów pochłanianych w czasie kuracji, schodzi na plan drugi.

Podczas gdy w wodach rozcieńczonych działanie zależy nadewszystko od składu chemicznego, to natomiast w wodach mineralnych skoncentrowanych a osmotycznie czynnych, działanie może być nawet wówczas identyczne resp. wybitnie analogiczne, kiedy różnią się one zasadniczo swemi cechami chemicznemi, dla wód np. alkalicznych mogą przeto obowiązywać te same wskazania lecznicze, co dla wód kwaśnych.

Z tych oto wspólnych własności fizjologicznych na szczególną zasługuje uwagę osmotyczne działanie czyszczące, które stanowi pod wieloma względami najwdzięczniejsze pole działania dla wód hypertonicznych, chodzi tu bowiem nietylko o zwykłe wypróżnienie przewodu jelitowego, nietylko o usunięcie zaparcia, lecz ponadto o cały szereg niezmiernie dla chorego ustroju dodatnich reakcji jak np. pomyślny wpływ omawianych wód na rozwijające się w jamie brzusznej sprawy zapalne, pobudzenie krwiobiegu w naczyniach jamy brzusznej, a przedewszystkiem w zakresie nn. splanchnici, dalej sprzyjanie resorbcji powstałych w jamie brzusznej wysięków, nieraz nawet bardzo zastarzałych.

Oczywiście z powyższych uwag bynajmniej nie wynika, ażeby działanie jonów, to jest działanie chemiczne pozostawiać zgoła bez uwzględniania, albowiem jest ono w wielu wypadkach wytyczną dla indywidualizowania odpowiednich chorych poddających się kuracji wodami mineralnemi.

Węgierskie wody gorzkie ze względu na ich izo-resp. hypertoniczną koncentrację zarówno jak na zawarte w nich mało pochłaniane jony Mg i SO_4 wykazują stosunkowo dużo działania osmotycznego, nadają się przeto również w wysokim stopniu do studjów nad omawianem działaniem.

Wody hypertoniczne typu chlorkowego znajdują się w Hiszpanji w La Toja. Mniej rozpowszechnione są natomiast zdroje siarkowe hypertoniczne (Na i Mg) zdarzają się jednak również na Węgrzech.

Szczególne zainteresowanie wzbudziły wywody mówców dotyczące zastosowania hydro- i balneoterapji w chorobach serca i naczyń krwionośnych. Na zasadzie zgórą dwudziestoletnich doświadczeń dochodzą oni do następujących wniosków: wrodzone wady serca reagują dodatnio na kąpiele kwasowęglowe w okresie zbliżającej się dekompensacji; nabyte zmiany serca o charakterze zapalnym są nieomal zawsze pochodzenia reumatycznego, wobec czego wody hypertermalne nadają się do ich leczenia szczególnie, niezależnie od tego czy zawierają dużo czy mało składników mineralnych, czy są bogate w sól czy siarkę. Wody tego typu znajdują zastosowanie zarówno w postaci wód jak kąpieli i wywierają zabójczy wpływ na zarodki infekcyjne, sprzyjają gojeniu się spraw zakaźnych we wsierdziu oraz sprzyjają przystosowaniu się osobnika do jego wady sercowej.

Przy zwykłych schorzeniach serca natury naczyniowej (cardiopathie arterielle - Huchard) to jest przy zespołach spowodowanych zmianami ateromatycznemi lub syfilitycznemi aorty lub nadmiernem parciem krwi, wskazania dla omawianych zabiegów mają charakter dwojaki, chodzi bowiem bądź o ulżenie sercu w drodze obniżenia parcia tętniczego, bądź też dzięki pobudzającemu działaniu kąpieli musi ulec wzmocnieniu akcja osłabionych komór sercowych.

Nadmierne parcie tętnicze można zwalczać przy pomocy:

a) picia moczopędnych wód mineralnych,

b) hypertermalnych zabiegów kąpielowych, łagodzących zakres n. współczulnego,

c) kąpieli subtermalnych oraz zawierających mało gazu.

Kąpiele kwasowęglowe znajdują najwdzięczniejsze zastosowanie jak to już liczni referenci wzmiankowali w początkowych okresach niedomogi sercowej.

Zaburzenia akcji serca w zakresie rytmu najlepiej zwalczać z uwzględnieniem tła przyczynowego jak np. anomalje zachodzące w przewodzie pokarmowo-trawiennym i t. p.

Na kąpiele termalne gazowe reagują dodatnio również przewlekłe stany zapalne tkanek okołożylnych połączone z zastojem żylnym jak również wszelkie sprawy tego rodzaju będące następstwem zaburzeń wewnątrz-wydzielniczych.

Streszczając się referenci z naciskiem podkreślają, że jeśli chodzi o pacjentów z chorem sercem lub układem naczyniowym, to niezmiernie dodatniego wpływu można oczekiwać od kąpieli, w żadnym razie jednak nie od picia wód mineralnych.

W sekcjach zjazdowych poświęconych wyłącznie zagadnieniu reumatycznemu na porządku dziennym znalazły się przewidziane w programie Zjazdu referaty główne na tematy następujące:

Ostre a przewlekłe schorzenia reumatyczne, oraz hematologja i serologja reumatyzmu.

Zagadnienie pierwsze spotkało się z wieloma trudnościami natury terminologicznej, znaną bowiem jest rzeczą, że po dzień dzisiejszy w łonie klinicystów tudzież patologów panuje niebywała rozbieżność zapatrywań na istotę ostrego lub przewlekłego reumatyzmu, wypada przeto w kilku słowach streścić poglądy poszczególnych autorów na właściwe dla reumatyzmu jako takiego cechy patologiczne.

Według jednych „rheuma" jest to pojęcie zbiorowe obejmujące nieomal wszystkie schorzenia obwodowych narządów ruchu z wyjątkiem jednostek o wyraźnie urazowem pochodzeniu, chorób kości w ścisłem znaczeniu tego słowa oraz tych wszystkich zespołów jakie bywają spowodowane zmianami w zakresie systemu nerwowego ośrodkowego.

Według innych badaczy przez „rheuma" rozumieć należy wszelkie zapalenia mięśni, ścięgien, torebek maziowych, nerwów obwodowych, a nadewszystko stawów, jednakże z wyłączeniem nietylko jednostek o wyraźnie urazowej etjologji lecz również powstałych na tle jakiegokolwiek konkretnie znanego zakażenia jak np. gruźlicy lub t. p., należałoby tedy do szeregu chorób reumatycznych jedynie te jednostki zaliczać, które rozwinęły się na zgoła nieznanem tle zakaźnem bądź też powstały na skutek wpływów atmosferycznych resp. termicznych. Wreszcie nie brak autorów, którzy skłonni są rozumieć przez reumatyzm wyłącznie tylko choroby stawów powstałe skutkiem przeziębienia, nie wykazujące natomiast w swej etjologji żadnego czynnika infekcyjnego ani anomalji z zakresu przemiany materji.

Jak widać z powyższego zestawienia, sprawa znajduje się w dość skomplikowanem stadjum i prawdopodobnie nieprędko jeszcze ulegnie wyjaśnieniu, co zresztą znalazło swój wyraz w wywodach wypowiadających się w tej mierze referentów.

Nic tedy dziwnego, że ośrodkowym punktem dyskusji stał się wobec tego fakt mniejszej lub większej częstości występowania poszczególnych postaci reumatyzmu. W zasadzie panowały w tym względzie następujące zapatrywania, które naogół cieszyły się jednomyślnością:

Tak zwane choroby reumatyczne, zarówno postaci ostre, jak przewlekłe należą we wszystkich niemal krajach do chorób najczęstszych. W Anglji np. tudzież w pod względem geograficznym podobnie położonych państwach stanowi liczba przypadków reumatyzmu $^1/_6$ wszystkich pozostałych chorób; w Niemczech oraz na Węgrzech $^1/_{11}$.

W miejscowościach bliżej morza położonych liczba przypadków reumatyzmu wydaje się zwiększać, natomiast w głębi kontynentu nie przekracza ona 10% wszystkich innych chorób.

W zasadzie schorzenia reumatyczne stawów zdarzają się nie o wiele częściej od schorzeń reumatycznych mięśni, natomiast sprawy stawowe trwają ze względu na swój przebieg znacznie dłużej, przeto jeśli można się tak wyrazić, spotkamy się z o wiele wyższą liczbą chorób reumatyzmu stawowego niż mięśniowego, który to stosunek wyrazi się, jak 7 : 1.

Pomiędzy ostrym a przewlekłym reumatyzmem (gośćcem) mięśniowym zdarza się tyle form przejściowych, że zdaniem niektórych autorów jest wręcz niepodobieństwem odróżniać te formy, natomiast jeśli chodzi o ostre i chroniczne postacie reumatyzmu stawowego, to daje się zauważyć przedewszystkiem wybitna różnica, jaka zachodzi w liczbie przypadków tych dwóch kategorji reumatyzmu stawowego, mianowicie stosunek liczbowy w materjale szpitalnym wynosi $^1/_5$, zaś w materjale praktyki ambulatoryjnej $^3/_5$.

Na przeważającą część przypadków reumatyzmu ostrego składają się ostre zapalenia stawów wielorakie (polyarthritis acuta), z których około $^1/_3$ ulega całkowitemu wyleczeniu.

Podział przypadków reumatyzmu według płci nie nastręcza szczególnych trudności, bowiem w tej dziedzinie rozporządzamy dość pokaźną statystyką, z której wynika, że:

1) ostry gościec stawowy występuje jednakowo często u obojga płci,

2) w ogólnej jednak liczbie chorych reumatyków przeważają mężczyźni, co znajduje prawdopodobnie wytłumaczenie w stosunkowo częstszej sposobności zaziębiania się mężczyzn, jak również

podlegania wszelkim insultom sprzyjającym powstawaniu reumatyzmu.

Takie jednostki kliniczne jak reumatyzm mięśniowy, neuralgja (ischias) i t. p. dotyczą znacznie częściej mężczyzn niż kobiety, a mianowicie stosunek ten wyraża się jak 3 : 2.

Zgoła inaczej się rzecz przedstawia przy pierwotnych przewlekłych formach reumatyzmu, który jakby szczególnie upodobał sobie płeć piękną, gdyż dotyka kobiety 2—4 razy częściej niż mężczyzn, czem się też tłumaczy niezrozumiałe zrazu zjawisko liczb cznaczających stosunek inwalidztwa kobiet i mężczyzn z powodu reumatyzmu wogóle, a mianowicie 120 : 100.

Charakterystyczny wiek dla przypadłości reumatycznych daje się ująć w pewne dość ostro zakreślone granice, a więc np. rheuma musculorum, neuralgje występują naogół bardzo rzadko w wieku dziecięcym, natomiast poczynając od okresu dojrzałości rozkładają się dość równomiernie na okres do lat 60, poczem znów ulegają degresji.

Ostre i podostre postacie reumatyzmu mięśniowego spotykamy niezmiernie często u kobiet w okresie menopauzy.

Lumbago, ischias i inne nerwobóle wypełniają naogół czasokres pomiędzy 30 a 60 rokiem życia a więc tak zwany wiek produkcyjny. Powszechnie znany ostry gościec wielostawowy spotykamy jednakowo często u obojga płci w wieku dojrzewania płciowego aż do mniej więcej 40 roku życia. Dwie trzecie przypadków śmiertelnych wydarza się z powodu tej formy reumatyzmu w wieku od 5 do 25 lat życia.

Wady zastawek sercowych jako następstwo zakażenia reumatycznego powstają najczęściej naskutek ostrego lub chronicznego zapalenia wielostawowego. Pribram znalazł na stole sekcyjnym zmiany zapalne na zastawkach sercowych aż w 75% gośćca chronicznego powstałego z formy ostrej. Wrota wnijścia dla zarazka reumatycznego upatruje się jak wiadomo poza przewodem jelitowym oraz genitaljami również w dziąsłach i zębach tudzież w migdałkach (dental, alveolar, tonsillar sepsis).

Zapatrywania autorów amerykańskich jakoby ogniska okołozębowe powodowły aż w 76% infekcyjne sprawy stawowe (Iron) niewątpliwie odbiegają od rzeczywistości, tem więcej jeśli przyjąć pod uwagę, że wszak prawie 70% naogół zdrowych ludzi posiada ogniska ropne okołozębowe.

Hematologja i serologja reumatyzmu była naogół przedmiotem dość ożywionych dyskusyj, jakkolwiek i w tej dziedzinie w zasadzie nic nowego nie zgłoszono. W tak zwanych skazach reumatycznych (artretyzm francuzów) mamy do czynienia z mniejwartościowym osobnikiem w znaczeniu konstytucjonalnem, okazującym mniej odporności na najrozmaitsze czynniki szkodliwe, nie znajdujemy jednak we krwi tych osobników jakichś szczególnych zmian. Opisana przez niektórych autorów eozynofilja we krwi przy myalgji i innych obrazach artretycznych w nowszych badaniach nie znalazła potwierdzenia.

Natomiast dość często znajdywana we krwi reumatyków limfocytoza być może wskazuje w pewnym stopniu na zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

W przypadkach reumatyzmu o charakterze degeneracyjnym badanie krwi wypada przeważnie ujemnie, natomiast sprawy zapalne, a więc artretyczne w ścisłym znaczeniu tego słowa znamionują się w zasadzie całkiem charakterystycznemi zmianami w obrazie krwi.

Liczba erytrocytów przy bardziej długotrwałych stanach reumatyzmu wielostawowego ulega redukcji. W wielu wypadkach daje się stwierdzić dość pokaźna leukocytoza nigdy jednakże nie przekracza ona wartości 20.000, co jużby raczej przemawiało za sprawą septyczną.

O wiele więcej uwagi zwróciły na siebie ostatniemi czasy badania mające na celu analizę chemiczną krwi reumatyków.

Wchodzą tu w grę nadewszystko kreatyna, cholesteryna, wapń, kwas mleczny, cukier.

Nader ciekawą metodykę podał również Zimmer z Kliniki Biera w Berlinie; posługując się sposobem interferometrycznym w reakcji Abderhaldena otrzymał on wielce cenne wskaźniki dla rozpoznawania poszczególnych postaci reumatyzmu.

Odczyt Docenta Daniszewskiego z Moskwy zawierał szereg cennych danych statystycznych dotyczących zapadalności na reumatyzm z podziałem według płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu mieszkań, odżywiania i wreszcie zawodu. Również i ten autor podkreśla doniosły wpływ czynnika wilgoci wzgl. przeziębiania na rozwój reumatyzmu, przyczem nader jaskrawym przyczynkiem do tego tematu posłużyły takie spostrzeżenia, jak np. bardzo stosunkowo wysoki procent chorych reumatyków w gubernji włodzimierskiej, gdzie ludność jest przeważnie zatrudnioną przy pracy w torfowiskach, narażającej z natury rzeczy na insult przeziębieniowy.

Niezależnie od wykładów teoretycznych poświęcono stosunkowo dużo czasu pokazom klinicznym, które odbywały się przeważnie w III Klinice Medycznej Uniwersytetu.

Z demonstrowanych chorych przytaczamy następujące grupy:
polyarthritis chronica (13 kobiet, 3 mężczyzn),
polyarthritis chronica secundaria postinfectiosa (4 kobiety, 9 mężczyzn),
spondylitis ankylopoetica (3 mężczyzn),
ossificatio lig. intercruralium (1 kobieta, 1 mężczyzna),
arthritis deformans coxae (5 kobiet),
arthritis deformans genu (6 kobiet),
diabetes arthritica (3 kobiety).

W czasie demonstracyj odbywała się dyskusja nietylko dotycząca poszczególnych objawów klinicznych lecz również stosowanych u pacjentów metod leczniczych. Zgromadzeni wypowiadali się obszernie o tych i innych zachwalanych ostatniemi czasy środkach przeciwreumatycznych, przyczem szczególne zaciekawienie budziło ustosunkowanie się obecnych względem również i u nas w Polsce znanej Cutivacciny. Szczepionka ta była stosowaną larga manu i dała zadawalające rezultaty. Obecni na Zjeździe anglicy referowali o nieco odmiennym sposobie dokonywania szczepień, mianowicie drogą śródskórną, co jednak nie znalazło wśród reszty zgromadzonych w Klinice uznania.

Godzi się podkreślić, że w prasie lekarskiej polskiej posiadamy dość wyczerpujące sprawozdania kliniczne z istotnie cennych wartości omawianej szczepionki, uważam przeto za zbędne szersze rozwodzenie się nad jej działaniem i stosowaniem.

Zjazd udał się znakomicie zarówno pod względem organizacyjnym, jak i doboru referatów. Również i frekwencja gości całkowicie dopisała. Wszelkie uroczystości tudzież imprezy o charakterze reprezentacyjnym, resp. towarzysko-rozrywkowym stały na wysokości zadania, zawdzięczając to w wysokiej mierze żywemu współudziałowi Prezesa Towarzystwa Hydrologicznego Bar. Prof. Koranyiego, Prof. Vamosyego oraz Dziekana Wydziału Lekarskiego Dra Varkasa. Poza stroną naukową uczestnicy mieli znakomitą sposobność zapoznania się również z rzeczywiście godnemi uwagi urządzeniami balneologicznemi tudzież zabytkami historycznemi przepięknej stolicy Węgier.

Dr. G. Raciążek (Warszawa).

HIGJENA.

Przedruk z Dz. Ust. Nr. 64 poz. 495 z r. 1929.

Rozporządzenie

Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 1 czerwca 1929 r. o organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Na podstawie postanowień art. 10 ust. 4, art. 11 ust. 3 i 4, art. 15 ust. 2 i 4, art. 16 oraz art. 47 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) postanawiam co następuje:

I.

Władze i organa dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

§ 1.

Do powiatowej władzy administracyjnej ogólnej, jako do władzy I instacji w sprawach dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, należy w szczególności:

a) kierownictwo akcją dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku na terenie powiatu;

b) nadzór i koordynowanie działalności organów dozoru;

c) kontrola kwalifikacyj komunalnych organów nadzoru;

d) wydawanie w I instancji zarządzeń i orzeczeń w sprawach dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku;

e) wydawanie zarządzeń i orzeczeń w sprawie zajęcia artykułów żywności i przedmiotów użytku w przypadkach, przewidzianych w art. 20 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343);

f) wydawanie zarządzeń i orzeczeń w sprawie niszczenia artykułów żywności i przedmiotów użytku w przypadkach, przewidzianych w art. 20 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343);

g) zatwierdzanie zajęć, dokonanych przez organa dozoru, przewidziane w art. 21 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 343).

O ustanowieniu w myśl postanowień art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) komunalnych organów dozoru winny gminy oraz powiatowe związki komunalne zawiadomić powiatową władzę administracji ogólnej, podając imię i nazwisko, wiek, kwalifikacje ustanowionego funkcjonarjusza oraz obwód jego działalności urzędowej.

§ 2.

Do wojewódzkich władz administracji ogólnej należy:

a) kierownictwo akcją dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku na obszarze województwa, wydawanie w tym zakresie odpowiednich zarządzeń powiatowym władzom administracji ogólnej, nadzór nad działalnością tych władz;

b) decydowanie przy współudziale wydziału wojewódzkiego z głosem stanowczym o zakresie przewidzianego w myśl art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), obowiązku gmin i powiatowych związków komunalnych co do utrzymywania komunalnych organów dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku;

c) rozstrzyganie odwołań od zarządzeń i orzeczeń powiatowych władz administracji ogólnej;

d) nadzór nad komunalnemi pracowniami badania żywności i przedmiotów użytku, funkcjonującemi w myśl postanowień art. 15 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343).

§ 3.

W m. st. Warszawie czynności, wymienione w § 1, należą do starostów grodzkich, w § 2 ust. a) i c) — do Komisarza Rządu m. st. Warszawy, a w § 2 ust. b) i d) — do Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 4.

Spełnianie czynności organów dozoru, określonych w art. 18, 19 i 20 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), należy:

a) w miejscowościach, dla których zostały ustanowione, w myśl art. 17, komunalne organa dozoru — do tych organów;

b) w pozostałych miejscowościach do organów sanitarnych powiatowych władz administracji ogólnej (lekarzy urzędowych tych władz).

Organa sanitarne powiatowych władz administracji ogólnej są uprawnione do spełniania czynności organów dozoru i w tych miejscowościach, dla których zostały ustanowione komunalne organa dozoru.

§ 5.

Do spełniania czynności organów, określonych w art. 18, 19 i 20 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), na całym obszarze Państwa są uprawnieni również funkcjonarjusze fachowi właściwego terytorjalnie Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku, posiadający odpowiednie upoważnienia, wydane na wniosek dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku przez wojewódzkie władze administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie przez Komisarza Rządu.

§ 6.

Komunalnemi organami dozoru, ustanowionemi w myśl przepisów art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), są:

a) lekarze sanitarni związków komunalnych;

b) specjalni kontrolerzy artykułów żywności i przedmiotów użytku;

c) inne organa sanitarne, posiadające kwalifikacje kontrolerów artykułów żywności i przedmiotów użytku.

§ 7.

Na żądanie stron organa dozoru winny się wylegitymować z posiadania uprawnień co do wykonywania czynności, o których mowa w art. 18, 19 i 20 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343).

Dowodem posiadania tych uprawnień są:

a) dla organów sanitarnych powiatowych władz administracji ogólnej (lekarzy urzędowych tych władz), komunalnych lekarzy sanitarnych i komunalnych kontrolerów artykułów żywności i przedmiotów użytku oraz dozorców sanitarnych ich legitymacje służbowe względnie zastępujące te legitymacje zaświadczenia (załącznik 1);

b) dla komunalnych organów sanitarnych, wymienionych w § 6 punkt c) niniejszego rozporządzenia, specjalne zaświadczenia, wymieniające wyraźnie prawo do wykonywania czynności dozoru (załącznik 2);

c) dla funkcjonarjuszów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku — zaświadczenia, wydane przez wojewódzkie władze administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie przez Komisarza Rządu (załącznik 3).

§ 8.

Kategorje prób, których badanie należeć będzie do właściwości poszczególnych pracowni komunalnych, ustanowionych w myśl art. 15 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), ustali Minister Spraw Wewnętrznych.

Próby, pobrane przez organa dozoru na obszarze gmin, dla których te pracownie zostały ustanowione, powinny być kierowane do tych pracowni w granicach ustalonej, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu, właściwości rzeczowej.

Inne próby na obszarze tych gmin oraz wszelkie próby, pobrane w miejscowościach, dla których nie zostały ustanowione odpowiednie pracownie komunalne, powinny być zarówno przez państwowe, jak i komunalne organa dozoru skierowywane do terytorjalnie właściwego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku.

Próby, pobrane przez funkcjonarjuszy fachowych Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku, powinny być kierowane do zbadania do właściwego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku.

W przypadkach niecierpiących zwłoki organa dozoru mogą przesyłać próby do badania do terytorjalnie najbliżej położonego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku.

§ 9.

Przy udzielaniu gminie zwolnienia od obowiązku utrzymywania własnej pracowni w myśl art. 15 ust. 5 Minister Spraw Wewnętrznych może na podstawie porozumienia zainteresowanych czynników określić warunki takiego zwolnienia w zależności od korzyści, jakie przez to otrzymuje gmina, i ciężarów, jakie z tego powodu spadają na Państwowy Zakład badania żywności i przedmiotów użytku.

II.

Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku.

§ 10.

Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku dzielą się na oddziały:

a) hydrologiczny,
b) toksykologiczny (sądowo-chemiczny),
c) nabiałowy,
d) przetworów zbożowych,
e) ogólno-badawczy,
f) administracyjny.

Minister Spraw Wewnętrznych może w miarę potrzeby tworzyć w poszczególnych zakładach nowe oddziały, lub łączyć poszczególne oddziały.

Na czele poszczególnego oddziału stoi kierujący oddziałem jeden z adjunktów zakładu, wyznaczony przez dyrektora.

§ 11.

Na czele Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku stoi dyrektor, powołany przez Ministra Spraw Wewnętrznych do kierowania całokształtem działalności zakładu oraz prowadzenia jego administracji. Dyrektor jest odpowiedzialny za całą działalność poruczonego mu zakładu.

Dyrektora zakładu zastępuje wyznaczony przez Ministra Spraw Wewnętrznych adjunkt zakładu, kierujący jednym z oddziałów.

§ 12.

Koszty postępowania administracyjnego obowiązują na zasadach, wyszczególnionych w art. 105—107 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 341), zobowiązanych niezależnie od tego, czy osobami temi są władze i urzędy państwowe lub samorządowe, czy też osoby prywatne.

Zobowiązany winien na żądanie zakładu zgóry złożyć wyznaczoną przez zakład sumę kosztów postępowania.

§ 13.

Okręgi działalności poszczególnych Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku ustala się jak następuje:

a) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie — okrąg, obejmujący m. st. Warszawę oraz województwa: warszawskie, białostockie, wileńskie, nowogródzkie, poleskie i wołyńskie;

b) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi — okrąg, obejmujący województwa: łódzkie, kieleckie i lubelskie;

c) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Krakowie — okrąg, obejmujący województwa: krakowskie, lwowskie, stanisławowskie i tarnopolskie;

d) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Poznaniu — okrąg, obejmujący województwa: poznańskie i pomorskie.

§ 14.

Grzywny, nakładane na zasadzie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), przypadają na obszarze okręgów sądów apelacyjnych w Warszawie i Wilnie — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie; na obszarze okręgów sądów apelacyjnych w Krakowie i we Lwowie — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Krakowie; na obszarze okręgów sądów apelacyjnych w Poznaiu i w Toruniu — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Poznaniu; na obszarze okręgu sądu apelacyjnego w Lublinie — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi.

§ 15.

Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku obowiązane są wypełniać żądania właściwych władz administracji ogólnej w zakresie zadań zakładu.

Zakładom tym przysługuje prawo inicjatywy co do zwracania uwagi władz administracji ogólnej na potrzebę lub konieczność wydania tych czy innych zarządzeń. Spostrzeżenia swe w tym zakresie Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku komunikują właściwym wojewodom, a w m. st. Warszawie — Komisarzowi Rządu.

§ 16.

Jeżeli wypadnie zakładowi uczynić doniesienie do władz wymiaru sprawiedliwości (art. 13 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej), powinien zakład równocześnie uwiadomić o dokonanem doniesieniu tę władzę, na której żądanie przeprowadzono badanie.

§ 17.

Nadzór wojewódzkich władz administracji ogólnej nad Państwowemi Zakładami badania żywności i przedmiotów użytku, o którym mowa w ust. 3 art. 11, należy do wojewody, właściwego terytorjalnie dla siedziby zakładu.

Nadzór ten obejmuje:

a) wgląd w załatwianie spraw personalnych funkcjonarjuszy zakładu;

b) prawo kontroli rachunkowej zakładu;

c) kontrolę wypełnianych przez zakład żądań władz administracji ogólnej w sprawach, dotyczących dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Nadzór nad Państwowym Zakładem badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie należy do Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 18.

Właściwe władze nadzorcze, w myśl ust. 2 art. 10, punktu d) ust. 2 art. 11 oraz ust. 1 art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), kontrolują działalność komunalnych organów fachowych, sprawujących dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, oraz komunalnych pracowni badawczych, a także instruują te organa i te pracownie za pośrednictwem Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku, które spełniają te funkcje na żądanie i w imieniu władz nadzorczych.

Do zadań zakładów w myśl brzmienia punktu c) art. 11 rozporządzenia Prezydenta z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) należy szkolenie organów fachowych, wykonywujących dozór nad artykułami żywności, dozorców sanitarnych oraz funkcjonarjuszów zakładów, powołanych do pełnienia funkcji kontroli.

Szczegółowe przepisy, dotyczące kursów szkolenia oraz ich programu, zarówno jak kwalifikacje organów dozoru, wymagane do pełnienia tych czynności, określi specjalne rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

III.

Komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku.

§ 19.

Komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku w gminach, liczących 50.000—100.000 mieszkańców, winny mieć conajmniej 4—5 ubikacyj, w gminach powyżej 100.000 mieszkańców — 6—7 ubikacyj, urządzonych laboratoryjnie.

Pracownie te winny być zaopatrzone w gaz, wyciągi i urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne.

Urządzenie meblowe, aparatura, szkło, odczynniki chemiczne, powinne tak co do jakości, jak ilości odpowiadać potrzebom i warunkom pracy chemiczno-badawczej z uwzględnieniem badań mikroskopowych.

Każda pracownia winna być zaopatrzona w potrzebne do prac badawczych podręczniki naukowe z właściwych gałęzi wiedzy.

Termin, do którego poszczególne gminy wiejskie (art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) winny zorganizować komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku, względnie zaopatrzyć je w odpowiednie urządzenia, określi w każdym poszczególnym przypadku właściwa wojewódzka władza administracji ogólnej, z którą współdziała w powyższym zakresie wydział wojewódzki z głosem doradczym.

§ 20.

Personel, funkcjonujący w pracowniach komunalnych badania żywności i przedmiotów użytku, powinien się składać z reguły: z kierownika pracowni, chemików-analityków, laboranta do spełniania pomocniczych czynności laboratoryjnych, kontrolerów żywności, personelu kancelaryjnego i służby.

Kwalifikacje, które winien posiadać fachowy personel pracowni, określi specjalne rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 21.

Komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku obowiązane są składać wojewodzie, którego nadzorowi podlegają, za pośrednictwem właściwych zarządów gmin miejskich kwartalne oraz roczne sprawozdania ze swej działalności. Sprawozdania te wojewoda przedkłada Ministrowi Spraw Wewnętrznych wraz z odpowiedniemi wnioskami.

Pracownia m. st. Warszawy składa te sprawozdania wprost Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

§ 22.

Na żądanie wojewody dyrektor właściwego terytorjalnie Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku przeprowadza kontrolę działalności pracowni.

Kontrolę pracowni m. st. Warszawy zarządza Minister Spraw Wewnętrznych.

Kontrola winna się odbywać conajmniej raz do roku.

Sprawozdania z przeprowadzonej kontroli wraz z wnioskami dyrektor zakładu składa właściwemu wojewodzie oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a w odpisie przesyła właściwemu zarządowi gminy do wiadomości.

§ 23.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Jednocześnie tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, wydane w sprawach, unormowanych niniejszem rozporządzeniem, a z niem sprzeczne.

Minister Spraw Wewnętrznych: (—) *Sławoj Składkowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Rozporządzenie Ministra Wyznań Relig. i Ośw. Publicz. z dnia 16 marca 1928 roku w sprawie organizacji studjów lekarskich w uniwersytetach państwowych.

Na mocy artykułu 114 ustawy z dnia 13 lipca 1920 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 72 poz. 494) po wysłuchaniu opinji Wydziałów Lekarskich uniwersytetów państwowych zarządzam w sprawie organizacji studjów lekarskich we wszystkich Uniwersytetach państwowych co następuje:

I. Warunki przyjęcia na studja.

§ 1. Warunkiem przyjęcia na pierwszy rok studjów lekarskich jest posiadanie kwalifikacyj, oznaczonych w art. 75 ustawy z dnia 13 lipca 1920 r. o szkołach akademickich.

W razie ograniczenia liczby przyjmowanych studentów na podstawie art. 86 tejże ustawy Rada Wydziałowa może ustanowić egzamin wstępny.

Warunkiem przyjęcia na drugi względnie trzeci rok studjów jest pomyślny wynik przejściowych (promocyjnych) grup egzaminów, składanych po ukończeniu pierwszego względnie drugiego roku studjów.

§ 2. Przenoszenie się z jednego Uniwersytetu polskiego do innego, jakoteż zapisywanie się na studja lekarskie w ciągu roku akademickiego, jest dopuszczalne w przypadkach szczególnie godnych uwzględnienia.

II. Czas trwania i podział ogólny studjów.

§ 3. Studja lekarskie trwają pięć lat i jeden kwartał, czyli 16 trimestrów. Każdy rok dzieli się na trzy trimestry, trwające razem trzydzieści tygodni.

W każdym roku studjów pierwszy trimestr trwa od 1 października do 15 grudnia. Drugi rozpoczyna się 8 stycznia i jest rozdzielony czterotygodniowemi ferjami wielkanocnemi, zaczynającemi się dwa tygodnie przed Niedzielą Wielką, od trzeciego, który trwa do końca czerwca.

Ze względu na terminy egzaminów przejściowych (promocyjnych) wszystkie wykłady i ćwiczenia kończą się w trimestrze III studjów dnia 15 czerwca, w trimestrze zaś VI — dnia 31 maja.

§ 4. Pierwsze dwa lata studjów mają ściśle oznaczony program i porządek wykładów i ćwiczeń. Dla lat wyższych Dziekan Wydziału ogłasza wskazówki, dotyczące porządku, w jakim najkorzystniej zapisywać się na wykłady i ćwiczenia.

§ 5. Rozdział wykładów i ćwiczeń na poszczególne trimestry pierwszych dwu lat studjów ustanawiają Rady Wydziałowe. Zmniejszenie liczby godzin w trimestrze III i IV ma studentom ułatwić przygotowanie się do egzaminów przejściowych. Podany w § 6 wykaz ustala najmniejszy wymiar godzin wykładów i ćwiczeń, które profesorowie są obowiązani prowadzić w ciągu studjum. Wymiar ten Rada Wydziałowa może powiększyć, jednakże nie może przesuwać wykładów i ćwiczeń z 1 roku na II i odwrotnie.

§ 6. Plan ogólny wykładów i ćwiczeń obowiązkowych oraz wymiar ich godzin jest następujący:

I. R o k s t u d j ó w (trimestry I, II i III).

Fizyka	80 godz.
Ćwiczenia z fizyki	40 „
Chemja ogólna	120 „
Ćwiczenia z chemji ogólnej	120 „
Anatomja opisowa	150 „
Ćwiczenia z anatomji opisowej	170 „
Histologja prawidłowa	30 „
Ćwiczenia z histologji prawidłowej	30 „
Embrjologja	40 „
Propedeutyka lekarska	20 „
Razem	800 godz.

II. R o k s t u d j ó w (trimestry IV, V i VI).

Chemja fizjologiczna	100 godz.
Ćwiczenia z chemji fizjologicznej	60 „
Fizjologja	120 „
Ćwiczenia z fizjologji	40 „
Histologja prawidłowa	40 „
Ćwiczenia z histologji prawidłowej	60 „
Biologja i parazytologja	80 „
Ćwiczenia z anatomji prawidłowej (w tem ćwiczenia z anatomji układu nerwowego 20 godz.)	240 „
Razem	740 godz.

U w a g a: Wykłady z fizjologji mogą być rozpoczęte już w III trimestrze I roku.

III. W y ż s z e l a t a s t u d j ó w (trimestry VII do XVI).

Patologja ogólna i doświadczalna	100 godz.
Anatomja topograficzna	40 „
Anatomja patologiczna	150 „
Ćwiczenia z anatomji patologicznej	90 „
Ćwiczenia z historji patologicznej	90 „
Mikrobiologja i serologja	70 „
Ćwiczenia z mikrobiologji i serologji	60 godz.
Ćwiczenia z farmakologji	30 „
Higjena ogólna i społeczna	80 „
Ćwiczenia z higjeny	20 „
Medycyna sądowa (wykład i ćwiczenia)	120 „
Klinika chorób wewnętrznych (wraz z propedeutyką chorób wewnętrznych, fizyko-terapją i chorobami zakaźnemi)	500 „
Ćwiczenia w zakresie praktyki w chorobach wewnętrznych	350 „
Klinika chirurgiczna	300 „
Praktyka w klinice chirurgicznej	150 „
Kurs operacyjny	30 „
Ortopedja	30 „
Klinika położniczo-ginekologiczna (nie może przypadać równocześnie ani z wykładami, ani z ćwiczeniami anatomji topograficznej, anatomji i histologji patologicznej, lub medycyny sądowej	300 „
Internat w klinice położniczo-ginekologicznej bez względu na ferje międzytrimestralne i główne do	3 tygodni
Klinika pedjatryczna	120 godz.
Klinika neurologiczna i psychjatryczna	160 „
Klinika dermatologiczna i wenerologiczna	120 „
Klinika okulistyczna	100 „
Klinika oto-rino-laryngologiczna	70 „
Praktyka w klinice oto-rino-laryngologicznej	30 „
Stomatologja (wraz z ćwiczeniami)	80 „
Radjologja	30 „
Razem	3.290 godz.
	i 3 tygodnie internatu położniczego.

§ 7. Wszystkie wykłady i zajęcia praktyczne, wymienione w § 6 są obowiązkowe.

§ 8. Prócz wykładów i ćwiczeń obowiązkowych odbywają się wykłady i ćwiczenia nieobowiązkowe. Rada Wydziałowa oznacza, które z tych wykładów i ćwiczeń nieobowiązkowych mają być studentom zalecone. W każdym jednak razie do zaleconych należą: antropologja 20 godzin; historja i filozofja medycyny wraz z seminarjum — 80 godzin, psychologja z uwzględnieniem potrzeb psychjatrji — 20 godzin, djagnostyka anatomo-patologiczna — 30 godzin, chirurgja ogólna — 30 godzin, ćwiczenia w operacjach położniczych na fantomach — 40 godzin, fizjologja ciąży, porodu i połogu 40 godzin.

§ 9. Z przedmiotów obowiązkowych propedeutycznych wykłada profesor historji medycyny, o ile katedra ta istnieje w danym Wydziale. Inne przedmioty obowiązkowe i przedmioty zalecone, o ile Wydział nie ma osobnych dla nich katedr, wykładają na polecenie Rady Wydziałowej profesorowie lub docenci Wydziału Lekarskiego, lub innego za wynagrodzeniem, płatnem od liczby godzin wykładów lub ćwiczeń w każdym trimestrze.

III. Zaliczenie studjów.

§ 10. Jako studja prawidłowe zalicza się:

a) Pierwszy względnie drugi rok studjów, jeżeli student wysłuchał wszystkich wykładów i odbył wszystkie ćwiczenia, obowiązujące w tych latach, oraz złożył pomyślnie pierwszy egzamin (ob. § 12) po zaliczalnych trzech trimestrach drugi egzamin po zaliczalnych sześciu trimestrach.

b) Siódmy i dalsze trimestry, jeżeli student w każdym z nich wysłuchał conajmniej dwieście godzin obowiązkowych.

§ 11. Absolutorjum otrzymuje student, jeżeli przebył szesnaście zaliczalnych trimestrów, wysłuchał wszystkich obowiązkowych wykładów i odbył wszystkie obowiązkowe ćwiczenia, wymienione w § 6 oraz złożył pomyślnie pierwszy i drugi egzamin.

IV. Egzaminy.

§ 12. Wszystkie egzaminy tworzą następujące siedem grup:

I grupa egzaminów (promocyjna), po pierwszym roku:
1) fizyka, 2) chemja ogólna.

II grupa egzaminów (promocyjna), po drugim roku:
1) anatomja opisowa, 2) histologja prawidłowa, 3) fizjologja, 4) chemia fizjologiczna, 5) biologja.

Wiadomości z embrjologji sprawdza, stosownie do uchwały Rady Wydziałowej bądź egzaminator biologji, bądź egzaminator histologji, bądź wreszcie egzaminator anatomji.

III grupa egzaminów, w drugiej połowie XII trimestru, lub później:

1) mikrobiologja i serologja, 2) farmakologja lub patologja ogólna.

IV grupa egzaminów po absolutorjum:

1) anatomja patologiczna, 2) farmakologja lub patologja ogólna, zależnie od tego, którego z tych przedmiotów nie złożono w III grupie egzaminów.

V grupa egzaminów, po złożeniu IV grupy:

1) medycyna wewnętrzna, 2) pedjatrja, 3) psychjatrja z neurologją, 4) dermatologja z wenerologją.

VI grupa egzaminów, po złożeniu V grupy:

1) chirurgja, 2) okulistyka, 3) otologja, rinologja i laryngologja, 4) położnictwo i ginekologja.

Wiadomości z zakresu stomatologji, radjologji względnie ortopedji, sprawdza przy egzaminie z chirurgji koegzaminator jednego z tych przedmiotów, wyznaczony z kolei niestałej (zmiennej) przez Dziekana lub przewodniczącego Komisji egzaminacyjnej na podstawie Rady Wydziału.

VII grupa egzaminów, po złożeniu VI grupy:

1) medycyna sądowa, 2) higjena.

Egzaminy z fizyki, chemji ogólnej, biologji, farmakologji, patologji ogólnej, medycyny sądowej i higjeny są teoretyczne, wszystkie inne teoretyczno-praktyczne.

§ 13. Stopnie egzaminu są cztery: celujący, dobry, dostateczny i niedostateczny.

§ 14. Do pierwszej grupy egzaminów kandydat może być dopuszczony tylko wtedy, jeżeli wysłuchał wszystkich wykładów obowiązkowych i odbył wszystkie obowiązkowe ćwiczenia pierwszych trzech trimestrów studjów. Egzaminy tej grupy, studenci obowiązani są złożyć z końcem pierwszego roku studjów. Oba przedmioty muszą być składane przed wakacjami letniemi. Okresem egzaminacyjnem jest czas od 20 czerwca do 7 lipca. W ramach tego okresu Dziekan lub przewodniczący komisji wyznacza ściślejszy termin egzaminów.

Powyższy wynik pierwszej grupy egzaminów jest warunkiem przejścia na drugi rok studjów. W razie niedostatecznego stopnia z jednego lub obu przedmiotów, kandydat może powtórzyć egzaminy w okresie między 1 a 10 października tego samego roku kalendarzowego. Stopień niedostateczny z obu przedmiotów egzaminu poprawczego odbiera kandydatowi prawo do dalszych studjów lekarskich. W razie otrzymania stopnia niedostatecznego z jednego przedmiotu kandydat może prosić Radę Wydziałową o pozwolenie powtórzenia pierwszego roku studjów. Od rozstrzygnięcia Rady niema odwołania. Niepomyślny wynik egzaminu po powtórzonym roku pierwszym, choćby z jednego przedmiotu, odbiera prawo do dalszych studjów lekarskich.

§ 15. Do drugiej grupy egzaminów kandydat może być dopuszczony tylko wtedy, jeżeli wysłuchał wszystkich wykładów obowiązkowych i odbył wszystkie ćwiczenia obowiązkowe pierwszych sześciu trimestrów oraz złożył pomyślnie pierwszą grupę egzaminów. Drugą grupę egzaminów studenci obowiązani są złożyć z końcem drugiego roku studjów. Okresem egzaminacyjnym jest czas od 7 czerwca do 8 lipca. W ramach tego okresu Dziekan lub przewodniczący Komisji wyznacza ściślejszy termin egzaminów.

Pomyślny wynik całej drugiej grupy egzaminów jest warunkiem przejścia na trzeci rok studjów. W razie stopnia niedostatecznego ze wszystkich pięciu przedmiotów tej grupy, kandydat traci prawo do egzaminu poprawczego i musi powtórzyć drugi rok studjów.

W razie otrzymania stopnia niedostatecznego z mniejszej liczby przedmiotów (z czterech, trzech, dwu lub jednego) kandydat może powtórzyć egzamin z tych przedmiotów w okresie między 25 września a 10 października tego samego roku kalendarzowego. Wynik pomyślnego egzaminu poprawczego uprawnia do przejścia na trzeci rok studjów. Jeżeli jednak przy egzaminie poprawczym kandydat otrzyma stopień niedostateczny choćby z dwu tylko przedmiotów, musi powtórzyć cały drugi rok i z końcem roku składać ponownie całą drugą grupę egzaminów promocyjnych, przyczem wtedy wynik niepomyślny choćby z jednego przedmiotu pozbawia go praw do dalszych studjów lekarskich. W razie natomiast niepomyślnego wyniku jesiennego egzaminu poprawczego, t. j. pierwszego poprawczego z jednego tylko przedmiotu, kandydat może powtórzyć ten egzamin raz jeszcze, jednak najdalej do końca października tego samego roku kalendarzowego. Niepomyślny wynik tego egzaminu (drugiego poprawczego) zmusza kandydata do powtórzenia drugiego roku studjów.

§ 16. Kandydatom, którzy wskutek udowodnionych niepokonalnych przeszkód (np. choroby obłożne i t. p.) nie mogli przystąpić do egzaminów grupy pierwszej lub drugiej w terminie właściwym, może Rada Wydziału odłożyć egzamin na okres jesiennych egzaminów poprawczych. Egzaminy poprawcze w tym wypadku odbywają się na zasadach, ustalonych w § 15 najpóźniej w końcu października tego samego roku kalendarzowego.

§ 17. Warunkiem dopuszczenia do trzeciej grupy egzaminów t. j. do egzaminów z mikrobiologji, serologji i farmakologji, albo mikrobiologji z serologją i patologji ogólnej, jest pomyślny wynik drugiej grupy egzaminów, oraz ukończenie conajmniej jedenastu zaliczalnych trimestrów z wysłuchaniem przedmiotów, z których się składa trzecia grupa egzaminów. Tę trzecią grupę wolno składać już w drugiej połowie dwunastego trimestru (w końcu IV roku studjów). Oba egzaminy tej trzeciej grupy muszą być złożone w ciągu dwu dni, następujących bezpośrednio po sobie.

W razie niepomyślnego wyniku egzaminu z jednego, czy z obu przedmiotów ,kandydat może powtórzyć ten egzamin z jednego względnie obu przedmiotów dopiero po absolutorjum.

§ 18. Warunkiem dopuszczenia do IV grupy egzaminów jest pomyślny wynik trzeciej grupy egzaminów i uzyskanie absolutorjum. Warunkiem zaś dopuszczenia do piątej, szóstej i siódmej grupy egzaminów, jest, oprócz absolutorjum, pomyślny wynik czwartej, względnie szóstej grupy egzaminów. Oba przedmioty czwartej grupy egzaminów kandydat musi złożyć w ciągu dwu dni, bezpośrednio następujących po sobie. W grupie piątej i szóstej muszą wszystkie egzaminy każdej z tych grup być składane w ciągu czterech tygodni, grupa siódma zaś w ciągu jednego dnia.

W razie otrzymania niedostatecznego stopnia z jednego lub kilku przedmiotów czwartej, piątej, szóstej lub siódmej grupy egzaminów kandydat może przystąpić do egzaminu poprawczego z tych przedmiotów dopiero po przystąpieniu do egzaminów z reszty przedmiotów danej grupy, a mianowicie: jeżeli miał stopień niedostateczny z jednego przedmiotu — najwcześniej w cztery tygodnie po pierwotnym egzaminie z tego przedmiotu, jeżeli zaś miał stopień niedostateczny z dwu lub kilku przedmiotów — najwcześniej w cztery tygodnie po pierwotnym egzaminie z ostatniego przedmiotu danej grupy egzaminacyjnej.

W razie niepomyślnego wyniku egzaminu poprawczego może kandydat składać egzamin po raz trzeci, jednakże tylko na wniosek egzaminatora. Wyjątkowo kandydat może być dopuszczony po raz czwarty do egzaminu, lecz tylko za zezwoleniem Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego na wniosek Rady Wydziału.

Egzaminy poprawcze muszą być ukończone w tych samych odstępach czasu, które są przepisane dla poszczególnych grup egzaminów pierwotnych. (Egzaminy poprawcze grupy trzeciej i czwartej w dwu dniach, grupy piątej i szóstej w cztery tygodnie, grupy siódmej w jednym dniu).

§ 19. Egzaminy nieukończone w ciągu powyżej wymienionych okresów (§§ 14, 15, 17 i 18) są nieważne, a kandydat musi w takim razie składać na nowo egzamin ze wszystkich przedmiotów, objętych daną grupą egzaminów. Jeżeli kandydat nie ukończył egzaminów danej grupy w przepisanym okresie wskutek udowodnionych przeszkód niepokonalnych wówczas Komisja egzaminacyjna może odwołać się do Rady Wydziału.

§ 20. Egzaminy grupy trzeciej, czwartej, piątej, szóstej i siódmej odbywają się w ciągu całego roku akademickiego (1 października do 30 czerwca) z wyjątkiem wakacyj międzytrimestralnych. W czasie tych wakacyj międzytrimestralnych wolno jednak wyjątkowo poszczególnym egzaminatorom egzaminować za zgodą Dziekana. W takim razie może egzaminować tylko właściwy egzaminator, nie może zaś egzaminować zastępca.

§ 21. Wszystkie egzaminy muszą być złożone najpóźniej w ciągu trzech lat od uzyskania prawa do absolutorjum. Jeżeli upłynie więcej niż trzy lata od tej chwili, Rada Wydziału może oznaczyć warunki dopuszczenia kandydata do egzaminów.

§ 22. Wszystkie przedmioty poszczególnych grup egzaminów musi kandydat złożyć w tym samym uniwersytecie. Natomiast grupa egzaminów, złożona w całości pomyślnie na jednym z wydziałów lekarskich, jest ważna we wszystkich uniwersytetach polskich i dalsze grupy mogą być składane w innym uniwersytecie, jednakże za zgodą obu Rad Wydziałowych. Poszczególnych przedmiotów tej samej grupy nie wolno składać w różnych uniwersytetach.

§ 23. Egzaminom przewodniczy Dziekan lub przewodniczący, wyznaczony na jego wniosek przez Radę Wydziału Lekarskiego. Dziekan lub przewodniczący wyznacza ściślejszy termin i miejsce egzaminu. Egzaminatorami są z urzędu profesorowie, wykładający dany przedmiot, przedewszystkiem zwyczajni. Jeżeli Wydział posiada więcej niż jedną katedrę zwyczajną tego samego przedmiotu, wtedy Dziekan wyznacza egzaminatorów naprzemian z pośród

profesorów tego przedmiotu. W razie potrzeby Dziekan powołuje zastępcę egzaminatora bądź z pośród profesorów przedmiotów pokrewnych, bądź z pośród docentów przedmiotu egzaminacyjnego.

W egzaminie poprawczym egzaminuje zasadniczo ten sam egzaminator, co w egzaminie pierwotnym, jednakże Dziekan może w razach wyjątkowych wyznaczyć zastępcę, prócz przypadku, przewidzianego w § 20.

§ 24. Szczegółowe przepisy egzaminacyjne (regulamin) uchwala Rada Wydziału, a po przyjęciu do wiadomości przez Senat akademicki zatwierdza Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

§ 25. Rada Wydziału może wprowadzić kollokwia, jako warunek uzyskania stypendjów i ulg w opłatach.

§ 26. Po złożeniu wszystkich przepisanych egzaminów kandydaci otrzymują dyplom lekarski, który stanowi dowód ukończenia studjów uniwersyteckich i uprawnia do ubiegania się o stopień doktora medycyny.

Przy wręczeniu dyplomu lekarskiego kandydaci składają pisemne przyrzeczenie lekarskie treści przepisanej.

V. Doktorat.

§ 27. Warunki uzyskania stopnia doktora medycyny są następujące:

1) dyplom lekarski,

2) dowód przesłuchania 20 godzin antropologji, 20 godzin psychologji, 40 godzin historji i filozofji medycyny i odbycia 20 godzin seminarjum historji medycyny,

3) egzamin z historji medycyny,

4) rozprawa doktorska w zakresie jednego z przedmiotów, wykładanych na Wydziałach Lekarskich, uznana przez Radę Wydziału za godną druku na zasadzie wniosku dwu referentów,

5) egzamin ścisły doktorski z dziedziny przedmiotu, w którego zakres wchodzi rozprawa doktorska. Jeżeli przedstawiona rozprawa jest z zakresu historji i filozofji medycyny, to egzamin ten odbywa się z przedmiotu, który wyznacza Rada Wydziału. Egzamin ścisły odbywa się przed Komisją, złożoną z dwu członków Wydziału, pod przewodnictwem Dziekana.

§ 28. Szczegółowe przepisy o uzyskaniu stopnia doktorskiego określa osobne rozporządzenie Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

VI. Postanowienia przejściowe.

§ 29. Niniejsze rozporządzenie obowiązuje od początku roku akademickiego 1928/29, a studenci, którzy przed tym terminem pomyślnie złożyli przedmioty dotychczasowych egzaminów promocyjnych, będą zwolnieni od tych przedmiotów przy egzaminach grupy III, IV, V, VI i VII, ustanowionych § 12 niniejszego rozporządzenia.

W terminie tracą moc obowiązującą rozporządzenia z dnia 18. X. 1920 r. Nr. 8491 — IV/20. (Dz. Urz. Ministerstwa W. R. i O. P. Nr. 22 poz. 141) oraz z dnia 15. V. 1924 r. Nr. 4380 — IV/24).

Warszawa, dnia 16 marca 1928 r.
(Nr. IV-S-W-2500/28).

Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
(—) *Dobrucki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Rozstrzygnięcie konkursu im. G. Piramowicza. Komitet konkursu im. Grzegorza Piramowicza, wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla nagrodzenia najlepszej pracy z jakiegokolwiekbądź działu higjeny szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w roku 1929, przyznał nagrodę Dr. Kazimierzowi Zgórskiemu ze Lwowa, za wydany w roku bieżącym podręcznik Higjeny dla szkół średnich. Komitet podkreślił umiejętne ujęcie przedmiotu z nastawieniem ucznia, jego umysłu, uczucia i woli, na wykonanie praktyk higjenicznych, co stanowić winno główny cel nauczania higjeny. Sąd konkursowy stanowili: wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Dr. L. Paszkiewicz, ofiarodawca konkursu Dr. St. Kopczyński, delegat Zarządu Stowarzyszenia nauczycieli szkół średnich i wyższych dyrektor P. Sosnowski i delegat Zarządu Związku nauczycielstwa szkół powszechnych — p. A. Dargielowa.

Konferencja przedstawicieli Izb Lekarskich. W dniach 24 i 25 listopada r. b. z inicjatywy zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się w sali Rady Miejskiej konferencja przedstawicieli Izb Lekarskich z następującym programem: 1) Przemówienie Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej. 2) Przemówienie Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. 3) Oparcie działalności Kasy chorych na czynniku lekarskim. 4) Podniesienie kwalifikacyj fachowych lekarzy Kas chorych. 5) Powiększenie zaufania ubezpieczonych do lecznictwa kasowego i udostępnienie pomocy lekarskiej ubezpieczonym. 6) Nawiązanie współpracy Kas chorych z Wydziałami lekarskiemi i Zakładami leczniczemi.

Na konferencję przybyło około 800 lekarzy; z pośród których wielu wypowiadało dezyderaty, mające na celu reformy w prowadzeniu Kas Chorych. Dezyderaty te mają być wzięte pod uwagę przez odpowiednie władze.

Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Dnia 28 b. m. odbyło się uroczyste posiedzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, poświęcone pamięci prof. Rafała Radziwiłłowicza, który był założycielem i pierwszym prezesem wymienionego Towarzystwa. Wygłosili przemówienia: p. Andrzej Strug: O całokształcie działalności Rafała Radziwiłłowicza, i kol. Wilhelm Knappe: O Radziwiłłowiczu jako prezesie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Częstochowa.

Odznaczenie czasopisma „Czystość". Powszechna Wystawa Krajowa w Poznaniu przyznała „Czystości" redagowanej przez Lekarza - Dentystę Michała Grejnieca, za współpracę z Wystawą — Dyplom Uznania.

Kraków.

I Zjazd Położnych Województwa Krakowskiego odbył się dnia 10 grudnia 1929 r. w Krakowie, w lokalu Towarzystwa Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska l. 4. Porządek dzienny: Dnia 10 grudnia o godzinie 9, msza św. w kościele św. Mikołaja. O godzinie 10-tej: 1) Powitanie Zjazdu i wybór prezydjum Zjazdu. 2) Sprawozdanie z działalności Zarządu i postępu ruchu organizacyjnego. 3) Sprawozdanie delegatki z wyjazdu na zjazdy w Poznaniu i Warszawie. 4) Część referatowa: referaty P. T. Lekarzy i Położnych. 5) Wnioski Zarządu Głównego i Oddziałów. 6) Dyskusja. 7) Wybór Władz Stowarzyszenia na r. 1930. 8) Zamknięcie Zjazdu.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXVIII posiedzenie naukowe odbyło się dnia 6 grudnia b.r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. W. Czernecki: W sprawie leczenia marskości przerostowej wątroby (wykład); 2) Kol. Fels: Wynurzenia z deontologji lekarskiej (wykład). W dyskusji zabierali głos Kol. Nowicki, Ziembicki, Bikeles, Zieliński, Szumski, Lenartowicz.

Jubileusz Dr. Wilhelma Piseka we Lwowie. Ku uczczeniu jubileuszu 50-lecia doktoratu Dr. Wilhelma Piseka odbyła się uroczysta akademja, w której uczestniczyli przedstawiciele świata lekarskiego z profesorami Uniw. J. K. na czele, władze rządowe z wojewodą hr. Gołuchowskim i samorządowe z komisarzem p. o. prezyd. rektorem Nadolskim, prezydjum Izby Lekarskiej, z prof. Dr. Nowickim, miejski urząd zdrowia z Dr. Dolińskim, dyrektor państwowego szpitala powsz. Dr. Pohorecki, prezes Sądu Izby Lek. Dr. Lachowicz, reprezentacja zarządu gminy izr., przedstawiciele towarzystw naukowych, instytucyj i stowarzyszeń społecznych.

Po odśpiewaniu kantaty przez chór przemówił imieniem Rady szpitalnej Dyr. Dr. Meisels przedstawiając zasługi jubilata, jako lekarza ofiarnego, jako pracownika naukowego, jako działacza społecznego w ciągu 34 lat w Radzie miasta, jako obywatela poświęcającego się dla dobra miasta i kraju, którego jest i był synem najlepszym. Na zakończenie odsłonił mowca plakietę pamiątkową z biustem jubilata, ofiarowaną przez lekarzy szpitalnych dla kancelarji jubilata.

Prezes Chajes przedstawił w pięknym historycznym rysie sylwety dawnych zasłużonych w Polsce lekarzy sławiąc jubilata jako godnego następcę tych świetnych wzorów.

Imieniem miasta złożył jubilatowi w pięknem przemówieniu wyrazy gorącego uznania za pracę lekarską, za zasługi dla miasta Lwowa, — Komisarz Rządu prof. rektor Nadolski.

Imieniem Izby lekarskiej przemówił naczelnik prof. Dr. Nowicki za ofiarną pracę w Izbie i w Sądzie Izby, podnosząc wysokie poczucie etyczne jubilata, bezstronność i sprawiedliwość obok wyrozumiałości.

Prof. Rencki imieniem Tow. lekarzy byłej Galicji jako macierzy, imieniem Tow. lekarskiego lwowskiego i imieniem Tow. internistów polskich w gorących słowach składa hołd pracy półwiekowej jubilata, poświęcającego się niezmordowanie ukochanej przez siebie nauce lekarskiej i szczytnie pojętemu posłannictwu lekarza polskiego.

Naczelnik wydziału zdrowia Miasta Lwowa Dr. Doliński wskazuje na zasługi jubilata dla zdrowotności miasta, na projekt reformy służby zdrowia, na kilkudziesięcioletnią obronę spraw sanitarnych w pełnej Radzie miasta, za co należy się jubilatowi gorąca podzięka.

Imieniem redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej dziękuje dyrektor Dr. Krzyżanowski za ciągłą, szczerą i nieustającą współpracę i sympatję, jaką darzy Polską Gazetę Lekarską.

Dr. Krzemicki w pięknem, głęboko odczutem przemówieniu przypomina długoletnią prace jubilata w Poliklinice lwowskiej, przed objęciem obowiązków prymarjusza.

Dr. Lipiński prymarjusz państwowego szpitala powsz. imieniem Związku lekarzy Państwa polskiego składa jubilatowi życzenia gorące szerokich rzesz lekarskich.

Dr. Blatt imieniem uczniów i młodych lekarzy dziękuje jubilatowi, który dla nich był zawsze idealnym przewodnikiem i wzorem niedoścignionym lekarza, nauczycielem, i opiekunem.

Imieniem Tow. ratunkowego dziękuje Dr. Notz jubilatowi jako jednemu z założycieli Tow. ratunkowego za długoletnią współpracę w towarzystwie.

Po przemówieniach odczytano długi szereg telegramów gratulacyjnych, listów, między innemi od dziekana Wydziału Lek. Uniw. Jagiell., od redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej, która osobny numer (42) poświęciła jubilatowi, od szeregu lekarzy z całej Polski, od wdzięcznych pacjentów i t. d.

Wzruszony jubilat nawiązując do przepięknych słów w odnowionym dyplomie, uczynił porachunek tego wszystkiego, co usiłował zdziałać w ciągu pół wieku, przechodząc kolejno okresy życia i pracy od lat najmłodszych. Pracując i ucząc się nieprzerwanie pragnął być dla chorych lekarzem dobrym, dla nauki ukochanej w miarę sił choć skromnym pracownikiem, dla swej ojczyzny Polski synem i sługą najwierniejszym.

Przemówienie nagrodzone niemilknącemi oklaskami uczyniło na obecnych głębokie wrażenie.

Uroczystość zakończyła kantata odśpiewana przez chór.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc październik 1929 r.

W Zarządzie Centralnym. — Mianowani: Alszerówna Zofja, rejestratorem w IX st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie z dniem 1. X. 1929 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. — Mianowani: Dr. Glatzel Jan, starszy asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, do odwołania prymarjuszem w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie dekretem z dnia 12. X. 1929 r. — Przeniesieni w stan nieczynny: Jamioła Władysław, urzędnik VII st sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, uchwałą Rady Ministrów z dnia 25. X. 1929 roku na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17. II. 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 28. X. 1929. — Dr. Bednarz Józef, Dyrektor Państwowego Zakładu psychjatrycznego w Kulparkowie w V st. sł., uchwała Rady Ministrów z dnia 25. X. 1929 na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 28. X. 1929 r. — Dr. Lipski Kazimierz, urzędnik w V st. sł. w Tymczasowym Wydziale Samorządowym w likwidacji we Lwowie, uchwała Rady Ministrów z dnia 17. II. 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 29. X. 1929 r.

We Władzach II instancji — Mianowani: Zawidzki Józef Wiktor, pracownik kontraktowy VI grupy uposażenia w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku dekretem z dnia 15. X. 1929 r. — Dr. Stembrowicz Kazimierz, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Grodzisku, inspektorem lekarskim w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy dekretem z dnia 21. X. 1929 r. — Dr. Orszulok Paweł, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Katowicach, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach dekretem z dnia 24. X. 1929 r. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Taraszkiewicz Edmund, inspektor lekarski w VI st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, na własną prośbę w myśl art. 28 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r. z dniem 31. X. 1929 r.

We Władzach I instancji. — Mianowani: Dr. Besser Michał, pracownik kontraktowy w Poleskim Urzędzie Wojewódzkim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Pińsku dekretem z dnia 26. X. 1929 r. — Zwolnienie: Dr. Galinowski Aleksander, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Oszmianie, z dniem 31. X. 1929 na zasadzie art. 62 ustawy o państwowej słuźbie cywilnej. — Dr. Zieliński Stanisław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Pińsku, z dniem 31. X. 1929 na zasadzie art. 62 ustawy z dnia 17. II. 1922 r. o państwowej służbie cywilnej. — Przeniesieni: Dr. Rybiński Aleksander, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowem w Wieluniu, z dniem 1. X. 1929 na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w Starostwie we Włodawie. — Dr. Godlewski Feliks, lekarz powiatowy w VII st. sł. we Włodawie, z dniem 1. X. 1929 r. na stanowisko lekarza powiatowego w VII st. sł. we Włocławku. — Dr. Juchtman Maurycy, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Krzemieńcu, z dniem 31. X. 1929 na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Wierzbniku.

Redakcja otrzymała.

Dziennik urzędowy Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, nr. 12, z 10 listopada 1929 r.

Henryk Brokman: „Badania nad patogenezą płonicy". Odb. z „Medycyny doświadczalnej i społecznej", tom X, zeszyt 1—2, rok 1929.

Le monde médical, numéro 759, 1-er novenıber 1920 et 757, 1-er octobre 1929.

Kronika Izby Lekarskiej Lwowskiej, organ urzędowy Izby, rok I, nr. 1, z listopada 1929.

G. H. Reger: „Traité de physiologie normale et pathologique. Tome VIII. Physiologie musculaire chaleur animale. Masson et Cie. Paris.

G. Roussy, R. Leroux et M. Wolf: „Le cancer". Nouveau traité de médecine, fascicule V, tome II. Masson et Cie. Paris.

F. Henrijean: „Le coeur". Les medicaments cardiaques et l'electrocardiogramme. Masson et Cie. Paris 1929.

Stef. Sterling-Okuniewski: „De la dilatation idiopathique de l'oesophage". Odb. z Archives des maladies de l'appareil digestif. Tom XIX, nr. 6, juni 1929.

Stef. Sterling-Okuniewski: „Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę. Odb. z Lekarza wojskowego. Tom XIV, nr. 6.

Kazimierz Połtowicz: „Zdrojowisko Wysowa". Szkic z cyklu notat o niewyzyskanych bogactwach krajowych z uwzględnieniem zastosowania tych wód przy enteroptozie.

Lucjan Regmunt-Sobieszczański: „Spożycie cukru a cukrzyca oraz jej leczenie w zdrojowiskach krajowych". Odb. z czas. „Zdrowie", nr. 9, z r. 1929.

Claude Béclère: „La perméabilité et les obturations tubaires". Stérilité, infections salpingiennes, chirurgie tubaire. Masson et Cie. Paris 1929.

E. Inster: „Traitement des affections neuro-cutanées". Masson et Cie Paris 1929.

L. Koffer i A. Mayrhofer: „Hausapotheke und Rezeptur". Bücher der ärztlichen Praxis 18. Verl. Julius Springer — Berlin 1929.

W. Grzywo-Dąbrowski: „Znaczenie t. zw. stanu grasico-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej". Odb. z Warsz. Czas. lek. nr. 45, z r. 1929.

Wł. Mikułowski: „O kile konstytucjonalnej". Odb. z Nowin lekarskich, zeszyt XV i XVII, z r. 1929.

Wł. Mikułowski: O t. zw. „Phthysis pneumonica morbillosa" u dzieci. Odb. z Medycyny Warszawskiej nr. 8 (27).

Czasopismo „Z zagadnień pedagogicznych" wydawane przez Rodzicielski Związek modlitw w Krakowie, część I, II i III.

Eug. Piasecki: „Dzieje wychowania fizycznego" z 81 ilustracjami. Wydanie II. Bibljoteka wychowania fizycznego i sportu. Lwów 1929.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Współudział sfer społecznych w sanacji mieszkaniowej". Odb. z kwart. „Praca i opieka społeczna" rok VIII, zeszyt 4. Warszawa 1929.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Mieszkanie a wczasy po pracy". Odb. z „Osiedla", nr. 1. Warszawa 1929.